XXVII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI SALVADOR – BA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

EDITH MARIA BARBOSA RAMOS

MARIA AUREA BARONI CECATO

Copyright © 2018 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejamquaisforemosmeiosempregadossemprévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais
Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI
Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina
Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo
Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)
Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - IMED – Santa Catarina
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará
Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM– Distrito Federal
Relações Internacionais para o Continente Americano
Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goías
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul)
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul Prof.
Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

D597
Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UFBA
Coordenadores: Edith Maria Barbosa Ramos; Maria Aurea Baroni Cecato – Florianópolis: CONPEDI, 2018.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-616-1
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Direito, Cidade Sustentável e Diversidade Cultural

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVII Encontro Nacional do CONPEDI (27 : 2018 : Salvador, Brasil).

CDU: 34

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

Universidade Federal da Bahia - UFBA
Salvador – Bahia - Brasil
https://www.ufba.br/

XXVII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI SALVADOR – BA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

Apresentação

Os artigos publicados foram apresentados no Grupo de Trabalho de Direitos Sociais e Políticas Públicas I, durante o XXVII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, realizado em Salvador/BA, entre os dias 13 a 15 de junho de 2018, em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Os trabalhos apresentados abriram caminho para importantes discussões relacionadas aos campos temáticos do GT, em que os participantes (professores, pós-graduandos, agentes públicos e profissionais da área jurídica) puderam interagir em torno de questões teóricas e práticas, levando-se em consideração o momento político, social e econômico vivido pela sociedade brasileira, em torno da temática central do evento – DIREITO, CIDADE SUSTENTÁVEL E DIVERSIDADE CULTURAL. Referida temática apresenta os desafios que as diversas linhas de pesquisa jurídica terão que enfrentar, bem como as abordagens tratadas em importante encontro, possibilitando o aprendizado consistente dos setores socioestatais, políticos e de mercado.

Na presente coletânea encontram-se os resultados de pesquisas desenvolvidas em diversos Programas de Mestrado e Doutorado do Brasil, tendo sido apresentados no GT 23 (vinte e três) artigos de boa qualidade, selecionados por meio de avaliação por pares.

Os trabalhos ora publicados foram divididos em quatro eixos temáticos: Direito à educação, acesso ao trabalho e igualdade de oportunidades; Direito à saúde, políticas públicas de saúde e judicialização da saúde; Direito ao meio ambiente e equidade; Questão social, direitos sociais e políticas públicas.

No tocante ao Direito à educação, acesso ao trabalho e igualdade de oportunidades, 7 (sete) artigos enfrentaram temas que trataram de questões como: 1) O jovem e o acesso ao trabalho: empregabilidade do jovem e o direito ao trabalho decente para uma vida digna; 2)A ADC 41 /DF e a constitucionalidade das ações afirmativas em concursos públicos; 3) A educação como fator de combate à pobreza: uma análise dos resultados do plano brasil sem miséria; 4) Apontamentos sobre a legitimidade dos provimentos jurisdicionais para análise de políticas públicas relacionadas à fixação de corte etário para ingresso no ensino fundamental; 5) As

políticas públicas de inclusão ao ensino superior: uma análise do contexto brasileiro nos últimos 20 anos; 6) As violações dos direitos de adolescentes transexuais nas escolas e, ainda, a 7) Evolução do direito à educação no brasil sob a perspectiva pós-colonial

Com relação ao eixo temático do Direito à saúde, políticas públicas de saúde e judicialização da saúde, foram apresentados 7 (sete) trabalhos que em certa medida, discutiram os limites e possibilidades das políticas públicas e do direito à saúde no atual sistema normativo brasileiro. Foram discutidos os seguintes temas: 1) A judicialização do direito à saúde: controle de política pública ou sistema de micro justiça?; 2) A Reforma Psiquiátrica brasileira: a desinstitucionalização da saúde mental e a cultura como alternativa terapêutica; 3) Direito à saúde, lógica de mercado e o seguro hipotético em Ronald Dworkin; 4) Limites e possibilidades do transconstitucionalismo na judicialização da saúde; 5) O direito à saúde e a invisibilidade estatística dos povos indígenas: a carência de dados demográficos e epidemiológicos; 6) Políticas públicas para incorporação de novas tecnologias no sistema único de saúde e, por fim, 7) Sistemas públicos de saúde e eficiência: um comparativo Brasil e Itália.

Em terceiro momento, destaca-se o eixo Direito ao meio ambiente e equidade, com um conjunto de 3 (três) artigos que abordaram diferentes aspectos da temática, quais sejam: 1)A participação popular como instrumento de cidadania ativa por meio da governança nas políticas públicas, a fim de garantir o direito ao meio ambiente como elemento do mínimo existencial; 2) Dignidades da pessoa humana e da legislação, diversidade cultural e sustentabilidade das cidades: uma análise sobre a alocação de recursos; e, bem como 3) Direito do idoso e políticas públicas de sustentabilidade urbana.

Por fim, no quarto eixo temático, intitulado Questão social, Direitos sociais e políticas públicas, acolheu 6 (seis) artigos que conseguiram desenvolver de forma sistemática e atual elementos fundamentais para compreensão do eixo, quais sejam: 1) A questão social no brasil: uma abordagem a partir da contrarreforma do estado brasileiro; 2) Apontamentos sobre o papel do Ministério Público no controle da implementação dos direitos sociais; 3) Dupla inclusão na América Latina: o comércio justo como proposta auxiliar à concepção da CEPAL; 4) Imigração, direitos sociais e cidadania – legislação e políticas públicas – reflexos nas serventias extrajudiciais; 5) Instrumentalidade do direito ao desenvolvimento para a concretização do desenvolvimento humano: pilares da igualdade e da liberdade; e, ainda, 6) Reflexões teóricas e jurídicas sobre direito ao lazer e o tempo livre. Diante da pluralidade e diversidade do arcabouço normativo e jurisprudencial utilizado, percebeu-se a profundidade das pesquisas e a responsabilidade das investigações, proporcionando uma análise sistemática e verticalizada das temáticas selecionadas.

Agradecemos a todos os pesquisadores da presente obra pela sua inestimável colaboração e desejamos a todos ótima e proveitosa leitura!

Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos – UFMA

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato – UNIPÊ

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE E EFICIÊNCIA: UM COMPARATIVO BRASIL E ITÁLIA

PUBLIC HEALTH SYSTEMS AND EFFICIENCY IN ITALY AND BRASIL: A COMPARATIVE ANALYS

Matteo Finco [1]
Daniella Bitencourt [2]

Resumo

Apresenta-se um panorama comparativo entre o Sistema Único de Saúde do Brasil e o Servizio Sanitario Nazionale da Itália; analisa-se o arranjo legislativo constitucional e infraconstitucional dos sistemas públicos de saúde em cada país, bem como os dados do PIB com objetivo de aferir o grau de eficiência na prestação dos serviços Brasil e Itália. A pesquisa qualitativa, através do método dedutivo, com análise bibliográfica. Conclui-se que o problema do Brasil está relacionado a má gestão pública, devido precipuamente ao procedimento hierarquizado da saúde pública, normas obscuras e ambíguas e ausência de índices confiáveis.

Palavras-chave: Sistema único de saúde, Serviço nacional de saúde, Eficiência, Investimentos, Saúde

Abstract/Resumen/Résumé

This paper presents a comparative panorama between the Brazilian Unified Health System and the Servizio Sanitario Nazionale of Italy; it analyses the constitutional and infraconstitutional legislative arrangement about public health systems in each country, as well as the data of the GDP, to measure the efficiency in the provision of public health services in Brazil and Italy. The methodology of research is qualitative, descriptive and exploratory character is used. It is concluded that the biggest problem is management in the public, due mainly to the hierarchical procedure of public health, obscure and ambiguous norms and absence of efficient indexes.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Public health system, National health system, Efficiency, Expenditure, Health

[1] Bolsista de pós-doutorado PNPD/CAPES pela Uniritter. Doutor em Social Sciences pela Università degli Studi di Macerata (2017).

[2] Mestranda em Direitos Humanos pela Uniritter (Atual). Especialista em Impostos em Espécie pela UFRGS (2012) e Direito Tributário pela Universidade Mackenzie/SP (2005). Professora de Direito Tributário na Anhanguera Educacional (2015/2017).

INTRODUÇÃO

Este artigo pretende apresentar um comparativo entre os Sistemas Públicos de Saúde no Brasil e na Itália através da perspectiva da eficiência, especialmente em relação a abrangência da proteção da saúde pública. O Brasil adota o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Itália o *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN).

É natural que culturas diferentes produzam direitos e ordens jurídicas com prioridades e nuances diversas, não obstante, o direito à saúde é fundamental para ambos os países. Assim, ainda que Itália e Brasil tenham comportamentos, hábitos, idiomas e costumes diversos, possuem semelhantes legislações relacionadas a saúde pública, cotejo fundamental ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de quaisquer políticas públicas.

Logo, em um primeiro momento pretendemos analisar os arranjos constitucionais dos dois países em relação ao tratamento dispensado ao direito fundamental a saúde pública, posteriormente, o objetivo é realizar uma síntese das leis que embasam os sistemas únicos de saúde em cada país, para, finalmente, entendermos os sistemas em termos de eficiência.

Essa pesquisa de cunho exploratório se utiliza de técnicas de revisão bibliográfica, com levantamento primário de dados nacionais e internacionais referente a saúde pública no Brasil e na Itália. Nosso interesse é avaliar, o grau de eficiência na contextualização comparativa da saúde pública em ambos os países, através de uma pesquisa bibliográfica constitucional e infraconstitucional, por meio do método dedutivo.

1. Brasil e Itália: principais diplomas normativos ligados ao Sistema Único de Saúde

1.1. Brasil: Constituição Federal e Lei do Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal Brasileira começa a dispor sobre a saúde a partir da Seção II, baseado "no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado" (PAIM, 2011, p.11).

O art. 198 afirma que "a saúde é direito de todos e dever do Estado", não faz qualquer diferenciação entre ricos e pobres, trata-se de um dispositivo universal público (dever do Estado) à disposição de qualquer pessoa que opte pela utilização do serviço.

Portanto, em uma compreensão subjetiva, todos os cidadãos podem "exigir o respeito ao seu direito de acesso universal e gratuito às ações e serviços públicos de saúde, inclusive acessando, se necessário o Poder Judiciário nos termos do artigo 5º, XXXV, da CF/88" (PINTO, 2015, p.80).

A Constituição pátria optou por vincular um gasto mínimo em saúde à cada ente federativo conforme dispõe o artigo 198 § 2º e 3º da Constituição de 1988 e artigo 77 do Ato

das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), mas não somente, é necessário que estes dispêndios sejam eficientes artigo 37 “caput” da Constituição Federal “A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios [...] eficiência [...]”.

O artigo 200 da Constituição Federal de 1988 estabelece as competências do Sistema Único de Saúde, o artigo 23, inciso II determina uma competência comum a todos os entes da federação e no que se refere a saúde pública e o artigo 24, inciso XII dispõe que, tanto a União, quanto os Estados e Municípios podem editar normas relacionadas a saúde (PINTO, 2015, p. 82-83). Oportuno também destacar a Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000, a qual torna vinculado valores mínimos de investimentos na saúde pública.

Leivas (2011, p. 638) ao explicar o Recurso Extraordinário n. 27.1286, cujo foco era o tratamento público à pessoas portadoras de HIV, declara que o Supremo Tribunal Federal expõe um notório entendimento “o direito a saúde como direito fundamental, como direito subjetivo público e como direito de acesso universal e igualitário, fundamentado no artigo 196 da Constituição Federal e no direito à vida”.

Porém, a previsão do direito a saúde na Constituição Federal não resolveu a celeuma da efetividade desses direitos, principalmente em razão da sua arquitetura abrangente, assim, em 1990 foi editada a Lei n. 8.080 de 19 de setembro, a Lei Orgânica do SUS.

Segundo o Ministério da Saúde (2000, p.9), o SUS, é “formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público”.

Antes da implementação do SUS havia um direcionamento duplo na área da saúde, o Ministério da Saúde tratava das ações preventivas e o Ministério da Previdência Social lidava com os serviços médicos relacionados a cura das doenças, logo o acesso aos médicos era reservado somente aqueles que contribuíssem para o sistema previdenciário, portanto o implemento do Sistema Único de Saúde foi uma grande mudança positiva para o País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 6).

Nesse sentido Mendes (2013, p. 27) afirma que o Sistema Único de Saúde foi a “maior política de inclusão social da história do nosso país, antes do SUS vigia um Tratado de Tordesilhas da saúde que separava quem portava a carteirinha do INAMPS e que tinha acesso a uma assistência curativa”, este sistema único terminou com essa perversa divisão e fez da saúde um verdadeiro direito de todos e um dever do Estado.

