

Reformas de saúde em perspectiva comparada - uma questão sem fim ou uma busca improvável

Health sector reforms in comparative perspective
– an unending quest ... or chasing a chimera

James Warner Björkman¹

Abstract *Given the problematic nature of attempts to reform national delivery systems for health care, the paper reviews the context and logic of reforms in the health sector. After a background on approaches to building capacity within three generations of public sector reforms, it examines the reforms applied to financing, organizing and delivering health services and suggests strategies for reform that take capacity into account.*

Key words *Reform, Health care, Public sector, National systems, Strategies*

Resumo *Considerando a natureza problemática das tentativas de reformar os sistemas nacionais de prestação de serviços em saúde, este documento aborda o contexto e a lógica das reformas do setor. Após um retrospecto das abordagens do aumento de capacidade em três gerações de reformas do setor público, o documento examina as reformas aplicadas ao financiamento, organização e prestação dos serviços de saúde, e sugere estratégias para reformas que levem a capacidade em consideração.*

Palavras-chave *Reforma, Assistência médica, Setor público, Sistemas nacionais, Estratégias*

¹ Institute of Social Studies.
Kortenaerkade 12, 2518AX
The Hague. Post Box
29776, 2502LT
The Hague, The
Netherlands.
bjorkman@iss.nl

As reformas procuram mudar a forma dos arranjos organizacionais. “Re-formar” é tentar mudar a “forma”, rearranjando a distribuição de custos, benefícios e recursos. Na saúde, as propostas de reforma costumam se referir a custo, acesso e qualidade – ou, reformas no financiamento (receita e gastos), serviços (quem recebe o quê, quando, onde, como) e para garantir a prestação eficiente dos serviços. Décadas de experiência sugerem que as reformas nem sempre são boas, mas, como a beleza, dependem dos olhos de quem as vêem. Como as tentativas de reforma são inevitáveis enquanto os sistemas de saúde continuarem problemáticos, este artigo revisa estratégias de reforma do setor que levam em conta a capacidade e descreve tipos de reformas na prestação de serviços de saúde.

As concepções de reforma vêm mudando nos últimos cinquenta anos¹. Os anos cinquenta e sessenta caracterizaram-se pela “construção institucional”, abordagem focalizando organizações individuais. Essas organizações seguiam os modelos – ou eram diretamente transferidas – dos países desenvolvidos. Nesse período, foram criadas muitas instituições públicas, inclusive empresas estatais para a prestação estatal de serviços. No final dos anos sessenta e início dos setenta, esta ênfase abrandou, passando-se à preocupação com o fortalecimento das instituições existentes. Em vez de buscar uma mudança total, o foco no “fortalecimento institucional” procurou instrumentos para a melhoria do desempenho.

Os anos sessenta e setenta foram o auge da administração do desenvolvimento (hoje chamada de gestão do desenvolvimento), que buscava alcançar os grupos-alvo negligenciados, em especial através da melhoria dos sistemas de prestação de serviços. Confiava-se muito no papel dos agentes do governo, em particular nos funcionários públicos, para atingir esses fins. As pessoas e não as instituições tornaram-se o foco do desenvolvimento nos anos oitenta, a nomenclatura mudou de novo – de administração/gestão do desenvolvimento para gestão de recursos humanos. O alvo era os setores de educação, saúde e população, surgindo o conceito do desenvolvimento baseado nas pessoas.

Nos anos oitenta, o ajuste estrutural levou a reformas de políticas baseadas em exigências ou “condicionalidades” em relação a mudanças socioeconômicas por parte dos recipientes dos fundos dos organismos financiadores. A idéia de construção de capacidades se expandiu, passando a incluir os esforços privados e associativos, além de iniciativas governamentais; o ambiente internacional e comportamento econômico nacional tornaram-se mais relevantes. Esse “novo institucio-

nalismo” – ou “desenvolvimento de capacidades” – veio preocupar-se com a sustentabilidade da construção de capacidades e, nos anos noventa, principalmente com um paradigma de “governança” reunindo administração pública e participação política. Esses anos também se caracterizaram pela reavaliação da cooperação técnica e o surgimento da idéia de propriedade local como fator essencial ao desenvolvimento.

