

## **Principais Sistemas e Serviços de Saúde no Mundo**

**1 – Introdução** – as alternativas de modelos orgânicos de sistemas de saúde dependem do desenvolvimento político e social, com também do desenvolvimento político e social das populações, porque este condiciona as preocupações com o planejamento de objetivos e as decisões sobre a organização, financiamento, distribuição e qualidade dos cuidados de saúde a assegurar.

Nos dias hodiernos deve-se levar em consideração que não existe um modelo universal de sistemas de saúde que sirva de base para que seja implantado em qualquer país que queira adotar. No entanto, basicamente existem quatro modelos diferentes utilizados no mundo, com algumas variações de um país para outro. Esses sistemas se diferenciam baseado nas suas características gerais de implantação sócio-econômica e de relações entre a população e a prestação de cuidados de saúde que lhe são assegurados, sem atender a estrutura mais ou menos organizada destes, dentro de cada sistema. No início da década de 1.970, os sistemas atuais de cuidados de saúde podiam agrupar-se em quatro modelos.

**2 – Objetivos** – existe uma perspectiva que eles possam atingir:

**A** – A cobertura da totalidade de população e na prestação de cuidados essenciais de saúde.

**B** – A intervenção direta a mais extensa possível da população com relação aos cuidados de saúde.

**3 – Tipos:**

**3.1 – Sistema Misto de Saúde Baseado na Medicina Liberal Individualizada e Organizada** – é o sistema de saúde dos Estados Unidos, sendo também utilizado em alguns outros países. Houve certas mudanças nessas últimas décadas através de medidas limitadas de cobertura médica por parte do Estado sem, entretanto, sofrer modificações na sua essência, ou seja, os seus princípios gerais. Esses princípios compreendem os seguintes:

**A** – Setor de prevenção (profilaxia das doenças evitáveis, higiene do ambiente) não constitui um todo, sendo em parte organizado e financiado pelo Estado e as coletividades públicas, perdendo a individualidade e a capacidade de intervenção.

**B** – Os cuidados preventivos é da responsabilidade dos médicos e os curativos de doentes estão na dependência da medicina liberal, que é essencialmente caracteriza por:

**I** – Independência dos médicos, com liberdade de instalação, organização do trabalho, de escolha de doentes e fixação livre dos honorários pagos diretamente pelo doente.

**II** – Liberdade de prescrição de medicamentos, sob reserva de autorização de venda dos medicamentos especializados.

**III** – Respeito pelo segredo médico.

**IV** – Livre escolha do médico pelo doente.

**C** – Coexistência de estabelecimentos prestadores de cuidados pertencentes a entidades privadas e públicas, entre as quais o doente pode escolher.

**D** – Liberdade na formação profissional, com recursos e escolas médicas públicas ou privadas, sob reserva de acordo destas com o Estado para a concessão de diplomas autorizando o exercício médico.

**E** – Ausência de seguros–doença generalizados obrigatórios, na dependência estatal ou para–estatal, mas recursos voluntários a seguros privados. Existem serviços gratuitos para indigentes, a cargo de fundos públicos.

**F** – A investigação médica é sustentada em grande parte por fundos privados, a que se associa o Estado com a concessão de subsídios ou mantendo instituições próprias.

**G** – O Estado não tenta limitar as despesas com a doença, feitas voluntariamente pela população.

**3.2 – Sistema Misto de Saúde Baseado na Coexistência de Medicina Liberal e Seguros de Saúde** – embora a medicina neste sistema seja exercida de forma liberal, um grande percentual da população possui cobertura por seguros de doença obrigatórios e muitos indivíduos possuem também seguros complementares de apoio. Este sistema encontra–se funcionando na maioria dos países da Europa Ocidental, cujos princípios básicos são:

**A** – O setor da prevenção, como no sistema anterior, é organizado e financiado pelo Estado e administrado pelas coletividades públicas locais, ao nível das regiões, distritos, comunidades, estando confiado a médicos de saúde pública com vínculo de funcionários ou a médicos de clínica privada, que repartem as atividades entre as tarefas de saúde pública e a clientela de doentes.

**B** – O seguro–doença da previdência, ou mais alargado da segurança social, é obrigatório e cobre os grandes grupos de pessoas ligadas aos setores secundário ou terciário da economia ou, praticamente, a totalidade da população (90 e 99% das pessoas). É de responsabilidade das

caixas de seguros, que têm um caráter semipúblico (organismos independentes do Estado, mas submetidos à tutela deste, tanto nos aspectos da organização como no funcionamento).

