

Cristiana Lapa Wanderley Sarcedo
Avocate spécialisée en Droit du travail
Faculté de Droit de l'Université de São Paulo

Tamira Maira Fioravante
Avocate et doctorante en Droit du travail
Faculté de Droit de l'Université de São Paulo

Système public de santé brésilien : modèle et interrogations

Abstract

At the end of the two decades of military dictatorship, the public Brazilian system of health was deeply changed in 1988 by the federal Constitution. The universal model instituted besides requests a broad participation of the society by means of Councils of health. Nevertheless, budgeting problems and important institutional dysfunctions return the universality's realization difficult. Otherwise, the growing appeal on the private insurance health, especially for the easiest classes, reinforces social inequality in Brazil.

Résumé

À l'issue des deux décennies de dictature militaire, le système public de santé brésilien a profondément été modifié par la promulgation en 1988 de la Constitution fédérale. Le modèle instauré est de nature universaliste et il requiert une large participation de la société par le biais des Conseils de santé. Toutefois, les problèmes budgétaires et les dysfonctionnements institutionnels importants rendent difficile la réalisation de l'universalité. En outre, le recours croissant aux plans d'assurance santé privés, surtout pour les classes les plus aisées, renforce les inégalités sociales au Brésil.

I - Les caractéristiques principales du système de santé brésilien

A - Profil constitutionnel du système public de santé

Les caractéristiques et les principes directeurs du système public de santé brésilien sont définis par la Constitution fédérale de 1988. Son article 194 présente le système public de santé comme une partie du système de sécurité sociale, ce dernier comprenant par ailleurs la prévoyance et l'assistance sociale.

Avant la Constitution de 1988, seuls les cotisants de la Sécurité sociale avaient droit à l'assurance médicale publique. Le reste de la population devait soit payer une assurance privée, soit être assisté par les hôpitaux et postes de santé publics à travers l'assistance sociale, ce qui restait assez aléatoire¹.

Dans l'article 194 de la Constitution fédérale, connue comme la Constitution citoyenne pour avoir été promulguée après une longue période de dictature militaire, plusieurs objectifs du système de sécurité sociale brésilien sont répertoriés. Il s'agit notamment de l'universalité de couverture et d'assurance (à la différence du modèle antérieur de cotisation qui, en matière de santé, exigeait que l'utilisateur soit effectivement cotisant du système de sécurité sociale, en règle générale, en sa qualité de salarié). De même, le caractère démocratique et décentralisé de la gestion est affirmé au moyen d'une gestion quadripartite qui regroupe les salariés, les employeurs, les retraités et le Gouvernement au sein d'organismes collégiaux.

La Constitution fédérale accorde une attention particulière à la santé. Son article 196 énonce en effet que la santé est à la fois un droit de tous et un devoir de l'État. Elle doit être garantie par l'adoption de politiques publiques qui visent la réduction du risque de maladie et l'accès universel et égalitaire aux actions et services qui assurent la promotion, la protection et la réadaptation de la santé. Aussi, il appartient aux pouvoirs publics d'arrêter les dispositions relatives à la réglementation, la surveillance et le contrôle des services de santé, lesquels pourront être fournis directement par l'État ou par des tiers, conformément à l'article 197 de la Constitution fédérale.

¹ J. B. Lazzari, « *As fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde* », São Paulo, LTr, 2003, p. 17.

Les actions et les services publics de santé intègrent un réseau régionalisé et hiérarchisé tout en relevant d'un système unique. Il en résulte que l'État fédéral, les États fédérés ainsi que les Communes sont compétents pour mettre en place des politiques publiques de santé qui répondent aux directives générales d'un modèle unique. En outre, des transferts budgétaires sont possibles, de l'État vers les États fédérés et les Communes, et des États fédérés vers les Communes.

Cette forme d'organisation de la santé a constitué une nouveauté majeure de la Constitution citoyenne car, jusque-là, tout le système était centralisé au niveau de l'État fédéral. Il est important de souligner que désormais, les Communes assument une responsabilité accrue dans le domaine des actions relatives à la santé car elles doivent fournir l'assurance sociale à la population, l'État fédéral et les États fédérés devant de leur côté organiser la coopération technique et financière à même de réaliser cette prestation. Enfin, l'État fédéral, par l'intermédiaire du Ministère de la santé, doit formuler la politique nationale de santé et coordonner les actions intergouvernementales. Il en résulte que les décisions les plus importantes dans le domaine de la santé sont prises par l'État fédéral.

