

Welfare State: as reformas no Sistema de Saúde no Reino Unido e Alemanha

Edgar Cândido do Carmo¹

Luciane Bombach²

Sara Pinotti³

Resumo

Este artigo estuda a situação e as reformas do setor de saúde na Alemanha e Reino Unido nas últimas décadas. Numa primeira etapa, será traçado um panorama sobre a transição do Estado Liberal para o Welfare State e a posterior crise deste sistema. Após a demonstração da evolução de alguns indicadores demográficos na União Européia nos anos 90, serão abordados organizacionais e reformas, dos sistemas de saúde da Alemanha e Reino Unido no período compreendido entre 1960 a 2000, com ênfase na década de 90 – palco das Reformas Nacionais nos Sistemas de Saúde. A última parte deste artigo é dedicada a estudos comparativos dos dados obtidos sobre a Alemanha e Reino Unido, relacionando-os aos demais da OCDE.

Palavras-chave: Welfare State; Sistema de Saúde; Alemanha; Inglaterra.

1 Política social: do liberalismo ao neoliberalismo

A partir do século XIX, consolidados o processo da I Revolução Industrial e de urbanização, ocorreu na Europa o agravamento dos problemas relacionados à pobreza e ao mundo do trabalho. Crianças, mulheres e homens submetidos a condições de trabalho extremamente desumanas passaram a se organizar em sindicatos, e os governos e as elites perceberam a necessidade de alguma intervenção para garantir um mínimo de proteção à reprodução da vida social.

A idéia de regulação da vida social está em franca contraposição à visão ortodoxa liberal, segundo a qual o problema da exclusão social deve encontrar raízes explicativas no indivíduo ou na inadequação deste para a vida em sociedade. A pobreza é encarada como algo voluntário ou decorrente

1 Doutorando em Economia Social e do Trabalho – Unicamp. Instituto de Economia (IE).

2 Mestre em Economia Social e do Trabalho – Unicamp. Instituto de Economia (IE)/Pesquisadora do Centro de Estudos Sindicais e do Trabalho – CESIT da Unicamp.

3 Mestranda em Economia Social e do Trabalho – Unicamp. Instituto de Economia (IE).

da loucura ou fraqueza moral. No mundo liberal, onde a racionalidade impera, não era considerada a hipótese de demandas sociais não satisfeitas.

A crença difundida por ícones do liberalismo, como Adam Smith, de que a atitude do homem egoísta, procurando maximizar sua satisfação, seria capaz de harmonizar os interesses em um mercado competitivo, não se confirmou na prática. O que se percebia, com o passar dos anos, era que o modo de produção capitalista tinha grande capacidade para gerar riquezas, mas com poder absolutamente limitado para distribuí-la. A via do mercado não poderia gerar espontaneamente a integração social.

No contexto da crise econômica da última década do século XIX, quando se vê ameaçada a segurança pública por conflitos sociais, coloca-se em juízo os dividendos sociais do capitalismo britânico, e o Estado assume um papel mais ativo na atenção à pobreza. Assim, começa a institucionalizar-se uma política social, com a qual se inicia a construção do chamado Estado de Bem-Estar. Nesse processo não estão ausentes os debates no interior da classe política, entre aqueles que defendem uma política social administrada pelo Estado e os que sustentam que a pobreza é um assunto derivado de decisão individual e de exclusiva competência das instituições de benefício privadas. Superado este debate, o **Reino Unido** foi o primeiro a introduzir o seguro obrigatório contra o desemprego, e sua concepção de política social vinculava a condição de cidadão dos indivíduos de qualquer nível socioeconômico a seus direitos civis.

Na **Alemanha** de Bismarck, um exemplo oposto a esta experiência de democratização, predominou uma política de perfil autoritário que afirmava que o tratamento dos problemas sociais tinha sido útil à unificação nacional e para eliminar a influência das idéias socialistas, num contexto de expansão do desenvolvimento econômico. Neste país se estabeleceu um regime de seguro social obrigatório no fim do século XIX, que o converteu em um modelo para o resto dos países europeus, inclusive para o próprio Reino Unido.

Vários dos pilares que sustentavam a ortodoxia liberal do século XIX ruíram até meados dos anos 30 do século XX. O equilíbrio de poder entre as nações, o padrão-ouro, o mercado auto-regulável e o Estado liberal, base na qual se edificavam os dogmas liberais, entram em colapso a partir da crise de 1929 – com a quebra da bolsa de Nova York. A quinta-feira negra teve como decorrência a queda de um terço do produto industrial norte-americano e alemão. Os preços dos produtos agrícolas e de matérias primas despencaram e arrastaram consigo várias nações que dependiam do comércio internacional.

A depressão, que começara nos países centrais, torna-se global. Os pilares da sociedade do século XIX começam a ruir, o primeiro deles, o padrão-ouro.

Economistas liberais, em meio ao vendaval que arrastava países e empresas, ainda propunham a adoção de políticas econômicas restritivas, baseadas na política de contração monetária e cortes do orçamento, para garantir o equilíbrio fiscal; terapias que se demonstraram cada vez mais ineficazes, aprofundando os efeitos da crise. Durante os anos mais agudos da grande crise do sistema capitalista, o desemprego cresceu constantemente, atingindo, mesmo em países industrializados, patamares inimagináveis poucos anos antes: nos EUA e no Reino Unido, 29% e 23%, respectivamente. (Hobsbawn, 1996).

O mundo mudara, e a crença em um mercado auto-regulável, aceita pelos economistas liberais, perdia adeptos à medida que a crise se aprofundava. Criavam-se assim as bases para uma nova teorização sobre o funcionamento da economia. Coube a Keynes e Kalecki, nos anos 30 do século XX, apontar as fragilidades da teoria econômica liberal. As leis de mercado não podem conduzir a economia ao equilíbrio. E mais, a intervenção do Estado seria fundamental para sustentar a demanda efetiva, levando à expansão do emprego e do produto, o que geraria expectativas positivas nos agentes econômicos.

A proposta de sociedade planejada com forte intervenção estatal, em contraposição ao mercado auto-regulado, avança em todo o mundo, tanto nos países centrais como nos periféricos, colocando por terra mais esse pilar do liberalismo econômico.

No período entre as duas guerras mundiais, observa-se uma tendência à homogeneização dos sistemas de seguridade social dos diferentes países europeus. Em alguns deles começa a se observar uma tendência à centralização administrativa dos programas de seguridade social.

Considerando que a gênese do Estado de Bem-Estar tenha ocorrido até a segunda guerra mundial, a etapa de sua constituição e auge se situa entre o segundo pós-guerra e os anos 80. O Estado de Bem-Estar se consolidou e se institucionalizou depois de 1945, favorecido pelo crescimento econômico e a reconstrução que ocorreu nos países depois do conflito armado.

A necessidade de prover aos cidadãos que regressavam da frente de batalha, condições de bem-estar se colocou em evidência após a segunda

guerra mundial pela situação de deterioração na qual entraram os países europeus.

A partir dos anos 50 vivemos o que vários autores chamam de a era de ouro do capitalismo, período este marcado por altas taxas de investimentos e produtividade e, conseqüentemente, por baixos níveis de desemprego. O Golden Age é conseqüência da disponibilidade de um acervo tecnológico herdado da década de 30 e do período pós-guerra, aliado à disponibilidade de mão-de-obra qualificada. Há neste momento uma mudança no padrão de industrialização e consumo mundiais. A indústria metal-mecânica, tendo como carro-chefe a indústria automobilística, e a indústria química, basicamente puxada pelo petróleo, são as mais dinâmicas e que determinam o crescimento da economia mundial.

Do ponto de vista do sistema financeiro, com o relaxamento dos acordos estabelecidos em Bretton Woods e a reconstrução européia, os EUA passam a acumular déficits no Balanço de Pagamentos. Objetivando conter ou minimizar estes déficits, o Federal Reserve adota uma política de taxas de juros baixas, que estimula o crédito e, em conseqüência, a atividade econômica.

Desta forma, consolida-se cada vez mais a intervenção do Estado na produção de bens e serviços e na regulação da atividade econômica pela aplicação de políticas fiscal e monetária expansionistas. Esta combinação de políticas econômicas de corte Keynesiano alia-se ao aumento de gastos em áreas sociais que, por sua vez, ajudam a sustentar a demanda que ampliava a produção, criando-se um círculo virtuoso. Este é o cenário econômico mundial em meados dos anos 60: políticas econômicas de corte keynesiano, com produtividade e salários em crescimento, pleno emprego, política de crédito fácil e, conseqüentemente, crescimento econômico e maiores investimentos em áreas sociais. Configura-se assim o Welfare State nas democracias industrializadas.

Atuando como provedor de desenvolvimento econômico e atenuador dos problemas sociais – na maioria dos países europeus, nos anos posteriores à Segunda Guerra Mundial – a intervenção estatal possibilitou, apesar da resistência dos liberais, uma sociedade baseada no bem-estar social, sendo a política social utilizada como uma importante ferramenta para conter os ciclos econômicos negativos.

