

Soluções para melhor assistência à saúde

por John Willman
do Financial Times

Enquanto Hillary Clinton examina estratégias para reformar o dispendioso e incompleto sistema de assistência de saúde dos Estados Unidos, ela poderia aprender muito com os países europeus na reformulação de seus serviços de saúde.

Relatório recente da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) sobre reformas de assistência à saúde em sete países europeus conclui que, apesar de começarem com programas de saúde muito diferentes, eles estão convergindo para a mesma solução para o problema de custos em expansão.

Essa solução é o que a OCDE chama de um "mercado administrado" em assistência médica. Os detalhes variam de país a país mas, em cada caso, algum tipo de mecanismo de mercado é criado, no qual médicos e hospitais competem para fornecer serviços de saúde pagos ou garantidos pelo governo.

Alguns países estão mais adiantados do que outros na evolução para mercados administrados — Alemanha, Holanda e Inglaterra são os mais avançados. E nenhum deles tem prontos todos os elementos do modelo e muitos deles ainda estão fazendo experiências ou no meio da implementação de reformas.

Entretanto, todos os componentes importantes do modelo foram testados com sucesso em um ou outro dos sete países, permitindo à OCDE descrever a abordagem de mercado administrado como "não sen-

do uma estratégia de alto risco".

Todos os países fornecem assistência de saúde universalmente ou quase universalmente — os que tinham serviços públicos limitados ampliaram seu escopo na última década. Entretanto, os métodos de financiamento dos serviços variam, com alguns custeando-os com dinheiro dos impostos, outros por meio de contribuições obrigatórias de seguro a seguradores privados, organismos públicos ou um misto de ambos.

Todos registraram taxas de aumento "inaceitavelmente altas", nos custos de assistência de saúde na década de 70, segundo a OCDE, com a parcela do Produto Nacional Bruto (PNB) engolida pela saúde subindo durante a década entre 29% na Inglaterra e 71% na Irlanda. O desejo dos políticos de conter esses custos foi o principal motivo das reformas na assistência à saúde.

A cobertura universal foi a chave para conter os custos, informou a OCDE. Ao estabelecer orçamentos globais, os governos podem dar o exemplo no controle dos gastos, restringindo os interesses de produtores como cirurgiões, hospitais e a indústria farmacêutica. Onde os custos de saúde são liderados pela demanda e ilimitados — como nos sistemas seguros privados —, inexistiu essa força para economizar e ser eficiente.

A cobertura universal também é a chave para melhorar o padrão de saúde, já que permite assistência médica básica em vez da capacidade de pagar. Sem a cobertura universal,

Saúde européia		
	Gastos com saúde como % do PIB em 1990	Mudança na parcela do PIB com gastos em saúde 1980-90 (%)
Bélgica	7,6	15
França	8,8	16
Alemanha	8,1	-4
Irlanda	7,5	-22
Holanda	8,0	0
Espanha	6,5	18
Grã-Bretanha	6,2	7

Fonte: OCDE Health Systems: Facts and Trends, 1993.

os seguradores selecionam grupos mais saudáveis, deixando as pessoas menos saudáveis — frequentemente as de baixa renda ou idosos — com pouca ou nenhuma proteção.

Um ponto adicional a favor do custeio universal é que pode ajudar a diminuir a carga financeira sobre os grupos de renda média. Com os sistemas seguros voluntários como nos Estados Unidos, eles pagam duas vezes: seus próprios prêmios de seguro e os impostos mais elevados para custear os serviços de saúde públicos para os grupos de baixa renda que não são cobertos pelo seguro.

Mas restringir o orçamento é apenas o primeiro passo. Todos os sete países experimentaram mecanismos de mercado para gastar o orçamento com mais eficiência. Os elementos comuns desses mecanismos são:

- Órgãos descentralizados de compra para adquirir serviços de saúde para clientes, conforme as necessidades locais. Na Inglaterra, são as autoridades distritais de saúde que compram serviços médicos em nome da maioria das pessoas que moram nas suas áreas.

- Competição entre os

"fornecedores", como médicos, hospitais e outros serviços de saúde comunitários. Os sistemas de pagamento foram reestruturados para recompensar os que são mais eficientes, de modo que o dinheiro acompanha o paciente.

- Uma combinação de fornecedores do setor privado e do setor público para injetar forças de mercado. Na Inglaterra, o espírito empreendedor é proporcionado pelas autarquias do Serviço Nacional de Saúde que são independentes.

- A auto-regulamentação da garantia de qualidade — deixando a profissionais e organismos de compra regular o mercado, em vez de forte interferência a partir de cima.

Dentro do mercado administrado, pagar por serviços de saúde, mediante contrato de serviços é mais eficaz em termos de custos do que reembolsar taxas de cada serviço. Na França, por exemplo, onde a assistência à saúde era paga na maior parte por reembolso de taxas durante a década de 80, a parcela do PNB consumida pela assistência médica subiu de 7,6% em 1980 para 8,8% em 1990. Existe evidência de que os países que pagam honorá-

rios médicos por serviços têm índices mais altos de consulta e receitas. Quando a Irlanda substituiu o honorário por serviço por um contrato anual fixo para cada paciente no registro do médico, os índices de consulta dos médicos caíram em 20%. Os pagamentos fixos por pessoa eliminam o incentivo a excesso de consultas para obter honorários — um grande problema nos Estados Unidos.

A boa notícia para os reformadores norte-americanos — onde a "medicina socializada" tem sido vista tradicionalmente com suspeita — é que nenhum dos sete países está passando para um serviço de saúde centralizado, do tipo economia de comando.

O melhor exemplo deste serviço está na Inglaterra. Até as recentes reformas, o Serviço Nacional de Saúde era organizado em grande parte sobre o que a OCDE descreve como um "sistema público integrado": serviços de saúde comunitários e hospitalares custeados e fornecidos por uma organização centralizada, monolítica e verticalmente integrada.

Agora o serviço de saúde britânico é considerado pelo relatório da OCDE como um dos dois mais avançados nas suas reformas. Além de introduzir mercados administrados para fornecedores de assistência à saúde, a Inglaterra começou a introduzir concorrência na compra de serviços de saúde. E faz isso dando a alguns médicos de família, chamados detentores de fundos, o controle direto dos orçamentos para tratamento hospitalar de seus pacientes.

Embora a maioria dos

pacientes seja tratada sob contratos em grupo negociados por autoridades distritais de saúde, os detentores de fundos podem procurar os melhores acordos para seus pacientes. A OCDE diz que isso melhorou a resposta dos serviços hospitalares, embora admita que não se sabe se os benefícios podem ser estendidos a todos os pacientes.

Tentativas semelhantes para introduzir a competição nas compras estão sendo adotadas na Holanda, que permitirão aos consumidores escolher entre seguradores concorrentes e fundos de assistência médica.

A participação de um plano de seguro de saúde é compulsória e requer um prêmio único que deverá cobrir 15% dos custos de saúde.

O saldo da cobertura de saúde provém de um fundo central de assistência à saúde que cobra prêmios relacionados à renda de cada consumidor. Esta dinheiro é distribuído aos compradores de serviços segundo o perfil de seus clientes, de modo que a assistência médica é distribuída segundo a necessidade. A seleção e opção por cliente mais vantajosas são evitadas pela exigência nos contratos de aceitação de todos os participantes.

A OCDE aceita que é ainda muito cedo para fazer uma avaliação final das reformas britânicas ou holandesas. Mas a criação de mercados administrados em cada um dos sete países europeus parece ter estendido a assistência médica à maioria ou a toda população com custos muito mais baixos do que os dos Estados Unidos.