Aux termes de l'article 198, *caput*, de la Constitution fédérale, les principes suivants doivent être respectés par le Système Unique de Santé (SUS) : la décentralisation, avec une seule orientation dans chaque sphère du Gouvernement (Communes, États fédérés et État fédéral) ; la couverture intégrale, en donnant la priorité aux activités préventives ; et la participation de la société civile à la définition de programmes d'action.

Dans ce sens, la santé publique – étant donnée la réalité constitutionnelle brésilienne – peut être comprise comme toute action qui a pour but immédiat et direct de promouvoir, de protéger et de restaurer la santé d'une communauté donnée.

Ainsi, conformément à l'article 200 de la Constitution fédérale, il incombe au SUS d'assumer une série de tâches parmi lesquelles le contrôle et la surveillance de procédures, de produits et de substances dangereuses pour la santé, la participation à la production de médicaments, d'équipements, de produits immunobiologiques et de dérivés du sang notamment. Sont aussi mentionnées l'exécution d'actions de vigilance

sanitaires et de santé du travailleur et la collaboration à la protection de l'environnement, même professionnel.

B - Financement du système public de santé

L'article 195 de la Constitution fédérale énonce que la Sécurité sociale (dans ses trois volets, à savoir la prévoyance, la santé et l'assistance) est financée par l'ensemble de la société, de façon directe et indirecte, au moyen de fonds provenant des budgets de l'État fédéral, des États fédérés et des Communes, de divers impôts et de contributions sociales. L'employeur (de l'entreprise et de l'entité qui lui est assimilée) verse ainsi des cotisations qui sont prélevées sur le salaire et, plus largement, sur tous les revenus du travail payés ou crédités aux personnes physiques lui fournissant une prestation (même, à défaut de relation de travail). Les cotisations sont aussi prélevées sur les revenus, le chiffre d'affaires ou les bénéfices. Les travailleurs et les autres bénéficiaires de la prévoyance sociale paient aussi des cotisations sociales, mais l'assiette des cotisations ne comprend ni la retraite, ni les pensions accordées par le régime général de prévoyance sociale.

Quand elle aborde le financement du système public, la Constitution de 1988, inchangée sur ce point, n'impose pas d'affecter des fonds à la Santé. Cependant, l'article 55 de l'Acte des Dispositions Constitutionnelles Transitoires (ADCT) énonce que tant que la Loi de Directives Budgétaires (LDO) n'est pas votée, au moins 30% du budget de la Sécurité sociale, à l'exclusion de l'assurance chômage, doivent être destinés au secteur de la santé.

Or, même si les LDO de 1990, 1991, 1992 et 1993 ont reproduit les dispositions de l'article 55 de l'ADCT/Constitution fédérale de 1988, les Lois Budgétaires Annuelles de 1990, 1991, 1992 et 1993 n'ont pas respecté les dispositions des LDO respectives. Ceci a conduit à une crise du financement de la santé en 1992 qui a dû être résolue par un emprunt contracté auprès du Fonds d'Assistance au Travailleur (FAT). En 1993, la crise s'est aggravée car, en plus de ne pas respecter les dispositions de la LDO (30% du budget de la Sécurité sociale pour le secteur de la santé), le ministère de la Sécurité sociale a suspendu le transfert des montants recouvrés par l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) et prévus dans le budget pour la santé. Le Président de la République a déclaré à l'époque l'état de calamité publique et, une fois encore, un emprunt a été contracté

auprès du FAT. Le ministère de la Santé a alors commencé à exiger le respect de la LDO. Le résultat en a été le veto du Président de la République face au dispositif de la LDO/1994, au lieu de l'adoption d'une solution au problème.

Compte tenu de la gravité du problème de financement, une contribution affectée la santé a été créée à titre provisoire. Cette contribution dénommée « Contribution Provisoire sur le Mouvement ou le Transfert de Fonds et de Crédits et de Droits de Nature Financière » (CPMF) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1997 et son taux a été augmenté progressivement².

