Programa de estudos e pesquisas em reforma do Estado e governança

Coordenação:
profª Sonia Fleury

"Debate acerca de questões teóricas, metodológicas e político-administrativas realizadas no âmbito do Programa de Estudos e Pesquisas em Reforma do Estado e Governança."

Lenaura de Vasconcelos Lobato
Trajano Augustus T. Quinhões
Cláudia Presotto

Reforma do Estado no setor saúde: os casos do Canadá, Estados Unidos e Grã-Bretanha*

* Texto elaborado a partir dos originais de Novos padrões gerênciais no setor público: o caso do sistema de saúde canadense e Reforma do Estado no setor de saúde: os casos do Reino Unido e dos Estados Unidos, onde consta toda a bibliografia consultada. Ambos os trabalhos foram financiados pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap).

1. Introdução

As iniciativas de Reforma do Estado são hoje um fenômeno mundial e estão relacionadas à crise fiscal que assola os mais diversos países, desde meados da década de 70. O setor saúde tem merecido atenção especial dos governos, por estar tradicionalmente organizado em estruturas bastante complexas, altamente burocratizadas e, portanto, caras e com tendência à ineficiência. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento tecnológico da medicina e o envelhecimento geral da população, entre outros fatores, geram um contínuo aumento da demanda social pela provisão de cuidados em saúde.

Os estudos de caso apresentados a seguir oferecem-nos informações importantes a respeito de tipos, modalidades ou combinações prováveis de sistemas de saúde, demonstrando que não se pode eleger *a priori* qualquer um deles como a solução mais eficiente e equânime para o setor em tempos de recursos escassos. Ao contrário, devem ser entendidos como experiências diversas na concepção de Estado e de seu papel na área social. É neste sentido que podem trazer contribuições concretas para possíveis encaminhamentos na realidade brasileira.

2. Canadá

O sistema de cuidados em saúde do Canadá provê um atendimento universalizado, equânime, integral e de alta qualidade. Contudo, não é propriamente um modelo unifi-

cado, e sim integrado, uma vez que cada província ou território possui as suas próprias particularidades na estruturação dos serviços.

O papel do governo central é definir políticas em termos gerais e fazer cumprir os seus princípios básicos. Para tanto, utiliza como instrumento de pressão o repasse financeiro para os sistemas provinciais de seguro social de saúde e outros mecanismos regulatórios. Além disso, oferece assistência técnica em promoção de saúde pública, programas de prevenção e pesquisa.

Desde 1957, quando da promulgação da lei sobre diagnósticos e seguros hospitalares *(Hospital Insurance and Diagnostic Act)*, ficou estabelecido que o governo federal financiaria 50% dos custos dos serviços de saúde provinciais que tivessem: a) cobertura integral e universal; b) livre acesso; c) gestão pública do plano em uma base não-lucrativa; e d) "portabilidade" dos benefícios.[1]

Já em 1966, a lei sobre assistência médica *(Medical Care Act)* implementa a mesma política para a assistência ambulatorial.

Os governos provinciais encarregam-se do restante do financiamento do sistema, o qual, em ambos os níveis, está baseado na arrecadação tributária. Além disso, legislam sobre seus próprios seguros e encarregam-se do planejamento local e dos valores a serem fixados na prestação dos serviços, entre outras atividades.

A prestação de serviços é privada. As unidades de atendimento hospitalar são constituídas como fundações sem fins lucrativos. As verbas recebidas dos governos federal e provincial são administradas por comitês compostos de médico, administradores e representantes da comunidade. Os médicos trabalham como particulares, individualmente ou em grupo.[2]

Já o cuidado ambulatorial é realizado por médicos autônomos, trabalhando também individualmente ou em grupo, sendo que a maioria (cerca de 70%) é paga por procedimento, diretamente pelo seguro provincial, de acordo com a tabela deste. Os demais são assalariados.

Apesar da aprovação majoritária da população, tem havido tentativas de reformulação do modelo canadense devido à impossibilidade de os governos federal e provinciais controlarem custos, por tratar-se de um sistema de reembolso integral aos provedores dos gastos incorridos e informados. Além disso, a ênfase na atenção ambulatorial e hospitalar, que o próprio modelo gera, torna-o bastante caro.[3]

[1] Em inglês, *portability*, o que significa a possibilidade de um usuário receber os mesmos benefícios de sua província de origem quando estiver em outra, mesmo que não faça parte da política desta última.

[2] A rede particular com fins lucrativos é bastante reduzida, e os seguros privados são suplementares e pouco populares.

