

Pacientes, médicos, convênios

PEDRO PAULO DE SÁ EARP

Em nosso país a assistência médica é basicamente fornecida por três segmentos: o público, o filantrópico e o privado. Tais setores são indispensáveis já que nenhum deles possui capacidade para atender a toda a população de forma adequada. No entanto, o que temos visto é que nem os três juntos estão sendo suficientes. Mesmo nos Estados Unidos, onde 14% do PIB são dispendidos com a saúde, cerca de 35 milhões de pessoas estão desassistidas, malgrado este esforço conjunto. Portanto, algum fator maior está desafiando a proposta moderna de atender plenamente a este direito básico do homem que é o direito à saúde. A evidência dos fatos está apontando claramente para o alto custo da medicina, como o fator primordial na constituição deste desafio.

Abordando apenas o segmento do setor privado de saúde, nós podemos dizer que ele funciona apoiado em um tripé:

O primeiro é constituído pelos pacientes (que pagam uma quantia mensal pelo seu seguro); o segundo, é formado pelos compradores dos serviços médicos (seguros ou planos de saúde); e o terceiro é composto pelos prestadores dos serviços (hospitais, médicos e pessoal paramédico). Este sistema andava bem até alguns anos atrás. No Brasil, à época da inflação galopante, a grande lucratividade dos seguros e planos de saúde se originava, provavelmente, mais da sua atividade no mercado financeiro do que como consequência da sua atividade básica. Aplicavam o dinheiro recebido à vista na ciranda financeira e repassavam uma parte dele após uma delonga de um, dois, três ou mais meses. Esta situação permitiu, durante um bom número de anos, lucros consideráveis, haja vista a excelente expansão comercial destas empresas. Entretanto, com o controle da inflação isto cessou.

Sobreveio concomitantemente um aumento importante da conta médica. O que causou este aumento? Em primeiro lugar, a sofisticação da medicina com seu custo embutido; em segundo lugar, o uso excessivo dos serviços; em terceiro lugar, os lucros abusivos na comercialização de insu-

mos. O surgimento de exames laboratoriais e por imagem altamente elaborados, de equipamentos extremamente complexos e com obsolescência veloz, de técnicas cirúrgicas rebuscadas e de treinamento humano minucioso, associados a cuidados indispensáveis como a prevenção cuidadosa de infecção hospitalar (o que implica a utilização ampla de material descartável), tudo isso levou o preço da assistência a níveis astronômicos, insuportáveis para pessoas ou para estruturas menos aquinhoadas economicamente.

Surgiram então estratégias para solucionar estas dificuldades, às vezes com riscos éticos, teóricos e práticos. Em primeiro lugar elevando os preços das mensalidades em troca do amplo uso dos mais rebuscados serviços médico-hospitalares. Claramente esta política se restringe apenas a uma população de renda mais alta. Em segundo lugar baixando o nível de utilização qualitativa daqueles que pagam menos. Infelizmente para estes pacientes existe a noção do que seja a medicina moderna mas, por outro lado, existe a restrição ao seu uso, regulada por contratos que se prendem à dura realidade dos custos. Já não há mais uma restrição legal ao uso de nenhuma forma sofisticada de serviço médico, mas deve-se pagar por isto. Planos mais caros dão direito a hospitais e exames mais caros, planos mais baratos, a hospitais mais modestos, e por aí vai... Em terceiro lu-

gar, as empresas de saúde se defendem baixando o nível de utilização quantitativa dos serviços médicos, ou seja, diminuindo o número de exames pedidos e de consultas realizadas. Este controle se faz menos sobre os doentes e mais sobre os médicos, embora os custos com honorários médicos não constituam a fonte maior de gasto destas empresas. Passa-se a controlar o médico com relação aos gastos que ele provoca ao exercer sua atividade.

Com relação aos custos ambulatoriais (consultas e exames extra-hospitalares), as empresas americanas e incipientemente algumas no Brasil estão (malfadadamente) adotando a estratégia do "managed care". Nestes

casos a empresa compradora de serviços médicos contrata um médico generalista que pode ganhar um salário fixo (mais alto que a média dos salários) ou um salário móvel cujo valor dependerá da forma como este médico economiza uma verba que ele passa a administrar para fazer face ao atendimento a um determinado número

de pacientes segurados. Ele atende a segurados que não têm direito a livre escolha de médicos, laboratórios ou hospitais e somente quando achar conveniente solicita a opinião do especialista. Ele administra os custos e quanto mais economizar com outros médicos e exames, mais seu emprego estará garantido e maior será, proporcionalmente, seu salário. O conflito é patente. A ética médica, certamente, neste sistema, é posta à prova a cada consulta. A cobrança de resultados por gerentes financeiros (não médicos) destas empresas comerciais, cujo objetivo maior é a lucratividade, se faz fortemente. A sensibilidade social, a responsabilidade médica, o dever ético, não constituem o cerne das preocupações de um agen-

A ética médica,
neste sistema,
certamente é
posta à prova a
cada consulta

te administrativo que deve cumprir metas e fornecer resultados econômicos à sua diretoria. Apertar o "crânio" do médico é a atitude mais óbvia.

Apesar de todas estas medidas de controle dos custos na utilização da medicina, os resultados econômicos são decepcionantes e estão provocando grande insatisfação de médicos e pacientes. O que deve ser seriamente abordado nesta equação de difícil solução, e provavelmente aí reside uma boa parte da resposta, é a questão do patamar de lucratividade de toda a indústria de equipamentos, medicamentos e testes laboratoriais. Certamente este é o fator mais forte a pressionar os custos da medicina para o alto. Embora a lei de mercado seja a tônica do momento, e o lucro seja legítimo e importante, há que se examinar com cuidado quando ele afeta setores básicos como a educação e a saúde. São legítimas a interveniência e uma disciplinação por parte do Estado quando interesses da população e deveres do Estado estão em jogo. Não é mais plausível uma atitude de neutralidade diante da coexistência de lucros exagerados auferidos por vendedores de insumos na área da medicina e de um cidadão medicamente desassistido, que não consegue mais pagar esta conta tão cara. À semelhança das escolas que tratam da educação (outro assunto pertinente ao Estado), também os fornecedores de insumos médicos deveriam ser monitorados pelo Governo e pela sociedade, sócios na parte compradora. Há que se aplicar mecanismos através de uma câmara multissetorial (Governo, indústria, planos e seguros de saúde, hospitais e sociedade médica) que, sem coibir, discipline os lucros, os quais podem estar extrapolando o nível do bom senso.

O assunto é urgente e merece toda a atenção.

PEDRO PAULO DE SÁ EARP é delegado brasileiro da Sociedade Internacional de Urologia.