

Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS

Reforms and organization of the British National Health System: lessons to the Brazilian National Health System

Oswaldo Yoshimi Tanaka

Professor titular da Faculdade de Saúde Pública USP, São Paulo, SP.

E-mail: oytanaka@usp.br

Vanessa Elias de Oliveira

Doutoranda em Ciência Política - USP, São Paulo, SP

Resumo

O presente artigo apresenta uma descrição cronológica e uma análise crítica das reformas realizadas no Sistema de Saúde Britânico (NHS) a partir da década de 1990. Aborda as bases político-administrativas dessas reformas, as formas de financiamento delas resultantes e as repercussões no processo de atenção à saúde. O aprofundamento político organizacional desse processo de reforma do NHS permite a identificação de analogias com o Sistema Único de Saúde (SUS). Estratégias inovadoras como: a) a busca de maior autonomia e de aumento da eficiência como a criação dos Grupos de Atenção Primária; b) as fundações dos hospitais públicos britânicos; c) a distribuição dos gastos públicos em saúde; d) as inovações introduzidas na reforma da reforma em 1997, foram analisadas comparativamente com o SUS. Apesar do distinto contexto histórico de construção desses dois sistemas universalistas é possível identificar experiências e lições que poderão ser úteis ao processo de aprimoramento dos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, proposto pelo SUS.

Palavras-chave: Políticas de Saúde; Reformas de Sistemas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Sistema Britânico de Saúde.

Abstract

This paper describes and analyzes critically the United Kingdom's National Health System (NHS) reforms that have been implemented since the 1990s. The analysis is based on the political and administrative reforms, the changes in the financial framework, and the outcomes in health care. This study of the NHS reforms, mainly of the political and organizational process, allows the identification of analogies with the Brazilian National Health System (SUS). Innovative strategies such as: a) defining General Practitioner funders to enhance administrative autonomy and to improve efficiency; b) public hospital trusts; c) financial distribution within the different kinds of health services, were analyzed comparatively with the SUS. Although the social and historical contexts of the two systems are different, it is possible to identify lessons learned that may be useful and profitable to the improvement process of the principles of the SUS: Universality, Integrality and Equity.

Keywords: Health Policies; Health Systems Reforms; Brazilian National Health System; British National Health System.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Brasileira de 1988 (Brasil, 1992), e os 18 anos que transcorreram de sua implantação/implementação, têm levado estudiosos de sistemas de saúde a compará-lo ao sistema de saúde britânico, o National Health Service (NHS). Essa analogia decorre essencialmente das características comuns: a universalidade e o caráter público de ambos. Muitos asseveravam que o sistema de saúde do Reino Unido havia servido de modelo ao nosso, principalmente por adotar os mesmos princípios básicos definidores: universalidade, integralidade e gratuidade. De maneira semelhante, assim como o nosso sistema passou por profunda reforma no período pós-redemocratização, o NHS também foi reformulado no início dos anos 1990. Nesse processo de construção histórica, foi colocado em dúvida o quanto as reformas de caráter liberalizante do Reino Unido mantiveram as principais características do NHS.

O objetivo deste trabalho é apresentar uma análise do desenvolvimento do sistema de saúde britânico, mormente ao longo da última década, de modo a possibilitar uma melhor compreensão histórica e situacional das modificações ocorridas nesse sistema. Ao mesmo tempo, um maior detalhamento de aspectos essenciais do NHS deverá propiciar análise de adequação e de viabilidade de estratégias específicas do SUS que, apesar do contexto social e histórico distinto, possibilitará a identificação de limites e alcances desses movimentos de reforma no contexto de construção dessa política pública em nosso país.

Parte-se da descrição da principal reforma ocorrida em 1991 no NHS, introduzida pelo partido conservador, na era Thatcher. Em seguida, são apresentadas as alterações geradas pelo movimento denominado "reforma da reforma", implementado pelo Partido Trabalhista, que venceu os conservadores após 18 anos de poder. Por fim, são detalhadas as principais estruturas dos níveis de atenção do sistema de saúde britânico, bem como seu sistema de financiamento.

No transcorrer da análise de cada etapa do processo de reforma serão apresentadas as possíveis analogias com o SUS, realçando de forma seletiva as diferenças identificadas nesses dois sistemas de saúde universalistas.

A Reforma Conservadora de 1991

O NHS surgiu na Grã-Bretanha em 1948 e, em sua origem, era composto de 14 Autoridades Sanitárias Regionais e três Escritórios Provinciais - País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte (NHS, 2005b). O sistema provê cobertura universal baseado no princípio de equidade e integralidade, com algumas exceções (tratamento dental, oftalmológico e dispensação de medicamentos). Esse sistema originou-se centrado na figura do *General Practitioner* (GP), médicos de atenção primária que recebiam por captação, isto é, conforme o número de pacientes que compunham sua lista de pacientes. Os GP proviam serviços ambulatoriais e agiam como porta de entrada (*gatekeepers*) para assistência hospitalar não-emergencial. Os pacientes podiam estar ligados a apenas um GP. A maioria dos leitos estava em hospitais públicos. Neste contexto, a atenção hospitalar era garantida para todos os GP e não havia competição entre os hospitais (Koen, 2000). Essa situação inicial do NHS difere substancialmente do período de surgimento do SUS, na medida em que, no momento da sua criação, na Constituição de 1988, a maioria dos leitos hospitalares pertencia ao setor privado, filantrópico e lucrativo, que prestava serviços ao Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social (Inamps).

