


13

*Cadernos* ENAP


Reforma do Estado  
no setor de saúde

*Samuel Huseman &  
Emili Sullà  
Trajano Quinhões  
Lenaura Lobato*

*Cadernos* **ENAP**



## Reforma do Estado no setor de saúde



Reforma do Estado  
no setor de saúde:  
os casos da Catalunha, Canadá,  
Reino Unido e Estados Unidos

**Cadernos ENAP** é uma publicação da  
Fundação Escola Nacional de Administração Pública

*Editora*

Vera Lúcia Petrucci

*Coordenador Editorial*

Flávio Carneiro Guedes Alcoforado

*Projeto gráfico*

Francisco Inácio Homem de Melo

*Supervisora de produção gráfica*

Fátima Cristina Araújo

*Revisão*

Marluce Moreira Salgado

*Editoração eletrônica*

Danae C. Saldanha de O. Alves

© ENAP, 1997

---

E74r Escola Nacional de Administração Pública — ENAP  
Reforma do Estado no setor de saúde: os casos da  
Catalunha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos, por  
Samuel Husenman... [et. al.]. Brasília: ENAP, 1997.

114p.(Cadernos ENAP, 13)

A obra contém três textos.

ISSN: 0104-7078

1. Reforma do Estado - Setor Saúde 2. Sullà, Emili  
3. Quinhões, Trajano Augustus T. 4. Lobato, Lenaura de  
Vasconcelos I. Título II. Série

CDD 354.81

---

Tiragem: 1.500 exemplares

Brasília, 1997

**Fundação Escola Nacional de Administração Pública — ENAP**

SAIS — Área 2-A

70610-900 — Brasília - DF

Telefone: (061) 245 6189

Fax: (061) 245 2894

# Sumário

## **Texto I — Relações organizacionais no Serviço Catalão de Saúde**

*Samuel Husenman e Emili Sullà* 7

1. Apresentação 9
  2. Introdução 11
  3. Caracterização de modelos organizacionais: reflexões orientadas à sanidade pública catalã 13
  4. As relações cliente-provedor 24
  5. As relações de aliança estratégica provedor-provedor 36
  6. Considerações finais 40
- Notas 47
- Referências bibliográficas 49

## **Texto II — Novos padrões gerenciais no setor público no sistema de saúde canadense**

*Trajano Augustus T. Quinhões* 51

1. Introdução 53
  2. Características sociodemográficas e sanitárias 54
  3. A organização e o financiamento dos cuidados de saúde 55
  4. Os temas presentes para a reforma e algumas experiências inovadoras 64
  5. Conclusão 70
- Notas 73
- Referências bibliográficas 75

## **Texto III — Reforma do Estado no setor de saúde no Reino Unido e nos Estados Unidos**

*Lenaura de Vasconcelos Lobato* 77

1. Introdução 79
  2. A reforma do sistema de saúde britânico 80
  3. As reformas no caso dos Estados Unidos 93
  4. Algumas considerações finais e indicativos para o caso brasileiro 105
- Notas 109
- Referências bibliográficas 111

*Texto I*

## Relações organizacionais no Serviço Catalão de Saúde<sup>1</sup>

*Samuel Husenman*

*Emili Sullà<sup>2</sup>*

Samuel Husenman é licenciado em psicologia pela Universidade do Chile, doutor em psicologia pela Universidade Autônoma de Barcelona e professor de estrutura e comportamento organizacional na ESADE.

Emili Sullà é economista pela Universidade de Córdoba, licenciado em ciências empresariais e mestre em direção de empresas pela ESADE, onde é professor de controle de gestão e coordenador das relações da Instituição com a América Latina.

Traduzido do original em língua espanhola, por Leonardo Meirelles  
Ribeiro

## 1. Apresentação<sup>3</sup>

O Parlamento da Catalunha aprovou, em 1990, a *Lei d'Ordenació Sanitària de Catalunya* — Lei de Reorganização Sanitária da Catalunha —, com o objetivo de adequar o sistema sanitário à realidade do país. A *Generalitat*,<sup>4</sup> da Catalunha, colocou em funcionamento um modelo sanitário que organiza o conjunto dos recursos humanos, econômicos e físicos da Catalunha, para o atendimento das necessidades e condições de saúde de toda a população.

Em 1991, colocou-se em funcionamento o *Servei Català de la Salut* — o Serviço Catalão de Saúde (SCS) como um amplo projeto, envolvendo desde a Administração Sanitária como também todos os centros da rede sanitária de utilidade pública.

A separação das funções de financiamento e provisão de serviços e a adoção progressiva de novas fórmulas de gestão empresarial no sistema sanitário marcaram uma nova fase na organização sanitária da Catalunha.

Dessa forma, o SCS definiu objetivos em três direções prioritárias, partindo da otimização dos recursos: a promoção da saúde e a prevenção da enfermidade; a equidade, a qualidade e a eficiência dos serviços sanitários; e o aumento da satisfação dos usuários.

O SCS é a entidade responsável pelo planejamento, avaliação, financiamento e prestação de serviços dentro do âmbito da assistência sanitária e saúde social. Ele opera várias redes de atendimento sanitário público, com diferentes graus de especialização: atenção sócio-sanitária (4.268 vagas de internação, com uma incidência especial para o “*Vidas als anys*”, programa para pessoas de mais de 65 anos com enfermidades prolongadas, doentes crônicos e terminais), saúde mental, atenção aos dependentes de drogas e, especialmente, a atenção primária de saúde e a rede hospitalar de utilização pública.

O *Servei Català de la Salut* organiza-se em regiões e setores sanitários, tanto para a gestão como para o planejamento e fixação de políticas territoriais, tendo por finalidade o estabelecimento de um sistema de saúde baseado na racionalização e coordenação dos recursos existentes que permitem uma maior e mais eficaz atenção à saúde dos cidadãos.

O sistema sanitário público da Catalunha faz uma clara distinção entre o financiamento e a provisão de serviços. A provisão de serviços está aberta a instituições públicas e privadas detentoras de uma oferta adequada. O financiamento e a contratação, ao contrário, são funções exclusivas do Serviço Catalão de Saúde, que atua em nome de todos os clientes da saúde pública.

O *Pla de Salut da Catalunya*, Plano de Saúde da Catalunha, é a ferramenta de planejamento do SCS. Partindo da análise da situação da saúde

da população e dos fatores que a condicionam, ele define os objetivos de intervenção do sistema sanitário: as prioridades nas atividades de atenção sanitária, as medidas a serem adotadas em outros setores sociais e a fixação e distribuição dos recursos sanitários. Sua elaboração realizou-se de forma descentralizada, intersetorial e com a participação de mais de 4.000 (quatro mil) profissionais sanitários.

Em seus enunciados, o Plano de Saúde da Catalunha definiu três linhas de intervenção para garantir que o usuário como cliente desempenhe um papel significativo: maior qualidade e quantidade de informação personalizada sobre os serviços e sobre o processo assistencial, melhores condições de comodidade e melhores mecanismos de coordenação entre diferentes níveis de atendimento médico para garantir a continuidade da assistência.

Por sua vez, a *Xarxa Hospitalària d'Utilizació Pública* (XHUP, a Rede Hospitalar de Utilidade Pública), criada em 1985, coordena o conjunto de serviços existente: os centros de Seguridade Social e outros que são, na maior parte, produtos de uma longa tradição de iniciativas beneficentes e associativas da sociedade civil catalã. Um dos traços diferenciais da XHUP é o fato de que somente 30% dos leitos pertencem à Seguridade Social.

Para facilitar o acesso aos serviços, a *Generalitat* apostou decididamente em favor da potencialização da rede de hospitais dos distritos locais que, integrados plenamente em suas áreas geográficas, oferecem todos os serviços básicos para atender à população.

### **1.1. Gestão empresarial, estrutura descentralizada, informação, controle e avaliação**

A adoção de enfoques empresariais na gestão do sistema de saúde da Catalunha pretende consolidar a tomada de decisões sobre parâmetros de qualidade/custo, mediante a introdução, em todos os hospitais da rede pública, de mecanismos de gestão cuja validade têm sido verificada em outros setores econômicos.

Além disso, fórmulas como consórcios e/ou empresas públicas estão sendo desenvolvidas para que estruturas de gestão possam ser adaptadas a cada caso, a fim de oferecerem os melhores resultados possíveis em âmbitos temáticos e áreas de atividade concretas. Outra característica do SCS é a sua organização regionalizada, tanto para a gestão como para a prestação de serviços, visando ao atendimento equitativo à população e observando-se a sua dispersão territorial.

A ativa promoção dos sistemas de informação é fundamental para a avaliação e controle não somente da qualidade dos serviços mas também da situação econômica e financeira do setor. Assim, um conjunto mínimo básico



de dados sobre alta hospitalar (CMBD-AH) foi desenvolvido como um instrumento que descreve as principais características do processo de hospitalização do paciente. A Central de Balanços, por outro lado, torna possível desenvolver uma análise comparativa compatível dos dados econômicos e financeiros de cada hospital.

Após esta breve apresentação sobre o Sistema Catalão de Saúde, o informe que vem em seguida descreve, de forma conceitual, o comportamento organizacional desenvolvido, na prática, entre o SCS e suas entidades provedoras. Através dele, os autores buscam proporcionar um marco de discussão ampla sobre o modelo, apresentando diferentes vias de desenvolvimento e possibilidades de evolução para o setor de saúde.

## **2. Introdução**

### **2.1. Origem e objetivos do estudo**

Durante a II Jornada da Rede Hospitalar de Utilização Pública da Catalunha,<sup>5</sup> apresentou-se o tema “Reflexões sobre os desafios da gestão: respostas organizacionais”, que abordou, de maneira geral, duas respostas organizacionais para melhorar a eficiência das organizações. Estas duas respostas organizacionais baseavam-se em:

a) um enfoque intraorganizacional, que busca soluções no seio de cada organização. Entre as mais destacadas, podemos assinalar as organizações horizontais e a gestão partindo de atividades;

b) um enfoque interorganizacional, que pretende melhorar a eficiência mediante a criação de relações com outras entidades de seu sistema econômico, tanto competidoras como unidades da mesma cadeia de criação de produto ou serviço. Surge, assim, o conceito de *organizações virtuais*.

Esta orientação busca a eficiência mediante a otimização da gestão dos recursos necessários para a elaboração de produtos ou serviços. Suas propostas concentram-se basicamente em alianças estratégicas e novas relações cliente-provedor.

### **2.2. Os encargos do Serviço Catalão de Saúde**

Observada a coincidência entre alguns dos temas tratados e parte das realidades organizacionais do Serviço Catalão de Saúde (SCS), solicitáramos que ampliássemos a reflexão referente ao enfoque interorganizacional sobre a realidade concreta das relações entre as entidades que formam este sistema sanitário público.

Desta maneira, e partindo de uma perspectiva externa ao setor, os autores deste trabalho elaboraram algumas reflexões sobre aspectos particulares das relações cliente-provedor no interior do atual sistema sanitário público, assim como sobre as possibilidades e condições de estabelecimento de alianças estratégicas dentro do setor.

Neste ponto, gostaríamos de explicar que, em todo este informe, referir-nos-emos à palavra *cliente* como sendo o sistema comprador de serviços, isto é, os serviços centrais do SCS e suas representações territoriais, enquanto que com o termo *provedor* referir-nos-emos às diferentes unidades de produção ou prestadores de serviços.

Apesar de termos consciência de que o termo *cliente* seja utilizado de maneira diferente no conjunto do sistema — para referir-se ao usuário final — e o aceitarmos, entendemos que em nosso trabalho pode-se aceitar transitoriamente tal nomenclatura para manter o paralelismo e facilitar a comparação com as referências externas que abordam os problemas de relação cliente-provedor e de organizações virtuais.

### **2.3. Enfoque do trabalho**

O enfoque deste trabalho é organizacional e geral. Isto quer dizer que o foco sobre o modelo sanitário centra-se nos mecanismos de coordenação entre as diversas partes que o compõem e em suas funções, mais que na análise das partes do modelo. É genérico, já que trata da realidade como um todo, sem entrar nas especificidades e peculiaridades individuais das diferentes partes.

Este enfoque organizacional e geral implica algumas limitações, já que afeta o conjunto e, quem sabe, nenhuma das partes se veja como reflexo do todo. Tendo isso à parte, a ausência de detalhes faz com que não se depreendam deste informe medidas específicas que afetem a vida diária da saúde, além de centrar-se em definir organizativamente o modelo.

Por outro lado, este enfoque organizacional geral apresenta a vantagem de proporcionar um marco de discussão amplo sobre o modelo, que acreditamos poder sugerir aos distintos atores vias de desenvolvimento e possibilidades de evolução, e que, assim, à medida que este processo de reflexão se produza, vá incorporando um outro — e não um novo — sistema de linguagem de gestão.

### **3. Caracterização de modelos organizacionais: reflexões orientadas à sanidade pública catalã**

#### **3.1. Elementos básicos**

##### **3.1.1. O objeto da coisa pública**

Nos últimos anos tem havido uma mudança drástica na concepção da coisa pública, e isto tem a ver tanto com o que é objeto da coisa pública (fins) quanto com o papel que tem a coisa pública na realização do produto/serviço (estrutura associada). Quanto ao objeto, é observada uma ampliação, tanto no que se relaciona com o “conceito” quanto com o que se relaciona com o “mercado” da coisa pública.

À medida que a sociedade evolui, ou melhor, à medida que ela se torna mais opulenta, as necessidades sociais são mais sofisticadas e mutantes. A discussão atual sobre a sociedade do bem-estar atribui ao Estado grandes responsabilidades na consecução deste bem-estar. O cidadão, mais bem informado e educado, é mais exigente quanto aos seus direitos. Poder-se-ia dizer que ele perde parte da resignação tradicional da sociedade subdesenvolvida.

Ainda que o objeto da coisa pública não seja o tema a ser desenvolvido aqui, deve-se assinalar, com clareza, que esta ampliação não é inevitável, e que constitui, isto sim, uma escolha de modelo político. Já se sabe que há tendências que apontam para o lado contrário, ou seja, a limitar o objeto da coisa pública. A saúde não é uma exceção. De fato, passar de quantidade a qualidade, de cobertura quantitativa a satisfação de necessidades, passar a ter pacientes como clientes, ao invés de somente pacientes, são reflexos desta situação.

Há quem se refira a isto quando descreve o setor como muito dinâmico, ou seja, sujeito a uma rápida mudança. Este dinamismo concretiza-se em grandes mudanças na tecnologia de assistência (sofisticação dos meios) e também no conceito do que seja saúde: o papel da prevenção, a incorporação de novos serviços que antes não eram de saúde e que atualmente são (integração sistêmica do aspecto sanitário no bem-estar social).

Tal característica não é exclusiva do setor público e da saúde, trata-se de uma tendência que afeta muitos setores da atividade empresarial. Somente a título de exemplo de uma mudança deste tipo, meramente metafórico e muito afastado da saúde, pode-se considerar o setor bancário que, em poucos anos, passa de uma ótica de demanda a uma ótica de oferta, implicando que os bancos deixarão de perceber a realidade como um sistema fechado e deverão assumir uma decidida atividade comercial, um reconhecimento da concorrência, uma substituição rápida de produtos e uma segmentação de clientes cada vez mais exigentes. Todos estes movimentos correspondem a necessidades da sociedade opulenta.

No que se refere à saúde, as demandas dos cidadãos, de grupos políticos diversos, de colégios profissionais e de outros atores que incidem na saúde, obrigam ao sistema levantar seu olhar.

Poder-se-ia dizer que, ainda que com atraso, uma parte do setor público — que acreditamos incluir a saúde na Catalunha — incorpora o meio à sua volta dentro de sua visão tradicional de sistema fechado e se abre ao exterior. O impacto deste processo está em se perceber necessidades de adaptação. O papel tradicional do setor público como realizador único de um serviço ou de um produto vê-se, portanto, questionado. Trata-se de um setor sujeito a muitas estruturas rígidas que dificultam muito uma adaptação rápida como a requerida hoje em dia.

### **3.1.2. O sistema empresarial no setor público**

Diante deste problema de adaptação e de como se venha sofrer, às vezes injustamente, a comparação com o rendimento do setor privado, há em todas as administrações, atualmente, uma tendência a dirigir o olhar para o sistema empresarial como resposta para uma melhora.

É importante saber o que se quer dizer com “sistema empresarial”, já que freqüentemente são confundidos os conteúdos e o termos. Segundo nosso entendimento, há três vertentes de conteúdo dentro do que esteja relacionado com o sistema empresarial:

a) a busca da eficiência. Isto implica a existência de uma racionalidade no uso dos meios com respeito aos fins, acompanhada de uma boa dose de clareza nos propósitos e objetivos e do uso de instrumentos de gestão de boa qualidade informativa, que permita saber onde se está e fazer um seguimento da conduta organizativa.

b) a conduta para o exterior. O sistema empresarial implica o reconhecimento de uma interação com o meio, de uma ação orientada de fora (ótica de demanda) para o exterior, até ao cliente ou ao usuário. Pelo menos no setor privado, é preciso estar em concorrência com outros, e um dos instrumentos para se incluir nesse espaço, que chamamos mercado, consiste em olhar para fora, considerando que pode-se perder o que se tem. Assim, a organização é percebida como um sistema aberto. Nada de empresarial existe quando não há concorrência, quando há monopólio.

c) a capacidade empreendedora. Neste sentido, o sistema propriamente empresarial seria a busca de mudanças de situação que indicam a idéia de progresso, de coisas novas ou de inovação. Trata-se da criação de algo quando antes não havia nada, o que requer uma atitude de busca e de motivação, a fim de conseguir bons resultados.

Quando, às vezes, alguém, a partir do estereótipo, e alguém mais, a partir da realidade, assinala a impossibilidade ou a dificuldade do setor público para funcionar adequadamente, supõe-se a carência destas características, as quais atribuímos ao sistema empresarial, ou seja, pouca sensibilidade para a eficácia no uso dos meios, visão autocentrada e capacidade de inovação escassa e muito lenta.

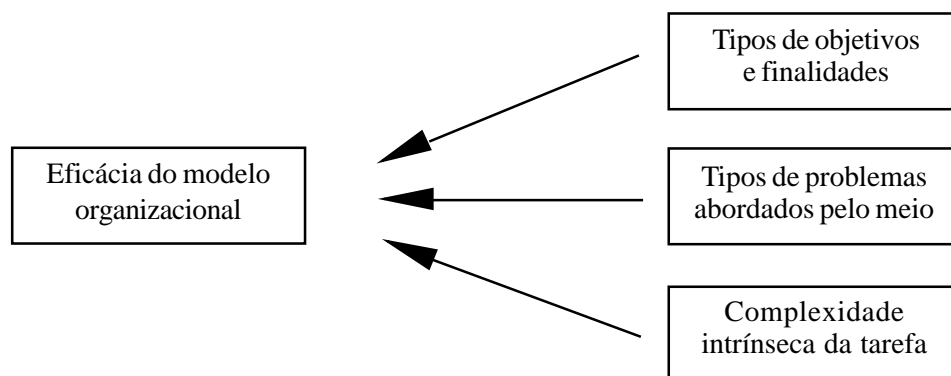
A “modernização” do setor público, para utilizar um termo em voga, tende, portanto, à racionalização de que é necessário gerir e não somente administrar. A ótica de mero gasto público vê-se modificada por uma visão de gestão de recursos.

Apesar de que racionalizar, fixar objetivos, introduzir medidas de controle mais sofisticadas, incorporar conceitos de planificação estratégica e, inclusive, competir, sejam questões vigentes em que se trabalha, e apesar de que muitas estejam ainda para serem resolvidas no modelo público atual, existem concepções que estão relacionadas a aspectos mais complexos do que seja atribuído como característico do “sistema empresarial”, e esta é precisamente a pretensão primária desta reflexão.

### 3.1.3. Utilidade e condicionamentos dos modelos organizacionais

Quando se trata de modelos organizacionais, é preciso considerar que a coordenação e a estruturação de uma organização ou de um setor não são mais que um meio, um recurso, e não um fim em si mesmas. Se são concebidas como um meio, o modelo e a estruturação organizacionais resultam eficientes, quando são capazes de responder aos fatores que determinam sua adequação, e quando são capazes de atendê-los (figura 1).

**Figura 1: Fatores que incidem na adequação de um modelo organizacional**



É importante destacar o fato de que há uma única maneira correta de estabelecer um modelo organizacional (o *one best way* dos clássicos).

Esta abordagem normativa, que é o fundamento da criação de burocracias, tem mostrado que é somente um caso particular na escolha de um modelo.

Em primeiro lugar, a estrutura organizacional depende dos objetivos e dos fins que se pretende atingir. Somente para dar um exemplo bastante óbvio, podemos assinalar aqui que a estrutura necessária para gerar uma determinada quantidade de saúde não é a mesma estrutura eficiente para um objetivo — fim de quantidade sanitária. Uma sensibilidade maior do Serviço Catalão da Saúde pelas demandas sociais (ampliação do objeto sanitário) implica, necessariamente, uma modificação dos fins, que põe em jogo a capacidade do modelo.

Como conseqüência, tem-se que um modelo é válido se satisfaz os fins. Se há uma mudança de fins, os modelos organizacionais podem tornar-se obsoletos e será preciso substituí-los.

Por outro lado, os modelos organizacionais são também um instrumento em relação às necessidades de adaptação ao meio. As mudanças no estado do meio constituem outro aspecto que incide diretamente na concepção e no grau de obsolescência das maneiras efetivas de organização. Meios de estabilidade e de segurança são diferentes daqueles onde há muita variabilidade. Por exemplo, a evolução técnica, que contém uma substituição e uma criação rápida de serviços, implica necessidades flexíveis de colocação de recursos.

Finalmente, a eficácia dos modelos organizativos depende da tarefa básica que é realizada. Assim, tarefas simples, de tecnologias conhecidas e estáveis, beneficiam-se das possibilidades de padronização e necessitam de apoios estruturais burocráticos, enquanto as tarefas complexas implicam apoios estruturais mais orgânicos, flexíveis e de mais difícil controle.

#### **3.1.4. Bases para escolher um modelo organizacional**

Como conseqüência das modificações destes três elementos no decorrer do tempo, é possível apreciar uma contingência clara na construção de modelos para as organizações.

À medida que empresas e organizações procuram *solucionar problemas mais complexos, em situações de transformação, em que as soluções são menos duradouras, e integram respostas a muitos problemas para clientes heterogêneos*, aparecem estruturas mais orgânicas, rápidas e flexíveis que dão muita importância à consecução da maior adaptabilidade possível.

Funcionam bem em situações com graus elevados de incerteza, de transformação e de heterogeneidade.

Ao contrário, quando empresas e organizações centralizam seus esforços na *capacidade de produção, em situações estáveis, nas quais é factível usar a padronização de condutas e especializar as respostas em clientes concebidos homoganeamente*, surgem grandes e rígidas estruturas

mecânicas nas quais é enfatizada sua capacidade de cobrir e produzir serviços. Elas funcionam bem em situações com elevados graus de certeza, de homogeneidade e estabilidade.

A figura 2 descreve as características e as formas de coordenação destes modelos e os estados do meio em que são efetivos.<sup>6</sup> Neste sentido, a figura resume a questão de qual estrutura é necessária e eficiente para conseguir um determinado resultado.

O grau em que o setor sanitário, como um todo, pretende adaptar-se a necessidades sociais diversas, amplia seu objeto, trabalha sobre um conceito mais complexo de sua atividade (combater as enfermidades *versus* a criação de condições de saúde) e finalmente, assume uma incorporação rápida de inovações tecnológicas, necessitando, para consegui-lo, de uma evolução imprescindível das estruturas burocratizadas e centralizadas, em direção às formas mais orgânicas. É necessário muito mais, à medida em que se pretenda ou necessite ser mais adaptável.

**Figura 2: Estruturas mecânicas e orgânicas.  
Contingência de efetividade**

Modelos	Servem para	Por meio de	Efeitos em um meio
Mecânicos	produção de rotinas	padronização de procedimentos	simples/estático
	resoluções de problemas	normalização habilidade do profissional	complexo/estático
Orgânicos	capacidade de reação	liderado centralizado e carismático	simples/dinâmico
	criação inovação	equipe integrada	complexo/dinâmico

### 3.2. Os modos de relação entre clientes e provedor

No caso da saúde pública catalã, nosso propósito consiste em descrever, conceitualmente, o comportamento organizacional que ocorre na prática e que, entre outros aspectos, está baseado na coexistência de uma variedade de provedores, a igualdade de regras entre provedores, a divisão em departamentos geográficos e de um só cliente majoritário (o Serviço Catalão da Saúde), que é o organismo representativo do usuário final e diante de quem resulta ser finalmente o responsável.

Dentro da transferência histórica de um sistema de concerto quantitativo, com a finalidade de completar a capacidade própria de produção do serviço público sanitário, para o modelo atual, há um trânsito evidente para estruturas muito mais orgânicas.

A figura 3 explica este trânsito entre dois modelos, que está essencialmente caracterizado por três modos de relação:

- o modo de realizador produtivo;
- o modo regulador;
- o modo impulsor.

A figura mostra também situações intermediárias, que provavelmente representam melhor a realidade que os modos ou tipos puros.

**Figura 3: Tipologia de modos de relação cliente-provedor**

	<b>Realizador</b>	<b>Realizador/ regulador</b>	<b>Regulador/ impulsor</b>	<b>Impulsor puro</b>
Capacidade (ênfase)	Produção do serviço	Gestão de recursos	Gestão de recursos	Criação de condições
Uso de recursos	Poucos provedores	Aumento de provedores	Mais provedores	Gestão de capacidade
(ênfase em)	Autoprovimento	<i>Outsourcing</i> limitado	<i>Outsourcing</i> intenso	<i>In sourcing</i>
Classe de relação provedores	Controle e seguimento de processos	Controle de resultados	Controle de resultados e evolução estratégica	Controle de limites
Relação com o meio	Imposição. Constituintes não intervêm	Negociação somente de constituintes com poder	Negociação somente com constituintes com poder	Cooptação + constituintes minoritários (apreciativos)
Visão	Burocrática	Mercado que promove a eficiência	De serviço	De divisão
Valor central	Segurança jurídica	Eficiência e/ou concorrência	Satisfação do cliente	Adaptabilidade

### 3.2.1. O modo de realizador produtivo

A capacidade organizacional neste modo concentra-se na produção extensiva de serviço. Trata-se de organizações que se dedicam ao que é mecânico, com a finalidade de uniformizar situações de realização e controlá-las. As normas e o controle burocrático do cumprimento são os meios mais frequentemente usados para fazê-lo. As perturbações ou as falhas têm como resposta o desenvolvimento de novas normas.