D'une manière générale, les politiques publiques sociales ont été considérées, dans les années 90, comme un obstacle à l'ouverture commerciale du pays qui devait être restructuré grâce à des politiques sélectives et s'adapter au contexte international³. Ce nouveau scénario n'a pas permis de proposer de solutions aux politiques sociales mais celles-ci ont été mal acceptées en raison des présupposés liés à l'intégration de l'économie brésilienne dans la mondialisation. Cela a conduit à la mise en cause de l'agenda universaliste pour certains secteurs sociaux, notamment en matière de logement, et au blocage du financement du secteur social. Dans d'autres secteurs en revanche et c'est le cas dans le domaine de la santé, les coalitions d'intérêts ont permis d'obtenir de meilleurs résultats tout en stabilisant les dépenses publiques fédérales. Ceci a permis aux groupes les plus défavorisés d'accéder aux bénéfices de la politique de santé, même si des inégalités importantes demeurent entre les classes sociales⁴.

C'est dans ce contexte qu'a été introduite la négociation d'un amendement constitutionnel. Il s'agissait de rechercher une solution pérenne au financement de la santé tout en organisant l'articulation des fonds des trois niveaux gouvernementaux destinés à la santé.

² La CPMF a été éliminée le 1^{er} janvier 2008 et son dernier taux était de 0,38%. Cependant, à l'heure actuelle il y a un mouvement politique visant à rétablir cette contribution sous la dénomination de Contribution Sociale pour la Santé (CSS), dont le taux de 0,1% serait appliqué sur tous les mouvements financiers.

³ N. do Rosário Costa, « Política social e ajuste macroeconômico », *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, p. S20, 2002.

⁴ N. do Rosário Costa, *op. cit.*, p. S20.

L'amendement constitutionnel n° 29/2000 a ainsi pu être adopté et promulgué. Cet amendement a modifié plusieurs articles de la Constitution fédérale (34, 35, 156, 160, 167 et 198) et a ajouté un article à l'ADCT afin d'assurer des fonds minima pour le financement des actions et des services publics de santé. Ainsi, l'article 34 de la Constitution fédérale impose désormais que des pourcentages minima soient employés pour financer les actions relatives à la santé, comme c'était déjà le cas en matière d'éducation. De son côté, l'article 35, partie III, autorise l'État et l'État fédéral à intervenir auprès des Communes si le minimum prévu n'est pas respecté. L'article 160, paragraphe unique, parties I et II, interdit à l'État fédéral de retenir des fonds ou de préconiser la restriction des fonds attribués au système de santé. L'article 167, partie IV, impose d'affecter certains impôts aux actions et services publics de santé.

Enfin, l'article 198, paragraphe 1^{er}, énonce que le SUS doit être financé par des fonds issus du budget de la Sécurité sociale, de l'État fédéral, des États fédérés et des Communes, en plus des autres ressources. L'État fédéral, les États fédérés et les Communes doivent affecter annuellement aux actions et services publics de santé des fonds minima provenant ressources prévues par une loi complémentaire.

Cette loi complémentaire, destinée à être réévaluée au moins tous les cinq ans, doit également fixer les critères de partage des fonds « santé » provenant de l'État fédéral et destinés aux États fédérés et aux Communes, et des fonds provenant des États fédérés et destinés à leurs Communes respectives. Cette disposition a pour but de réduire progressivement les disparités régionales. La loi complémentaire doit encore fixer les normes de surveillance, d'évaluation et de contrôle des dépenses de santé dans les domaines fédéraux, des États fédérés et des Communes. Jusqu'à présent, cette loi complémentaire n'a pas encore été publiée. Cependant, à l'heure actuelle plusieurs projets sont en cours de discussion au sein du Congrès national visant à la réglementation de cette matière.

Pour le moment, l'article 35 de la loi n° 8080/90 prévoit que plusieurs critères doivent être combinés pour fixer les montants à transférer aux États fédérés et aux Communes et pour permettre l'examen technique des programmes et des projets. Il s'agit du profil démographique de la région, du profil épidémiologique de la population à couvrir, des caractéristiques quantitatives et qualitatives du réseau de santé dans la région, de la

performance technique, économique et financière pendant la période précédente. Sont encore pris en compte les niveaux de participation du secteur santé dans les budgets des États fédérés et des Communes et la prévision du plan quinquennal d'investissements dans le réseau de santé. D'une manière plus détaillée, l'article 3^{ème} de la loi n° 8142/90 prévoit aussi que les fonds dus aux États fédérés et aux Communes leur seront transférés de façon régulière et automatique, conformément aux critères ci-dessus mentionnés, sachant que ces fonds seront destinés aux Communes dans une proportion minimale de 70%, le reste étant attribué aux États fédérés.