Na Grã-Bretanha, os recursos financeiros destinados aos hospitais regionais e aos serviços locais eram calculados de maneira *per capita*, ajustados por fatores demográficos e epidemiológicos, e repassados para os serviços via Autoridades Distritais Sanitárias (District Health Authorities - DHA). No Brasil, um mecanismo semelhante de financiamento *per capita*, na busca de equidade, foi implementado pela NOB/06 (Brasil, 1996), definindo o Piso de Atenção Básica (PAB) em R\$10,00/hab./ano, em 1996, portanto, décadas após o NHS. Vale lembrar que em 2006 o PAB era de R\$13,00/hab./ano.

Ao longo da década de 1970, com a crise econômica que comprometeu também a Grã-Bretanha (Crise do Petróleo), o *Welfare State* passou a ser duramente criticado pela “nova direita” e responsabilizado pelos altos impostos. O diagnóstico era de que o Estado de Bem-Estar Social era mal administrado, agia como um monopólio e não prestava contas à sociedade (Ferlie e col., 1999). Nessa época o NHS também foi alvo de crí-

ticas, em função do aumento dos custos do sistema. A demonstração de que o gasto público com saúde em meados de 1970 absorveu mais da metade da proporção do PIB que havia absorvido em 1960 fez com que o Partido Conservador defendesse veementemente a reforma do sistema de saúde, com a justificativa de combater a ineficiência microeconômica, introduzindo elementos de gerência e competição (Oliveira e col., 2004; Negri e Viana, 2002). Essa foi uma das bandeiras políticas que propiciou a chegada dos conservadores ao poder.

O terceiro mandato do Partido Conservador, no final da década de 1980, contava com um primeiro ministro pessoalmente comprometido com os propósitos baseados nos princípios do mercado, além de possuir a maioria no parlamento, o que facilitava a aprovação de novas medidas reformistas. Ainda assim, até 1990 o sistema manteve-se praticamente intacto, com exceção de algumas taxas introduzidas para a prestação de serviços odontológicos e oftalmológicos, além de taxas para a dispensação de medicamentos, os quais existiam desde o início do NHS.

Após 10 anos no poder, sob a bandeira de inovação, eficiência e ampliação dos direitos do consumidor, os conservadores propuseram a reforma do NHS. Em 1991, juntamente com uma série de medidas liberalizantes, como reformas administrativas e privatizações, foi implementada a reforma do sistema de saúde, baseada no *White Paper Working for Patients*, de 1989, no qual se identificavam déficits no financiamento e queda da qualidade do atendimento. Vale lembrar que essas críticas já eram feitas na década de 1980. Assim, a partir desse documento foi formulado o *Patients Charter*, em 1991, revalorizando o paciente como foco principal do novo sistema e propondo uma mudança na lógica de organização da oferta de serviços.

A principal alteração promovida pela reforma foi a introdução do conceito de “mercado interno”, separando os “compradores” dos “provedores” de serviços de saúde. Os provedores passariam a competir em qualidade e custos, de forma a atrair os compradores, que estavam a partir de então livres para comprar serviços fora de seus limites geográficos (WHO, 1997). A aposta era que a competição entre os serviços levaria à sua melhoria, aumentando a agilidade no atendimento e diminuindo os custos do sistema. Nesse “qua-

se mercado”, a decisão de comprar não era do cliente/ usuário, mas das instâncias públicas criadas (GPs, DHA). De todo modo, se partia do princípio de que o recurso financeiro seguiria o cliente/usuário (Melo e col., 1999; Akerman, 1993). É importante realçar que a proposta de “mercado interno” não significava um mercado livre, pois mantinham-se preservados os níveis técnicos no processo de decisão e de definição da oferta de serviços dentro do NHS.

Todavia, o Partido Trabalhista, a Associação Britânica de Medicina e os Conselhos Comunitários de Saúde afirmavam que as “inovações” eram estratégias para acelerar o processo de privatização do NHS, e que o Governo, adotando as novas medidas, estaria muito mais preocupado com a saúde de sua contabilidade financeira do que com a saúde da população (Akerman, 1992).

O governo contra-atacou as críticas apresentadas pela oposição, afirmando que a reforma não intentava privatizar o sistema, mas tinha como objetivos:

- a melhoria da qualidade dos serviços, tendo em vista o aumento do número de médicos e enfermeiros por mil habitantes para 1,5 e 4,3, respectivamente, em 1992 (WHO, 1997);
- a eliminação da lista de espera para cirurgias eletivas, por meio da otimização da capacidade ociosa dos hospitais;
- o controle do desperdício de recursos.

