



VIII SINGEP

Simposio Internacional de Gestao de Projetos, Inovacao e Sustentabilidade
International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability
ISSN: 2317-8302

8TH INTERNATIONAL CONFERENCE



**COBERTURA UNIVERSAL DE SAUDE: AVALIACAO DE ABRANGENCIA DOS
SISTEMAS DE SAUDE DA AUSTRALIA, CANADA, DINAMARCA,
INGLATERRA E ITALIA**

*UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: ABRANGENCE ASSESSMENT OF HEALTH SYSTEMS IN
AUSTRALIA, CANADA, DENMARK, ENGLAND AND ITALY*

ANGELA MARIA AZEVEDO CARDOSO MARIN
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

JANE CORREA ALVES MENDONÇA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

Nota de esclarecimento:

Comunicamos que devido à pandemia do Coronavírus (COVID 19), o VIII SINGEP e a 8ª Conferência Internacional do CIK (CYRUS Institute of Knowledge) foram realizados de forma remota, nos dias **01, 02 e 03 de outubro de 2020**.



VIII SINGEP

Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade
International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability
ISSN: 2317-8302

8TH INTERNATIONAL CONFERENCE



COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DE ABRANGÊNCIA DOS SISTEMAS DE SAÚDE DA AUSTRÁLIA, CANADÁ, DINAMARCA, INGLATERRA E ITÁLIA

Objetivo do estudo

O artigo explora a concepção da cobertura universal de saúde como o fornecimento de serviços abrangentes, de qualidade e economicamente viáveis evitando o empobrecimento da população.

Relevância/originalidade

Garantir os princípios da universalidade, equidade e integralidade em saúde para toda população ainda é um dos maiores desafios das nações. Milhões de pessoas no mundo não têm acesso a saúde e muitas vezes os gastos com tratamento de saúde coloca as famílias em condições de miséria.

Metodologia/abordagem

A avaliação da cobertura universal foi realizada por meio dos dados do The Global Health Observatory e do Global Health Expenditure Database. A primeira base de dados fornece, entre outras informações, dados sobre as legislações referentes a UHC e ainda sobre índice de serviço de cobertura (SCI) que determina a abrangência dos serviços essenciais de saúde. O segundo repositório disponibiliza informações sobre os gastos financeiros com saúde pelos governos e pela população.

Principais resultados

A análise conjunta dessas informações demonstrou que um dos determinantes para o sucesso da UHC - o financiamento dos sistemas de saúde - é o maior obstáculo no caminho ao acesso universal. Esse problema torna-se maior em países de baixa renda que não possuem arrecadação suficiente para a manutenção dos sistemas de saúde.

Contribuições teóricas/metodológicas

Levantamento de sistemas de saúde públicos que garantem os princípios da equidade, universalidade e cobertura universal.

Contribuições sociais/para a gestão

Os investimentos em saúde na próxima década serão determinantes para atingir a meta da agenda 2030 - cobertura universal para todos - pactuadas entre as nações.

Palavras-chave: cobertura universal, saúde, equidade, universalidade



VIII SINGEP

Simposio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade
International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability
ISSN: 2317-8302

8TH INTERNATIONAL CONFERENCE



UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: ABRAGENCE ASSESSMENT OF HEALTH SYSTEMS IN AUSTRALIA, CANADA, DENMARK, ENGLAND AND ITALY

Study purpose

The article explores the conception of universal health coverage as the provision of comprehensive, quality and economically viable services avoiding the impoverishment of the population.

Relevance / originality

Ensuring the principles of universality, equity and integrality in health for the entire population is still one of the greatest challenges of nations. Millions of people in the world do not have access to health and often spending on health care puts families in poverty.

Methodology / approach

The evaluation of universal coverage was carried out through data from The Global Health Observatory and the Global Health Expenditure Database. The first database provides, among other information, data on the legislations related to UHC and also on the coverage service index (SCI) that determines the scope of essential health services. The second repository provides information on health financial spending by governments and the population.

Main results

The joint analysis of this information showed that some of the determinants for UHC's success - the financing of health systems - is the biggest obstacle in the path to universal access. This problem becomes greater in low-income countries that do not have enough revenue for the maintenance of health systems.

Theoretical / methodological contributions

Survey of public health systems that guarantee the principles of equity, universality and universal coverage.

Social / management contributions

Health investments over the next decade will be crucial to achieving the 2030 agenda target - universal coverage for all - agreed among nations.

Keywords: universal coverage, health, equity, universality



1 Introdução

A garantia dos princípios da universalidade, equidade e integralidade em saúde para toda população ainda é um dos maiores desafios das nações. Milhões de pessoas no mundo não têm acesso à saúde e muitas vezes os gastos com tratamento de saúde coloca as famílias em condições de miséria. A Resolução CD53.R14 do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana em Saúde (PAHO) definiu o acesso universal em saúde como a ausência de barreiras geográficas, econômicas, socioculturais, organizacionais ou de gênero aos serviços de saúde. A cobertura universal de saúde é definida como a capacidade do sistema de saúde em atender às necessidades da população disponibilizando infraestrutura, recursos humanos, tecnologias em saúde (incluindo medicamentos) e financiamento, sendo estes suficientes para toda a população (PAHO, 2014). Igualmente, a Constituição da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014) afirma que a utilização do mais alto padrão de saúde possível é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social (WHO et al., 2014).

O objetivo deste artigo é analisar as ações executadas pelos governos para garantia do acesso universal em saúde e a cobertura universal de saúde (UHC), para tanto, dados do The Global Health Observatory e do Global Health Expenditure Database, foram utilizados para análise dos dados globais sobre acesso universal e financiamento em saúde e ainda na análise desses dados sistemas de saúde em cinco países cujo índice de cobertura dos serviços da UHC está acima de 80 na escala definida para este indicador. Inicialmente, identificou-se as nações que adequaram às legislações para a garantia da Cobertura Universal de Saúde. A seguir, fez-se um comparativo entre as regiões mundiais, detalhando, sistemas de saúde com legislações aprovadas sobre a UHC. Posteriormente, analisou-se os dados da Austrália, Canadá, Dinamarca, Inglaterra e Itália países cujo o sistema de saúde foi implantado sob a égide do acesso universal com a maior parte do seu financiamento proveniente de recursos públicos. Para estas nações, identificou-se os modelos de gestão, o acesso aos serviços de saúde, sua forma de financiamento, a atuação da rede privada, a rede hospitalar e a cobrança pelos serviços. Por fim, avaliou-se nas regiões mundiais e nos países examinados, pormenorizadamente, o alcance da Cobertura Universal de Saúde. Para estas investigações, foram utilizados indicadores da World Health Organization que se destinam a capturar as dimensões da cobertura e do acesso aos serviços de saúde.

