

Americano defende um novo sistema de saúde. Sem

07 AGO 1991

JORNAL DA TARDE

o governo

Clóvis Ferr



Para Bohlmann, a assistência médica tem que ser garantida pelas empresas: fim do sistema de saúde estatal.

A responsabilidade pela administração da assistência médica deve ser da livre iniciativa, por meio de verdadeiras — e grandes — empresas de saúde. Neste sistema, o setor privado tem o papel de arcar com os custos de saúde de seus empregados. Ao governo, cabe dar diretrizes e regulamentações e atuar como uma espécie de juiz.

Este modelo de sistema de saúde será defendido hoje durante o 2º Seminário Internacional de Sistemas de Saúde, no Hotel Maksoud Plaza, pelo norte-americano Robert Bohlmann, diretor do Serviço de Consultoria da Associação Americana de Administração de Medicina de Grupo.

A teoria de Bohlmann é que, no sistema capitalista, quem manda é o consumidor. No caso da assistência médica, existem dois consumidores: o paciente, que recebe o serviço, e o empregador — ou o governo —, que paga por ele. Hoje, ambos estão insatisfeitos.

Os patrões estão cada vez mais assustados com os custos da assistência médica nos EUA, que sobem na exata medida da utilização cada vez maior de alta tecnologia. De

acordo com Bohlmann, o governo dos Estados Unidos investia, em 1980, 5% do orçamento federal em saúde. Hoje investe 10%. No total, 12% do PIB norte-americano está sendo engolido pelo setor saúde. As estimativas indicam gastos de US\$ 600 bilhões em 1990 e US\$ 1,5 trilhão no ano 2.000.

O outro lado insatisfeito é o do paciente. Existem hoje cerca de 32 milhões de norte-americanos sem qualquer cobertura de seguro de saúde. São desempregados, pessoas muito pobres, a quem só resta o serviço público (Medicaid). Outros 70 milhões têm algum tipo de convênio que não funciona ou estão à margem, por serem portadores de doenças crônicas.

Bohlmann detecta duas grandes mudanças ocorrendo nos Estados Unidos. A primeira, na forma de financiamento dos serviços de saúde. Até o início dos anos 80, o que predominava no país era o sistema de pagamento por serviço prestado, ou seja, o paciente — ou seu empregador — pagavam por um plano ou convênio de saúde que, por sua vez, reembolsava o médico quando este tratava do paciente.

A tendência, agora, é o pagamento por meio das Health Maintenance Organizations (HMOs), tipos de empresas de medicina de grupo que pagam ao médico conveniado uma quantia fixa por mês — como se ele fosse um assalariado —, independentemente de o paciente ter utilizado o serviço. E quem arca com os custos da saúde da população são os empregadores, que pagam os convênios de saúde de seus funcionários.

A vantagem do novo modelo, segundo ele, é a redução dos custos. “O pagamento por serviço prestado acaba gerando

um gasto excessivo, porque os pacientes cada vez mais exigem exames modernos e tratamentos caros, às vezes desnecessários, e os médicos acabam concordando com isso”, explica Bohlmann. “Se o médico recebe a mesma quantia por mês, porém, ele não precisa concordar com as demandas do paciente e pode adotar um tratamento mais barato”. Ele concorda que o outro extremo — a utilização de material barato e inadequado ou um tratamento mal feito — pode acontecer. “Cabe ao empregador escolher um convênio de boa reputação”, acredita Bohlmann.