Nesta etapa da reforma, os compradores de serviços de saúde do NHS, nesse “mercado livre”, eram constituídos basicamente por:

- **Autoridades Distritais Sanitárias (DHA)**, que recebiam recursos para comprar serviços de atenção secundária com base no tamanho e nas características da população abrangida;
- **Grupos de Atenção Primária (GP *Fundholders*)**, que eram médicos ou grupos de médicos de atenção primária com um grande número de pacientes e que recebiam recursos para a compra de serviços secundários aos pacientes. Esses recursos eram alocados pelos Escritórios Regionais do NHS em que estavam situados. Podiam ter diferentes níveis de complexidade, comprando desde serviços menos complexos até todas as formas de atenção secundária. Podiam reter todo o excedente gerado, desde que o usassem na melhoria da infra-estrutura dos serviços em benefício dos seus pacientes.

Os Grupos de Atenção Primária (*fundholders*) eram formados por GPs que desde a criação do NHS eram os *gatekeepers* do sistema. Estes foram compelidos a se reunir em grupos para o atendimento da população, inicialmente definida como população coberta de até 11.000 habitantes, podendo com isso solicitar um orçamento anual de aproximadamente US\$ 1,5 milhão, para custeio, medicamentos e investimento em serviços. As autoridades distritais não tinham poder de intervenção ou de controle desse recurso financeiro. Os GPs que não pertencessem a nenhum grupo não tinham direito a recursos para a compra de serviços secundários, e seus custos continuavam a ser pagos pelas Autoridades Distritais Sanitárias.

Com o avanço da reforma, o número mínimo de pacientes necessário para os GPs adquirirem *status* de *fundholders* foi sendo reduzido, passando de 11.000, em 1991, para apenas 3.000, em 1995 (Melo e col., 1999), o que ampliou bastante a adesão ao novo sistema. Em 1997, os grupos de *fundholders* eram 50% dos 26.700 GPs (Department of Health, 1999), que foram progressivamente aumentando e se transformaram na principal organização da reforma. Por dispor de grande autonomia para a contratação de serviços e de recursos humanos e tendo incentivo para investir o excedente do orçamento no seu próprio estabelecimento, os *fundholders* buscavam controlar a oferta e racionalizar o encaminhamento para os serviços secundários.

Percebe-se que o movimento de manutenção do modelo de atenção, priorizando a atenção básica e a porta de entrada foi acompanhado de um efetivo aporte financeiro, preservando a autonomia das distintas instâncias para o atendimento das necessidades dos clientes/usuários e, portanto, com maior autonomia do que a observado no SUS. É importante destacar que houve o rompimento do vínculo entre o prestador direto da atenção à saúde e o cliente/usuário em cada distrito, sendo esse processo intermediado pelo Distrito Sanitário e pelos Grupos de Atenção Primária.

Com a reforma, os hospitais públicos tinham a opção de se tornar fundações autônomas e independentes do NHS - os *trusts*. Os hospitais que assumissem essa condição não seriam mais financiados pelas Autoridades Distritais Sanitárias com base em orçamentos anuais, mas ofereceriam seus serviços ao

mercado, competindo com os hospitais privados. De acordo com a WHO (1997), quase todos os 430 hospitais tornaram-se *trusts*. Eles estavam autorizados a contrair empréstimos, mas dentro de limites pré-definidos. Em contrapartida, ficavam obrigados a estabelecer um processo de auditoria médica, e a qualidade dos serviços passaria a ser monitorada regularmente, assim como o dispêndio de recursos. Ao mesmo tempo, tinham que se guiar por padrões de preços estabelecidos centralmente. Essa forte regulação dos *trusts* demonstra que a autonomia deles é, na prática, bastante limitada. Em função disso, e visando minorar os conflitos gerados entre as metas do contrato e a autonomia médica, foram criadas diretorias clínicas colegiadas envolvendo diretamente os médicos nas decisões (Melo e col., 1999).

Uma proposta semelhante, buscando aumentar a autonomia e a eficiência dos hospitais públicos, foi implementada dentro do SUS, no estado de São Paulo, com a aprovação da Lei Complementar 846, de 1998. Essa Lei possibilitou ao poder executivo estadual qualificar como Organizações Sociais entidades sem fins lucrativos, que em parceria, gerenciariam hospitais públicos em início de funcionamento. Dessa maneira buscavam-se alternativas organizacionais que aumentassem a eficiência e a autonomia administrativa, garantindo por meio do controle do estado o caráter público, livre e gratuito da atenção brindada. No entanto, o processo de regulamentação e de controle dessa nova modalidade organizacional ainda carece dos mecanismos semelhantes aos existentes no NHS.

Nessa etapa da reforma do NHS, os provedores de serviços secundários passaram a competir entre si pelos contratos com Distritos Sanitários e Grupos de Atenção Primária (Koen, 2000). Os contratos de prestação de serviços, firmados entre o Distrito e os hospitais, eram um importante instrumento de controle dos Distritos sobre a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais, já que eles podiam suspender os contratos daqueles que não cumprissem os padrões estabelecidos.