En avril 2002, le Conseil national de santé (CNS) a approuvé la Résolution n° 316 dont la rédaction finale a fait l'objet de vastes négociations avec les représentants de plusieurs Tribunaux de comptes du pays. Cette résolution a finalement été homologuée par le ministre de la Santé en 2003, sous le n° 322. Depuis, le Système d'information sur les Budgets publics en santé (SIOPS) respecte systématiquement, au moyen de données périodiquement collectées, l'amendement constitutionnel n° 29/2000, conformément aux termes de la Résolution n° 322 du CNS. On constate de façon générale que l'apport de fonds est aujourd'hui plus important, malgré la persistance d'opérations d'inclusion de dépenses étrangères et d'exclusion de revenus (renonciations fiscales, par exemple).

En d'autres termes, la Résolution ministérielle CNS n° 322/2003 avait pour but de faire respecter l'amendement constitutionnel n° 29 (EC 29/2000) de la part des trois sphères du Gouvernement, jusqu'à ce que la loi complémentaire régulatrice soit votée. En raison de l'EC 29/2000, le minimum affecté par les États fédérés aux services publics de santé est égal à 12% de leurs propres revenus ; les Communes, à leur tour, devront affecter un taux de 15% de leurs propres revenus⁵.

En outre, le vote de la loi complémentaire n° 101/2000 (connue également comme loi de responsabilité fiscale) a contribué à soumettre la gestion et le contrôle des finances publiques à l'influence de la régulation. Toutefois, des secteurs socialement importants tels que la santé, l'éducation et la sécurité ont été exemptés, pour une bonne partie, par les mesures fiscales qui auraient entraîné une réduction des dépenses.

⁵ D. M. Tarbes de Carvalho, « Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil », *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n° 4, p. 881, juil-août 2007.

En ce sens et conformément au paragraphe unique de l'article 8 de la loi de responsabilité fiscale, la santé bénéficie de fonds financiers qui, en raison de leur affectation obligatoire, ne peuvent pas être utilisés pour d'autres finalités, même après la fin de l'exercice financier pendant lequel ils ont été recouverts. En outre, la suspension des transferts volontaires au secteur de la santé ne peut pas être utilisée pour sanctionner les transgressions fiscales, conformément à l'article 25, §3^{ème} de la loi de responsabilité fiscale. La source stable de financement est garantie par la liaison budgétaire obligatoire, ce qui permet de planifier les dépenses et de minimiser le risque d'insolvabilité. Malgré tout, le financement insuffisant du SUS demeure l'une des causes principales de la non-réalisation du nouveau modèle de santé préconisé par la Constitution fédérale de 1988⁶.

C - Les caractéristiques infraconstitutionnelles du système public de santé

Au niveau infraconstitutionnel, le système public de santé est régi par la loi fédérale n° 8080/1990. Cette dernière réaffirme les orientations générales données par la Constitution relatives à la santé, laquelle est présentée comme l'état de bien-être physique, mental et social qui doit être considéré comme un droit de tous et un devoir de l'État. Elle redit également les orientations constitutionnelles concernant le SUS et le présente comme l'ensemble des actions et des services de santé fournis par les organismes et les institutions publics fédéraux, des états fédérés et municipaux, ainsi que par ceux appartenant à l'administration directe et indirecte et aux fondations gérées par les pouvoirs publics. La participation du privé reste permise à titre complémentaire.

En plus des dispositions de l'article 198 de la Constitution fédérale, la loi n° 8080/1990 prévoit que les actions et les services publics de santé et les services conventionnés ou associés qui relèvent du SUS doivent garantir aux personnes assurées le droit aux informations concernant la santé et le droit à l'autonomie dans la défense de leur intégrité physique et morale. L'ensemble des acteurs doit encore assurer l'égalité en matière d'assurance santé, sans préjugés ou privilèges d'aucune nature. Enfin, ils doivent respecter la

⁶ M. G. R. Campelli, M. C. M. Calvo, « O cumprimento da Emenda Constitucional n° 29 no Brasil », *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n° 7, p. 1620, juillet 2007.

décentralisation politique et administrative et, entre autres principes, l'autonomie des sphères du Gouvernement (concrétisée par la décentralisation des services aux Communes, la régionalisation et la hiérarchisation du réseau de services de santé).