**C** – Independência dos médicos, como no sistema anterior, exceto os que trabalham nos hospitais em tempo integral e aqueles que trabalham para as caixas, com liberdade de exercício estão sujeitos aos convênios negociados com estas para tratamento dos doentes e reclamação de honorários acordados.

**D** – A livre escolha, pelo doente, da médico de clínica, do especialista, e dos estabelecimentos hospitalares ou outros é a regra, mas pode depender de formalidades regulamentares.

**E** – Todos os médicos estão habilitados a prestar cuidados aos segurados das caixas aprovadas pelo sistema de saúde e todos os estabelecimentos hospitalares estão habilitados a receber segurados sociais; são para isso estabelecidos convênios entre as partes interessadas.

**F** – Os hospitais públicos são da responsabilidade do Estado ou das municipalidades e as suas regras de funcionamento, estabelecidas pela administração central, aplicam-se aos hospitais privados lucrativos (clínicas particulares), para efeitos da colaboração destes na prestação de cuidados.

**G** – Os médicos que trabalham nos hospitais públicos em tempo integral recebem um vencimento fixo, mas podem em certas condições receber doentes particulares no próprio hospital, de acordo com os regulamentos, enquanto os médicos que trabalham em tempo parcial nos hospitais públicos podem exercer clínica privada fora dos estabelecimentos.

**H** – Os honorários médicos aplicáveis aos segurados sociais que procuram os médicos ao abrigo do benefício do seguro são fixados segundo um plano nacional, por convenção entre os representantes dos médicos e das caixas de seguro, e não ficam ao critério do médico que atende o doente. Não havendo acordo entre as duas partes, compete ao Estado fixar as tarifas respectivas, o que se aplica também aos estabelecimentos de internamento. Na quase totalidade das variantes deste sistema os doentes pagam diretamente as despesas, sendo depois reembolsados pelas caixas numa percentagem que varia entre 80 a 100%, conforme os regulamentos destas. O mesmo acontece com os medicamentos, prótese, entre outros. Em casos particulares, relacionados com o médico (categoria deste, localização) ou do doente (exigências deste, amenidades), os médicos e os estabelecimentos são autorizados a cobrar importâncias superiores às da tarifa convencional, mas o segurado só é reembolsado na base desta tarifa.

Muitos destes segurados inscrevem-se em seguros complementares, fora da segurança social, para virem a ser reembolsados completamente nos casos especificados.

**I** – Os médicos são livres para aderir ou não às convenções. Na hipótese negativa, a segurança social da maior parte dos países estabelece tarifas inferiores à da respectiva convenção para reembolso dos doentes que procuram estes médicos.

**J** – As despesas da hospitalização são geralmente pagas diretamente aos estabelecimentos, sendo as diárias fixadas pelas autoridades públicas nos hospitais públicos e por convenção nos hospitais e clínicas privadas. Nas clínicas não convencionadas as caixas pagam apenas uma parte do preço da diária, em concordância com a tarifa da convenção geral.

**K** – A formação dos médicos obedece a princípios semelhantes aos do sistema anterior; formação do restante pessoal de saúde é igualmente controlada pela administração central e feita em estabelecimentos públicos e privados.

**L** – Neste sistema, não há separação entre doentes segurados e indigentes.

**M** – E muitos países há planeamento regular dos cuidados de saúde, desde o nível central ao local da administração, imposto também aos estabelecimentos de cuidados privados autorizados pelo Estado. Noutros países, o planeamento praticamente não existe.

**N** – A investigação médica é organizada em instituições especializadas e nas Universidades, sejam públicas ou privadas, assumindo o Estado papel importante diretamente ou indiretamente, pela concessão de subsídios e impondo prioridades. A investigação tecnológica está muito desenvolvida em laboratórios de produção de medicamentos e empresas de aparelhagem médica; o êxito da investigação tem sido notável.

**O** – O Estado preocupa-se com as despesas em aumento por toda parte com a doença e tenta diminuí-las por medidas de racionalização dos cuidados e de limitação do custo destes, sobretudo com relação com a prescrição de medicamentos e de próteses.

**3.3 – Sistema de Saúde dos Países Socialistas (Serviço Nacional de Saúde)** – este tipo de sistema de saúde foi instituído na antiga União das Repúblicas socialistas soviéticas (URSS), servindo também como modelo para outros países chamados socialistas, cujos princípios fundamentais são os seguintes:

**A** – A organização, distribuição e funcionamento dos cuidados de saúde preventivos e curativos são assegurados e integralmente financiados pelo Estado, através dos impostos inscritos na verba de despesas públicas; em princípio são gratuitos para todos.