Na primeira década do século XXI, o endosso internacional dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio determinou a orientação para gestão baseada em resultados e investimentos de longo prazo. A era da improvisação, espera-se, acabou, e o reconhecimento – na verdade, valorização – do trabalho árduo começou. Considerando-se a velocidade da informática, hoje enfatizam-se as redes tecnológicas direcionadas ao aprendizado contínuo e à adaptação sinérgica através do aumento da participação na construção de capacidades.

Por décadas, as reformas do setor público basearam-se na suposição de que a melhoria gerencial do governo levaria a maior progresso socioeconômico. A primeira geração de reformas tentou cortar gastos públicos e restabelecer o setor privado. Dentre as medidas, cortes no orçamento, reformas tributárias, privatização em alguns setores, liberalização dos preços e esforços ostensivos para reduzir o setor público. Este era quase sempre descrito como “inchado”, necessitado de cirurgia e dieta rigorosa.

Logo ficou claro que transformar o governo exigiria tempo e que a economia com a redução dos custos burocráticos seria insuficiente para garantir até mesmo os níveis básicos de serviços públicos. A segunda geração de reformas tentou melhorar a eficiência e eficácia do governo. Enquanto a primeira geração enfatizava a redução, contratação e melhoria do controle sobre o orçamento e os gastos públicos, a segunda geração defendia a descentralização para níveis subnacionais, criação de agências semi-autônomas no governo central e reformas na gestão de recursos humanos (recrutamento, seleção e treinamento).

A terceira geração de reformas procurou melhorar os resultados por meio de melhores serviços. Essa estratégia abrange vários setores, especialmente na saúde e educação, visando produzir um conjunto de serviços prestados por organizações governamentais e não-governamentais. Essas gerações de reformas são mais sobrepostas do que sequenciais, tendo sido agências internas e externas. A ajuda das organizações multilaterais e bilaterais implicou certas condicionalidades que exigem (o comprometimento com) mudanças go-

vernamentais para a transferência de recursos. Por outro lado, os órgãos nacionais de planejamento e os ministérios da fazenda conduziram reformas combinando essas gerações.

As reformas no setor público passam por diversos instrumentos de políticas: orçamentos “enxutos”, redução de pessoal, aumento das tarifas, terceirização e outras formas de privatização. A reforma da saúde concentrou-se em quatro opções, não mutuamente excludentes, podendo ocorrer simultaneamente. O estabelecimento de organizações autônomas; a introdução de co-pagamento pelo usuário; a terceirização de serviços; e a habilitação e regulação do setor privado.

A maioria dos países compartilha objetivos básicos nas políticas de saúde: acesso universal (ou quase) aos serviços médicos; equidade no compartilhamento das despesas financeiras com doenças; e assistência médica de qualidade. Considerando-se a crescente parcela de recursos públicos no financiamento da assistência médica, os governos passaram a se preocupar com eficiência e controle de custos. A satisfação e a escolha do paciente, bem como a autonomia dos profissionais, também são objetivos importantes.

Os arranjos nacionais para financiamento e assistência médica variam muito. Por um lado, a maior parte pode vir dos impostos, como na Escandinávia, Itália e Reino Unido. Por outro lado, na Alemanha, França e outros países, os sistemas de seguro-saúde são a maior fonte dos fundos. Em todos os países, os pacientes contribuem com as despesas com assistência médica por meio de co-pagamentos ou franquias. Na maioria dos casos, porém, os governos mitigam os efeitos dos pagamentos cobrados dos usuários, através da isenção a determinados grupos ou do estabelecimento de um limite anual cobrado das famílias.

Variações dos modelos de financiamento e contratação de assistência médica podem ser atribuídas ao desenvolvimentos históricos de cada país, mas na Europa dois eventos tiveram papel crucial como modelos para políticas. O primeiro foi a introdução do seguro social de saúde obrigatório aos trabalhadores industriais e suas famílias na Alemanha, em 1883. Diversos países europeus – assim como alguns da Ásia e América Latina – seguiram o exemplo alemão de seguro social de saúde obrigatório, patrocinado (mas não administrado) pelo governo, para proteger a renda familiar de trabalhadores industriais dos riscos de doença, incapacidade, desemprego e idade avançada. A contribuição obrigatória ao seguro social significou fluxos estáveis de renda aos chamados “fundos de saúde”, que puderam criar uma base mais

ampla para o compartilhamento de riscos. No século XX, esses fundos não-governamentais tornaram-se atores principais no cenário da política pública, compartilhando a responsabilidade pela elaboração de políticas públicas, mas sob regulação governamental ainda mais estrita.