Os gastos do Estado se avolumavam ao mesmo tempo que aumentavam as demandas pela ampliação dos serviços. Se, por um lado, a

implementação de políticas sociais melhorava as condições de vida da maioria da população, por outro, os Estados nos quais o *Welfare State* foi desenvolvido plenamente passaram a viver, a partir dos anos 70, uma intensa crise em decorrência de baixas taxas de crescimento econômico combinado a altas taxas de inflação com déficit fiscal persistentes.

As idéias neoliberais, circunscritas a um pequeno círculo de intelectuais, começam a ganhar força. O diagnóstico conservador predominante é de que a elevação dos gastos públicos (por aumento de impostos ou emissão monetária), para atender à crescente demanda por políticas sociais, é a gênese de desequilíbrios orçamentários, que têm como decorrência pressões inflacionárias. (Draibe; Henrique, 1988).

O receituário neoliberal, objetivando a correção dos desequilíbrios macroeconômicos, originados da desmesurada intervenção do Estado na economia, edifica-se com as mesmas palavras de ordem dos liberais do início do século XIX: para combater o excesso de intervenção do Estado, mais mercado.

Ao Estado cabe a intervenção em áreas pelas quais não haja interesse do mercado, que é auto-regulável, o melhor agente na produção de mercadorias e serviços. Ao Estado caberia a aplicação de políticas econômicas baseadas na ortodoxia:

✓ *Estabilidade monetária*: diminuição da oferta monetária ou aumento das taxas de juros, objetivando a estabilidade do ambiente macroeconômico, baseada em baixas taxas de inflação.

✓ *Reforma fiscal*, enfatizando a necessidade de cortes de despesas no setor público, diminuição dos níveis de impostos e taxas e privatização de empresas estatais.

✓ *Desregulamentação da economia*, removendo os controles do estado sobre o mercado de trabalho, entre outros.

Apesar de vários autores reconhecerem que o marco teórico do neoliberalismo remonta aos anos 40 e 50 do século XX – com a publicação de *Caminhos da Servidão*, de Hayek, e de *Capitalismo e Liberdade*, de Friedman – foi no final dos anos 70 e começo dos 80, na administração Thatcher, no Reino Unido e de Reagan, nos Estados Unidos da América, que as políticas neoliberais foram colocadas em prática de forma sistemática. Neste momento, os políticos com visão conservadora acreditavam que os programas de bem-estar social geraram ineficiências em larga escala e o

financiamento destas políticas requereu níveis de arrecadação cada vez maiores e orçamentos com tendências a déficits inflacionários.

Como afirma Pierson (1994), tanto no Reino Unido quanto nos Estados Unidos, a eleição de políticos conservadores colocou, neste período, a expectativa de que ocorresse, no que tange a despesas em programas de cunho social, uma reforma radical. De fato, em vários países, os limites orçamentários dão a tônica de como se comportarão os programas sociais. Adiante veremos como estas limitações influenciaram os sistemas de saúde do Reino Unido e Alemanha nos anos 90.

A crise do Estado de Bem-Estar compreende os debates sustentados nas décadas de 70 e 80 e os dilemas dos 90. Desde meados da década de 70 a Europa ingressa em um período caracterizado por mudanças. Na área econômica, ressurgem a inflação, o desemprego e a desaceleração do crescimento. Predominam na esfera política os conflitos ideológicos e o retrocesso nas posições políticas alcançadas pelos partidos sociais democratas. Outros fenômenos, como o envelhecimento da população, o aumento das migrações e a mais ativa participação das mulheres na vida pública, trazem consigo conseqüências sociais e econômicas imprevistas, assunto que será retomado nos tópicos a seguir.

Essa conjuntura demandou um aumento do gasto social num contexto socioeconômico pouco favorável, alimentando o debate entre as posições que sustentam a necessidade do desaparecimento do Estado de Bem-Estar e as que pedem sua redefinição e redução. Há inclusive quem proponha o aumento dos benefícios oferecidos, já que são mais necessários nas épocas críticas da economia.

Nos anos 80, o debate ocorre em torno dos princípios de igualdade contra a eficiência, da universalidade contra a seletividade dos programas sociais e da descentralização contra a privatização dos serviços sociais. De outro lado, se coloca em questão a capacidade dos governos para resolver os problemas do Estado de Bem-Estar. Os grupos sociais que se beneficiam de seus programas não estão dispostos a aceitar reduções dos mesmos, enquanto os contribuintes fiscais tampouco estão dispostos a aumentar suas contribuições e assim financiar as políticas sociais. O consenso é difícil de ser alcançado. As democracias corporativas e os Estados de Bem-Estar avançados têm se adaptado de uma maneira mais efetiva às demandas sociais do que os países politicamente descentralizados, com menores avanços quanto ao bem-estar e uma competição maior entre os grupos de interesse.

No debate atual se encontra, entre outros pontos, a análise sobre o papel do Estado e o das forças sociais e políticas na consecução dos objetivos sociais por meio das instituições, dos programas e dos instrumentos. De igual forma, surge uma polêmica sobre as responsabilidades e o alcance das políticas sociais nos distintos períodos, com especial ênfase no momento atual, no qual se destacam posturas que sustentam que o Estado de Bem-Estar se mostra oneroso e incompatível com a nova ordem econômica mundial, já que, dada a maior competição entre as empresas, é necessário redução dos custos de produção, entre os quais se inclui o das políticas sociais.

No *Fórum Econômico de Davos*, Suíça, em fevereiro de 1994, foram pleiteadas políticas que estimulassem tanto empresas quanto programas de educação e formação que animem as pessoas a buscar trabalho, ao invés de depender do Estado. Também foi abordada a necessidade de reformular o papel do Estado de Bem-Estar, através da implantação de políticas mais ativas que resultem na integração do indivíduo no trabalho e na sociedade, ao invés de todas as energias serem dirigidas aos seguros-desemprego.

Essas posições ratificam que as idéias permanecem na órbita do mundo do trabalho, pois embora haja consenso na Europa sobre a necessidade de todos os cidadãos terem certos recursos garantidos, questiona-se como as políticas sociais serão capazes de garantir a inserção social através do emprego.

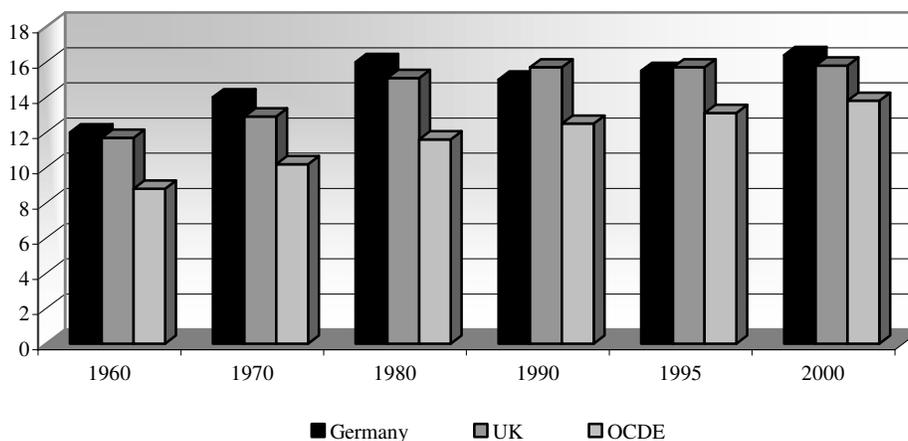
2 Dados demográficos e sociais da UE⁴

Em 1999, com 375 milhões de habitantes, a União Européia era a terceira maior população mundial, atrás da China e Índia. Como a taxa de fertilidade declinou nos últimos 40 anos, de 2,59 para 1,45 e nos últimos 50 anos, a expectativa de vida aumentou 10 anos, a população européia cresceu mais entre os mais velhos. De 1960 a 1999, a população de 65 anos ou mais passou de 11% para 16% do total nos países da União Européia; com esse crescimento tendendo a se manter nos próximos anos. No final dos anos 90 a expectativa de vida ao nascer, entre homens, na União Européia era 74,5 anos e, entre as mulheres, 80,8 anos. O crescimento da população acima de 80 anos foi mais acentuado no final do século XX, atingindo 36% e colocando a questão da previdência social e da saúde na ordem do dia, uma vez que, o

4 Cf. Eurostat (2000).

crescimento da população mais velha aumenta a demanda de recursos da previdência e de serviços de saúde, sendo crescente na União Européia o número dos beneficiários em relação aos que pagam. Em 1998, a taxa das pessoas com 65 anos ou mais, em relação à população ativa (entre 15 e 64 anos), era 24%, e espera-se 27% para 2010, suscitando dúvidas sobre a capacidade de sustentação do modelo de financiamento previdenciário. O aumento da demanda de serviços de saúde pelos idosos ocorre por terem saúde mais frágil e serem mais vulneráveis às doenças crônicas, cujas decorrências pressionam o aumento de gastos que, na média, ultrapassaram 8% do PIB na União Européia e 10% na Alemanha e França. As despesas com saúde/incapacidade (35,5%), e as relacionadas à velhice (44,8%), como percentual do total de despesas com benefícios sociais, representam, indiscutivelmente, o maior gasto na União Européia. O crescimento da população acima de 65 anos é semelhante entre britânicos e alemães; de 12% em 1960, alcança, em 1999, 16% do total.