Afin d'amplifier la participation de la société à la gestion du Système unique de santé, la loi fédérale n° 8142/1990 a prévu que le SUS dispose de deux organismes collégiaux dans chacun des trois niveaux du Gouvernement (État fédéral, états fédérés et municipalités). Il s'agit de la Conférence de santé et du Conseil de santé. Ce dernier est composé des représentants du Gouvernement, des prestataires de services, des professionnels de santé et des usagers représentés de façon paritaire. Il intervient dans la formulation de stratégies et dans le contrôle de l'exécution de la politique de santé dans l'instance correspondante, y compris dans ses aspects économiques et financiers. Ses décisions sont homologuées par le chef du pouvoir légalement constitué dans chaque sphère du Gouvernement.

L'espace politique de représentation des usagers, des professionnels et des cadres des unités de santé est limité à la participation de ces Conseils de santé. Cela peut sembler peu satisfaisant, même si l'appréciation doit néanmoins être nuancée car, en pratique, ces groupes ont accès à une grande partie de l'information sur la dynamique de fonctionnement des services de santé⁷.

Il n'en demeure pas moins que l'action des Gouvernements doit être débattue, discutée et/ou contrôlée par les Conseils, lesquels, selon leur compétence légale, sont composés par des représentants de la société civile. Cela devrait non seulement stimuler un comportement responsable de la part des Gouvernements, mais également les forcer à la pratique de la négociation et de la consultation de la société⁸.

⁷ M. A. Borges dos Santos, S. Gerschman, « As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores », *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n° 3, p. 804, 2004.

⁸ M. Arretche, « Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia », *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n° 2, p. 336, 2003.

Malgré tout, le rôle politique des Conseils n'est pas clairement identifié dans le discours des conseillers représentant les usagers pour deux raisons majeures. Tout d'abord, les usagers doutent souvent de la réelle contribution des Conseils à la santé de la population. Ensuite, les dissensions qui ont opposé dans le passé des acteurs politiques importants, tels que les représentants de la médecine privée et des organismes internationaux, contribuent à affaiblir la discussion effective et l'action politique des Conseils⁹. Pour gagner en efficacité, l'action des Conseils de santé a besoin d'un développement politique sur le long terme. Ceci lui permettrait de renforcer sa représentativité, de faire face aux systèmes de représentation d'intérêts déjà beaucoup plus matures, et d'influencer de façon privilégiée les pouvoirs publics. La priorité doit donc être donnée au processus de maturation des Conseils, seul à même de renforcer la prise de conscience de leur rôle politique et d'encourager l'organisation de professionnels de santé prestataires de services dans les hôpitaux publics (surtout les médecins) afin de garantir une meilleure qualité au SUS¹⁰.

« En synthèse, les gouvernements locaux assument déjà la gestion de l'attention de base accordée à la santé au Brésil. Cependant, aucun mécanisme n'intervient au niveau de la gestion locale pour promouvoir la responsabilité, l'efficacité, l'accès universel et égalitaire à la santé »¹¹. En outre, la qualité de l'action des gouvernements dépend, dans une grande mesure, des incitations et des contrôles auxquels ils sont soumis. La structure institutionnelle complexe que le SUS a construite entre 1988 et 1993 pour la prise de décisions, dans le respect de la démocratie et du fédéralisme, devrait permettre de réaliser des objectifs de la politique de santé et de relever les nouveaux défis inhérents à leur mise en œuvre.

Toutefois, ces mécanismes institutionnels, qui devraient inciter des gestions locales tournées vers le bien-être des citoyens et la qualité des prises en charge, ne fonctionnent pas pleinement. Aussi, le défi consiste surtout à améliorer l'utilisation des structures existantes, non à la reconfigurer. Le changement de modèle représenté par la création du Système Unique de Santé a été très significatif. Bien que quelques caractéristiques du modèle

⁹ M. A. Borges dos Santos, S. Gerschman, *op. cit.*

¹⁰ *Ibidem*, p. 804.

¹¹ M. Arretche, *op. cit.*, p. 332.

antérieur demeurent¹², « le Brésil a remplacé un modèle centralisé d'assurance santé fondé sur le principe de cotisation par un modèle où le droit légal d'accès gratuit à des actions et des services de santé couvrant toutes les spécialités est universel et où la prestation de services est organisée d'une façon hiérarchisée et décentralisée »¹³.

