A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento*

Nilson do Rosário Costa**
Pedro Luís Barros Silva***
José Mendes Ribeiro****

SUMÁRIO: 1. Antecedentes; 2. A orientação macroeconômica da reforma dos anos 1980; 3. Institucionalismo e reforma da saúde nos anos 1990; 4. O novo padrão organizacional da reforma do setor saúde na Inglaterra nos anos 1980; 5. Microeficiência na gestão hospitalar e descentralização da oferta; 6. Quase-mercado e contrato na gestão da saúde; 7. Conclusões.

PALAVRAS-CHAVE: reforma do setor saúde; responsabilização; quase-mercado; nova administração pública; contratualização.

Este artigo analisa o desenvolvimento da reforma do setor saúde na Europa nas últimas duas décadas. O artigo mostra que os principais sistemas nacionais de saúde de orientação "welferiana" têm adotado novos instrumentos de gestão para favorecer a eficiência e assegurar a responsabilidade no nível microorganizacional. Os resultados desta nova agenda foram: a expressiva adoção de mecanismos de mercado na gestão dos sistemas de saúde; a preocupação com o fortalecimento da gerência dos serviços de saúde; a utilização de incentivos orçamentários para o aperfeiçoamento da *performance*.

Health sector reform abroad: financial and organizational innovations

This paper analyzes the development of the health sector reform in Europe in the last two decades. It shows that the main welfare-oriented health sys-

* Este artigo, recebido em jul. e aceito em dez. 1999, consiste no trabalho desenvolvido no projeto Reforma do Estado e o Setor Saúde (CNPq/Capes/Finep/Mare), tendo contado com o apoio da Cooperação Ministério da Saúde/Reino Unido para a Reforma do Setor Saúde.
** Fiocruz/Ensp.
*** Unicamp/Nepp.
**** Fiocruz/Ensp.

tems have introduced new managerial expertise to improve efficiency and assure responsibility at the microlevel. The results of the new health sector reform agenda have been: a significant level of adoption of market-like mechanisms by the health sector; a concern with strengthening health service management; the use of budgetary incentives to improve performance.

1. Antecedentes

A expressão *reforma do setor saúde* tem sido utilizada para designar as iniciativas de inovação no modelo organizacional da atenção à saúde das economias centrais nas últimas três décadas. A reforma tem sido definida como um processo de mudança contínuo e sistemático em um ou mais segmentos do sistema de saúde.

Essa conceituação sintética das reformas, embora precisa em termos gerais, tem dificultado a definição do aspecto mais importante do processo: a diferença de natureza entre as reformas dos anos 1970 e 80 e a nova agenda da década de 1990, inspirada na flexibilização da administração pública e na contratualização.

Embora a análise da agenda da reforma deva considerar a especificidade intrínseca do setor saúde, não podendo os vários desenhos setoriais serem subsumidos a uma tese única da reforma do Estado, considera-se também como necessária a articulação entre as mudanças em curso no setor saúde e a crise do modelo administrativo burocrático para trazer maior rigor analítico à análise das mudanças implementadas.

A primeira onda de reforma do setor foi impulsionada pelo imperativo macroeconômico de controle das despesas nacionais com a função saúde. Nos anos recentes, as inovações têm sido definidas pelos incentivos à criação de um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos provedores de atenção, públicos ou privados. A segunda geração de reformas tem desenhado novos papéis e relações para as agências e organizações públicas, estimulando a provisão de serviços por mecanismos de contratualização e pelo quase-mercado. A contratualização define, em bases formais, a separação entre financiamento e provisão direta dos serviços.

Um segundo aspecto a ser ressaltado nas experiências de reforma é o processo de difusão supranacional das inovações gerais ou pontuais. A busca por inovação e competência em políticas tem feito com que soluções organizacionais criadas em contextos institucionais específicos sejam adaptadas por elites técnicas setoriais preocupadas com o *desempenho da gestão pública* ou com o desenho de novas funções para as agências estatais.

No setor verifica-se o mecanismo de *policy bandwagoning* — que poderia ser traduzido por "efeito ônibus" em políticas —, processo de emulação,

pelos governos, de políticas bem-sucedidas em outros contextos, como assinala, para o caso da saúde, Ham (1998).

As elites técnicas e a burocracia executiva são os principais agentes responsáveis por um comportamento adaptativo voltado para a introdução de inovações de políticas macroeconômicas e gestão pública. O contexto das democracias estáveis na Europa estabelece fortes imperativos de sobrevivência e competitividade política através do julgamento periódico pelos eleitores/clientes, aumentando nos executivos as preocupações com "o bom governo" e com as temáticas de "*performance*" setorial.

Com isso, pode-se considerar que a larga difusão das pautas de reforma no setor saúde serve como campo privilegiado para a avaliação dos efeitos não-antecipados ou não-esperados das mudanças do modelo de gestão pública. Ademais, a falta de estudos e diagnósticos abrangentes e sistemáticos permite que variáveis não-virtuosas interfiram na dinâmica do processo de reforma, abrindo possibilidade para o *rent-seeking* (a captura de rendas públicas).

Um terceiro aspecto considerado por este artigo é a distinção conceitual das três alternativas organizacionais disponíveis para o setor a partir dos anos 1950:

- modelo de Beveridge — baseado no financiamento fiscal, universalidade de acesso e gratuidade da atenção em todos os níveis de complexidade;
- modelo de Bismarck — fundado no seguro social, na estrutura corporativa e no acesso condicionado pela situação de emprego;
- modelo de mercado — organizado a partir da capacidade de compra de seguro-saúde pelos indivíduos e empresas, sendo o acesso dependente da capacidade de consumo do cidadão/consumidor.

