

“Austeridade” no Serviço Nacional de Saúde inglês: fragmentação e mercantilização – exemplos para não seguir

“Austerity” in the English National Health Service: fragmentation and commodification – examples not to follow

“Austeridad” en el Servicio Nacional de Salud inglés: fragmentación y mercantilización – ejemplos a no seguir

Lígia Giovanella ¹

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

L. Giovanella
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.
giovanell@ensp.fiocruz.br

O Serviço Nacional de Saúde inglês (National Health Service – NHS) é o exemplo fundante e referência internacional de sistema nacional de saúde público, de acesso universal com financiamento fiscal. Garante atenção integral por meio de atenção primária tradicionalmente forte com obrigatoriedade de registro dos cidadãos em uma clínica de médico generalista (General Practitioners – GP), com função de porta de entrada e filtro para acesso ao especialista, que está situado em um segundo nível, no ambulatório de hospitais, em sua grande maioria públicos ¹. Ocupa a primeira posição no *ranking* de sistemas de saúde entre 11 países ricos quanto ao acesso, equidade, eficiência e qualidade da atenção, enquanto os Estados Unidos com um sistema de saúde fundado em seguros privados, prestação predominante privada e o gasto em saúde mais elevado do mundo, ocupam a última posição ².

O NHS desde seu início em 1948 passou por diferentes reformas organizacionais para garantir universalidade com equidade, adequando a estrutura assistencial às necessidades de saúde com organização regionalizada de serviços e alocação de recursos conforme as necessidades populacionais e especificidades regionais. Todavia, com o governo conservador de Margaret Thatcher, a partir de meados dos anos 1980, as reformas mudaram de curso, sendo orientadas para o mercado. Foi estabelecida a separação de funções entre compradores e prestadores com relação mediada por contratos, constituindo o

chamado “mercado interno” e introduzidos novos modelos de gestão nos hospitais públicos ³.

Em 1997, com o governo trabalhista de Tony Blair, a despeito do discurso de nova cultura mais cooperativa no setor público e de críticas à competição por aumento de gastos administrativos e de desigualdades de acesso, elementos-chave do mercado interno foram mantidos. A separação de funções permaneceu, mas ocorreu reorganização com a criação dos Primary Care Trusts (PCT) como órgão público administrativo do NHS em nível local, responsável pela saúde da população de seu território. Os PCTs passaram a gerenciar 80% dos recursos financeiros do NHS para contratualizar serviços especializados dos hospitais públicos. O subfinanciamento do NHS foi reconhecido e promovido aumento de gastos públicos em saúde de 5,3% do PIB em 2000 para 7% em 2008, com conseqüente redução de tempos de espera e aumento da satisfação dos usuários ^{1,3}.

Com a crise financeira internacional, a partir de 2010 o governo conservador-liberal de David Cameron implementou políticas de austeridade para a “consolidação” do orçamento público, centradas em drásticos cortes de gastos, incluindo a saúde ⁴. Em março de 2012, foi aprovada a lei *Health and Social Care Act 2012* ⁵, que promoveu a mais ampla e dramática reforma do NHS desde a sua criação em 1948. Estabeleceu cortes de gastos de 20 bilhões de libras e objetivou expandir a livre competição e o mercado ao flexibilizar e

reduzir o controle central, dar autonomia para estruturas locais comandadas pelos GPs, incentivar a competição com contratação de qualquer prestador, público ou privado, e a escolha de prestadores pelos pacientes.

A lei modificou estruturalmente o NHS da Inglaterra. Extinguiu Autoridades Estratégicas de Saúde (Strategic Health Authorities – SHA) e PCTs, que foram substituídos por organizações de GPs, os Clinical Commissioning Groups (CCG), coordenados por nova estrutura, independente do Departamento de Estado de Saúde (DoH), o NHS England. Transferiu as responsabilidades de saúde pública para governos locais e uma nova organização: Public Health England⁴. Ampliou funções das agências de regulação e determinou a transformação de todos os estabelecimentos de saúde do NHS em fundações (NHS-FT) com ampla autonomia e prestação de contas local.

O processo de implementação foi complicado com desorganização por abolição de estruturas anteriores e criação de novas, redefinições e mudanças de gestores ao longo do tempo e realocação ou demissão de milhares de profissionais⁶. É de se imaginar o tamanho da desorganização administrativa provocada pela transferência de 65 bilhões de libras para GPs sem experiência na contratação de serviços³.

Passados mais de três anos da promulgação da lei, é possível conhecer o que foi implementado e examinar as repercussões. Relatório do King's Fund ao avaliar em detalhe a implantação da reforma até 2015 destaca a mercantilização ocorrida, a fragmentação e desorganização com prejuízo para a condução do sistema de saúde e a complexidade do sistema de regulação⁷.

Fragmentação do sistema e des-territorialização

A reorganização do sistema ao invés de uma estrutura mais simples, como argumentado pela coalizão governamental, produziu um sistema muito mais complexo com importante fragmentação, na gestão, regulação e contratualização, fraturando estruturas e superpondo competências e produzindo ineficiências.

