

Revisão de Artigos

PRINCIPAIS SISTEMAS DE SAÚDE NO MUNDO

Dra. Eunice Nunes

Componentes de um Sistema de Saúde:

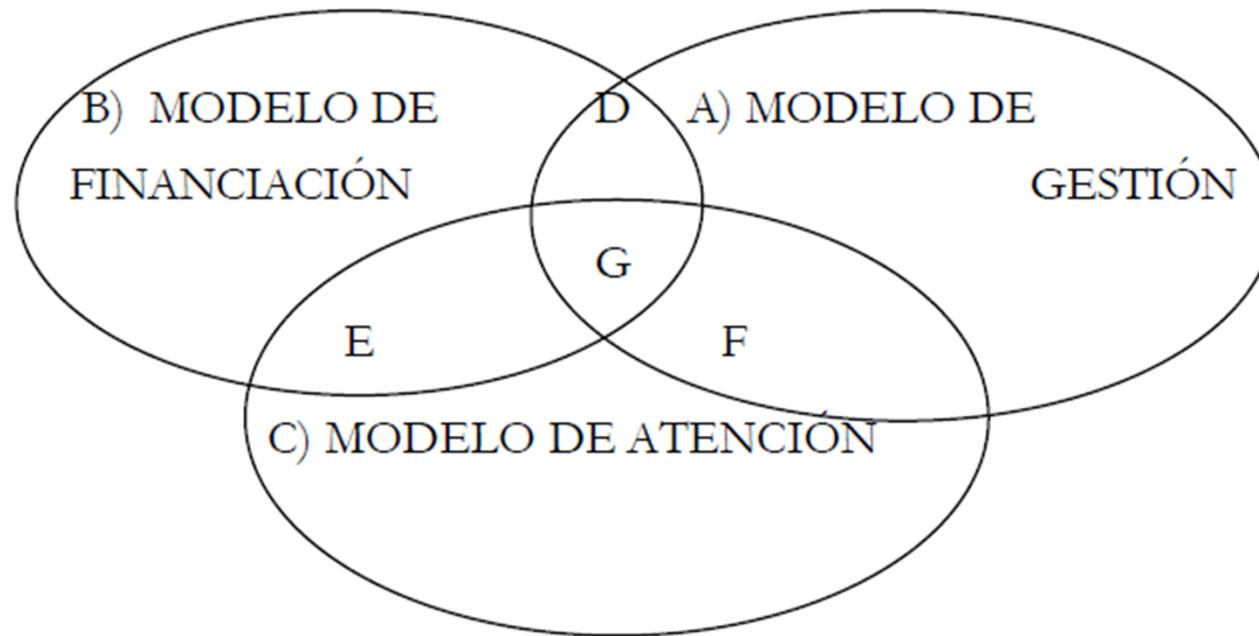
Todo sistema de saúde pode ser pensado como a articulação de três componentes, cada um dos quais se envolve em um conjunto de definições particulares e questões específicas. Porém, existem problemas às três dimensões, podendo ser ilustrado através do gráfico 1:

a) Político – modelo de gestão

b) Econômico – modelo de
financiamento

c) Médico – modelo assistencial

Gráfico 1: Componentes de un sistema de salud



Classificação dos Sistemas de Saúde:

Existem múltiplos critérios para essa classificação:

Com relação aos modelos de gestão: nenhum país tem um modelo puro, único, porém em alguns se observa uma grande hegemonia de determinada forma de organização e financiamento de saúde que caracteriza o modelo.

Assim, quando se diz que um país adota um determinado tipo de sistema, está se falando, na verdade, do sistema que predomina naquele país.

Classificação dos Sistemas de Saúde:

Modelo Universalista

Este modelo é caracterizado por financiamento público com recursos dos impostos e acesso universal aos serviços que são prestados por fornecedores públicos;

Os trabalhadores profissionais e não profissionais dependem do Estado;

Pode existir outras fontes de financiamento além dos impostos, tais como pagamentos diretos de usuários e outros insumos. Porém, a maior parte do financiamento e gestão é por conta do Estado.