O sistema procura ter poucos provedores, posto que a utilização de recursos o coloca em situações de autoprovimento. A relação com estes provedores é quase sempre de seguimento do processo produtivo das fases intermediárias, já que desta forma pode-se manter seu controle estrito.

Em geral, as relações com o meio,<sup>5</sup> realizam-se por meio de um mecanismo de imposição de fins, para se manter independente. Isto significa que o



modo realizador parte de uma visão própria da realidade, e tem ou acredita ter capacidade suficiente para impor seus fins, se é preciso, e lutar contra a resistência que surge nos constituintes (clientes, provedores, colégios profissionais, etc.).

O tipo de capacidade para impor fins é muito variado. Assim, o fato de ser um provedor único, de dispor de um mandato legal, costuma ser a origem da capacidade dos sistemas centrais de saúde.

No mundo das organizações que estão em uma situação de “livre mercado”, a imposição de fins ocorre também por intermédio do desenvolvimento de outros meios, como a capacidade tecnológica, financeira, ou da exclusividade do produto.

De toda forma, a imposição de fins sustenta-se quase sempre na capacidade para resistir na inércia do mesmo sistema. A liberdade para decidir estes fins é, evidentemente, um aspecto essencial para a manutenção do sistema organizativo, muitas vezes mantido como sistema de valores, dotado de ideologia que legitima a imposição dos fins e, secundariamente, os fins em si mesmos. Um exemplo disto seria a conhecida frase “O que é bom para a General Motors é bom para os Estados Unidos”.

Segundo ponto de vista dos sistemas de valores, tratar-se-ia de uma visão burocrática, em que o valor central está em torno da segurança jurídica, que exalta a produção direta de serviços como característica do setor público, estratégias que tendem a manter a autonomia institucional da Administração, com estruturas integradas e homogêneas, reforço de controles da legalidade e orientadas para o procedimento.

Este modo de realização produtiva é característico de sistemas centrais de saúde, fortemente configurados e em oposição a outras alternativas provenientes do meio, que se vêem, assim, desvalorizadas. As matizes ideológicas de oposição entre o setor público e o setor privado se vêem, assim, exaltadas e a linguagem dos princípios substitui a linguagem da eficácia (independentemente de qual seja a eficácia do sistema central).

### **3.2.2. O modo regulador**

Estes modos têm relação com o fato de diluir a importância do papel primário, como produtor na prestação do serviço público, para centrá-la em sua capacidade de gerir os recursos que existem na sociedade, sejam eles públicos ou não, em uma modalidade de *outsourcing*, de subcontratação da produção em determinadas condições, o que maximiza a função de controle com relação à realização direta.

Esta é uma posição muito diferente da anterior à medida que a capacidade do sistema não está colocada na produção por si mesma dos serviços e, sim, na gestão dos recursos que existem.

Tal descrição aproxima-se bastante da modelização do setor sanitário catalão com um Serviço Catalão da Saúde e alguns provedores variados, em que se trata mais de gerir e desenvolver meios para um mercado de usuários que de possuir os meios de produção do serviço.

Neste modelo, o autoprovimento não somente é uma questão secundária, mas também discutível, já que os esforços de desenvolvimento organizacional do setor está no fato de criar ferramentas de gestão, e não no fato de produzir. Como seu nome pretende indicar, o propósito é regular e guiar uma ação, mais que produzi-la em si mesma.

Grande parte desta “regulação” é produzida por via normativa, a fim de dar estabilidade e segurança ao sistema. Mas este não é o único meio disponível, já que a segurança jurídica não é o centro do sistema, como no modo anterior, porém, tão somente sua base de sustentação.

Trata-se de um modelo que assume maior complexidade, posto que se coloca em uma situação mais diversa, que requer diferenciação, porém, sob uma premissa de igualdade. Esta contradição entre diferenciação de provedor e igualdade é difícil de ser sustentada sem a necessidade de uma intervenção política ou negociada de regras de jogo, mais ou menos vulneráveis, dependendo se a realidade impõe a diversidade de situações entre os provedores e também nos propósitos ou planos.

Desta forma, há um maior grau de organicidade sistêmica, que é produto de duas questões:

a) da tensão permanente entre o princípio de igualdade entre os constituintes do sistema e a diversidade de meios proveniente da realidade, que requer mediação e negociação para resolver a tensão e manter o modelo, e

b) de conceder muita importância à gestão de recursos como capacidade central, que significa uma transformação muito grande na consideração da eficácia e do uso de mecanismos de gestão pouco freqüentes nos modelos realizadores monopólicos: aqui é onde começa o sistema “empresarial”, em sua vertente de eficácia; necessidade de instrumentos de fixação de objetivos, de controle de gestão e do orçamento, de incentivos, de transformações nos sistemas salariais e de promoção, do “resultado” e sua medida como objeto focal, etc.

Como já expusemos, o aumento e a diversidade de provedores em um *outsourcing* limitado implicam uma base de relação negociada. Esta negociação, como mecanismo relacional, será tanto mais intensa quanto mais difícil for sustentar a igualdade entre provedores e quanto mais dificuldade se apresentar na transferência, para conseguir que todos cheguem a ter uma eficácia interna suficiente.

O modelo organizacional emergente deixa de ser fechado e de se preocupar somente consigo mesmo para reconhecer o que está em volta e

admitir os constituintes (provedores, interlocutores sociais) com mais inércia, com mais capacidade posicional de influência, poder e persuasão. A habilidade negociadora e mediadora é imprescindível, já que a capacidade dos constituintes é diferente em situações diferentes e para fins diferentes.

Os provedores, por sua vez, procuram obter vantagens específicas que sirvam a seu próprio desenvolvimento estratégico, à fixação de condições, de segurança, de medidas de controle, que possibilitem sobre do que é e do que não é “intrusismo”, de quanta dependência, quanta independência ou quanta relação de interdependência e quando ela existe. Esta é a arena normal deste tipo de relação.

Dever-se-ia acrescentar, ademais, que os provedores entendem que sua própria eficácia e gestão interna é uma medida de poder para permanecerem presentes como provedores. Neste aspecto, parece que os provedores competem entre si. Isto seria correto em um mercado corrente, mas não no da saúde, que é um quase-mercado ou mercado concertado, em que a concorrência não é de forma alguma livre.<sup>7</sup>

A negociação reguladora pretende chegar a interesses bastante comuns para satisfazer acordos suficientes em relação aos fins; apesar de que estes nunca são idênticos para as partes que nela intervêm, eles são suficientemente comuns para que estas se ponham em acordo.

### 3.2.3. O modo impulsor

Apresentamos aqui este modo numa versão exagerada, extrema. Assim fazemos, para que se possa ver a diferença com relação a modelos evoluídos de regulação, ainda que no esquema de base da figura 3 seja possível ver um desenvolvimento menos exagerado ou “puro” no modo regulador-impulsor, que acreditamos responder melhor a uma evolução mais realista do sistema sanitário catalão no futuro.

Este modelo é radicalmente diferente dos anteriores, já que se trata de uma organização “virtual”, com capacidade para a criação de condições, de impulsão, para que outros girem e atuem. Tal modelo tem sua origem na elaboração e execução de vanguarda em questões organizativas e possivelmente está próximo de uma transformação de paradigma em gestão, já que é meramente relacional no conteúdo. Existem três classes de conteúdos que são próprios da impulsão:

a) Por um lado, a **gestão do limite**, ou seja, quais são as fronteiras que demarcam o conteúdo da tarefa, o resultado esperado. Trata-se essencialmente de fixar as condições quanto ao tempo, custo, qualidade e objeto. Isto significa que há um enquadramento específico dentro do qual se realiza o resultado.

b) Outra questão consiste em concentrar a atenção em **dirigir a definição do sistema de trabalho** por meio do acordo com os constituintes em relação às variáveis do sistema de trabalho, ao seu sentido e à definição de clientes que se vêem afetados por elas.

c) Finalmente, a **gestão de futuro**. Tal característica do modo impulsor é compatível com o enfoque estratégico nacional.

No modo impulsor, o enfoque estratégico não é compreendido tão somente como uma melhora das regras de jogo do sistema atual, mas também é centrado em uma redefinição do “jogo” em si mesmo.

É impulsionada uma mudança no mesmo sistema; afinal, nesse sentido, ela está vinculada à gestão de valores.

O modelo impulsor puro está longe da realidade do setor público e também da maioria do setor privado. Ele emerge como uma possibilidade inteiramente nova de gestão, na qual a virtualidade de algumas organizações está na gestão meramente conceptual.

Assim, como há uma progressiva evolução diferenciadora entre a produção de um bem ou um serviço e seu financiamento, estes modelos apresentam uma diferenciação maior entre produção, financiamento e desenvolvimento (investimento).

O conceito de provedor clássico é complementado ou substituído pelo de aliado estratégico, à medida em que o nível de compromisso com o propósito e o sentido do sistema é maior. Por isto, dizemos que a relação do sistema com o meio é produzida, deste modo, por cooptação e, não por negociação, com a possível inclusão de constituintes minoritários, aqueles que têm pouco poder, porém, exercem um papel apreciativo no sistema.

A cooptação caracteriza-se porque não há um modelo *ex ante* de fins-missão-objetivos a negociar. Os participantes constroem o modelo e compartilham seu significado. Há um número maior de participantes, com uma presença especial dos minoritários. Há mais confronto, pela existência de interesses contrapostos, de prioridades diferentes. A elaboração cooptada é mais confusa, porque o trabalho consiste mais em definir a realidade conjuntamente que em negociar uma realidade preestabelecida.

Trata-se de um sistema descentralizado e auto-organizado, que reflete a complexidade do que já existe, que reconhece e assume as diferenças. Corresponde a modelos sociais concebidos de maneira sistêmica e profundamente interdependentes.

Quanto aos valores centrais, a impulsão sustenta uma visão de serviço, centrada na satisfação do cliente, nos direitos dos usuários, na reestruturação de serviços e de processos e nas agrupações (segmentações) por clientes. Obviamente há uma participação crescente do usuário. A versão mais pura da impulsão implica uma visão divisional, centrada numa adaptabilidade

contínua, uma contratação da gestão, uma descentralização e uma diversidade de estruturas que convergem. Ainda que isto não corresponda exatamente à abordagem de Echebarria, para nós, significa valores mais próximos das organizações que aprendem (*learning organizations*) a transitar em uma situação de mudança integrada, de natureza contínua, como contraposição à mudança por crise, descontínua, que aparece somente quando há problemas graves, de acordo com o meio.

Algumas organizações empresariais do setor privado começam a organizar modelos ao que aqui, *in extremis*, denominamos impulsão, quando trabalhamos com sistemas de planificação de capacidade e não com sistemas de estratégia. A determinação do que se constitui a capacidade básica e essencial de uma organização não é tarefa fácil, porém, uma vez determinada, é dedicada relevância especial ao seu desenvolvimento. Tudo o que está fora desta capacidade pode ser subcontratado no exterior, em forma de *outsourcing*. A capacidade em si mesma é reservada com muito cuidado (*insourcing*).

Assim, uma organização seria como um centro sólido (capacidade própria) que difunde sua atividade e organiza profundas redes de relações com outras que têm capacidades complementares. Definido desta forma, um setor consistiria nas relações baseadas numa interdependência que requer cooperação, mediada por clãs e organizações mútuas. O valor agregado do sistema como um todo está precisamente na capacidade relacional e de intermediação entre agentes (produtores, financiadores, investigadores, gestores). Acreditamos ser uma maneira muito sugestiva como concepção da atividade “da coisa pública”.

Voltando-se para esta realidade atual, observamos que o modelo sanitário catalão evolui e, até onde podemos ver, tem incorporado aspectos parcializados de impulsão, já presentes nas atividades de saúde que sofrem grandes transformações na incorporação de serviços novos e, o que está ainda mais claro, na integração de serviços entre si. Por exemplo, acreditamos que isto é percebido nas tentativas de integrar a assistência primária a hospitalar, concebido este movimento como um fluxo único, na concepção integradora para segmentos especiais de clientes particularmente sensíveis — sócio-sanitários — e em outros segmentos como vício em drogas, saúde mental, etc.

Considerando-o de uma maneira global, estão atualmente representados no sistema todos os modelos, ainda que com posições ou funções diferentes. A figura 4 ilustra uma maneira de representar isto. Aqui atribui-se o aspecto impulsor aos serviços matrizes do SCS. A regulação estaria representada pela estrutura regional territorial e pela produção nos provedores.

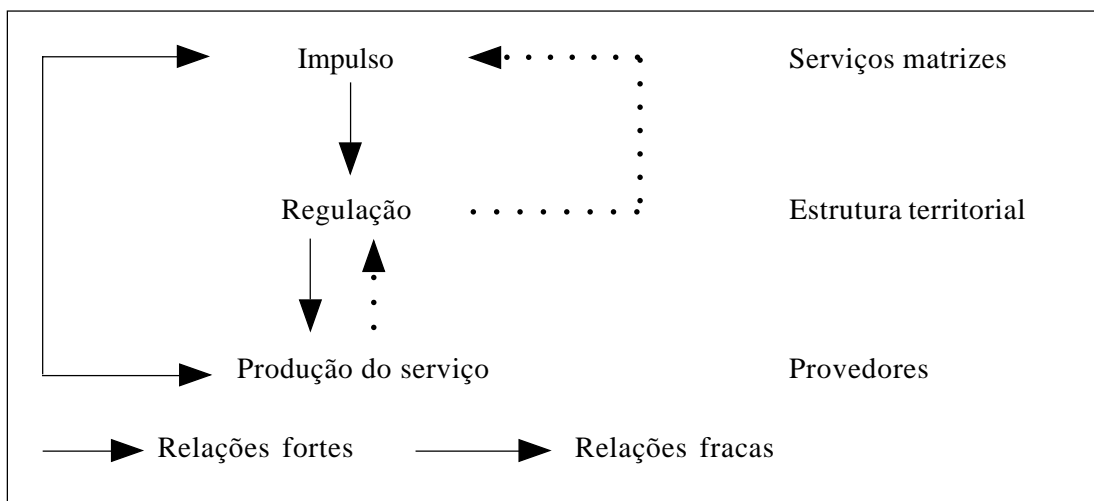
Cabe mencionar que, a partir da ótica da impulsão, a figura 4 é um pouco perversa, porque baseia-se em relações de autoridade, conceito ausente nos

modelos de impulsão pura, já que a autoridade corresponde a outro paradigma. A autoridade está representada pelos valores compartilhados e, sobretudo, pelo cliente compartilhado e o confronto resultante do acordo contínuo entre as partes (*learning organization*).

Quando as relações fortes e fracas são tratadas na figura 4, pretendemos diferenciar o que entendemos que são, para nós, relações claras e estabelecidas das relações que operam irregularmente ou com muita variabilidade. O leitor deve entender isto como um juízo de valor dos autores.

Finalmente, para terminar este modelo organizacional, queríamos dizer que o sistema sanitário catalão, se fosse categorizado mediante este modelo, estaria plenamente colocado à posição de realizador/regulador, com tendência, que para nós é clara, a situar-se em um tipo de regulador/impulsor.

**Figura 4: Modos de relação e representação de papéis**



## 4. As relações cliente-provedor

### 4.1. Considerações prévias

Abordados conceitualmente os diferentes modos relacionais que podem ocorrer no seio do sistema do Serviço Catalão da Saúde, nos pontos seguintes, pretendemos destacar o que, do nosso ponto de vista, constituem os elementos fundamentais dos diferentes modos atuais de coordenação entre cliente e provedores do sistema.

Para tanto abordaremos duas considerações prévias: a tipologia de pressões que pode ocorrer nas relações cliente-provedor e a dimensão

relacional, pela qual introduzimos a segurança como elemento novo que explicaria certas estratégias de relação.

Ambos fatores ajudariam explicar a heterogeneidade de relações que coexistem junto às linhas mestras tratadas no modelo exposto anteriormente.

#### **4.1.1. Fatores que determinam as pressões que existem entre cliente e provedor**

Neste ponto, pretendemos refletir sobre um aspecto adicional nas relações clientes-provedor: seja qual for a orientação da relação, esta quase nunca se desenvolve de uma maneira igualitária. Estas relações ocorrem num meio em que cada grupo exerce sobre o outro pressões diferentes que afetam sobremaneira a relação final.

As pressões podem provir de quaisquer grupos e costumam basear-se nos seguintes fatores:

a) **a concentração relativa.** De provedores com relação a clientes. Em nosso caso, a estrutura é de concerto praticamente total de um cliente diante de um setor plural de provedores, e nesse aspecto a capacidade de pressão vem da parte do único cliente.

b) **a qualidade associada.** Quem determina o valor do produto são os provedores ou o cliente, controlando a distribuição. Parece que, contrariamente ao que ocorria dentro do critério anterior, o efeito qualidade associada como elemento de pressão na relação joga a favor do provedor. Entretanto, poderíamos falar de um efeito padronizador por pertinência ao SCS, que diminuiria a percepção de qualidade associada unicamente ao provedor pelo usuário.

c) **a diferenciação de produtos.** A dificuldade de substituição de produtos confere poder ao provedor sobre seu cliente.

d) **o custo de abandono.** Se o custo associado prescindir de um provedor é alto, a ele é conferido um poder de negociação adicional sobre o cliente.

e) **o conhecimento do valor agregado.** À medida em que um ator, fundamentalmente o comprador, conhece o valor agregado do provedor, aquele pode forçar este a reduzir os custos, situação habitual em setores industriais, por exemplo: o automóvel. Nestes casos, aumentam as possibilidades de intervenção do cliente no processo de produção do provedor.

Os fatores mencionados permitem ponderar a influência de cada um dos diferentes atores na relação cliente-provedor. Como primeira conclusão, poderíamos observar que, apesar do poder de negociação de que dispõe o cliente pelo fato de ser o único comprador, há muitos fatores que conferem aos provedores uma situação de força, o que é preciso levar em consideração no momento de se estabelecer de maneira realista os termos dos acordos que conformarão o sistema de relações.

É previsível que a mesma transição do sistema para modelos mais evoluídos transformará o grau de pressão dos diferentes elementos antes comentados. A figura 5 dispõe desta evolução a médio prazo.

**Figura 5: Estimativa**

Elementos de pressão na relação cliente/provedor	Grau de incidência no SCS	
	Atual	Evolução futura
Concentração relativa	Alta	Alta
Qualidade associada	Alta	Média
Diferenciação de produtos	Média	Baixa
Custo de abandono	Alta	Alta
Conhecimento de valor agregado	Alta	Baixa

No mundo sanitário, as pressões são moderadas pelo fato de se tratar de um quase-mercado. Por esta razão, as metáforas do setor empresarial puro não são úteis para explicar perfeitamente as relações no setor sanitário.

#### 4.1.2. Uma aproximação relacional

Quando analisamos os modos de coordenação entre entidades econômicas, no caso clientes e provedores no seio do Serviço Catalão da Saúde, costumamos basear-nos em relações econômicas, de mercado ou otimizadoras. Porém, em muitos casos, o nexos de coordenação entre atores de um sistema é muito superior aos que poderiam ser deduzidos, caso fossem considerados os parâmetros mencionados anteriormente.

Os modelos de relação fundamentam-se, às vezes, segundo J.P. Anastassopoulos et al. em *Pour une nouvelle politique d'entreprise*, em uma dimensão não explicitada, denominada dimensão **relacional**.

“Uma estratégia é relacional quando fundamenta-se não em leis de concorrência, e, sim, em relações privilegiadas que a empresa estabelece em seu meio.”

É evidente que a estratégia estabelecida por uma entidade, dentro de uma situação que denominamos relacional, coexiste e se combina com as estratégias clássicas ou de concorrências baseadas em parâmetros de índole econômica.

Isto nos leva a considerar junto à Koenig, a existência dos denominados **mercados concertados, não concertados, quase-mercados, etc.**

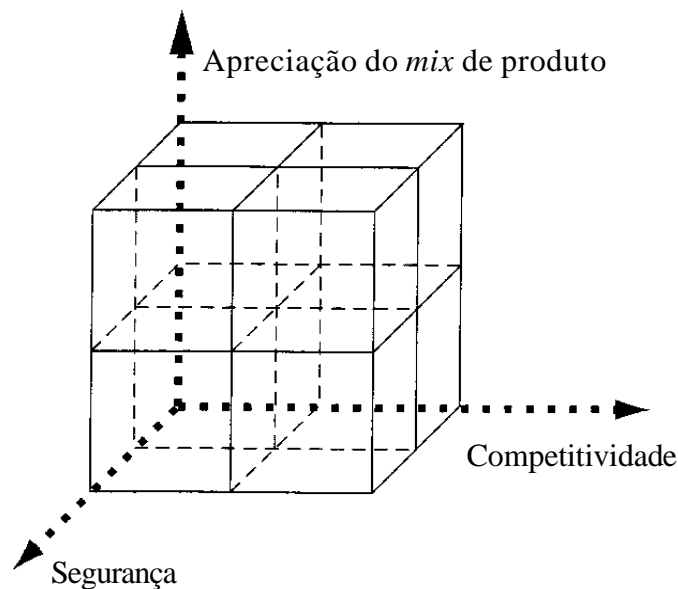
Entendemos que esta situação pode ser aplicada no ambiente da saúde em que está inserido o SCS, de maneira que ele incida notavelmente nas estratégias dos diversos entes e, portanto, obriga-nos a considerá-lo, ao mesmo tempo que nos obriga a compreender as relações que são estabelecidas entre eles.



## A segurança, uma nova dimensão da estratégia

Para a maioria dos analistas, as estratégias das companhias movem-se de acordo com matrizes bidimensionais. Para o *Boston Consulting Group*, os dois eixos estão formados por: a) **valor** medido pelo crescimento (no nosso caso, poderíamos aceitar que o valor de uma instituição sanitária medir-se-ia pelo *mix* de produto oferecido, e b) **concorrência** (em nosso caso poderíamos falar de capacidades, entre as quais contaria a eficiência). Outros autores levam em conta variáveis mais complexas, mas, em todo caso, sempre se tem trabalhado em duas dimensões.

**Figura 6: Dimensões das estratégias relacionais**



Aceitando o enfoque relacional e adaptando a linha seguida por Estrategor, podemos abordar as estratégias das entidades provedoras do SCS, transitando em três dimensões: **complexidade do mix de produto** (valor), **competitividade** (concorrência) e **segurança**. Entendendo por segurança, ao adaptar de Estrategor, “o grau de certeza que caracteriza a relação entre cliente e seu provedor-sócio privilegiado”.

Esta nova dimensão enriquece-nos (ao mesmo tempo que complica) a análise das possíveis estratégias de nossos provedores e nos ajuda a explicar as diferentes posições do cliente em relação a eles.

Entre as oito estratégias possíveis que abordam a inclusão do terceiro vetor (figura 6), destacamos as que apreciamos como mais significativas no momento de diferenciar as relações cliente-provedor no caso do Serviço Catalão da Saúde.

## **A estratégia do campeão**

É o caso da entidade que teria pontuações altas nas três dimensões: consegue uma alta apreciabilidade no *mix* de produto oferecido (qualidade e complexidade), dispõe de capacidades para desenvolver seu *mix* e é eficiente na gestão de recursos, ao mesmo tempo que desenvolve seguranças elevadas em seu meio (figura 7).

Os provedores que têm desenvolvido este tipo de estratégias são para o SCS aqueles que podem estar mais próximos de deixar a condição estrita de provedor para se converterem em um aliado estratégico.

Neste caso, o SCS pode orientar seu modo de relação com o provedor para o denominado impulsor na figura 3 (página 16). Neste modo, é possível tender para organizações virtuais onde prevaleceria a criação de condições e a impulsão sobre a gestão de recursos.

## **A estratégia de “privilegiado”**

Trata-se do caso da instituição que busca oferecer um *mix* complexo. Ela não dispõe das capacidades necessárias — entre as quais é relevante a eficiência — mas, por sua relevância estratégica, seja do tipo de atividade, da oportunidade temporal, da localização ou por alguma outra razão, tem conseguido alto nível de segurança relacional.

As conseqüências, para o SCS, de se situar em modos de relação tais como os esquematizados nesta seção, e na seguinte, impossibilitam o abandono do modelo realizador-regulador, e obrigam a estabelecer algumas relações onde o controle e seguimento do processo seriam necessários para enfrentar situações de risco derivadas de uma não adequada “eficiência” para o tipo de produto desenvolvido pelo provedor.

## **A estratégia do assistido**

Tal estratégia define-se como no caso anterior, mas com uma variante essencial: o *mix* de produto é pouco apreciável. Ademais, as capacidades são escassas, porém a estratégia do assistido dispõe de apoio relacional (figura 7).