2 Cobertura Universal de Saúde

O princípio da universalidade e acesso à saúde foi reconhecido, em 1978, na Conferência de Alma-Ata, onde os signatários declararam que a saúde é um direito humano fundamental, enfatizando-a como bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidades. A conferência estipulou ainda a meta Saúde para Todos no ano 2000 que tinha como objetivo que todos os povos do mundo até o ano 2000, atingissem um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva (DECLARAÇÃO, 1978).

O Relatório Mundial da Saúde de 2010 (WHO, 2010) reforça a necessidade da cobertura universal de saúde como caminho para garantia da universalidade dos sistemas de saúde para toda população. O Relatório corrobora que a promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar e desenvolvimento econômico e social sustentáveis dos países, assim como a redução nas desproporções em educação, habitação, alimentação e emprego garantem a atenuação das desigualdades na cobertura assistencial.



A ONU (2017) destaca que a trajetória para a cobertura universal envolve importantes escolhas nas políticas de saúde e compromissos inevitáveis. A maneira como os investimentos na saúde são organizados, usados e alocados, influencia o caminho e o progresso das reformas em direção à UHC. Este conceito foi debatido em Nova York na 74ª Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em setembro de 2019, onde líderes de todo mundo aprovaram por unanimidade a declaração política de comprometimento global para Cobertura Universal em Saúde. O relatório foi aprovado na primeira Reunião de Alto-Nível da ONU sobre o tema e destacou a importância da atenção primária para se alcançar a Cobertura Universal em Saúde, assim como a relação do tema com os objetivos da Agenda 2030 (DIAS, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2017, apenas setenta e três países possuíam legislações publicadas e aprovadas sobre Cobertura Universal de Saúde. Nota-se ao observar a Tabela 1. *Legislação Aprovada sobre Cobertura Universal de Saúde* que a Europa é o continente que possui o maior número de países (38) com legislações aprovadas sobre a UHC. Seguido pela Europa, a região das Américas detém 46% dos países com normativos sobre a UHC sendo que nos demais continentes esse percentual não alcança os 30%.

Tabela 1 – Legislação aprovada sobre cobertura universal de saúde 2017

Região	Leg.Acesso.	Leg.Acesso.	Total Países Porcentagem UHC (%)	Total Países Porcentagem Sem UHC (%)
	UHC Sim	UHC Não		
África	4	43	9%	91%
Américas	16	19	46%	54%
Oeste Mediterrâneo	6	15	29%	71%
Europa	38	15	72%	28%
Sudeste Asiático	2	9	18%	82%
Pacífico Oeste	7	20	26%	74%
Mundo	73	121	38%	62%

Fonte: Criada pela autora. Dados extraídos The Global Health Observatory. Acesso em dezembro de 2019. <http://apps.who.int/gho/portal/uhc-overview.jsp>

Contrapondo esses números na África apenas 9% dos países têm legislação aprovada e publicada sobre a UHC. Em torno de cinquenta mil pessoas em todo continente africano dispunham, em 2017, de legislações aprovadas pelo governo visando a garantia do acesso universal de saúde, ao passo que mais de novecentos milhões de pessoas, divididas quarenta e três países no território africano, estavam desassistidas de um sistema de saúde com princípios da universalidade, equidade e integralidade. Somado a esses números no Sudeste da Ásia, incluindo a Índia com maior concentração de população, a maioria dos países, ou seja 82%, não possuíam legislação sobre a UHC. São quase dois milhões de pessoas neste continente, igualmente desassistidas em relação a sistemas de saúde com acesso e cobertura universais.

Muitas vezes as origens das desigualdades em saúde encontram-se nas condições sociais, fora do controle dos sistemas de saúde, entretanto, espera-se que os recursos para a saúde sejam equitativos. As desigualdades sociais devem ser mitigadas pelo Estado por meio de ações intersetoriais e transversais em todas as áreas do governo. Concomitantemente, o setor em questão pode atuar implantando medidas de proteção capazes de contribuir com o progresso da equidade (WHO et al., 2008). A necessidade de proteção contra risco financeiro é determinada pela proporção de custos que devem ser assumidos pelos próprios indivíduos por



meio de pagamentos diretos e imediatos no ato da utilização dos serviços de saúde (WHO et al., 2013).

A equidade em saúde deve ser garantida pelos governantes a toda população, por meio de um sistema de saúde acessível, inclusivo e integral com atendimento gratuito. O empobrecimento das famílias, em decorrência dos pagamentos pelos serviços de saúde, pode ser evitado com o financiamento desses atendimentos pelos governos. Desta forma, o caminho para a UHC está atrelado às políticas em saúde serem implantadas pelos governantes visando o aumento dos fundos de proteção à saúde.

Tabela 2 – Gastos em saúde pelos governos - 2017

Região	Gastos correntes em Saúde como % do Produto Interno Bruto (PIB)	Gastos em Saúde pelo Governo como % do Produto Interno Bruto (%)	Gastos Públicos em Saúde como % das despesas corrente do Estado	Gastos Públicos em Saúde como % da Despesa corrente do setor
África	6%	2%	7%	34%
Américas	7%	4%	13%	55%
Europa	8%	5%	12%	63%
Mediterrâneo Oriental	6%	3%	9%	51%
Pacífico Oeste	7%	4%	10%	61%
Sudeste Asiático	4%	2%	8%	46%
Índice Mundial	6%	3%	10%	52%

Fonte: Criada pela autora. Dados extraídos da Global Health Expenditure Database Acesso em dezembro de 2019. <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Segundo dados demonstrados na Tabela 2, extraídos do portal Global Health Expenditure Database, o total mundial de gastos correntes em saúde no ano de 2017 representava 6% do Produto Interno Bruto Mundial. Na Europa, as despesas correntes em saúde representavam 8% do PIB, sendo que os gastos dos governos em saúde representaram 5% do PIB europeu. Nota-se, ainda, que nas nações europeias os gastos em saúde pelos governantes estão acima dos índices mundiais. As despesas em saúde custeadas pelo governo representaram 12% dos gastos correntes dos países. Este índice torna-se maior quando se avaliam os gastos dos governos em saúde como porcentagem da despesa corrente do setor. No continente europeu, 63% das despesas correntes do setor de saúde foram custeadas pelos governos.

Na África, os gastos com saúde pelos governos representavam apenas 2% do PIB. No continente africano, os índices de gastos em saúde pelo governo, como porcentagem das despesas correntes do país e do setor ficaram abaixo das médias mundiais, sendo 7% e 34%, respectivamente. Já nas Américas, as despesas dos governos em saúde são maiores que na Europa representando 13% dos gastos correntes dos países. No entanto, a porcentagem dos gastos do governo nas despesas correntes do setor foram 8% menor que no continente europeu.

No oeste mediterrâneo e africano, os gastos correntes em saúde representaram 6% do PIB ao mesmo tempo que os os gastos públicos em saúde como despesas correntes do países não alcançaram 10%. Contrariamente no Pacífico Oeste, 61% das despesas do setor de saúde são custeadas pelos governos, sendo que 10% das despesas correntes dos países são em saúde. Na Ásia, apesar dos gastos em saúde pelo governo representarem apenas 2% do PIB, 46% das despesas do setor de saúde são custeadas pelo governo.