Classificação dos Sistemas de Saúde

Modelo do Seguro Social:

O conceito de seguro social implica num seguro no qual a participação é obrigatória. É o que ocorre com o sistema desenvolvido na Alemanha. O financiamento é por aporte e contribuições dos empresários e trabalhadores. Por definição, só cobrem os contribuintes e seu grupo familiar, embora ultimamente exista uma tendência de universalização de cobertura. Todas as obras sociais da Argentina são exemplos deste modelo.

Classificação dos Sistemas de Saúde

Modelo de Seguros Privados:

Este modelo tem uma organização tipicamente fragmentada, descentralizada e com escassa regulação pública, tendência que está sendo mudada. A situação que mais se aproxima neste modelo é a dos Estados Unidos, onde há mais de 1.500 seguros privados. Em comparação com os outros modelos, este limita a ação do estado a uma escassa regulação.

Classificação dos Sistemas de Saúde

Modelo Assistencialista:

De forma inversa ao modelo Universalista a saúde não é um direito do povo, mas sim uma obrigação dos cidadãos. O Estado só daria assistência às pessoas incapazes de assumir a responsabilidade individual de cuidar da saúde. As ações seriam direcionadas às pessoas mais vulneráveis e carentes. Porém, as ações seriam limitadas qualitativa e quantitativamente, pois do contrário, poderia contribuir para incentivar as pessoas a não se responsabilizarem pela própria saúde.

Os Sistemas de Saúde na Europa...

Na Inglaterra...

Desde 1948 –Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido - National Health Service (NHS). É universal e igualitário com atuação preventiva e curativa. Equivalente ao SUS do Brasil.

Os recursos são arrecadados pelo sistema de impostos nacional mas os serviços na Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales são administrados separadamente

No país não existem caixas independentes a serem escolhidas livremente pelos cidadãos. Para o paciente, os resultados são sensivelmente piores que em outros países europeus: no Reino Unido, espera-se, via de regra, cerca de 18 meses por uma cirurgia. Por isso, o país envia pacientes até mesmo para a França ou Alemanha para tratamento.

Na Alemanha...

Ter um plano de saúde na Alemanha é obrigatório para os cidadãos que dispõem de renda até um determinado teto estipulado pelo governo.

Existem no país diferentes seguradoras públicas, capazes de se auto gerir e que disputam as parcelas do mercado. Cada um dos planos públicos de saúde oferece ao assegurado um nível de cobertura específico, mas que acaba se assemelhando, considerando que todos são obrigados a respeitar o catálogo de "coberturas obrigatórias" determinado pelo governo. Os custos dos planos são divididos igualmente entre o empregador e empregado.

Em geral, o cidadão pode escolher livremente os médicos e os hospitais que procura. Aqueles que têm uma renda acima do limite estipulado pelo governo - podem optar por um plano de saúde privado. O mesmo vale para autônomos e funcionários públicos. Neste caso, o leque de coberturas e os custos mensais com o plano podem variar bastante. A Alemanha ocupa o terceiro lugar no ranking mundial de gastos públicos com a saúde.

Na França...

O sistema de saúde francês foi considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o melhor do mundo. O Estado exerce um papel central, ao controlar as relações entre as diversas instituições financeiras, os médicos e os pacientes.

Desde 1996, o Parlamento decide sobre o montante de verbas a ser destinado às seguradoras públicas de saúde, às quais estão ligados mais de 60% dos franceses. O restante da população possui planos de saúde especiais, com diferentes tabelas de custos e coberturas.

Na França, há liberdade total de escolha para o paciente. Quem fica doente, pode decidir se procura um clínico geral ou se vai direto a um especialista. Alguns gastos por parte do assegurado, como o pagamento adicional pelos medicamentos, são muito altos: em muitos casos, o paciente arca com até 70% destes custos. Por outro lado, as contribuições para o plano público de saúde são pagas praticamente pelo empregador. Os empregados são obrigados a destinar apenas 0,75% de seus salários às seguradoras.

Na Holanda...

Nos Países Baixos, os pacientes são obrigados - exceto em casos de emergência - a procurar um "médico de família", que pode ser escolhido livremente. Este clínico geral é quem decide se há necessidade de tratamento com algum especialista ou se o paciente deverá ser enviado a um hospital. A escolha do especialista ou da clínica pode ficar então a cargo do paciente.