No Brasil, de forma similar, a proposta de reforma do estado apresentada por Bresser Pereira (1999), era direcionada claramente à separação das funções essenciais do estado da de prestação/provimento de serviços; se aplicada ao SUS, essa proposta introduziria

a lógica competitiva do mercado entre os provedores do SUS de serviços de saúde, à semelhança do ocorrido no NHS.

O governo inglês introduziu também mudanças nos níveis de decisões distritais. Foi eliminada a participação dos profissionais de saúde e de autoridades municipais nas estruturas de representação, priorizando o seu caráter gerencial por meio da criação de cargos remunerados, bem como a inclusão dos gerentes e diretores financeiros de cada distrito. A gerência foi profissionalizada e não mais exercida por médicos do sistema.

O conjunto dessas medidas engendrou, portanto, um incentivo à economia no NHS. Essas mudanças possibilitaram também maior controle e transparência dos custos, e promoveram um aumento da eficiência dos serviços que eram prestados - como exemplo, pode-se citar a redução na taxa de permanência de pacientes nos hospitais. Por outro lado, o sistema de mercado introduziu novos e altos custos de controle, dada a necessidade de implementação de complicados sistemas de faturamento. Um exemplo da complexidade que o sistema ganhou foi o número de contratos firmados: um só hospital tinha contratos com 900 instituições financeiras diferentes e emitia 4.000 faturas ao ano. Comparativamente, vale observar que no SUS se mantém uma marcada presença dos profissionais de saúde nos cargos/funções de gerência dos serviços de saúde, sejam unidades de atenção ou de coordenação regional. Apesar das novas atribuições e competências administrativas, há carência de pessoal e de capacitação para o enfrentamento dos novos desafios, decorrentes da necessidade de buscar eficiência na provisão de serviços mantendo a direcionalidade dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

As mudanças acarretaram também uma fragmentação do NHS, conforme apontou Pollitt (2000): *Além dos custos, outra debilidade séria das novas medidas foi a fragmentação do sistema. Em 1997 havia 3.600 grupos compradores diferentes e aproximadamente 450 provedores. O nível regional havia sido eliminado, e uma variedade de interesses muito arraigados procurava seu próprio curso e prestava pouca atenção à coerência do conjunto (p. 46).*

Críticas foram feitas e geraram um descontentamento da população com o sistema de saúde vigente.

Pesquisas de opinião demonstraram que a introdução de mecanismos de mercado não foi suficiente para resolver alguns problemas enfrentados pelo sistema: *Uma pesquisa do EuroBarômetro conduzida em 1996 mostrou que 41% dos respondentes no Reino Unido estavam insatisfeitos com os serviços de saúde (...) e 56% consideravam que mudanças eram necessárias (Koen, 2000, p. 43).*

A principal reclamação dos pacientes era quanto a demora na marcação de consultas e exames emergenciais. Somente um em cada dez pacientes refere ter tido a possibilidade de escolher o hospital (WHO, 1997). Além disso, existiam diferenças consideráveis no tempo de espera de um Distrito Sanitário para outro, portanto, os mecanismos implantados, buscando o aumento da eficiência e a maior autonomia dos provedores, não atingiram os graus esperados de satisfação da clientela usuária do sistema de saúde inglês.

Esse desagrado teve reflexo nas eleições de 1996. O Partido Conservador foi derrotado, após 18 anos no governo, e o Partido Trabalhista assumiu, tendo como um dos compromissos de campanha a resolução dos problemas gerados no NHS pelos Conservadores.

A Reforma da Reforma

Em 1997, o governo britânico apresentou uma nova proposta de reforma do NHS, a qual foi implantada em 1999. Uma das primeiras medidas do novo governo foi garantir a universalidade do sistema, conforme expôs Colistete (1997):

[uma das principais medidas foi] reafirmar o caráter universal do sistema de saúde britânico enquanto direito básico de toda a população, bem como reverter a política de cortes progressivos praticada pelos conservadores que levaram a uma deterioração de um sistema antes considerado modelo (p. 4).

As propostas apresentadas demonstravam a intenção de “manter aquilo que funcionava”. O novo sistema era uma mistura do comando verticalizado existente até 1990 com a liberdade do período entre 1991 e 1998. A separação entre compradores e provedores foi mantida, mas a idéia central era “substituir a competição pelo monitoramento do desempenho” (Koen, 2000).

Todos os GPs tiveram de se juntar aos Grupos de Atenção Primária. Cada Grupo de Atenção Primária atende, em média, 100 mil pacientes, contando com

aproximadamente 50 GPs. Vale destacar que pela reforma de 1991, os Grupos de Atenção Primária podiam comprar serviços de qualquer área geográfica, mas a partir de 1999, eles só podiam comprar serviços dentro da área de abrangência do DHA (WHO, 2003, p105-31). Somado a isso, os recursos dos GPs passaram a ser provenientes das Autoridades Sanitárias, e os GPs tornaram-se novamente subordinados a estes, diminuindo o grau de autonomia e caminhando para um processo de regionalização da atenção em saúde.

Os Grupos de Atenção Primária continuavam a ter o direito de reter os recursos excedentes, desde que utilizados em serviços e benefícios a seus pacientes, como anteriormente, preservando assim os benefícios dos ganhos de produtividade e de eficiência da porta de entrada do sistema.