## **A estratégia focalizada**

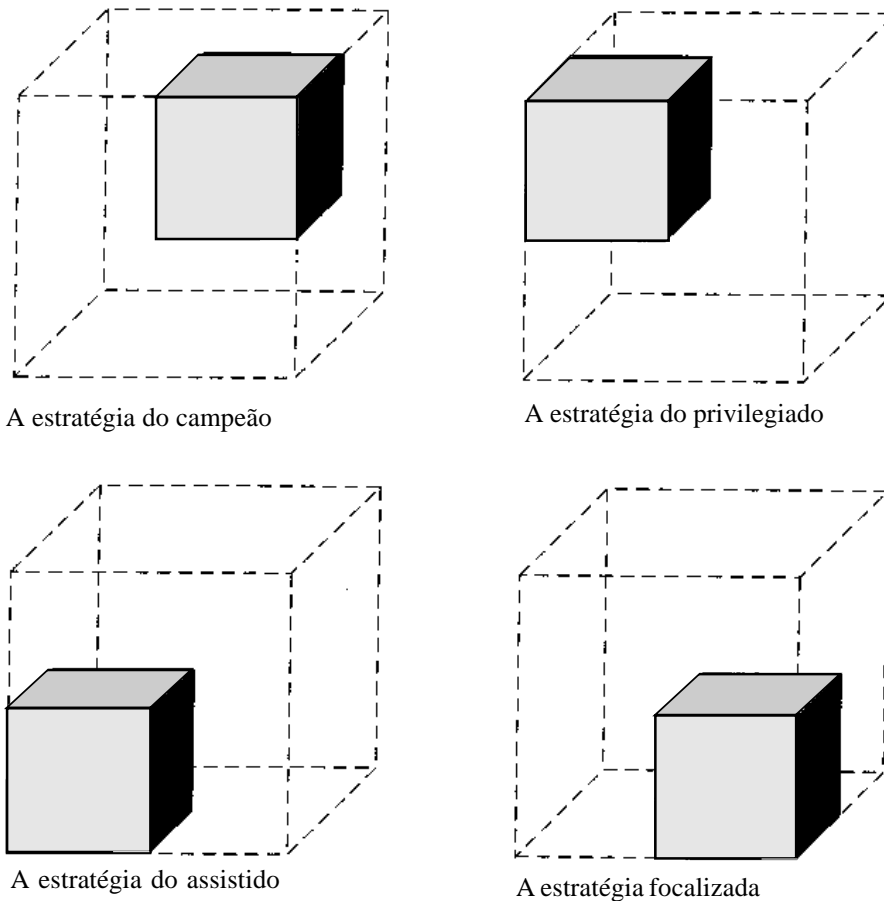
Neste caso, o apoio relacional tem sido outorgado a uma entidade com um *mix* de escassa apreciação, mas que dispõe de capacidades para levá-lo a cabo (figura 7).

Este modo comportaria o fato de que, embora o provedor, por suas características, estivesse longe de poder ser considerado um aliado estratégico, ser-lhe-ia possível, em contrapartida, incorporar-se a meios orientados para o modo impulsor, como as já mencionadas características de controle, e ao

que a planificação de seu meio fizesse, considerando as diferentes capacidades dos heterogêneos provedores comprometidos.

Cada uma das situações, descritas esquematicamente, implicaria, como comentamos brevemente, formas e mecanismos de coordenação diferentes, que afetariam a relação entre cliente, diferenciado em nossa proposta em impulsor e regulador, e provedor-produtor de serviços.

**Figura 7: Diferentes modelos de posição estratégica do provedor**



## 4.2. Conclusões intermediárias

De acordo com as características do modelo em que transita o SCS (seção 3, página 11) e com os aspectos comentados nas considerações prévias (seção 4.1., página 22) como marco das condições de relação entre os atores do sistema, propomos as conclusões intermediárias seguintes:

— As metáforas, que habitualmente são utilizadas para explicar as relações entre cliente e provedor no seio do sistema público sanitário catalão, não são válidas.

— Em muitos casos o provedor deve evoluir para a figura de aliado estratégico do cliente.

— A gestão da perspectiva do comprador deverá incluir, junto à segmentação regional, uma segmentação por capacidades.

#### 4.2.1. Utilidade das metáforas habituais na interpretação das relações cliente-provedor

O fato de que em nossa interpretação do modelo do Serviço Catalão da Saúde consideramos diferentes atores — provedores, regulador (regiões sanitárias) e impulsor (serviços matrizes do SCS) — em níveis diferentes e com papéis diferentes, coexistindo com duas fases de evolução da orientação do SCS, a aceitação de um terceiro fator — a segurança — na abordagem das estratégias dos provedores e o conjunto de fatores de pressão entre ambos conjuntos, conduz-nos à conclusão de que as relações entre cliente e provedor no modelo da saúde catalã não se ajustam a nenhuma das categorias que poderíamos denominar clássicas e que resumimos na figura 8, provedor-cliente entrelaçados.

Nossa visão do modelo adotado pelo SCS nos induz a crer que ele não se adapta nem ao esquema de papel dominante do cliente (atacadista), nem ao papel de dominante do provedor (franquia).

**Figura 8: Provedor-cliente entrelaçados**

Relação de Tipologia	Modelo de papel dominante do cliente		Modelo de papel dominante do provedor	
	Provedor	Cliente	Provedor	Cliente
Elementos da relação	Provedor	Cliente	Provedor	Cliente
Objetivos comuns	Econômico	Econômico	Econômico	Econômico
Estrutura comum	—	(Pode mudar de provedor)	—	(Não pode mudar de provedor)
Garante Oferece	. Serviço . <i>Know-how</i> (tecnologia) . Localização . Prestígio	Ocupação Recursos	Produto (marca/imagem)	Distribuição
Negocia	. Grau de ocupação . Tipo de serviço (massivos/individualizados) . Preços diferentes por valor agregado	Preço Qualidade Condições	Preço Imagem (qualidade) Condições	
Relação na intervenção	Informação geral	Informação segundo os fatores negociados Gestão	Informação Assessoramento Gestão	Informação
Exemplo	. Atacadista (subcontratados) com marca e estrutura do cliente		Franquia do concessionário de automóveis	

## 4.2.2. Evolução da relação cliente-provedor: de provedor a aliado estratégico

### Situação atual

Sem entrar, no momento, nas diferentes opiniões que existem no setor sobre a maneira de operar entre os atores do sistema, é aceita a consideração de “provedor” em um dos grupos de atores.

Nas circunstâncias atuais, nas que predomina a orientação do sistema para a eficiência, os parâmetros que caracterizam um bom provedor seriam os seguintes (figura 9):

- Que facilite um bom produto;
- Conformidade nas especificações;
- Bom preço;
- Fiável.

O ótimo provedor cumprirá as características anteriores, ao mesmo tempo que deverá entrar em consenso com seu cliente a respeito dos mecanismos de controle que garantam as qualidades pedidas.

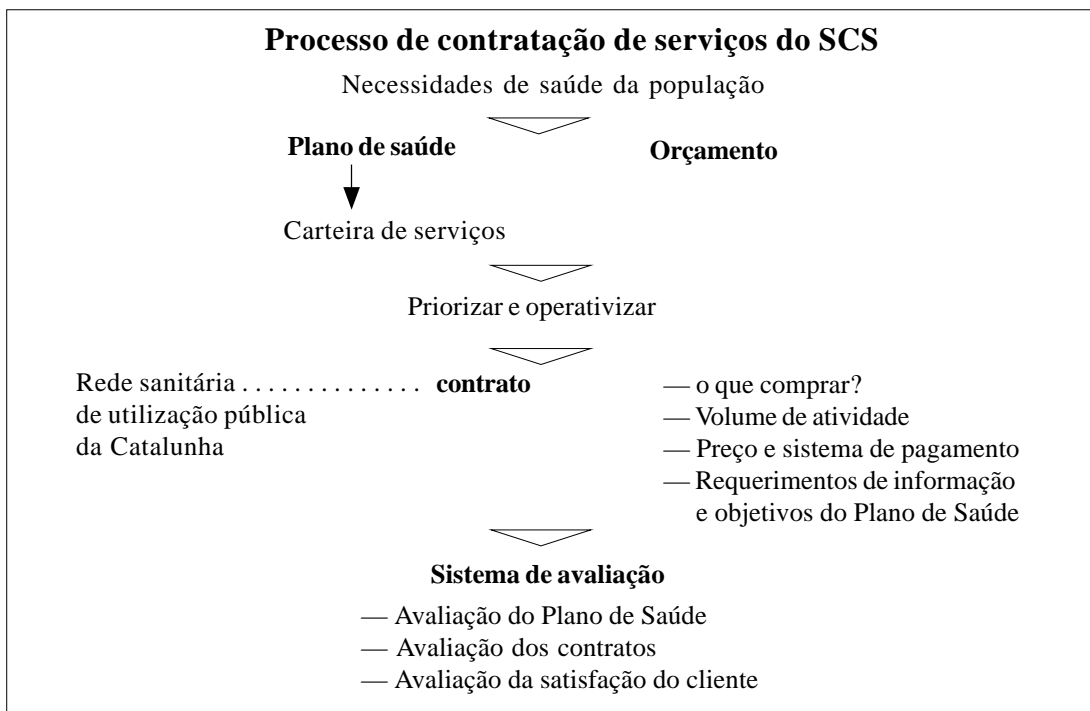
### Evolução possível

A complexidade dos diferentes níveis ou grupos de provedores, do tipo de produto que é facilitado e a necessidade de passar de uma visão centrada na eficiência — sem abandoná-la — (como se observa no modelo realizador-regulador) à outra visão orientada para o usuário (modelo regulador-impulsor) fazem com que esta possível evolução nos leve a considerar a necessidade de abordar a figura do aliado estratégico ao invés da figura do provedor.

Atualmente, alguns provedores podem ser considerados aliados estratégicos. De fato, as capacidades, o comportamento dentro do sistema e a relação com o comprador os aproximam desta forma de relação.

De todo modo, queremos deixar claro que o modelo definido anteriormente como “**assistido**” é uma perversão do aliado estratégico, porque é um peso que não oferece rendimento. É preciso suportar esse peso como um mal menor.

**Figura 9: Organização instrumental do processo de contratação de serviços**

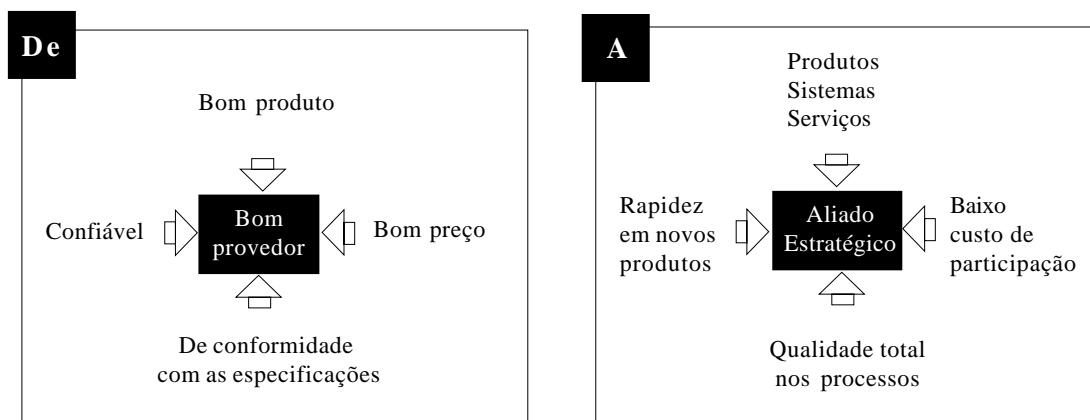


Fonte: Serviço Catalão da Saúde

As características do aliado estratégico seriam as seguintes (figura 10):

- Responsável pela provisão de produtos, sistemas e serviços;
- Qualidade total dos processos;
- Baixo custo de participação;
- Rapidez na concepção de produtos novos.

**Figura 10: De provedor a aliado estratégico**



Fonte: Adaptação de Alcatel/Alsthon. Prisma n. 41, Publicação interna, ESADE, 1995.

Comparamos, de duas em duas, as características de ambas figuras:

— De provedor de um bom produto a provedor de produtos, sistemas e serviços.

— Da conformidade a algumas especificações concretas e pactuadas à gestão interna total.

— Da disposição de um bom preço para o produto concreto a uma concepção global de ótimo custo de participação do aliado ao sistema.

— Da confiabilidade para cumprir acordos concretos à suposição de ter iniciativa para avançar no desenho e na proposta de produtos novos.

Podemos observar que a concepção de aliado estratégico concorda mais fielmente com a realidade de algumas das relações estabelecidas hoje em dia como simples relação provedor-cliente. O aliado estratégico, reconhecido ou não como tal, está mais comprometido com o sistema que o simples provedor. Ele participa, com seu cliente (também aliado), em uma estratégia, em uma orientação para o cliente, provê o cliente de um conjunto muito mais amplo que um produto e, ao mesmo tempo, colabora com seu cliente-aliado estratégico no desenho de serviços para responder à demanda presente ou previsível do usuário final.

Cada uma das duas visões corresponde a um dos estágios finais do modelo identificado. Por isso, torna-se difícil que ocorram situações puras; trata-se mais de tendências que de participação claras a cada um dos grupos.

Assim, a concepção “**provedor**” adaptar-se-ia à fase do modelo que corresponde à visão de **regulador** ou gestor de meios. Neste estágio puro, a relação ou coordenação com o provedor centrar-se-á no controle por resultados, embora não se excluam outros mecanismos de controle, de acordo com os condicionamentos mencionados em seções anteriores.

Na atual situação, a relação contratual entre cliente e provedor ajusta-se ao ilustrado na figura 9, em que imagem do provedor adapta-se a do provedor clássico mais que a de aliado estratégico.

Enquanto a idéia de “**aliado estratégico**” requereria uma visão de **impulsor** ou gerador de limites, o aliado estratégico é um sócio do sistema. Como já assinalamos, os participantes constroem o modelo e compartilham seu significado, e neste caso não cabem ações de intervenção.

#### 4.2.3. Necessidade de uma gestão por segmentação

##### Situação atual

Dentro do conjunto de provedores, no sistema do SCS é possível constatar que, neste momento, coexistem unidades em que se deve fazer

o esforço de integrá-las em uma relação de eficiência entre cliente e provedor com outras, cujo volume de serviços acrescentados e capacidade situem-nas mais próximas da consideração de aliados estratégicos que da consideração de simples provedor.

Nestas circunstâncias, a planificação, baseando-se em uma única política centrada nas regiões, pode produzir disfunções que dificultem não somente a aplicação de estratégias, mas, também, o papel das unidades **reguladoras**, os gerentes da região.

### **Evolução possível**

O reconhecimento da realidade desigual entre os diferentes provedores ou provedores-aliados do SCS pode levá-lo a uma planificação baseada em capacidades dentro de cada zona.

Por um lado, partindo dos serviços centrais, **unidades impulsoras**, dever-se-á prever a necessidade de pensar em políticas diferentes, segundo as capacidades desiguais das unidades dentro das zonas, ao mesmo tempo que num processo de coordenação com os responsáveis regionais para que estas **unidades reguladoras** de cada zona estabeleçam políticas e relações diferentes de acordo com os diferentes papéis que deverão desenvolver, dependendo do plano que for realizado ser com unidades provedoras ou com aliados estratégicos. Queremos referir-nos novamente à figura 4 (página 22) onde são esquematizados os modos de relação e representação de papéis entre impulsor e regulador.

Não se trata de reconhecer a discricionariedade, porém, de formalizar uma planificação que considere políticas e papéis diferentes de acordo com uma segmentação, partindo das capacidade de cada unidade.

### **4.3. Descrição das relações cliente-provedor e suas condições de êxito**

Segundo nosso parecer e de acordo com o modelo identificado, há dois níveis nas relações classificadas até agora genericamente de cliente-provedor: relação impulsor-provedor e relação regulador-provedor.

#### **4.3.1. Relações impulsor-provedor**

##### **Eixos da relação**

— O impulsor tem como missão fundamental a de planificador. Esta planificação girará em torno do plano de saúde, do plano de serviços e do



plano operativo, de forma que constitua o autêntico marco de referência da atuação dos outros atores do sistema.

— Orientação para a **convergência de objetivos**. O marco planificador terá uma relevância e uma execução especial para levar em conta a realidade dos aliados estratégicos e suas capacidades de acréscimos ao Serviço Catalão da Saúde, de forma que sejam impulsionadas as particularidades deste tipo de alianças enunciadas anteriormente, caracterizadas pelo compromisso com objetivos comuns.

— Orientação para a equidade. Os sistemas formais de relação utilizados pelo impulsor deverão tender a favorecer a equidade entre os atores-provedores e o financiador, de maneira a estimular comportamentos para melhorar a gestão em todos os conjuntos de provedores, e a tentar atenuar, caso se decida, o fator **segurança** que, como apontado na seção 4.1.1.(página 23), condiciona estratégias de relação diferentes, mas não necessariamente ótimas.

### **Outros condicionamentos do êxito da relação**

Clarificação dos marcos de atuação: desenho e implantação de contrato(s) realista(s) de maneira que preveja e permita medir o nível de atividade adequado e o grau de transparência informativa conveniente ao tipo de relação estabelecida.

Exigência orçamentária. Manter os acordos sobre limites econômicos, de forma que se transfira este critério ao território.

Determinar o papel das equipes de gerência das regiões e desenhar um marco de atuação que leve em consideração a possibilidade de diferentes atuações dentro da mesma zona, segundo o tipo de provedor, e evitar o excesso de tutela burocrática.

### **4.3.2. Relações regulador-provedor**

#### **Eixos da relação**

- Implantador de estratégias;
- Dispor de um plano de **estratégia regional diferenciado** de acordo com a segmentação de provedores;
- Capacidade de atuação baseando-se no **reconhecimento próprio** e em sua equipe pelo conjunto de provedores, buscando mais o papel de assessor em estratégia que o papel de auditor. Poderia ser o representante do provedor nos serviços centrais.

## **Outros condicionamentos do êxito da relação**

- Orientação para a gestão de meios;
- Como comprador, deverá estimular os requerimentos do produto em volta dos quais os mecanismos de avaliação terão de girar, em situação de normalidade, sobre os controles de qualidade do provedor, mais que sobre seus próprios processos.
- Atenção à diversidade. Adaptação dos sistemas de avaliação e controle segundo os diferentes provedores.
- Separar o papel de comprador de serviços do papel de financiador de investimentos, e enquadrá-los no meio planificador fixado pelo impulsor.
- Repudiar as perversões possíveis do sistema que levariam a supervalorizar a hiperexcelência técnica autogerada sobre os objetivos comuns do sistema.
- Favorecer e impulsionar a formação de gestão entre as diretrizes dos provedores e os membros da equipe do regulador com a finalidade de conseguir melhores gestores e de facilitar o diálogo.

### **4.3.3. Compromissos do provedor**

- Aceitação da política de convergência de objetivos dentro do SCS.
- Exigência de dispor de um plano estratégico vinculado à planificação global.
- Necessidade de disposição com a transparência informativa nos aspectos combinados no “novo contrato”, especialmente: o plano estratégico (operações e investimentos), os mecanismos de avaliação e os indicadores de qualidade acordados (ocasionalmente informação sobre o processo).
- Formação em gestão para suas equipes diretivas para fazer mais fluido o diálogo com o comprador.
- Assumir o critério de que a sobreexcelência técnica não é um fator de negociação.
- Disciplina orçamentária, baseada em realismo e rigor na gestão (adequação de recursos ao plano, adequação de atividade, etc.).

## **5. As relações de aliança estratégica provedor-provedor**

### **5.1. As alianças estratégicas**

A aliança estratégica é uma tipologia das relações entre entidades que conformam o cruzamento das organizações virtuais que se poderia definir

como uma relação de cooperação entre unidades competidoras ou potencialmente competidoras que decidiram compartilhar habilidades ou capacidades para fazer uma atividade ou um projeto conjuntamente.

A aliança estratégica apresenta-se como uma alternativa à fusão de entidades, já que cada uma manterá sua identidade e compartilhará um projeto comum. Ao mesmo tempo, as unidades participantes na aliança continuarão oferecendo seus produtos ou serviços ao mercado, o que, às vezes, pode ser coincidente.

Podemos considerar que as alianças estratégicas se caracterizam por:

— Existência de uma estratégia de cada unidade e de uma estratégia comum que se formaliza na vontade de associar-se para a realização conjunta de um produto ou de uma parte deste ou para compartilhar um processo.

— Certo grau de concorrência entre provedores.

Estas duas características permitem-nos diferenciar uma aliança estratégica de uma coalizão, entendendo que, nesta última, procura-se atuar conjuntamente por um período de tempo, mantendo, cada uma, sua identidade, com a finalidade praticamente única de obter uma redução da concorrência. O grau de compromisso e de entidade do objetivo perseguido é muito diferente nas duas opções.

O maior grau de compromisso conjunto que se possa deduzir dele requer uma aliança estratégica diante de outras opções de relação; não obstante, está matizado por dois fatores que também conformam suas características:

— *Manutenção da autonomia.* Cada empresa mantém integralmente sua independência operativa, exceto no âmbito da atuação conjunta. Este âmbito de atuação permite certas vantagens às empresas associadas, que, regra geral, são obtidas em processos de concentração sem sofrer seus aspectos negativos. Entre estas vantagens podemos destacar as econômicas de escala ou com experiência maior, que, de outro modo, estaria reservado para entidades de grandes dimensões.

— Não são associações irrevogáveis. Trata-se de situações que permitem o retorno ou que podem ser pensadas como uma transição para opções de maior transcendência. Esta circunstância requer certo grau de confiança com o sócio-aliado, para não temer que cada um possa saber ou aprender alguma coisa do outro.

### **5.1.1. Principais tipologias de alianças estratégicas**

Segundo os objetivos perseguidos, podemos observar a tipologia de alianças estratégicas seguinte:

a) **Aliança auditiva.** É a associação para realizar completamente um produto ou serviço comum, perseguindo os benefícios gerados pelas economias de escala. Ambos os sócios têm conhecimento e possibilidades

para realizar o produto, mas dispor dos processos de produção paralelos torna-se demasiadamente custoso. Este tipo de aliança provoca o desaparecimento da concorrência entre os associados para o produto elaborado conjuntamente.

b) **Aliança de integração conjunta.** A associação busca realizar conjuntamente uma fase do processo de produção; as economias de escala são almejadas, tão-somente para uma parte do processo. Ambos os aliados podem oferecer os mesmos produtos, inclusive nos mesmos mercados. É infreqüente que se mantenha um alto grau de concorrência nestes casos.

c) **Aliança complementar.** Uma parte do processo de que não dispõe um dos aliados é compartilhada em troca de benefícios econômicos, de serviço ao mercado, de imagem, etc. É o caso da empresa que distribui produtos complementares disponíveis a outra empresa que tem rede de distribuição em sua zona. Neste caso, a concorrência direta é evitada por algum critério de diferenciação do produto ou serviço.

A síntese que acabamos de expor servir-nos-á como guia para concluir sobre as possibilidades de adaptação e adoção de alguma das alternativas mencionadas dentro do sistema sanitário catalão.

## 5.2. Elementos operativos das alianças estratégicas

A importância e o grau de compromisso, que as alianças estratégicas possam representar para as instituições que optem levar a cabo uma aliança, aparecem quando se revisam as propostas de P. Druckner, sobre os aspectos que se devem considerar no funcionamento de uma aliança entre provedores, mencionados a seguir:

— Antes de que a aliança se complete, as partes devem ter especificado seus objetivos e os objetivos da “recém-nascida”. Uma aliança estratégica fundamenta-se na planificação de cada entidade em separado e obriga a planificar o projeto conjunto de maneira que se encaixe com a planificação dos aliados. Uma aliança não deve tentar resolver problemas concretos, mas, sim, responder às linhas de atuação a longo prazo.

— O acordo tem tanta importância como os detalhes de como deve funcionar a nova “empresa”. A análise prévia da cultura corporativa de cada entidade e das possibilidades de atuação conjunta para o tipo de projeto que se aborde é tão importante quanto a coerência do projeto com os objetivos estratégicos dos associados.

— É necessário haver um acordo muito bem elaborado sobre quem gerirá a aliança. A confiança mútua basear-se-á na clareza das regras estabelecidas para operar com o novo projeto e na transparência da informação necessária para geri-lo.

— Cada sócio deverá fazer os arranjos e as previsões em sua própria estrutura para se relacionar com a outra parte. Segundo a importância do projeto posto em comum, esta aliança afetará as diferentes estruturas organizacionais. Para tanto, será necessário prever o impacto do acordo sobre tais estruturas devido não só às novas distribuições como também às necessárias relações com o associado.

— Deve haver um acordo prévio sobre como gerir os desacordos.

### **5.3. As alianças estratégicas atualmente no SCS**

No atual momento do Serviço Catalão da Saúde, é possível seguramente afirmar que o grau de colaboração entre provedores é escasso, salvo as experiências de agrupamentos territoriais e de gestão existentes.

Não obstante, existem condições objetivas que permitem acordar a colaboração entre provedores e, eventualmente, futuras alianças estratégicas:

— A melhora necessária na eficiência de determinados serviços sanitários aconselha empreender alianças do tipo aditivo (oferta conjunta de todo um serviço) ou de integração conjunta (realização conjunta de uma fase do serviço completo).

— O grau de concorrência entre provedores — o que definimos como um quase-mercado — é mais baixo do que aquele possível de ocorrer em mercados de concorrência total, que, entretanto, é onde as experiências de alianças estratégicas têm aparecido. Por este motivo, parece possível deduzir que as desconfianças e a prudência prévias à decisão devem ser um obstáculo menor no sistema sanitário da Catalunha que em outros lugares.

Apesar de ocorrerem circunstâncias favoráveis para o desenvolvimento de associações entre provedores, estas não têm existido, salvo as exceções dos agrupamentos já mencionados. Para tanto, poder-se-ia abordar quais as circunstâncias necessárias para impulsionar as alianças provedor-provedor.

#### **5.3.1. Condições requeridas para favorecer alianças entre provedores**

Vontade de impulsionar as alianças que potencializam a eficiência do sistema a partir dos serviços centrais do SCS, baseando-se na planificação existente, incluindo os objetivos de conseguir alianças nos processos e os mecanismos de coordenação em vigor. Esta função desenvolver-se-á à medida em que, no modelo atual, se acentue o modo impulsor perante o modo regulador.

Impulsionar e favorecer as alianças constituirá uma parte fundamental do papel das gerências de região, à medida que as funções deste evoluam de

controlador de processos a controlador de resultados, e da execução à planificação.

Conseguir um clima de confiança entre gerentes de provedores mediante mais cultura de gestão para facilitar as alianças.

Evitar, o máximo possível, que o estabelecimento de alianças, buscando uma maior eficiência, faça aparecer o risco de “monopólio de zona”, o que invalidaria parte da eficácia do sistema, posto que introduziria rigidez nas possibilidades de planificação, considerando, que como já mencionamos, não transitamos em um mercado perfeito.