O modelo de Beveridge, criado no ambiente pós-II Guerra Mundial, estabeleceu um padrão organizacional de sistema nacional de saúde orientado para universalidade, baseado no financiamento a partir de um fundo tributário público, com forte presença do Estado como empregador e proprietário de serviços de saúde, especialmente de hospitais. A gestão e a provisão era predominantemente pública e a dotação orçamentária global baseada nas médias históricas. Os médicos eram empregados públicos ou remunerados por capitação.

O modelo de Bismarck foi adotado com freqüência pelos Estados nacionais que buscavam soluções corporativas para a organização de seus sistemas nacionais de saúde. É o modelo baseado na legislação do seguro social alemão. O financiamento é realizado mediante cotas obrigatórias pagas pelas empresas e pelos trabalhadores aos fundos públicos. Os cidadãos que não estão cobertos por esses fundos são estimulados a contratar um seguro privado.

A oferta da atenção médica individual se faz através de médicos autônomos (profissionais liberais) pagos por ato médico, enquanto os hospitais recebem orçamentos globais baseados na dotação retrospectiva.

Os modelos organizacionais de Beveridge e Bismarck exigiram para o seu desenvolvimento uma forte intervenção do Estado na definição da cesta de serviços e na negociação das condições do trabalho médico. O quadro 1 resume as principais características dos dois modelos originais de organização dos sistemas nacionais de saúde na Europa. A solução de mercado, que é aplicada de modo específico nos EUA, apresentou, até os anos 1980, um desenvolvimento residual da ação do Estado na organização da oferta e na regulação do trabalho médico.

Quadro 1

Principais características dos dois modelos originais de organização dos sistemas nacionais de saúde na Europa

Característica	Modelo Beveridge	Modelo Bismarck
Financiamento	Predominantemente por impostos	Predominantemente por cotas de empregados e empregadores para seguro social
Gestão orçamentária	Governamental	Não-governamental
Trabalho médico	Assalariados ou remuneração por capitação	Contratados pelos fundos de seguro social e médicos liberais pagos por honorários
Modelo de propriedade	Estatal	Não-estatal
Países	Escandinávia, Inglaterra, Espanha, Itália, Portugal e Grécia	Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Países Baixos
Forma de regulação da oferta	Direta	Indireta

Exemplos de comportamento adaptativo de modelo organizacional são os casos das reformas do setor saúde tardias ocorridas nos anos 1970 — as reformas italiana (1978/79) e espanhola (1986) —, motivadas pela transição de um modelo de seguro social para uma matriz baseada em fundo tributário, com gestão pública e universalização de acesso. Essas duas reformas nacionais tardias significaram a adoção, pelas elites nacionais, de um desenho

de acesso universalista para o setor saúde, com a introdução da igualdade de acesso e a expansão do trabalho médico.

Na Itália, com a aprovação da Lei nº 833, de dezembro de 1978, criando o Sistema Nacional de Saúde, foi estabelecida a proteção à saúde como "interesse da sociedade", assegurado por serviços estritamente públicos que cabe ao Estado prover.

Na Espanha, a Lei nº 14/1986, que criou o Sistema Nacional de Saúde, define a extensão da cobertura sanitária para toda a população, pela universalização dos serviços sanitários para "todos os cidadãos em condições de igualdade", independentemente das circunstâncias pessoais ou sociais (Guillén, 1999).

Esses processos tardios de adaptação do modelo inglês na Itália e Espanha tiveram de encontrar respostas organizacionais para os desafios da demanda por atenção individualizada que afetou os sistemas nacionais, motivando a primeira onda de reforma nos anos 1980.

2. A orientação macroeconômica da reforma dos anos 1980

A agenda do ajuste macroeconômico é motivada pela pressão sobre as contas públicas das despesas com atenção médica, em razão do crescimento das doenças crônicas e do envelhecimento das populações. Este aspecto demográfico para o setor foi ainda agravado pelo fortalecimento do poder de compra individual e familiar, pela ampliação do acesso e da cobertura do seguro social, pelo incremento da tecnologia médica, pelo aumento do estoque de profissionais médicos e pela inflação dos preços dos insumos da atenção à saúde.

As características organizacionais dominantes na primeira metade da década de 1980 nos sistemas nacionais de saúde foram: a universalidade de acesso às diferentes modalidades de cuidado de forma não-segmentada; a existência de fundo público de financiamento, através de recursos fiscais ou ampliação do seguro social; a gratuidade de uso e a inexistência de mecanismos de co-pagamento (contribuição compulsória dos pacientes na compra de medicamento ou na utilização dos serviços); a abrangência de serviços dentro do equilíbrio geográfico; a integralidade da atenção e a utilização de procedimentos de acordo com a necessidade do paciente; o acesso gratuito ou altamente subsidiado a medicamentos.

Esses mecanismos organizacionais geraram um padrão dominante de oferta pública unificada. A autoridade sanitária pública ou o seguro social tornaram-se os compradores únicos (*single payers*) de serviços hospitalares e básicos, que freqüentemente eram de propriedade estatal ou eram contratados. Predominavam relações assalariadas com os médicos ou o pagamento de honorários, e eram escassos os incentivos à gestão voltada para a qualidade e para o direito do usuário (quadro 2).