Dois inovações foram introduzidas na atenção primária a partir da nova reforma (Department of Health, 1999):

1. *NHS Walk-in Centres*: implantados em 1999 em lugares de grande circulação pública, como supermercados e aeroportos, são centros onde não é necessário o agendamento, oferecendo conselhos de saúde e atendimentos menos complexos como tratamento para gripes, resfriados, pequenos acidentes. São abertos de manhã até a noite, sete dias por semana e o atendimento/avaliação é feito por enfermeiros. O objetivo principal desses centros é completar e não substituir os GPs. Essas instâncias de atenção têm similaridade com os pronto-atendimentos implantados a nas grandes áreas urbanas de nosso país (SMS-SP, 2006).
2. *NHS Direct*: linha telefônica operada por enfermeiras, que funciona 24 horas por dia fornecendo informações de saúde e fazendo encaminhamento aos serviços apropriados quando necessário, sejam eles primário ou secundário.

Complementarmente a essa expansão na cobertura da atenção primária, foi definido o nível de Atenção Secundária, compreendendo o atendimento ambulatorial especializado e os procedimentos de alta complexidade, a ser realizado em hospitais, o qual seria implementado e complementado pelas seguintes instituições:

1. *Care Trusts*: são instituições criadas em 2002 com o objetivo de desenvolver trabalhos entre os Serviços de Saúde e os Serviços Sociais;

2. *Mental Health Trusts*: serviços especializados em Saúde Mental.

3. *NHS Trusts*: instituições criadas para garantir qualidade na atenção e eficiência nos gastos de hospitais, os quais se dividem em gerais, especializados e universitários. Exceto em emergências, o encaminhamento aos hospitais deve ser realizado pelos GPs.

4. *Ambulance Trusts*: serviços de transporte de pacientes.

Para o controle e a avaliação dos serviços de saúde prestados pelos provedores com distintos níveis de complexidade, foram introduzidos Padrões Nacionais de Serviços (*National service frameworks*), com o objetivo de aumentar a qualidade e reduzir variações entre diferentes prestadores (Whynes, 1996), minimizando as desigualdades na atenção, quando comparados os diferentes distritos sanitários.

Considerando a necessidade de compatibilizar a incorporação de novas tecnologias e garantir a maior efetividade possível, foi criado o *National Institute for Clinical Excellence*, para a seleção, produção e disseminação de protocolos clínicos, visando atingir padrões de desempenho e de qualidade pelos distintos provedores do NHS (NHS, 2005a).

Outra importante inovação gerada pela reforma trabalhista foi a criação de 26 “Zonas de Ação em Saúde” (*Health Action Zones*). Essas zonas tinham como objetivo cobrir a população de maior risco epidemiológico e de exclusão social, abrangendo uma população de 13 milhões de habitantes. Essa iniciativa deveria ser mantida por 7 anos, período que se esperava ser suficiente para modificar e/ou minorar essas condições de desigualdade social (Koen, 2000).

No SUS, por sua vez, estratégias no sentido de expandir a cobertura da atenção básica para áreas de maior exclusão social e impulsionar propostas de racionalização e regionalização dos serviços de saúde foram implementadas pela Portaria GM/MS 95 (Brasil, 2001) e pela Portaria GM/MS 373 (Brasil, 2002), que propunham a regionalização dos serviços de saúde visando a integralidade e complementariedade da atenção em saúde, por meio de instrumentos de programação integrada e pactuada entre os distintos gestores do sistema, com base nas necessidades identificadas de saúde e objetivando o aumento da resolução do SUS.

Recursos e Financiamento

A maior parte do financiamento do sistema de saúde britânico advém do setor público, principalmente de impostos gerais, com uma pequena contribuição do sistema de Seguridade Social; portanto, o sistema público inglês conta com fontes de financiamento semelhante às do SUS.

De acordo com documento da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD, 2003), o único gasto dos cidadãos britânicos no sistema público de saúde refere-se ao pagamento de US\$ 9,00 por prescrição medicamentosa ambulatorial. Disso uma pequena parte de recursos obtida pelo sistema que não advém de fundos públicos (Docteur e Oxley, 2003). No entanto, devido às isenções existentes no sistema, em 1997, aproximadamente 80% de toda a prescrição medicamentosa do NHS era dispensada de forma gratuita.