II - Les principales caractéristiques du système privé de santé

L'article 199, *caput*, de la Constitution fédérale donne à l'initiative privée la faculté d'agir dans le domaine de la santé.

Les institutions privées peuvent ainsi participer de façon complémentaire au Système Unique de Santé, selon les directives de celui-ci, par le biais des mutuelles de santé ou des contrats de droit public, d'entités philanthropiques, les institutions à but non lucratif ayant la priorité. Toutefois, sauf exceptions légales, les fonds publics ne peuvent bénéficier à des aides ou subventions destinées à des institutions privées à but lucratif, et les entreprises ainsi que les capitaux étrangers ne peuvent participer à l'assurance maladie au Brésil, que ce soit de façon directe ou indirecte.

La loi fédérale n° 8080/91 (article 21) énonce que l'assurance maladie peut être proposée librement par l'initiative privée et définit les services qui peuvent être proposés. Professionnels libéraux légalement habilités et personnes morales de droit privé peuvent ainsi proposer des actions pour la promotion, la protection et la prévention de la santé. Cette ouverture de l'assurance maladie au privé est toutefois soumise aux dispositions de l'article 22 de la même loi qui impose de respecter les principes éthiques et les normes délivrées par la direction du SUS pour les conditions de fonctionnement.

Ainsi, parallèlement au système public unique, l'assurance maladie peut également être organisée de façon privée, principalement grâce aux « plans d'assurance santé » (système supplémentaire de santé). En réalité, les catégories sociales dont le pouvoir d'achat est important ont souvent recours

¹² Nature du contrat de travail des médecins intervenant dans le secteur public, réglementation insuffisante du secteur de santé complémentaire jusqu'en 1998.

¹³ *Ibidem*, p. 332.

à des assurances maladie privées, lesquelles, en règle générale, sont liées aux entreprises. Ces couvertures sont offertes par les entreprises à leurs employés *via* la souscription de contrats d'assurance auprès de compagnies d'assurance. En général, l'assurance privée de santé est plus avantageuse que celle du système public.

L'Agence Nationale de Santé Supplémentaire (ANS) a été créée par la loi fédérale n° 9961/2000. Selon l'article premier de la loi, l'ANS est une « *autarquia* » (institution de droit public autonome contrôlée par l'État) fédérale à régime spécial¹⁴, liée au ministère de la Santé. Son siège et sa juridiction compétente sont dans la ville de Rio de Janeiro, pour une durée illimitée, et son action s'étend sur tout le territoire brésilien. Elle agit en tant qu'organisme de régulation, normalisation, contrôle et surveillance des activités qui garantissent l'assurance complémentaire santé. De son côté, la loi fédérale n° 9656/98 a réglementé le secteur de « plans d'assurance santé », principale forme de prestations médicales privées et l'a soumis à la surveillance de l'ANS.

Pour réprimer des éventuels abus des fournisseurs de plans d'assurance santé à l'égard des assurés, la loi a été modifiée en 2001. Elle a établi un plan-type d'assurance santé, comprenant une couverture médicale ambulatoire et hospitalière. Celle-ci comprend les accouchements et les traitements réalisés exclusivement au Brésil soit de façon ambulatoire, soit dans un centre de soins intensifs ou assimilé (lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire), les maladies répertoriées dans la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette couverture doit respecter les exigences minimales requises par la loi, à l'exclusion de quelques procédures comme la fourniture de médicaments importés de l'étranger. De plus, l'article 35-C de la loi établit que la couverture est obligatoire dans des situations graves et d'urgence. Les situations graves doivent s'entendre de celles qui impliquent un risque vital immédiat ou des lésions irréparables pour le patient (sur déclaration du médecin prestataire de service). Les situations d'urgence sont celles qui découlent d'accidents personnels ou de complications durant la grossesse.

¹⁴ C'est-à-dire, dotée d'une autonomie administrative, financière, patrimoniale ainsi que d'une autonomie pour la gestion des ressources humaines et pour les décisions techniques.