Em alguns países, grande parte da população vive em áreas extremamente carentes, com uma infraestrutura de cuidados de saúde disfuncional ou ausente. Nesses países, a exclusão da população aos sistemas de saúde é generalizada para os pobres e/ou moradores das zonas rurais onde a rede de cuidados de saúde não alcançam ou onde, após anos de negligência dos governantes, a infraestrutura de saúde é sucateada sem condições de utilização (WHO et al., 2008). A cobertura Universal de Saúde faz parte da agenda 2030 e veio para focar nestas lacunas. Trata-se de uma agenda de ação até 2030, com 17 Objetivos e 169 metas construídas sobre o legado dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A cobertura universal de saúde é definida como a meta 3.8 da agenda que é a de "atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos" (OPAS, 2019).

Esta meta é monitorada pela Organização Mundial de Saúde por meio de dois indicadores. O indicador *índice de cobertura de serviço* (SCI) refere-se à cobertura dos serviços de saúde e o indicador *proporção da população que enfrenta gastos catastróficos* concentra-se nas despesas de saúde em relação ao orçamento de uma família para identificar dificuldades financeiras causadas por pagamentos diretos de assistência médica. Em conjunto, esses indicadores destinam-se a capturar as dimensões de cobertura de serviço e proteção financeira, respectivamente, devendo ser avaliados também em conjunto (WHO, 2017).

Tabela 3 – Índice de cobertura de serviços (SCI) continentes - 2017

Região	Índice de Cobertura de Serviços Escala 0 - 100	Saúde reprodutiva, materna, e neonatal e infantil	Doenças Infecciosas	Doenças não transmissíveis	Capacidade de acesso aos serviços	População total com gastos familiares em saúde superiores a 10% do total de gastos ou receitas familiares (%)	População total com gastos familiares em saúde superiores a 25% do total de gastos ou receitas familiares (%)
África	46	54	42	71	30	7,26	1,78
Américas	79	84	72	71	90	11,25	1,84
Europa	77	86	73	61	94	7,38	1,15
Mediterrâneo Oriental	57	66	45	61	60	16	3,83
Pacífico Oeste	77	85	69	65	95	15,86	4,15
Sudeste Asiático	56	71	45	63	50	11,66	1,87
Mundo	66	75	58	65	70	12,67	2,85

Fonte: Criada pela autora. Dados extraídos da Global Health Expenditure Database. Acesso em dezembro de 2019. <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

O índice de serviço de cobertura (SCI) apresenta a cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais com base em intervenções rastreadoras que incluem saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade e acesso a serviços, entre os gerais e a população desfavorecida). O indicador é apresentado em uma escala sem unidades de 0 a 100 formado a partir da composição de quatro segmentos da cobertura do serviço: 1. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil 2. Doenças infecciosas 3. Doenças não transmissíveis 4. Capacidade



e acesso ao serviço. Para o indicador *proporção da população que enfrenta gastos catastróficos*, as despesas domésticas em saúde são definidas como pagamentos formais e informais feitos no momento da obtenção de qualquer tipo de atendimento (prestativo, curativo, de reabilitação, cuidados paliativos ou de longo prazo) oferecido por qualquer tipo de prestador. Esses pagamentos incluem a parte não coberta por terceiros, como o governo, o fundo de seguro de saúde ou o seguro privado, mas excluem os prêmios de seguro, bem como qualquer reembolso por terceiros. A proporção da população que enfrenta gastos catastróficos é medida como a média ponderada da população do número de domicílios com - “grandes gastos domiciliares em saúde” - como uma parcela do gasto ou rendimento total do domicílio (orçamento familiar). Define-se como “grandes” os gastos com saúde que excedem a 10% ou 25% do gasto ou renda total da família (WHO, 2017). A cobertura universal de saúde somente será efetiva se os serviços básicos de saúde foram acessíveis a toda população, sem a necessidade de pagamento pelos serviços no ato da sua utilização. Gastos em saúde superiores a 25% da renda ou do total de gastos familiar contribuem para que a família seja conduzida a níveis de pobreza.

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde, em 2017, mais de novecentos milhões de pessoas gastaram mais de 10% da renda familiar em serviços de saúde. Com uma população de quase dois bilhões, em 2016, a OMS define o Sudeste Asiático como o agrupamento de onze países dentre eles Coreia, Tailândia e Índia. Os componentes do SCI demonstram que neste continente a capacidade de acesso aos serviços atingiu a grandeza de 56, ao passo que a cobertura de doenças infecciosas não chegou a 50 da escala definida. O índice final do serviço de cobertura neste continente ficou na marca de 56 da escala do SCI sendo que 16% da população gastou mais de dez por cento da renda familiar em saúde.

No Pacífico Oeste e na Europa, o índice de cobertura de serviço marcou 77 da escala do indicador. Nos demais segmentos do SCI, os valores foram semelhantes, com a capacidade de serviço marcando 95 no Pacífico Oeste e 94 na Europa. Apesar dos acessos aos serviços atingirem a maior medição da escala nos dois continentes, no Pacífico Oeste 15,86% da população gastou mais de 10% da renda familiar em serviços de saúde enquanto na Europa esse percentual não chegou a 8%. O continente europeu possuía, em 2016, uma população de mais de setecentos e quarenta milhões de habitantes, menos da metade da população do Pacífico Oeste (1.8 bilhões de pessoas aproximadamente) onde diversamente do continente europeu, o índice da população do Pacífico Oeste com gastos em saúde maior que 25% da renda ou despesa familiar foi quase quatro vezes maior que o índice na Europa.

Na África, o percentual do SCI ficou bem abaixo da média mundial não alcançando a metade da grandeza definida. O SCI mundial marcou 66 da escala, ao passo que o continente africano atingiu apenas 46 da proporção. No segmento *capacidade de acesso aos serviços*, o continente africano demonstra a dificuldade da população em acessar os serviços em saúde com este componente marcando apenas 30 da grandeza enquanto a medida mundial foi de 70. Em 2016, aproximadamente setenta milhões de pessoas do continente africano gastaram mais de 10% da renda familiar em serviços para saúde.

O continente Mediterrâneo Oriental é formado por vinte e um países, segundo a definição da OMS, sendo uma das regiões mais instáveis do mundo. Os conflitos nos países desse continente são motivados, em sua maioria, pelo controle do petróleo, rivalidades locais e ainda pelos embates religiosos entre judeus, cristãos, muçulmanos, xiitas e sunitas. Com os países assolados pelas guerras, as garantias de estruturas básicas de saneamento ficam prejudicadas, por exemplo, em 2017, no Afeganistão apenas 43% da população dispunha de serviços básicos de saneamento, ao passo que na Somália esse percentual chegou apenas a 38%. Os conflitos territoriais e o baixo nível de saneamento em algumas nações, agregados com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, contribuem com os gastos familiares em saúde.