**B** – O pessoal dos serviços de saúde tem o estatuto de emprego os das administrações locais, e está na sua inteira dependência. Não há medicina privada para a população.

**C** – Os cuidados de saúde como os de outros setores da vida social são totalmente integrados nos planos de desenvolvimento da economia nacional, pelo que as instituições e pessoal médico e auxiliares são objetos de distribuição planificada por todo o território, teoricamente de acordo com as necessidades.

**D** – A ação preventiva e as intervenções médicas curativas são organizadas e vigiadas pela administração central, mas a execução é assegurada pelas administrações locais, que devem adaptar os princípios gerais às necessidades da população. Certos grupos de trabalhadores têm prioridade no atendimento, pelo que há desigualdades e não equidade no acesso aos respectivos serviços. Os trabalhadores industriais beneficiam desta condição, ao mesmo tempo em que podem ter assistência médica suplementar prestada por serviços especiais das empresas, chamadas de medicina do trabalho e que ministram cuidados preventivos e curativos; a sua eficácia tem sido duvidosa.

**E** – Os cuidados de saúde são prestados gratuitamente, com algumas limitações semelhantes às impostas no sistema anterior, podendo a segurança social cobrir certas despesas ou estas serem feitas à custa das próprias pessoas.

**F** – Empresas, sindicatos, cooperativas, podem criar ou manter os seus próprios serviços de saúde, incluindo os de carácter social e assistencial (casas de repouso, creches, cantinas, etc.).

**G** – A formação dos médicos e do restante pessoal de saúde é da responsabilidade de escolas dependentes do Ministério da Saúde, e esta sujeita ao planeamento.

**H** – A investigação médica faz parte da organização de saúde e é efetuada por institutos e as próprias escolas, na dependência do mesmo Ministério. Tem sido modesta, tanto nos aspectos médicos (biomedicina, clínica, epidemiologia) como nos da tecnologia dos medicamentos e instrumentos médicos, de laboratório e emergência.

**I** – A incapacidade, acidentes e velhice são cobertos por seguros sociais financiados pelo Estado.

**J** – Neste sistema há completa estatização da medicina e da saúde pública, a quase gratuitamente dos cuidados preventivos e curativos e a ausência de qualquer setor privado de exercício médico, verificando-se ainda desigualdades no acesso aos cuidados para parte da população, em benefício de grupos privilegiados, ao mesmo tempo em que a variedade e qualidade de medicamentos são de nível inferior.

**3.4 – Sistema de Saúde do Tipo Serviço Nacional de Saúde Britânico** – este sistema representa a primeira e mais importante tentativa realizada para organizar serviços de saúde capazes de cobrirem toda a população, onde a medicina estatal convive com os princípios da chamada medicina liberal. Este sistema é baseado numa política de saúde primordialmente nacional e social, sendo os serviços de saúde fundamentados em métodos de trabalho técnico–científicos modernos no que se refere aos aspectos médicos e administrativos, sofrendo modificações na década de 1.970, baseado nos seguintes princípios:

**A** – O Ministério da Saúde Assumiu a obrigação de organizar, fazer funcionar e pôr à disposição de toda a população que deseje utilizá-lo, um serviço de saúde completo em que são prestados os cuidados de medicina geral, especialidades, compreendendo obstetrícia odontologia, correção dos órgãos dos sentidos, enfermagem, e visitação domiciliária, em permanente atualização para poder oferecer todos s recursos da ciência médica.

**B** – Os cuidados preventivos e curativos, os medicamentos e o fornecimento das próteses essenciais são gratuitos, com algumas limitações e reservas.

**C** – O financiamento do serviço é assegurado em cerca de 80% por verbas do orçamento do Estado e, no resto, por taxas locais, contribuição da segurança nacional e por receitas provenientes de pequenos pagamentos feitos pelos doentes (senhas de acesso, certas próteses dentárias e visuais, condições de conforto em hospitais).

**D** – O serviço nacional de saúde inglês não é um monopólio nem um serviço de medicina socializada. Os médicos são livres para aderirem ou não ao sistema e os doentes são igualmente livres de utilizarem ou não os seus benefícios. Um setor de medicina privada, de caráter liberal, coexiste, comportando hospitais, laboratórios, e outros, ao mesmo tempo em que consultórios médicos particulares continuam a funcionar.

**E** – Aderente do serviço nacional de saúde, o médico de clínica geral (médico generalista ou de família) tem liberdade de escolha dos seus doentes potenciais que queiram inscrever–se na sua lista, com a limitação desta não ultrapassar um certo número (3.500, sendo a media da ordem de 2.400); o doente tem a mesma liberdade de escolha, sob idêntica reserva, podendo mudar de médico depois de inscrito, por processo simples e rápido.