Com relação à porcentagem do PIB gasta em saúde, apesar de o Reino Unido apresentar uma tendência ao aumento desse percentual nas últimas décadas, este ainda é inferior aos de outros países da OECD (Tabela 1). Os dados disponíveis mostram que os britânicos gastaram, em 2001 (Robinson, 2004), 7,6% do PIB em saúde, ao passo que os demais países da organização gastaram, em média, 8,4% do PIB. Da mesma forma, quando comparado com o mesmo rol de países, o Reino Unido possui um dos menores gastos totais em saúde *per capita*, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 1 - Gastos totais em saúde, como porcentagem do PIB, em alguns países desenvolvidos, 1970-2000

País	1970	1980	1990	2000
Reino Unido	4,5	5,5	6,2	7,3
Alemanha	6,4	8,8	8,8	10,7
Japão	4,6	6,5	6,1	7,7
Portugal	2,5	5,6	6,4	9,2
Suécia	7,2	8,9	8,5	8,6
Canadá	6,3	-	9,0	9,2
Estados Unidos	6,8	8,5	11,8	13,2

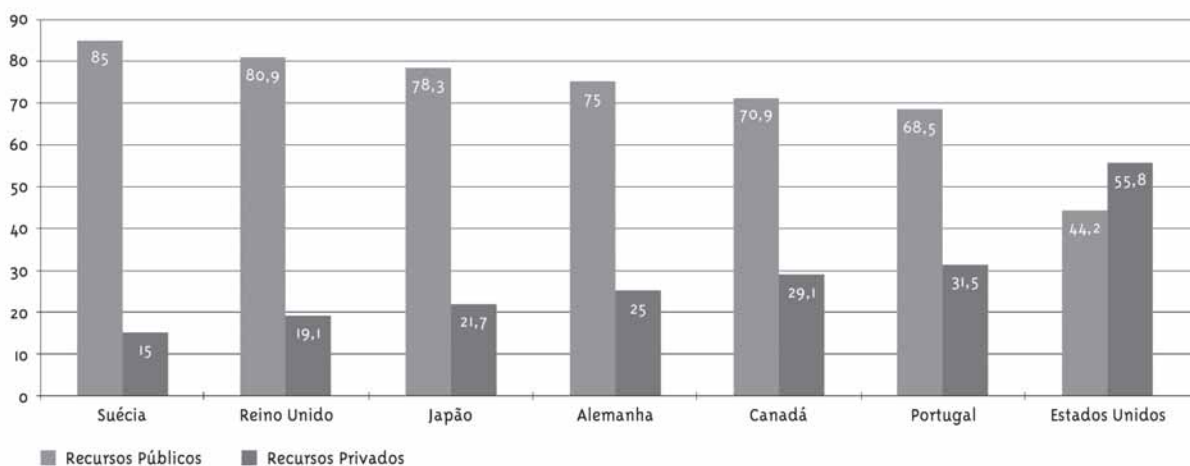
Fonte: Docteur e Oxley, 2003.

Tabela 2 - Gastos totais *per capita* em saúde, em alguns países desenvolvidos, 2001

País	Gasto <i>per capita</i> 2001 (US\$)
Portugal	1.614,00
Japão	1.984,00
Reino Unido	1.992,00
Suécia	2.270,00
Canadá	2.792,00
Alemanha	2.808,00
Estados Unidos	4.4887,00

Fonte: Docteur e Oxley, 2003; OECD, 2003.

Gráfico 1 - Distribuição dos gastos público e privado em saúde, em alguns países desenvolvidos, 2000



Fonte: Docteur & Oxley, 2003.

Ainda adotando os dados da OCDE como parâmetro, o Reino Unido apresentou em 2003 um gasto público equivalente a 82% dos gastos totais em saúde, contra uma média de 72% dos demais países da OCDE (2003); portanto, o sistema britânico possui uma das mais altas porcentagens de gasto público em saúde, como porcentagem do gasto total, em comparação aos países analisados anteriormente (Gráfico 1).

Os dados apresentados no Boletim de políticas públicas (2005, p.33-41) mostram que o Brasil gasta 7,6% do PIB com saúde, porcentagem idêntica ao sistema britânico em 2001, sendo apenas 42% do setor público, o que equivale a quase metade do gasto público do Reino Unido.

Os principais grupos de serviços para os quais o NHS destina esses gastos são: tratamento hospitalar; 44,1%; tratamento por enfermeiras: 16,2%; medicamentos: 12,9%; tratamento ambulatorial: 12,6%; tratamento odontológico: 4,8% e outros serviços: 7,4% (Department of Health, 2004).

Esses recursos, somados à utilização de instrumentos de monitoramento de desempenho dos serviços atrelado à remuneração dos prestadores (Marsden, 2003), têm possibilitado um adequado funcionamento do sistema de saúde britânico. A avaliação de resolutividade do sistema realizada em 2004 pelo Departamento de Saúde do NHS (Department of Health, 2004; 2005) apresenta os seguintes resultados:

- 98% dos pacientes conseguem atendimento primário em 24 horas;
- 92,7% conseguem atendimento de urgência e emergência dentro de, no máximo, 4 horas;
- O prazo para agendamento de exames e de consultas fica entre 7,1 e 17 semanas, em 2002 esse prazo chegava a 21 semanas;
- O prazo para agendamento de cirurgias fica entre 10,2 semanas e 9 meses, em 2002 chegava a 12 meses.

Apesar de a maior parte do setor saúde ser pública, o setor privado vem crescendo rapidamente no Reino Unido, principalmente para o atendimento ambulatorial, realização de cirurgias eletivas e tratamentos odontológicos (WHO, 1997):

Esse crescimento deve-se em parte pelo longo tempo de espera para atendimento ambulatorial e cirurgias eletivas. Ele também reflete mudanças nas condições de trabalho, uma vez que mais companhias têm oferecido seguros de saúde privados como parte de seus pacotes de benefícios.