Assim, em 1990 foi implementado o Sistema Único de Saúde (SUS) “mesmo ano da posse do então Presidente, Fernando Collor de Mello, o primeiro eleito por voto popular desde

a ditadura militar, que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária", mesmo assim, a Lei do SUS foi aprovada (PAIM, 2011, p. 19). Importante essa contextualização política de nascimento da Lei do SUS pois, ainda que em um cenário fático conturbado, de transição do sistema autoritário para o democrático e em seguida a deposição de um Presidente, ainda assim a Constituição Federal se fez valer.

A Lei do SUS brasileira ou Lei Orgânica da Saúde contêm 55 artigos, muitos dos quais já foram alterados ou revogados, contudo, continua sendo o texto base sobre as políticas da saúde pública no país. O artigo 4º da lei define o SUS como um aglomerado de serviços e ações "prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)". De forma complementar a iniciativa terá a possibilidade de participar do SUS, através de contratos e convênios de prestação de serviços (TOCCI E COSTA, 2014, p.199). Ainda, visando a otimização dos gastos com a saúde a lei trouxe uma maior autonomia aos Estados e Municípios descentralizando os gastos da União (VASCONCELOS, 2017, p. 45).

Importante destacar um importante avanço trazido pela Lei: o reconhecimento de que a saúde é determinada também por fatores sociais, como "distribuição de renda, falta de saneamento básico, baixa escolaridade, condições precárias de habitação, desemprego". Essa nova visão conduziu as políticas públicas para estas direções, até então a questão da saúde era tratada apenas sob o ponto de vista da doença (TOCCI E COSTA, 2014, p. 199-200).

Como se depreende da legislação o SUS é um sistema nacional, porém coexistem os sistemas Estaduais (SUS Estadual) e Municipal (SUS Municipal) a partir da EC 29/2000, todos devem ser coordenados e ligados.

Carvalho, Jesus e Senra (2017, p. 1158) elaboraram um estudo no qual uma das conclusões refere-se justamente a ausência de regionalização da saúde pública, no sentido da necessidade de serem geridas de acordo com o respeito a realidade regional, com a implementação índices de monitoramento e avaliação e uma premente imposição de simplificação das normas, o sistema atual é "complexo, ambíguo e de difícil apreensão por parte das equipes gestoras"

O diploma normativo n. 8080/1990, no quanto pôde, trouxe o delineamento preciso em relação a saúde no Brasil, estipulando princípios[1], metas, políticas públicas, sua estrutura, a possibilidade de participação privada e suas limitações, entre outros.

[1] Segundo o Ministério da saúde os Princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde no Brasil são: Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito,

Portanto, o SUS é um complexo de saúde universal (deve atender a todos sem distinção) e gratuitamente, independente da renda do paciente ou se é ou não contribuinte da Previdência Social; trata-se de um sistema integral, o ser humano é tratado como um todo, sempre respeitando a sua dignidade humana; é regionalizado e hierarquizado, ou seja se o município não puder atender, por falta de condições o Estado deve atuar, os serviços de saúde devem se organizar entre si, porém hierarquizados, na prática ocorre que o paciente é encaminhado a uma unidade básica de saúde de seu bairro (coordenada por seu município), caso este não consiga atender, agenda com outro hospital ou posto (neste caso Estadual, se houver) e ainda, na impossibilidade do posto ou hospital Estadual em atender, encaminhará o cidadão para um hospital Federal (GUIA DO DIREITO À SAÚDE, 2006, p. 6).

1.2 Itália: Constituição e Servizio Sanitario Nazionale

A Constituição italiana entrou em vigor em 1948 e, com relação a tutela ao direito a saúde, manifesta-se de modo bastante conciso no artigo 32:

> *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.*

sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.
Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.
Princípios Organizativos: Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.
Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.
Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

As poucas linhas do Artigo 32 são suficientes para afirmar que: 1) o direito à saúde é ao mesmo tempo um direito subjetivo fundamental do indivíduo (não especificado se o cidadão ou simplesmente o ser humano como tal) e "interesse" – ou seja, bem, valor e, portanto, também um direito – da coletividade ; 2) o tratamento deve ser gratuito para os *indigentes*, ou seja para aqueles que estão em condições de pobreza, de miséria: a República é, portanto, questionada diretamente, mas de uma forma bastante específica e limitada; 3) não é possível interferir na autonomia do indivíduo até que um tratamento específico seja imposto, a menos que a lei o preveja e, de qualquer forma, sem violar sua dignidade.

Outro artigo constitucional que resguarda a saúde é o 117, cujo foco está relacionado as distribuições de competências legislativas, determina que em matéria de saúde as competências entre as Regiões e o Estado são concorrentes (assunto que veremos mais detidamente adiante).

Segundo a Constutituição Italiana ao tratar de Republica refere-se a: Cidades, Provincias, Regiões e Estado. A Carta Constitucional equilibra assim, por um lado, os princípios da igualdade (o tratamento é um direito de todos) e da liberdade (individual) (ESPOSITO, 2017, p.8), e, por outro, o reforço de um direito irrenunciável (fundamental) cuja administração pública é obrigada a intervir.

Que este é, portanto, um direito fundamental, não implica "o acesso a recursos ilimitados e a qualquer tipo de estrutura organizacional"[2]. Essa atitude, que poderia ser definida como "minimalista" em comparação com as obrigações do Estado, não impediu a Itália de adotar um sistema de saúde pública capaz de garantir uma ampla gama de serviços em nível gratuito (ou semi-gratuito) bastante alto[3].

O Serviço Nacional de Saúde (NHS) foi criado em 1978 (Lei n. 833), após uma reforma que pretendia criar um sistema público e sustentável em termos económicos e financeiros, capaz de fornecer uma cobertura universal de tratamentos[4]. Até então, vigorava um sistema de seguro,

[2] Como estabeleceu a Corte Costituzionale (sentenza n° 992/88): cfr. COCCIONI, Monica. Il diritto alle prestazioni sanitarie: fra esigenze di concreta attività e fedeltà alla propria garanzia costituzionale. In: "I diritti fondamentali oggi". Atti del V Convegno dell'Associazione Italiana dei Costituzionalisti. **Anais**. Padova: Cedam, 1995. p. 173-180.

[3] Por exemplo o sistema italiano é, por o Healthcare Access and Quality Index do Global Burden of Disease (Gbd), o 12º no mundo em qualidade: cfr. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators, Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal healthcare in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease 2015 study. **The Lancet**. 18 maio 2017.