## **6. Considerações finais**

Acreditamos que este trabalho de reflexão permita fazer uma última análise das conclusões e das sugestões do desenvolvimento do modelo sanitário da Catalunha.

### **6.1. Adequação do modelo**

Acreditamos que o Serviço Catalão da Saúde foi dotado de um modelo adequado à realidade do meio e às finalidades que pretende alcançar e, para tanto, cabe pensar a possibilidade de se aprofundar. O modelo reconhece, dentro de alguns limites, a pluralidade de oferta de serviços sanitários. Ele assume seu papel de representação dos interesses dos cidadãos e tem espaço para modificar serviços ou para acrescentar outros, por meio de um instrumento, como por exemplo, um plano de saúde que oriente sobre a direção global a ser seguida, e que faça considerações pró-ativas, com alguns limites orçamentários estabelecidos.

### **6.2. Problemas específicos de relação provedor-Serviço Catalão da Saúde**

Em uma situação geral de adequação do sistema sanitário catalão, as relações provedor-Serviço Catalão da Saúde têm suas peculiaridades e suas dificuldades. Entendemos que são frutos da história do desenvolvimento da saúde no país, que parte de uma visão clássica de Estado. A partir de um modelo centralizado e eminentemente estadista, caminha-se para uma concepção flexível e descentralizada.

O modo catalão oferece precisamente um tipo de ponto intermediário entre ambas as situações. Há provedores que formam parte da estrutura

estatal e outros que não. A planificação é mais cooptada que imposta. A participação dos agentes sociais é mais ampla que estreita, etc.

O argumento dos provedores privados tem se centrado neste setor e em outros setores da economia na eficácia comparativa. A presunção de que a coisa privada é eficiente em si mesma e de que tal fato não ocorre com a coisa pública formam parte de uma concepção já estereotipada. Todos nós sabemos que a sobrevivência da coisa pública em uma sociedade opulenta e educada depende do fato de que seja mantida uma eficácia razoável. Portanto, este argumento torna-se cada vez menos poderoso. Esperamos que ele seja substituído por uma polêmica sobre o papel do Estado e as organizações privadas, no eixo que aqui é descrito, e que passe da realização pura à impulsão pura.

A relação entre provedor e cliente em um mercado concertado, não-concorrente ou quase-mercado, como o sanitário, é difícil, pois é relacional e as pressões são contínuas. Quanto a este aspecto, foram descritos na seção 3 desta reflexão (página 23) os fatores que determinam tais pressões e o que acreditamos ser a situação atual.

Percebe-se também uma dificuldade para sustentar os papéis, tanto no caso do Serviço Catalão da Saúde quanto no caso dos provedores. Eles são mais difíceis de se manter à medida em que ambos os interlocutores se dão conta do grau em que estão relacionados. O conflito adquire forma através da percepção de *intrusismo* por parte do provedor. Em contrapartida, o Serviço Catalão de Saúde recebe demandas de protecionismo.

*Intrusismo* significa que não há nenhum acordo sobre o qual é necessário controlar, se terá de ser o processo ou o resultado. Isto quer dizer que é difícil combinar onde começa o âmbito estritamente privado de um provedor e onde são admitidos visitantes do exterior. Isto significa, finalmente, que não está claro onde há um conselho e onde há uma prescrição na maneira de gerir ou de produzir saúde.

Esse ponto é e será mais agudo à medida em que ambas partes estejam mais relacionadas. O setor automobilístico já é totalmente clássico. As conhecidas propostas atribuídas a López de Arriotua praticamente transferem ao provedor custos que eram antes do comprador, e impõem práticas de redução de custos. Em geral, na indústria já é uma norma que o comprador trabalhe com o provedor nos processos de fabricação, e assim possibilite reduções de custos e especificações de qualidade crescentes. Neste caso, trata-se de *intrusismo*? O provedor, em alguns setores manufatureiros em especial, tem visto que é melhor tentar uma aliança estratégica com seu comprador, se quiser evitar o aumento do risco de não poder continuar no sistema.

Como vimos, ao tratar das características de aliado estratégico, para tanto, pressupõe-se a aceitação mútua de algumas regras de jogo que

exigem a co-participação na estratégia e que, por isso, possibilita garantir sua execução. Não voltamos a perguntar se isto é *intrusismo*. Sem dúvida, trata-se de uma percepção que dependerá fundamentalmente da consciência em compartilhar uma estratégia comum e da maneira como a inevitável intervenção em interorganizações seja levada a cabo.

A defesa do provedor nestes casos, à parte o jogo de poder derivado do custo de saída para o comprador e do agrupamento quase gremial para fixar limites, está na participação da estratégia do comprador, a longo prazo, da pesquisa e do desenvolvimento, a fim de garantir sua sobrevivência, aproximando-se ainda mais.

Este exemplo é muito exagerado para o setor sanitário, e também pouco realista, já que a diversidade de processos, a rapidez na evolução tecnológica, a diversidade de especialidades e, finalmente, o fato de que a saúde é considerada cada vez mais um serviço, tornam muito difícil uma atuação deste tipo, se é que o comprador tem capacidade suficiente para intervir até este extremo.

Por este motivo, acreditamos que, do ponto de vista do Serviço Catalão da Saúde, é preferível um papel regulador impulsor a um papel de realizador regulador.

Entretanto, há a percepção do *intrusismo* como um sistema de separação, de ruptura relacional, de dificuldade para aceitar o outro e, certamente, de lacunas nos contratos e nos acordos.

Por outro lado, acontece o mesmo com o protecionismo de que se queixa o comprador — o que significa que o provedor quer segurança e proteção diante de suas vicissitudes econômicas, de pessoal ou de gestão, porque, enfim, o cliente final, o usuário, pertence ao comprador. O usuário não discrimina o modelo: para ele, tudo é saúde pública, e lhe tem por direito porque paga por ela. Na página 25, é mencionada a segurança como dimensão estratégica e são descritas algumas formas possíveis em que se manifesta esse parâmetro.

Nestas situações, o comprador deseja desfazer o vínculo. Estará obrigado a suportar as dificuldades do outro? Até que ponto pode intervir num conflito trabalhista que pertence a outro? Ou não pode intervir? “Por que tenho de assumir as dificuldades de caixa de um centro que é provedor?” Verdadeiramente, a demanda de igualdade do provedor privado em relação ao público é um argumento, porém, pobre. A razão importante é, novamente, a delimitação do fato relacional no vínculo. A pergunta é: por que e em que estamos juntos?

Obviamente, e a partir de uma perspectiva de poder negociador, trata-se de trocar a segurança pelo controle: “deixo-o intervir se me protege”. É muito mais maduro um marco claro e discriminador, pelo fato de



que um aliado estratégico dispõe de seguranças e obrigações diferentes das de um provedor e que esta distinção pelo menos depende de um destino comum, estratégico, em que estamos comprometidos.

Tudo isto não é muito importante dentro de nossa visão independente e não especializada. Porém, parece que é muito relevante para os atores, já que nesse ponto, ou melhor dizendo, a partir desse ponto, joga-se a relação e a tensão geradas.

As considerações e recomendações seguintes têm esta configuração e, ainda que breves, são pesadas porque sugerem ir até uma mudança relevante de aprofundamento do modelo, em que estas questões de *intrusismo* e protecionismo, de independência *versus* dependência podem evoluir para uma situação mais madura de interdependência em torno da estratégia e para o desenvolvimento das necessidades complexas, no que se relaciona com as necessidades de saúde da população.

### **6.3. Incremento do papel impulsor**

Ainda que o modelo seja adequado, em geral, é sempre possível encontrar formas de aprofundá-lo. É evidente que a relação com os provedores adota formas mistas e, inclusive, diferentes, de acordo com o momento. Entretanto, cremos que é possível fazer um esforço para insistir no uso mais extenso do modo impulsor no modelo que apresentamos. Esta evolução enfatizará o papel do SCS como criador de condições, além do papel de gestor de recursos. Implica também colocar a energia em controle de limites (condições), em que se incluem os resultados e também os limites qualitativos de imagem, de processo de transformação, etc.

### **6.4. Segmentação de provedores**

Acreditamos que é importante introduzir o conceito de segmentação de provedores, de acordo com alguns critérios para definir, no que se pode ser extraordinariamente criativo, que façam referência a políticas de relação diferenciada, segundo o tipo de segmento e segundo sua contribuição ao plano de saúde.

Não se trata, aqui, de propor critérios de requalificação dos provedores, a fim de deixar alguns à margem, e, sim, do contrário: pretende-se que, aceitando a variedade de provedores, chegue-se a poder gerir tipos diferenciados de papel, tipos de contratação, segundo a contribuição do provedor. Desta forma, não se trata de um modelo único de relações, mas de um modelo específico segundo o segmento.

## **6.5. Planificação de acordo com as capacidades**

(Este item complementa o ponto 6.3.).

Objetivando um aprofundamento do esforço impulsor e como instrumento complementar dos esforços de planificação estratégica, parece-nos adequado tentar desenvolver uma planificação baseada nas capacidades, o que permitirá delimitar o *insourcing* e identificar melhor os provedores que potencialmente são aliados estratégicos. Este sistema de planificação serviria igualmente como instrumento de segmentação e como base para uma separação maior entre as atividades de financiamento e de investimento.

## **6.6. Cooperação entre provedores**

Parece que atualmente os provedores têm dificuldades muito diversas para cooperar entre si, ainda que, evidentemente, haja algumas exceções. Porém, em geral, a cooperação tem pouca relevância e assume formas muito elementares (ainda que não depreciáveis) de aproveitamento de economia de escala.

Acreditamos que o Serviço Catalão da Saúde pode atuar como impulsor e criar condições para que tais esforços possam evitar duplicações de investimento, de pessoal, de pesquisa e de concentração de recursos, em geral. Qualquer cooperação em si mesma comporta um afã de integração e implica compartilhar, sem perder necessariamente identidade; acreditamos que o mundo sanitário necessita de abertura nesse aspecto.

## **6.7. Separação entre compra de serviços e financiamento**

Esta separação é clara quando se faz distinção entre provedor e aliado estratégico. Porém, além disso, implica reconhecer a diferença entre o que é estratégico do que é produtivo. Todas as organizações planejam seu desenvolvimento, um tipo de política de crescimento ou simplesmente a melhora que requer um financiamento extraordinário. É bom separar a gestão de realização produtiva do serviço, que atende aos resultados atuais, da atividade de exploração de recursos daqueles que implicam um projeto de crescimento ou de desenvolvimento futuro, que tem implicações estratégicas. É possível que o Serviço Catalão da Saúde esteja interessado em algumas linhas estratégicas do provedor e não em outras, independente do cumprimento e dos resultados cotidianos. Se o Serviço Catalão da Saúde se compromete com a estratégia do provedor e *vice-versa*, adquirirá uma dimensão específica e separada e as direções regionais terão duas tarefas diferenciadas: dimensão estratégica e dimensão operativa.

## **6.8. Reforço do papel regulador das regiões**

Finalmente, acreditamos que é preciso mencionar aspectos relacionados com o funcionamento interno do Serviço Catalão da Saúde.

A partir deste ponto de vista, acreditamos ser necessário estabelecer dois eixos de desenvolvimento das regiões:

— Favorecer a máxima conexão entre os serviços centrais e as regiões sanitárias, partindo de planos estratégicos diferenciados por região segundo suas características, uma das quais seria resultante da segmentação de provedores.

— Fomentar uma maior unidade de critérios de atuação entre as regiões sanitárias, em termos de propósito e visão compartilhada.

## Notas

- <sup>1</sup> Nos dias 28 e 29 de abril de 1994 foi celebrada a II Jornada da Rede Hospitalar de Utilização Pública (XHUP) cujo tema era “A Qualidade é Coisa Pública”. A comunicação desta jornada, a cargo do Sr. Emili Sullà, “Reflexões sobre os objetivos da gestão: respostas organizativas”, introduziu-nos em uma reflexão sobre os diferentes tipos de respostas organizacionais internas e externas que, de acordo com o meio e os objetivos de cada instituição, têm permitido atingir graus mais elevados de eficiência.

O interesse da comunicação levou-nos a aprofundar mais na análise das estruturas e das relações organizativas no nível específico do Serviço Catalão da Saúde.

Por isso, o Serviço Catalão da Saúde encarregou aos senhores Emili Sullà e Samuel Husenman a elaboração deste informativo que está centrado, fundamentalmente, nas inter-relações organizacionais, tanto no que se refere às alianças estratégicas quanto no que se refere às relações provedores-cliente.

Para a elaboração deste informativo devemos agradecer a atenção recebida de todas as pessoas do Serviço Catalão da Saúde e das instituições que formam parte da XHUP que prestaram sua colaboração.

- <sup>2</sup> Queremos agradecer, com toda sinceridade, a atenção e a informação recebida das diretrizes dos serviços matrizes e dos gerentes territoriais do Serviço Catalão da Saúde, assim como dos diferentes responsáveis de instituições da Rede Hospitalar de Utilização Pública da Catalunha (XHUP), a quem solicitamos colaboração.
- <sup>3</sup> N.E. Esta apresentação foi elaborada a partir do documento “Catalunya — Un model hospitalari”, do *Departament de Sanitat e Seguretat Social, da Generalitat de Catalunya* e objetiva apresentar ao leitor informações gerais a respeito da constituição do *Servei Català de al Salut* — o Serviço Catalão de Saúde (SCS). Maiores informações sobre a reforma sanitária na Catalunha encontram-se em Trias, Xavier. “El Servicio Catalán de la Salud y la nueva organización de la asistencia sanitaria pública en Cataluña”. In: *Fulls Econòmics Informes*, Barcelona: Departament de Sanitat i Seguritat Social, 1992.

- <sup>4</sup> A *Generalitat* é a instituição de autogoverno da Catalunha, fundada em 1359 e restaurada em 1977. O Presidente da *Generalitat*, eleito pelo Parlamento, é responsável pela atividade governamental e é, ao mesmo tempo, a máxima autoridade do Estado da Catalunha. Cf. “Catalunya: un model hospitalari”, Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- <sup>5</sup> A II Jornada de Rede Hospitalar de Utilização Pública da Catalunha realizou-se durante os 28 e 29 de abril de 1994, tendo como temática “La calidad es cosa de todos”.
- <sup>6</sup> Pode-se ler igualmente este quadro como um descritor simples das configurações estruturais de Henry Mintzberg. Assim, as mecânicas da produção de rotinas assimilam-se às burocracias profissionais: as orgânicas de capacidade de reação parecem-se com as estruturas simples e, finalmente, as de criação e inovação se parecem com as adhocracias. O modelo que acabamos de descrever, de um conjunto mecânico-orgânico, baseia-se exclusivamente na análise da estrutura de tarefas e funções e nos mecanismos de coordenação. Ao contrário, nesta reflexão, estamos interessados, ademais, em mostrar um modo complementar, que se baseie no que seja Relacional, ou seja, na maneira como se articulam e entram em contato as partes do sistema de provedores com o cliente. Esperamos que isto complete a compreensão do presente e facilite uma possível projeção das alternativas do modelo no futuro.
- <sup>7</sup> Neste aspecto, estamos de acordo com aqueles que opinam, que talvez seja possível haver verdadeira concorrência entre provedores, a partir do ponto em que todos os provedores de serviços sanitários sejam concorrentes na apresentação do serviço tanto em custos como em eficácia técnica.

Este tipo de regulador tem seu valor central na eficiência e na concorrência. A visão efficientista traça auditorias e controles de eficiência, trabalha em orçamentos e está orientada para os resultados. A visão de mercado implica, continuando com a tipologia de Koldo Echebarria, a separação entre financiamento/produção, a pluralidade de provedores (ambas características do modelo sanitário da Catalunha), a autonomia de gestão e uma orientação empresarial que contém mais que os resultados em si, já que sua continuidade depende, ademais, da capacidade empreendedora e da orientação para o exterior.

## Referências bibliográficas

- MINTZBERG, Henry. *La estructuración de las organizaciones*. Ed. Ariel.
- GALBRAITH, *Organization design*, cap. XIV, Adison-Wesley.
- ECHEBARRIA, Koldo (ESADE). *Visiones de la modernización administrativa*.  
Comunicación personal, 1995 ( de sua tese de doutorado, não publicada).
- HOEBEKE, LUC. *Making work systems better. A practioners refletions*. Ed. J. Willey, 1994.
- STRATEGOR. *Stratégie, Structure, Décision, identité*. 2ème édition. Interedictions. 1993.
- ANASTASSOPOULOS, J.P.; BLANC, G.; NIOCHE, J.P.; RAMANATOSA, B. *Pour une nouvelle politique d'entreprise*. PUF, 1986.
- KOENING, G. et al. *Strategie Management*. Nathan, 1990.
- STRATEGOR, op.cit.
- STRATEGOR, op. cit.
- MOREU, F. *Separació entre proveïdors i compradors. Cultura, cos de doctrina i experiència. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, n. 22. Abril-Junho de 1994.
- STRATEGOR, op. cit.
- DRUCK ER, P. *Managing for the future: The 1990's and beyond*. N.York. Truman Talley Plume, 1993.



*Texto II*

Novos padrões gerenciais no  
setor público no sistema de  
saúde canadense<sup>1</sup>

*Trajano Augustus T. Quinhões*

Trajano Augustus T. Quinhões é mestre em Administração Pública pela EBAP/FGV e especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental no Ministério da Saúde.

## 1. Introdução

A reforma do Estado é um movimento mundial que está relacionado à incapacidade do mesmo em lidar com as demandas sociais contemporâneas e com a complexificação das esferas pública e privada. O padrão anterior de interação Estado/Sociedade, expresso concretamente no modelo de organização burocrática, revela-se inadequado às necessidades atuais. Deste modo, têm sido buscadas alternativas institucionais mais adequadas, que estabeleçam um novo modelo de organização e de interação com a sociedade.

A saúde é um campo em que a necessidade de uma reorganização da atuação do Estado é intensa. Nos últimos 20 anos, os gastos públicos e privados em saúde aumentaram exponencialmente, e a inflação dos preços destes serviços é a maior em todas as economias ocidentais. Ainda que as despesas tenham se comportado de tal forma, parcelas significativas da população desses mesmos países continuam recebendo atenção médica insuficiente e não há evidências para acreditar que a vida do cidadão comum melhorou expressivamente. A incorporação tecnológica à medicina e o envelhecimento populacional, aliados à incapacidade das instituições burocráticas se adaptarem a situações cada vez mais adversas, constituem um quadro de escassez e má utilização dos recursos.

Praticamente todos os sistemas de saúde ocidentais têm sido objetos de reformas, mais ou menos intensas. Novos mecanismos têm sido introduzidos em termos de *Planejamento*, *Regulação* e mesmo na *Realização* dos serviços de saúde, buscando maior eficiência. O Canadá não é uma exceção nesse momento de profunda rediscussão dos objetivos, dos instrumentos e dos resultados obtidos pelos modelos nacionais de saúde.

O Sistema de Cuidados de Saúde do Canadá (HCS) é o serviço público mais popular do país e experimenta alto grau de aprovação. Este sistema provê um atendimento universalizado, equânime e de alta qualidade para seus 29,2 milhões de cidadãos.<sup>2</sup> Dois aspectos lhe são particulares: não há propriamente um modelo único, mas 12 jurisdições (10 províncias e dois territórios), cada uma com suas peculiaridades; e ao contrário do conhecimento comum, o Canadá não possui uma saúde socializada. O HCS é o produto do compromisso europeu com o “welfare state” com o individualismo norte americano.

O financiamento do sistema baseia-se na arrecadação tributária e cobre todos os serviços ambulatoriais e hospitalares necessários aos residentes no Canadá. As unidades de atendimento (provedores) são de propriedade e administradas por fundações sem fins lucrativos onde os médicos trabalham como autônomos e empreendedores privados em prática individual ou em grupo. O HCS, portanto, funciona como um seguro público de



saúde de caráter universal, diferente dos sistemas nacionais de saúde, que são os casos europeus, e do modelo americano, baseado nos seguros de saúde públicos e privados.

Este *paper* pretende descrever as alterações que vêm sendo implementadas mais recentemente no modelo de saúde canadense, com a intenção de aumentar a eficiência no uso dos recursos públicos na saúde, sem abrir mão da prestação a todos de serviços de qualidade. Buscamos identificar e caracterizar as formas inovadoras que o gerenciamento público tem assumido em termos da prática gerencial, do controle da gestão, das formas de parceria com o setor privado e da avaliação institucional.

Na primeira seção deste artigo é realizada uma descrição sucinta a respeito dos aspectos sociodemográficos e sanitários do Canadá. Na seção seguinte caracterizamos seu Sistema de Cuidados em Saúde. A partir de um retrospecto histórico, apresentamos como se deu o longo e incremental processo de formação deste modelo. A seguir, relatamos os elementos básicos do sistema de saúde, destacando a questão do financiamento, do planejamento e da regulação.

A terceira parte deste trabalho corresponde aos temas presentes na experiência recente de reforma deste modelo sanitário e algumas experiências inovadoras que têm sido implementadas. Por fim, são desenvolvidas considerações a respeito daquelas medidas tomadas e de sua possível ou não extrapolação para outras realidades.

## **2. Características sociodemográficas e sanitárias**

O Canadá é o segundo maior país do mundo, espaçamente habitado e com a maior parte de sua população vivendo ao longo da fronteira com os Estados Unidos. Três quartos de seus residentes vivem em áreas urbanas. 75% dos canadenses têm o inglês como idioma enquanto os 25% restantes falam francês. A composição étnica é muito mais diversificada, com uma ampla minoria de grupos europeus, asiáticos, negros e de aborígenes.

A expectativa de vida ao nascer é de 78 anos, uma das maiores do mundo desenvolvido, excedendo em dois anos a dos EUA em ambos os sexos. A taxa de mortalidade infantil é de seis por mil nascimentos, também é das menores em termos globais, assim como é inferior a dos EUA.<sup>3</sup> Outros indicadores também apontam um elevado padrão sanitário e de qualidade de vida usufruído pela população canadense, como baixas taxas de homicídio nas idades entre 15 a 24 anos, baixa taxa de infecção por HIV, de incidência de doenças crônicas e de doenças do coração acima dos 25 anos.

### 3. A organização e o financiamento dos cuidados de saúde

#### 3.1. Retrospecto histórico

O cuidado em saúde, no Canadá, é uma atribuição dos governos das províncias e das autoridades dos territórios. O papel do governo federal é o de definir e de fazer cumprir os princípios básicos por meio de suas contribuições financeiras para os planos de seguro das províncias, dos mecanismos regulatórios que dispõem e o de prover serviços de saúde para os índios em suas reservas e para as forças militares. O sistema sanitário segue o modelo federalista em que o papel do ministério federal da saúde é limitado ao desenvolvimento de políticas, em oferecer liderança e assistência técnica em promoção de saúde pública e em programas de prevenção de doenças e de pesquisa. Os governos das províncias legislam seus próprios seguros e são responsáveis pelo planejamento e pela negociação dos valores dos procedimentos médicos.

A constituição deste modelo seguiu uma lógica incrementalista em que as províncias foram progressivamente se incorporando a uma rede cujo papel da esfera central era o de financiamento e de regulação. A história mais recente das relações entre o nível central e as províncias é conflituosa, onde o governo federal utiliza seu poder financeiro para forçar as províncias a seguirem sua própria política enquanto estas buscam assegurar maior controle sobre o financiamento, a organização e a oferta de cuidados sobre sua jurisdição.

Após a Primeira Guerra Mundial, algumas províncias, notadamente Saskatchewan e Newfoundland, começaram a financiar serviços médicos e hospitalares nas administrações locais. Entre 1935 e 1946, um esquema de seguro de saúde foi criado nas províncias de Alberta, British Columbia e Saskatchewan, contudo, foi abandonado em função da pressão de médicos, dos interesses econômicos e das mudanças nos governos.<sup>4</sup> Em 1945, o governo federal propôs um seguro de saúde nacional garantido por ele mesmo, mas as negociações esbarraram no assunto dos impostos entre as esferas central e regional. Em 1947 o governo socialista da *Commonwealth Co-operative Federation* (CCF), na província de Saskatchewan, introduziu um seguro hospitalar compulsório para todos os seus residentes.<sup>5</sup> Dois anos depois, British Columbia e Alberta realizaram o mesmo. O sucesso destes seguros assim como o reconhecimento da crescente demanda por serviços hospitalares e a falta de cobertura em certas áreas estabeleceram um quadro propício para o primeiro programa federal: o *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* de 1957. Esta medida propunha que o governo financiasse 50% dos custos dos planos de saúde das províncias que preenchessem as condições de:

*cobertura compreensível; universalidade do atendimento; livre acessibilidade; administração pública do plano de seguro da província, em uma base não-lucrativa; e a portabilidade<sup>6</sup> dos benefícios.* Além destas linhas-guias, as províncias se comprometiam a aceitar a auditoria do nível central, o controle e a padronização de procedimentos. Quando o programa foi iniciado, cinco províncias foram aceitas para o recebimento dos subsídios governamentais, mas já em 1961 todas as outras tinham implantado programas de seguro hospitalar.

Em 1961, Saskatchewan introduziu um seguro médico compulsório universal para cobrir todos os serviços médicos e a história parecia se repetir. Apesar de uma até então inédita greve de médicos, com 23 dias de duração, que criticava a obrigatoriedade do atendimento e principalmente o recebimento pelos serviços, segundo os valores definidos pela esfera estatal e considerados insuficientes, a medida rapidamente acabou sendo aceita. Algumas outras províncias também logo introduziram planos de seguro médico, contudo, estes cobriam apenas a parcela da população que não possuía seguro privado ou voluntário. Esperando recuperar as perdas eleitorais de 1957, o Partido Liberal Nacional se propôs a desenvolver um programa nacional de cuidados em saúde. Sobre a pressão da Associação Médica canadense, o Partido Conservador criou a *Royal Commission on the Delivery of Health Services*, que recomendou a criação de um seguro nacional de saúde para as províncias. Em 1966, o governo federal publicou o *Medical Care Act* (Medicare), que propunha um ressarcimento de 50% das despesas por parte do nível central para os custos do seguro médico das províncias. Em 1971, apesar da resistência inicial das províncias por entender que há deste modo alguma interferência na autonomia local e por parte das Associações Médicas Nacional e Provinciais, todas as províncias canadenses haviam introduzido o seguro médico, constituindo um programa nacional.