Com o segmento de doenças infecciosas e capacidade de acesso aos serviços atingindo apenas 45 e 60, respectivamente, das grandezas dos componentes, o índice de cobertura de serviços do Mediterrâneo Oriental foi de 57 na escala do indicador em 2017. No mesmo ano, quase setenta e sete milhões de pessoas gastaram mais de 10% da renda familiar em serviços de saúde.

Nas Américas, o índice do SCI ficou quase 20% acima da grandeza mundial com o segmento de capacidade de acesso aos serviços, bem próximo ao índice europeu atingindo 90 da escala. Apesar da acessibilidade aos serviços em saúde, quase cento e dez milhões de pessoas gastaram mais 10% da renda familiar em serviços de saúde no ano de 2017.

3 Sistemas de saúde com altos índices de cobertura de serviços de saúde

Os governos devem assegurar que todos os prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, funcionem de modo apropriado e atendam às necessidades dos pacientes de modo eficiente e eficaz. Devem, ainda, ofertar um leque de serviços de prevenção de doenças para população, que podem ser dirigidos a massas específicas, como por exemplo campanhas de vacinações ou redução do consumo de tabaco. Não obstante, as políticas públicas em saúde devem garantir que todos possam utilizar os serviços de saúde que necessitem sem risco financeiro associado ao seu uso, o que pode entrar em conflito com a procura da eficiência, uma vez que os modos mais eficientes de utilizar recursos nem sempre são os mais equitativos. Habitualmente, localizar serviços em zonas populosas é mais eficiente, mas atingir os pobres rurais requer a localização de serviços próximos deles (WHO, 2010).

Tabela 4 – Gastos em saúde pelos governos - 2017

Países	Gastos correntes em Saúde como % do Produto Interno Bruto (PIB)	Gastos Públicos em Saúde como % do Produto Interno Bruto (%)	Gastos Públicos em Saúde como % das despesas corrente do Governo	Gastos Públicos em Saúde como % da Despesa corrente do setor	Gastos das famílias em saúde como % das despesas correntes do setor
Austrália	9	6	18	69	31
Canadá	11	8	19	74	26
Dinamarca	10	8	17	84	16
Inglaterra	10	8	19	79	21
Itália	9	7	13	74	26

Fonte: Criada pela autora. Dados Extraídos da Global Health Expenditure Database Acesso em dezembro de 2019. <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

A UHC é um contrato social, um pilar de coesão e solidariedade social entre os saudáveis e os doentes e entre ricos e pobres. A cobertura universal de saúde está no centro da rede de seguridade social, uma vez que oferece proteção financeira para população, além de contribuir com o crescimento econômico e o aumento do emprego - principalmente entre as mulheres - aumentando a taxa de crescimento dos países de baixa e média renda em até dois pontos percentuais (WHO, 2019).



Tabela 5 – Países com índice de cobertura de acesso universal em saúde acima de 80

Países	Índice de Saúde Cobertura de Serviços Escala 0 - 100	Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil	Doenças Infeciosas	Doenças não transmissíveis	Capacidade de acesso aos serviços	População total com gastos familiares superiores a 10% do total de receitas familiares (%)	População total com gastos familiares superiores a 25% do total de receitas familiares (%)
Austrália	87	91	82	75	100	3,71	0,50
Canada	89	94	82	81	100	2,64	0,51
Dinamarca	81	94	66	71	96	2,93	0,49
Inglaterra*	87	92	86	74	96	1,64	0,48
Itália	82	86	82	67	96	9,29	1,08

Fonte: Criada pela autora. Dados Extraídos da Global Health Expenditure Database Acesso em dezembro de 2019. <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Nota: Os dados sobre gastos familiares com saúde da Inglaterra são referentes ao ano de 2013 enquanto os demais referem-se ao ano de 2010.

Os governos devem também estar cientes que os serviços públicos gratuitos podem ser utilizados pelos ricos, que os utilizam mais do que os pobres, mesmo que as suas necessidades sejam menores. Em alguns países, apenas os mais ricos têm acesso a um nível adequado de serviços, enquanto os mais pobres são excluídos. Os sistemas de saúde, em sua maioria, excluem determinados grupos de pessoas, sendo que os padrões de exclusão dos serviços mudam de acordo com as características das nações. Em geral, os governos devem prestar atenção às dificuldades de acesso a serviços encaradas pelas mulheres, grupos étnicos e emigrantes, e aos problemas específicos vividos pelas populações indígenas (WHO, 2010).

Globalmente, estamos muito longe de atingir a cobertura universal de saúde, no entanto, existem países cujas políticas públicas em saúde garantem aos cidadãos o acesso aos serviços de saúde sem sacrifícios financeiros. A seguir, serão analisados cinco países onde os sistemas de saúde têm a maior parte do seu financiamento mantidos pelo governo com índices de cobertura dos serviços da UHC acima de 80. Para estas nações, identificou-se os modelos de gestão, o acesso aos serviços de saúde, sua forma de financiamento, a atuação da rede privada, a rede hospitalar e a cobrança pelos serviços.

3.1 Austrália

Os cidadãos da Austrália contam com um sistema de saúde público e ainda com a rede privada para os tratamentos de saúde. Segundo Ocké; Octavio(2016), desde 1984, a Austrália oferece, por intermédio do Medicare, assistência médica a toda população, mas isso não impediu o fortalecimento do mercado de planos de saúde privados, que contou com pesados incentivos fiscais do governo australiano. A prestação dos serviços à saúde é universal sendo responsabilidade do governo divididos em três níveis: federal; estado e território; e local. O governo federal atua de forma indireta, fornecendo financiamento para o estado e profissionais de saúde, subsidiando os prestadores de cuidados primários por meio dos programas Medicare



Benefits Scheme (MBS) e Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), possuindo papel limitado na prestação dos serviços de saúde.

O estado financia o sistema de saúde, sendo responsável pela maioria dos hospitais públicos, pelos serviços de ambulâncias, os atendimentos odontológicos, os serviços comunitários e os cuidados com a saúde mental da população. Já os governos locais regulamentam o fornecimento dos serviços comunitários de saúde e os programas de saúde preventiva, sendo responsáveis pelo programa de imunização e alimentação da população (GLOVER, 2015). Os serviços de saúde locais são coordenados pelas Redes Primárias de Saúde (PHN). Existem 31 PHNs que coordenam diferentes partes do sistema de saúde local da Austrália, além de apoiar os centros comunitários de saúde, hospitais, enfermeiros, médicos especialistas e de clínica geral e outros profissionais da saúde, são responsáveis ainda por identificar as necessidades dos serviços de saúde para a sua localidade (AUSTRALIAN, 2019).

Com uma extensão territorial de 7.692.000 km e uma população registrada de pouco mais de vinte quatro milhões em 2016, o segmento de capacidade de acesso aos serviços do índice de cobertura de serviços (SCI) da Austrália atingiu o valor máximo da grandeza (100) no ano de 2017. Dados de 2010 demonstram que 3,71% da população gastava mais de 10% da renda familiar em serviços de saúde, sendo que apenas 0,5% dos habitantes registraram gastos acima de 25% da renda familiar.