Assim, em que pese a extensa cobertura e a resolutividade apresentada pelo NHS, estima-se que 10% da população esteja coberta atualmente por seguros de saúde privados, o que estaria refletindo um acesso diferenciado à tecnologia disponível no setor privado para camadas mais privilegiadas da população (Gwatkin, 2002).

Conclusões

A opção pelo recorte histórico do NHS, apresentado neste trabalho, visou propiciar elementos para identificar as principais iniciativas e entender a temporalidade na construção de um sistema universal de atenção à saúde. O foco principal de análise foi a estrutura organizacional implementada no decorrer desses anos, objetivando conhecer as modificações ocorridas no processo de prestação de serviços de saúde inglês. Foi possível apontar macro resultados alcançados, mas não foi abordada uma análise mais aprofundada do impacto dessas mudanças organizacionais.

A opção por esse foco na estrutura organizacional visou facilitar a compreensão das semelhanças com as propostas implementadas na construção do SUS e possibilitar uma reflexão crítica, levando-se em conta o contexto sociopolítico de nosso país.

Cumpre-nos aqui enfatizar que a atenção primária responde, no Reino Unido, por 90% da atenção em saúde, e 99% da população está cadastrada na lista dos GPs. Com a reestruturação do NHS, através do *NHS Plan*, em 2005, aproximadamente 81% do total dos recursos do NHS passou a ser controlado pelos Grupos de Atenção Primária, de forma a propiciar condições e responsabilidades claras na porta de entrada do sistema de saúde e, assim, garantir a manutenção do modelo de atenção. Essa, todavia, não é a situação encontrada no SUS. Esforços têm sido engendrados na realocação de recursos financeiros visando à mudança no modelo de atenção em favor da atenção primária; no entanto, se mantém uma grande parte dos recursos financeiros alocados e utilizados na média e alta complexidade do sistema de assistência à saúde.

No NHS, se até 1990 os hospitais estavam ligados diretamente aos Escritórios Regionais; após a reforma de 1991 eles passaram a servir diretamente aos Grupos de Atenção Primária e às Autoridades Distritais Sanitárias, e competiam entre si para a prestação de serviços aos médicos de atenção primária. Isso foi alterado novamente após 1999, quando os GPs e Grupos de Atenção Primária foram unificados, dando origem a Grupos de Atenção Primária. Esse novo sistema manteve a competição entre os prestadores, mas restritos a um território definido e, portanto, só podendo vender serviços para o seu Distrito Sanitário.

Esse tipo de conformação do sistema local/regional de saúde não foi implementado no SUS, principalmente em decorrência da não-viabilização da NOAS 01 e 02, e da dificuldade de transformar os instrumentos técnicos disponíveis em eixos de negociação política que permitisse pactuação de distintos atores sociais. Esse será um dos grandes desafios do sistema, na medida em que a construção de objetivos coletivos pressupõe suplantar as dificuldades postas à sua consecução, as quais surgem pela conflagração desordenada dos interesses particulares (Olson, 1970).

Enfim, as transformações ocorridas no NHS foram frutos de dois processos de reforma que ocorreram ao longo dos anos 1980 e 1990, do século passado, sendo a primeira de caráter mais liberalizante do que a segunda. Embora essas reformas tenham gerado profundas mudanças no *National Health Service*, parte das características do atual sistema originou-se já no seu nascimento, e não foi resultante dessas reformas, as

quais não conseguiram obter o alcance desejado, em termos de introdução no mercado privado (Pierson, 1994), mantendo as características centrais do sistema, ou seja, a universalidade e o caráter público.

A origem foi de certa forma determinante para a atual constituição do NHS. De maneira análoga, temos que considerar que a origem distinta do SUS, resultante da integração do Ministério da Saúde com o Inamps, ocasionou uma grande dependência ao setor privado para o provimento dos serviços de saúde à população.

O presente estudo demonstrou que muitas das inovações pretendidas pelas reformas do NHS, em especial a primeira, ou não foram implementadas ou, quando foram, não perduraram, ocasionando um retorno a um formato institucional original. A importância e o papel político do NHS no Reino Unido ficam assim evidenciados. A análise das reformas da estrutura organizacional do sistema de saúde inglês aponta que a universalidade foi garantida pela oferta da atenção básica, bem como o caráter público do sistema. Além disso, o sistema conta com mecanismos de financiamento e de organização que permitem o provimento da atenção à saúde de forma universal e baseado, quase que exclusivamente, no financiamento público.

Considerando a importância do SUS no processo de construção do estado moderno brasileiro, a reflexão e a analogia com os processos de reforma implementados no NHS ajudam-nos a visualizar criticamente o alcance e as limitações das estratégias implementadas no SUS para se construir um modelo de atenção à saúde que atinja os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Enfim, a compreensão dos desencadeantes e dos resultados obtidos pelas reformas do sistema de saúde inglês, em distintos momentos de construção do estado de bem-estar social, permite a identificação de aprendizagens importantes para o processo de construção do SUS. Fica claro, neste recorte histórico, que mesmo sistemas de saúde mais consolidados e com estrutura organizacional estável necessitam de ajustes constantes para atender necessidades epidemiológicas e demandas políticas, acarretando avanços e percalços semelhantes aos enfrentados no SUS.