Quadro 2

Características dos sistemas nacionais de saúde

País	Direto (empregados do Estado)	Indireto (contratos)	Mecanismo de pagamento dos médicos da atenção primária
Bélgica		Todos os serviços	Honorários
Alemanha		Todos os serviços	Predominantemente honorários
Espanha	Especialistas, hospitais e 60% dos médicos da atenção primária	Farmácias, dentistas e hospitais privados	60% salário + 40% capitação
França		Todos os serviços	Honorários
Grécia	Médicos, dentistas, hospitais	Farmácia e poucos hospitais privados	Assalariados
Irlanda	Hospitais públicos e especialistas	Hospitais privados não-lucrativos, médicos da atenção primária e farmácias	Capitação
Itália	Hospitais públicos e médicos da atenção primária	Hospitais privados, médicos da atenção primária e especialistas privados	Capitação
Luxemburgo		Todos os serviços	Honorários
Holanda		Todos os serviços	Honorários
Portugal	Médicos da atenção primária, alguns especialistas e hospitais públicos	Hospitais privados, médicos nas áreas rurais, farmácias e laboratórios de exames clínicos	Assalariados
Reino Unido	Hospitais públicos e serviços comunitários	Médicos da atenção primária, hospitais privados e maioria dos dentistas	Capitação
Dinamarca	Hospitais	Médicos da atenção primária, especialistas fora do hospital, dentistas e fisioterapeutas	28% por capitação

Este padrão organizacional teve a legitimidade afetada ao longo das décadas de 1970 e 80 pelo impacto negativo que gerou sobre as contas nacionais ao "medicalizar" os orçamentos públicos (crescimento excessivo do item saúde no conjunto das despesas públicas), pelas mudanças na percepção de necessidade do usuário/cidadão/consumidor, com a crescente demanda por atenção personalizada (atenta aos direitos e às escolhas do paciente), e pelo excessivo custo do tratamento intra-hospitalar.

O primeiro processo de reforma do setor saúde na Europa se desenvolveu pela implementação de uma série de diretivas macroeconômicas visando essencialmente à redução das despesas setoriais. Algumas medidas de curto prazo foram implementadas pelos governos, como o controle de preços no setor saúde, a introdução do co-pagamento no consumo de medicamentos, a redução do escopo do seguro social e a limitação do emprego no setor.

Outras iniciativas de impacto de médio prazo foram as alterações no pagamento aos provedores, pela alteração dos valores relativos dos honorários médicos e dos métodos de remuneração dos profissionais de saúde. Particularmente importantes foram os limites de caixa aos orçamentos para a saúde ou a imposição de metas orçamentárias para partes dos sistemas nacionais de saúde.

As medidas de longo prazo mais importantes foram a redução da produção de médicos e outros profissionais e da disponibilidade de leitos hospitalares, além do estímulo às medidas de prevenção, na esperança de reduzir, a longo prazo, as demandas por atenção à saúde. Essas iniciativas produziram impactos importantes na estabilização das despesas públicas e na mudança do modelo assistencial, pela redução da atenção hospitalar e pelo incentivo às modalidades assistenciais de atenção primária. Porém, foram relativamente inócuas sobre o crescimento do setor e do emprego da saúde nesse período (Abel-Smith & Mossialos, 1994).

O quadro 3 resume o impacto desse ajuste macroeconômico em alguns dos indicadores do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra entre os anos de 1950 e meados da década de 1990.

Quadro 3

Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra entre os anos de 1950 e meados da década de 1990

Indicador	1951/59	1995
Disponibilidade de leitos por médico e dentista	37	5
Leitos por enfermeira e auxiliar de enfermagem	2,9	0,6
Total de leitos disponíveis	542.000	285.000
Leitos disponíveis por mil habitantes	10,8	4,9
Disponibilidade média de leitos de casos agudos (1959)	183.000	130.000
Disponibilidade média de leitos para saúde mental (1959)	178.000	40.000
Disponibilidade média de leitos para idosos (1959)	62.000	52.000
Pessoal médico e dentistas em hospital por 100 mil habitantes	29	98
Pessoal de enfermagem por 100 mil habitantes	375	794
Total de pessoal em hospitais	410.154	970.101
Médicos de atenção primária por 100 mil habitantes	40,1	56,1
Habitantes por médico de atenção primária	2.492	1.782

O efeito dessas medidas foi a forte estabilização — e não a redução — das despesas em saúde a partir de metade da década de 1980 em praticamente todas as economias européias, exceto os casos da Itália e França, como mostra o quadro 4.

Quadro 4

Despesas com saúde em países da Europa entre 1971 e 1991

País	1971	1981	1986	1988	1989	1990	1991
Bélgica	4,2	7,2	7,6	7,7	7,6	7,6	7,9
Dinamarca	6,4	6,8	6,0	6,5	6,5	6,3	6,5
Alemanha	6,3	8,7	8,6	8,8	8,3	8,3	8,5
Espanha	4,1	5,8	5,6	6,0	6,3	6,6	6,7
França	6,0	7,9	8,5	8,6	8,7	8,8	9,1
Grécia	4,0	4,5	5,4	5,0	5,4	5,4	5,2
Irlanda	6,6	8,8	8,1	7,3	6,9	7,0	7,3
Itália	5,5	6,7	6,9	7,6	7,6	8,1	8,3
Luxemburgo	4,6	7,1	6,7	7,2	6,9	7,2	7,2
Holanda	6,4	8,2	8,2	8,1	8,2	8,2	8,3
Portugal	n.d.	6,4	6,6	7,1	7,2	6,7	6,8
Reino Unido	4,6	6,1	6,1	6,1	6,1	6,2	6,6

Esse conjunto de mudanças sustentadas por uma preocupação macroeconômica pôs na agenda da gestão pública que o setor saúde deveria consumir uma parcela apropriada do produto interno bruto. Os empreendedores da reforma procuraram argumentar que o motivo principal para o descontrole dos gastos com o setor estava nas falhas das agências estatais e do mercado no controle do excesso de oferta ou demanda pelos serviços de saúde. Com isso, a reforma avançou para a reestruturação dos mecanismos organizacionais do setor saúde.