Gráfico 1
População com 65 anos ou mais (% da população total)



Fonte: OECD, Data 2000; Worl Bank, Data 2000.

2.1 Alemanha e Reino Unido – Estudo comparado de Indicadores de Saúde

A Alemanha, nas últimas décadas, manteve média superior à do Reino Unido em aproximadamente 20 milhões de habitantes, conforme índices de crescimento populacional. A expectativa de vida evolui de uma

média de 70 anos, em 1960, para 77 anos, no novo milênio; e é relacionada à evolução tecnológica, melhor educação alimentar e implantação de medicina preventiva atrelados a melhores condições de infra-estrutura como saneamento básico.

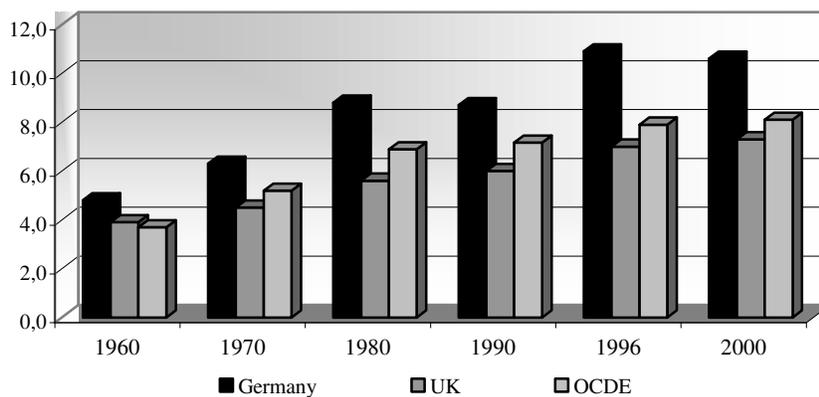
Há forte declínio da taxa de mortalidade infantil; a Alemanha, em 1960, apresentou 40 óbitos/mil nascimentos e em 1999, chegou a 6 óbitos/mil nascimentos; o Reino Unido, em 1960 apresentou 27 óbitos/mil nascimentos e 7 óbitos/mil nascimentos em 1999. Alemanha e Reino Unido apresentam índices compatíveis com nações de alta renda, cuja média é de 7,3 óbitos/mil nascimentos; estes são superiores na região mais pobre do globo; sendo na Ásia e Europa Central mais de 25 óbitos/mil nascimentos e, nos países em desenvolvimento, quase 85 óbitos/mil nascimentos, demonstrando o fosso nos padrões de serviço de saúde.

O crescimento do PIB, nos anos 90, para ambas as localidades, se manteve em torno de 3% ao ano, após uma queda de 2% no Reino Unido nos anos 80. Os gastos com saúde⁵, em relação ao PIB, cresceram cerca de 2% por década, em 60 e 70; desacelerando-se no final dos 70 e início dos 90 para, no decorrer de 90, elevar-se novamente. A partir de meados de 70, intensificaram-se discussões sobre contenção nos gastos públicos com saúde sendo as maiores despesas, entre os países da OCDE, as da Suécia e EUA com 10,7% e 13% do PIB, respectivamente. México e Finlândia gastaram menos, destinando à saúde 5,0% e 6,6% do PIB, respectivamente. A Alemanha unificada destinou, em 2000, 10,6% do seu PIB à saúde, enquanto o Reino Unido 7,3%.

Considerando somente o gasto público com saúde em relação ao PIB, verifica-se que, no caso do Reino Unido, estes quase dobraram em 40 anos, passando de 3,3% em 1960, para 5,9%, em 2000. Na Alemanha cresceram duas vezes e meia: de 3,2% do PIB, em 1960, para 8% em 2000; e relacionadas ao total de despesas no sistema de saúde, as despesas públicas representaram 66% do total, em 1960, e 75,1%, em 2000. No Reino Unido, as despesas públicas, em relação às despesas totais no sistema de saúde, foram crescentes até os anos 80, decrescendo a partir de então, para se estabilizar em torno de 80% nos últimos anos da década de 90.

⁵ O gasto total com saúde é a soma dos gastos públicos e privados com saúde. Cobre o fornecimento de serviços de saúde preventivos e curativos, atividades de planejamento familiar, atividades de nutrição, atendimentos de emergência fornecidos à saúde, e não incluem gastos com água e esgoto.

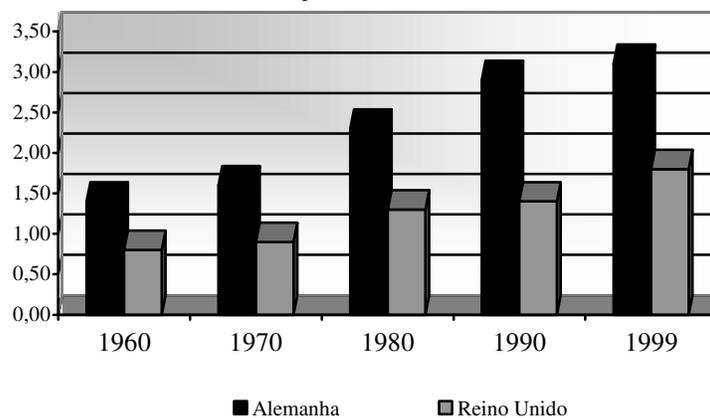
Gráfico 2
Despesas com saúde, total (% do PIB)



Fonte: OECD, Data 2000; World Bank, Data 2000.

Outra tendência constatada nas últimas décadas é relativa ao aumento nos custos de saúde, sejam dos hospitais, ambulatórios ou farmacêuticos. A universalização dos serviços sociais, incluindo saúde, a demanda crescente por parte dos idosos e a sofisticação dos serviços médicos, geram uma preocupação maior com controle sobre os gastos nessa área. É notório o aumento na expectativa de vida, embora não se estabeleça uma relação direta entre quantum de investimento em saúde e aumento na expectativa de vida.

Gráfico 3
Médicos por 1.000 habitantes



Fonte: OECD, Data 2000; World Bank, Data 2000.

No que tange ao número de médicos por mil habitantes, podemos observar no Gráfico 3 que, tanto na Alemanha, quanto no Reino Unido, este número praticamente dobrou nos últimos 40 anos. De toda a Europa, a Alemanha é o país que mais incentiva o estudo da medicina e investe não só na formação/educação dos médicos como, na clínica médica. Isto faz parte de uma proposta de Estado e talvez seja esse o maior motivo para que o número de médicos por mil habitantes seja tão mais elevado que no Reino Unido.

3 O Sistema de Saúde nos países da OCDE

Desde a década de 60, os gastos com saúde têm se elevado gradualmente na Alemanha e Reino Unido, bem como em toda a OCDE. Na década de 90, a elevação desses gastos fomentou as Reformas Nacionais de Saúde.

As causas apontadas, nos estudos do Banco Mundial e pelo órgão de Estudos de Políticas Sociais da OCDE, para a elevação nos dispêndios com a saúde, englobam o já citado aumento na expectativa de vida das pessoas e o incremento tecnológico. A consequência dessa mudança teria sido o estímulo à oferta de serviços de saúde, configurando uma maior pressão sobre os orçamentos nacionais.

Neste tópico, serão abordados políticas sociais e seus indicadores na área de saúde, na Alemanha e Reino Unido, no período compreendido entre 1960 a 2000, com ênfase na década de 90 quando ocorreram as Reformas Nacionais no Sistema de Saúde. Para tanto, cabem algumas ressalvas metodológicas, tais como as diferenças conceituais de gasto em saúde – uma vez que alguns valores estar englobados em outros setores do orçamento – e embora seja adotada a classificação da SNA (Standardised National Accounts), pode ocorrer que alguns valores de gastos, apesar de auferidos pelo empregado, sejam, em parte, subsidiados pelo sistema público, o que dificulta sua mensuração.

3.1 O Sistema de Saúde na Alemanha

Solidariedade e responsabilidade individual são os dois grandes princípios do sistema de saúde alemão. O segurado recebe seu tratamento conforme sua necessidade, pagando conforme sua riqueza; aposentados, crianças, jovens e adolescentes, bem como desempregados, também têm direito a seguros fornecidos por companhias de seguros regionais. (Gajer, 1998).