Apenas seis por cento do contingente de doentes são enviados a um especialista. Os "médicos de família" são geralmente muito bem qualificados, sendo obrigados pelo Estado a absolverem com frequência cursos de aperfeiçoamento. Os custos com planos de saúde no país perfazem 10,25% dos salários, o que significa quase 30% menos do que o assegurado alemão é obrigado a gastar.

Na Suíça...

O número de médicos por cidadão é no país o mais alto do mundo (perfazendo um total de 14 mil profissionais). A qualidade dos serviços é apontada como uma das melhores do mundo. Desde 1996, todo cidadão que vive na Suíça é obrigado a ter um plano de saúde, que pode ser escolhido livremente entre as mais de cem seguradoras do país. Estas respeitam uma legislação relativamente liberal - se comparada a outros países europeus - e são fiscalizadas por um departamento federal.

Aos cidadãos são oferecidos diversos tipos de planos de saúde, entre eles alguns modelos que incluem um sistema de bônus. Os prêmios dependem, no caso, da renda do paciente. Todo cidadão suíço é obrigado a pagar do próprio bolso parte dos custos de suas visitas ao médico.

Na Suécia...

A Suécia possui um extenso sistema público de benefícios e seguros sociais: doença, deficiência física, velhice e acidentes de trabalho. A população inteira é coberta pelo seguro, uniformemente, seja qual for o trabalho, esteja ou não empregada. Há também seguros coletivos, negociados por associações de empregados.

Existem ainda serviços privados de saúde. O mercado tradicional de seguro privado é comparativamente pequeno, de extensão limitada. Menos de 10% dos médicos trabalham em tempo integral em consultórios privados.

Na Espanha...

No Sistema Nacional de Saúde da Espanha a estrutura e os serviços públicos fazem parte de um sistema coordenado, o financiamento é misto, por meio de recursos do Estado, das Comunidades Autônomas, das corporações locais e do Sistema de Seguridad Social.

A principal característica é a universalização da atenção: todos os cidadãos e estrangeiros legalmente residentes na Espanha têm o direito à proteção da saúde e à assistência com cobertura total da população, independentemente de sua situação econômica e da contribuição para a seguridade social.

Assistência farmacêutica – cobertura apenas quando a prescrição é feita pelos médicos do Sistema, sendo gratuita para pensionistas e seus beneficiários, portadores de deficiência, acidentados do trabalho, internados no Sistema e soropositivos. Os demais arcam com 40% do custo do medicamento, com exceção dos doentes crônicos, que arcam com no máximo 50 pesetas (desconto efetivado diretamente nas farmácias).

Os Sistemas de Saúde na América Latina...

Na Argentina...

O mercado de saúde da Argentina possui 3 sistemas coexistentes: o Público, o de Serviços Sociais (chamado de *Obras Sociales* ou *OS*) e o Privado.

O Setor Público inclui aproximadamente 30% do total da população, em sua maioria grupos sociais de baixa renda.

O Setor de Serviços Sociais é o formado por instituições que cobrem as contingências de saúde e provêm infra-estrutura de assistência social aos trabalhadores em relação de dependência (sobretudo a partir de *Obras Sociales* Sindicais) e aos aposentados do regime nacional de previdência social, através do chamado Programa de Assistência Médica Integral (PAMI). Esse setor se constitui como um seguro social para a proteção dos trabalhadores assalariados e seus familiares diretos, cujo aporte é obrigatório e se realiza através de contribuição tanto dos empregadores (6%) como dos empregados (3%).

O Setor Privado, sob a denominação global de empresas de medicina pré-paga, opera com um total de 196 empresas, entre as quais, 58% têm base na capital federal; 19% no resto da grande Buenos Aires e 23% no interior.

No Chile...

O serviço de saúde chileno é um sistema misto em termos de atendimento à população, seguro de saúde e administração financeira.

Até 1980, era fundamentalmente público, a partir da reforma de saúde em 1981, foram combinados um seguro público social e solidário, que corresponde ao Fondo Nacional de Salud (FONASA), com o seguro privado, individual e competitivo, representado pelas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Ambos estão sujeitos à inspeção do Ministério da Saúde.