A partir da segunda metade dos anos 1980 e início dos anos 90, as reformas do setor saúde focalizaram efetivamente as variáveis de eficiência microeconômica para gerar, ao menor custo, incentivos à qualidade da atenção e à satisfação dos usuários. As considerações sobre a melhoria da eficiência microeconômica incluíram a busca por tecnologias organizacionais que favorecessem os resultados globais. Os governos procuraram estimular a eficiência sistêmica, canalizando recursos dos serviços e programas ineficientes e ineficazes para outros menos custosos e mais responsáveis.

3. Institucionalismo e reforma da saúde nos anos 1990

A adoção da matriz teórica do institucionalismo econômico produziu o que Klein (1998) denomina as reformas *big bang*: estratégia de implementação de reforma abrangente e sistêmica, adotada com sucesso inicialmente pela Inglaterra e depois difundida ou adaptada por uma segunda onda de reformas nos países europeus ao longo da década de 1990.

A principal questão assinalada por essa matriz teórica são as falhas de mercado na provisão de atenção à saúde. Na ausência de uma política regulatória, o mercado de saúde conduz a um excesso de oferta em razão da *assimetria de informação* e do *risco moral*.

A *assimetria de informação* refere-se à questão assinalada por Arrow (1963) sobre a impropriedade do mercado como mecanismo para a provisão de atenção à saúde, principalmente pela inerente geração de distribuição injusta dos serviços. A maioria dos pacientes não detém a informação necessária para informar as escolhas como consumidor. Nesse sentido, o pressuposto do modelo clássico da troca perfeita em um ambiente de competição entre provedores — que ofereceria aos indivíduos/consumidores a melhor escolha associada ao seu melhor interesse — não funcionaria na demanda por saúde. Na relação médico-paciente, os indivíduos são compelidos a delegar ao profissional médico a decisão sobre o tratamento. Cabe a ele também decidir sobre a provisão dos serviços demandados, originando um conflito de interesses potencial.

O problema do *risco moral* (*moral hazard*) aparece, no lado da demanda, refletindo-se no crescimento da cobertura da atenção à saúde quando os pacientes não arcam com o total dos custos marginais do excesso de utilização. No lado da oferta, aparece no incentivo ao excesso de oferta de serviços médicos quando um terceiro é responsável pelo pagamento da maioria dos serviços que os médicos escolhem para o paciente. Esses efeitos são, segundo Oxley e MacFarlan (1994), hipertrofiados nos sistemas que remuneram por honorários médicos.

Um segundo ponto de agenda da segunda geração de reformas refere-se ao programa de reengenharia da gestão pública pela operacionalização de algumas das propostas da *public choice*, como a implementação de decisões por instituições descentralizadas e mercado e/ou por instituições híbridas "a serem inventadas" (Ordeshook,1990:15).

Os instrumentos concebidos pela proposta do *new public management* respondem à exigência de integração entre a nova perspectiva microeconômica para o setor saúde e a agenda da reforma da administração pública. A *new public management* assinala a importância normativa, para a gestão, da avaliação das despesas dos sistemas e organizações públicas (*value for money*) para tornar viável (e legítimas) as suas atividades e objetivos.

Esta nova perspectiva da gestão esteve na origem da separação entre as funções de financiamento e de provisão de serviços sociais, pelo pressuposto de que a superposição de funções nas agências estatais aumenta a ineficiência e leva a falhas de responsabilização (Ordeshook, 1990).

Walsh e outros (1997) descrevem as principais mudanças que a nova gestão pública introduz na reforma do setor público inglês, com importantes repercussões no setor saúde na década de 1980: imposição dos instrumentos da nova gestão pública no nível central de governo, por meio de: iniciativas de gestão financeira; transferência de funções executivas do governo central para agências autônomas; privatização de algumas funções e ameaça de privatização de outras; reestruturação das agências que permaneceram no setor público através da incorporação de gestores contratados no setor privado; introdução de nova linguagem por meio da qual os objetivos das agências possam ser traduzidos em termos de mercado; criação de novos instrumentos para inspeção e regulação para avaliação de *performance*; disseminação dos êxitos das mudanças de cultura pela divulgação dos resultados da avaliação, freqüentemente de modo comparativo.

4. O novo padrão organizacional da reforma do setor saúde na Inglaterra nos anos 1980

As mudanças no sistema nacional de saúde inglês foram condicionadas pela iniciativa de criação do *internal market* ou quase-mercado para a provisão dos serviços de saúde. Este foco na reorganização do padrão de oferta decorreu da desistência inicial do governo Thatcher, nos primeiros anos da década de 1980, em alterar o sistema de comprador único (*single payer*).

Walsh e outros (1997) assinalam as iniciativas da proposta de *internal market* implementadas no Sistema Nacional de Saúde a partir de fins dos anos 1980:

- separação de funções entre os níveis central e operacional, para que o executivo desenvolva sua capacidade de formulação política;
- transformação das autoridades sanitárias em compradores de atenção à saúde e ampliação das atividades dos médicos da atenção primária por meio do incentivo à sua transformação em gestores de fundos públicos para compra de serviços;
- no nível da provisão, incentivo à transformação dos hospitais públicos em empresas autônomas (*trusts*) habilitadas a competir no mercado, inclusive com os hospitais privados, pelos recursos disponíveis para atenção aos clientes do setor.