Há uma tendência de crescimento nos níveis das contribuições pagas por empregados e empregadores às suas seguradoras. O valor máximo destas, no entanto, é fixado por lei, de modo que nenhum conselho de Fundo de Enfermidade exceda este limite. Em 1992, em média 12,7% dos salários eram destinados à cobertura de gastos com saúde. Os *fundos das companhias* recebiam cerca de 11,5% do salário de seus segurados como taxa de contribuição, enquanto os *fundos das comunidades* recebiam 13,5%, em média. A variação na quantia paga pelos segurados, que oscilava entre 10% e 15%, representava grandes disparidades sociais, relativas à renda, fato que o Partido Social Democrata, através da Reforma da Saúde, buscou eliminar.

No final da última década, a média de contribuição por segurado girava em torno de 13,5%, mas estima-se que, para o ano de 2030, tal contribuição possa alcançar o nível de 17,5% sobre os salários. Há, como se pode observar por tais indicadores, uma preocupação constante com o aumento permanente dos gastos com saúde, que leva, conseqüentemente, a uma reflexão sobre a relação entre custos e qualidade dos serviços oferecidos.

Dois problemas centrais norteavam as discussões sobre a reforma no sistema de saúde alemão. O primeiro estava relacionado ao aumento na expectativa de vida da população, que requeria maiores gastos com os idosos, conforme mencionado anteriormente neste artigo; o segundo está relacionado à melhoria nos tratamentos médicos, decorrente das inovações no campo da medicina que, por sua vez, tende a encarecer os custos nessa área.

A preocupação com os custos crescentes, ainda em pauta, é, segundo pesquisas alemãs, alimentada principalmente por dois fatores: um deles se dá pela pressão na demanda por serviços, isto é, o paciente, na busca pelo melhor tratamento, não percebe que suas ações individuais pressionam o sistema como um todo. Em 1998, foram adotadas medidas de sobretaxa, na tentativa de mudar esse comportamento do segurado, que, no entanto, resultaram inócuas. Além da pressão dos segurados, há também uma outra, exercida pelos médicos que reivindicam junto aos fundos um maior repasse de benefícios e para tanto, alegam seu conhecimento sobre melhores tratamentos e justificam o aumento nos gastos através dos ganhos de qualidade nos atendimentos.

3.1.1 Histórico do Sistema de Saúde na Alemanha

Desde a Idade Média, a sociedade européia buscou formas de auxílio mútuo para gastos com saúde. O primeiro passo foi dado com as associações

de trabalhadores, que criavam fundos para cobrir gastos com funerais, incapacitados, etc. Os desprovidos de trabalho procuravam associar-se a fundos de fraternidade, com objetivos similares.

O seguro de saúde na Alemanha faz parte do sistema de seguro social, iniciado em 1870; foi o primeiro sistema de seguro social nacional, e influenciou vários outros, inclusive o do Chile, adotado em 1920, pioneiro na América Latina. A razão da Alemanha ter implantado um sistema tão progressista no governo conservador do Chanceler Bismarck foi a influência crescente do movimento socialista e social-democrata na Europa, como mostram os movimentos operários de 1848 e o levante de Paris, em 1870. Temendo que o Partido Social-Democrata chegasse ao poder na Alemanha, Bismarck adotou como sua a idéia social-democrata de um seguro social nacional, possibilitando que os conservadores se mantivessem no poder por mais algumas décadas.

Desde o início do século XIX havia, na Alemanha, diferentes fundos para os empregados assalariados – cerca de 10.000 fundos cobriam dois milhões de membros. Sua estrutura, no entanto, só foi regulamentada em 1913, quando já era notória a separação dos fundos segundo a hierarquia dos assalariados constituídos entre colarinhos-brancos e azuis. Implantado em 1870, o fundo foi reformulado por Bismarck, em 1883, com os empregadores arcando com 1/3 das contribuições e os empregados 2/3, sendo o conselho representativo dos fundos gerido por ambos. Foram especificados tetos de cobertura e, em 1885, estavam segurados 4,3 milhões de trabalhadores.

Em 1927, foi criada a lei de seguro-desemprego garantindo àqueles que perdessem seus empregos a vinculação aos fundos de enfermidade. Durante o estabelecimento do III Reich não foram adotadas mudanças substanciais na estrutura do seguro-saúde alemão, sendo que a principal alteração ficou por conta da centralização do poder nas mãos do ditador nazista, que passou a ser o responsável pela articulação dos conselhos representativos dos fundos de enfermidade. Entre 1970 e 1975 ocorreram, entre outros aprimoramentos do sistema de saúde, a indexação da renda mínima por associado aos Fundos de Enfermidade, a expansão das associações sanitárias para zonas rurais e a abolição do limite de internação hospitalar; houve ainda a inserção dos estudantes num programa estatutário de acesso aos benefícios de saúde.

Desde o início dos 70, a agenda política alemã, como de outros países, foi marcada por maior preocupação com o controle sobre os custos do

sistema de saúde, em detrimento da cobertura. Embora seja um tema delicado e de difícil operacionalização, a Alemanha Ocidental, em meados dos anos 80, possuía instituições que cumpriam esse papel regulador de custos, razoavelmente. No início da década de noventa, esses aparatos fiscais e de regulação de gastos foram extremamente fragilizados durante a fase de reunificação alemã, período que combinou pressão demográfica e conseqüente pressão para aumento de gastos, custos com a reunificação e recessão, que afetaram a base contributiva. Em 1991 o governo do chanceler *Helmut Kohl* aprovou medidas significativas nas formas de contribuição aos fundos de enfermidade. Foi produzida uma legislação para baixar as despesas das companhias de seguro, numa tentativa de ajustar o limite anual das despesas com médicos, serviços e orçamentos hospitalares.

3.1.2 A Reforma da década de 90

A Reforma na Saúde, de 1992, criou novos regimes de pagamento frente aos problemas financeiros associados à reunificação alemã. Esta Reforma não foi responsável por mudanças muito significativas no sistema médico, mas provocou alterações substanciais no *modo de contribuição* dos alemães para os fundos de seguro-saúde.

A reforma garantiu o congelamento das taxas de contribuição dos segurados aos fundos de reserva de enfermidade e permitiu a troca de seguradora, se os valores de contribuição aumentassem. A principal preocupação era conter o crescimento dos gastos com saúde. A lei estabeleceu metas para os orçamentos hospitalares e, se os limites estipulados pelo orçamento anual fossem ultrapassados, os hospitais deveriam ressarcir os fundos no final do ano. A tendência foi de maior unificação dos orçamentos, embora os fundos de enfermidade ficassem proibidos de negociar aumentos de gastos hospitalares que superassem seu próprio crescimento de renda.

Com relação aos gastos, foram levantadas algumas considerações a respeito das mudanças provenientes da reforma. A primeira delas era a superioridade da cobertura em relação às contribuições dos maiores salários podendo levar ao comprometimento do objetivo de compressão de gastos com saúde. O segundo aspecto era referente à relação entre serviços oferecidos e metas de custos. Embora os médicos não pudessem influenciar nos ganhos de produtividade, os fundos deveriam possuir mecanismos de

monitoramento como forma de fiscalização dos serviços prestados; quaisquer demandas por maiores financiamentos deveriam ser devidamente documentadas.

A reforma também adotou medidas para estabelecer metas de gastos com relação à saúde dentária. De forma geral, os ganhos per capita dos dentistas tendiam a ser maiores que os dos médicos, pois o crescimento no número destes profissionais é mais lento, se comparado ao dos segundos. Entre as principais mudanças, oriundas da reforma de 1992, encontram-se as reduções nas taxas de próteses e em tratamentos ortodônticos em 10%, na perícia dentária em 5%, além da criação de mecanismos para reduzir o valor mínimo das taxas punitivas referentes às metas de gastos estabelecidas.

As principais alterações provenientes da reforma, no entanto, foram adotadas em relação aos custos farmacêuticos. O governo controlou os *mark ups* das indústrias, embora tenha mantido indiscriminados os preços das manufaturas. É importante mencionar que os preços dos medicamentos na antiga Alemanha Ocidental eram tidos como os mais altos do mundo. Em 1992, uma política de incentivo aos médicos, para que reduzissem o “tamanho” de suas receitas, foi considerada mais eficaz e significativa. A própria adoção de um sistema de referência de preços auxiliou na redução da disparidade entre os preços de medicamentos alemães e de outros países. Já em 1993, os custos excederam apenas em 2% as metas estipuladas pela reforma, sendo que o ônus foi partilhado igualmente entre fundos e indústrias farmacêuticas. A relação entre o receituário médico e os custos farmacêuticos, resumidamente, ficou estabelecida de maneira que, caso a receita/prognóstico fosse superior em 25% aos custos farmacêuticos, estes deveriam ser devidamente justificados. Outra contribuição para a redução dos gastos observados foi a maior prescrição de remédios genéricos por parte dos médicos. (Gajer, 1998).