Vale realçar que os aspectos funcionais e operacionais do NHS merecem a nossa atenção, dado que trazem instrumentos relevantes para que possamos

avançar no processo de compreensão dos limites e dos alcances das reformas organizacionais implementadas por sistemas universalistas, como o britânico e o brasileiro, bem como na formulação e implementação de futuras propostas de reformas do SUS.

Referências

AKERMAN, M. As recentes mudanças do sistema de saúde britânico. *Revista Saúde em Debate*, São Paulo, v. 34, n.2, 1992, p. 47-50.

AKERMAN, M. O Sistema de saúde britânico após a reforma de 1991: uma avaliação inicial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 2, n. 2, 1993, p. 85-99.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2203, Norma Operacional Básica 01/96, de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção I, p.22932.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 95, Norma Operacional de Assistência à saúde, de 26 de janeiro de 2001. Define a organização do sistema regionalizado de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Seção I, p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 373, Norma Operacional de Assistência à Saúde, de 27 de fevereiro de 2002. Amplia a responsabilidade dos municípios na atenção básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Seção I, p. 52.

BRESSER PEREIRA, L. C. *Reforma del estado para la ciudadanía: la reforma gerencial brasilena em la perspectiva internacional*. Buenos Aires: Universidade de Buenos Aires: CLAD, 1999.

BOLETIM DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, IPEA, v.2,n. 58, 2005.

COLISTETE, R.; MALUF, R.; NAKANE, M. O que há de novo no Reino. *Revista Teoria e Debate*, São Paulo, n. 35, 1997, p. 13-19.

DEPARTMENT OF HEALTH. *Primary care trusts: establishing better services*. London, NHS Executive, 1999.

- DEPARTMENT OF HEALTH. *Annual report: resource accounts 2003-2004*. London, 2004.
- DEPARTMENT OF HEALTH. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk>>. Acesso em: 05 set. 2005. Site oficial do governo britânico.
- DOCTEUR, E.; OXLEY, H. *Health Care Systems: lessons from the reform experience*. London: OECD, 2003.
- FERLIE, E. et al. *A nova administração pública em ação*. Brasília, DF: Universidade de Brasília: ENAP, 1999.
- GWATKIN, D. *Who would gain most from efforts to reach the millenium development goals for health?: an inquiry into the possibility of the progress that fails to reach the poor*. Washington, DC: World Bank, 2002.
- KOEN, V. *Public expenditure reform: the Health Care sector in the United Kingdom*. London: OECD, 2000. (Economics Department Working Papers, 256).
- MELO, M. A.; COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B. Inovações organizacionais em política social: o caso da Grã-Bretanha. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, v. 50, n. 3, 1999, p. 78-90.
- MARSDEN, D. *Renegotiating performance: the role of performance pay in renegotiating the effort bargain: discussion paper 578*. London: Centre for economic performance, London School of Economics, 2003.
- NHS review. Disponível em: <<http://www.haznet.org.uk>>. Acesso em: 12 maio 2005a.
- NHS in England. Disponível em: <<http://www.nhs.uk>>. Acesso em: 13 ago. 2005b.
- NEGRI, B.; VIANA, A. L. (Org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime: CEALAG, 2002.
- OECD - ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Health at a Glance: indicators 2003*. Bruxelas, 2003.
- OLIVEIRA, V. et al. Considerações sobre o sistema de saúde britânico. mimeo, 2004.
- OLSON, M. *The logic of collective action*. 2. ed. Cambridge: Harvard University, 1970.
- PIERSON, P. *Dismantling the welfare state?: Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. Cambridge: Cambridge University, 1994.
- POLLITT, A. Inglaterra. In: RAMOS, S.; VINOCUR, P. (Comp.). *Sistemas de salud y reformas: diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado*. Buenos Aires: CEDES - Centro de Estudios de Estado y Sociedad: FLACSO, 2000. p. 41-79.
- ROBINSON, R. Introduction. In: ROBINSON, R.; LEGRAND, J. *Evaluating the NHS reforms*. London: King's Fund Institute, 2004. p. 5-21.
- SAO PAULO (Estado). Lei complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e da outras providencias. Diário Oficial do Estado de São Paulo, data de pub. 5/jun/1998, séc I, p.106.
- SMS SP. Assistência Médica Ambulatorial. Disponível em: <<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areastecnicas/AMA>>. Acesso em: 13 abr. 2006.
- WHO. *Highlights on Health in the United Kingdom*. London, 1997.
- WHO. *Health System principles integrated care: report 2003*. London, 2003.
- WHYNES, D. K. Towards the evidence-based National Health Service? *The Economic Journal*. London, v. 106, n. 439, 1996, p. 1702.

Recebido em: 29/05/06
Aprovado em: 29/01/07