A segunda inovação foi o estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) britânico, em 1948. O SNS ampliou o modelo alemão, oferecendo cobertura a toda a população, com custos pagos pela tributação geral. Embora os hospitais tenham sido estatizados, os médicos de família permaneceram independentes.

Na primeira metade do século XX, muitos países europeus seguiram o exemplo alemão, implementando distintos esquemas de proteção à renda para certos grupos sociais (por exemplo, benefícios aos trabalhadores industriais em caso de desemprego e incapacitação). Somente após a 2ª Guerra surgiram os programas mais abrangentes que vieram caracterizar o estado de bem-estar social, incluindo aposentadoria, benefícios em caso de incapacidade e desemprego, seguro saúde, auxílio-doença e auxílio-maternidade. Nas primeiras décadas da reconstrução do pós-guerra, houve apoio popular ao crescimento dessas políticas patrocinadas pelo Estado. Alguns países seguiram o exemplo alemão, baseado no emprego; outros preferiram o modelo do SNS, baseado na população.

A disseminação dos dois modelos não se restringiu à Europa. Países do mundo inteiro buscaram implementar programas semelhantes para proteger a renda da população (ou de grupos populacionais) dos riscos financeiros causados por doença, incapacidade e idade avançada. No fim do século XX, o financiamento da assistência médica tornara-se híbrido na maioria dos países, devido à adoção simultânea de elementos dos modelos alemão e britânico. Arranjos baseados em emprego, para certas categorias de trabalhadores, foram combinados com esquemas universais baseados em impostos e cobrindo toda a população.

Nos anos setenta, o crescimento e apoio popular aos programas de bem-estar deram lugar à reavaliação e retração². Fatores econômicos, demográficos e ideológicos contribuíram para a reformulação da idéia bastante aceita do estado de bem-estar social, que de solução para os problemas sociais tornou-se um fardo econômico e causa de estagnação econômica³. Depois da crise do petróleo nos anos setenta, a estagnação econômica, com níveis altos de desemprego, significou estagnação ou declínio das receitas do Estado, enquanto os gastos públicos continuavam a crescer.

Quando o *baby-boom* tornou-se mais visível,

os demógrafos tiveram que jogar suas projeções demográficas para baixo – e as futuras despesas com aposentadoria para cima. Ademais, as opiniões ideológicas sobre o papel do Estado haviam mudado. À esquerda e à direita do espectro político, os críticos concordavam que os poderes estatais haviam se tornado invasivos demais nas vidas dos indivíduos. O descontentamento crescente com a carga fiscal e os tristes resultados dos programas públicos, a expansão dos grupos de defesa do consumidor e de pacientes reivindicando uma voz mais forte nas decisões sobre alocação e organização da assistência médica – tudo isso desafiou os arranjos de bem-estar social existentes. Os governos buscaram modelos alternativos de governança para reduzir o papel dominante do Estado e descentralizar a tomada de decisão, com mais espaço à escolha individual e idéias empreendedoras^{4,5}. Alguns países deram passos hesitantes na introdução da competição e do mercado no campo da assistência médica através da redução do controle estatal sobre o financiamento e o planejamento dos serviços de saúde. Também se buscou ampliar o leque de opções de prestadores de serviços e seguro saúde. Outros lançaram mão de ferramentas tradicionais de controle dos gastos públicos, estabelecendo orçamentos rígidos, reduzindo o escopo do seguro público e aumentando os pagamentos diretos pelos pacientes.

Efetivamente, apesar da retórica do aumento do papel do setor privado e do *downsizing* no governo, o setor privado já respondia por uma parcela extensa da prestação de serviços de assistência médica em todos os países. Na maior parte, o setor privado é frequentemente maior que o público – mas, devido a fatores ideológicos ou ao que por vezes chamamos de “pensamento de grupo”, o setor privado não é reconhecido e, assim, não é mensurado, pelo menos nas estatísticas públicas. Financiado principalmente por desembolso direto, grande parte é regulado. Assim, em vez de reduzir o número de empregados – uma reforma em geral aplicada ao serviço público – a maior parte das reformas na saúde dos países em desenvolvimento enfatiza a reorganização interna do setor público, em especial através da descentralização e terceirização.