O pacote de medidas da reforma ainda contemplava medidas de longo prazo, tais como mudanças na forma de reembolso aos hospitais – segundo critérios de montantes e tipos de serviços prestados – desestímulo às especializações, redução no período de treinamento de novos médicos, elaboração de um formulário de drogas que deveria ser submetido à aprovação e, ainda, modelos de gastos específicos para cuidados básicos de saúde.

Em 1994 foram adotadas algumas mudanças, na forma de ajuste dos riscos por perfil de segurado, quando passaram a ser levados em conta dados

pessoais, como idade, sexo, renda e número de dependentes. Em 1997, prosseguindo na tendência de redução de gastos, o governo autorizou a redução do orçamento anual da saúde, tentando baixar os valores de contribuição, embora esse mesmo governo não acreditasse que o segurado devesse ser penalizado por déficits do sistema.

O sistema de saúde alemão consiste, basicamente, dos princípios abaixo:

- ✓ Participação compulsória;
- ✓ Companhias de seguro semipúblicas, rigidamente controladas pelo Estado;
- ✓ Benefícios e serviços pagos sem que se considere a renda do segurado;
- ✓ 50% dos custos do seguro cobertos pelo segurado e 50% pelo empregador;
- ✓ Seguro-desemprego.

Esses mesmos princípios regem o seguro de aposentadoria normal e precoce, indenização de trabalhadores, salário-desemprego, férias, licença médica e licença-maternidade.

3.1.3 Financiamentos e benefícios

Na Alemanha, o sistema de “seguro-saúde” é fornecido por fundos de enfermidade, sem fins lucrativos, ao contrário do sistema britânico em que, como veremos a seguir, o seguro é provido pelo próprio governo. O método alemão é o mais comum internacionalmente.

A população alemã é segurada por cerca de 400 diferentes fundos, assim classificados:

✓ *Fundos primários*, que podem ser formados por um único empregador, firma ou profissionais do mesmo ofício, por um mesmo grupo comercial ou, ainda, por qualquer ocupação como agricultores, mineradores, etc.

✓ *Fundos comunitários*, compostos por empregados não associados a nenhum outro fundo;

✓ *Fundos substitutos*, compostos por trabalhadores conhecidos como colarinhos-brancos (detentores de altos salários) e pelos colarinhos-azuis, que possuam renda compatível com o mínimo de contribuição exigido do associado.

Os empregados autônomos podem ser membros dos fundos de enfermidade, desde que tenham sido segurados por algum fundo, em emprego anterior; os altos funcionários públicos são reembolsados pelo Estado em pelo menos metade de seus gastos com saúde; os militares e policiais, cerca de 2% da população, são totalmente cobertos pelo governo.

A maioria dos alemães está associada a algum tipo de seguro dos fundos de enfermidade, entretanto, cerca de 10% da população prefere utilizar seguros privados, que oferecem melhor cobertura, com melhores recursos. A justificativa encontrada pelos pesquisadores para tal opção, no entanto, não estaria associada ao quantum de serviços e atendimentos oferecidos, e sim à mera questão de *status* dessas pessoas, ou seja, uma maneira de estabelecer uma diferenciação social, considerando que os benefícios dos fundos de enfermidade são bastante amplos, incluindo todas as especialidades médicas, alguns tratamentos preventivos – como campanhas de vacinação, mamografia – e ambulatoriais, além de benefícios dentários. O serviço farmacêutico tem cobertura universal e está entre os mais amplos do mundo. Desde 1989 a Alemanha possui um sistema de referência (“tabela de preços”) para a aquisição dos remédios, sendo que os fundos pagam acima do preço dos genéricos e abaixo do preço dos remédios com marcas de grandes laboratórios. O sistema de pagamento se dá por meio de reembolso; estando atualmente catalogados 34 grupos diferentes de produtos que podem ser reembolsados. O sistema inclui fornecimento de óculos, aparelhos de audição e próteses; são cobertos tratamentos de saúde mental, embora estes ainda com algumas restrições se comparado ao modelo britânico, pelo fato dos alemães serem mais céticos com relação a possíveis diagnósticos.

O sistema de seguro privado na Alemanha difere de outros modelos europeus basicamente em dois pontos. Primeiro por não exigir uma taxa de risco, isto é, os valores da contribuição de pessoas “menos saudáveis” não são maiores que os demais; o segundo ponto é o nível do prêmio de ajuste oferecido na relação entre idade e benefício.

Cada fundo de enfermidade é financiado por empregadores e empregados, que contribuem com uma porcentagem fixa de seus lucros/salários, estabelecida em 50% para cada parte. Pessoas detentoras de menores rendas contribuem com valores menores, embora tenham direito aos mesmos benefícios. A entidade que capta tais recursos, diferentemente do modelo britânico, é uma entidade não-governamental.

Os aposentados contribuem com uma proporção da renda de suas pensões, mantendo o princípio de que as pessoas devem contribuir segundo seus meios. Como não possuem empregadores, os idosos arcam com todo o ônus contributivo, cerca de 13% sobre as pensões, para os fundos do trabalho a que pertenciam.

O encaminhamento das guias dos serviços aos fundos só pode ser feito por médicos credenciados (associações regionais). Ainda na década de 70, foi constituída e regulamentada uma organização chamada “*ação em conjunto*”, que abrangia cerca de 70 representantes de várias associações de fundos de enfermidade, que se reuniam semestralmente para traçar os rumos dos custos de cada setor de saúde (hospitais, farmácia, ambulatórios e sistema dentário). Essa organização contribuiu para a padronização de preços, racionalização dos custos, e se constituiu numa referência internacional.

As associações dos fundos de enfermidade negociavam com os hospitais para estabelecer o montante de gastos destinados ao ano em exercício. Em 1991, o método era baseado em orçamentos passados, embutindo nos cálculos as expectativas e previsões de pequenas mudanças quanto ao orçamento futuro. Os valores obtidos eram convertidos em taxas, e cada fundo de enfermidade repassava valores referentes aos dias que os segurados utilizassem o hospital. Como controle e mecanismo para limitar abusos e excessivas internações, os fundos pagavam um teto de 25% por valor excedido.

A Associação Nacional dos Médicos do Fundo de Enfermidade (*Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV*) e as associações nacionais para cada tipo de fundo negociam, periodicamente, uma escala relativa de valores, referentes aos custos de saúde. Uma relação (lista de pontos com aproximadamente 1700 itens) dos serviços médicos oferecidos é estabelecida para todo o país. Dada a escala de valores relativos, a associação regional dos médicos negocia os fatores de conversão criando uma taxa regional única, para as associações regionais que estão ligadas a cada tipo de fundo de enfermidade.

Quanto ao reembolso de valores, o KBV coletava os comprovantes de pagamento previamente a cada trimestre, embora repassasse aos médicos, mensalmente, os valores estimados em orçamentos prévios. Esse sistema era precário no tocante ao controle sobre os custos, na medida que o volume de serviços sempre superava o estimado. Em 1986, os fundos de enfermidade chegaram a um novo sistema no qual se passou a negociar os volumes de pagamento total por região, repassados dos fundos de enfermidade aos médicos; tornando desnecessária a negociação de qualquer fator de conversão. O KVB passou a receber os comprovantes de pagamento trimestrais (*vouchers*), a adicionar o número de pontos e dividi-los pelo pagamento total e, assim, determinar o pagamento com base nos pontos. Se

os médicos excedessem os valores estipulados, o pagamento por ponto seria reduzido automaticamente.

Os hospitais públicos de propriedade federal, estadual ou local são responsáveis por metade dos leitos oferecidos; os hospitais voluntários – principalmente ligados a associações religiosas – respondem pela oferta de 35% dos leitos e os hospitais privados – administrados por médicos – oferecem 15% dos leitos. Mesmo de natureza privada, esses hospitais recebem a maioria de seus recursos dos orçamentos estaduais.

As consultas médicas e odontológicas são pagas diretamente pelos Fundos de Saúde. Para ir a uma consulta médica, é necessário apresentar o cartão (*Krankenschein*), que é emitido pelo Fundo de Saúde ou, por vezes, diretamente pela entidade patronal. A cada trimestre é emitido um novo cartão de acesso ao tratamento médico, sendo que, ao invés do cartão, o segurado pode receber fichas (*Krankenscheinhefte*), que dão igualmente acesso a cuidados médicos. A escolha do médico é livre, mas uma vez feita a escolha, mudanças não são bem vistas.

3.2 O Sistema de Saúde no Reino Unido

O National Health Service – NHS é a jóia da coroa no Estado de Bem-Estar britânico e oferece para todos os cidadãos – com encargos mínimos – um sistema de saúde amplo, do qual o Estado é proprietário e gerente, sendo o mais extraordinário exemplo de programa de Estado de Bem-Estar institucional. Como tal tornou-se objeto de desdém para a maioria comprometida ideologicamente com a defesa do encolhimento do Estado, no governo Thatcher. Apesar disso, o NHS provou ser capaz de regenerar-se com rapidez, fazendo as buscas por reformas radicais se mostrarem, por antecipação, impraticáveis; e os esforços do governo na contenção de custos, politicamente danosos. (Ham, 1997).