Por lei, os trabalhadores formais são obrigados a contribuir com 7% de sua receita mensal ao sistema que adotarem, seja o FONASA ou uma ISAPRE. A FONASA recebe investimentos governamentais para cobrir o atendimento a indigentes e levar adiante alguns programas públicos de saúde.

As ISAPREs administram as contribuições obrigatórias dos assalariados; seus membros podem contribuir com um valor adicional para melhorar a cobertura do seu Plano.

FONASA => 68,3% da população.....ISAPREs=> 17,6%

No México...

Uma das principais características do sistema de saúde mexicano é a fragmentação do serviço, assim como seu acesso. Três grupos lideram a prestação de serviços neste país:

Seguridade social: se encarrega de prestar assistência a pouco mais de 50% da população e é constituída pelo IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), que tem ao seu cargo os trabalhadores do setor privado, atendendo a 44% dos mexicanos e pelo ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), que atende aos funcionários públicos representando 10,6% dos segurados.

Seguro Popular: cobre em sua maiores pessoas pobres de áreas rurais e urbanas, bem como os trabalhadores da economia informal.

Setor Privado: idealmente, deveria atender a apenas 10% da população, porém os grupos de Seguridade Social (21%) e Seguro Popular (28%) obtêm atendimento por essa modalidade, via prestação de serviços.

A maioria dos países da América, 25 entre 35, apresentou aumentos de gastos com bens de saúde em relação ao PIB entre os anos de 1990 e 2000, indicando uma tendência de crescimento dos gastos com saúde. Os países que apresentaram queda de gastos com saúde, como a Argentina e o Peru, parecem ter incorrido em reduções em razão dos graves problemas econômicos pelos quais essas economias passaram ao longo da década.

A forma de financiamento desse aumento de gastos nos países da América deu-se de maneira diferenciada, aproximadamente 50% dos países financiaram o aumento de gastos com saúde com verbas do setor público e a outra metade de países financiou com aumentos de gastos privados.

Tabela 1 - Financiamento dos gastos dos países americanos com bens de saúde em 2000

País	Gasto total com saúde % do PIB	Valor do gasto total com saúde em bilhões de dólares correntes	Gasto privado em saúde % do gasto saúde total	Gasto do governo em saúde % do gasto saúde total	Gasto privado com plano pré-pago % do gasto privado com saúde	Recursos externos p/ saúde % dos gastos gerais do governo com saúde	Gasto de seguridade social com saúde como % do gasto geral do governo em saúde	Gasto do governo em saúde % do gasto total do governo	Valor do gasto do governo per capita com saúde em dólar corrente
Estados Unidos	13,00	1275,33	55,7	44,3	62,5	0	33,7	16,7	1992
Uruguai	10,90	2,19	53,5	46,5	68,8	1	34,8	14,8	304
Suriname	9,80	0,08	43,9	56,1	0,2	25,2	22,7	16,5	104
Colômbia	9,60	7,99	44,2	55,8	34,4	0,4	36,5	18,3	104
Canadá	9,10	64,30	28,0	72	70,7	0	1,9	15,5	1483
El Salvador	8,80	nd	57,0	43	2,7	5,4	41,4	26,2	79
Argentina	8,60	24,45	45,0	55	24,2	0,6	58,6	21,3	362
Brasil	8,30	49,94	59,2	40,8	35,1	1	0	8,4	109
Bahamas	8,00	0,39	44,5	55,5	0,0	0	0	16,2	488
Paraguai	7,90	0,61	61,7	38,3	27,3	5,1	48,3	16,8	43
Panamá	7,60	nd	30,8	69,2	18,7	1,7	66,4	18,4	186
Chile	7,20	5,44	57,4	42,6	40,2	1,2	71,8	11,9	143
Cuba	6,80	nd	10,8	89,2	0,0	0,2	10,6	13,5	150

Tabela 1 - Financiamento dos gastos dos países americanos com bens de saúde em 2000