[3] Em muitas províncias, o orçamento do setor saúde já constitui um terço do orçamento total e, em geral, continua a crescer.

Em 1977, foi promulgada uma nova lei *(Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act),* a fim de controlar gastos, pelo lado da oferta. Passou-se, então, a utilizar pagamentos prospectivos e orçamentos globais, cuja receita ficaria vinculada ao PNB. Com essa nova fórmula também se visava uma distribuição mais equânime entre as províncias. Desde então, o repasse financeiro federal vem diminuindo. Atualmente é apenas 21%.[4]

[4] Até recentemente, esta redução não foi muito sentida, pois o PNB ainda estava em crescimento.

As províncias direcionaram sua ação no sentido de reduzir o aporte de recursos para a busca de novos mecanismos de pagamento. No caso dos hospitais, os orçamentos globais e prospectivos substituíram os pagamentos por procedimento — incrementais por natureza. No caso dos médicos, propôs-se uma fórmula que combina o pagamento por procedimento com *o per capita*, a qual gera um teto máximo que não pode ser ultrapassado.

No campo do planejamento hospitalar, o estabelecimento de um fluxo de informações, sobre cada paciente hospitalizado, para o governo local, teve bons resultados, pois possibilita detectar excessos de internações, estadas e procedimentos e assim tomar medidas corretivas, que vão desde programas de conscientização até cortes nos pagamentos das unidades.

Por outro lado, tem-se enfatizado uma nova prática sanitária voltada para prevenção e cuidados primários e maior integração da infra-estrutura local. Neste sentido, destacam-se os programas de medicina domiciliar e comunitária, que conferem um novo *status* aos clínicos gerais, e a substituição dos antigos comitês administrativos das unidades hospitalares por conselhos regionais. Dessa forma, tem-se conseguido conter os custos reduzindo a demanda.

3. Estados Unidos

É o único país desenvolvido ocidental que não possui um sistema nacional de saúde. Bastante de acordo com a tradição do individualismo liberal, característica do país, a assistência médica se realiza predominantemente através do mercado privado. Apesar disso, a participação do Estado — sempre dentro de uma concepção assistencialista de serviços apenas para os que não podem solucionar no mercado as suas necessidades — tem crescido desde os anos 30.

No entanto, a partir dos anos 60, tal realidade tem sido questionada por defensores de um projeto nacional, estatizado e universal de cobertura de serviços de saúde, cuja proposta teve grande repercussão favorável na opinião pública. Como contrapartida, há sempre uma forte pressão do complexo industrial-médico para bloquear qualquer iniciativa nesse sentido. O embate mais recente, que tem seu ápice nos anos 90, resultou em duas propostas bastante diversas. Entretanto, antes de analisá-las, convém caracterizar, em termos gerais, como está configurada a assistência médica nos EUA.

Em coerência com o sistema federalista americano, de respeito à autonomia estadual, o governo central tem pouca atuação na área. Basicamente fica a seu encargo, no campo da execução direta, a regulação da comercialização de medicamentos entre os estados, investigações epidemiológicas especiais a compilação de estatísticas nacionais, a provisão para a população indígena e o controle sanitário referente aos imigrantes.

Na esfera estadual, como não poderia deixar de ser, cada unidade da federação tem sua própria estrutura. Basicamente, o que têm em comum é o fato de sua atuação se realizar através de programas, como os de controle de doenças infecto-contagiosas, saúde ambiental, serviço de prevenção materno-infantil. O mesmo ocorre no nível local. Em geral, a execução direta das atividades é confiada a entidades privadas, numa relação contratual com as agências governamentais responsáveis.

A provisão de serviços ambulatoriais e hospitalares, a despeito de eventuais unidades públicas locais ou estaduais, baseia-se fundamentalmente na iniciativa privada com fins lucrativos. No modelo americano, a grande maioria dos usuários utiliza os serviços através de planos ou seguros de saúde coletivos, aos quais aderem através de sua empresa empregadora. Os prêmios são divididos entre patrões e empregados, cabendo aos primeiros a maior parcela. Consultas e internações particulares são freqüentes no caso da população de maior poder aquisitivo.

A participação governamental na provisão de serviços ambulatoriais e hospitalares segue os modelos dos planos e seguros de saúde do mercado privado e restringe-se a populações fechadas, basicamente idosos (programa *Medicare)* e pobres (programa *Medicaid).* A adesão a esses programas de seguro social depende do candidato preencher uma série de critérios de elegibilidade, que variam de estado para estado. Do mesmo modo, cada unidade fede-

rativa define a abrangência dos benefícios, da cobertura e a necessidade ou não de uma contrapartida do usuário (co-pagamento). Os programas são financiados com recursos federais (cerca de 50% do montante, repassados às unidades da federação), estaduais e locais, oriundos de tributação, ficando a cargo destes dois últimos níveis a sua gestão. A prestação direta dos serviços está a cargo da iniciativa privada.