O governo Thatcher investigou, simultaneamente, as duas estratégias abaixo para o sistema de saúde, sendo o objetivo principal de ambas substituir o fornecimento público de saúde, por seguro privado:

✓ *Privatização explícita*, cujos defensores queriam um programa de seguro privado administrado por mandato, para substituir o NHS. A cobertura privada de seguro valorizou-se subitamente, depois da eleição de Thatcher.

✓ *Diminuição gradual*, cujos defensores esperavam que uma lenta erosão da qualidade do NHS intensificasse gradualmente o interesse pelo setor privado,

podendo, eventualmente, resultar em um sistema de assistência à saúde com dois níveis. Entretanto, a estrutura do NHS, que fornece uma vasta linha de serviços, sem custo algum no ponto de entrega, garantia uma reação imediata a qualquer ameaça de redução nos serviços.

Estas estratégias não se mostraram atraentes, primeiramente pelo fato da popularidade do NHS assegurar oposição a qualquer esquema prejudicial ao fornecimento universal. Em segundo lugar, a privatização provavelmente seria dispendiosa. Não obstante, embora não atraente para uma ideologia conservadora, a concentração do controle de fornecimento da assistência à saúde provava ser uma poderosa técnica de contenção de custos.

A expansão do seguro privado confirmou a incompatibilidade entre privatização e contenção de custos. As coberturas se expandiram rapidamente de 1979 a 1981 e esperava-se que metade da população estivesse coberta em meados da década de 80. Com o crescimento, entretanto, veio uma explosão de custos e, em 1982, o governo Thatcher rejeitou publicamente esquemas de seguro administrados por mandato, estratégia dos defensores da privatização explícita, sinalizando que reconhecia claramente seus prováveis custos para os empregadores e para o setor público.

As medidas do governo para restringir despesas do NHS, visando sua diminuição gradual e o aumento da atração relativa da assistência privada, não tiveram sucesso. A popularidade do NHS e a resistência de seus patrocinadores causaram perdas politicamente danosas.

A inicialmente ambígua visão do governo Thatcher sobre o NHS foi substituída por confiança; pedidos de austeridade foram trocados por anúncios de melhorias significativas do governo que aumentou o gasto acima dos índices de inflação. Contudo, pressões demográficas e tecnológicas revelaram que estes aumentos, em termos reais, foram insuficientes.

3.2.1 A Reforma no Sistema de Saúde do Reino Unido na década de 90

A crise no financiamento dos hospitais públicos foi uma justificativa imediata encontrada para a revisão no NHS pretendida por Thatcher em 1988. Os líderes dos profissionais médicos emitiram um documento solicitando análise sobre a forma de levantamento de fundos adicionais e alternativos para assistência à saúde, considerando que para medidas de curto prazo era alocado dinheiro público extra. Thatcher anunciou que

estabeleceria uma revisão fundamental do NHS e de seu futuro, sendo que os resultados seriam publicados dentro de um ano.

Além dos problemas imediatos de financiamento de hospitais havia uma série de pressões mais fundamentais que contribuíram para a montagem da revisão. Estas incluíam o longo tempo de espera para tratamentos hospitalares não-emergenciais, a qualidade instável dos cuidados com pessoas idosas, doentes mentais e limítrofes, além de grande variação na qualidade dos serviços do NHS.

O comitê criado para estudar as reformas propôs uma série de opções radicais incluindo seguro privado compulsório e esquemas de contratações externas. As mesmas forças que bloquearam os esforços para privatização no início dos anos 80, se puseram rapidamente em funcionamento. Propostas para mudanças dramáticas eram novamente rejeitadas e a promessa de aumentar a competição no setor público, criando um mercado interno, ofereceu ao governo a chance de colocar um verniz de mercado livre em suas decisões. O mercado interno foi apregoado como “a reforma mais radical da assistência à saúde em quarenta anos”, entretanto, o resultado foi em termos gerais uma ratificação do *status quo*.

Como em toda reforma do NHS, houve os que preveniram ser o mercado interno o primeiro passo no caminho da privatização. Medidas políticas trouxeram sérias reduções na assistência à saúde e conduziram Thatcher a aceitar, com relutância, a continuação do mais universal programa social britânico. Uma expansão, ainda que limitada, do seguro privado demonstrara sua vulnerabilidade à explosão do custo, revelando-se dispendioso para empregadores, eleitores e, se fosse usado aumento de impostos para promover assistência privada, para o governo. Em segundo lugar, a privatização, especialmente se percebida uma queda inicial na qualidade do serviço do NHS, seria muito impopular.

A revisão de Thatcher sobreveio com maiores mudanças para o financiamento do NHS. No documento que especificava os resultados da revisão, *Working for Patients*, o governo reafirmou seu compromisso com um serviço de saúde não baseado em tributação e que fornecesse ampla assistência à saúde a toda a população. A tributação de modelos alternativos de financiamento em outros países foi analisada, tendo conduzido ministros mais experientes a concluir que não haveria vantagens básicas em afastar-se de um sistema de um só pagador. Tendo decidido não mudar o sistema de financiamento, a revisão de Thatcher focou o fortalecimento da forma de

entrega dos serviços de saúde. Foi isso que conduziu às propostas de criação do chamado mercado interno na assistência à saúde.

O debate em torno do documento *Working for Patients* foi intenso. As propostas do governo eram duramente criticadas pelos profissionais de medicina e enfermagem, bem como pelos partidos de oposição, que argumentavam que tais propostas enfraqueceriam os princípios nos quais o NHS foi estabelecido.

A crítica apontava para os planos de introduzir competição entre fornecedores de assistência à saúde, como uma ameaça ao direito de igualdade de acesso no NHS, além de resultar na comercialização da assistência à saúde. Os críticos argumentavam que o desempenho do NHS na oferta de amplos serviços de saúde a toda população, a baixos custos, estava em risco e o país se movimentava inexoravelmente na direção de uma economia mista de assistência à saúde, na qual os custos se elevariam e pacientes sofreriam em função do crescimento do setor privado na assistência à saúde.

Muito importante, pelo menos potencialmente, foi a oportunidade de hospitais privados competirem por contratos de entrega de serviços aos pacientes do NHS. Embora as reformas do NHS sejam frequentemente descritas envolvendo um mercado interno, na realidade o sistema é aberto tanto para fornecedores privados quanto públicos negociarem com os compradores de assistência, em benefício dos pacientes. A competição entre fornecedores públicos e privados pelos recursos do NHS, entretanto, é regulada cuidadosamente e seria mais correto descrever as reformas como direcionadas a um mercado gerenciado na assistência à saúde, do que a um mercado interno.

A despeito da força da oposição ao documento *Working for patients*, o governo Thatcher usou sua grande maioria parlamentar para transformar sua proposta em lei, em 1990, com a implementação em 1991. Nos cinco anos que decorreram desde então, a organização e gerenciamento do NHS foram transformados. Particularmente importante foi a distinção da responsabilidade pelos serviços de financiamento e gerenciamento que mudaram para as funções de compra e fornecimento. Este fato criou condições para fornecedores competirem entre si pelos recursos dos compradores e desafiou a força tradicional dos fornecedores para direcionar o desenvolvimento de sistemas de assistência à saúde com financiamento público.

No NHS reformado, a integração de funções nas autoridades distritais de saúde foi substituída gradualmente pela separação das funções de compradores e fornecedores que passa a ser realizada por novas instituições criadas – os consórcios NHS – responsáveis pelo gerenciamento de serviços hospitalares e de saúde pública. Em 1996, quase todos os serviços na Inglaterra funcionavam como consórcios, cujo estabelecimento capacitou a concentração das autoridades de saúde na compra de serviços para a população que servem. Ao invés de serem demandadas para fornecer serviços em seus hospitais, as autoridades de saúde agora alocam recursos para comprar serviços para as pessoas que vivem em suas áreas. Isto significa que os orçamentos das autoridades de saúde não são mais ajustados pelo fluxo migratório de pacientes, mas baseados exclusivamente no tamanho da população servida, considerando idade, sexo e outros fatores relevantes. O custo do tratamento dos pacientes residentes fora do distrito é apropriado pela autoridade de saúde de onde o paciente mora.

Ao lado da abordagem baseada na população para as compras das autoridades de saúde, as reformas do NHS introduziram um modelo baseado no paciente, através do fundo de reserva dos médicos de clínica geral. Estes fundos, agrupados, são envolvidos por um orçamento com o qual compram uma variedade limitada de serviços para seus pacientes. Inicialmente, as regras especificavam que somente clínicas com 11.000 pacientes ou mais seriam elegíveis para requerer sua transformação em fundo de reserva, no Reino Unido. Este limite foi subsequentemente reduzido para 7.000 e então para 3.000 pacientes. Ao mesmo tempo, clínicas menores eram encorajadas a se transformarem em fundos de reserva por coligação com clínicas maiores e colaboração em redes de trabalho, que se tornaram conhecidas como multi-fundos. Fundo de reserva é um esquema voluntário que, em abril de 1996, cobria 50 % da população do Reino Unido.

