

Sistemas de saúde: o que queremos?*

Paulo Manuel Pêgo-Fernandes¹, Benoit Jacques Bibas^{II}

Os Estados Unidos não têm um sistema público de saúde com cobertura universal. Há alguns programas financiados pelo governo, como o Medicare, destinado a pessoas com mais de 65 anos, ou o Medicaid, para indivíduos de baixa renda.¹⁻³ Logo, a maioria dos americanos precisa adquirir o próprio plano de saúde, seja por meio de empregadores ou por conta própria.^{1,2} O atual sistema de saúde é criticado por ser caro e ineficaz. Em 2007, os Estados Unidos gastaram US\$ 2,2 trilhões – o equivalente a 16,2% do Produto Interno Bruto (PIB) – em assistência médica.¹ No mesmo período, a Espanha gastou 8% do PIB em saúde.²

As carências do sistema de saúde dos Estados Unidos ficaram expostas em um estudo realizado em 2010,^{4,5} no qual se comparou a situação atual em 11 nações desenvolvidas, o que deixou o país mal posicionado com relação a outros, como Austrália, França e Reino Unido. Após consultar 19.700 adultos de Estados Unidos, Alemanha, Austrália, Canadá, França, Holanda, Noruega, Nova Zelândia, Reino Unido, Suécia e Suíça, a conclusão foi a de que o povo norte-americano é o que mais precisa sobreviver sem procurar um médico, devido à dificuldade para pagar pelos atendimentos de saúde.

Devido aos custos, os adultos americanos são muito mais inclinados que os das outras 10 nações industrializadas a viver sem cobertura médica, ter maiores problemas para enfrentar as faturas, pagar preços elevados, mesmo quando têm seguro médico, e discutir com as seguradoras por sua cobertura.^{4,5} Os Estados Unidos sobressaem entre os outros países por ter as piores experiências de saúde, já que 33% dos americanos adultos reconhecem que evitaram procurar um médico quando estiveram doentes e que também não tomaram os remédios receitados devido a seu preço.^{4,5} Na Holanda, o índice é de 5% e, no Reino Unido, de 6%.^{4,5} Além disso, 20% dos americanos enfrentaram “graves problemas” para pagar suas faturas médicas, contra 9% na França (o segundo país da lista), 4% na Holanda, 3% na Alemanha e 2% no Reino Unido.^{4,5}

O sistema de saúde canadense, conhecido como um modelo de pagamento único, é diferente do sistema norte-ame-

ricano, principalmente na forma como é financiado.⁶ Em vez de basear a maior parte do sistema em torno de seguros privados, como os Estados Unidos, o governo canadense atua como uma fonte única de pagamento, coletando dinheiro por meio de impostos, negociando com prestadores de cuidados de saúde para chegar a um acordo sobre as despesas e, em seguida, desembolsa os honorários de um fundo público central.⁶ Este sistema pode melhor ser descrito como um conjunto entrelaçado de 10 planos de seguro de saúde provinciais e três territoriais.⁷ Conhecido pelos canadenses como o “Medicare”, o sistema fornece acesso a uma cobertura universal e abrangente de serviços médico-hospitalares internos e externos clinicamente necessários.^{6,7}

O papel do governo federal na assistência médica envolve a fixação e administração de princípios ou normas nacionais do sistema de assistência médica (ou seja, o Canada Health Act), assistindo no financiamento dos serviços de assistência médica provinciais, por meio de transferências fiscais e do exercício das funções que constitucionalmente lhe competem.⁷ O sistema de assistência médica canadense é focado nos médicos de assistência primária, que representam cerca de 51% de todos os médicos ativos no Canadá.⁷ Esses médicos constituem, geralmente, o contato inicial com o sistema de assistência médica convencional, sendo eles que controlam o acesso à maioria dos especialistas, dos profissionais afins, das admissões hospitalares, das análises de diagnóstico e da prescrição de medicamentos.⁷

O Canadá não possui um sistema de medicina socializada com médicos empregados pelo governo.⁷ A maioria dos médicos é profissional privado que trabalha em consultórios, independentemente ou em grupos, e desfruta de elevado nível de autonomia. Os médicos privados são geralmente remunerados numa base de pagamento por serviços prestados, após apresentarem suas notas de honorários diretamente ao plano de seguro provincial para pagamento.⁷