As reformas da saúde têm paralelo com as reformas dos serviços públicos. Na maioria dos casos, não foram estimuladas por motivos ideológicos, mas por recessão econômica e graves problemas fiscais do Estado. A queda dos orçamentos governamentais afetaram de forma adversa a prestação de serviços, mesmo nos países com desempenho razoavelmente bom na prestação de assistência médica à população. Pressões para refor-

mas na saúde, portanto, muitas vezes emanam dos ministérios mais centrais, como finanças e planejamento. Em muitos casos, os ministérios da saúde lutam para reinterpretar e responder a diretivas políticas fora de seu controle. Na Colômbia, dirigentes políticos, aliados a especialistas de Harvard, forçaram a implementação de reformas que integraram o sistema de saúde a uma rede mais ampla de previdência social⁶. A “demanda”, por parte dos beneficiários, era evidentemente inexistente.

Recessão econômica e crise fiscal atingem não só os tipos de políticas implementadas, mas as reações a elas por parte de usuários, beneficiários e cidadãos. Para muitos governos, o aumento da receita por meio de co-pagamento pelo usuário para suplementar recursos orçamentários governamentais foi crucial, devido à crise econômica endêmica. Contudo, o sucesso da política, ainda que lógico teoricamente, foi limitado pela capacidade decrescente dos cidadãos de pagar por assistência médica. Ademais, o custo administrativo de cobrar taxas dos usuários e de monitorar as categorias isentas muitas vezes ultrapassa o valor arrecadado. A reforma inicial, por mais bem-intencionada que fosse, não considerou os inevitáveis custos de transação.

Se, por um lado, as reformas têm sido amplamente apoiadas em cenários internacionais e por especialistas, por outro, sua implementação tem tido muito mais limites. É difícil avaliar o real potencial para reformas na área da saúde, pois é necessário mais tempo para avaliação. Frequentemente, no entanto, e de forma bastante irônica, os países com pautas de reformas mais radicais parecem ser aqueles com menor capacidade de implementá-las – ou, segundo o cáustico comentário de Caiden e Wildavsky⁷ há algumas décadas, sobre planejamento e orçamento: quanto menor a capacidade, maior a ambição, e vice-versa. Perniciosamente, a profundidade da recessão econômica nesses contextos leva a uma abordagem radical dos pronunciamentos políticos, embora reduza a habilidade de implementação de agendas radicais.

Há outros tipos usuais de restrição de capacidades. Limitações quanto a recursos humanos, em termos de quantidade disponível de pessoal qualificado e motivação da equipe para desempenhar suas tarefas, são problemas amplamente encontrados. A cultura organizacional frequentemente milita contra a operacionalização efetiva de novas formas de governo. Em organizações que favorecem a hierarquia e o comando em detrimento de iniciativa e desenvolvimento de equipe, a autonomia formalmente concedida às entidades governamentais pode não ser totalmente aproveitada.

Enquanto a nova gestão pública enfatiza a importância de se vincular desempenho à premiação, sistemas paralelos de informação frequentemente corroem os sistemas formais de reconhecimento. Por exemplo, as promoções em geral ocorrem com base em sistemas de protecionismo e favorecimento dentro do tradicional sistema patrimonial, em oposição a avaliações efetivas de desempenho. Sistemas fundamentais, como os de informações gerenciais, muitas vezes apresentam desempenho ineficaz. Outra barreira é a falta de incentivos aos profissionais da área da saúde para planejar ou monitorar a informação produzida. Em outras palavras, quase não há sistema de *feedback* para tomada de ações para autocorreção.

Outro sinal de pouca capacidade é a má coordenação entre diferentes atores^{8,9}. Os governos enfrentam dificuldades ao traduzir suas amplas políticas em estratégias concretas de implementação. Assim, há problemas para especificar e definir legalmente os detalhes das políticas de descentralização. Não é claro, por exemplo, que nível do governo tem responsabilidades e direitos financeiros. Tampouco fica claro qual organização deve fornecer quais dados e a quem. Estes são problemas simples, mas desastrosos, relacionados à coordenação.