O escopo dos fundos de reserva foi progressivamente aumentado: no início cobria uma série definida de serviços hospitalares, o custo dos remédios, e uma bonificação por procedimentos administrativos. Juntos estes serviços compreendiam quase 20% do total de serviços hospitalares e de saúde pública utilizados pelos pacientes.

O movimento a partir de um sistema integrado conduziu à introdução de contratos ou acordos de serviços para ligar compradores e fornecedores. O propósito dos contratos é especificar o custo, qualidade e quantidade de assistência que deve ser fornecida. Contratos do NHS não são documentos

legais, mas instrumentos de gerenciamento, para codificar os acordos feitos por compradores e fornecedores. Os arquitetos das reformas esperavam que, através dos contratos, o dinheiro seguisse o paciente; sua intenção era criar um incentivo para os fornecedores responderem às demandas de pacientes e de seus representantes nas compras de serviços de saúde.

Considerando todo o NHS, o impacto mais importante das reformas foi a mudança no equilíbrio de forças entre interesses diferentes. Em termos organizacionais, as antigas estruturas hierarquicamente integradas foram substituídas por um conjunto mais diversificado de acordos contratuais. Nesses acordos, a força tradicional dos fornecedores, especialmente aqueles baseados em hospitais de emergência, foi desafiada. A reforma transformou as autoridades de saúde de “organizações orientadas por fornecedores” em “compradores de serviços para a população local”.

Em sua nova função de compradores, as autoridades de saúde trabalhavam de perto com os clínicos gerais para decidir quais serviços comprar e onde alocar os contratos. Este fato conferia uma posição chave aos clínicos gerais na triagem para serviços hospitalares e os deixava em evidência, em relação a seus colegas de hospital, por lhes capacitar a conhecer as necessidades de assistência à saúde da população, independentemente do gerenciamento de instituições de assistência à saúde.

A importância da perspectiva da saúde pública foi reforçada pela publicação de uma estratégia para a Inglaterra, com metas nacionais de melhora na saúde e identificação das autoridades de saúde, agências e nível local responsáveis por assegurar que as metas fossem atingidas. E por essas ocorrências, as autoridades de saúde mudaram a ênfase do gerenciamento de fornecedores às necessidades de saúde da população.

Esta mudança foi lenta e, em muitos distritos, autoridades de saúde permaneciam apegadas às responsabilidades anteriores, como fornecedores. Com o desenvolvimento da estratégia nacional de saúde e a importância de sua tributação, a separação da dupla função de comprador e fornecedor baseou a progressiva revisão das prioridades da assistência à saúde e estabeleceu padrões de distribuição de recursos. No mínimo, desafiou a prioridade tradicional dos serviços hospitalares emergenciais e renovou o interesse em promoção da saúde, primeiros socorros e serviços comunitários. As decisões anuais das autoridades distritais de saúde continuavam caracterizadas pela carestia, mas a oportunidade de repensar prioridades e questionar a tradicional força do setor emergencial tornava-se evidente.

Neste caso, a alteração no equilíbrio de forças ficou mais clara do que no consórcio de clínicos gerais, pois com os orçamentos baseando suas decisões, os consórcios tinham condições mais favoráveis para negociar melhorias no serviço para seus pacientes; assim o fizeram e de várias formas, inclusive oferecendo serviços extras em seus procedimentos, reduzindo tempo de espera para consultas de pacientes de fora e para cirurgias eletivas; e melhorando a comunicação com médicos e gerentes de hospital. A experiência mostrou que a importância dos fundos de reserva teve dois aspectos: primeiramente promoveu mudanças na entrega de serviços emergenciais; e depois estimulou uma revisão nos procedimentos em primeiros socorros que incluiu exame de políticas para prescrição de drogas, encaminhamento a hospitais pelos clínicos gerais e o alcance do aumento dos serviços fornecidos no pacote de primeiros socorros. Em muitos casos, os fundos de reserva empregaram equipes adicionais de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos, fazendo acordos para atendimento preferencial de pacientes nas clínicas de especialistas hospitalares e trabalhando em conjunto com colegas envolvidos no fornecimento de assistência à comunidade.

Apesar dessas mudanças, a opinião dos profissionais médicos sobre fundos de reserva era fortemente dividida. Também havia preocupação de que, no longo prazo, a expansão dos fundos de reserva enfraquecesse a capacidade das autoridades de saúde planejarem e comprarem serviços a partir da perspectiva da população. O surgimento de modelos de compra híbridos, no qual a responsabilidade é conjunta, num nível de complexidade mais elevado, combina a sensibilidade aos pacientes dos clínicos gerais com o foco na saúde pública das autoridades de saúde, agregando as características mais positivas de cada modelo.

A força crescente dos compradores e clínicos gerais reorientou os fornecedores. Consórcios NHS, em ambientes competitivos, perceberam os riscos que enfrentariam ao não responder às demandas dos compradores e abandonaram o sistema de financiamento baseado em orçamentos globais prováveis, para adotar outro, no qual o rendimento dos fornecedores provinha dos contratos negociados com compradores.

Entre outras mudanças, os gerentes de hospital negociavam seus serviços ativamente no mercado com compradores e clínicos gerais e exploravam seus pontos fortes e as fraquezas dos competidores. Os fornecedores se tornaram mais visíveis e menos preocupados com problemas

internos, focando crescentemente as demandas de seus clientes e daqueles que lhes compravam assistência à saúde. Estas ocorrências foram aceleradas pelo grande interesse demonstrado pelos fornecedores privados em ganhar os contratos dos compradores do NHS. Os consórcios NHS começaram a competir mais agressivamente por rendimentos privados levando a reclamações de que os fornecedores privados estavam em desvantagem no mercado gerenciado.

À medida que a implementação das reformas progredia, ficava aparente que um sistema baseado em contratos era mais dispendioso de administrar do que um baseado em integração. A escala de crescimento no gerenciamento de custos era de difícil quantificação, mas havia dúvidas sobre o aumento do número de gerentes empregados para negociar e monitorar contratos e informar tanto compradores quanto fornecedores. Fundos de reserva acentuaram este problema estabelecendo um grande número de pequenos compradores próximos das autoridades de saúde, cujo número era constantemente reduzido por um processo de incorporações e aquisições. Era considerável a carga de trabalho para os consórcios NHS na negociação de contratos com uma série de compradores com diferentes exigências de custo e qualidade, e às vezes corria-se o risco de submergir na burocracia. Em vista destas ocorrências, não foi surpresa quando, em 1993, o governo iniciou uma revisão na organização do NHS e seu gerenciamento de custos, para dinamizar a estrutura do NHS e reduzir a burocracia.

3.2.2 O impacto das reformas para os pacientes

O impacto das reformas sobre os pacientes é mais difícil de avaliar. Um dos principais fatores foi a publicação do documento *Patient's Charter*, parte de uma série de publicações do governo que explicitava os direitos dos usuários de serviços públicos. No caso da saúde, estabelecia padrões para redução de tempo de espera para tratamentos hospitalares e especificava uma série de direitos incluindo o de ser registrado com um clínico geral e ser encaminhado a um especialista hospitalar quando fosse necessário. Esta política teve algum sucesso, pois o tempo de espera para tratamento foi reduzido, mas isto ocorreu às custas de um aumento no número de pacientes esperando por períodos de tempo relativamente curtos. Outra causa significativa de reduções no tempo de espera foi a forte pressão dos ministros da saúde. Os cargos dos gerentes e executivos de autoridades de saúde

corriam riscos se os tempos de espera não fossem reduzidos ao estabelecido no documento *Patient's Charter*. E foi este fato, mais que a introdução de competição entre fornecedores, o principal responsável pelas melhorias que ocorreram.

Na prática, autoridades de saúde usavam principalmente contratos em bloco com seus fornecedores, que eram insensíveis aos aumentos em produtividade e qualidade. Como consequência, pacientes tendiam a percorrer o caminho trilhado pelos recursos, mais do que vice-versa e isto resultou em restrição de escolha. Fundos de reserva de clínicos gerais eram exceção e, pela variedade de serviços que compravam, eram capazes de decidir com pacientes sobre o fornecedor a ser usado. Mas como os fundos de reserva cobriam a minoria da população e só uma lista definida de serviços, o impacto foi limitado. A escolha do clínico geral pelo paciente não foi afetada pelas reformas e, na verdade, podia ter sido intensificada pela exigência de que clínicos gerais publicassem mais informações sobre os serviços que ofereciam.

Por fim, fontes independentes concluíram que as reformas tinham tido um efeito marginal na escolha dos pacientes e certamente não resultaram nas mudanças imaginadas pelos envolvidos na revisão de Thatcher.

