

Por Antonio Penteado Mendonça



De acordo com o Ministério da Saúde, o Governo Federal deve pagar 7 bilhões de reais em procedimentos médico-hospitalares determinados pela Justiça. Na mesma linha, de acordo com a Secretaria da Saúde de São Paulo, o Estado deve gastar 1,2 bilhões de reais para cumprir determinações judiciais ordenando o atendimento de pessoas que ingressaram com ações para terem suas necessidades atendidas.

Para dar uma noção da ordem dos valores, com menos de 1,2 bilhões de reais de orçamento, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, até alguns anos atrás, atendia com qualidade mais de 3 milhões de pessoas anualmente.

Quanto foram beneficiados com os 1,2 bilhões de reais determinados pela Justiça paulista? E quantos deixaram de ser atendidos, não só pela Santa Casa de São Paulo, mas por toda a rede pública instalada no Estado, em função da crise e da falta de recursos que afeta desde o Hospital das Clínicas até pequenas unidades espalhadas pelo interior?

Esta é a questão que precisa ser enfrentada. No mundo inteiro, o aumento da expectativa de vida criou custos adicionais tremendos, que comprometem o desenho da previdência social e da assistência médico-hospitalar pública. Nas nações desenvolvidas os déficits gerados pelos sistemas vão sendo cobertos pela sua credibilidade, que lhes permite tomar dinheiro emitindo títulos de longo prazo, com taxas de juros muito baixas. As nações em desenvolvimento não têm este mecanismo, o que agrava o quadro e as deixa permanentemente diante do desafio de atender muitos com muito pouco.

Um exemplo recorrente é o orçamento da saúde norte-americano, de mais de 3 trilhões de dólares, para atender 300 milhões de pessoas. Do outro lado, o Brasil destina menos de 200 bilhões de dólares para atender 200 milhões de pessoas. Com uma agravante: mais de 60% das verbas destinadas à saúde no Brasil são responsabilidade dos planos de saúde privados, que têm 50 milhões de segurados.

O melhor sistema público de saúde é o da Grã-Bretanha. Lá ninguém discute que a finalidade da saúde pública e da previdência social não é privilegiar o indivíduo, mas atender da melhor forma possível a população.

Por conta disto, existe um rol legal de procedimentos que é coberto pela saúde pública. O que não integra o rol não é pago em hipótese alguma e ninguém entra com ações judiciais, solicitando que o Estado seja obrigado a pagar tratamentos fora dos elencados na lei.

A razão é simples: os recursos são limitados e se destinam a dar o melhor atendimento possível para todos. Tratamentos muito caros que beneficiam poucos, ainda que tenham sucesso (o que nem sempre é o caso), comprometem o direito à saúde de milhões de pessoas, que no futuro não

terão acesso nem mesmo às situações cobertas, porque os recursos destinados a todos foram gastos no atendimento de um grupo privilegiado.

Não há dúvida que o direito à vida e à dignidade humana são conceitos importantes. Justamente por isso, as medidas que criam exceções devem ser vistas com enorme cautela. Não existe almoço de graça. E a situação se torna crítica quando se trata do custeio da saúde pública brasileira.

Quantos brasileiros que hoje veem as cirurgias eletivas serem adiadas poderiam continuar a ter qualidade de vida se os hospitais paulistas tivessem 1,2 bilhões de reais a mais e pudessem realizá-las em prazos razoáveis? Esta é a realidade de milhões de cidadãos que têm acesso precário à saúde porque o SUS, os Estados e os Municípios não têm recursos para atendê-los.

O quadro se repete no sistema de saúde privado. Sem entrar na discussão de que algumas operadoras deixam de atender procedimentos cobertos, cada vez que uma decisão judicial, por mais humana que seja, determina um atendimento fora do que é garantido, concomitantemente, quando do reajuste anual, encarece os planos dos demais segurados ou, o que é pior, se isso não for feito, os condena a ficarem sem atendimento, porque, na hora que precisarem, a operadora não terá os recursos para fazer frente sequer aos procedimentos cobertos.

Fonte: O Estado de S. Paulo, em 15.08.2016.