Algumas das limitações de capacidade têm raízes no setor público como um todo e não apenas no Ministério da Saúde ou órgãos similares. Isto se aplica à gestão de recursos humanos, mas também a outras áreas. Por exemplo, até recentemente, toda a receita gerada pelo pagamento cobrado dos usuários tinha de ser devolvida ao Ministério da Fazenda, que pouco incentivava sua arrecadação. Tal desestímulo acaba fazendo com que tais tarifas não tenham impacto sobre a qualidade dos serviços médicos. Por outro lado, quando se permite que hospitais locais fiquem com as tarifas cobradas dos usuários, em vez de devolvê-las aos cofres públicos, eles não apenas têm um melhor registro de arrecadação, como reinvestem o excedente em benefícios duráveis, como equipamentos de melhor qualidade, estoques mais confiáveis de medicamentos e suprimentos e até mesmo tarifas mais baixas (ou isenção) aos verdadeiramente necessitados¹⁰.

Outro fator que influencia a capacidade e está fora do controle dos ministérios da saúde é o desenvolvimento limitado do setor privado. Isto, ou a profundidade inadequada do setor privado na saúde, retarda os esforços do governo para terceirizar os serviços. E ainda mais importante, implica que o governo tenha poucos exemplos locais de práticas efetivas de gestão em organizações. Há um estoque limitado de habilidades de gestão disponíveis na economia.

Quando se descreve as reformas na saúde, as questões relevantes incluem os tipos que estão sendo aplicados (ou no mínimo recomendados) e se estão funcionando em contextos locais ou nacionais. Ao abordar tais questões, devemos estar atentos ao fato de que as generalizações – ou seu oposto, os exemplos específicos e limitados – tendem a criar uma caricatura da realidade. O mundo é vasto e diversificado; então, procuramos provas concretas de que as reformas na saúde estejam funcionando.

Pressões internas e externas por mudanças incentivaram os governos a procurar soluções e idéias em contextos internacionais, o que estimulou a proliferação de estudos comparados de políticas de saúde. A maior parte desses estudos consiste em casos descritivos, sem uma terminologia comum. Termos como “reforma da saúde”, “competição administrada” e “assistência médica com foco no consumidor” são usados com frequência, mas raramente operacionalizados. Enquanto os estudos comparativos concentram-se em analisar os processos da reforma da saúde no mundo inteiro, muito poucos se concentram de forma conceitual naquilo que se propõem a explicar.

Um problema comum é a idéia de que as políticas descritas pela lei ou em documentos formais do governo são as mesmas de fato implementadas. Por diversas razões, o resultado das reformas por vezes difere muito das intenções e enunciados originais das políticas. Os governos, enfrentando o descontentamento público face a resultados não desejados, se sentem pressionados a ajustar suas políticas.

A “reforma da saúde” implica mudanças fundamentais no poder de tomada de decisões sobre alocação de recursos e riscos financeiros do financiamento, contratação, propriedade e administração da assistência médica. Tais mudanças incluem a abolição ou restabelecimento da contratação seletiva de prestadores de serviços, alterações na responsabilidade sobre os investimentos de capital e expansão ou retração dos direitos relativos a saúde pública, bem como restrições à tomada de decisões dos médicos segundo as práticas habituais. O poder de tomada de decisão e os riscos financeiros podem mudar do nível nacional para os regionais e locais (ou vice-versa); e também do controle do governo para as operadoras de seguros e pacientes individuais e segurados.

Experiências empíricas com objetivos e métodos de reforma na saúde indicam uma convergência global potencial em padrões de desempenho, mas os países implementam as mudanças dentro dos próprios legados e restrições institucionais e limites políticos existentes. O ritmo e velocidade da

mudança dos processos de reforma na saúde também variam. Em alguns países, os governos implementam rapidamente grandes mudanças. Em outros, com forte oposição de interesses organizados, os esforços de reformas sofrem ajustes, atrasos ou são abandonados.

Qualquer sistema de assistência médica pode ser descrito em termos de uma combinação, específica de cada país, de financiamento público e privado, contratação e formas de prestação de serviços^{11,12}.

Há cinco principais fontes de financiamento: tributação geral (receitas gerais, impostos específicos e dispêndios de impostos), seguro público e privado, pagamentos diretos pelos pacientes (copagamentos, co-seguros, franquias e serviços não-segurados) e contribuições voluntárias. Para alguns países, a ajuda externa também pode ser um recurso essencial.