Apesar de as iniciativas federais terem obtido seu efeito desejável em estabelecer planos de seguro de saúde em todas as jurisdições e, por consequência, terem ampliado a cobertura e o nível de acesso à saúde a toda população, dois aspectos negativos podem ser mencionados: o governo federal ficava numa posição reativa, sem condições para o controle dos gastos em saúde e o sistema centrava-se no cuidado médico e de internação, uma vez que as contribuições eram direcionadas para estes serviços e isto resultava em limitada atenção para alternativas menos custosas.

Em 1977, através do *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-secondary Education and Health Contributions Act*, o método de financiamento federal de reembolso de 50% dos gastos dos planos das províncias foi substituído por um sistema de contribuições federais indexadas ao Produto Nacional Bruto e transferida na forma de um percentual sobre os impostos e em pagamentos diretos. Adicionalmente, uma soma per capita

foi acrescentada aos custos dos serviços estendidos, como o cuidado adulto residencial, a enfermagem domiciliar e os serviços de ambulatório. A legislação buscava a contenção dos gastos em saúde e provia mais equanimemente a distribuição de fundos públicos entre as províncias.

Conjuntamente a esta mudança nos mecanismos de financiamento das províncias, muitas das mesmas passaram a cobrir menos do que os 50% antes destinados e os preços dos serviços estipulados pelos governos regionais e os orçamentos federais passaram a aumentar menos do que o requerido pelos profissionais e provedores. Como consequência, muitos hospitais e médicos passaram a cobrar a porção não coberta pelo governo dos próprios usuários. Em 1979, 18% dos médicos de Ontario praticavam essa cobrança extra, e em Alberta a proporção dos médicos era de um terço (IMMERGUT, 1990).

Em 1980, uma comissão do governo criticou essa cobrança extraordinária como uma limitação à universalidade e propôs uma solução arbitrária para pôr fim às disputas entre as administrações e as associações médicas das províncias sobre os preços dos procedimentos. Apesar da oposição destes dois grupos, em 1984 foi publicado o *Canada Health Act*. As maiores mudanças introduzidas foram a clarificação dos critérios para os planos das províncias e a provisão de uma penalidade mais aparente para a cobrança extra dos usuários.

As províncias que realizassem ou que permitissem a exigência extra dos consumidores estariam sujeitas a uma redução nas contribuições federais em igual montante. Como incentivo às províncias, foi estabelecido que as mesmas ainda seriam ressarcidas dos valores das cobranças acima da tabela estipulada após três anos da promulgação do Ato de 1984. Esta medida visava acentuar o controle e a negociação dos valores entre as associações médicas e os governos das províncias. O cumprimento da tabela era de interesse dos governos federal e regional e dos usuários, mas, por outro lado, a corporação médica também defendia o estabelecimento de valores, considerados por ela justos, para os procedimentos médicos.<sup>7</sup> Outro fato relevante era que o pagamento extra era muito impopular enquanto o Programa Medicare mostrava-se amplamente reconhecido, o que colocava a opinião pública contra a pressão dos profissionais médicos.

Após uma longa jornada, a estratégia canadense alcançou um programa nacional de seguro hospitalar e ambulatorial sem invadir as prerrogativas das províncias. O modelo implantado compreendia um seguro de saúde politicamente aceitável, que oferecia um importante espaço para o planejamento sanitário, com a concordância tanto dos hospitais quanto dos médicos e que ainda se fazia sentir necessário pela população.

Contudo, ao mesmo tempo já se acumulavam e passavam a constar problemas na agenda pública. O cuidado em saúde era o mais amplo e de mais

rápido crescimento entre os itens orçamentários das províncias. O número de serviços médicos por pacientes dobrou nos últimos 20 anos e o consumo de medicamentos disparou. Atualmente, os gastos em saúde de grande parte das províncias atingem um terço de seus orçamentos e em menos de uma década espera-se que cheguem aproximadamente a 40 a 50%.<sup>8</sup>

Os resultados de um sistema direcionado ao atendimento médico sem limites de financiamento e controles adequados foram o excesso de uso de cuidado especializado, a sobreprescrição de medicamentos caros e uma espiral de custos. Neste sentido, Jackson (1995)<sup>9</sup> chega a apontar que os maiores avanços na saúde dos canadenses não resultaram da alta tecnologia, mas do trabalho em saúde pública, do uso de antibióticos e da melhoria no padrão de vida.

### **3.2. As características básicas do sistema de saúde canadense**

Cinco princípios básicos governam a organização e o financiamento do sistema de cuidados de saúde no Canada:

- a) a administração pública do plano de seguro da província, em uma base não-lucrativa;
- b) uma cobertura compreensível, que significava a prestação de todos os serviços médicos de internação necessários, assim como de remédios, testes e diagnósticos e de atendimento ambulatorial e cuidado de enfermagem domiciliar;
- c) a universalidade do atendimento, estendida a todos os residentes legais no país;
- d) a portabilidade dos benefícios, que representa a continuidade da cobertura mesmo em outras províncias; e
- e) a acessibilidade, que é a provisão de todos os recursos médicos necessários sem a imposição de qualquer barreira financeira. Estes requerimentos são monitorados pelo Departamento Nacional de Saúde e Bem-estar como condições para o substancial subsídio federal.

Os programas de seguro médico, hospitalar e ambulatorial, são administrados pelas províncias, porém, sob condições estabelecidas pelo governo federal. As administrações provinciais não podem estabelecer e nem mesmo permitir a cobrança acima dos valores estipulados conjuntamente entre seus próprios representantes e os das associações médicas, pelos provedores e médicos e para os quais são destinados recursos federais. Isso também significa que o seguro privado somente pode ser suplementar à cobertura básica e que pode cobrir relativamente poucas coisas como algumas drogas e serviços não tão necessários, como leitos privados, etc.

O serviço de cuidado em saúde no Canadá é basicamente privado, realizado por hospitais comunitários sem fins lucrativos e instituições filantrópicas e religiosas. A rede particular com fins lucrativos é reduzida e limitada aos cuidados de longa duração que à maioria dos casos não faz parte dos seguros de saúde. O número de hospitais e de leitos é muito elevado em termos mundiais e não tem modificado muito nos últimos 20 anos: em 1985-1990 eram 16,1 leitos por mil habitantes,<sup>10</sup> 98% dos mesmos eram públicos. Os hospitais recebem pagamentos dos governos das províncias e são administrados por “boards” que incluem médicos, administradores e representantes da comunidade. Enquanto o financiamento dos mesmos era baseado nos gastos incorridos e efetivamente informados, as despesas governamentais elevaram-se exponencialmente, forçando o estabelecimento de novas modalidades de pagamento como os prospectivos e por orçamentos globais, como foi determinado pela reforma de 1977. Contudo, mesmo assim, os déficits ainda existem e são freqüentemente cobertos pelos governos das províncias e a aquisição de novas tecnologias é um assunto sempre complicado.

O cuidado ambulatorial é realizado por médicos autônomos, trabalhando individualmente ou em grupo. A ampla maioria dos mesmos (aproximadamente 70%) é paga por procedimentos (“*fee-for-service*”). Os médicos cobram diretamente do plano de saúde da província de acordo com a tabela negociada na mesma. A responsabilidade do paciente é apenas a de mostrar seu cartão de seguro. Não há qualquer forma de recebimento por parte dos médicos ou pacientes que não siga o caminho normal de apresentação do seguro e do preenchimento de uma ficha a ser enviada para o seguro. Os outros profissionais de saúde são basicamente assalariados e pagos pelas instituições nas quais trabalham. Outro aspecto particular ao Canadá é a razão entre o número de profissionais de enfermagem e médicos, de 4,7 no período 1988-1992, considerado extremamente elevado e quase o dobro do padrão americano.

Em 1990 havia no Canadá 2,22 médicos por mil habitantes. Estes são os profissionais mais bem pagos do país, com um ganho médio anual de US\$ 100.248,00, contra US\$ 164.300,00 nos EUA.<sup>11</sup> Em 1985, o rendimento médio dos médicos generalistas e especialistas era de 2,5 a 4 vezes, respectivamente, o ganho do cidadão canadense comum.<sup>12</sup>

A maioria dos médicos no Canadá, em torno de 63%, direciona-se ao atendimento primário (clínicos gerais, médicos de família, pediatras, obstetras e ginecologistas). Destes profissionais responsáveis pelo cuidado primário, 80% correspondem às duas primeiras especialidades (enquanto que nos EUA é de apenas 1/3) e constituem uma porta de entrada implícita ao sistema de saúde. A forte ênfase a esta modalidade é reforçada pelo alto

grau de autonomia profissional dos mesmos, o elevado treinamento e o importante incentivo financeiro que se constitui através do pagamento por serviços. O mesmo ocorre com respeito às ações preventivas e de promoção à saúde, que são freqüentemente exercidas por médicos.

### **3.2.1. O financiamento do atendimento em saúde**

Em 1992 os gastos em saúde no Canadá foram de US\$ 51,6 bilhões ou US\$ 1.949 per capita. Esta cifra corresponde a 10,3% do Produto Nacional Bruto do mesmo país, o segundo maior do mundo depois dos EUA, que destinou 13,6% do PNB para os gastos em saúde.

O financiamento destes cuidados é realizado através de impostos federais e provinciais sobre as rendas pessoais e corporativas, as vendas e outros pagamentos. Não há propriamente um fundo destinado a estas despesas. Em Alberta e na Columbia Britânica há um prêmio adicional, que é limitado em escopo e é uma fonte suplementar.

Desde a publicação do Ato de 1984, a contribuição federal para o financiamento total da saúde foi reduzida de quase 50% para 21% em 1991. Neste mesmo período as províncias passaram a participar com 46% dos gastos e os 28% remanescentes são pagos pelos consumidores na forma de seguro complementar ou pagamentos diretos para serviços dentais, alguns medicamentos e óculos de grau.

### **3.2.2. O planejamento**

A província de Saskatchewan foi a pioneira em planejamento da saúde por ter de lidar com problemas advindos de sua postura inovadora no estabelecimento dos seguros públicos hospitalar e médico. Mais hospitais tiveram de ser construídos para prover atendimento à população onde estava residindo, e a economia ditou um plano de regionalização da rede por escala de complexidade. Mais profissionais também foram requeridos e tiveram de ser treinados para ocupar a estrutura ora montada. Ao longo dos anos, detalhes dos procedimentos administrativos mudaram, mas as estratégias que basicamente funcionaram foram adotadas pelas outras províncias.

Alguns aspectos foram importantes como o planejamento da necessidade de infra-estrutura hospitalar e profissional e o financiamento da rede, realizado na época através de um orçamento calculado com base na capacidade de oferta da unidade, segundo uma taxa de ocupação razoável. Todo o processo requeria cuidadosa revisão dos orçamentos hospitalares e da estipulação de padrões admissíveis para o “*staff*”, laboratório, alimentação

e outros. Mais um importante benefício foi o estabelecimento de um fluxo de informações a partir de cada paciente hospitalizado, fortalecendo a tomada de decisão e o planejamento na esfera pública. A cada internação deveria ser enviada para o governo da província um sumário que reportasse informações básicas como: a identificação do paciente; o diagnóstico; o médico atendente; as condições e o atendimento de residentes. Inicialmente não havia limites de admissão ou de duração da estadia no hospital, mas logo foram eliminadas as internações curtas consideradas desnecessárias e as longas passaram a requerer reportagens médicas periódicas. Caso montantes significativos de procedimentos hospitalares não fossem justificáveis, tal uso seria combatido inicialmente com advertências e então, se necessário, com reduções no pagamento mensal da unidade. Por outro lado, qualquer fundo extra obtido com doações voluntárias ou o uso de quartos particulares poderia ser acumulado sem redução orçamentária. Contudo, dentro do critério nacional, há variações entre as províncias nos seus programas de seguro de saúde: a responsabilidade administrativa e os fundos são organizados diferentemente, a partir de critérios próprios a cada província.

Com respeito ao planejamento em saúde, o maior consenso parece ser a ênfase na medicina familiar e comunitária, mesmo por que o Canadá possui o dobro de clínicos gerais do que os EUA. Todas as 16 escolas de medicina deste país organizaram um departamento de medicina familiar (ou equivalente), que também é ensinado em cursos de pós-graduação (ROEMER, 1985).

O nível nacional também dá muita atenção à razoável distribuição de especialistas. Utilizando as informações do Programa Medicare, são realizados estudos para a identificação e o acompanhamento do mix ideal de profissionais por região. Os programas de residência têm sido direcionados a formar médicos segundo as necessidades e as disponibilidades de cada momento.

Esforços ainda maiores têm sido realizados, no nível das províncias, para a distribuição dos profissionais de saúde. Immergut (1990) cita que, em Quebec, médicos, em início de prática, recebem apenas 70% dos honorários. Em áreas em que há necessidade adicional, recebem 100% e onde há elevada demanda de profissionais, ganham 120% dos honorários devidos. Segundo o autor, este sistema melhorou a distribuição de médicos generalistas mas não a de especialistas. Em função disto, o governo de Quebec, através de seus ministros da Saúde e Educação, requisitou todos os doutores iniciando treinamento em especialização, designando-os para áreas de prática durante 4 anos. Apesar da dura oposição das federações médicas, este sistema foi aprovado pelos tribunais de Justiça. Ontario e Monitoba utilizavam incentivos de livre cobrança de impostos para estimular jovens médicos a se estabelecerem em áreas pouco servidas. Monitoba incluiu programas de trabalho durante o verão para introduzir estudantes



internos e residentes na prática rural, assim como perdoa alguns emprestimos de estudantes em troca de 4 anos de prática em áreas remotas.

O suprimento excepcionalmente elevado de profissionais de enfermagem no Canadá é uma consequência do programa de seguro hospitalar e da abundância de recursos e de leitos advindos do mesmo. Algumas iniciativas têm sido realizadas com vistas ao controle dos gastos em atenção médica, estimulando-se o uso dos profissionais de enfermagem em uma gama mais ampla de serviços em detrimento de médicos. A enfermagem psiquiátrica tem sido empregada em hospitais e, mais recentemente, em clínicas mentais. Mais cuidadoso tem sido o emprego do especialista em enfermagem geral, como uma extensão da prática médica em situações mais comuns e em trabalhos preventivos. Também há um consenso quanto à ampliação do papel do enfermeiro com o trabalho domiciliar, podendo ser treinado por médicos de famílias para tarefas clínicas independentes. Roemer (1985) cita uma inovação que tem sido experimentada em Saskatchewan e Manitoba com a formação de enfermeiros voltados à odontologia.

### **3.2.3. A regulação e o controle**

A regulação no sistema de saúde canadense ocorre de forma articulada entre os diferentes níveis de governo e se dá fundamentalmente em três aspectos: a formação acadêmica e a prática profissional; o licenciamento e, por fim, a utilização do sistema de seguro em saúde como um canal de controle sobre a qualidade da prática médica, incluindo-se aí debates sobre os pontos anteriores.

O governo federal promove, através das associações nacionais profissionais, padrões acadêmicos nacionais apesar dos diferentes requerimentos de trabalho das províncias para a prática médica. No entanto, provavelmente mais importante do que os esforços em termos da educação e formação profissional, são os exames nacionais requeridos em medicina, odontologia, farmácia, enfermagem e outras. O Conselho Médico do Canadá realiza um exame para fornecer uma licença aceita em todas as províncias que garante a necessária e efetiva competência individual e que é a base para a mobilidade dos médicos no Canadá.

Na esfera da regulação legal e do licenciamento, as iniciativas se dão em nível das províncias. O distrito de Quebec, através de seu código profissional, estabeleceu um novo sistema para a regulação das práticas e qualificações. O mecanismo chave é uma corporação profissional independente para governar cada disciplina, composta por membros das profissões e representantes dos consumidores. Esta organização tem o poder regulatório e a autoridade para proteger a população com respeito às qualificações dos profissionais, à conduta e prática dos mesmos e seu exercício disciplinar. Além de suas funções tradicionais de validação das habilidades,

registro de médicos e a condução de procedimentos disciplinares, a corporação dos médicos tem a função inovadora de monitoração da qualidade do cuidado. Seu comitê de inspeção profissional visita periodicamente hospitais, onde revê o quadro pessoal, examina serviços e conferencia com o *staff* médico. A sanção mais comum para a performance abaixo do padrão é a imposição do treinamento continuado, mas pode chegar até a suspensão das atividades profissionais.

Outras províncias não tomaram tais medidas, mas, seguiram esforços no sentido do aumento da regulação pública. Nelas, as associações médicas também assumiram a função de corpos oficiais de registro, porém, gradualmente as funções profissionais e de licenciamento foram separadas, constituindo-se duas organizações. Estes mecanismos regulatórios têm sido desenvolvidos em várias formas e combinações pelas províncias, contudo, apesar dessas diferenças há unanimidade em dois pontos: na necessidade de incrementar a responsabilidade pública profissional e de expandir a capacidade de licenciamento para regular não somente as qualificações iniciais ao pessoal de saúde, mas, sua contínua prática e performance. Estas inovações na regulação das ações profissionais ainda são recentes, mas prometem transformar a conduta médica em algo mais próximo às necessidades da sociedade, preservando a tradição do autogoverno.

O terceiro aspecto de regulação é o controle do sistema de saúde através da rede de informações que se dispõe, com respeito não somente à performance profissional, mas também aos padrões de prática em diferentes especialidades e áreas geográficas.

As autoridades das províncias contam com a corporação médica para a coibição das irregularidades de baixa performance por parte dos profissionais médicos ou padrões impróprios de prática (como o excessivo número de serviços realizados). No entanto, ambos os órgãos têm a responsabilidade de investigar o problema e assumir a ação adequada. Um fato interessante é que desde quando as autoridades do seguro de saúde tiveram o poder de eliminar todo ou parte do pagamento ao profissional médico, ou de reduzir a remuneração por um procedimento em particular, inadvertidamente, as agências corporativas assumiram uma posição de cooperação com a profissão. Esse acompanhamento da qualidade do cuidado parece ter sido aceito como benéfico para os pacientes e médicos.

Comparativamente ao caso norte-americano, o Canadá tem apresentado uma reduzida incidência de ações de má prática, o que pode ser atribuído ao método de influência à qualidade da atividade em saúde e aos sistemas de controle da prática hospitalar.

Com respeito ao controle e à divisão de responsabilidades, as províncias de Manitoba e Saskatchewan têm estabelecido políticas de avaliação

e comissões de pesquisa. Os atendimentos de mais elevada complexidade, que têm ocorrido de forma mais desenfreada, têm sido monitorados e controlados. De forma similar, a necessidade por uso mais seletivo e efetivo de tecnologia médica levou à criação de centros no nível federal e provincial para a avaliação e a coordenação.

#### **4. Os temas presentes para a reforma e algumas experiências inovadoras**

Os gastos incorridos pelo sistema de seguro de saúde canadense continuaram elevando-se ao longo da década de 80 e início dos anos 90, a despeito de todas as iniciativas que lograram apenas o êxito parcial da redução na velocidade de crescimento destas despesas.

A explicação da ocorrência deste fenômeno está tanto na inexorabilidade do uso crescente de mais recursos médicos cada vez mais caros — devido ao crescimento e o envelhecimento populacional e ao padrão tecnológico da ciência médica — quanto na eficácia real, em termos de médio e longo prazos, das estratégias de contenção de custos adotadas.

Guardando-se as devidas particularidades, este quadro é relativamente parecido com o de outros países em que se propõe alterações em seus sistemas de cuidado em saúde. No entanto, um aspecto é realmente muito distinto: o cidadão canadense está extremamente satisfeito com o padrão de qualidade da saúde que dispõe e não se importa com os impostos que paga para financiá-lo (ROEMER, 1985).

A proposição e a implantação de modificações no modelo de saúde canadense não é um tema absolutamente novo. No início dos anos 80, as províncias sentiram o efeito da perda do arranjo de financiamento 50/50% pelo Medicare e algumas realizaram consultas públicas, a maior parte sob a forma de Comissões Reais, para discutir o assunto. Contudo, o momento era de crescimento do Produto Nacional Bruto e de disponibilidade de recursos e os políticos preferiram não tocar no que parecia óbvio: a necessidade de mudanças no sistema de saúde e a incapacidade das províncias em lidarem com o mesmo naquelas condições e conforme o crescimento de suas despesas.

Um segundo “*round*” de consultas a respeito do estado do cuidado em saúde foi realizado no final dos anos 80, início dos anos 90, e todas as Comissões Reais recomendaram que se fizessem reformas.<sup>13</sup> Seis princípios-guia para a reforma foram identificados, tendo inclusive como ponto principal a promoção em saúde. Apesar de as terminologias diferirem um pouco, todas as províncias e territórios estão comprometidos

com a promoção em saúde; o controle de custos; a responsabilização (*accountability*); a regionalização; o foco no consumidor e os serviços baseados na comunidade.

Para implementar tais princípios, novos atos e uma legislação complementar foram elaborados, assim como muitos ministérios da Saúde foram reestruturados. Um exemplo disto é que a Nova Scotia reduziu suas divisões de saúde de oito para três e que Quebec realocou 200 servidores para a saúde regional e os serviços sociais (JACKSON, 1995).

#### **4.1. A promoção em saúde e o controle de custos**

As medidas empreendidas pelas províncias com vistas ao controle de custos do atendimento em saúde foram bastante diversificadas, mas as mais importantes direcionaram-se à diminuição do aporte de recursos destinados aos serviços de saúde e à substituição dos mecanismos de financiamento do tipo incrementais (*fee for service, line by line* e outros) por orçamentos globais.

Durante os anos 80 passou a ocorrer um crescente consenso quanto à consistência dos orçamentos hospitalares e a equidade dos mesmos entre as unidades. Immergut (1990) cita que os orçamentos prospectivos, pioneiros em Quebec, têm sido introduzidos em todas as províncias. Colosson (1996)<sup>14</sup> cita o caso da província de Ontário, que, entre 1988 e 1993, realizou ajustes nos financiamentos dos hospitais, que antes eram via orçamentos globais (*global budgets*), para uma modalidade que desse conta das diferenças em termos de volumes de pacientes e de custos por caso, chamada de *equity funding*. Estes recursos, movimentados de uma forma adicional e variável, significavam apenas 5% do total, mas, serviram significativamente para a maximização do volume de serviços realizados com os recursos disponíveis. Em face de dificuldades orçamentárias em 1993 e 1994, esta província alterou sua estratégia de financiamento de hospitais e serviços médicos, buscando combinar a restrita disponibilidade de recursos públicos com a manutenção da qualidade dos serviços. Em 1994, o pagamento dos hospitais deixou de ser realizado via *equity funding* para voltar a sê-lo via orçamento global. Closson (1996) acrescenta que Ontário possui longa experiência com o sistema de capitação para os serviços de cuidado primário e que a atenção secundária e terciária lentamente caminha nesta mesma direção. Este autor também considera a capitação como uma modalidade superior às outras,<sup>15</sup> propondo, inclusive, um modelo competitivo com a capitação.

Com respeito ao pagamento pelos procedimentos médicos, Ontário introduziu, ainda em 1993/94, um teto fixo para o sistema de pagamentos por procedimentos, cujo sistema é chamado de “*fee for service with hard cap*”

(CLOSSON, 1996). Este limite rígido de gastos foi estabelecido para os médicos como um grupo. Como resultado disso, independente do número de serviços prestados, o volume total despendido é o mesmo, porém, os médicos têm o incentivo de prestar mais atendimentos como forma de manterem seus rendimentos às expensas dos outros médicos.

A inexistência de serviços e/ou procedimentos discricionários tem ocorrido em algumas províncias e tem sido revista em outras. A cobertura do seguro de residentes em férias em outras localidades tem sido rebaixada e também têm ocorrido congelamentos, reduções salariais e não pagamentos têm sido introduzidos para controlar os custos com a mão de obra. Em Quebec, o governo agrupou uma série de serviços médicos em alguns procedimentos para diminuir a capacidade desses profissionais em compensar honorários com serviços extras. Adicionalmente a isto, há tetos quanto as cobranças dos médicos, acima dos quais somente 25% dos valores dos procedimentos são reembolsados. Se algum serviço estiver aumentando mais do que um determinado percentual, seus valores são subseqüentemente reduzidos (IMMERGUT, 1990).

Baris (1992)<sup>16</sup> aponta a existência de duas abordagens básicas para a contenção de custos — o controle do lado da oferta e do lado da demanda — e que o Canadá tem sido bem-sucedido em ambas alternativas. Com respeito à oferta, o poder monopsônico dos governos permite o planejamento regional e a distribuição de recursos, controlando a oferta de profissionais, de infra-estrutura e de novas tecnologias. Em termos da demanda, os gastos hospitalares têm sido controlados por meio de orçamentos prospectivos e pelos ajustes nos honorários.

De uma forma geral, todos os princípios básicos dispostos nas iniciativas de reforma situam-se em torno do controle de gastos em saúde, entre eles a promoção à saúde, o foco no consumidor, os serviços baseados na comunidade e a regionalização.

#### **4.2. O foco no consumidor e o cuidado comunitário**

Uma importante proposta de mudança da iniciativa de reforma canadense é a reorientação da atenção à saúde a partir de um modelo médico para um modelo de cuidado ao consumidor. O suporte dessa transformação tem sido o *Patient's Bill of Rights*, estabelecido pela Associação dos Consumidores do Canadá em 1989.

O consumidor tem sido envolvido cada vez mais no processo de reforma dos sistemas e na gestão dos serviços de saúde. As experiências de regionalização das atividades sanitárias são ricas em exemplos nessa direção, que serão descritos mais adiante.