[4] Os princípios que inspiraram a reforma foram "il rispetto della dignità e della libertà della persona umana, che rappresentano al tempo stesso fondamento e fine ultimo del diritto alla salute; poi l'universalità dei destinatari delle prestazioni, che sono, quindi, rivolte a tutti, non solo ai lavoratori e ai loro familiari; poi, ancora, l'equità ed eguaglianza nell'accesso ai servizi indipendentemente dalle condizioni socio economiche e dalla collocazione nel territorio nazionale; infine la completezza delle prestazioni, da intendersi come diritto ad accedere a tutti i servizi necessari alla tutela della propria salute in termini di promozione, mantenimento e recupero della stessa": PIOGGIA, Alessandra. Il diritto alla salute nell'ordinamento italiano. In: MARTINI, Sandra Regina; BILANCIA,

(com diferentes "fundos mútuos" para diferentes profissões), com base no modelo de seguro social, em que as "responsabilidades públicas eram muito limitadas"[5]. Decidiu-se, portanto – no impulso das crescentes demandas da coletividade – a agir de uma maneira radical "para realizar não apenas ações curativas e de reabilitação, mas também ações preventivas, objetivando elevar o estado de bem-estar individual e coletivo" (OLIVEIRA; DALLARI, 2016, p. 896). O Estado estava envolvido em níveis nacionais e locais (Regiões e Municípios): o primeiro foi incumbido de muitas tarefas (em comparação com produtos farmacêuticos, alimentos, etc.), "as funções de finanças, planejamento e estabelecimento de níveis uniformes de assistência nacional" e "o poder de direção e coordenação" (PIOGGIA, 2014, p.105), que posteriormente perdeu sua base constitucional. No segundo nível, a responsabilidade era de planejamento regional e prestação de serviços pelos municípios por meio de unidades de saúde locais (USL-Local Unidades de Saúde) constituídos por complexos médicos, escritórios e serviços e, grupos de trabalho cuja função era promover ações de promoção da saúde, assistência básica, reabilitação. Aos "médicos de base" – livremente escolhidos pelo cidadão – a tarefa de acompanhar continuamente pacientes atribuídos a eles, orientando-os, quando necessário, a outros níveis de cuidados.

No entanto, este modelo caracterizou-se por uma "estreita interligação entre o poder político e a gestão das unidades de prestação de serviços" (PIOGGIA, 2014, p.106): um problema que enfrentou grandes mudanças durante a década de 1990, conduzindo o sistema a uma revisão das competências regionais e locais e a estrutura organizacional do fornecimento.

Com a lei n. 509 de 1992 foram estabelecidas a redistribuição de competências entre municípios e regiões (com o aprimoramento destas), a transformação da USL em Autoridades Locais de Saúde (ASL) e a criação de Empresas Hospitalares (AO), iniciando a chamada *aziendalizzazione,* isto é, gestão de acordo com critérios e instrumentos semelhantes aos usados no setor privado[6]. Foi então atribuída a tarefa de estabelecer a extensão do financiamento às Regiões para o instrumento apropriado da Conferência Estado-Regiões.

Com a lei n. 537 de 1993, o compartilhamento do usuário foi introduzido através do pagamento de um especial "bilhete de saúde", ou seja, um montante pago a cada serviço, com exceções total ou parcial de certas categorias (indigentes, doentes crônicos, idosos, etc.) com base em renda e condições de saúde (OLIVEIRA; DALLARI, 2016, p.898).

Francesco (Org.). **O direito à saúde na União Europeia e no Mercosul**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014. p.95-112. p. 104.

[5] Loc. cit.

[6] Critérios como eficácia, eficiência, economia, respeito às restrições orçamentárias, uso otimizado dos recursos, etc.

Novas medidas foram seguidas em 1999 (Decreto nº 229), com o objetivo de garantir a universalidade do sistema, reduzindo as desigualdades e ampliando as possibilidades de escolha do tratamento dos cidadãos (TASCA, 2011, p.114). Foram fortalecidas as responsabilidades das Regiões, chamadas a integrar a parcela de recursos financeiros através de impostos específicos.

A reforma do Título V da Constituição (2001) reforçou ainda mais as funções regionais: em particular, ordenou "a expansão da capacidade regional para organizar seu sistema de saúde determinando o desaparecimento do poder estatal geral que rege a organização das autoridades regionais" (PIOGGIA, 2014, p.110-111).

Uma importante ferramenta para o sistema de saúde nos últimos tempos é a dos Níveis Essenciais de Assistência (LEA), ou seja, a definição dos serviços necessários a serem garantidos na Itália. Introduzido em 2001, os LEAs foram redefinidos em 2017 (MINISTERO DELLA SALUTE, 2017). A assistência (que beneficia não só os cidadãos italianos, mas também os estrangeiros[7]) está dividida em três macro-níveis: cuidados coletivos de saúde no ambiente de vida e trabalho (que inclui, por exemplo, a profilaxia de doenças infecciosas e parasitárias, proteção de poluição ambiental, de acidentes de trabalho, saúde pública veterinária, protecção sanitária de alimentos), assistência distrital (serviços de saúde e assistência social, assistência farmacêutica, serviços ambulatoriais, serviços domésticos, aconselhamento familiar, serviços de saúde mental, serviços para a reabilitação de deficientes, instalações residenciais, comunidades terapêuticas, etc.), assistência hospitalar (primeiros socorros, hospitalização, reabilitação, etc.).

Este exame rápido e sucinto permite enquadrar o direito à saúde na Itália e sua realização concreta da seguinte forma: a saúde é considerada um bem público e um direito individual fundamental, reconhecido a todos, não apenas aos cidadãos pátrios; este direito é implementado através de um sistema público de saúde composto por um conjunto de órgãos e organismos[8] e caracterizado por uma distinção de responsabilidades entre o Estado central e as Regiões responsáveis pela organização dos serviços e atividades de proteção da saúde. No entanto, esse sistema envolve a participação de estruturas privadas, cujo papel e peso certamente não são secundários. Eles podem ser credenciados pelo SSN através de acordos que lhes permitam prestar serviços de vários tipos (ambulatorial, diagnóstico, cirúrgico, etc.) para o benefício do

[7] Os artigos n. 62 e n. 63 referem-se a cidadãos que não pertencem à União Europeia.
[8] Ou seja: Ministero della salute, Consiglio superiore di sanità (CSS), Istituto superiore di sanità (ISS), Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza del lavoro (ISPESL), Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s.), institutos científicas para hospitalização e cuidados (IRCCS), institutos zooprofiláticos experimentais, Agenzia italiana del farmaco (AIFA), Regiõe, ASL, AO.

cidadão, que é chamado (semelhante ao que acontece em instalações públicas) para pagar o ingresso. Será então o SSN a reembolsar – de acordo com certos parâmetros – a estrutura privada.