Da mesma forma, há três modelos básicos de contratação. No “modelo integrado”, o financiamento e a propriedade de serviços estão sob a mesma responsabilidade (pública ou privada). O exemplo mais conhecido é o SNS britânico, que oferece assistência médica financiada por impostos a toda a população. O “modelo de contratação” permite que governos ou outros pagantes (em geral órgãos administrativos de seguro social de saúde, mas às vezes operadora privadas de seguro) negociem contratos de longa duração com os prestadores de serviços de assistência médica. O terceiro modelo, comum no seguro privado, é o reembolso, em que o paciente paga o prestador de serviços e recebe reembolso da operadora de seguro. Assim, a administração e a propriedade dos serviços médicos podem ser públicas, privadas (com ou sem fins lucrativos) ou um misto dos dois. Ademais, existem combinações específicas de cada país entre serviços formais e informais, medicina moderna e tradicional e serviços sociais da área médica.

Combinações desses elementos centrais – financiamento, contratação (incluindo formas de pagamento) e propriedade – determinam a alocação de riscos financeiros e o poder de tomada de decisão entre os principais atores da saúde. A propriedade estatal e os serviços financiados por impostos implicam forte influência governamental, enquanto o financiamento privado (pagamentos via operadoras de seguros e diretamente pelos pacientes), junto com a existência de provedores independentes legalizados, restringe o papel do Estado, embora os governos possam impor regras – e muitas vezes o façam – para proteger os pacientes ou a qualidade e o acesso aos serviços de saúde.

Estas condições ajudam a caracterizar os atri-

butos dos sistemas e das políticas de saúde, mas não explicam as causas ou os efeitos de mudanças de políticas. Para entender as trajetórias de reforma de cada país, deve-se investigar além das pressões internas e externas por mudanças, as características estruturais dos processos de formulação e implementação das políticas sociais, que permitem aos políticos e empreendedores de políticas modificar o sistema. Os legados institucionais e o apoio popular às estruturas das políticas existentes criam fortes barreiras às mudanças.

Algumas reformas propostas para a área de saúde consistem em medidas de ajuste estrutural disfarçadas. Em geral, são complicadas e na maioria das vezes *top down*. Outras medidas necessitam de mudanças mais abrangentes, mas são politicamente inaceitáveis, sua execução requer forte determinação. Se o simples começo em geral já constitui um enorme problema, planos de implementação elaborados tendem a nunca sair do rascunho.

Mais importante ainda – e obscurecendo os limites observados acima – é que as reformas propostas passaram a significar intervenções na saúde “baseadas no mercado”. O conceito foi promovido por um paradigma de reformas na saúde que encontra um paralelo e integra o chamado Consenso de Washington. É importante falar sobre os pressupostos das reformas baseadas no mercado, porque se baseiam na idéia de que uma orientação mais decisiva ao mercado na área de saúde aumentaria a eficiência. Não há provas, entretanto, de que os sistemas de prestação de assistência médica baseados no mercado sejam mais eficientes que os sistemas públicos, nem mesmo em países como os Estados Unidos¹³. Quase duas vezes mais recursos financeiros (quase 15% do PIB) são necessários para que os Estados Unidos forneçam o mesmo tipo e qualidade de assistência oferecida por países europeus ocidentais, que investem apenas 7 ou 8% do PIB – sinal de que há diversas deficiências no sistema de saúde mais baseado em mercado do mundo.

Uma razão para deste padrão é que a assistência desnecessária é lucrativa, outra é que – nos sistemas nos quais as empresas privadas, com fins lucrativos, de seguros saúde desempenham um papel fundamental – custos de transação (administrativos e outros) são muito altos, da ordem de 20 a 40%. Nos Estados Unidos, *as empresas privadas de seguros [de saúde] gastam por volta de 15% de seus orçamentos em administração – grande parte dedicada a manter os doentes fora das listas de pagamento e, caso isto não funcione, a descobrir formas de não pagar por suas despesas médicas – enquanto o Medicare [seguro-saúde universal, com fi-*

nanciamento federal, para americanos com idade igual ou superior a 65 anos] gasta 2% [...]¹⁴. Assim, mesmo usando critérios tradicionais de eficiência, evidências de muitos países indicam que os sistemas públicos de saúde podem ser não apenas equitativos, mas também mais eficientes que os sistemas de saúde baseados no mercado.