Ham (1998) assinala que a introdução de incentivos à competição deu-se sob forte regulação. Assim, para ele, os efeitos da reforma nesse plano são geradores de "mercado gerenciado" da atenção à saúde, e não de um *internal market* (Ham, 1998).

Os implementadores da reforma buscavam responder, com a flexibilização e a incerteza, ao "problema da captura" pelos provedores — hospitais e médicos da atenção primária —, ao configurar novas modalidades de compra de serviços que permitiam a responsabilização e a avaliação de desempenho.

Na reforma, a superposição de gestão e provisão de serviços pelas autoridades sanitárias distritais foi substituída gradualmente pela separação de papéis, possibilitada pela emergência das novas entidades de provisão autônoma de serviço. Em 1996 quase todos os hospitais e serviços comunitários de saúde eram dirigidos por empresas autônomas.

Essas novas instâncias de gestão permitiram às autoridades sanitárias desenvolver mecanismos de compra de serviços destinados às populações residentes nas áreas em que atuavam. Foi definida, com isso, uma nova forma de financiamento para os distritos sanitários, tomando como critério de destinação orçamentária o tamanho da população servida, ponderada por variáveis de sexo, idade e outros fatores.

Foram também introduzidas mudanças no nível da atenção primária. Os médicos desta área passaram a se organizar em cooperativas (*fundholding*), para a gerência de um orçamento para compra progressiva de serviços hospitalares, compra de medicamentos e gratificação de funcionários. Os recursos crescentemente deslocados para a gestão dos *fundholders* foram deduzidos dos recursos controlados pelas autoridades sanitárias distritais.

Ham (1998) assinala que essas mudanças deslocaram o sistema nacional integrado em direção a um modelo contratual para estabelecer o vínculo entre compradores e provedores. O objetivo dos contratos é a especificação dos custos, qualidade e quantidade de atenção, embora na reforma inglesa o contrato não se tenha tornado um instrumento legal, mas um instrumento gerencial para codificar os acordos entre compradores e provedores.

O impacto dessas medidas foi a mudança no equilíbrio de poder entre os diferentes interesses no Sistema Nacional de Saúde inglês: de um velho sistema integrado e hierarquizado, ele passou para um modelo mais diversificado por um conjunto de arranjos contratuais. Este arranjo enfraqueceu o tradicional poder dos provedores, especialmente daqueles localizados no hospital para casos agudos. Na nova posição de compradores, as autoridades locais são estimuladas a trabalhar próximo aos médicos da atenção primária para decidir que serviços comprar e onde contratar. Isso reflete a posição fortalecida dos médicos da atenção primária como porta de entrada no sistema (*gatekeepers*) e ordenadores do acesso aos serviços hospitalares (Maynard & Bloor, 1996).

A perspectiva dos reformadores é de que a cisão das funções geraria um aumento de produtividade com ganho para os pacientes. Os estudos divergem sobre o real significado da melhora de desempenho registrada após a reforma, tendo em vista a possibilidade de uma inflação artificial dos indicadores, a melhor informação e a sobreorçamentação do setor ao longo da reforma.

De qualquer modo, as escolhas dos pacientes não foram afetadas pelas reformas e, mesmo, foram fortalecidas pela exigência de divulgação da "cesta de serviços" feita aos médicos da atenção primária, prática até então inexistente no sistema de saúde inglês (Klein, 1998:232). Outro indicador de responsabilização, como lista de espera para tratamento hospitalar, registrou melhorias localizadas. O nível de insatisfação com o sistema nacional de saúde declinou, embora não se possa afirmar que a reforma *per se* tenha sido responsável pelos progressos nesse ponto (Maynard, 1999).

Ao analisar a perspectiva comparativa entre o passado e o futuro do Sistema Nacional de Saúde inglês, Klein (1998:235) afirmou que "não há razão para pensar que a dinâmica do novo modelo irá necessariamente ser discriminatória contra a eqüidade; ao contrário, potencialmente ao menos, ela oferece uma oportunidade para fortalecer a eqüidade. O paradoxo pode estar no fato de que um governante dedicado a atingir a eqüidade pode achar na reforma pós-1991 mais instrumentos e mecanismos para essa vontade do que no sistema pré-1991".[1]

5. Microeficiência na gestão hospitalar e descentralização da oferta

A segunda onda de reformas trouxe importantes inovações em relação à agenda de reforma anterior, ao focalizar setores específicos e não a indústria da saúde, ao voltar-se para a regulação de custos e volume de produção e não apenas para a despesa total, e ao introduzir mudanças microeconômicas, de natureza organizacional, para promover eficiência e responsabilização.

A primeira inovação foi em relação à eficiência na gestão hospitalar, estimulada para conter a autonomia decisória médica, geradora de despesas e custos. No ambiente hospitalar essas decisões são tomadas sem parâmetro gerencial e sem a informação sobre os custos das diferentes opções disponíveis. Nas situações em que essas opções estão disponíveis, ocorre considerável resistência em adotá-las, em razão da cultura técnica da autonomia decisória da profissão.

---

[1] Essa percepção de Klein pode ser uma das explicações plausíveis para as correções, dentro de limites, do curso da reforma promovida pelo gabinete Blair ao longo do ano de 1999. Principalmente se for considerada a longa história de vetos políticos às principais inovações sugeridas pelos executivos conservadores nas duas décadas anteriores.