A retomada do debate sobre o modelo americano de assistência médica no final dos anos 80 deve-se principalmente ao número crescente de pessoas sem qualquer tipo de cobertura em saúde.[5] Isso porque cada vez mais pessoas não podem pagar qualquer plano ou seguro privados, ao mesmo tempo em que não conseguem preencher as condições de eligibilidade dos programas de seguro social público (*Medicaid* ou *Medicare*). Portanto, a busca de maior eqüidade para o modelo foi o que mais influiu na iniciativa de reformar esse setor nos EUA.

[5] De acordo com Hellander et alii (1995), nos anos 90, cerca de 40 milhões de norte-americanos não possuem qualquer tipo de cobertura. Já segundo Navarro (1995), 100 mil pessoas morrem anualmente nos EUA, devido não à gravidade de seus problemas de saúde, mas tão-somente à total falta de acesso aos cuidados médicos.

Uma proposta para resolver o impasse, baseada no modelo canadense de cobertura universal com financiamento público, propõe a extensão gradativa do programa *Medicare* a segmentos sócio-econômicos da população acima da faixa atualmente coberta. Não seria uma política nacional, já que se manteria a autonomia estadual para estabelecer, entre outras coisas, a abrangência dos benefícios, provavelmente diminuída para contrabalançar a ampliação da cobertura, e também a possibilidade ou não de um co-pagamento por parte de usuários de acordo com a faixa de renda. No entanto, essa proposta vem sendo obstinadamente solapada pela forte pressão política do complexo industrial-médico, destacando-se aí a poderosa indústria de seguros.

A segunda proposta, defendida pelo complexo industrial-médico, atribui os problemas detectados à falta de competição no setor, especialmente entre os provedores. A solução, em seu entender, está no incentivo à competição. Na prática, isto significa a substituição dos tradicionais seguros totais e ilimitados, com liberdade de escolha plena do usuário e forma de pagamento por reembolso integral ao profissional, por planos de saúde fechados. Nestes, os benefícios são limitados, as formas de pagamento ao profissional são o co-pagamento, o pré-pagamento (do usuário) e o pagamento por capitação, e a liberdade de escolha do usuário restringe-se àqueles provedores que conseguirem oferecer uma melhor relação custo/qualidade aos planos. Por fim, essa proposta prevê que os planos mais eficientes serão os mais competitivos no mercado,

tudo isso gerando maior economia no setor e maior possibilidade de acesso para a população.

4. Grã-Bretanha

O sistema de saúde britânico foi criado, em 1946, por uma lei (National Health Service Act) que tinha como princípio, a cobertura integral e universal de assistência médica. Estabeleceu-se que a provisão ficaria sob controle do governo, sendo financiada por orçamentos governamentais, cujas receitas repousariam sobre a tributação geral — socialmente distribuídas, portanto.

Dirigido na esfera nacional pelo Ministério da Saúde, o sistema (NHS) tem como pilares: a) serviços ambulatoriais; b) serviços especializados hospitalares; c) serviços dos hospitais universitários; e d) autoridades locais de saúde.

Conselhos executivos (cerca de 138) ficaram encarregados de administrar os serviços ambulatoriais, prestados por médicos generalistas autônomos a parcelas populacionais agrupadas. Os médicos generalistas são a porta de entrada dos pacientes no sistema, mas estes têm liberdade de escolha. O pagamento dos profissionais é feito de acordo com a população agrupada sob sua responsabilidade (*per capita*).

Os serviços especializados ficaram a cargo dos hospitais, a maioria de propriedade do Estado. Também agrupados por regiões, são administrados por cerca de 15 conselhos regionais com representantes da população, dos profissionais e de antigos proprietários, no caso de terem sido estatizados após a implementação do NHS. Geralmente, para cada grupo de três unidades, há ainda um comitê de gerenciamento indicado pelos conselhos regionais. O pagamento dos profissionais se dá sob a forma de salários.

Os hospitais universitários resistiram à sua incorporação pelos conselhos regionais, mantendo-se diretamente ligados ao Ministério da Saúde. O pagamento de seus profissionais é de responsabilidade da área de educação.

As 146 autoridades locais de saúde são responsáveis pela política preventiva, como cuidado primário materno-infantil, assistência domiciliar, unidades de doentes crônicos, idosos, doentes mentais, assistência social, acidentes de trabalho.