2. Eficiência

2.1. Brasil: eficiência na gestão dos serviços públicos com saúde

A eficiência esta diretamente relacionada ao melhor aproveitamento dos recursos para atingir o fim a que se pretende, neste trabalho estamos nos referindo a eficiência pública, conceito diferente do âmbito privado, cuja predominância é o lucro e o interesse financeiro. No público, a eficiência tem relação direta com a prevalência das necessidades do cidadão de forma satisfatória, trata-se de escolher o que é certo, o melhor possível a ser feito, no nosso recorte, a saúde pública. (ALCÂNTARA, 2009, p. 25-29).

Diferente de Eficácia, cujo conceito está relacionado a aplicação da norma, a possibilidade de a lei ser subsumida ao caso concreto (SARLET, 2001, p. 214). Assim, compreende-se a eficácia a possibilidade legal da execução de determinada prestação de serviço em virtude de lei prévia, já a eficiência seria saber se o serviço foi executado com qualidade. Não obstante, sabe-se que o tema é bastante polêmico na doutrina jurídica, contudo, para o nosso estudo partiremos da premissa posta.

É entendimento pacífico que em ambos aspectos dos direitos sociais e econômicos (tanto positivo quanto negativo[9]) pressupõe (ou deveriam pressupor) uma distribuição equitativa do previsto na legislação, não obstante, há um "campo quase ilimitado em todas as suas facetas" de como os governos devem fazer cumprir essas regulamentações (BEATTY, 2014, p. 242).

No Sistema Único não poderia ser diferente, os valores são arrecadados, parte investida pela União e parte repassada aos Estados e Municípios (lembrando que estes últimos, também tem outras fontes de custeio próprias), porém, a gestão pública tem ampla discricionariedade na alocação das verbas e este fato se deve a uma melhor rapidez na readequação das políticas públicas. Logo, as rubricas orçamentárias devem ser efetivadas na saúde, contudo, o critério de qual segmento da saúde merecerá maior atenção, normalmente, fica a critério da gestão.

[9] Direitos negativos – abstenção de intervenção Estatal. Os direitos positivos são os que exigem prestações Estatais efetivas (SARLET, 2001, p. 188-191). Todavia partimos da doutrina de Mello (2004, p. 163-165) todos os direitos têm um custo, tantos os relativos a "omissão" do Estado quanto os que exigem uma prestação efetiva "isso significa que os direitos liberais de defesa, que exigem primordialmente deveres de abstenção, podem também exigir prestações positivas ou deveres de agir por parte do Estado para satisfazer os bens e valores protegidos pelas normas constitucionais correspondentes".

Com o advento da EC 29/2000, cujo foco é assegurar um núcleo mínimo de investimentos nas políticas públicas de saúde, em todos os níveis da Federação, é apontada por grande parte da doutrina como responsável pelo aumento dos valores em gastos com saúde. O aumento da participação dos Estados e dos Municípios no financiamento da saúde aumentou os dispêndios de R$ 61,6 bilhões para R$ 27,7 bilhões e, de 2000 para 2011 o aumento registrado foi de R$ 89,4 "como resultado desse aporte de recursos, juntamente com o aumento de R$ 31 bilhões de recursos da União no mesmo período, o gasto público com saúde saiu de R$ 69 bilhões em 2000 para R$ 161,7 bilhões em 2011" (PIOLA, 2013, p. 28-30). Portanto, com "o aumento da participação de estado e municípios, e crescimento das aplicações da União, possibilitaram o incremento real de 134% de recursos públicos para a saúde [...] como desdobramento dessa situação, o gasto per capita das três esferas com o SUS dobrou entre 2000 e 2011", [...] em relação ao PIB, o gasto do SUS passou de 2,9%, em 2000, para 3,9% em 2011, ou seja, um crescimento de um ponto percentual no indicador (PIOLA, 2013, p. 30-31).

Ainda, muitos doutrinadores referem que o aumento dos gastos com os serviços públicos de saúde ocorre em virtude do aumento no fornecimento das medicações. SUS passou a custear a maior parcela para aquisição dos remédios, sendo que o aumento também pode ter relação com o aumento da implementação de custeio a novos medicamentos e a judicialização da saúde, assim como, o implemento da farmácia popular (VIEIRA, 2018, p. 31).

O SUS com medicamentos nas três esferas de governo passou, em termos reais, de R$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R$ 18,6 bilhões em 2016 (-7% nos últimos dois anos). Entre 2010 e 2016, registrou-se crescimento de 30%. Quanto ao gasto por esfera de governo, o gráfico 1 mostra queda nos valores liquidados pelos estados e o Distrito Federal (-27%) e pelos municípios (-23%), além de aumento do gasto do governo federal (53%) neste período (VIEIRA, 2018, p. 31).

Segundo o Banco Mundial, realmente ocorreu no Brasil uma significativa expansão do setor público de saúde com consequente aumento de gastos, diante disto o País realizou investimentos para o aumento da cobertura de seu Sistema Único de Saúde (SUS), todavia as despesas públicas com saúde cresceram a uma taxa real média de 7%, culminando também por aumentar os gastos públicos com saúde proporcionais ao PIB em 0,5 ponto percentual na esfera subnacional (na União houve pouco reflexo) (2017, p. 113).

Igualmente, refere que o Brasil em termos de PIB gasta mais que a Itália com a saúde, contudo a maior parte de seus investimentos são com o setor privado, o total de gastos com saúde no Brasil (9,2% do PIB) é análogo a média dos países membros da OCDE (8,9%) e maior

do que a média dos seus parceiros estruturais e regionais (5,8% e 7,4%, respectivamente) (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 114).

O gasto com saúde como parte do PIB aumentou em 1,8 pontos percentuais no Brasil, enquanto que, entre os países da OCDE, o aumento da média foi de 2,3%. Todavia, ao contrário da maior parte dos seus parceiros econômicos, mais da metade dos gastos totais com saúde no Brasil são financiados privadamente (individualmente e planos de saúde privados), a despesa pública com saúde como parte da despesa total com saúde (48,2%) é significativamente mais baixa do que a média entre os países da OCDE (73,4%) e do que os seus parceiros de renda média, está acima apenas da média entre os países do BRICS (46,5%) (Banco Mundial, 2017, p. 114).

O Banco Mundial (2017, p. 115) apontou consideráveis ineficiências nas despesas com saúde no Brasil em comparação ao desempenho de outros países, logo, com base na abordagem DEA orientada a produtos, a pontuação do Brasil foi 0,91 em 2012, o que significa que, com o mesmo volume de recursos, o País deveria ser capaz de melhorar em 9 pontos percentuais seus resultados de saúde (ver o Volume II para mais detalhes). Da mesma maneira, o Brasil poderia ter prestado o mesmo nível de serviços usando 34% menos recursos.