A responsabilidade do DoH, a administração central do NHS com operação por toda a Inglaterra, foi fragmentada em muitas organizações, com funções de supervisão sobre diferentes partes. Não há mais uma organização responsável por planejar e organizar o sistema de atenção e a rede de saúde como um todo⁷. A separação do NHS England do DoH reduziu o dever do Estado e a responsabilidade do Secretário de Estado de

Saúde por prestar contas pelo NHS, concretizando a letra da lei que altera o dever do Secretário, ao substituir o “*duty for provide care*” por “*duty to promote care*”^{8,9}.

Novas agências de regulação com superposição de funções tornaram o sistema de regulação confuso e propenso a falhas com repercussões sobre a qualidade⁷.

A responsabilidade por contratualização (*commissioning*) foi fragmentada entre NHS England, CCGs, unidades de apoio à contratualização (parte delas parcerias com empresas de seguros privados e firmas de consultoria)¹⁰ e governos locais, responsáveis por contratar serviços de saúde pública.

A fragmentação da contratualização leva à contratação de diferentes prestadores para cuidados e tratamento de um mesmo agravo. Afeta a continuidade do cuidado e resulta em insuficiente coordenação entre atenção primária especializada e terciária, e entre programas de saúde pública e cuidados individuais.

A transferência de ações de saúde pública para governos locais produziu dicotomia entre atenção individual e coletiva, que somada à responsabilidade dos CCGs apenas pelos pacientes de suas listas, determina perda da perspectiva territorial e de planejamento e orçamento de base populacional⁹.

Compradores e prestadores em competição no mercado não conhecem limites territoriais. A organização territorial com oferta regionalizada de serviços secundários é desmantelada e a perspectiva populacional evanesce. A competição pode levar à contratação de serviços em qualquer área geográfica, e exige que os prestadores estabeleçam inúmeros contratos para atender os pacientes de diversos CCGs com aumento de gastos administrativos e locomoção.

Mercantilização

Amplio espectro de autores concordam que a lei promoveu maior mercantilização no NHS^{3,7,8}, expressa na ampliação da competição entre prestadores e da escolha pelos pacientes, novas formas de gestão dos estabelecimentos públicos, gerencialismo, incentivos para compra de serviços privados, privatização das unidades de apoio à contratualização e de serviços por licitação para concessão de franquia por operador privado, orçamentos personalizados para cuidados contínuos.

A atenção à saúde permanece publicamente financiada, mas deve ser prestada em um mercado competitivo por meio de contratualização de qualquer prestador qualificado competitivo

(*any qualified provider*). A obrigatoriedade de oferta pelos CCGs de opções de prestadores aos seus pacientes amplia a competição e o mercado privado associa a personalização dos cuidados à responsabilização dos pacientes¹¹.

Observa-se aumento da compra de serviços no setor privado incentivado pela lei. Não obstante, a proporção de gastos do NHS com prestadores privados permanece baixa. Em 2007/2008, era de 6,4%¹ e em 2013/2014 correspondeu a 9,3% do orçamento anual do NHS de 102,6 bilhões de libras¹². Estima-se que das licitações realizadas em 2014, 40% dos recursos foram para contratação de serviços privados¹². Os aumentos mais expressivos de participação privada foram entre prestadores de serviços de saúde comunitários, que cresceu de 20% em 2011/2012 para 31% em 2013/2014. No setor hospitalar, contudo, o gasto de compra de serviços privados permaneceu marginal: 4%¹³.

Novas formas jurídicas dos hospitais públicos (NHS-FT) implicam mercantilização na medida em que para sobreviverem na competição devem captar recursos de outras fontes e ofertar o que avaliam como rentável, com prestação controlada apenas por padrões mínimos de qualidade, distanciando-se das necessidades de saúde da população¹⁴. Interesses e *ethos* privados passaram a imbricar-se nos serviços públicos, com a presença cada vez mais frequente de gerentes de organizações do NHS vindos do setor privado em substituição a servidores públicos de carreira, abandonando-se o *ethos* público pelo *ethos* comercial em detrimento dos interesses dos pacientes¹⁴. Todavia, o modelo NHS-FT parece ter se esgotado por progressivas dificuldades financeiras e problemas de qualidade^{7,12,15}.

Os cortes já realizados de 15 bilhões de libras provocaram repercussões sobre a qualidade¹², aumento de tempo de espera¹⁶ e redução da satisfação dos pacientes¹⁷. Progressivas dificuldades financeiras, déficits orçamentários, problemas de qualidade e má gestão, elevados débitos das parcerias público-privadas para o financiamento da infraestrutura, escassez de profissionais nos serviços de saúde, tornaram-se problemas frequentes^{7,12,15}.

Ao contrário do propugnado pela coalizão conservadora-liberal, mercantilização e fragmentação produziram ineficiências com majoração importante dos gastos administrativos (de 6% para 15%) por milionários processos de licitação, fusões e contratações de consultorias privadas⁷. Estima-se em 19 bilhões de libras (100 bilhões de reais!) o preço para o NHS funcionar como mercado.