Entretanto, nem todos os sistemas públicos de saúde são eficientes. O fato é que sistemas públicos de saúde ineficientes podem tornar-se mais eficientes através da melhoria de políticas públicas. Uma orientação de mercado não é, por definição, o caminho mais adequado para melhorar os serviços de saúde para a população. Entretanto, as reformas que pretendem fortalecer as políticas públicas de saúde e o financiamento público da saúde via impostos são descartadas como sendo “inviáveis”. Essa rejeição é reforçada por importantes economistas da área da saúde, alegando-se que o papel do governo é “ajustar as deficiências do mercado” encontradas no setor. A hipótese fundamental é que um “mercado perfeito” – sem deficiências – fornece o melhor sistema de saúde. Esse modelo idealista implica que a demanda, expressa pelo poder aquisitivo, deve, em última instância, determinar o fornecimento e uso dos serviços de assistência médica. Desta forma é, por definição, impossível que um mercado perfeito forneça serviços de assistência médica de acordo com a necessidade – independente da capacidade de pagamento. Só se os grupos com a maior necessidade de assistência médica também tivessem os maiores recursos para contratar tais serviços é que as “forças do mercado” seriam um possível regulador do acesso à saúde.

Na realidade, o oposto é verdade. Os menos privilegiados economicamente são os que vivenciam as maiores incidências de doenças e têm, assim, as maiores necessidades de tratamento. Se o objetivo permanece o de prover assistência médica de acordo com a necessidade, devemos procurar meios de melhorar o sistema público de saúde, que atende às necessidades de saúde e nutrição daqueles com menor capacidade de pagamento. Isso não exclui o papel de um setor de saúde paralelo, privado, com fins lucrativos, que atenda principalmente às necessidades dos grupos mais privilegiados, mas as consequências desta opção de *exit* devem ser equilibradas com o interesse público. É preciso mudanças estruturais profundas para que as reformas da saúde entrem em uma trajetória sustentável que assegurem o mínimo de assistência a todos os cidadãos. Infelizmente, a assistência prestada por hospitais públicos em vários países tornou-se insustentável aos mais pobres, devido

às altas tarifas cobradas dos usuários. Custos adicionais ocultos complicam esta situação – “pagamento por debaixo do pano” feitos aos médicos são apenas um exemplo^{15,16}. Subsidiar sistemas desse tipo, em vez de reformá-los, apenas canalizaria fundos adicionais para recipientes errados (não-pobres).

Reformas no setor saúde foram usadas como muletas para fingir que o sistema está sendo modificado, quando tudo se mantém ou até mesmo retrocede. A questão não é se as pessoas devem dividir os custos – porque sempre terminam pagando. A verdadeira questão é quem deve pagar mais e quem deve pagar menos ou não pagar nada. Que arranjos seriam mais eficazes e sustentáveis?

Políticas que visam equidade em saúde devem ser implementadas a partir de um nível central. Até que a situação da equidade melhore, os serviços públicos de saúde devem ser financiados principalmente pelos governos (central e local). O financiamento deveria se afastar dos esquemas regressivos de “pagamentos por procedimento e aproximar-se de esquemas de pré-pagamento aos quais toda a população – não apenas os doentes – contribua. Impostos progressivos diretos e indiretos constituem a base financeira de um sistema de atenção à saúde eficiente, baseado em equidade. Os fundos governamentais poderiam, então, ser utilizados para financiar serviços públicos de saúde ou subsidiar seguros sociais de saúde que gradualmente venham cobrir toda população. Receitas provenientes de impostos gerais são uma fonte recursos financeiros para a saúde. A utilização dos recursos (humanos, materiais, organizacionais e financeiros) deve ser racionalizada melhor adaptada às necessidades reais.

Esta política acarretará em realocação (ou mesmo corte) de pessoal, e mobilização de recursos adicionais para programas comunitários.

Essa estratégia é vinculada a reformas a médio prazo que elevam a renda dos profissionais de saúde a padrões mínimos de sobrevivência, baseadas em incentivos financeiros e não-financeiros.

Reformas do setor público de saúde não precisam privilegiar excessivamente o setor privado. A difundida concepção de incompetência do setor público não é uma realidade. O sistema público tem muitas falhas, mas também tem muitas qualidades. À medida que serviços essenciais são agilizados e fortalecidos, serviços auxiliares podem ser terceirizados para o setor privado – contanto que um sistema justo de competição seja implementado. A garantia de equidade deve ser prioridade número um. Esta observação nos leva à antiga questão da “vontade política”, que não é, realmen-

te, uma questão de “vontade” propriamente dita e sim de “escolha”, escolha política, e comprometimento. Sendo uma questão de escolha, a responsabilidade de se mover em direção a reformas adequadas permanece exclusiva de cada governo.