Receptividade dos pacientes é um conceito mais intangível. O tempo de espera para tratamento hospitalar é um aspecto da receptividade que tende a ser revisto. Além disso, há também pequenas evidências sistemáticas que devem ser consideradas. Um relatório publicado em 1994 pelo ombudsman do sistema, criticou os registros do NHS nas respostas a reclamações de pacientes e argumentou que a estrutura introduzida era fragmentada, como consequência das reformas, e tornava difícil a coordenação do fornecimento de saúde. Contra isto, havia a evidência de que, em algumas áreas, o fornecimento de certos serviços era mais acessível, como por exemplo, através de especialistas hospitalares que atendiam pacientes em estabelecimentos de clínicos gerais e de que os níveis de insatisfação do público com o NHS estavam decrescendo.

Na verdade, elevar os padrões de assistência à saúde foi um assunto importante na agenda de política de saúde durante toda a década de 80, e o argumento de que as reformas *per se* eram responsáveis por qualquer melhoria nesta área foi difícil de sustentar.

Os ministros da saúde jactavam-se de que as reformas promoveram crescimento em produtividade com muito mais pacientes sendo tratados. Esta

afirmação tinha alguma validade, pois os dados oficiais mostraram um aumento de 21% no número de pacientes tratados entre 1991 e 1994. Entretanto, atrás desses números havia melhorias na organização de consórcios NHS que modernizaram seus sistemas de informação. O aumento em produtividade também coincidiu com um período no qual o NHS era generosamente financiado e isto contribuiu para o aumento de atividade. Também deve ser considerada a mudança na forma de classificação da atividade dos pacientes hospitalizados, levando algumas análises a argumentarem que os ganhos de produtividade citados pelos porta-vozes do governo estavam artificialmente inflados.

Identificando pontos fortes e fraquezas das mudanças no NHS, os relacionamentos instituídos são evidenciados. Os fornecedores de serviços hospitalares emergenciais, que tradicionalmente exerciam grande influência na evolução dos serviços de saúde, se sentiram ameaçados pela aliança entre compradores e médicos generalistas, levando a um fornecimento mais racional desses serviços em cidades como Londres. Fora dessas cidades, compradores e médicos de clínica geral, inclusive fundos de reserva, usavam sua influência para impor uma atuação mais responsável aos fornecedores. Esses relacionamentos também revelam novas oportunidades para o desenvolvimento de serviços diferenciados e para a superação da tradicional divisão entre atendimento básico e secundário. Nenhum procedimento completamente novo foi incorporado, mas todos foram incrementados pelas mudanças.

Com o passar do tempo, tornou-se claro que a função do comprador é bastante diferente da de um segurador de saúde convencional. Compradores não apenas reembolsam fornecedores pela assistência oferecida aos pacientes, como também estão ativamente envolvidos na definição de suas necessidades e a forma mais adequada de resposta a essas. Isto envolve questionamento de custos, efetividade dos serviços e direcionamento dos recursos escassos para onde eles alcancem o maior ganho em saúde para a população atendida. Também significa atentar tanto para a saúde quanto para o atendimento à saúde; e trabalhar em conjunto com outras agências para enfrentar condições externas ao setor de saúde que tenham influência importante em sua qualidade. Os compradores, no seu melhor, trazem *expertise* em saúde pública, gerenciamento geral, planejamento, finanças e participação comunitária e alcançam mudanças estratégicas através do uso de seus recursos, entre outros, os financeiros. O completo potencial de compra

baseado na população ainda não foi alcançado e o domínio da cultura baseada no fornecedor não será abandonado facilmente. Mas a instituição de organizações de compradores, cujas responsabilidades cubram tanto o atendimento hospitalar e comunitário quanto o atendimento de saúde familiar, em 1996 estendeu a perspectiva de um posterior afastamento de assistência básica urgente, e a oportunidade de fortalecer atendimento primário e comunitário.

Os obstáculos imprevistos criados pela separação institucional das funções de comprador e fornecedor marcaram esta evolução. O estabelecimento de consórcios NHS, responsáveis pelo fornecimento, teve o efeito positivo de liberar as autoridades de saúde para que se concentrassem nas necessidades de saúde da população, mas, ao mesmo tempo, delimitou o padrão de atendimento existente no fornecimento. O próprio ato de criar organizações que se auto-avaliem, pela habilidade em sobreviver e se expandir, pode ser contrário aos objetivos de compradores, de autoridades de saúde ou fundos de reserva.

Embora as reformas no NHS tenham resultado em várias fusões entre consórcios, isto ocorre somente quando não há outra alternativa. Acredita-se que compradores podem ter dificuldades em estimular o desenvolvimento de inovações no fornecimento, a menos que arrastem os fornecedores consigo. Dada a longa tradição de domínio dos fornecedores, não se pode esperar uma mudança fundamental nessa abordagem, mesmo que os compradores sejam rápidos no uso dos novos níveis de autonomia que lhes foram disponibilizados. Adicione-se a isto o crescimento nos custos de transação envolvidos em mudar de uma abordagem integrada para um sistema baseado em contrato, e os benefícios de longo prazo da separação das funções de comprador e fornecedor tornam-se questionáveis.

Os fundos de reserva de clínicos gerais constituem o aspecto mais inovador de todas as mudanças e têm atraído mais atenção. Dando aos fornecedores de primeiros socorros a responsabilidade de executar um orçamento, os fundos de reserva comprometeram a pureza da separação entre as funções de comprador e fornecedor. Também é dado um forte incentivo para os clínicos gerais assumirem mais trabalho e, com isso se reduzirem o uso e o gasto em outros serviços. Esse reforço é, no entanto, uma fraqueza potencial, por criar o risco do paciente ter um tratamento inferior devido a imperativos financeiros do fundo de reserva. Reconhecendo isto, o esquema é cercado de regras que procuram proibir benefícios aos clínicos gerais, que

provenham de qualquer economia. Apesar disto e a despeito dos benefícios que os fundos de reserva acrescentaram no interesse de seus pacientes, persistem dúvidas sobre a viabilidade e mesmo a vantagem, a longo prazo, dos fundos de reserva.

No final da década, do alto de seu terceiro triunfo eleitoral, Margareth Thatcher escreveu um prefácio a um documento sobre reformas no mercado interno, apresentando-se como defensora dos princípios centrais do NHS, o que comprovaria a tese de Paul Pierson de que o exame mais atento do encolhimento do papel do Estado e os ataques aos programas sociais foram limitados, neste período de “pensamento único” neoliberal/conservador.

Considerando que as estratégias de compensação para substituir programas públicos por privados não tiveram êxito e nem aceitação, o financiamento e fornecimento de assistência à saúde permanecem uma função do Estado no Reino Unido.

Bibliografia

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In *Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil*. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 1998.

DRAIBE, S. M.; HENRIQUE, W. Welfare State: Crise e gestão da crise. *Revista Brasileira de Ciências Sociais (RBCS)*, v. 5, n. 6, p. 54-78, mar. 1988.

EUROSTAT: *The Social Situation in Europe 2000*. European Commission. Directorate-General for Employment And Social Affairs – Unit E-1, 2000.

FERRERA, M. Modelos de solidariedade – Políticas e reforma social nas democracias. [s.l.]: Firenze, 1998.

FRIEDMAN, M. *Capitalismo e liberdade*. São Paulo: Abril, 1986. (Coleção Os Economistas).

GAJER, S. *Reforming Germany's health care system: The question of keeping solidarity*. 1998. Paper.

GOUGH, I. Social policy and economic policy. In ALCOCK, P. *The students companion to social policy*. Massachusetts, USA: Blackwell Publishers Ltd., 1998.

HAM, C. (Org). *Health care reform – Learning from international Experience*. Buckingham, UK: Open University Press, 1997.

HAYEK, F. A. *O caminho da servidão*. 2. ed. Porto Alegre: Editora Globo, 1977.

- HOBBSBAWN, E. *A era dos Extremos: o breve século XX*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- KUSNIR, L. *La política social en Europa*. México: Miguel Ángel Porrúa, Librero Editor, 1996.
- MINSKY, H. P. *Stabilizing on unstable economy*. London: Yale University Press, 1986.
- OECD, *Data 2000*. Disponível em: <www.oecd.org>.
- OECD. *Measuring health care, 1960 – 1983*. Paris, 1985.
- PIERSON, P. *Desmantling the Welfare State? Regan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. New York, USA: Cambridge University Press, 1994.
- POLANYI, K. *A grande transformação: as origens da nossa época*. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- _____; _____. *Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- SILVA, P. L. B.; MELO, M. A.; COSTA, N. Inovações organizacionais em política social: o caso do Reino Unido. *Revista do Serviço Público*. Escola Nacional de Administração Pública. Ano 50, n. 3, jul./set. 1999.
- THE WORLD BANK GROUP. *Statistics (Data 2000)*. Disponível em: <www.worldbank.org/data>.
- TITMUSS, R. M. *Essays on the Welfare State*. 3. ed. The Gresham Press, 1976.