Os dados do relatório do Banco Mundial (2017, p. 116) demonstram que o pais pode melhorar, e muito, a eficiência dos serviços prestados à saúde utilizando-se dos mesmos valores investidos hoje, ademais afirma que em outro ponto de vista seria possível a redução dos gastos em "23% na saúde primária mantendo os mesmos níveis de resultados (o que implicaria um potencial de economia de R$ 9,3 bilhões), e em 34% nos serviços hospitalares (o que geraria uma economia potencial de R$ 12,7 bilhões)".

Portanto, não há que se falar em falta de recursos (em primeiro plano) como justificador da decadência da eficiência dos serviços públicos de saúde no Brasil, mas sim má gestão dos parcos recursos disponíveis, o próprio relatório do Banco Mundial, no resumo inicial do relatório faz esta afirmação.

2.2. **Itália: eficiência na gestão do Servizio Sanitario Nazionale**

O sistema nacional de saúde é alimentado por diferentes fontes de financiamento (MINISTERO DELLA SALUTE, 2017): receitas próprias e receitas de empresas de saúde (ingressos e receitas provenientes da atividade intramensal, ou seja, aquelas realizadas por médicos fora do horário de trabalho, mas sempre dentro das estruturas de saúde pública); co participação das Regiões com especial status e das províncias autônomas de Trento e Bolzano; o imposto regional sobre atividades produtivas (IRAP), o imposto de renda pessoal (IRPEF); o

financiamento pelo Estado de saúde não deve ser coberto por outras fontes através do imposto sobre o valor acrescentado (IVA), dos impostos especiais sobre o consumo de combustíveis e do Fundo Nacional de Saúde.

O financiamento para as regiões pelo Estado é estabelecido com base em um acordo financeiro e programático entre o próprio Estado e as Regiões (o Pacto de Saúde), que estabelece "no que diz respeito as despesas de saúde e a programação plurianual dos serviços relacionados com o Serviço Nacional de Saúde" (BILANCIA, 2014, p. 43) e prevê uma percentagem máxima de transferências do Estado em relação as quais a despesa excedente deve ser coberta pela Região Única com recursos próprios.

As Regiões, por sua vez, alocam recursos financeiros às empresas, com base em diferentes critérios, inclusive o que leva em conta a mobilidade dos cidadãos (que podem ser tratados em estruturas externas de sua região de residência) e a dos serviços prestados. na hospitalização e em ambientes ambulatoriais. As Regiões fornecem seus próprios fundos para atender a níveis mais elevados de bem-estar do que os do Plano Nacional de Saúde e para cobrir eventuais déficits das empresas.

Olhando para o financiamento nos anos mais recentes, vemos que em 2016, segundo o entendimento entre o Estado e as regiões, as fontes de financiamento foram: um terço as contribuições das Regiões e cerca de 60% para a intervenção do Estado (BORGA, 2018). O financiamento (em bilhões de euros) passou de 71,3 em 2001 para 111,0 em 2016 (MINISTERO DELLA SALUTE) e deve chegar a 115 em 2019 (MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, 2017, p. 40).

Segundo o ISTAT (Instituto Nacional de Estatística), as despesas com saúde em 2016 foram de 149,5 bilhões de euros, equivalentes a 8,9% do PIB, e foram apoiadas em 75% pelo setor público. A participação dos gastos privados, totalizando 22,7%, foi superior a 37 bilhões de euros, equivalente a 2,2% do PIB[10]. O apoio de esquemas de financiamento voluntário (seguros de saúde voluntários, instituições sem fins lucrativos, empresas) representou 2,3% do total.

Se é verdade que, entre 2012 e 2016, as despesas gerais com saúde aumentaram em média 0,9%, como alertou a Organização Mundial de Saúde, com base em dados publicados pelo Conselho de Ministros italiano no Documento Econômico e Finanças em dezembro de 2017 (RIVA, 2018, p.26), a relação entre despesas sanitarias e o PIB deverá diminuir até 6,3% em 2020 (o limiar fixado pela OMS é de 6,5%).

[10] Ou seja em media 2.466 euro por cada italiano.

O item de despesa mais importante diz respeito à assistência, ao tratamento e a reabilitação (82 bilhões); depois, há produtos farmacêuticos e outros dispositivos terapêuticos (31 bilhões). Hospitais – os principais prestadores de serviços – representaram 45,5%.

Em comparação com outros países da União Europeia[11], os gastos com saúde na Itália são mais baixos: cerca de € 2.400 por habitante, enquanto o Reino Unido, França e Alemanha, gastam entre € 3.000 e € 4.000, com impacto no PIB 11% (dois pontos percentuais a mais que na Itália).

Novamente, em uma perspectiva comparativa, referindo-se aos dados contidos no Relatório VII RBM-Censis[12] sobre Saúde Pública, Privada e Intermediária (CENSIS-RBM, 2017, p.18), é possível afirmar que os gastos italianos são significativamente menores (-37%) do que a média dos 14 países membros[13]. Também em termos de eficiência, em comparação com o contexto europeu, surgem questões críticas: a relação Meridiano Sanità. As coordenadas de saúde de 2017 documentam um atraso acentuado nos serviços do SSN e a capacidade de responder às necessidades de saúde dos pacientes (THE EUROPEAN HOUSE-AMBROSETTI, 2017).

Um papel crescente nos últimos anos tem sido assumido pelas Formas Integrativas de Saúde: no entanto, como o relatório do Censis alerta, "o problema de sua difusão para todos os cidadãos e sua integração dentro de nosso sistema de saúde permanece aberto" (CENSIS-RBM, 2017, p.18). A parcela de gastos com saúde assegurada por meio dessas formas integrativas é de 3,3%, enquanto a despesa privada paga diretamente pelos domicílios (chamada de "*out of pocket*") é alta: para se ter uma ideia, é três vezes maior do que o da da França e duas vezes em comparação com o Reino Unido (CENSIS-RBM, 2017, p.35). Isso implica que a satisfação das necessidades de saúde depende em grande parte da capacidade de renda dos cidadãos, com tendência ao crescimento das desigualdades sociais.

Segundo o mesmo relatório, mais de 50% "daqueles que recorrem à saúde privada o fazem principalmente por causa da falta de acessibilidade" (isto é, pela duração das listas de espera e por dificuldades logísticas e organizacionais) (CENSIS-RBM, 2017, p.41).