Os serviços ofertados pelo Medicare são definidos pelo governo federal e incluem desde assistência hospitalar até os serviços médicos e produtos farmacêuticos. O Medicare oferece acesso gratuito ou subsidiado a serviços de saúde aos australianos, residentes com visto permanente e cidadãos da Nova Zelândia após a inscrição no programa de saúde e validação da identidade. Os estados são responsáveis por administrar os hospitais públicos, fornecer os atendimentos preventivos de saúde (programas de imunização), prevenção do câncer de mama, além de financiar e gerenciar os serviços comunitários e de saúde mental. São responsáveis, ainda, pelas clínicas dentárias públicas, pelo transporte dos pacientes e pela regulamentação e monitoramento das instalações sanitárias (AUSTRALIAN, 2019).

O sistema de saúde público da Austrália (Medicare) é financiado em parte pelo governo federal, que arrecada os recursos para o programa por meio do sistema tributário, incluindo impostos sobre bens e serviços e uma taxa de 1,5% sobre renda tributável dos trabalhadores, sendo que indivíduos de baixa renda são isentos ou pagam taxa reduzida. Em 2017, os gastos correntes com saúde no país representaram 9% do Produto Interno Bruto, sendo que 6% desses recursos são públicos. O governo arcou com quase 70% das despesas correntes do setor de saúde, sendo que os gastos das famílias com saúde representaram 18% dessas despesas. Além disto, as políticas públicas de saúde do país incentivam os cidadãos de alta renda - acima de US\$ 80.000 e US\$ 160.000 em 2011 - a possuírem seguro de saúde privado (PHI), tendo desconto no imposto cobrado pelo Medicare e taxa de 1% a mais no imposto de renda em caso da não adesão a um plano de saúde privado (GLOVER, 2015).

3.2 Canadá

As províncias e territórios do Canadá são os principais responsáveis pela organização e prestação dos sistemas de saúde, perfazendo um total de 13 planos de seguro saúde provinciais e territoriais. A gestão dos serviços de saúde é compartilhada entre os governos provinciais, territoriais e o governo federal. Os governos provinciais e territoriais são responsáveis pela gestão, organização e prestação de serviços de saúde para os seus residentes, enquanto o governo federal é responsável pela legislação nacional do sistema de saúde, além de prestar de apoio financeiro para serviços de saúde provinciais e territoriais, assegurando a prestação de serviços de saúde a grupos específicos. As autoridades regionais também coordenam a



prestação dos cuidados hospitalares, comunitários e ainda do atendimento de longo prazo, além dos serviços para saúde mental. O governo federal cofinancia programas provinciais e territoriais, que devem aderir à Lei de Saúde do Canadá (1985), que, por sua vez, estabelece padrões para serviços hospitalares, médicos e de diagnóstico (ALLIN; RUDOLER, 2016).

A Lei de Saúde do Canadá (CHA ou Act) é a legislação federal do Canadá que regulamenta a oferta do seguro de saúde com financiamento público. A lei estabelece o objetivo principal da política canadense de assistência médica, que é "proteger, promover e restaurar o bem-estar físico e mental dos residentes no Canadá e facilitar o acesso aos serviços de saúde sem barreiras financeiras ou outras". A CHA estabelece critérios e condições relativos aos serviços de saúde segurados e serviços de cuidados de saúde prolongados, que as províncias e territórios devem cumprir, para receber o financiamento pelo governo federal, feito por meio das Transferências de Saúde do Canadá (CHT). O objetivo da CHA é garantir que todos os canadenses tenham acesso razoável aos serviços de saúde segurados, com pré-pagamento, sem cobranças diretas no uso desses serviços. A legislação estabelece ainda que os planos de saúde que desejem fazer parte do sistema público, sejam administrados por uma autoridade pública, não podem ter fins lucrativos, com cobertura abrangente, atendendo a toda população da província, ter portabilidade entre as províncias e sem cobrança de taxa de utilização (CANADA, 2018).

As coberturas dos planos de saúde variam de acordo com o território e província do Canadá, sendo que as decisões sobre a abrangência são tomadas pelos governos provinciais e territoriais. Todos os medicamentos prescritos em hospitais são cobertos pelo serviço público, com a cobertura ambulatorial variando por província ou território. As províncias e territórios administram seus próprios programas de seguro de saúde universal, que abrange todos os residentes provinciais e territoriais, de acordo com a sua própria necessidade. Visitantes temporários, imigrantes sem documentação, pessoas com estadia no país além da legalmente autorizada, e imigrantes ilegais, não estão cobertos por qualquer programa federal ou provincial, embora as províncias e territórios ofereçam alguns serviços limitados (ALLIN; RUDOLER, 2016). De acordo com ANDRADE; LISBOA (2000) na maioria das províncias é proibido a criação de planos de saúde privados com os mesmos serviços ofertados pelos seguros públicos. Deste modo, os diversos planos de seguro privados oferecem níveis variados de benefícios adicionais, como medicamentos controlados, atendimento ambulatorial, assistência não médica, cuidados oftalmológicos, ajuda domiciliar e paliativa.

Assim como a Austrália, o segmento de acesso aos serviços de saúde no Canadá marcou o valor máximo da grandeza. Em 2017, o SCI registrou 89 na escala definida, sendo que em 2010 o percentual da população com gastos familiares acima de 10% da renda total ficou em 2,64%. O governo federal contribui com o financiamento dos sistemas de saúde realizando repasses por meio do CHT, de acordo com a renda per capita das províncias e territórios que também são responsáveis pelo financiamento dos sistemas de saúde (ALLIN; RUDOLER, 2016). Em 2017, 74% dos gastos com saúde no Canadá foram financiados por fontes públicas com gastos correntes em saúde representando 11% do PIB nacional. Os gastos em saúde pelo governo representavam 19% das despesas totais do país ao passo que o percentual de gastos das famílias foi de 26%.

3.3 Dinamarca

A lei da saúde na Dinamarca estabelece como obrigação do Estado a promoção do serviço de saúde para a população. A legislação prevê ainda que o governo deve, além de promover a saúde da população, prevenir e tratar doenças e prestar atendimento aos portadores de necessidades especiais. Outros princípios norteiam o sistema de saúde da Dinamarca sendo



eles: atendimento de qualidade e igualitário, integração dos serviços, transparência, acesso à informação e tempo de espera de atendimento reduzido. A legislação atribui, ainda, para regiões e municípios, a responsabilidade de prestações dos serviços de saúde, sendo que o governo nacional estabelece a estrutura reguladora dos serviços de saúde, sendo responsável ainda pelo planejamento e supervisão geral do sistema (VRANGBAEK, 2016).