Desde 1974 o governo britânico busca maior racionalidade para o sistema, cuja estrutura era por demais

atomizada. A preocupação com a disparidade entre a necessidade e a utilização dos serviços de saúde levou a uma série de medidas de reorganização administrativa, como a criação da "Autoridade de Saúde por Área", responsável por todos os tipos de assistência, e, posteriormente, de cerca de 200 Distritos de Saúde para se encarregarem da integração local.

Apesar das novas instâncias não alcançarem seus objetivos, o que tornou mais necessárias as reformas foi a crise econômico-fiscal iniciada em 1976, quando então o problema deixou de ser apenas político-institucional, para ser também uma questão de contenção de custos.

Somente em 1989, o governo conseguiu elaborar uma política para enfrentar os problemas do setor, através do White Paper - Working for Patients Act. Os conservadores, então no poder, preferiam implantar um programa geral de privatizações do setor saúde, como já vinha ocorrendo em outras áreas, mas devido à forte oposição da opinião pública, o foco principal da reforma recaiu sobre a adoção de mecanismos de mercado no próprio NHS.

A introdução do conceito de "mercado interno"[6] como princípio a ser seguido estabeleceu que deve haver uma linha divisória clara entre financiamento e provisão de assistência em saúde. Os financiadores — no caso as autoridades distritais de saúde — passaram a atuar como grandes compradores de serviços de saúde para a população, forjando os provedores a competir entre si para oferecer a melhor relação preço/qualidade.

[6] O conceito de *internal market*, também chamado de *quasi-market* ou *managed competition*, foi criado por Allan Enthoven, um dos idealizadores da proposta de reforma defendida pelo complexo industrial-médico nos EUA. Posteriormente foi adotado pelos conservadores britânicos.

Além das autoridades distritais, os médicos generalistas também podem, se quiserem, assumir o papel de grandes compradores de serviços. Para tanto, tem que se candidatar a *fundholder*. O critério de elegibilidade para a função é ter ao menos 5 mil usuários sob sua responsabilidade. A partir daí ele passa a contar com um orçamento próprio para comprar uma série de serviços especializados para os usuários.

Já os provedores de assistência hospitalar e comunitários vêm sendo gradativamente transformados em unidades públicas autogerenciadas (*self-governing trusts*), cujos serviços são contratados.

5. Conclusão

As iniciativas de reforma do setor saúde no Canadá, Estados Unidos e Grã-Bretanha chamam a atenção para o fato de não existir um modelo de sistema de saúde que

possa ser considerado, por excelência, o melhor meio de alcançar eficiência e eqüidade. Pelo contrário, os casos mostram que as diferenças culturais, institucionais e de modelo preexistente determinam o curso das reformas.

No caso britânico, o modelo que vem passando por reformas é um dos pilares do sistema de bem-estar social do país. Se, por um lado, a crise fiscal levou à tentativa do Estado de desobrigar-se de prestar uma série de serviços de saúde, por outro, a forte oposição da opinião pública tem impedido a concretização de medidas mais radicais como, por exemplo, a total privatização do setor.

O Canadá, por sua vez, representa a fusão do compromisso europeu com o bem-estar social com o individualismo norte-americano. Seu sistema combina o financiamento e o planejamento públicos com uma provisão baseada na iniciativa privada. Embora o governo venha tomando medidas no sentido de promover a contenção de custos, jamais se questionou a cobertura integral e universal, ao mesmo tempo em que se busca constantemente melhorar a qualidade dos serviços.

Bastante diversa é a realidade norte-americana, cuja tradição liberal não só determinou a configuração de um sistema baseado no mercado, como vem impedindo a implementação de qualquer política que acarrete maior intervenção do Estado na sociedade. Não por coincidência, trata-se do caso em que há os mais altos níveis de iniqüidade no acesso aos serviços de saúde e de insatisfação popular com o setor.

Referências bibliográficas

Asubonteg, P.; McCleary, K. & Munchus, G. The uninsured in the United States: a strategic critical management review. *International Journal of Public Health and Management*, *10*(2), Apr./June, 1995.

Enthoven, *A. Theory and practice of managed competition in health care finance*. Amsterdam, Elsevier Science Publishers, 1988.

Hellander, I. et alii. The growing epidemic o uninsured: new data on the health insurance coverage of Americans. *International Journal of Health Services*, *25*(3), 1995.

Navarro, Vicente. The politics of health care reform in the United States,1992-1994: a historical review. *International Jounal of Health Services*, *25*(2), 1995.