País	Gasto total com saúde % do PIB	Valor do gasto total com saúde em bilhões de dólares correntes	Gasto privado em saúde % do gasto saúde total	Gasto do governo em saúde % do gasto saúde total	Gasto privado com plano pré-pago % do gasto privado com saúde	Recursos externos p/ saúde % dos gastos gerais do governo com saúde	Gasto de seguridade social com saúde como % do gasto geral do governo em saúde	Gasto do governo em saúde % do gasto total do governo	Valor do gasto do governo per capita com saúde em dólar corrente
Honduras	6,80	0,40	36,9	63,1	0,2	12,1	10,2	18,3	39
Bolívia	6,70	0,56	27,6	72,4	9,5	13,1	48,3	14,2	48
Barbados	6,40	0,17	35,2	64,8	23,0	6,1	0	11,9	393
Costa Rica	6,40	1,02	31,6	68,4	6,3	1,8	94,4	18,2	187
República Dominicana	6,30	1,23	72,0	28	12,8	8,4	19,1	10,9	42
São Vicente e Granadina	6,30	nd	34,6	65,4	0,0	2,2	0	9,7	124
Dominica	6,10	0,02	29,1	70,9	16,1	1,6	0	12,8	175
Antígua e Barbados	5,50	0,04	40,1	59,9	0,0	5,3	0	14,1	337
Jamaica	5,50	0,42	53,0	47	31,0	4,4	0	7	78
México	5,40	31,36	53,6	46,4	3,8	1,4	71,1	15,6	144

A Tabela 1 apresenta algumas informações iniciais sobre o padrão de financiamento da saúde dos países do continente americano no ano de 2000.

Em primeiro lugar, é importante enfatizar a posição dos Estados Unidos, o país que mais gasta em saúde, tanto em termos percentuais do PIB, 13%, como em valores totais. O que os americanos gastaram em bens de saúde no ano de 2000, 1,275 trilhão de dólares correntes, correspondeu a mais de seis vezes a soma de tudo que foi gasto com saúde em todos os demais países da América juntos.

Em segundo lugar, cabe destaque aos países que apresentaram maiores gastos privados com bens e serviços de saúde. Dentre eles estão: República Dominicana, com 72%; Paraguai, com 61,7%; Brasil, com 59,2%; e Chile e El Salvador, com 57%.

Um terceiro aspecto a merecer destaque é a importância relativa dos planos de saúde pré-pagos em relação aos gastos totais privados com saúde. Os seguintes países com maiores gastos podem ser assim ordenados: Canadá, com 70,7%; Uruguai, com 68,8%; Estados Unidos, com 62,5%; Chile, com 40,2%; Brasil, com 35,1; e Colômbia, com 34,4%.

Mas a maioria dos demais países possui uma importância relativa muito pequena, com cerca de 21 dos 33 países mostrados na Tabela 1 apresentando menos de 10% do gasto privado em planos pré-pagos, ou seja, em saúde suplementar.

O Brasil é um dos países em que a menor parcela de gastos realizados pelo governo se destina ao gasto com saúde, 8,4%, contra uma média de 13,75% de gastos do governo destinados à saúde nos países da América.

Os três países que apresentaram gastos com saúde como maior parcela nos gastos do governo são respectivamente: El Salvador, com 26,20%; Haiti, com 22,11%; e Argentina, com 21,3%. Logicamente esses indicadores devem ser vistos com reservas, dado que as cargas tributárias em cada país são extremamente desiguais, e a assunção de responsabilidades por parte do Estado deriva de formações históricas específicas e não generalizáveis.

Os Sistemas de Saúde: Canadá x Estados Unidos

Nos EUA...

☐ *Medicare é um seguro hospitalar e um seguro suplementar altamente subsidiado para os pobres idosos. Cerca de 70% dos idosos americanos têm algum tipo de Medigap (WHITE, 1997). Outros, pela pobreza, têm direito ao Medicaid. Assim, há um certo espaço para alargar o escopo da cobertura no caso dos idosos.*

☐ *O Medicaid é um fundo federal e estadual que atende 35 milhões de beneficiários pobres (jovens ou idosos). Há uma superposição entre o Medicare e o Medicaid, dado que uma parte da população é coberta pelos repasses do governo federal aos estados por meio do acesso ao Medicaid.*

☐ *O Medicaid não é disponível para todas as pessoas definidas como pobres (renda anual de U\$ 11.890 para uma família de três pessoas), cobrindo a metade dos pobres por essa definição. A elegibilidade para acesso inclui requisitos definidos em nível federal e estadual.*

Nos EUA...

