

O NATIONAL HEALTH SERVICE – NHS O SISTEMA DE SAÚDE DA INGLATERRA

NHS - NATIONAL HEALTH SYSTEM - THE HEALTH SYSTEM FROM ENGLAND

Maria Cristina Sanches Amorim¹, Eduardo Perillo²

A Inglaterra é recorrentemente citada no debate sobre a organização dos sistemas de saúde, ora como exemplo a seguir, ora para ilustrar que um grande modelo de saúde pública fez concessões à participação privada na prestação dos serviços.

Nossa proposta é descrever o NHS e contribuir com o debate. Para acompanhar as discussões é necessário um breve recuo à definição de sistemas de saúde e sua história.

Sistemas de saúde são constituídos por organizações e leis (em seus vários níveis) para a oferta de serviços de saúde às pessoas que, individualmente, não teriam condições de obtê-los. Os modelos de saúde podem ser classificados em dois grandes grupos:

1. Ocupacionais ou de seguros – restritos a categorias profissionais e de cobertura limitada ao pagamento do seguro;
2. Universais ou de seguridade – acesso aos serviços independentemente da contribuição individual direta ou indireta.

Uma classificação alternativa propõe três tipos:

1. Modelo de Beveridge – financiamento fiscal, universalidade de acesso e gratuidade da atenção em todos os níveis de complexidade;
2. Modelo Bismarck – seguro social, acesso de acordo com a situação de emprego e categoria profissional, com pagamento de cotas por empregados e empregadores; os cidadãos que não pertençam às categorias profissionais organizadas devem pagar seguro saúde individual.
3. Modelo de mercado – financiamento individual ou de empresas, acesso de acordo com a cobertura do seguro-saúde.¹

Em tempo, Beveridge e Bismarck foram os estadistas inglês e alemão, respectivamente, reconhecidos como os responsáveis pelos sistemas de saúde em seus países.

Após a II Guerra, a evolução dos direitos humanos e do Estado do bem-estar propiciou a formação dos sistemas universais ou de seguridade. O mais antigo é o inglês (NHS – National Health Service),² que serviu de modelo para vários outros sistemas universais, inclusive para o brasileiro.³

A partir do final da década de 90, os sistemas universais sofreram alterações, migrando das estruturas públicas hierárquicas para estruturas de quase-mercado (*internal market*), regidas por contratos (entre prestadores de serviços, fontes pagadoras e clientes) e regulamentação.

As reformas dos sistemas de saúde são polêmicas. Duas grandes posições podem ser apontadas, o que não exclui matizes variados entre os extremos. De um lado, as reformas são vistas como perda de direitos constituidores da cidadania e avanço dos interesses privados na oferta de serviços, em detrimento do gasto público. De outro, respostas necessárias do poder público à reestruturação produtiva dos anos 80 e na década de 90, à crise do modelo administrativo burocrático estatal, às alterações demográficas (envelhecimento da população), ao crescimento das doenças crônicas e maior intensidade de incorporação tecnológica nos serviços de saúde.

O National Health System (NHS) foi criado em 1948 sob o comando do ministério da saúde e, desde então, está sob a tensão política entre centralização na esfera federal e descentralização na municipal.⁴

Os princípios do NHS são a universalização do acesso, gratuidade e financiamento por meio de tributos, porém, ao longo de sua existência, surgiram várias interpretações desses princípios para legitimar reformas. Quando da criação, o NHS enfrentou resistência da categoria médica, que sentiu sua autonomia ameaçada. Intensa articulação política e oferta de boa remuneração aos médicos permitiram a aprovação da proposta do governo trabalhista. Em 2014, a participação da saúde privada é marginal.

Em 1974, sob forte pressão de movimentos sociais, foram criados os conselhos de saúde dos cidadãos como instância de interesses dos usuários. Nos anos 80, com o governo conservador, o NHS sofreu várias reformas, entre estas, o esvaziamento dos conselhos. Em 1997, o partido trabalhista novamente no poder, com a proposta da “terceira via”, procurou equilibrar as tensões entre centralidade e participação dos governos locais nas decisões, propondo, em 2011, a extinção dos conselhos, mas atribuindo maior responsabilidade aos governos municipais, organizados em distritos sanitários.

As principais mudanças no final dos anos 90 e em 2000 foram:

1. Separação de funções entre as responsabilidades do governo central e operacional, visando eliminar duplicidade de oferta e de financiamento;
2. Transformações das autoridades sanitárias locais em compradores de atenção à saúde, com ampliação das atividades dos médicos em gestores de fundos públicos;
3. Transformação dos hospitais públicos em organizações autônomas habilitadas a competir no mercado (com os hospitais privados, inclusive) pela obtenção dos recursos disponíveis; os recursos são determinados por e controlados por indicadores de gestão e desempenho da mão de obra.

A relativa privatização dos serviços de saúde foi acompanhada de incentivos à competição e regulação, criando um “mercado gerenciado” pelo Estado.¹ Atualmente, uma das grandes discussões em curso na Inglaterra é justamente sobre a criação e utilização de indicadores de desempenho da mão de obra e de eficácia das instituições.⁵

O NHS tem como prioridade indiscutível a atenção primária (Primary Care Trust – PCT), destino de 70% do orçamento⁶ e instância de decisão para o acesso aos serviços secundários e terciários. Note-se porém, que o PCT engloba ampla gama de serviços, comprados das organizações públicas e das privadas.