Em 1993, o Banco Mundial reconheceu que “as políticas governamentais que promovem uma combinação de equidade e crescimento serão melhores para a saúde do que aquelas que promovem apenas crescimento”¹⁷. Além disso, a melhor saúde da população contribuiu significativamente ao avanço do crescimento econômico. As intervenções médicas são necessárias para lidar com doenças infecciosas e agudas, mas maior equidade socioeconômica é fundamental para superar o desafio da saúde.

O direito humano à saúde exige comprometimento político em todos os níveis para dar fim às desigualdades globais, nacionais e locais, inclusive o acesso desigual aos serviços de saúde e assistência médica. Sem esse comprometimento político, as condições socioeconômicas que fazem com que a “Saúde para Todos” seja possível não existem e nem podem existir. São necessárias ações muito além de políticas de saúde, pois as desigualdades

na saúde originam-se de estruturas socioeconômicas. É importante entender os papéis dos diversos atores que influenciam a saúde da população e o arcabouço conceitual claro das políticas sociais, visando promover a saúde de forma efetiva. Tal arcabouço deve ser ajustável a mudanças nas idéias, investigações ou intervenções propostas e ser garantido por comprometimento político.

Em busca do desenvolvimento equitativo, os paradigmas sociais modernos denotam novas perspectivas ecológicas de prevenção de doenças e proteção, ampliação e promoção da saúde em nível global. Esses paradigmas ajudam a formular políticas nacionais de saúde viáveis por meio da elaboração e integração de estratégias internacionais, como Saúde para Todos, atenção básica e planejamento populacional e conflitos e discussões entre atores envolvidos nos processos das políticas sociais em diferentes níveis podem ser resolvidos, causas de problemas de saúde podem ser identificadas e por parte de formuladores de políticas profissionais, grupos e indivíduos. Conhecimento e conscientização sobre os paradigmas modernos ajudam a garantir o desenvolvimento social.

Referências

1. Whyte A. *Landscape Analysis of Donor Trends in International Development*. New York: The Rockefeller Foundation; 2004.
2. Timmins N. *The Five Giants: A Biography of the Welfare State*. London: Fontana Press; 1995.
3. Wilensky HL. *Rich Democracies, Political Economy, Public Policy, and Performance*. Berkeley: University of California Press; 2002.
4. Ranade W, editor. *Markets and Health Care: A Comparative Analysis*. New York: Addison Wesley Longman; 1998.
5. Cutler DM. Health Care and the Public Sector. In: Auerbach AJ, Feldstein M, editors. *Handbook of Public Economics*. vol 4. Amsterdam: Elsevier; 2002. p. 2143-2243.
6. Bossert TW, Hsiao M, Barrera L, Alarcon M, Leo M, Casares C. Transformation of Ministries of Health in the Era of Health Reform: The Case of Colombia. *Health Policy and Planning* 1998; 13: 59-77.
7. Caiden N, Wildavsky A. *Planning and Budgeting in Poor Countries*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Books; 1980.
8. Akukwe Ch. The Need for a Closer Working Relationship between Public Health and Public Administration Professionals. *PA Times* 1999; 22(4):3-4.
9. Cooper GA. *Health Sector Reform: A Study of Contracting of Local Government Primary Health Care Delivery to NGOs in Mumbai (India)* [unpublished MA thesis]. The Hague: Institute of Social Studies; 1997.
10. Björkman JW, Mathur K. *Policy, Technocracy and Development: Human Capital Policies in the Netherlands and India*. Delhi: Manohar Publishers; 2002.
11. OECD. *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 1992.
12. OECD. *The Reform of Health Care: A Review of Seventeen OECD Countries*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 1994.
13. Marmor TR. Hope and Hyperbole: The Rhetoric and Reality of Managerial Reform in Health Care. *Journal of Health Services Research and Policy* 1998; 3:62-64.
14. Hertzberg H. Ghostbusters. *The New Yorker* 2007; Oct 1; p. 38.
15. Avetisyan N. *Provision of Health Care for the Most Vulnerable Groups in Armenia: Implementation in the Government and Armenian Red Cross Society*. [unpublished MA thesis]. The Hague: Institute of Social Studies; 2002.
16. Baru R. *Private Health Care in India: Social Characteristics and Trends*. New Delhi: Sage Publications; 1999.
17. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington, D.C.: World Bank; 1993.

Artigo apresentado em 27/11/2008

Aprovado em 02/02/2009