Segundo Thomson et al. (2012), cinco regiões administrativas governadas por conselhos eleitos democraticamente são responsáveis pelo planejamento e prestação de serviços especializados, e ainda tarefas relacionadas à assistência e coordenação social especializada. Estas regiões são responsáveis pelo gerenciamento e financiamento dos hospitais, além de financiar a maioria dos serviços prestados por médicos de clínica geral, especialistas, fisioterapeutas, dentistas e farmacêuticos. Os municípios são responsáveis pelo financiamento e pela prestação dos cuidados em domicílio, enfermeiras, agentes comunitários, alguns atendimentos odontológicos, serviços de saúde escolar, ajuda domiciliar e tratamento para abuso de drogas e álcool.

Conforme Olejaz et al. (2012), o serviço público de saúde da Dinamarca abrange todos os cuidados primários, especializados, hospitalares e preventivos, bem como serviços de saúde mental e cuidados de longo prazo. Os atendimentos odontológicos são totalmente cobertos para crianças menores de 18 anos, enquanto medicamentos com receita médica ambulatorial, atendimento odontológico a adultos, fisioterapia e consultas oftalmológicas são subsidiadas pelo governo. Os cuidados domiciliares e paliativos são organizados e financiados pelas regiões, assim como as decisões sobre os serviços e novos tratamentos médicos, que são tomadas dentro de uma estrutura de leis, acordos, diretrizes e normas nacionais. Os municípios decidem também, de acordo com a regulamentação nacional, sobre os serviços de assistência social a serem prestados para a população.

A Dinamarca, assim como o Canadá, atingiu o maior percentual no seguimento de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, alcançando 94 na escala do indicador. Já no segmento de doenças infecciosas, dentre os países explorados, a Dinamarca possui o valor mais baixo na escala (66) para este monitoramento. Com uma população de 5.7 milhões em 2016, o segmento de acesso a serviços de saúde marcou 96 da grandeza ao passo que o SCI atingiu a marca de 81 do indicador em 2017.

Todos os residentes dinamarqueses registrados têm direito automaticamente a cuidados de saúde públicos, que são gratuitos e não necessitam de pagamento quando da sua utilização. Em princípio, imigrantes sem documentos e visitantes não são cobertos, mas uma iniciativa voluntária e privada de médicos dinamarqueses, apoiada pela Cruz Vermelha Dinamarquesa e pela Ajuda Dinamarquesa para Refugiados, fornece aos expatriados o acesso aos cuidados (OLEJAZ et al., 2012).

Em 2017, 84% dos gastos com saúde no país foram financiados pelo governo, com os gastos correntes em saúde representando 10 % do PIB nacional. Os gastos das famílias em saúde representaram 16% das despesas do setor, enquanto em 2010, a proporção registrada da população com gastos em saúde acima de 10% da renda familiar ficou em 2,93%.

O financiamento da saúde se dá, principalmente, por meio de um imposto nacional voltado para saúde, que prevê a tributação em 8% da renda dos trabalhadores. A distribuição dessas receitas para os municípios subsidia 77% das atividades regionais em saúde, sendo que a distribuição é feita por blocos, com os valores sendo ajustados de acordo com as diferenças demográficas e sociais. Os municípios financiam o sistema de saúde por meio de uma combinação de impostos locais e doações (VRANGBAEK, 2016).



3.4 Inglaterra

O National Health Service foi criado pelo Parlamento Inglês em 1946 com a sua implantação ocorrendo a partir de 1948. O ato de 1946 determinou mudanças radicais quanto ao provimento do serviço de saúde que deveria ser nacionalizado e com acesso universal de todos os cidadãos aos serviços de saúde (ANDRADE; LISBOA, 2000). Segundo Ruth (2016), as políticas de saúde na Inglaterra são estabelecidas pelo Parlamento, Secretário de Estado da Saúde e Departamento de Saúde. A Lei da Saúde publicada em 2006 estabelece que o Secretário de Estado tem o dever de promover o serviço de saúde abrangente com atendimento gratuito, que deve seguir o preconizado na regulamentação do Serviço Nacional de Saúde (NHS).

Esta legislação estabelece que o NHS pertence à população. Trata-se de um sistema de saúde que além de fornecer tratamento para os agravos da saúde disponibiliza cuidados para saúde mental e bem-estar da população. A Constituição do NHS estabelece, ainda, os princípios e valores do sistema de saúde da Inglaterra, além de determinar os direitos e responsabilidades dos pacientes e funcionários do sistema de saúde. A lei básica do NHS prevê sua renovação a cada 10 anos com a participação do público, pacientes e funcionários. A alteração pelo governo, dos princípios, valores, direitos, promessas, responsabilidades estabelecidas na regulamentação do NHS só é permitida após a apreciação das mudanças pelo público, funcionários e pacientes (HEALTH; CARE, 2015).

O Departamento de Saúde administra o serviço de saúde por meio do NHS England. Trata-se de órgão público responsável pelo orçamento do Serviço Nacional de Saúde, supervisionando 209 Grupos de Comissionamento Clínico (CCGs). O NHS England deve, ainda, garantir o cumprimento dos objetivos estabelecidos pelos Secretários de Estado da Saúde, incluindo metas de eficiência e saúde. Os orçamentos para a saúde pública são mantidos pelas autoridades locais do governo, que contam com os “conselhos de saúde e bem-estar” para melhorar a coordenação dos serviços locais e reduzir as disparidades na saúde (RUTH, 2016).

Apesar de garantir um serviço de saúde público extensivo com acesso universal focado no tratamento, prevenção e diagnóstico de enfermidades físicas e mentais, o escopo do NHS não é definido em estatuto ou legislação. O acesso aos serviços do NHS é baseado na necessidade clínica do paciente e não na capacidade de pagamento pelo atendimento. Deste modo, todos os serviços do NHS são gratuitos, exceto pelas circunstâncias limitadas pelo Parlamento (HEALTH, 2015).

Na prática, o NHS fornece ou paga por serviços preventivos, incluindo programas de triagem, imunização e vacinação, atendimento ambulatorial e hospitalar, consultas, medicamentos para pacientes internados e ambulatoriais, atendimento odontológico, alguns exames para visão, cuidados de saúde mental, incluindo atendimento para pessoas com dificuldades de aprendizagem, cuidados paliativos e de longo prazo, reabilitação, incluindo fisioterapia (por exemplo, cuidados pós-AVC) e visitas domiciliares por enfermeiros comunitários. (RUTH, 2016)

Ainda, segundo (RUTH, 2016), o sistema é acessível para todos os ingleses, bem como, para não residentes que possuem o Cartão Europeu de Seguro Saúde. Visitantes não europeus, ou imigrantes sem documentos têm direito apenas a atendimentos de emergência e cuidados em caso de certas doenças infecciosas. Em 2015, cerca de 10,5% da população do Reino Unido possuía plano de saúde privado. O plano de saúde particular oferece atendimento mais rápido a procedimentos hospitalares eletivos, mas a maioria das seguradoras não cobrem atendimentos de saúde mental, gravidez e emergências.