A ênfase no cuidado comunitário tem refletido tanto na realização de uma nova prática sanitária, com maior importância à atenção preventiva

e primária, quanto na transformação da rede de saúde local, através de uma maior integração e racionalização da infra-estrutura existente. Na maioria das províncias os conselhos dos hospitais têm sido substituídos por entidades regionais que focalizam a integração horizontal (agrupando-se hospitais). Closson (1996) vê tal movimento mais como um processo de criação de grupos hospitalares maiores do que uma combinação de serviços. Nesta lógica, conclui que a criação de monopólios horizontais integrados não favorece o aumento da eficiência no longo prazo e que pode inviabilizar ações de caráter mais preventivo.

A reforma tem ocasionado a redução na oferta de leitos e até o fechamento de hospitais rurais — ou sua conversão em estabelecimentos de longo atendimento em todas as províncias. O número de leitos tem decaído e um exemplo disto é que Alberta tem para 1996 a menor taxa de leitos por mil habitantes do Canadá, de 2,4 (JACKSON, 1995).

A opção por serviços direcionados à comunidade pelo país tem revelado inovações interessantes. Um projeto de cuidados primários em Newfoundland selecionou enfermeiras em saúde pública para prover atenção primária a 22 comunidades, onde, juntamente com o pessoal disponível, servem como porta de entrada para os habitantes de todas as idades. Seus papéis são de: acessar as pessoas, identificar necessidades, prover internação e fazer consultas. Os enfermeiros, através de pessoal treinado, também têm desenvolvido um programa de assistência domiciliar. Iniciado em 1990 pelo governo e pela Associação dos Enfermeiros, o projeto tem sido implementado pelo Comitê da Comunidade. A expansão do papel do profissional de enfermagem pelo país é evidente e, neste caso, a província de Ontario está na frente com o crescente uso desta mão-de-obra e com a oferta de novos cursos de pós-graduação aos mesmos. Os médicos têm se colocado contra a extensão dessa iniciativa de Ontario para com os enfermeiros. Na regulação dos profissionais de saúde, esta província tem permitido, dentro de limites, que os enfermeiros prescrevam e diagnostiquem as condições médicas, desencorajando a exclusividade da prática médica.

Com respeito ao cuidado em saúde, de longa duração, em casa e na comunidade, em 1995, Ontario transformou 1.200 agências (*long term care*) em 200-300 agências de multisserviço. Estas mudanças têm ocorrido no atendimento a idosos e doentes mentais, reduzindo custos com infra-estrutura e pessoal e melhorando a qualidade do atendimento ao prestar parte dos serviços no domicílio.

Outro aspecto que tem sido enfrentado é relativo aos medicamentos utilizados. Jackson (1995) cita que de 25 a 40% das prescrições são consideradas inapropriadas e que pelo menos 20% das admissões hospitalares de

idosos são relacionadas a medicamentos. Alguns esforços têm sido desenvolvidos com respeito ao treinamento de médicos e pacientes, ao estabelecimento de formulários internos de prescrição de drogas e até a criação de um centro de pesquisas farmacológicas e epidemiológicas, cujo papel é o de estudar os benefícios e os riscos advindos da medicação orientada.

### **4.3. A regionalização**

Outro grande movimento que tem ocorrido em todas as províncias e territórios, em maior ou menor grau, é a regionalização dos serviços de saúde. O objetivo desta medida é o de consolidação dos serviços, a remoção da duplicação e de custos e o fortalecimento das regiões e distritos locais.

SULLIVAN (1995)<sup>17</sup> considera que a regionalização da administração da saúde e o envolvimento do consumidor no planejamento das políticas de saúde têm sido os temas centrais nos esforços de reforma de várias províncias canadenses, principalmente Alberta, Ontário, Quebec e Saskatchewan. Para o autor, os sistemas regionalizados são mais responsáveis do que os centralizados para com as necessidades das comunidades, e a participação dos consumidores assegura que os prestadores de serviços de saúde sejam mais responsáveis com a população que servem. Contudo, enquanto a regionalização e o envolvimento do consumidor têm sido discutidos como componentes essenciais de um sistema de saúde viável, críticas têm apontado que a primeira tem servido somente para proporcionar a ilusão do controle local sobre os recursos de saúde e a segunda tem sido objeto mais de retórica do que de realidade.

SULLIVAN (1995) apresenta as experiências de três províncias — Ontário, Quebec e Nova Scotia — que realizaram esforços em torno da descentralização do poder, em direção aos distritos e às comunidades locais, e da participação comunitária. A província de Ontário estabeleceu os Conselhos Distritais de Saúde (DHC) no início dos anos 70 para servirem como corpos consultivos do Ministério da Saúde. Sua responsabilidade seria a de identificar as necessidades locais de saúde e desenvolver planos regionais. Cada DHC consistia em 15 membros, com consumidores e profissionais de saúde com seis assentos cada e os governos regional e/ou municipal ocupando os três restantes. Sullivan (1995) não considera este caso como bem-sucedido, porque a tomada de decisão e o controle na alocação de recursos permaneceram no Ministério da Saúde e a falta de conhecimento e de “status” fez com que os consumidores não exercessem o espaço que possuíam, que ficou restrito aos administradores e aos profissionais de saúde. Além do mais, os DHCs não possuíam autoridade orçamentária e foram requeridos para funcionar sem uma política sanitária provincial estabelecida.

No caso de Quebec, seu sistema de saúde consiste em cinco principais tipos de agências de saúde responsáveis pela coordenação de atividades:

a) os hospitais; b) as agências de trabalho social; c) os centros de reabilitação; d) as casas de repouso; e e) os centros de serviços comunitários locais (CLSC). Os CLSC são coordenados nos níveis regional, sub-regional e local. No primeiro, sua função é a de organizar a saúde e as facilidades de trabalho social em mais de dez regiões geográficas. O Sub-regional consiste nos hospitais e nas agências de saúde pública e comunitária. Por fim, a esfera local compreende a porta de entrada para os serviços sanitários e de trabalhos sociais.

As CLSCs são similares aos centros de saúde comunitária que operam em Ontario, Saskatchewan e Manitoba e enfatizam uma orientação médico-social multidisciplinar e incluem a participação do consumidor como aspecto central. Os 14 assentos do comitê de direção são divididos meio a meio entre os consumidores e os profissionais de saúde. Sullivan (1995) considera os CLSCs um sucesso relativo nos esforços de regionalização dos serviços de saúde de Quebec. Estes operam mais no nível comunitário do que no regional e são um bom exemplo do envolvimento do consumidor, que tem a responsabilidade da organização e do desenvolvimento destes organismos, incluindo a determinação dos serviços providos e a composição do “*staff*” das clínicas. Os comitês dos CLSCs têm poder sobre a oferta dos serviços e possuem autoridade administrativa e orçamentária sobre suas próprias clínicas. Conclui que a viabilidade destes centros sugere que, ao menos no nível local, a distribuição do poder e o envolvimento do consumidor podem ser combinados com um modelo bem-sucedido de prestação de serviços. Por outro lado, admite que a maior parte do cuidado primário é ainda administrado em práticas privadas, individuais ou grupais, que operam fora do CLSC e que não requerem o envolvimento do consumidor.

Em 1989, a Comissão Real em Cuidados de Saúde da Nova Scotia propôs o acréscimo do envolvimento do consumidor por meio da regionalização dos serviços sanitários. Em 1991 o Conselho de Saúde da Província empregou métodos de consulta pública, como encontros, para desenvolver uma política de saúde compreensiva. Em 1994, como recomendação do Conselho, foi criado o Comitê de Reforma do Sistema de Saúde, que recomendou o estabelecimento de juntas de saúde regionais e comunitárias para promover o máximo de decisões no nível comunitário. As Juntas Regionais de Saúde (RHBs) consistiam de 12 a 16 membros, com os consumidores ocupando não menos do que 2/3 das posições, e teriam a função de alojar os fundos comunitários e os cuidados secundários. As Juntas de Saúde Comunitárias (CHBs) teriam o mesmo número de membros do que as RHBs, com uma divisão equânime de lugares, e seriam responsáveis pelo desenvolvimento e pela coordenação dos planos de saúde comunitários e por todo o cuidado



primário. Os RHBs e os CHBs teriam a autoridade orçamentária para financiar programas e serviços locais e regionais. Ao governo da província corresponderia a responsabilidade pela alocação dos fundos regionais e a provisão dos cuidados terciários.

A principal contribuição da reforma no modelo de Nova Scotia é o deslocamento de um sistema centralizado para um regionalizado, onde os conselhos regionais e comunitários teriam o controle orçamentário e administrativo sobre os serviços primários e secundários. Comparativamente às outras experiências descritas, a regionalização em Nova Scotia envolve uma efetiva distribuição de poder. Por outro lado, este movimento pode ainda ser ilusório caso as estruturas e programas já existentes consumam todo o recurso disponível, o que cercearia fortemente a capacidade inovadora daquelas instâncias. Outro aspecto é que a representação do consumidor não significa seu envolvimento. Neste caso, três fatores devem ser observados: a) a existência de uma hierarquia implícita entre os profissionais de saúde, administradores e consumidores, que desafia a legitimidade dos últimos; b) na falta de laços com as redes institucionais e organizacionais, os consumidores freqüentemente falam em nome de si mesmos ou de pequenos grupos desarticulados enquanto os outros atores trazem o discurso e o apoio das corporações; e c) as diferenças em termos de conhecimentos e habilidades.

## **5. Conclusão**

Os anos 90 são definitivamente a década da reforma do Estado e também mais especificamente dos sistemas nacionais de cuidado em saúde. O Canadá, neste momento de profunda rediscussão dos objetivos, dos instrumentos e dos resultados obtidos pelos modelos nacionais de saúde, diante de características próprias, tem introduzido novos mecanismos em termos de planejamento — macro e micrororganizacional — de regulação e mesmo na realização dos serviços de saúde, buscando uma maior eficiência no uso dos recursos públicos sem abrir mão de prestar serviços de qualidade.

A opção pela regionalização e o estímulo à participação do consumidor na gestão e no planejamento e a conseqüente redistribuição do poder entre as esferas de governo e entre o Estado e a Sociedade são um padrão recente das políticas públicas no Canadá e têm como objetivo primordial a eficiência e o controle de custos. Neste caso, as experiências de Quebec e Nova Scotia são bastante expressivas, mas, ainda recentes para uma avaliação mais aprofundada do ponto de vista da relação custo-benefício dos

recursos empregados antes e depois destas reformas. No entanto, este é um caminho que parece ser viável e compensador do ponto de vista financeiro e extremamente positivo em termos democráticos.

As alterações nos mecanismos de controle, de planejamento e de provisão dos serviços de saúde, adotados mais recentemente tanto pelo governo federal quanto pelas províncias, dentro de uma lógica de controle de custos e de um direcionamento à regionalização dos serviços, são alternativas importantes por seu caráter inovador e racionalizador dos recursos disponíveis. A similaridade de problemas em torno de questões mais específicas existentes neste modelo de cuidados perante outros — como o encarecimento dos serviços médicos, a necessidade de controle do uso de novas tecnologias, a força das corporações profissionais na área de saúde, a necessidade de planejamento da oferta de serviços e de infra-estrutura — e as alternativas adotadas pelas províncias canadenses sugerem a viabilidade e a potencialidade de se observar com bastante interesse aqueles experimentos.

O eixo das iniciativas de reforma do HCS diferencia-se do caso de outros países como a Inglaterra, a França, a América Latina e mesmo o que se discute para os EUA. As modificações no Canadá vem ocorrendo muito mais na margem do sistema do que efetivamente em sua própria estrutura ou seus princípios e direitos consolidados. Estas diretrizes são tidas como conquistas bem-sucedidas e como um direcionamento correto e o que ocorre é a busca de maior eficiência através do aprofundamento das mesmas. O avanço na descentralização, na regionalização, na flexibilização e no aprimoramento gerencial, inseridos no contexto de manutenção do aparato público e das funções públicas de igualdade e universalidade no recebimento dos serviços de saúde, são exemplos disto. As mudanças relativas ao financiamento do sistema referem-se ao melhor aproveitamento dos mecanismos de mercado por parte das províncias, que utilizam sua condição de monopolistas para impor melhores resultados.

O direcionamento canadense diferencia-se do padrão recente das reformas nos sistemas de saúde no contexto internacional. Tais reformulações fundamentalmente têm se voltado ao desenvolvimento de um mercado de bens e serviços de saúde, regulado pelo setor público (federal e estadual), do qual o governo poderia participar ou não da prestação de serviços. Este mercado deveria ser competitivo — prestadores públicos e privados, seguradoras e outros planos de saúde e a indústria de saúde —, o que asseguraria melhores preços, alta qualidade e baixos custos. Apesar da idéia de que o mercado, por si só, permitiria uma alocação eficiente dos recursos, a competição no mercado deveria ser administrada pelo Estado a fim de se controlar possíveis distorções e de se proteger o cidadão. Portanto, comparando a experiência canadense com

o contexto internacional, constatamos que este último busca resolver os problemas de saúde através do estabelecimento de um mercado desses serviços e que o mesmo ainda venha a ser competitivo. O Canadá, por sua vez, já possuía um mercado destes bens e serviços, já que praticamente toda a rede de atendimento é privada e recebe pela prestação dos serviços de saúde, e a estrutura do mesmo é de um monopólio, onde o governo das províncias exerce a condição de monopolista ao ser praticamente o único comprador destes serviços. Ainda no caso do Canadá, a tentativa de se aumentar a eficiência do sistema, além de estar baseada em modificações na prática médica e sanitária e em aspectos micro organizacionais, também está nos governos das províncias em aproveitar seu poder de monopolistas e fazer valer seus interesses.

O caso canadense revela-se uma experiência interessante em face de suas particularidades e de servir como importante contraponto principalmente para a experiência americana devido a aspectos diversos como: a proximidade geográfica; o intercâmbio econômico; haver uma certa identidade cultural; serem baseados em esquemas de seguro e a prática privada ser a majoritária. O entendimento das particularidades do modelo canadense e de suas propostas de reforma servem para iluminar caminhos, sugerir alternativas, ou mesmo, para identificar e contornar possíveis obstáculos.

## Notas

- <sup>1</sup> Trabalho realizado no interior do *Programa de Estudos e Pesquisas em Reforma do Estado e Governança*, da Escola Brasileira de Administração Pública — Fundação Getúlio Vargas, sob a coordenação da professora Sonia Fleury, com a colaboração dos pesquisadores Lenaura de Vasconcelos Lobato e Cláudia Presotto e das bolsistas Rosemary Fiães e Ana Claudia Souza, tendo sido promovido com recursos da ENAP Escola Nacional de Administração Pública.
- <sup>2</sup> Segundo dados de 1994 do Relatório do Banco Mundial de 1996.
- <sup>3</sup> Idem.
- <sup>4</sup> IMMERGUT, M. Ellen. *Health care: the politics of collective choice*. Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones. Jun/1990.
- <sup>5</sup> ROEMER, Milton I. *National Strategies for Health Care Organization: a world overview*. Michigan: Health Administration Press. 1985.
- <sup>6</sup> No texto original há “portability”. O termo portabilidade tem sido utilizado na língua portuguesa na área de informática e significa a característica que um sistema possui de fazer parte de outras plataformas.
- <sup>7</sup> IMMERGUT (1990) aponta que o fato dos valores destes procedimentos ter permanecido constante durante os anos 70 ocasionou a cobrança ao usuário de um extraordinário (“extra-billing”) e o aumento do número de serviços realizados.
- <sup>8</sup> YORK, Geoffrey. Fee for Service: Cashing in on the Canadian Medical Care System. *Journal of Public Health Policy*. n. 11, v. 2, 1992.
- <sup>9</sup> JACKSON, ROSE Ann. The heartbeat of reform. *The canadian nurse*. March, 1995.
- <sup>10</sup> Segundo dados de 1991 do Relatório do Banco Mundial de 1993.
- <sup>11</sup> OECD. *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*. Social Policy Studies. Paris: n. 7, 1990.
- <sup>12</sup> Health and Welfare Canada. *Health Expenditures in Canada: Fact sheets*. Policy, Planning and Information Branch. Ottawa: march, 1993.
- <sup>13</sup> A Comissão Real em Cuidados em Saúde e Custos na Columbia Britânica foi a última a ser realizada, em 1990, e resultou em 361 recomendações (Jackson, 1995).

- <sup>14</sup> CLOSSON, Tom R. CATT, Margaret. Funding System Incentives and the Restructuring of Health Care. *Canadian Journal of Public Health*, Mar/Apr, 1996.
- <sup>15</sup> Closson (1996) cita o “Advisory Board Company”, que estima em 6% a população coberta por tal sistema para todos os serviços profissionais nos EUA em 1993 e prediz que em 2005 este percentual tenderá a ser de 50% da população americana. Ainda segundo a mesma, Closson afirma que o sistema inteiramente por capitação custa 40% menos do que os outros sem a indicação da redução da qualidade ou resultados ruins. Além do mais, considera que a ênfase neste modelo é a possibilidade de manutenção da população saudável, que não requererá serviços dispendiosos.
- <sup>16</sup> BARIS, Enis. CONTANDRIOPOULOS, A-P. CHAMPAGNE, F. *Cost Containment in Health care: a review of policy options, strategies and tools in selected OECD countries*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal: Montréal. Jun., 1992.
- <sup>17</sup> SULLIVAN, Michael J. L.. SCATTOLON, Yvette. *Health Policy Planning: a look at the consumer involvement in Nova Scotia*. *Canadian Journal of Public Health*. v.86, n.5, 1995.

## Referências bibliográficas

- ASUBONTENG, P.; MC. CLEARY, K.; MUNCHUS, G.. *The Uninsured in the United States: A Strategic Critical Management Review*. In: The International Journal of Health Planning and Management, v. 10, n. 2, 1995.
- Banco Mundial. Relatório do Banco Mundial de 1993.
- Idem.
- BARIS, Enis. CONTANDRIOPOULOS, A-P. CHAMPAGNE, F. *Cost Containment in Health care: a review of policy options, strategies and tools in selected OECD countries*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal: Montréal. Jun., 1992.
- BARNUM, H.; KUTZIN, J.; SAXENIAN, H.. *Incentives and Provider Payment Methods*. In: The International Journal of Health Planning and Management, v. 10, n. 1, 1995.
- BRUMBACK, Clarence L.; MALECKI, Jean M.. *Health Care Reform and the Role of Public Health Agencies*. In: Journal of Public Health Policy, v. 17, n. 2, 1996.
- CLOSSON, Tom R..CATT, Margaret. Funding System Incentives and the Restructuring of Health Care. *Canadian Journal of Public Health*, Mar/Apr, 1996.
- CRICHTON, A.. *A critical Analysis of Recent Canadian Health Policy: Models for Community-Based Services*. In: The International Journal of Health Planning and Management, v. 8, n. 4, 1993.
- ENTHOVEN, Alain C.. *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Elsevier
- FREEMAN, Phyllis; ROBBINS, Anthony. *National Health Care Reform Minus Public Health: a Formula For Failure*. In: Journal of Public Health Policy. v.15, n.3, 1994.
- GERZOFF, Robert B.; GORDON, Randolph L.; RICHARDS, Thomas B.. *Recent Changes in Local Health Department Spending*. In: Journal of Public Health Policy, v. 17, n. 2, 1996.

- GREEN, Andrew. *The State of Health Planning in the 90's*. In: Health Policy and Planning. Oxford University Press. v. 10, n. 1, 1995.
- Health and Welfare Canada. *Health Expenditures in Canada: Fact sheets*. Policy, Planning and Information Branch. Ottawa: March, 1993.
- HELLANDER, Ida; MOLOO, Jamaluddin; HIMMELSTEIN, David U.; WOOLHANDLER, Steffie; WOLFE, Sidney M.. *The Growing Epidemic of Uninsurance: New Data on the Health Insurance Coverage of Americans*. In: The International Journal of Health Services, v. 25, n. 3, 1995.
- HUDSON, Terese. *Sick and Tired: Reinventing the Public Health Care System May Be Its Only Hope For Survival*. In: Hospitals & Health Networks October 20, 1995.
- IMERSHEIN, Allen W.; EESTES Carroll L.. *From Health Services to Medical Markets: The Commodity Transformation of Medical Production and the Nonprofit Sector*. The International Journal of Health Services, v. 26, n. 2, 1996.
- IMMERGUT, M. Ellen. *Health care: the politics of collective choice*. Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones. Jun/1990.
- JACKSON, Rose Ann. The heartbeat of reform. *The Canadian Nurse*. March, 1995.
- JOSKOW, Paul L.. *Controlling Hospital Costs: the Role of Government Regulation*. Massachusetts Institute of Technology. 1989.
- LAURELL, Asa Cristina; ARELLANO, Olivia López. *Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health*. The International Journal of Health Services, v. 26, n. 1, 1996.
- OECD. *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*. Social Policy Studies. Paris: n. 7, 1990.
- ROEMER, Milton I.. *National Strategies for Health Care Organization: a world overview*. Michigan: Health Administration Press. 1985. Science Publishers, 1988.
- YORK, Geoffrey. Fee for Service: Cashing in on the Canadian Medical Care System. *Journal of Public Health Policy*. n. 11, v. 2, 1992.



*Texto III*

Reforma do Estado no setor de  
saúde no Reino Unido e nos  
Estados Unidos<sup>1</sup>

*Lenaura de Vasconcelos Lobato*

Lenaura de Vasconcelos Lobato é socióloga, mestre em Administração Pública e professora da Universidade Federal Fluminense.



## 1. Introdução

Nas sociedades democráticas, a intervenção estatal através de políticas públicas está fortemente determinada pela atuação dos governos legitimamente eleitos pelos cidadãos. Contudo, o comportamento de uma determinada área de intervenção estatal dificilmente pode ser apreendido pelo somatório das sucessivas propostas governamentais. E isso porque, obviamente, um conjunto de características extra-governamentais — desde naturais até culturais — influencia esse comportamento. As áreas sociais têm sido objeto tradicional das chamadas políticas sociais, cuja especificidade, em linhas gerais, decorre do entendimento dado historicamente de que as desigualdades e incertezas geradas pelo sistema capitalista deveriam ser minimizadas e que caberia à sociedade, através do Estado, prover benefícios nessa direção. O alcance desse entendimento por diferentes nações gerou respostas diversas em relação à intervenção estatal através de políticas sociais. Esse foi, sem dúvida, o caso da área de saúde, que representa importante parcela da estrutura estatal da maioria dos países.

Diversas experiências têm sido implementadas no sentido de reformar os sistemas de saúde ao redor do mundo. Essas iniciativas surgem com maior força a partir de meados da década de 70, estimuladas pela crise econômica que atingiu os países centrais, requerendo restrições nos gastos estatais e o conseqüente redirecionamento de suas atividades. As áreas sociais, responsáveis por estruturas pesadas e altamente burocratizadas, passaram a ser duramente criticadas. A busca da eficiência pautou a maioria das reformas. Entretanto, muitas das medidas adotadas ultrapassam mecanismos estritamente gerenciais, já que a noção de eficiência passou a estar intimamente relacionada à idéia de propriedade. Ou seja, convencionou-se adotar a premissa de que o mercado privado é por princípio eficiente e o Estado, em oposição, ineficiente. Assim, a eficiência dos sistemas dependeria tanto da introdução como da participação direta de mecanismos de mercado ao seu interior, solução por demais apressada quando o tema é saúde, como demonstra o caso americano que veremos adiante. Nesse contexto, contudo, diversas inovações têm sido empreendidas, visando a uma melhor adaptação dos sistemas à irrefutável complexidade dos temas atinentes à área na atualidade, procurando atrelar eficiência a uma maior equidade em saúde, adaptadas a tempos de recursos escassos.

Em verdade, a par das disputas ideológicas que pautam essa discussão, cabe destacar que as experiências em curso não excluem ou elegem *a priori* nenhum tipo, modalidade ou combinação provável de sistema de saúde que seja em si mais eficiente. Os casos que estudaremos a seguir nos oferecem informações importantes sobre essa polêmica. Por representarem

experiências diametralmente opostas na concepção sobre o papel do Estado na área social, desenvolveram sistemas de saúde bastante diferenciados. Nesse sentido, suas iniciativas reformadoras trazem indicações concretas para prováveis encaminhamentos no caso brasileiro.

## **2. A reforma do sistema de saúde britânico**

### **2.1. Contextualização e características do NHS britânico**

O sistema de saúde britânico constituiu-se historicamente como um dos pilares do chamados Welfare States ou Estados de Bem-Estar Social, que se desenvolveram principalmente na Europa, a partir da II Guerra Mundial, e têm no caso inglês exemplo clássico. Apesar de comumente reduzido a um conjunto de políticas sociais fornecidas e administradas pelo Estado, o Welfare representou, em verdade, uma alternativa de desenvolvimento capitalista que visava aliar crescimento econômico com desenvolvimento social, ou um sistema universal e público de fornecimento de benefícios sociais como estimulador da política keynesiana de pleno emprego. Mais importante, contudo, é que esse modelo foi responsável pela operacionalização nas sociedades contemporâneas da noção de cidadania e justiça social, através da ação governamental (FLEURY, 1994).

Através do *National Health Service Act*, cria-se em 1946 o sistema britânico, tendo como premissas a cobertura de todas as necessidades de saúde, para todos os cidadãos, prestada por serviços sob controle governamental. A idéia central presente na legislação era o rompimento com a predominância do mercado na prestação de serviços de saúde, onde a responsabilidade sobre a procura e aquisição caberia aos indivíduos e famílias. Para tanto, rompia-se também com a estrutura de financiamento baseada na idéia de seguro — onde a prestação vincula-se ao tipo e valor da contribuição individual —, passando toda a responsabilidade do sistema ao Tesouro nacional; portanto, distribuída por toda a sociedade. Embora tenham sido mantidas algumas contribuições anteriores ao NHS, seu financiamento passou a ser majoritariamente com recursos do orçamento público.

Com estrutura tripartite, dirigida em nível nacional pelo Ministério da Saúde e tendo como base por um lado os serviços ambulatoriais e de outro, os hospitalares, o NHS se organizaria, a partir de quatro pilares básicos, com localização e interesses diversos na estrutura de poder do sistema e que teriam papel também diferenciado na Reforma. Como nos apresenta Roemer (1991) em seu estudo sobre a organização do NHS, esses pilares

seriam: os serviços ambulatoriais, os serviços especializados dos hospitais regionais, os hospitais universitários e as autoridades locais de saúde.