Quando os canadenses necessitam de assistência médica, dirigem-se, na maioria dos casos, ao médico ou clínica da sua preferência, onde apresentam o cartão de seguro de saúde emi-

¹ Professor associado da Disciplina de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

^{II} Médico estagiário em Cirurgia de Traqueia e Endoscopia Respiratória Terapêutica da Disciplina de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

* Este artigo foi publicado na versão em inglês no periódico São Paulo Medical Journal/Evidence for Health Care, volume 129, edição número 4, de julho e agosto de 2011.

tido a todos os residentes de cada província.⁷ O cidadão não paga diretamente pelos serviços segurados de hospitais e médicos, tampouco lhe é exigido que preencha formulários pelos serviços segurados.⁷

O sistema de saúde canadense tem algumas vantagens significativas: os gastos *per capita* com saúde, por exemplo, são menores do que nos Estados Unidos, e a cobertura é universal.⁶ A expectativa de vida (79 anos) é maior do que nos Estados Unidos. Desvantagens do sistema canadense incluem menos médicos por 1.000 habitantes que a média do G7 (embora não substancialmente menor do que nos Estados Unidos), e menos aparelhos como tomógrafos e aparelhos de ressonância magnética.⁶ Há também tempo ligeiramente grande de espera para realização de determinados procedimentos de alta complexidade.⁶

Os sistemas canadense e americano diferem sobremaneira do setor francês. Na França, a saúde é um dos componentes do sistema de seguridade social, sob a base da cotização obrigatória de empregados e empregadores.⁸ Tem como princípios de organização a coexistência do setor público ao lado do privado, com ou sem fins lucrativos, a livre escolha de profissionais e estabelecimentos de saúde, a autonomia para a instalação de consultórios, o pagamento direto, pelos usuários, aos profissionais e serviços de saúde, com reembolso parcial das despesas e a liberdade de prescrição.⁸

Na prática, representa um programa de seguro público compulsório, que tanto remunera médicos particulares pela assistência quanto exerce relativo controle regulador sobre o valor de consultas e procedimentos.⁸ Por sua característica mista, disponibiliza ainda serviços de natureza pública e privada aos usuários. A rede de saúde possuía aproximadamente 3.000 estabelecimentos hospitalares em 2000, sendo um terço público e dois terços privados. Entre os privados, predominavam os hospitais com fins lucrativos.⁸

A tabela de honorários dos profissionais de saúde é negociada pelos órgãos sindicais com o sistema de seguridade social e baseia-se em pagamento por atos realizados, o que tende ao incremento dos custos. Em 2000, como exemplo, uma consulta médica efetuada por generalista custava 20 euros; 46 euros por cardiologista e 36 euros por psiquiatra.⁸ Desde a implantação do tíquete moderador, instrumento destinado ao controle de despesas e à responsabilização parcial do usuário pelos custos do sistema, fica a cargo do usuário 30% do valor das consultas médicas, 40% dos atos dos auxiliares, 40% dos exames laboratoriais, 35% dos gastos com transportes médicos e óculos, além de um montante variável de 0 a 100% com medicamentos prescritos, conforme a natureza do medicamento e da doença envolvida.⁸

A remuneração da atividade médica é dividida em três setores. No setor 1, os honorários são fixados pelos acordos estipulados com a Seguridade Social. No setor 2, os médicos, principalmente os das grandes cidades e devido às suas espe-

cializações e títulos, negociam os honorários com a Seguridade Social acrescidos de um adicional.⁸ Esse adicional é de inteira responsabilidade do usuário. Em 2000, 13,8% dos generalistas e 37% dos especialistas seguiam as normas do setor 2. Por último, há um pequeno grupo de médicos no setor 3 que pratica honorários livres.⁸

A regulação estatal no setor saúde abrange diferentes campos. Por exemplo, o controle e limitação do número de profissionais de determinadas especialidades em exercício no país, mediante a instituição de um *numerus clausus*, a partir de 1971. Na época de sua implantação, havia 8.588 de estudantes/ano de medicina no país, número que caiu para 4 mil no início do novo século.⁸