Com um índice de cobertura de serviços registrando 87 na escala da grandeza em 2017, no Reino Unido, 1,64% da população registrou gastos em saúde acima de 20% da renda familiar. Segundo Ruth (2016) os pagamentos diretos da prática geral estão limitados a alguns



serviços, como exames para fins de emprego, fornecimento de certificados para viagens ou seguros. Para os medicamentos solicitados em consultas ambulatoriais o paciente realiza um co-pagamento (em 2014 GBP 8,40 ou US \$ 12,14 por item de prescrição na Inglaterra), os medicamentos prescritos nos hospitais do NHS são gratuitos. Já os serviços de odontologia do NHS estão sujeitos a co-pagamentos de até GBP 233,70 (USD338,00) por tipo de tratamento.

Em 2017, o Reino Unido investiu 10% do seu PIB em saúde, dos quais 80% foram financiados pelo Estado. O gasto em saúde pelo governo representou 79% das despesas correntes do setor, enquanto o dispêndio das famílias foi de 21%. O NHS é financiado, majoritariamente, por impostos gerais e uma porção menor do seguro nacional que é cobrado sobre os salários.

3.5 Itália

A Itália possui o sistema nacional de saúde - Servizio Sanitario Nazionale (SSN) - criado em 1978, sob os princípios da universalidade, solidariedade e dignidade humana. O sistema é organizado entre três níveis - nacional, regional e local. De acordo com a Constituição Italiana, o governo nacional controla a distribuição das receitas para o financiamento dos serviços de saúde que são arrecadas por meio de impostos, além de definir o pacote mínimo de serviços a serem ofertados para todos os residentes de cada região do país chamado de Essential Levels of Care (LEAs). Duas províncias autônomas e 19 regiões são responsáveis pelo fornecimento dos serviços de saúde por meio das unidades locais de saúde. As regiões têm autonomia para estabelecer a estrutura do sistema de saúde a ser ofertado para a população no seu mapa de abrangência. As unidades de saúde são gerenciadas por coordenadores indicados pelo governo da região e prestam atendimentos públicos: primários, hospitalares, ambulatorios especializados e ainda assistência social (FERRÉ et al., 2014).

De acordo com Donatini (2016), o Serviço Nacional de Saúde tem cobertura universal e automática a todos os cidadãos italianos e residentes legalizados do país. A partir de 1998, o atendimento passou a ser estendido a imigrantes sem documentos que podem ter acesso a serviços urgentes e essenciais, enquanto visitantes temporários podem ter acesso ao serviço de saúde desde que custeando o tratamento. Os cuidados primários e de internação são gratuitos em alguns casos. A definição da prestação dos serviços de saúde é feita utilizando-se critérios relacionados à necessidade médica, eficácia, dignidade humana, adequação e eficiência na entrega. As chamadas "listas positivas" identificam serviços oferecidos a todos os moradores e podem incluir: produtos farmacêuticos, serviços hospitalares, medicina preventiva, atendimento ambulatorial especializado, assistência domiciliar, serviços primários e cuidados paliativos. Já as chamadas "listas negativas" identificam os serviços sem cobertura (sem gratuidade), como cirurgia plástica; atendimentos em ortodontia e cirurgias ocular a laser e serviços para os quais as internações provavelmente sejam inapropriadas, como cirurgia de catarata.

Com uma população predominantemente idosa - quase 50% dos habitantes do país tinham mais de 60 anos em 2016 - a Itália conseguiu alcançar em 2017 um índice de cobertura de serviço de 82. Dentre os segmentos que compõem o indicador, a *capacidade de acesso aos serviços* atingiu o maior valor na escala (96); em contrapartida, entre os países analisados, a Itália tem o maior em gastos em saúde representando mais de 10% da renda ou despesa familiar.

O sistema de saúde italiano não permite que o cidadão se desvincule dele passando a ser atendimento exclusivamente por um seguro de saúde privado. Quase 6 milhões de pessoas possuem algum tipo de seguro de saúde voluntário (VHI), que geralmente cobre os serviços que não estão contemplados pelo LEA. O cidadão italiano pode optar por dois tipos de seguro saúde privado: corporativo ou chamado empresarial, que as seguradoras oferecem coberturas



para os funcionários e em algumas vezes estendem a cobertura para as famílias e os individuais que o cidadão faz a aquisição com cobertura para si ou para sua família (DONATINI, 2016).

A Itália gastou 9,% do PIB nacional na saúde, em 2017, sendo que 74% dos gastos com saúde foram financiados pelo governo. As despesas das famílias com saúde representaram 26% dos gastos correntes do setor. Segundo Donatini, (2016) a arrecadação para o financiamento da saúde é feita por meio de um imposto corporativo nacional que é devolvido para as regiões geralmente na proporção de suas contribuições. As regiões são autorizadas a gerar sua própria receita o que aumenta a diferença dos financiamentos inter-regionais.

4. Considerações Finais

Existe um longo caminho a ser percorrido pelos países em direção a cobertura universal de saúde. Com apenas 38% das nações mundiais garantindo a implantação da cobertura por meio de dispositivos legais aprovados e publicados, a implantação da UHC ainda é um desafio para muitos governos que devem traçar estratégias de fornecimento para os serviços de saúde sem taxas de internação em consonância com a necessidade da população. Os serviços de saúde devem garantir que os habitantes recebam atendimentos para os agravos de saúde, permitir a prevenção de doenças físicas e psíquicas e possibilitar a reabilitação da saúde.

Dentre os obstáculos elencados pela Organização Mundial de Saúde, a questão do financiamento parece ser o maior problema dos governos em relação a UHC. Subsidiar o acesso aos serviços de saúde para todos os cidadãos - ricos e pobres - é um desafio que deve ser vencido com a implantação de políticas públicas em saúde que garantam, entre outros, a criação de fundos comuns que irão custear os atendimentos de saúde para toda população.

Costumeiramente, os governos não enxergam a saúde como prioridade nos investimentos a serem feitos. O percentual de gastos correntes em saúde, em 2017, representou apenas 6% de todo PIB mundial, enquanto os gastos em saúde representaram somente 10% das despesas de totais dos governos. Ao mesmo tempo, o gasto público mundial em saúde representou pouco mais de 50% das despesas totais do setor. Por exemplo, na Venezuela, neste mesmo período, os gastos em saúde não ultrapassaram 1% do PIB, ao passo que as despesas correntes do setor representaram 16% dos gastos do governo e 63% da população. Apesar do país possuir legislações voltadas para a cobertura universal, não há investimentos no setor de saúde pelo governo que proteja a população do risco financeiro ao utilizar os serviços de saúde.