Nas reformas dos anos 90 um dos focos era a gestão do sistema, em particular, dos hospitais. Assim, as organizações

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 53 - 54, 2014

1. Economista, professora titular do Depto. de Economia e do Programa de Pós-graduação em Administração, coordenadora do grupo de pesquisa Estratégias Empresariais e Regulação Econômica - PUC/SP - e coeditora da Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba

2. Médico, doutor em História Econômica pela USP e vice-coordenador do grupo de pesquisa Estratégias Empresariais e Regulação Econômica - PUC/SP

Recebido em 13/11/2013. Aceito para publicação em 20/2/2014.

Contato:cris.amorim@puccsp.br

hospitalares sofreram uma reengenharia: maior padronização dos procedimentos (protocolos clínicos, inclusive), procedimentos de controle para compras, remuneração por desempenho (dos médicos, inclusive) e maior flexibilização na divisão do trabalho, ampliando a atuação de profissionais não médicos. Instituições deficitárias deixaram de receber financiamento.

A oferta de serviços de saúde está dividida em distritos sanitários com orçamentos calculados a partir da população assistida (número de habitantes, gênero, idade, etc.); os médicos organizam-se geralmente em cooperativas e devem gerir o orçamento dos distritos para a compra de serviços hospitalares e de medicamentos. Trata-se de um sistema crescentemente contratual entre compradores e vendedores e controlado pelos integrantes da atenção primária (os médicos e autoridades sanitárias locais).

A maioria dos médicos e enfermeiros de hospitais são funcionários do NHS (de acordo com a BBC,⁷ é o quinto maior empregador do mundo, com aproximadamente 1,4 milhão de funcionários), enquanto os clínicos gerais, dentistas e outros profissionais de saúde são autônomos prestadores de serviços para o NHS. Médicos recém-formados são obrigados a realizar mais dois anos de formação em organizações ligadas ao NHS ou às forças armadas, condição para obter registro no conselho médico.

Consultas médicas, serviços de enfermagem, procedimentos cirúrgicos, materiais de consumo e medicamentos, exames e internações são gratuitos, mas o acesso aos serviços de atenção secundária é gerenciado pela atenção básica.

Desde 2013, os pacientes pagam uma taxa de £7,85 por item prescrito, independentemente da quantidade de itens e do preço dos medicamentos. Pacientes em ambulatórios, idosos, crianças e pessoas de baixa renda são isentos das taxas. O preço dos medicamentos é livre, mas na prática, são limitados pela avaliação de introdução de novos produtos. A maioria das prescrições é do NHS, os medicamentos são dispensados pelas farmácias e pagas pelo NHS.

As decisões sobre introdução de novos medicamentos são do Departamento de Saúde do NHS, assessorado pelo National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE),

que realiza as análises de custo-eficácia. Uma vez recomendado pelo NICE, o PCT tem a obrigação de financiar a medicação prescrita. Medicamentos isentos de prescrição têm preços livres e os medicamentos prescritos pelo NHS são isentos de IVA.

As reformas sofridas pelo NHS ao longo da história mostram a passagem do modelo no qual o Estado é proprietário, financiador e produtor dos serviços de saúde para a *new public management*: a imposição de instrumentos de gestão pelo governo central como o controle das agências reguladoras, privatizações ou ameaças de privatizações em outros subsetores, contratos de gestão, maior participação de agentes privados na oferta de serviços e controles gerenciais suportados pela tecnologia da informação.

Conforme dito anteriormente, o tema 'reforma dos serviços de saúde' é polêmico. As reformas procuram superar a ineficiência e o alto custo do modelo burocrático convencional, produzem alterações políticas importantes nos grupos envolvidos, mas produzem outros problemas relativos à eficácia da regulação e contratualização. Na Inglaterra, os gastos do Estado com a saúde não foram diminuídos com as reformas.

REFERÊNCIAS

1. Costa NR, Silva PL, Ribeiro JM. A experiência internacional do setor de saúde: inovações organizacionais e de saúde. RAP Rio. 2000;34(1):209-27.
2. British Medical Association. Survey of the general public views on NHS system reform in England. London: BMA; 2007.
3. Elias PE. Sistema de saúde no Brasil. São Paulo; [2011].
4. Serapioni M, Romani O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde. Cad Saúde Pública. 2006;22(11):2411-21.
5. Amorim MC, Perillo E. O pagamento por desempenho e a eficiência no setor saúde. Rio Communio. 2012;24(4):143-60.
6. Bosanquet N. Aplicações de tributos indiretos a produtos farmacêuticos que requerem prescrição: uma perspectiva internacional. In: Perillo E, Amorim MC, Britto A. Tributos e medicamentos. São Paulo: Interfarma; 2012.
7. Alexander R. Which is the world's biggest employer? BBC News Magazine [Internet]. London: 2012. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/magazine-17429786>.