Não se observa, contudo, privatização no financiamento. A atenção à saúde continua sendo financiada com recursos públicos, predominantemente fiscais. Em 2013, os gastos públicos com saúde representaram 85% dos gastos totais em saúde e corresponderam a 7,3% do PIB com pouca variação nos últimos anos^{4,18}.

Em síntese

É consensual que a reforma conservadora-liberal aprofundou a mercantilização e produziu fragmentação do NHS, todavia, ainda não ocorreu ampla privatização. A experiência de uso dos pacientes, no dia a dia, até o momento, não foi substantivamente modificada, o que em parte pode ser creditado ao compromisso dos servidores públicos que sofrem e implementam as mudanças³.

Não há evidências de que o novo arranjo de separação entre compra e prestação é mais efetivo para melhorar a qualidade dos serviços ofertados, nem que a competição produz efeitos de eficiência que compensem o aumento dos custos de transação decorrentes da competição⁷.

A reforma dá continuidade a iniciativas anteriores. O processo de mercantilização do NHS teve origem no governo Thatcher, que abriu para o mercado. Continuou com o novo trabalho que reorganizou o mercado interno, ampliou a regulação e pavimentou o caminho para a coalizão conservadora-liberal escancarar a abertura para o mercado. De um 'mercado interno' para um "mercado externo" não gerenciado.

Esse processo insidioso e contínuo de mercantilização borra fronteiras entre público e privado¹⁹, ameaça a sustentabilidade do NHS enquanto um sistema público universal integral e a garantia do direito à saúde^{4,8}.

Não obstante, no processo de implementação de qualquer política ocorrem mudanças influenciadas pelo legado das políticas anteriores, pela pressão dos atores, por necessárias negociações, pela atuação de quem a executa na gestão e na linha de frente da prestação de cuidados. A reforma está em andamento e este pode ser mais um episódio (ainda que muito importante) de um processo gradual de mudanças do NHS que transformou a sua estrutura, mas que segundo Klein³, em geral o manteve fiel à sua missão.

O NHS permanece um sistema financiado com recursos fiscais de acesso universal, em geral sem pagamento no ato da utilização (exceto medicamentos), e parece ter sobrevivido como tesouro nacional. Continuará a sê-lo?

1. Boyle S. United Kingdom (England): health system review. *Health Syst Transit* 2011; 13:1-483.
2. Davis K, Stremikis K, Squires AD, Schoen C. *Mirror, mirror on the wall: how the performance of the U.S. health care system compares internationally*. 2014 Update. New York: The Commonwealth Fund; 2014.
3. Klein R. *The new politics of the NHS: from creation to reinvention*. 7th Ed. London: Radcliffe Publishing; 2013.
4. Giovanela G, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:2263-81.
5. United Kingdom. Health and Social Care Act 2012. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted> (acessado em 02/Ago/2012).
6. Campbell D. 7,000 key NHS clinical staff made redundant amid enforced cuts. *The Guardian* 2013; 31 dez.
7. Ham C, Baird B, Gregory S, Jabbal J, Alderwick H. *The NHS under the coalition government. Part one: NHS reform*. London: The King's Fund; 2015.
8. Pollock A, Roderick P. Duty to care and universal access to health: in defence of a duty to care and provide universal access to health in the face of limited resources. *Med Leg J* 2015; 83:172-84.
9. Pollock A, Price D. How the secretary of state for health proposes to abolish the NHS in England. *BMJ* 2011; 342:d1695.
10. NHS England. NHS England launches new framework for commissioning support services. <https://www.england.nhs.uk/2015/02/lpf-launch/> (acessado em 06/Mar/2016).
11. Sheppard MK. Fallacy or functionality: law and policy of patient treatment choice in the NHS. *Health Care Anal* 2014; [Epub ahead of print].
12. El-Gingihy Y. The NHS is on a one-way road to privatization. *The Guardian* 2015; 2 fev.
13. Lafond S, Arora S, Charlesworth A, McKeon A. *Into the red? The state of the NHS' finances. An analysis of NHS expenditure between 2010 and 2014*. London: Nuffield Trust; 2014.
14. Leys C, Player S. *The plot against the NHS*. Pontypool: The Merlin Press; 2011.
15. This is the NHS project. *The Guardian* 2016; 5 fev.
16. Appleby J, Baird B, Thompson J, Jabbal J. *The NHS under the coalition government. Part two: NHS performance*. London: The King's Fund; 2015.
17. Appleby J, Robertson R. Public satisfaction with the NHS in 2015. <http://www.kingsfund.org.uk/projects/public-satisfaction-nhs/bsa-survey-2015>.
18. Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD Health Data 2015*. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT# (acessado em 07/Mar/2016).
19. Hunter DJ. The slow, lingering death of the English NHS. *Commentary. Int J Health Policy Manag* 2016; 5:55-7.

Recebido em 30/Mai/2016
Versão final reapresentada em 20/Jun/2016
Aprovado em 24/Jun/2016