Outra crítica comum e grave é em virtude das desigualdades entre o desempenho de diferentes regiões: cruzando os dados da entidade do gasto per capita em cada um deles de um lado com a qualidade dos sistemas sanitarios e, por outro com a acessibilidade dos tratamentos

[11] Neste caso, os dados utilizados referem-se ao ano de 2014 e foram divulgados pelo Eurostat com o questionário Joint Health Accounts Questionnaire edizione 2016.
[12] Censis - Centro Studi Investimenti Sociali.
[13] Os Países são: Áustria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Holanda, Portugal, Espanha, Suécia, Reino Unido.

descontinuidades (CENSIS-RBM, 2017, p.20). Em comparação com o primeiro ponto, vai da excelência da Província Autônoma de Bolzano (que é atribuída uma pontuação de 8,7 / 10) para as lacunas da região da Campânia (pontuação de 3/10). Em comparação com o segundo ponto, varia de 21,20 dias de tempo médio de espera no Vale de Aosta até 85,54 dias no Lácio (CENSIS-RBM, 2017, p.20-21).

Isso inevitavelmente reflete no nível de satisfação dos cidadãos: 52% dos italianos consideram inadequado o serviço de saúde de sua região, enquanto 45,1% acham que piorou nos últimos anos (CENSIS-RBM, 2017, p.140), fato que conduz inclusive, a mudança pelos cidadãos à regiões mais prósperas, prática comum (BOCCI, 2016).

Em um País que apresenta altas taxas de envelhecimento (tanto pelo aumento da longevidade quanto pela diminuição de nascimentos) com consequentes fenômenos de cronicidade e multipatologias das doenças, surge a necessidade de "aumentar os recursos financeiros para manutenção inalterada da capacidade de assistência" (CENSIS-RBM, 2017, p.141). Assim, para se evitar que surja a necessidade do cidadão "gastar de seus próprios bolsos" seja consolidada como uma "nova normalidade" (CORICA, 2016), com a conseqüência de que aqueles que não podem pagar continuarão adiando o tratamento ou renunciando ao mesmo; acarretando o crescimento das desigualdades entre as diferentes áreas do país e negando o princípio da igualdade consagrado na Constituição, é patente a necessidade de implemento de recursos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme comprovamos nas linhas introdutórias, tanto o Brasil quanto a Itália possuem previsão Constitucional guarnecendo o direito a saúde como direito fundamental e dever do Estado. Também possuem um sistema público de atendimento regulado pela lei. Apesar dessas semelhanças gerais, as distinções são patentes no que se refere a instrumentalização do sistema em si.

Em termos de percentuais do Produto Interno Bruto (PIB), o Brasil investe mais em saúde que a Itália (um dos países que menos investe em saúde da Europa). Contudo, a maior parte do custeio da saúde pública do Brasil provém da iniciativa privada, logo, substancialmente investe menos em saúde pública que a Itália, cuja maior parte das aplicações no sistema advém da própria administração pública.

O SSN italiano é regionalizado e descentralizado: as regiões suprem seus próprios fundos com saúde pública, administrando e investindo no que julga mais necessário aos seus

cidadãos, que ainda assim, possuem a liberdade de consultar ou solicitar atendimento médico em qualquer região que acredite pertinente. No Brasil, o SUS também é um complexo de saúde universal e gratuito, porém é regionalizado e hierarquizado, o que significa dizer que embora os Municípios e Estados tenham fonte própria de custeio, a maior parte do investimento deriva da União. Ademais, o cidadão não tem qualquer liberdade de escolha em relação ao médico, posto de saúde ou hospital: é necessário que respeite a escala do sistema (primeiro deve procurar o posto de saúde vinculado ao seu endereço, após há um encaminhamento para um hospital Municipal, na falta um Estadual e se este não puder suprir a demanda, remeterá a um Federal).

Na Itália, apesar do sistema público gratuito de saúde, um número substancial e crescente de familias preferem manter também um sistema privado de saúde, principalmente sob o argumento da lentidão no atendimento bem como, a desigualdade no funcionamento da saúde nas diferentes Regiões (as mais ricas prestam um serviço mais eficiente, pois alia-se valor a competente administração). Os italianos de um modo geral afirmam que a qualidade na saúde piorou nos últimos anos. Todavia, em 2017 foram redefinidos os mecanismos de controle dos Níveis Essenciais de Assistência à saúde pública, cujo objetivo é melhorar a eficiência na prestação dos serviços.

No que se refere ao Brasil, conforme vimos, o Banco Mundial em recente relatório (2017) afirmou que a prestação dos serviços públicos em saúde no País é ineficiente e poderia ser eficiente valendo-se dos mesmos valores alocados atualmente. Igualmente, são apontados como acréscimo a ineficiência na prestação dos serviços públicos de saúde o fato da hierarquização no sistema, bem como, as leis pouco claras e ambíguas que direcionam a administração pública.

Assim, em suma, Itália e Brasil possuem sistemas aproximados de gratuidade na prestação de serviços públicos de saúde, porém em termos de eficiência, a Itália, se comparada a outros países da Europa pode – em alguns aspectos – ser considerada ineficiente na prestação dos serviços públicos em saúde conforme os relatórios apresentados ao longo da pesquisa. Todavia, se comparada ao Brasil, é bastante eficiente, logo a diferença na eficiência não está relacionada, ao menos diretamente, a investimentos, porém na forma como ambos sistemas são geridos.

Esta eficiência na prestação dos serviços públicos italianos em relação ao Brasil é apontada por muitos doutrinadores pela forma como o sistema é gerido, regionalizado, com diretrizes administrativas objetivas. O Brasil por sua vez, conforme o Banco Mundial é ineficiente no fornecimento da saúde, investe mal, possui leis ambíguas e obscuras sendo que,

apesar da extensão do território brasileiro e das diferenças entre as regiões, deve seguir uma política de saúde orientada pela União de forma hierarquizada.

Portanto, em que pese a Itália não ter um SSN primoroso, especialmente se comparada a outros países da Europa, é bastante eficiente se comparado ao Brasil. A Itália recentemente adotou medidas para melhorar o seu sistema de saúde, ainda que não necessariamente através de maiores investimentos, o Brasil, por sua vez, poderia ter uma eficiência em termos de saúde muito melhor gastando os mesmos valores, logo, observa-se que o problema do país não é em relação a falta de investimentos, discurso comum aos poderes públicos, e sim, um sistema mal gerido, entrelaçado em um complexo sistema normativo.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Christian Mendez. Os Princípios Constitucionais da Eficiência e Eficácia da Administração Pública: Estudo Comparativo Brasil e Espanha. **Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional.** Curitiba, n. 1, ago./dez. 2009.