**F** – O médico tem liberdade de prescrição terapêutica e o segredo profissional é resguardado sob forma tradicional, embora o registro dos fatos clínicos seja obrigatório para estudos

epidemiológicos impessoais. São asseguradas e mantidas, assim, as relações médico–paciente, de tanta importância na vida individual e familiar.

**G** – O médico clínico geral é pago pelo serviço nacional de saúde, na base de uma remuneração negociada ao número de pessoas inscritas na sua lista de doentes. Pode exercer a clínica privada, fora das horas de atendimento dos doentes inscritos.

**H** – Os médicos dos hospitais trabalham em tempo completo ou em tempo parcial. No primeiro caso não podem ter clientela privada. No segundo, podem ter clientela privada fora do hospital, em casos especiais, no próprio hospital.

**I** – A Administração dos serviços de saúde é descentralizada, com dois escalões principais de atuação.

**J** – Ao nível regional, constituído pelos hospitais distritais e centrais, existem os conselhos hospitalares regionais e comissões de gestão hospitalar.

**K** – Ao nível local, constituído pelos serviços de medicina clínica geral, de medicina dentária, de farmácia, de prevenção, de cuidados domiciliários, existem conselhos executivos de que fazem parte às entidades de saúde e representantes das organizações profissionais e os elementos nomeados pelo Ministério da Saúde.

**L** – A formação dos médicos é feita nas escolas de medicina de carácter público (Universidades) e nos hospitais escolares, que tem administração própria, fora da ação dos conselhos hospitalares regionais. O restante pessoal é preparado em escolas autorizadas pelo governo.

**M** – A investigação médica é muito desenvolvida em todos os setores, incluindo os tecnológicos, e garantida por fundos públicos e, em escala crescente, por subsídios particulares. É coordenada dentro e fora das Universidades por conselhos próprios e ao nível nacional por conselho central.

Diferenças muito acentuadas separam os dois sistemas de saúde do tipo nacional de saúde, uma vez que o socialista é completamente nacionalizado, das instalações ao pessoal, enquanto o britânico, ainda que organizado sob direção estatal, é baseado em acordos de prestação de serviços, desde o nível mais periférico do clínico geral ao nível dos hospitais centrais.

### **3.5 – A Preocupação Quase Exclusiva dos Atuais Sistemas de Saúde Apenas com a Doença**

– embora os sistemas de saúde do tipo “serviço nacional de saúde” sejam apresentados como mais completos, cobrindo teoricamente em condições de maior equidade toda a população e dispondo da potencialidade de promoverem simultaneamente a melhoria das condições de saúde geral das pessoas e um atendimento imediato das que se deixam adoecer, a sua preocupação

concentra-se fundamentalmente na doença e muito pouco na prevenção desta, em especial mo que diz respeito as enfermidades desenvolvidas nas últimas décadas e que se tornaram dominantes. Todos eles têm deixado deteriorar o setor de saúde pública.

O exemplo de um sistema misto, com uma forte componente de saúde pública e que desenvolveu serviços de saúde eficientes em curto período de tempo, é o do Japão, exemplo quase oposto do sistema do tipo de serviço nacional de saúde com muito menor capacidade de intervenção, é o da URSS.

Os atuais sistemas de saúde, qualquer que seja o tipo, estão dominados pela idéia de doença – dar prioridade total à organização de serviços de atendimento de doentes – e muito pouco pela idéia de Beveridge ao planejar no começo da década de 1.940 o serviço nacional de saúde inglês, dentro de um sistema mais geral de segurança social, do que o serviço de saúde em paralelo com o desenvolvimento econômico e as medidas de segurança social rapidamente faria diminuir o número de doentes. E a melhoria da saúde geral da população levaria a tornar desnecessários muitos cuidados de saúde e à diminuição, conseqüente, de serviços organizados e dos seus custos.

A realidade dos acontecimentos mostra que estamos longe de atingir, ou até de entrar no caminho, certamente viável no futuro, de tal objetivo.

**Nota – este texto é, na realidade, uma breve introdução, por isso queremos esclarecer aos interessados no assunto, que para obter o texto na íntegra (total), basta solicitá-lo, que atenderemos todos os pedidos e enviaremos os mesmos pelos Correios e Telégrafos; portanto, entre em contato conosco através dos nossos telefones ou e-mail.**

**À Direção.**

**Maceió, Janeiro de 2.012**

**Autor: Mário Jorge Martins.**

**Prof. Adjunto de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).**

**Mestre em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).**

**Médico da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).**