Uma outra fonte de ineficiência na gestão hospitalar estava relacionada à baixa qualidade do controle do trabalho e da infra-estrutura. Na maioria dos casos, serviços que poderiam ser produzidos de modo mais efetivo por *outsourcing* (por terceiros) permaneciam com a produção internalizada no hospital.

Outro ponto de inovação foi a flexibilização na divisão de trabalho: muitas tarefas que podiam ser resolvidas por profissionais de menor qualificação eram de acesso restrito aos médicos.

Na reengenharia da administração dos hospitais procurou-se introduzir novos métodos de controle de materiais e insumos e regular a incorporação de tecnologias através da focalização da gerência em metas contratuais.

Mudanças foram também implementadas nas condições de remuneração dos médicos, particularmente distorcidas nos arranjos baseados em honorários: com freqüência os valores cobrados aos sistemas nacionais variavam de maneira muito ampla e pouca referência tinham com qualquer relação de custo-efetividade da atenção prestada.

Outra inovação no nível microeconômico foi o fortalecimento dos pagadores (autoridade sanitária, seguradores privados ou negociadores de seguro social) *vis-à-vis* os hospitais. Esses fundos foram estimulados a adotar condutas mais responsáveis em relação à qualidade da provisão de serviços que contratavam e com respeito à eficiência na destinação de recursos. Essa reorientação visou aos provedores, especialmente aos hospitais, habituados a uma lógica perdulária de gasto e formação de preços.

Os compradores receberam novos papéis na definição de relações contratuais com os provedores, com incentivos e sanções, para que os orçamentos ficassem dentro de limites ou tetos acordados. Os compradores de serviços deixaram de financiar as organizações hospitalares deficitárias, que passaram a correr o risco de falência e fechamento.

Nesse processo de mudança, os compradores foram incentivados a tornarem-se agentes mais eficientes de compra de atenção, isto é, gestores de orçamento mais permeáveis à consideração de mérito e custo-efetividade através do aumento da responsabilidade sobre a qualidade e a quantidade da atenção que adquirem.

Os sistema nacionais onde prevalece o comprador único (*single payer*) tiraram grandes vantagens do poder monopsônico para obter informações sobre os provedores, quebrar monopólios de competência e introduzir competição. Essa condição de negociação permitiu ao financiador adotar estratégias abrangentes e de longa duração que afetaram a oferta no nível das atenções primária, secundária e comunitária. Os financiadores obtiveram também alguns progressos na capacidade de limitar as intervenções médicas desnecessárias, apesar da dificuldade de defini-las, em razão da resistência da profissão médica que alega a confidencialidade do ato médico.

A competição tem difundido a contratualização para o financiamento dos serviços hospitalares. Ao contrário da orçamentação por série histórica ou

do reembolso da conta apresentada por um provedor, os contratos oferecem o escopo para a busca competitiva de um determinado serviço entre diferentes provedores. Os contratos também abrem a possibilidade de manutenção dos preços alinhados aos custos nos casos em que haja grandes divergências entre ambos. Sobretudo, os contratos possibilitam os mecanismos formais para especificar e monitorar indicadores de desempenho (qualidade, quantidade e custos dos serviços).

A reforma pela contratualização competitiva permitiu aos provedores maior autonomia gerencial e o desenvolvimento de instrumentos de responsabilização organizacional (definição de objetivos, metas e sistema de informação para avaliação). Isso tem sido acompanhado, na maioria dos casos, de maior flexibilidade administrativa, pois as organizações, quando públicas, adquirem a autonomia de contratação, demissão, gratificação e remuneração de pessoal.

Um outro desenvolvimento da regulação microeconômica nas reformas dos anos 1990 foi o fortalecimento dos médicos da atenção primária nas funções de primeiro contato com o sistema de saúde e no controle de custos e promoção de efetividade.

No primeiro caso, os médicos de família tanto podem zelar para a melhor continuidade da atenção ao paciente como atuar como barreira ao *risco moral*: as múltiplas visitas ao médico pelo mesmo episódio de doença ou o excesso de procedimentos onde há muita oferta de médicos. O uso do médico da atenção primária como *gatekeeper* (responsável pela referência compulsória para o nível secundário ou especialista, quando não for o caso de emergência) reduziria esses riscos e permitiria, adicionalmente, o seguimento mais coerente da trajetória do paciente.

No segundo caso, como implementado na Inglaterra, os médicos da atenção primária que optaram pela condição de compradores (*fundholders*) tornaram-se responsáveis por um orçamento com o qual provêm atenção primária e adquirem medicamentos e serviços secundários. Essa opção buscou incentivar a eficiência e a efetividade dos provedores e também a assimilação, pelos médicos da atenção primária, do papel de negociadores dos pacientes na relação com os provedores de níveis secundário e terciário (Oxley & MacFarlan, 1994).

6. Quase-mercado e contrato na gestão da saúde

Le Grand e Bartlett (1993) sugerem que a principal característica dos quase-mercados, no contexto das reformas dos anos 1990, é a substituição do monopólio de provisão estatal pela provisão independente e competitiva em relação ao mercado tradicional. O que leva ao uso da palavra *quase* são as diferenças que podem ser assinaladas nos níveis da oferta e da demanda.

No nível da oferta, o quase-mercado atua, até certo ponto, como o mercado tradicional, onde existem em competição empresas produtoras de bens e

serviços. Pela descrição dos itens anteriores, na área de saúde existiriam, após a separação entre financiadores e provedores, também hospitais e serviços em competição por clientes. No entanto, essas organizações não estão necessariamente em busca da maximização do lucro nem são de propriedade privada. São empresas sem fins lucrativos, com objetivos públicos e regidos por legislação especial, ainda que de baixa precisão jurídica em relação à administração pública.