ARAÚJO, Edson C.; PONTES, Ezau. **Análise da Eficiência com o Gasto Público em saúde.** World Bank Group. Brasília, Mai./2017.

BEATTY, David M. **A Essência do Estado de Direito.** COTRIM, Ana Aguiar (Tradução), São Paulo: Martins Fontes, 2014.

BILANCIA, Francesco. I diritti sociali ed il diritto alla salute nell'ordinamento dell'Unione europea. Un'introduzione. In: MARTINI, Sandra Regina; BILANCIA, Francesco (Org.). **O direito à saúde na União Europeia e no Mercosul**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014. p.29-44.

BOCCI, Michele. I malati con la valigia mezzo milione va a curarsi al Nord. **La Repubblica**, Roma, 4 abr. 2016.

BORGA, Lorenzo. Sanità: tagli o investimenti? Entrambi. **lavoce.info**, 9 fev. 2018. Disponível no endereço: http://www.lavoce.info/archives/51051/sanita-tagli-investimenti/. Acesso em: 9 abr./2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição: República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 6 abr./2018.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em 6 de abr./ de 2018.

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 6 de abr./2018.

CARVALHO, André Luiz Bonifácio; JESUS, Washingtin Luiz Abreu; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)** Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 22, n. 4, Rio de Janeiro, 2017.

CENSIS-RBM. **VII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. Il futuro del Sistema Sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura e**

sostenibilità. Disponível em: http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2421529.pdf. Acesso em: 8 abr./2018.

COCCIONI, Monica. Il diritto alle prestazioni sanitarie: fra esigenze di concreta attività e fedeltà alla propria garanzia costituzionale. In: "I diritti fondamentali oggi". Atti del V Convegno dell'Associazione Italiana dei Costituzionalisti. **Anais**. Padova: Cedam, 1995. p. 173-180.

CORICA, Alessandra. Il superticket per saltare la lista d'attesa l'ultima frontiera delle cliniche private, **La Repubblica**, Roma, 10 nov. 2016.

ESPOSITO, Roberto. Se il corpo è la persona soffrire è politico. **La Repubblica**, Roma, 21 dez. 2017.

GUIA DO DIREITO A SAÚDE. São Paulo: **Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), parceiro do consumidor**. Disponível em: http://guiadedireitos.org/downloads/guia_direito_saude.pdf. Acesso em: 8 abr./2018

ITALIA. Costituzione della Repubblica Italiana (1948). Disponivél em: https://www.senato.it/documenti/repository/istituzione/costituzione.pdf. Acesso em 9 de abr./2018.

ISTAT. **Il sistema dei conti della sanità per l'Italia**. Disponível em: https://www.istat.it/it/archivio/201944. Acesso em 9 de abr./2018.

LEITE, Harrison Ferreira. **Autoridade da Lei Orçamentária.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. **Direito Fundamental à saúde segundo o Supremo Tribunal Federal**. In: SARMENTO, Daniel; SARLET, Ingo Wolfgang (Coord.). Direitos Fundamentais no Supremo Tribunal Federal, balanço e crítica. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

LIMA, Rita de Cássia Gabrielli Souza; SEVERO, Denise Osório; VERDI, Marta Inez Machado; DA ROS, Marco Aurélio. A Construção do Direito à Saúde na Itália e no Brasil na Perspectiva da Bioética Cotidiana, **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, São Paulo, 2009, pp. 118-130; DOI: 10.1590/S0104-12902016164264.

MELLO, Claudio Ari. **Democracia Constitucional e Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogados, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 Anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados,** n. 27 (78), 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf. Acesso em:05 abr./2018.

MENDONÇA, Eduardo Bastos Furtado. **A constitucionalização das Políticas Públicas no Brasil: devido processo orçamentário e democracia**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Princípios do SUS. Brasília, mai./2017. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus. Acesso em: 4 de abr./2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas. Secretaria Executiva, Brasília, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 05 abr./2018.

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE. **Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4**, 2017. Disponível em: http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2017/IMDSS-RS2017.pdf. Acesso em: 08 abr./2018.

MINISTERO DELLA SALUTE. **Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale**. Disponível em: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4752&area=programmazioneSanitariaLea&menu=dati. Acesso em: 09 abr. 2018.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde e o Servizio Sanitario Nazionale: a reforma da reforma – a adoção do Ticket Sanitario. **Saúde e Sociedade**, v.25, n.4, São Paulo, 2016, p. 895-901; DOI: 10.1590/S0104-12902016164264.

PAIM, Jairnilson et. al. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries (Saúde no Brasil),** Bahia, n. 1, p. 11-21, mai./2011.

PINTO, Élida Graziliane. **Financiamento dos Direitos à Saúde e à Saúde e à Educação, uma perspectiva Constitucional.** Belo Horizonte: Fórum, 2015.

PIOGGIA, Alessandra. Il diritto alla salute nell'ordinamento italiano. In: MARTINI, Sandra Regina; BILANCIA, Francesco (Org.). **O direito à saúde na União Europeia e no Mercosul**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014. p.95-112.

PIOLA, Sérgio Francisco et. al. Estruturas de Financiamentos e gasto do Sistema Público de Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, IPEA, Ministério da Saúde e Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República**, vol. 4, 2013, p. 19-70.

RIVA, Gloria. Addio alla salute. **L'Espresso**, Roma, 21/01/2018.

TASCA, Renato (Org.). **Redes e Regionalização em saúde no Brasil e na Itália. Lições aprendidas e contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana da Saúde, Representação Brasil. Brasília, 2011.

THE EUROPEAN HOUSE-AMBROSETTI. **Meridiano Sanità. Le coordinate della salute. Rapporto 2017**. Disponível em: https://www.ambrosetti.eu/wp-content/uploads/Meridiano-Sanit%C3%A0-12-Rapporto-2017.pdf. Acesso em: 09 abr. 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 2ª Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

TOCCI, Amanda Simone Sebastião; COSTA, Elaine Cristina Nunes Fagundes. A gestão em saúde após a política nacional de humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Uningá,** Maringá/PR, n. 40, p. 197-2016, abr. jun./2014.

VASCONCELOS, Marta Chaves; et. al. Análise da Eficiência do Sistema Único de Saúde nos municípios paranaenses. **Georgetown University**. Curitiba, vol. 11, n. 2, p. 42-61, mai./2017.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Evolução com gastos em medicamentos no Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016. **Instituto de Pesquisa Econômica (IPEA)**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8250/1/TD_2356.pdf. Acesso em: 5 abr./2018.