III - Rapports entre le système public et le système privé de santé au Brésil

Au Brésil, la prestation hospitalière publique est principalement fournie par des tiers (entreprises privées à but lucratif, entités bénévoles et philanthropiques, hôpitaux universitaires et d'enseignement) et non directement par des hôpitaux publics¹⁵. C'est donc ce réseau hospitalier/ambulatoire privé associé au SUS qui assure la population de façon générale. C'est ensuite le SUS qui rembourse ces procédures médicales sur la base des barèmes préalablement établis. Cependant, les valeurs de ces barèmes n'étant pas régulièrement actualisées, elles s'éloignent du coût effectif de la prestation et compromettent la qualité des prestations fournies à la population.

En outre, un rapport de concurrence subsiste entre les segments public et privé, avec une superposition des clientèles, ce qui renforce la nécessité d'articulation des deux systèmes de santé¹⁶. Il existe en effet une corrélation entre le niveau de revenu et l'offre de services de santé, soit en raison de la couverture par les plans d'assurance santé privés, soit en raison de l'assurance fournie par le SUS. Ainsi, tandis que la région nord brésilienne est très démunie du point de vue de l'accès aux soins, la région sud-est, la plus riche économiquement, présente un taux de plans privés d'assurance santé le plus important et est également la plus active dans la production de services au SUS¹⁷. Par ailleurs, la répartition du réseau de services hospitaliers par le secteur privé n'est pas homogène sur le territoire national. Elle présente non seulement des disparités régionales, entre les états fédérés et les communes, mais également des différences du point de vue de la nature des interventions médicales. Enfin, on observe que la couverture du système privé de santé varie selon le niveau de revenu, la tranche d'âge, le genre, la taille de la ville...¹⁸.

¹⁵ S. Dain, « Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração », *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12 supl, p. 1859, novembre 2007.

¹⁶ S. Dain, *idem*

¹⁷ D. M. Tarbes de Carvalho, « Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil », *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n° 4, p. 887, juil-août 2007.

¹⁸ S. Dain, *op. cit.*

Lorsque nous comparons les sources de financement de l'assurance santé au Brésil, nous constatons que les sources privées sont de plus en plus importantes et supérieures aux sources publiques directes (dépenses directes de l'État fédéral, des États fédérés et des Communes pour la fourniture gratuite de biens et de services de santé) et que la participation de la dépense directe des familles est élevée. Des études montrent que 45% proviendraient de sources publiques, 55% de sources privées¹⁹. Cependant, ces données peuvent dissimuler l'apport indirect du secteur public au secteur privé de santé. En effet, ce type d'apport peut résulter soit des exonérations fiscales aux entreprises qui mettent en œuvre des plans d'assurance santé pour leurs salariés²⁰, soit de la contribution des fonds publics aux plans d'assurance santé offerts aux fonctionnaires, soit enfin des subventions aux institutions philanthropiques commercialisant régulièrement les plans d'assurance santé privés.

Par contre, le caractère universaliste du Système Unique de Santé semble devoir être contesté dans les grands centres urbains brésiliens. En effet, la conviction que la qualité des soins n'est pas la même dans les systèmes public et privé, amplifiée par les médias, conduit les groupes les plus aisés à recourir aux plans d'assurance privé qui, de ce fait, sont en nombre croissant. On peut ainsi déjà constater une segmentation publique-privée évidente qui fait apparaître le SUS comme un produit de consommation des classes sociales défavorisées²¹.

Cependant, malgré l'augmentation du nombre d'utilisateurs de plans d'assurance santé privés, surtout dans les grandes métropoles, l'utilisation du SUS est aussi en forte augmentation. Des recherches indiquent par exemple que 15% des usagers du SUS ont souscrit un plan d'assurance santé privé²². Cela s'explique par plusieurs facteurs parmi lesquels le refus de certains

¹⁹ D. M. Tarbes de Carvalho, *op. cit.*, p. 880.

²⁰ Lorsque de tels paiements sont alloués aux entreprises (en tant que salaires indirects et qui, dans ce cas, sont considérés comme des frais d'exploitation, déductibles de l'impôt sur le revenu de la personne morale) ou aux personnes physiques (le paiement des dépenses médicales et des plans d'assurance santé est également déduit de l'impôt sur le revenu de la personne physique).

²¹ M. A. Borges dos Santos, S. Gerschman, « As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores », *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n° 3, p. 803, 2004.