No nível da demanda, o quase-mercado difere dos mercados tradicionais porque a capacidade de consumo do comprador não é definida em termos monetários. Apresenta, ao contrário, a forma de orçamentação vinculada à compra de um serviço ou ao uso do *voucher*, ou então efetiva-se pela centralização em uma agência de compra estatal. Na maioria dos casos, não é o usuário que faz a escolha direta em relação às decisões de compra de serviços. Esta função é delegada a uma terceira parte, como no caso inglês, à cooperativa de médicos da atenção primária ou à autoridade de saúde.

Em resumo, o quase-mercado para a provisão de serviços de proteção social é diferente dos mercados convencionais em três sentidos: pela presença de organizações não-lucrativas em competição; pela centralização do poder de compra em uma agência pública ou pela alocação da decisão do consumo na forma de *voucher* em vez de dinheiro; e, em muitos casos, pela representação dos consumidores por agentes, evitando que os beneficiários atuem diretamente no mercado (Le Grand & Bartlett, 1993).

Considera-se que a criação do *internal market* ou do quase-mercado nos sistemas nacionais de saúde tem sido a mais importante mudança organizacional e cultural desde a criação do modelo inglês em fins da década de 1940. Nesse ambiente, os contratos foram assumidos como principal instrumento de coordenação das mudanças, gerando um complexo sistema de credenciamento e contratualização. A prática da contratualização criou um novo conjunto de valores e mudou a cultura organizacional na gestão pública — a cultura da competição, da negociação contratual, do planejamento de negócio e do marketing (Flynn & Williams, 1997).

O enfoque principal-agente teve grande influência nas motivações e nas estratégias utilizadas pelos promotores das reformas para formalizar a situação em que o Estado (principal) contrata um terceiro (agente) para realizar uma tarefa de relevância pública em troca de um pagamento. Assume-se que os atores em situação contratual têm interesses próprios e que o agente pode não cumprir o acerto contratual, principalmente porque principais e agentes podem não ter os mesmos objetivos ou congruência de metas. O principal deve, então, procurar minimizar esse risco pelo monitoramento do desempenho, ainda que permaneça o problema da assimetria de informação e da confiança contratual das situações de delegação de funções (North, 1990). De qualquer modo, a teoria principal-agente enfatiza o significado do controle sobre a *performance* e a centralidade da informação nas relações contratuais

(Flynn & Williams, 1997), tendo sido utilizada como matriz de fundamentação cognitiva para a nova forma do Estado.

Uma outra matriz de fundamentação teórica tem sido a análise dos "custos de transação econômica" das empresas (e organizações) em ambiente de incerteza sobre qual a melhor escolha do modo de produção de bens. Em certas condições, as organizações têm duas opções: a verticalização integrada e hierarquizada de toda produção ou a compra de componentes ou serviços de fornecedores especializados pela contratação no mercado competitivo.

Argumenta-se que a verticalização e o mercado são mecanismos alternativos para lidar com transações. Onde os contratos são difíceis de serem especificados, em razão da complexidade, incerteza e informação inadequada e insuficiente, as firmas recorrem a métodos mais burocráticos para organizar a produção, por serem mais eficientes. As organizações sempre procurariam minimizar os custos de transação, ao mesmo tempo que buscam reduzir o risco do oportunismo.

Flynn e Williams (1997:8) assinalaram a utilidade da teoria do custo de transação por chamar a atenção para os processos de contratualização e para as estruturas de governança que orientam as escolhas estratégicas das organizações.

No núcleo da discussão, na realidade, já apareciam as considerações sobre os elevados custos de transação para compra e venda de serviços, os quais motivaram as retificações, em 1999, na reforma do início da década. Como assinalam Appleby e Smith, a contratualização no campo da saúde parece exigir altos custos de transação, por serem os contratos caros para redigir, complicados para executar e difíceis de implementar. Essa contratualização exigiria melhorar o ambiente para a cooperação entre provedores e compradores, levando principalmente ao alongamento do período de validade dos contratos. Estes tenderiam a perder a lógica da negociação anual e a ganhar a forma de acordo de longo prazo, como está na proposta do gabinete Blair para correção dos rumos da reforma inglesa da década de 1990 (Klein, 1998; Maynard, 1999).

7. Conclusões

Ham (1998) assinala que o deslocamento do sistema integrado para o modelo contratual foi um estímulo complementar às políticas de controle de despesas de nível macroeconômico, gerando iniciativas de fortalecimento da eficiência e da capacidade de resposta aos usuários no nível microeconômico. Os principais instrumentos dessas políticas foram:

- a introdução de mecanismos similares aos do mercado em muitos sistemas nacionais de saúde — a orientação para o mercado levou à separação

de responsabilidades entre compradores e provedores do sistema integrado e criou a base para um modelo contratual;

- o fortalecimento da gerência dos serviços de saúde, para reduzir as variações de desempenho e introduzir uma forte orientação para o cliente — esta última proposta visou a oferecer ao paciente maior poder de escolha e melhorar acesso, reduzir as listas de espera e incrementar a qualidade da atenção; motivados pelo ideário dos "empreendimentos bem-sucedidos", os implementadores de políticas de saúde buscaram melhorar os sistemas de informação, envolvendo médicos, enfermeiras e os níveis de gestão, e desenvolver novas responsabilidades na gerência de hospitais e unidades hospitalares;
- o uso de incentivos orçamentários como um meio de aperfeiçoamento da *performance* — esta inovação surgiu do reconhecimento de que o orçamento prospectivo global, embora tenha sido eficaz na contenção de despesas, pouco ofereceu em incentivos para que os hospitais fossem responsáveis em relação à satisfação dos usuários; as reformas nacionais exploraram as possibilidades de combinar controle de custo com sistemas de pagamento que premiam as melhorias de *performance* contratadas.