Os serviços ambulatoriais, administrados pelos chamados Conselhos Executivos (*Executive Councils*, cerca de 138) agrupam — a partir da implementação efetiva do NHS em 1948 — parcelas determinadas da população, e são responsáveis também pelos serviços dentários, óticos e pelo controle de medicamentos, fornecidos por farmácias, mas pagos pelo Sistema.<sup>2</sup> Esses serviços são prestados pelos médicos generalistas (*general practioners* — *GPs*) e são porta de entrada obrigatória ao Sistema. Cada *GP* é responsável por um número limitado e registrado de pessoas, que têm, contudo, liberdade de escolher a qual deles se associar. Os *GPs* são pagos mensalmente pelos Conselhos Executivos através do sistema de captação, ou seja, quantia fixa para cada pessoa a ele relacionada, independentemente do uso de serviços. Já dentistas são pagos pelo sistema de pagamento por serviço (*fee for service*). Ambos atuam privativamente, ou seja, como autônomos, embora sujeitos a regulação pelos Conselhos.

Os serviços especializados, sempre referidos,<sup>3</sup> pelos *GPs* (exceto em casos de emergência) eram anteriormente prestados em hospitais de diversas categorias, tendo a maioria passado às mãos do Estado com a criação do NHS. Agrupados também por regiões, seriam administrados por cerca de 15 conselhos ou juntas hospitalares regionais (*Regional Hospital Boards*), com representantes da população, dos profissionais e dos antigos proprietários, sendo a gerência encarregada a comitês de gerenciamento indicados pelos *RHBs* e com responsabilidade por, em média, três unidades hospitalares. Diferentemente dos *GPs*, os médicos especialistas são pagos por salários e a maioria é contratada por tempo integral, sendo que os de tempo parcial praticam também particularmente. Os recursos são repassados para os comitês de gerenciamento das unidades através dos *RHBs*.

Com a criação do NHS, os hospitais universitários (em número de 36), reconhecidos como prestadores de serviços de altíssima qualidade, resistem à incorporação aos *RHBs* e passam a responder diretamente ao ministro da Saúde, mantendo juntas específicas. Ligados às universidades, o pagamento de seus profissionais é responsabilidade da área de educação, que mantém também os estudantes com bolsas de estudo.

As 146 autoridades locais de saúde (*Local Health Authorities*) formam o quarto pilar na classificação de Roemer (1991) e ao interior do NHS passam a ser responsáveis pelos serviços preventivos, já que os hospitais públicos ficaram sob domínio dos *RHBs*. Sua abrangência vai desde de cuidados primários na área materno-infantil, passando por atenção domiciliar, unidades de doentes crônicos e idosos, serviços de tuberculose até saúde ambiental. Outros serviços são também prestados ao interior do NHS a partir de sua

criação, como a atenção a doentes mentais. Nas áreas relacionadas com outros setores governamentais, como acidentes de trabalho ou assistência social, todos os aspectos relativos à saúde são responsabilidade do NHS.

Embora considerado programa de excelência, exemplo para diversos outros países e com alto índice de aprovação pela população (95% aprovavam o NHS em 1967)(ROEMER,1991), continha imperfeições que seriam alvo de medidas governamentais no decorrer das décadas de 60 e 70, destacando-se a reforma de 74, que anteciparia a de 1989, sob o governo Thatcher.

## 2.2. Principais problemas do NHS

Do ponto de vista da provisão, as longas filas de espera para procedimentos eletivos seriam um problema que tomaria vulto nas críticas ao sistema. Em verdade, desde a implantação do NHS, devido às restrições financeiras do pós-guerra, muitos anos se passaram sem a construção de novas unidades, estando os investimentos voltados para a reforma e manutenção da antiga estrutura. Mesmo assim, provavelmente não fosse grave o bastante. Um bom indicador para isso seria o aumento da procura aos serviços privados por setores populacionais de maior renda, o que só ocorreria na década de 80, sendo até então muito baixo o número de leitos privados (em torno de 5% do total).<sup>4</sup>

A ausência de uma rede básica era também destacada. Sem dúvida, a capacidade de investimento do sistema tornou-se desproporcional às necessidades. O rápido desenvolvimento da medicina no pós-guerra pressionou todos os sistemas de saúde e principalmente a rede hospitalar. Ademais, contribuíram para o excesso de demanda as mudanças no perfil demográfico, em especial, o envelhecimento populacional muito sentido nos países europeus.

Apesar da falta de leitos, o aumento das despesas com o sistema seria outra questão que tomaria vulto no percurso do NHS. Ainda nos anos 60 uma investigação procurou identificar o aumento dos gastos, concluindo, contudo, que eles, na verdade, haviam diminuído, se considerados proporcionalmente ao PIB. Interessante neste aspecto é que apesar de ter a maior cobertura, o sistema britânico manteria quase invariavelmente a menor proporção de PIB gasto em saúde para toda a Europa ocidental (ROEMER,1991).

As diferenças salariais entre *GPs* e especialistas, desfavoráveis aos primeiros, eram motivo de disputas, agravadas pelo status superior tradicionalmente reservado aos especialistas. Esse problema mereceu atenção com a introdução de importantes incentivos para a valorização da prática generalista. Em meados dos anos 60, alguns serviços passaram a ser pagos por taxas especiais (como atendimento domiciliar) e o valor da captação foi aumentado, aproximando a remuneração de *GPs* a dos especialistas. A construção de

centros de saúde para abrigar *GPs* e outros profissionais da área foi, contudo, a medida de maior impacto, pois permitiu reduzir o isolamento dos *GPs*, alterando substancialmente a prática generalista. Iniciados em 65, em 1978 já havia, somente na Inglaterra, 815 centros de saúde, agrupando 20% dos *GPs* (ROEMER, 1991). A melhoria da situação dos *GPs* não aplacou, contudo, suas divergências com sua representante formal, a *British Medical Association*. A década de 70 seria palco de muitas mobilizações entre profissionais do NHS (ALMEIDA, 1995).

Dentre todas as dificuldades do NHS, a principal era, sem dúvida, a rígida separação entre serviços ambulatoriais, hospitalares e preventivos, decorrente da estrutura verticalizada do sistema, o que induzia a uma segmentação da clientela em níveis estanques. Tentativas no sentido de integração no nível local eram barradas pela disputa de poder entre as diferentes estruturas. Essa integração seria a principal medida da reforma de 1974.

### **2.3. As primeiras iniciativas de mudança e a reforma de 1974**

Sob protestos, o governo trabalhista de Harold Wilson implementou em 1974 a reforma elaborada e aprovada pelos conservadores, que procurava alterar a rigidez do sistema. Os autores ora enfatizam que esta tinha caráter mais administrativo, no sentido de melhorar a eficiência; ora que visava romper os interesses corporativistas; ora que visava quebrar o crescente poder do setor hospitalar.<sup>5</sup> Em verdade, as bases de sustentação do NHS começavam a se romper. A exposição e açodamento dos distintos interesses internos ao sistema se juntariam às disputas entre os dois partidos políticos, que passariam a se diferenciar mais claramente nas estratégias de enfrentamento à crise econômica que se agravava.

A reforma de 1974 criou as *Area Health Authorities*, nível de organização local cobrindo de 1 a 5 milhões de pessoas, responsáveis por todos os tipos de serviços e vinculadas a comitês substitutos dos extintos Comitês Executivos. O enfoque no gerenciamento e no planejamento e a presença de pessoal não-médico com experiência gerencial nas instâncias de decisão expressa a preocupação com a eficiência. Em um segundo momento da reforma, foram os *Health Districts* (em número de 200) que assumiram efetivamente o papel da integração local. Mais próximos das necessidades específicas das comunidades, as autoridades distritais puderam reunir, pela primeira vez, representantes de *GPs*, especialistas, enfermeiros e administradores. A preocupação com as disparidades entre necessidades de saúde e utilização de serviços já vinham sendo detectadas, levando ao estabelecimento de uma fórmula (*Resource Allocation Working Party — RAWP*) para a alocação e repasse de recursos orçamentários, baseada em recursos existentes, indicadores de

necessidade de atenção, percentual de idosos e mortalidade infantil (ROEMER,1991:203). Essa medida teve importante impacto na maior visibilidade da distribuição de recursos (KLEIN *apud* ALMEIDA,1995).

As melhorias no plano local não foram suficientes para alterar os problemas que a reforma visava resolver. Ela não alcançou seu objetivo de integrar programaticamente os diversos níveis do sistema, resultando em maior burocratização, mais grupos gerenciais e disputas entre os diversos níveis (HOLLAND & GRAHAM *apud* ALMEIDA, 1995:201), levando a total inoperância das *AHAs* que haviam se transformado em mais uma instância do sistema, sem cumprir os seus propósitos.

Nesse contexto, os dois partidos políticos mutuamente se acusam de privilegiar a tecnoburocracia, que nesta época vinha sendo altamente criticada pela política e procuram se esquivar das responsabilidades sobre a crise do sistema, apesar de terem os dois historicamente tentado capitalizar seu sucesso (ALMEIDA, 1995:201). É importante registrar que mesmo com a crise, a população, segundo pesquisa de opinião da época, mostrava satisfação com os serviços recebidos (KLEIN *apud* ALMEIDA,1995).

Na verdade, como afirma Almeida (1995:203), a reforma de 74 não teve impacto na estrutura, organização ou financiamento do NHS, mas alterou profundamente a arena política no setor, devido à crescente polarização ideológica, à demanda por participação e à necessidade de controlar gastos. Poderíamos inferir que o sistema sofria menos pela falta de resolutividade e mais pela incompatibilidade entre os interesses de diferentes setores nele envolvidos e seu modelo burocrático. A construção de uma estrutura burocrática altamente centralizada, verticalizada e impermeável foi seguida pelo crescimento da organização dos profissionais, consolidando uma gama de interesses muitas vezes conflituosos, não passíveis de solução através de medidas racionalizadoras. Ou seja, o peso maior da crise até este momento podia ser debitado mais aos problemas político-institucionais e menos ao modelo de atenção ou à crise econômica. Embora já houvesse indícios importantes desta última, não havia diagnósticos ou alternativas claras para sua solução, aspectos centrais para que uma crise econômica gere impactos efetivos nas instituições. Expressão disso é que, no mesmo governo trabalhista que assumiu em 1974, foram tomados caminhos totalmente distintos. Até 1976 manteve-se o crescimento do gasto público, que já vinha se registrando com os conservadores do governo anterior,<sup>6</sup> tendo o NHS alcançado média anual de 4,3% de aumento (ALMEIDA, 1995).

Esta estratégia trabalhista correspondeu a uma solução tipicamente keynesiana de injeção de dinheiro na economia como solução para a crise inflacionária e a estagnação, obviamente apostando também na adesão sindical. Já a partir de 1976, o mesmo governo recorreu ao corte brutal dos

gastos, adotando solução, ao contrário, tipicamente monetarista (HALL, 1992). Somente a partir daí é que a crise no NHS viria a tomar o perfil de uma crise principalmente econômica,<sup>7</sup> aguçando as dificuldades preexistentes não resolvidas pelo insucesso da reforma. Contudo, como afirma Hall (1992), os trabalhistas eram “monetaristas descrentes” e a quebra total dos princípios keynesianos viria, em verdade, com a primeira ministra conservadora Thatcher, que assume o governo em 1979.

#### **2.4. Os princípios orientadores do *Working for Patients***

A década de 80 seria palco de discussões intensas e medidas racionalizadoras para o enfrentamento da crise dos países centrais. No Reino Unido, diversas áreas sofreram reformulações importantes, caso exemplar do sistema educacional. Contudo, no caso do NHS, mudanças de peso só viriam em 1989, com a proposta do 3º governo consecutivo dos conservadores, sob a liderança de Margareth Thatcher, orientadas pelo *White Paper — Working for Patients*. A política de contenção de custos, iniciada no final da década anterior, permanecia neste período; contudo, a legitimidade do NHS diante da população adiou mudanças ao seu interior. Mesmo assim, foi importante neste período um aumento significativo (para a tradição britânica) dos serviços privativos de saúde, decorrência tanto da contenção de custos no NHS como da estratégia geral do governo de privilegiamento do mercado, que concedeu estímulo fiscal para a aquisição de seguros privados. O aumento da rede hospitalar privada foi estimulado pela diminuição dos leitos privados nos hospitais públicos (ainda no governo trabalhista anterior à Thatcher) e pela liberação de autorização para construção de hospitais com até 120 leitos, empreendimento realizado principalmente por corporações privadas americanas. Entre 1980 e 1985, a população coberta por seguros privados passou de 6 para 10% da população total e 15% das cirurgias eletivas já eram realizadas pelo setor privado,<sup>8</sup> (ROEMER, 1991).

Apesar do aumento do setor privado, o que vai marcar a reforma britânica não é principalmente a privatização. Em verdade, esta teria sido uma alternativa inicial do governo conservador, abandonada provavelmente por falta de apoio político. As propostas governamentais estavam fortemente baseadas na quebra da noção de *Welfare*, que tinha gestado o NHS, e estavam agora dirigidas a uma concepção de Estado mais assistencialista, onde dever-se-ia privilegiar a ajuda aos mais carentes; e também mais individualista, onde as pessoas deveriam ser estimuladas a ajudarem a si mesmas e a escolher como gastar seu próprio dinheiro, para o que seria importante a retirada do investimento estatal (KLEIN *apud* ALMEIDA, 1995:241). Essa nova concepção, embora bem-sucedida em outros domínios da ação estatal, não alcançou consenso suficiente para

quebrar os princípios de universalidade e gratuidade do NHS, o que seria necessário para a privatização do sistema. O governo atribuía a crise à ineficiência e ao corporativismo presentes entre os profissionais do sistema e não formulou nenhuma proposta que visasse ao fim do NHS. Almeida (1995) aponta ainda que o próprio ministério de Thatcher se espantou quando ela, diante do alerta do *Royal College of Physicians* em 1987 de que o NHS estaria em ruínas, anunciou sua total reformulação. Em verdade, as mudanças não poderiam ter como premissa a contenção de gastos, que já vinha sendo aplicada há mais de uma década. Ou se propunha outro sistema ou reformula o existente. Se por princípio ou por sobrevivência política, o fato é que o foco principal da reforma de 1989 se limitaria à reestruturação interna, através da introdução da competição no setor. Para Saltman & von Otter, contudo, teria sido uma “reforma estratégica”, de controle estrito sobre o consumo da assistência, via maior eficiência na prestação de serviços, melhor relação custo/eficácia e transformação da estrutura institucional (*apud* ALMEIDA, op.cit: 162-163).

## **2.5. As inovações gerenciais introduzidas no NHS: possibilidades e limites da reforma**

A idéia central da reforma viria da noção de *managed competition*, ou competição administrada, desenvolvida por Alain Enthoven como alternativa para o sistema americano na década de 70,<sup>9</sup> e que seria adaptada para o Reino Unido como sistema de *contracting out* ou *internal market* — modelo de mercado interno. A base desse modelo é a separação clara entre provisão e financiamento da assistência, ou seja, a distinção entre prestadores e compradores de serviços, com o objetivo de estimular a competição e conseqüentemente a qualidade/preço dos serviços. Para isso, um importante enfoque é dado à gerência, que passa a ocupar lugar de destaque. Teoricamente, o modelo propõe “reestruturar a responsabilidade decisória de modo a encorajar uma melhor relação entre custo e eficácia através da autoridade distrital”, transformando cada distrito em “unidade empresarial altamente independente e dotando de poder o *manager* geral do distrito” (ALMEIDA, 1995:162).<sup>10</sup> Outra idéia central do modelo era a supremacia do consumidor/usuário, o que implica a maior liberdade de escolha pelo paciente do serviço de sua preferência.

A partir dessa noção, a principal mudança introduzida na gestão do sistema de saúde britânico foi a transformação do papel dos principais agentes da provisão dos serviços. Mantendo-se a estrutura organizacional, a cobertura e as bases do financiamento global do sistema, seus agentes deveriam agora seguir regras de gestão que privilegiassem a competição. A idéia de separação entre compradores e prestadores era de que os primeiros se



concentrassem principalmente em questões estratégicas (como necessidades da população e equilíbrio entre programas preventivos e curativos) e os últimos em questões operacionais (listas de espera, tempo de espera em ambulatorios, *staff* e qualidade de serviços) (ALMEIDA, op.cit: 249). As unidades passaram a ser concebidas como unidades gerenciais, incorporando diretores executivos.

As *District Health Authorities* passaram a exercer papel de compradores de serviços para a população de determinada área geográfica, priorizando suas necessidades e buscando no mercado os provedores que melhores propostas tivessem para sua execução, não cabendo mais a elas a gerência dos serviços. Papel similar passou a ter parte dos *GPs*. Aqueles grupos de *GPs* com responsabilidade sobre mais de cinco mil pacientes (inicialmente 11.000) poderiam se candidatar a *General Practitioners Fundholders (GPFs)* e ter seu próprio orçamento. Com isto, poderiam comprar acesso para um número limitado de serviços e para todo o cuidado primário dirigido à população sob sua responsabilidade. A idéia era consolidar o *GP* como “o guardião dos interesses do paciente” e cumprir a máxima instituída pela reforma de que “o dinheiro segue o paciente”. Ao ter o *GP* autonomia de compra de serviços, esperava-se reverter a relação assistência hospitalar/assistência primária, desfavorável a esta última, que persistia como um dos principais problemas do NHS (LIGHT, 1992). A prática dos *GPs* foi também estimulada por aumentos no pagamento por captação. Através de contratos estabelecidos em nível nacional, estes permaneceriam recebendo recursos para todos os serviços primários e alguns preventivos, sendo o cálculo baseado parte em captação por cidadão/família coberto e parte via incentivos em dinheiro para procedimentos específicos, como atendimento periódico para maiores de 75 anos e vacinação infantil. A partir de incentivos, os *GPs* passaram progressivamente a realizar também cirurgias de menor porte, que antes eram normalmente passadas aos especialistas. Com os novos contratos, foi imediata a resposta positiva desses serviços. Contudo, houve um aumento de 15% nos custos, apesar do registro favorável de pacientes quanto à melhoria do atendimento (OECD, 1992).

Outra inovação importante foi a criação do que se pretendia ser um 3º setor, o dos *Self Governing Trusts*. A partir da reforma, as unidades hospitalares, grupos de especialistas ou unidades de serviços, considerados agora provedores ou vendedores de serviços, poderiam optar por se tornarem unidades públicas autônomas que provêm serviços secundários e comunitários e funcionam como pequenas empresas. Elas permaneceram no NHS, mas podem, teoricamente, determinar salários livremente, tomar crédito e ter seus próprios planos de negócios. Prestam contas ao governo e são monitorados pela autoridade provincial do NHS (MAYNARD & BLOOR, 1996).

Os *trusts* foram também pensados como um poderoso instrumento para a melhoria do desempenho hospitalar, principalmente no que toca à redução do tempo de espera para procedimentos eletivos, sabidamente um dos problemas-chave do NHS. Assim, os *trusts*, cujos pacientes esperassem mais de 12 meses para esses procedimentos, perderiam renda. Ao contrário, aqueles que reduzissem o tempo de espera teriam os recursos aumentados. Os serviços comunitários também foram reformados. A partir de 1993 passaram a ser comprados por gerentes de assistência social dos governos locais, segundo pacotes de cuidados individuais.

O financiamento do NHS não se alterou com a reforma, sendo majoritariamente proveniente de recursos públicos. O fluxo para o repasse de recursos também não se alterou — do nível central para as *Regional Health Authorities* e destas para as distritais (*DHAs*) —, apesar de o orçamento ter passado a seguir da noção de *needs-based budgeting* ou orçamentação segundo necessidades. Na verdade, embora ancorada em nova concepção, a fórmula de repasse permaneceu basicamente a mesma da já citada *RAWP*: uma combinação de população, idade, indicadores de morbimortalidade e necessidades sociais (ALMEIDA, op.cit.). Os hospitais passaram a ser reembolsados por “episódios concluídos de consulta”, que registram o número de ocasiões que um paciente está sob cuidado ambulatorial, o que incentiva incluir todos os episódios de tratamento (MAYNARD, op.cit.).

A literatura parece apontar mais críticas que pontos positivos nessas medidas. Entre os pontos positivos (LIGHT, 1996) destaca-se a compra de serviços segundo necessidades da população. Contudo, essa nova concepção tem apontado para a necessidade de aumento do orçamento e não para sua diminuição, como pretendia o governo. Outra perspectiva positiva é que a *accountability* antes inexistente no sistema poderá ser efetivamente alcançada, apesar de implicar aumento de custos. A reestruturação do NHS não mais centrada na rede hospitalar seria outro grande trunfo, através do crescimento dos grupos de *GPs* trabalhando em unidades tipo policlínicas. Light (1996) chama atenção, contudo, para o fato de que essas metas poderiam ter sido alcançadas sem a introdução do mercado.

As críticas dos especialistas são em maior número. Embora a reforma tenha sido empreendida em etapas, no decorrer dos últimos anos, e algumas medidas sejam bastante recentes para permitirem avaliação mais criteriosa, alguns resultados parciais já podem ser apontados. Destacamos, em especial, as críticas que Alan Maynard, um dos formuladores da proposta da reforma, e Bloor (1996) fizeram recentemente. A primeira limitação, apontada também por diversos outros autores, é o paradoxo de que o mercado no NHS foi estabelecido antes que a informação necessária à sua avaliação estivesse disponível. Ou seja, não há como criar mercados competitivos sem um bom sistema

de informação. Não há, por exemplo, no sistema britânico, uma avaliação dos custos dos diversos procedimentos (mais de 10.000). Como os orçamentos eram gerais, nunca se sabia o valor do serviço (LIGHT, 1992). Embora o sistema de pagamento aos hospitais por episódios de consulta melhore esse aspecto da informação, ele é ainda insuficiente para dar conta de resultados. Ou seja, há de se saber posteriormente o custo-benefício de procedimentos alternativos, assim como de unidades diferentes, fazendo o mesmo serviço (LIGHT, op. cit.).

O estabelecimento dos contratos na nova configuração do NHS tem sido outra questão de vulto, cujas dificuldades estão bastante associadas à falta de informação e ao caráter monopólico do sistema. Estudo recente aponta que a idéia inicial era de que os contratos entre compradores e prestadores de serviços pudessem seguir um modelo clássico, onde duas partes voluntárias assumissem compromissos legais para trocas e onde houvesse a ênfase na possibilidade de uso de mecanismos legais para prováveis litígios. Contudo, isso não ocorreu, podendo-se identificar, nos contratos do NHS, elementos de outros tipos de contrato. No início da reforma, os contratos eram quase cópias dos antigos planos de serviço e os preços não tinham relação com os custos, por falta de informação. Pensados, para valerem por um ano, eles foram estendidos para 3 ou mesmo 5 anos, dada a dificuldade de revisão anual. Apesar do nível de informação ter melhorado, ainda não permite relacionar custo/preço dos serviços, o que tem levado a que sejam baseados em “relações maduras” (BENNETT & FERLIE, 1996: 53). A presença de elementos de outros tipos de contrato não é para os autores de todo negativa. Os elementos de um contrato relacional (baseado na informalidade e na confiança), por exemplo, expressam a tradição do sistema, onde a cooperação entre provedores e compradores sempre foi privilegiada, em detrimento da competição. Embora estes elementos possam causar ineficiência e cartelização, sua ruptura pode gerar o efeito contrário, que é a rivalidade extrema entre provedores, além de se perder a memória organizacional contida na informação informal, quando não se tem informação formalizada. Dos contratos regulados (influência profissional ou administrativa), impedimentos ou benefícios podem se dar por conta das “pré-regulações”, provenientes da administração ou das profissões com regulação própria. Dos elementos de contratos de pseudocompetição (mudanças superficiais e tendência à continuidade), os benefícios estariam, por exemplo, mesmo se reforçando padrões tradicionais de alocação de recursos, nos contratos que estão mais sofisticados e passando de uma preocupação meramente financeira para outra dirigida às necessidades e à qualidade (BENNETT & FERLIE: 1996). No caso dos contratos de *GPs*, têm sido melhor especificadas as atividades a serem desenvolvidas. A falta de tradição no estabelecimento e monitoramento de contratos

tem causado problemas para os compradores, tanto *DHAs* quanto *GPs*, implicando o fortalecimento do poder de força dos prestadores hospitalares, o que vai de encontro aos anseios da reforma. Por outro lado, os casos de impasse entre as partes contratantes são resolvidos pelas autoridades regionais e, em última instância, pelo Ministério da Saúde, a quem cabe a palavra final.

A dificuldade no estabelecimento de metas no caso britânico recai exatamente na dificuldade de relacioná-las a custos que, como visto, ainda são bastante improvisados. Em sistema que se propõe competitivo, os mecanismos de controle de gestão e avaliação institucional estão fortemente delimitados pelos contratos de prestação de serviços, com vistas ao cumprimento de metas numa melhor relação custo/benefício. Assim, eles pouco se alteraram até o momento. Enquanto sistema até então totalmente desmercantilizado, mecanismos como, por exemplo, controle de custos, só agora começam a ser introduzidos. Entre as medidas mais importantes destaca-se a atual obrigatoriedade de auditorias médicas regulares, que melhoram qualitativamente a transparência do sistema. Os contratos entre os diferentes agentes passaram a incluir incentivos à produtividade e tentam definir mais claramente atribuições e metas. Contudo, suspeitas de uso excessivo de algumas intervenções e subutilização de outras por parte de prestadores levaram a que compradores tendam a evitar especificar nos contratos dados baseados em evidências.

Por outro lado, algumas experiências visam aumentar a visibilidade da reforma. No sentido de acompanhar resultados, sua efetividade e problemas gerenciais e de prestação de serviços para usuários, o governo encaminhou “projetos de desenvolvimento” em diversos temas como compra de serviços e contratos, assim como uma série de “projetos locais” de avaliação, envolvendo o pacote das reformas em localidades específicas. Às autoridades locais foi sugerida a realização de pesquisas sobre satisfação dos pacientes.