A maior parcela (75%) da população tem saúde por seguros privados.

No início do séc. XX surgem as medicinas de grupo –Blue cross, Blue Shield. e 17% não possuem nenhuma forma de cobertura.

Além dos serviços governamentais e do seguro privado há inúmeras instituições não-governamentais para grupos específicos: câncer, doenças cardíacas, drogas, saúde mental, crianças, etc. (Conill, 2008).

O atual Presidente será responsável por um grande reforma do sistema de saúde no país.

Nos EUA...

Nos Estados Unidos, o sistema de saúde revela um mosaico não muito bem encaixado de sistemas, situações e padrões de financiamento e de acesso a serviços, no qual se destacam :

- programas governamentais em nível nacional,
- programas federais e estaduais e
- sistemas privados em suas várias modalidades.

Em 1995 estimam existiam nos Estados Unidos 37 milhões de adultos não cobertos por qualquer tipo de seguro naquele ano. Isso significa um número maior de americanos não cobertos, se incluídas as crianças das mesmas famílias (PEAR, 1996), ou seja, 17% dos não-idosos nos Estados Unidos.

Existe nos Estados Unidos uma proporção da população não segurada maior do que em qualquer país avançado no pós-guerra.

O sistema de seguro norte-americano apresenta características de instabilidade igualmente únicas, dada sua dependência do vínculo de trabalho e da iniciativa do empregador, o que implica, para os indivíduos, a possibilidade de conviver com períodos de carência e não-cobertura em caso de mudança de emprego.

No Canadá...

O sistema de saúde do Canadá é predominantemente financiado pelo setor público, com execução privada das ações relativas à política de saúde e gestão predominantemente estadual (provincial) de governo.

Embora existam dez províncias e dois programas territoriais de saúde, os padrões nacionais para hospitais e serviços de saúde são estabelecidos em legislação federal, o *Canada Health Act*, que assegura um nível mínimo de uniformidade normativa, de recursos e de serviços em todo o país. Província de Québec é a mais desenvolvida.

O governo federal financia as províncias por meio de transferências fiscais condicionadas à adesão dos governos estaduais aos padrões por ele estabelecido por intermédio do *Canada Health and Social Transfers*.

Sempre respeita os princípios: universalidade, gestão pública, integralidade e direitos válidos em todo o território nacional.

No Canadá...

Por meio das redes provinciais de hospitais públicos e de estabelecimentos autônomos de saúde, todos os canadenses têm acesso aos hospitais e aos médicos que forem necessários, sem ônus para o usuário.

Os residentes em uma província mantêm seu direito de cobertura quando fixam residência em outra província ou se deslocam entre províncias, embora possam existir algumas restrições quanto à cobertura no exterior. Não existem deduções, co-pagamentos ou limites em dinheiro quanto à cobertura de serviços segurados.

Os médicos não pertencem aos quadros do funcionalismo público e são remunerados na base *fee-for-service* diretamente pelo governo.

No Canadá...

Os gastos totais de saúde no Canadá, em 1997, representavam 9,1% do PIB, decrescentes em relação aos 10,2% de 1992. O governo responde, de acordo com dados mais recentes, por cerca de 70% desse total, enquanto os gastos por seguro e *out-of-pocket* contribuem com os restantes 30%. Do total geral, 46,4% financiam os hospitais, 14,4% representam pagamentos aos médicos e 13,7% compras de medicamentos. O resíduo destina-se a tratamentos odontológicos e oftalmológicos, pesquisa e planejamento.

O segmento privado de planos de saúde no Canadá pode ser dividido em cinco categorias: seguros de vida, seguros residenciais e de acidentes, sociedades religiosas ou filantrópicas, sociedades não lucrativas e empregadores.

“.....o primeiro passo para a análise do Setor Saúde de um país consiste em identificar as forças e as fraquezas nas três dimensões centrais: estado de saúde da população, políticas de saúde e sistema de saúde”

Tools for Analysing the Health Sector
Frederico Tobar