De modo resumido, Saltman e Figueras (1998) afirmaram que quatro grandes temas orientaram as escolhas das elites políticas na formulação da reforma na Europa nos anos 1990: os papéis do Estado e do mercado, a descentralização, os direitos do paciente e as novas funções para a saúde pública.

Estado e mercado

As reformas européias consideram que não há um conceito de mercado que possa ser útil para o sistema de saúde, ainda que alguns mecanismos da gestão privada tenham sido introduzidos na gerência financeira, na decisão alocativa ou no estímulo à produtividade do sistema, como a livre escolha do usuário/consumidor, a contratualização negociada (contrato de gestão) e a concorrência pública. Estas iniciativas refizeram as relações entre Estado e mercado para um modelo híbrido denominado mercado interno (*internal market*), competição pública ou quase-mercado.

Descentralização

Outra importante iniciativa de reforma foi a descentralização política e administrativa de certo nível de autoridade para níveis subnacionais e para o setor

privado. A descentralização tem sido tomada como uma resposta às limitações das instituições públicas centralizadas, com baixa capacidade de inovação e baixa responsabilização.

O êxito da descentralização, contudo, parece estar condicionado à existência de um ambiente de sustentação para o desenvolvimento da capacidade administrativa e da presteza na implementação das decisões. Quando estas condições não são satisfeitas, a descentralização produz resultados negativos, pela fragmentação dos serviços, perda de eqüidade, manipulação de interesses e fragilização das funções regulatórias do setor público, estimulando estratégias de recentralização, como no caso italiano (Maino, 1998).

Direitos do paciente

Neste item duas inovações têm orientado os sistemas nacionais de saúde:

- a possibilidade de os pacientes escolherem o médico generalista ou especialista, o hospital e o próprio médico no hospital, ainda que estas iniciativas não sejam totalmente consensuais entre os países, pois muitos preservaram a função do médico generalista *gatekeeper*;
- a proteção aos direitos dos pacientes, principalmente referidos à responsabilização dos provedores e à proteção de informações confidenciais — esta emergência do direito do paciente tem favorecido novas jurisprudências em direitos civis associados às relações entre médicos e pacientes e entre organizações de saúde e seus usuários.

Novas funções da saúde pública

As funções revitalizadas da saúde pública advêm do reconhecimento de que os serviços médicos têm um impacto muito limitado em determinadas situações de saúde da população. Os determinantes de saúde dependem de políticas públicas intersetoriais específicas, como educação, habitação, geração de empregos e agricultura. Esta saúde pública inovada foi fortalecida pela difusão internacional, em fins da década de 1980, da agenda da promoção à saúde e da prevenção de doenças.

A saúde pública tem sido também colocada no centro das reformas, em função da mudança do papel do Estado nas tarefas de financiamento, delegando para outros agentes no contexto da descentralização — municípios; organizações públicas e quase-públicas e empresas privadas — as tarefas diretas de provisão de serviços.

A saúde pública tem assumido um importante papel nas atividades regulatórias, através do desenvolvimento, criação e implementação de instrumentos de avaliação e de indicadores de eficiência, efetividade e qualidade dos programas, superando o papel de simples agente de coerção derivado das vigilâncias epidemiológica e sanitária.

Referências bibliográficas

Abel-Smith, B. & Mossialos, E. Cost containment and health care reform: a study of the European Union. *Health Policy*, *28*, 1994.

Appleby, J. et alii. Monitoring managed competition. In: *Evaluating the NHS reforms*. London, King's Fund Institute, 1994.

Arrow, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, *53*, 1963.

Flynn, R. & Williams, G. *Contracts for health: quasi-markets and the National Health Service*. Oxford, Oxford University Press, 1997.

Guillén, Ana M. *Improving efficiency and containing costs: health care reform in Southern Europe*. Florence, Europe University Institute, Europe Forum, 1999.

Ham, C. *Health care reform: learning from international experience*. Buckingham, Open University Press, 1998.

Klein, R. Why Britain is reforming the NHS — again. *Health Affairs*, *17*(4), July/Aug. 1998.

Le Grand, J. & Bartlett, W. *Quasi-market and social policy*. London, MacMillam, 1993.

Maino, F. La sanitá tra decentramento e concorrenza administrata: il caso italiano in prospettiva comparata. Università degli Studi di Firenze, 1998. (Tese de Doutorado.)

Maynard, Alan. [Comunicação pessoal aos autores]. Cooperação Brasil/Reino Unido/Unicamp/Nepp, 1999.

——— & Bloor, K. Introducing a market to the United Kingdom's National Health Service. *The New England Journal of Medicine*. Massachusetts Medical Society, Feb. 1996.

North, D. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

Ordeshook, P. The emerging discipline of political economy. In: Alt, J. & Shepsle, K. (eds.). *Perspectives on positive political economy*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

Oxley, H. & MacFarlan, M. *Health care reform controlling spending and increasing efficiency*. Paris, Organisation for Economic Co-Operation and Development, 1994.

Powell, M. *Evaluating the National Health Service*. Buckingham, Open University Press, 1997.

Saltman, R. & Figueras, J. Analysing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs*, *17*(2), Mar./Apr. 1998.

Walsh, K. et alii. Contracting for change: contracts in health, social care, and other local government services. Oxford, Oxford University Press, 1997.