Para além de investimentos financeiros, a UHC está atrelada a outros segmentos como educação e saneamento básico. Milhões de pessoas não têm acesso aos serviços de saúde alguns por não conhecer a legislação que os ampara enquanto outros tantos não dispõem de água limpa encanada para consumo. Esta é a realidade de muitos países no continente africano - na Etiópia apenas 7% da população tem acesso aos serviços básicos de saúde - onde os gastos públicos com saúde representaram, em 2017, apenas 2% do PIB. Conseqüentemente, a África é o continente com menor percentual de gastos em saúde como porcentagem das despesas correntes dos países caracterizada como a região com menor valor na escala do SCI e no segmento de acesso aos serviços de saúde.

O caminho para a cobertura universal depende da reforma dos sistemas de financiamentos de saúde, por meio de decisões críticas a serem tomadas pelos países. As formas de financiamentos dos sistemas devem ser adaptadas por cada país da melhor maneira levando em consideração os objetivos das nações, bem como o contexto político, organizacional e financeiro. No entanto, o caminho para a UHC concentra-se na arrecadação antecipada dos recursos necessários para a prestação dos serviços com os fundos agregados visando a eficiência e qualidades dos serviços prestados.



A cobertura universal está incluída como meta da agenda 2030. Explorando os indicadores da OMS que monitoram o avanço da UHC, conclui-se que na próxima década os investimentos em saúde e nos seus determinantes - educação, saneamento básico e segurança - deverão ser priorizados pelas nações. Segundo dados apurados no The Global Health Observatory, no Pacífico Oeste apenas seis países registraram um SCI maior que 80 - Austrália, Brunei, Japão, Coreia, Nova Zelândia e Singapura. Na maior parte das nações, em torno de 120 países, o índice de cobertura de serviço está acima de 60 na grandeza. Ao mesmo tempo, em 44 países o valor ficou entre 40 e 60 da escala do indicador. Por fim, em 19 países, localizados principalmente no continente africano, o marcador do SCI não chegou a 40.

A análise realizada demonstrou que o caminho para saúde universal e de equidade segue em paralelo aos investimentos em educação, segurança, saneamento básico, entre outros. Não obstante, trata-se de um direito de todo cidadão e vem sendo defendido ao longo dos anos, no entanto, muito terá de ser feito ao longo dos próximos dez anos para que a UHC seja uma realidade em todas as nações.

5 Referências

ALLIN, S.; RUDOLER, D. Canadá: International Health Care System Profiles. 2016. <<https://international.commonwealthfund.org/countries/canada/>>. (Accessed on 11/27/2019). Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.

ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. de B. Velhos dilemas no provimento de bens e serviços de saúde: uma comparação dos casos canadense, inglês e americano. Nova Economia, v. 10, n. 2, 2000. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 11.

AUSTRALIAN, G. The Australian health system | Australian Government Department of Health. 2019. <<https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>>. (Accessed on 11/27/2019). Citado 2 vezes nas páginas 8 e 9.

CANADA, G. o. Canada Health Act. 2018. <<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/canada-health-care-system-medicare/canada-health-act.html>>. (Accessed on 11/24/2019). Citado na página 9.

DECLARAÇÃO, D. A.-A. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-ata, URSS, v. 6, p. a12, 1978. Citado na página 3.

DIAS, J. ONU aprova declaração sobre Cobertura Universal da Saúde - Notícia - UNA-SUS. 2019. <<https://www.unasus.gov.br/noticia/onu-aprova-declaracao-sobre-cobertura-universal-da-saude>>. (Accessed on 12/01/2019). Citado na página 3.

DONATINI, A. Italy : International Health Care System Profiles. 2016. <<https://international.commonwealthfund.org/countries/italy/>>. (Accessed on 11/27/2019). Citado na página 13.

FERRÉ, F. et al. HiT Italy. 2014. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/263253/HiT-Italy.pdf?ua=1>. (Accessed on 11/30/2019). Citado na página 13.



- GLOVER, L. Australia: International Health Care System Profiles. 2015. <<https://international.commonwealthfund.org/countries/australia/>>. (Accessed on 11/27/2019). Citado 2 vezes nas páginas 8 e 9.
- HEALTH, D. of; CARE, S. The NHS Constitution for England - GOV.UK. 2015. <<https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>>. (Accessed on 11/30/2019). Citado na página 11.
- HEALTH, G. B. D. of. Handbook to the nhs constitution for england - The British Library. 2015. <<https://www.bl.uk/collection-items/handbook-to-the-nhs-constitution-for-england>>. (Accessed on 11/30/2019). Citado na página 12.
- OCKÉ, R.; OCTÁVIO, C. Repositório do conhecimento do ipsea: Renúncia de arrecadação fiscal em saúde: o caso australiano. 2016. (Accessed on 11/24/2019). Citado na página 8.
- OLEJAZ, M. et al. Denmark: Health system review. Health systems in transition, v. 14, p. i–xxii, 1, 02 2012. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 11.
- OPAS. OPAS/OMS Brasil - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2019. <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5849:objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=875>. (Accessed on 01/03/2020). Citado na página 5.
- PAHO. Pan American Health Organization. Strategy for universal access to health and universal health coverage. 53rd Directing Council, 66th Session of the Regional Committee of
- RUTH, A. S. T. England: International Health Care System Profiles. 2016. <<https://international.commonwealthfund.org/countries/england/>>. (Accessed on 11/28/2019). Citado 2 vezes nas páginas 11 e 12.
- THOMSON, S. et al. International profiles of health care systems 2012: Australia, canada, denmark, england, france, germany, iceland, italy, japan, the netherlands, new zealand, norway, sweden, switzerland, and the united states. The Commonwealth Fund, 2012. Citado na página 10.
- VRANGBAEK, K. Denmark: International Health Care System Profiles. 2016. <<https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>>. (Accessed on 11/27/2019). Citado 2 vezes nas páginas 10 e 11.
- WHO for the Americas, Washington, D.C., 2014 Sept. 29–Oct. 3 (CD53/5, Rev. 2). 2014. <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-e.pdf>>. (Accessed on 12/30/2019). Citado na página 2.
- WHO. Relatório mundial da saúde 2010. financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. Genebra, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 3, 7 e 8.
- WHO. WHO. 2017. <<http://apps.who.int/gho/portal/uhc-hss-cabinet-wrapper-v2.jsp?id=1030103>>. (Accessed on 12/01/2019). Citado 3 vezes nas páginas 3, 5 e 6.



VIII SINGEP

Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade
International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability
ISSN: 2317-8302

8TH INTERNATIONAL CONFERENCE



WHO. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2019(WHO/HIS/HGF/19.1).
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2019. <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328913/WHO-HIS-HGF-19.1-eng.pdf?ua=1>>. (Accessed on 01/01/2020). Citado na página 7.

WHO et al. Relatório mundial de saúde 2008. cuidados de saúde primários agora mais que nunca. The World Health Report 2008. Primary Health Care Now More Than Ever, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 4 e 5.

WHO et al. Relatório mundial de saúde 2013. pesquisa para a cobertura universal de saúde. The world health report 2013. Research for universal health coverage., 2013. Citado na página 4.

WHO et al. Constitution of the world health organization. 2014. Citado na página 2.