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no Brasil em 1988 pela Constituição Federal para ser o sistema de saúde universal da população.⁹ No entanto, o SUS real está ainda muito longe do SUS constitucional, ou seja, há uma enorme distância entre o sonho dos constituintes e da reforma sanitária brasileira e a prática social de nosso sistema público de saúde.¹⁰ Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real se consolida como um espaço destinado aos que não têm acesso aos planos de saúde.¹⁰ Dessa forma, vem se desenvolvendo no país um sistema de saúde em que convivem três grandes subsistemas: (1) o SUS, o subsistema público, destinado a 130 milhões de brasileiros; (2) o subsistema privado de atenção médica suplementar, destinado a 40 milhões de brasileiros que pagam, por si ou através de empregadores, diferentes operadoras de planos de saúde; e (3) o subsistema privado de desembolso direto, ao qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para a compra de serviços por meio de pagamento direto.¹⁰

A questão do financiamento público é a base da construção do sistema social brasileiro.¹⁰ Dados da Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001 mostram que o Brasil gasta pouco e mal com saúde. O gasto com saúde total *per capita* brasileiro, naquele ano, foi de US\$ 222,00, contra US\$ 603,00 do Uruguai e US\$ 679,00 da Argentina, o que atesta baixo gasto com saúde frente a outros países sul-americanos.¹⁰ Além disso, o gasto no sistema de saúde brasileiro é de baixa qualidade porque a proporção do gasto público em relação ao gasto total é de apenas 41,6%; nos países que construíram sistemas públicos universais, essa proporção é superior a 70%.¹⁰

A questão do financiamento público da saúde depende de qual sistema de saúde se quer construir: deve-se investir em valores individualistas ou auto-interessados, como os da sociedade norte-americana, o que levará à consolidação do SUS como segmento para os pobres, ou investir em valores solidaristas, o que tornará o SUS um sistema público universal.¹⁰ Uns e outros valores formarão o SUS do futuro. A sociedade brasileira não fez ainda uma opção definitiva.¹⁰

REFERÊNCIAS

1. Corrêa A. Entenda a reforma no sistema de saúde nos EUA. BBC BRASIL. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2010/03/100322_reforma_saude_entenda_dg.shtml. Acessado em 2011 (20 mai).
2. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Saúde Suplementar em Foco. A reforma da saúde norte-americana. Universalização do acesso à saúde via seguros privados. Informativo eletrônico. 2010:1(2). Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/ano1n2.pdf>. Acessado em 2011 (20 mai).
3. Ugá MAD. Gasto, acesso e condições de saúde: tendências nos países da OCDE. Rev Assoc Med Bras. 2001;47(3):171-2.
4. The Commonwealth Fund. A Private Foundation Working Toward a High Performance Health System. 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/Content/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx>. Acessado em 2011 (20 mai).
5. Médicos na mídia. O que se fala de medicina nos meios de comunicação. Estudo em 11 países expõe carências do sistema de saúde americano. Disponível em: <http://cbc-df.org.br/medicosnamidia/2010/11/estudo-em-11-paises-expoe-carencias-do-sistema-de-saude-americano/>. Acessado em 2011 (20 mai).
6. Ashford J. American, Canadian, British Health Care Systems. Health Field. Disponível em: <http://www.suite101.com/content/american-canadian-british-health-care-systems-a73595>. Acessado em 2011 (20 mai).
7. O sistema de cuidados de saúde do Canadá. Health System and Policy Division. Disponível em: <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H39-502-1999Por.pdf>. Acessado em 2011 (20 mai).
8. Fontes PAC. A medicina no sistema de saúde francês. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&tid=417>. Acessado em 2011 (20 mai)
9. Brasil. Ministério da Saúde. O que é o SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395. Acessado em 2011 (20 mai).
10. Mendes EV. O dilema do SUS. Disponível em: <http://www.gices-sc.org/ArtigoEugenioVilacaDilemaSUS.pdf>. Acessado em 2011 (20 mai).

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência:

Paulo Manuel Pêgo-Fernandes
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44
Instituto do Coração (InCor)
Secretaria do Serviço de Cirurgia Torácica – bloco II – 2º andar – sala 9
Cerqueira César – São Paulo (SP) – Brasil
CEP 05403-000
Tel. (+55 11) 3069-5248
E-mail: paulopego@incor.usp.br
E-mail: benoitbibas@hotmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada

Conflito de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 13 de maio de 2011

Data da última modificação: 14 de maio de 2011

Data de aceitação: 27 de maio de 2011