²² Source : *Jornal Folha de São Paulo*, 3 juin 2008, caderno cotidiano, C1.

plans d'assurance santé d'offrir la couverture de procédures médicales spécialisées et extrêmement coûteuses (telles que l'hémodialyse et les greffes), ce qui augmente d'autant plus les dépenses du SUS. Un autre facteur à prendre en considération est l'existence de périodes de carence imposées par les plans d'assurance santé avant que leurs assurés aient droit à l'intégralité des services médicaux. Cette donnée ouvre de nouveau le débat sur l'obligation des fournisseurs des plans d'assurance santé de rembourser le SUS quand les soins devraient être couverts par les plans d'assurance santé souscrits. La loi qui régleme les plans d'assurance santé prévoit en effet que, dans de tels cas, les plans d'assurance santé doivent payer le Gouvernement au même titre qu'ils payent les prestations fournies par les hôpitaux privés. Cependant, à l'heure actuelle et selon les données fournies par le Gouvernement, le remboursement des plans d'assurance privée au SUS reste très en deçà des montants effectivement dus.

IV - Conclusion

Le système public de santé brésilien est un système de type universel, toutes les personnes qui résident sur le territoire brésilien devant pouvoir accéder aux soins. Cela doit être considéré comme une avancée importante par rapport à la Constitution fédérale antérieure.

Ce système qui fait partie de la Sécurité sociale est financé par l'ensemble de la société au moyen d'impôts et de contributions sociales. L'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers peut avoir lieu directement et de façon gratuite, dans n'importe quel hôpital public ou privé associé au SUS. Les médecins, infirmiers et autres professionnels de santé sont des fonctionnaires civils, admis par concours public, ce qui leur garantit une stabilité après trois ans d'exercice de la fonction.

Dans la mesure où la politique publique de santé brésilienne a pour objectif principal l'inclusion de tous les citoyens, les besoins de fonds du secteur sont en augmentation permanente et ils sont encore accrus par des phénomènes sociaux tels que la croissance et le vieillissement de la population et la rapidité du développement des technologies²³. Cependant, il n'existe pas toujours d'intérêt politique au transfert de ces fonds. Aussi,

²³ D. M. Tarbes de Carvalho, *op. cit.*, pp. 879-892.

même si le modèle est universel, le système public de santé est souvent vu, sauf rares exceptions²⁴, comme un « produit de consommation » pour les classes sociales économiquement défavorisées. Les difficultés et les files d'attente pour accéder à l'assistance renforcent du reste cette perception par la société brésilienne.

Ainsi, les catégories sociales au pouvoir d'achat élevé préfèrent recourir au système de santé supplémentaire grâce aux plans d'assurance santé, lesquels sont en général liés aux entreprises, c'est-à-dire, offerts par les employeurs qui souscrivent pour leurs salariés des contrats d'assurance auprès des compagnies privées. Une classe privilégiée de citoyens est ainsi créée, composée de ceux qui sont formellement sur le marché de travail et qui accèdent à un système de santé privé qui, en général, est plus avantageux que le système public. Toutefois, il n'existe pour les entreprises aucune obligation légale d'offrir des plans d'assurance santé privés à ceux qu'elles emploient. Donc, parmi les salariés formels, il existe également une classe de privilégiés, constituée de ceux qui travaillent dans les grandes sociétés. Les petites entreprises n'ont en effet généralement ni les moyens ni l'intérêt de souscrire des plans collectifs d'assurance santé pour leurs salariés.

Aujourd'hui, face à la carence du système public, le système supplémentaire de santé a acquis tant d'importance dans la société brésilienne qu'il a commencé à être plus directement réglementé par l'État. Ceci passe par l'instauration d'un système de surveillance accrue et de règles plus rigides d'assurance et de contrôle, par exemple avec la création de l'Agence nationale de santé supplémentaire. Malgré tout, qu'il soit public ou privé, le système de santé reste marqué par la différence de qualité et d'accès aux soins selon les différentes régions du pays. Les hôpitaux publics les plus développés se situent dans les régions où se trouvent aussi les meilleurs hôpitaux privés, ce qui génère d'importantes insuffisances dans les autres régions. Autant d'éléments qui fragilisent l'universalité tant souhaitée du système de santé...

²⁴ C'est notamment le cas dans quelques secteurs de la médecine, surtout quand il s'agit d'hôpitaux-écoles, où la qualité du service peut être considérée comme excellente.