Os *trusts*, embora não tenham sido devidamente avaliados, principalmente quanto ao impacto na competitividade, poderiam ter sido para Maynard a iniciativa mais efetiva. Contudo, em um de seus aspectos mais importantes, não teve o impacto esperado. O custo-efetividade da pressão contínua por redução do tempo de espera para cirurgias eletivas não foi demonstrado, havendo ainda mais de um milhão de pacientes em lista de espera. O autor critica também o fato de, na prática, ainda serem os *trusts* estritamente controlados pelo Departamento de Saúde (1996). Para Light, ao contrário, não faz sentido dar liberdade orçamentária aos hospitais, quando o que se queria era exatamente diminuir seu poder, alterando a atenção centrada no hospital para outra centrada nas necessidades de saúde da população. Segundo France (*apud* ALMEIDA, op. cit.:279), a primeira geração de *Trusts* sofreu diversos problemas econômicos e para evitar falências contou com

uma ajuda especial do governo, que passou a limitar de fato sua autonomia gerencial.

A transformação dos *GPs* em *fundholders*, a exemplo das *Health Maintenance Organizations (HMOs)* americanas, proposta de Maynard, não estaria alcançando seus objetivos. Um dos problemas é o baixo número de pacientes estabelecido para os *GPFs*, que não cobre os riscos atuariais (MAYNARD *apud* ALMEIDA, *op. cit.*: 282). Além disso, parece não estar havendo economia na prescrição de medicamentos, que, ao contrário, vem aumentando (MAYNARD & BLOOR, 1996). Para Light (*op. cit.*), os *GPFs* foram bem-sucedidos inicialmente, mas encontram-se em “rota de coalizão” com o “orçamento baseado em necessidades” dos distritos, já que se apropriam de partes do orçamento e têm interesses diversos. Outro problema a ser resolvido no gerenciamento dos *GPFs* é que, tendo agora de “pagar” pelos serviços prestados a seus pacientes, os *GPFs* podem tender a escolher pacientes mais saudáveis ou fazer com que eles percorram longas distâncias para serem atendidos. Embora esta já fosse uma prática existente com o sistema anterior, ela pode ser agravada pelo fato de que os recursos economizados podem voltar para os próprios *GPFs* como incentivos. Nesse sentido, a orientação é de que constem em contrato medidas de qualidade no atendimento. Contudo, o excesso de regulação por parte do governo tem levado à desistência de alguns *GPs* em permanecerem como *fundholders*.

O tipo de regulação estabelecido pelo governo tem sido outro problema apontado por Maynard. Embora defenda a regulação como mecanismo que possibilita que o mercado seja eficiente e preste contas à sociedade, o autor faz críticas às medidas recentes. Uma delas é que nas regras para competição entre provedores, o Departamento de Saúde é, ao mesmo tempo, promotor, juiz e júri. Em outra medida, procurando impedir preços monopolistas, o governo determinou que os hospitais fizessem os preços pela média dos custos, resultando na afixação estratégica de preços pelos provedores. Outra crítica, ainda, é o rígido controle que o governo mantém sobre o trabalho e o capital, principalmente o privado. (MAYNARD & BLOOR, *op. cit.*, 1996). Os contratos de trabalho e o pagamento de salários ainda são extremamente centralizados e sujeitos às limitações determinadas pelo setor público. Mesmo nos *trusts*, onde haveria liberdade de contratação, houve pouca modificação, já que para contratos de curto-prazo eles são obrigados a pagar um prêmio (ALMEIDA, *op. cit.*:282).

A competição no NHS seria de fato bastante dificultada pelas características monopólicas do sistema. Em um sistema enxuto como o do NHS, sem excedentes de oferta para possibilitar a escolha, usar a competição para melhorar a eficiência provavelmente não faria sentido. É, na verdade, um mercado de “soma zero”, onde um se expande às expensas do outro, dada a

escassez de recursos (HOGGETT, 1996). Para Light (*op.cit*) as maiores ineficiências estão na organização do trabalho e na cultura da prática, fatores que requerem programas especiais e não respondem prontamente às forças de mercado.

A crítica maior dos defensores do modelo adotado é exatamente a falta de mercado, decorrente da forte regulação. Este parece ser um nó da reforma, já que o controle sobre a competição visa exatamente responder à política macroeconômica do governo. Para Maynard, o governo não teria conseguido estabelecer um ambiente regulatório competitivo (com alocação de recursos, estabelecimento de preços e auditoria), refletindo sua baixa capacidade de lidar com os diversos interesses envolvidos na reforma (ALMEIDA, *op. cit.*:283). Para Almeida, essa dificuldade era real e pode ser atribuída à resistência social ao que poderia ser um desmonte de uma instituição tão arraigada na cultura da população como o NHS (*op. cit.*:282). Acrescenta ainda que, para o governo conservador manter as variáveis macroeconômicas foi sempre mais importante do que reestruturar o NHS, sendo a competição mecanismo de retórica para, em verdade, reforçar o controle administrativo e político sobre o sistema; a reforma, neste sentido, teria sido apenas mais uma revisão periódica no sentido de maior eficiência, como outras empreendidas anteriormente, principalmente a de 1974 (*op.cit.*: 281).

Uma lição crucial da reforma britânica provém da introdução da concepção gerencial como estimuladora da eficiência. Os autores chamam atenção para o fato de que o enfoque dado à gerência, em verdade, deslocou o poder dos profissionais para os *managers*, não ocorrendo uma verdadeira descentralização. Mais grave talvez seja o já reconhecido aumento nos custos. Em verdade, há de se investigar se esses resultados não são mais uma consequência da introdução da competição e menos das formas inovadoras de gestão. Light, por exemplo, afirma que a construção de mercados no setor tem, no caso do Reino Unido, o preço de 3 bilhões de libras, pela necessária contratação de milhares de contadores, gerentes, consultores e especialistas de dados que permitam identificar preços e custo-efetividade dos diversos procedimentos, além de monitorar as performances dos contratos celebrados; e isso a salários mais altos do que os de seus predecessores (1992:153). O autor cita o famoso economista Kenneth Arrow, para quem a saúde é um setor menos favorável para um bom funcionamento de mercados, exatamente porque poucos procedimentos podem ser apreçados, comprados ou vendidos, o que faz com que reformas de mercado no setor gerem mais burocracia e regulação. Ademais, diferentemente de outros setores, na área de saúde, a economia gerada com a competição não faz necessariamente com que os perdedores saiam do mercado e os vencedores tornem-se tão ou mais eficientes. Ao contrário, por ser um bem cujo consumo não é opcional, o mais

provável é que os vencedores se sobrecarreguem tornando-se menos eficientes e os perdedores permaneçam, operando com metade de sua capacidade e com os mesmos custos fixos, o que certamente resultará em mais custos ao sistema (LIGHT, op.cit.).

Outra discussão presente na literatura é o alcance da reforma no sentido de um modelo pós-burocrático de organização dos serviços. Para Hoggett, a idéia de Heydebrand (1989) de criação de subunidades com estruturas gerenciais descentralizadas, ecléticas e participativas não tem ocorrido. O autor aponta que tem havido, em verdade, um enorme aumento de processualismo e de formas exaustivas de monitoramento de desempenho, sem, no entanto, aumentar a transparência; ao contrário, as unidades agora se escondem atrás dos “segredos de negócios”, evitando o escrutínio tanto de empregados quanto do público. A separação entre o nível estratégico e o operacional fez com que aumentasse o controle decisório do governo, havendo de fato uma descentralização centralizada, com unidades descentralizadas operacionalmente, mas com aumento do controle sobre estratégias e políticas (HOGGETT, 1996).

### **3. As reformas no caso dos Estados Unidos**

Pode-se dizer que a única semelhança entre o sistema de saúde americano e o britânico em tempos recentes é o contexto internacional onde ambos iniciam suas reformas. Fora isso, sua estrutura, organização e princípios têm sido radicalmente diferentes. Não é à toa, que são considerados modelos opostos de incorporação das necessidades de saúde. As explicações para tanto são diversas, mas a literatura é unânime em identificar que a forte presença do liberalismo enquanto constitutivo da sociedade americana tenha sido fator fundamental para que os Estados Unidos sejam o único país do mundo ocidental desenvolvido que não possui um sistema nacional de saúde. Embora tenha sido o Reino Unido o berço e principal empreendedor do liberalismo no mundo moderno, seu desenvolvimento gerou contradições sociais que induziram ao pacto interclasses do pós-guerra conhecido como Welfare State, sendo a criação de um sistema universal de saúde um de seus pilares.

No caso americano, as demandas decorrentes da industrialização, urbanização e da complexidade social e política do pós-guerra puderam ser sanadas ou ao menos minimizadas no interior do padrão liberal. A fraca presença da ideologia socialista através de sindicatos e partidos políticos, diferentemente do ocorrido em toda a Europa, é para os estudiosos um forte determinante do modelo de proteção social deste país. Contudo, esse padrão não se deu sem contradições. Embora sempre baseado numa concepção

assistencialista, de fornecimento de benefícios públicos apenas aos mais necessitados, que não podem solucionar no mercado suas necessidades, o sistema de saúde americano tem, desde a década de 30, vivido um processo incremental no sentido de uma maior participação estatal, tanto na prestação direta de serviços quanto no aumento da regulação do mercado.<sup>11</sup>

As reformas recentes e o intenso debate na sociedade acerca do rumo do sistema de saúde são importantes indicadores do esgotamento desse modelo. Contudo, a direção que ele irá tomar não é de fácil visibilidade, já que o que está em questão são exatamente os princípios liberais e a supremacia do mercado contra uma visão mais coletivista de busca da equidade em saúde. De um lado, as propostas do setor privado, dominante na indústria de equipamentos e insumos e amplamente majoritário na oferta de serviços; de outro, a idéia de criação de um sistema nacional de saúde de direção estatal e cobertura universal, que mesmo garantindo o mercado, encontra fortes resistências no setor privado. Essa disputa tem pautado as reformas recentes, que ora tendem a uma solução de maior intervenção do Estado, ora a soluções que priorizem o mercado. É nesse sentido que a busca de alternativas, que conciliam participação estatal e mercado no sentido da equidade, parece ser o grande desafio americano no que concerne à área de saúde.

É nesse sentido que a visibilidade das reformas no sistema de saúde americano difere qualitativamente das do sistema britânico. No caso britânico, por ser um sistema centralizado e majoritariamente público, as medidas de reforma dependeram, em grande parte, das iniciativas governamentais. No caso americano, mesmo sendo o Estado reconhecido como altamente regulador e interventor na área de saúde, sua participação é restrita no que se refere ao planejamento e fornecimento direto de atenção à saúde. Assim, a intervenção estatal tende a depender dos interesses privados, cuja diversidade acompanha a complexidade do sistema. Ademais, há a efetiva participação dos estados e governos locais, que muitas vezes empreendem iniciativas autônomas, mas localizadas.

### **3.1. Características gerais do sistema de saúde americano**

A descrição do sistema de saúde dos Estados Unidos deve considerar apenas suas características gerais,<sup>12</sup> tanto por não haver uma direção centralizada em nível nacional, como pela ampla autonomia que têm os estados. De acordo com a constituição americana, os estados têm grande responsabilidade sobre os diversos assuntos de caráter social, entre eles a saúde. Portanto, poucas funções são executadas diretamente pelo nível federal, que em muito cuida da transferência de recursos e da delegação de responsabilidade para diversas agências públicas e privadas.



A agência federal responsável pela área é o *Department of Health and Human Services (DHHS)*, que cuida também da seguridade social e da assistência pública. Sua estrutura é dividida em programas que abarcam desde serviços à competência em planejamento, financiamento e regulação. Mesmo assim, diferentemente do sistema britânico, não estão a cargo da autoridade nacional de saúde muitas funções específicas da área, como, por exemplo, segurança do trabalho, saúde para famílias de agricultores e a rede de serviços para os veteranos, que sabidamente inclui os maiores hospitais do país. Dentre as funções que o nível central executa diretamente estão aquelas a cargo do *U.S. Public Health Service*, como controle de saúde de imigrantes, regulação de drogas comercializáveis entre estados, investigações epidemiológicas especiais, compilação de estatísticas nacionais e serviços médicos para os índios (ROEMER, 1991:104).

Os 50 estados americanos possuem suas agências responsáveis pela saúde, cuja autoridade é escolhida pelos governadores e não devem necessariamente responder no nível central, a não ser com respeito a metas cujo cumprimento é pré-requisito para a transferência de recursos. A estrutura dessas agências e os serviços que incluem são diferenciados entre os estados, e, segundo Roemer, não há entre todos os estados duas dessas autoridades com a mesma estrutura organizacional. Dentre as funções que cabem a todas as agências estaduais, para o que recebem recursos federais, estão o controle de doenças contagiosas, a saúde ambiental, serviços de prevenção materno infantil, treinamento de mão-de-obra, construção de unidades de saúde, serviços médicos aos pobres, etc. (ROEMER, op.cit.: 104). Assim, como no nível central, muitos dos serviços de saúde estão fora da alçada dessas agências. Situação que se repete nas agências locais de saúde, onde há ainda maior diversidade organizacional, já que possuem também grande autonomia.

A provisão de serviços é também de estrutura complexa e diversificada. Basicamente, além das agências governamentais e do setor privado, há uma infinidade de agências voluntárias (em torno de 10.000 segundo Roemer, 1991), que prestam serviços e dedicam-se a pesquisas relacionadas a doenças e/ou grupos populacionais específicos. A rede básica é, em sua maioria, privada, entre consultórios, clínicas e os chamados *group practice*, tipo de clínica com diversas especialidades, que cresceu bastante nos últimos anos.

Os serviços básicos contam também com a importante estrutura de centros de saúde (*Health Centers*). Entre estes, boa parte é financiada com recursos governamentais, através de médicos e pessoal de apoio assalariado, onde também são prestados principalmente serviços preventivos, como atenção materno-infantil e vacinação. A partir da década de 60, diversos *Health Centers* foram criados em áreas carentes e se tornaram importante recurso para a população pobre. Como lembra Roemer, tentativas anteriores

de estabelecimento desses serviços específicos foram barradas pela forte resistência de profissionais privados, majoritários na prestação primária.

A rede hospitalar, que reúne em torno de 6.500 unidades, conta com hospitais públicos e privados. Dentre estes últimos (75% do total), a grande maioria é de unidades lucrativas (65%) e o restante de não-lucrativas (10%) (ROEMER, 1991:109). No que se refere, contudo, à serviços hospitalares de prestação curta, grande parte da oferta é de unidades públicas ou não-lucrativas. Outro importante componente da rede de serviços são as chamadas *nursing homes*, unidades de longa estadia para pacientes crônicos em sua maioria idosos. São majoritariamente privadas, apesar de cada vez mais financiadas com recursos públicos. A baixa qualidade do atendimento nestas unidades é conhecida no país e uma estratégia de mudança desse quadro tem sido a criação de *home care programs*, para estímulo de tratamento residencial de crônicos. Complementam a estrutura de serviços aqueles serviços próprios de grandes empresas, limitados, obviamente, a seus empregados, assim como a rede de hospitais de veteranos e toda a rede própria das Forças Armadas.

A cobertura de saúde nos Estados Unidos acompanha a segmentação do sistema, sendo irregular e desigual. A maior parte da população está coberta por seguros privados de saúde, principalmente através de seus empregadores, que contribuem com o pagamento da maior parcela do prêmio. Muitas das grandes empresas têm seu próprio sistema de seguro ou compram os serviços das inúmeras empresas de seguro privado. Estas podem ser empresas comerciais tradicionais de seguro, que reembolsam aos pacientes ou às unidades os serviços utilizados ou podem ser as empresas chamadas de planos de pré-pagamento (*prepaid plans*), que oferecem pacotes fechados de serviços mediante pagamento prévio mensal e incluem diversas modalidades, descritas mais adiante. Além destas, há as tradicionais organizações *Blue Shield* e *Blue Cross*, que possuem planos de saúde para cobertura de médicos e hospitais respectivamente e que até recentemente eram isentas de contribuição fiscal, já que consideradas de caráter não-lucrativo. A *Blue Cross*, pioneira no ramo dos seguros de saúde, foi criada na década de 40 por iniciativa de alguns professores do Texas e logo acompanhada por outros estados, tendo sido duramente criticada pelos médicos, que a batizaram de “medicina socializada” (ROEMER, 1991).

A participação governamental na prestação de serviços de saúde se restringe a populações fechadas, basicamente idosos e pobres, e segundo critérios específicos; são os conhecidos programas *Medicaid* e *Medicare*. Já para a população não coberta nem pelos programas governamentais nem pelos seguros privados, há os serviços prestados pelos centros de saúde (basicamente atendimento preventivo) e os hospitais públicos e filantrópicos, para serviços ambulatoriais e outros procedimentos. Os hospitais públicos, os mais

antigos no sistema, são financiados pelas localidades, mas vêm, contudo, passando por severas restrições financeiras.

Os programas *Medicare* e *Medicaid* foram criados na década de 60, em meio ao turbilhão de transformações sociais vividas pela sociedade americana, impulsionadas pelos conhecidos movimentos por direitos civis e pela democracia racial. Foi nesse período que, pela primeira vez, a questão da igualdade apareceu como questão política para os americanos (BÉNÉTON *apud* FLEURY, *op.cit.*:95), desencadeando uma série de iniciativas governamentais de proteção social. A implantação do *Medicare* e *Medicaid*, assim como com a *Blue Cross* gerou infundáveis polêmicas com os profissionais médicos, que recusavam qualquer forma de intervenção estatal. Em verdade, para obter o aval da poderosa *AMA - American Medical Association*, a legislação teve de fazer concessões aos médicos, como uma cláusula de interdição mediante qualquer interferência governamental na prática privada (ALMEIDA, 1995:189). O governo também fez concessões no tabelamento dos preços dos serviços, passando a aceitar taxas baseadas em custos que vinham sendo praticados pela iniciativa privada (BROWN, 1988).

O *Medicare* é um seguro social público para maiores de 65 anos e indivíduos com certos tipos de incapacidade. É compulsório para assistência hospitalar e voluntário para cuidados médicos. Administrado pelo governo federal, é contudo gerenciado por agências intermediárias privadas (*fiscal intermediaries*), que se encarregam de realizar os pagamentos aos provedores. Já o *Medicaid* presta assistência a famílias consideradas de baixa renda e idosos indigentes. É um programa extremamente complexo, onde os serviços ofertados são bem distintos daqueles de um seguro comum. Há também distintas categorias de elegibilidade que implicam pacotes diferenciados de prestação de serviços. Os serviços desses programas podem eventualmente requerer um co-pagamento,<sup>13</sup> por parte do paciente, que varia, dependendo do pacote a que se refere sua afiliação. Como o preço cobrado pelo médico depende apenas da negociação com o cliente e pode ser maior do que o usualmente pago pelo seguro, o paciente também pode ter de complementar o pagamento. Para isso, muitos dos beneficiários do *Medicare* possuem um seguro privado complementar chamado *Med-gap*, para a cobertura das diferenças. Já os idosos pobres podem ter a diferença paga pelo *Medicaid* (ENTHOVEN, 1988). É no *Medicaid* onde são gastos a maior parte dos recursos públicos em saúde. O programa é financiado com recursos estaduais (proveniente de receitas sobre renda e vendas), locais (receitas de imposto de propriedade) e do governo federal (imposto de renda de indivíduos e famílias), em proporção próxima de metade para estados e localidades e metade para o nível federal (ROEMER, 1991:113).

Condizente a um sistema que privilegia o livre mercado, o planejamento em saúde foi sempre recusado no caso americano, principalmente

durante as décadas onde a Guerra Fria pautava as relações entre as experiências dos diversos países; planejamento tinha o sentido da centralização estatal dos países do Leste Europeu. Contudo, foi também nesse período, como no resto do mundo, que o sistema de saúde mais cresceu. A ausência de planejamento fez com que a organização do sistema se desenvolvesse sem relação às necessidades de saúde. Como é sabido, na área de saúde, a oferta de serviços comanda a demanda, e desde cedo ficou evidente que a falta de iniciativas de planejamento estava levando a desordem na provisão de serviços, gerando um aumento indiscriminado dos custos do setor.

Um exemplo da necessidade de planejamento no setor é o controle do acesso. Diferentemente do sistema britânico e da maioria dos países avançados, no caso americano, o acesso aos serviços é direto, dependendo apenas da capacidade de pagamento do paciente. A obrigatoriedade de acesso através dos serviços primários é adotada nos programas governamentais centralizados e fechados como o dos veteranos ou o prestado aos índios. Mais recentemente foi adotado também por algumas *Health Maintenance Organizations (HMOs)*, que veremos mais adiante. Este fator decorre, sem dúvida, da ausência de um enfoque preventivo em saúde. O modelo de saúde americano é essencialmente curativo, o que concorre bastante para o encarecimento dos custos. Os serviços preventivos são, em sua grande maioria, oferecidos por médicos particulares e não são cobertos pela maioria das empresas comerciais de saúde. Mesmo no *Medicare* eles não são garantidos, reduzindo-se a oferta governamental aos prestados pelos *Health Centers*, utilizados pelos pobres. Não se pode afirmar que o acesso direto, quando residual, sobrecarregue os custos do setor. Contudo, a experiência americana demonstra que quando é regra, sim.

As primeiras iniciativas de planejamento são ainda da década de 40. Uma primeira legislação no sentido de controlar a oferta e localização de novos serviços se deu ainda em 1946, atrelando os subsídios estatais à existência de um plano estadual de organização hospitalar com vista à regionalização desses serviços; mas ainda foi restrita, já que limitada aos serviços dos hospitais (ROEMER, 1991:114). Legislação mais abrangente viria pela primeira vez em 1967, seguindo a criação do *Medicare* e *Medicaid* e correspondendo a uma nova etapa na intervenção estatal. Mais ampla, essa cria programa de repasse de recursos públicos para cerca de 200 agências locais com o objetivo de desenvolver planejamento integrado de diversos recursos e serviços, não só hospitalares; são essas as *Health Planning Agencies*. Contudo, seu caráter é apenas consultivo.

A deficiência no planejamento somada à administração descentralizada, com importante participação de agências não-governamentais, e à preponderância do mercado, levaram a que o setor saúde americano tivesse

de desenvolver um forte sistema regulatório. Toda ação de saúde possui legislação nos três níveis de governo. Importante no controle de programas de saúde custeados pelo nível federal é a obrigatoriedade de que sejam supervisionados ou mesmo dirigidos por *boards* com participação de membros da comunidade (ROEMER, 1991).

Principalmente no que se refere a abusos de prática médica indevida, o sistema jurídico é bastante desenvolvido, embora muitas das ações sejam resolvidas no âmbito das seguradoras dos médicos, já que todos possuem seguros contra má prática médica, sabidamente de custos ascendentes. Embora nem sempre no âmbito das agências de saúde, o controle sobre a fabricação e comercialização de drogas e medicamentos, assim como de riscos ao ambiente são também bastante desenvolvidos no caso americano.

Roemer critica o excesso de regulação como consequência do excessivo voluntarismo na delegação de autoridade do Estado para as entidades não-governamentais e o setor privado. Há para o autor pouca *accountability* dos níveis subnacionais para o nível federal (ROEMER, op.cit.:115). Em verdade, no que se refere à informação do sistema, o americano é bem mais avançado que o britânico. Contudo, no caso dos serviços estatais, ele é principalmente voltado para a informação sobre serviços prestados, base para o repasse de recursos. No sistema britânico, como visto, só recentemente começou a ser desenvolvido um sistema de informações sobre o preço dos procedimentos, embora houvesse sempre um controle maior sobre a qualidade da atenção prestada. No caso americano, ao contrário, há informação apropriada no que se refere a custos, mas pouco controle sobre a qualidade e principalmente sobre a necessidade do que está sendo pago pelo Estado.

Mais planejamento e mais regulação seriam a tônica das reformas das décadas de 70, 80 e início de 90, caracterizando uma intervenção incremental do Estado na área de saúde no caso americano.

### **3.2. Os impasses do sistema e as iniciativas de reforma**

Dois fatores podem ser considerados como principais estimuladores das reformas ocorridas nas duas últimas décadas no sistema de saúde americano: a contenção de custos e a busca da equidade. Os dois fatores se relacionam à medida em que se atribui ao sistema americano uma excessiva comercialização. O fato de as atividades relacionadas à saúde terem sido sempre consideradas como campo para a livre iniciativa condiz com a idéia de que a saúde é responsabilidade individual de cada cidadão. Contudo essa relação mostrou-se falha à medida em que o crescimento e a importância alcançados pelo setor privado, provavelmente o mais dinâmico e lucrativo do mundo, não foram acompanhado, pelo acesso aos serviços por diferentes camadas da

população. Este é hoje um dos principais problemas sociais daquele país, expresso pelo contingente dos chamados *uninsured*, cerca de 37 milhões (ASUBONTENG et alli, 1995) ou mesmo mais de 40 milhões (HELLANDER et alli, 1995) de pessoas que não têm qualquer tipo de cobertura de saúde. São aqueles que não conseguem arcar com o pagamento de um seguro privado e também não são considerados elegíveis para o *Medicaid*, basicamente ou porque estão acima da faixa de renda inicial, ou porque não cumprem os requisitos de elegibilidade do programa.<sup>14</sup> Ou ainda não conseguem contratar nenhum tipo de seguro por serem pacientes de risco.

O problema dos custos crescentes, por outro lado, foi de grande vulto no caso americano. Entre 1970 e 1990, o gasto sanitário cresceu continuamente e acima do PIB, sendo sempre maior que a média dos países da OECD e chegando a um gasto de US\$ 2.566 per capita (ALMEIDA, 1995:236).

Embora sofrendo com a falta de cobertura a importantes parcelas da população e com o aumento progressivo dos custos, as iniciativas que procuraram sanar esses problemas não alcançaram seu intento. Apesar de crescer entre a população a defesa de uma reformulação geral do sistema,<sup>15</sup> é grande a resistência dos grupos de interesse a uma participação do Estado no setor. Assim, o caso americano se caracteriza menos por reformas gerais e mais por uma série de medidas governamentais que procuram amenizar os efeitos que periodicamente se tornam agudos, gerando uma intervenção estatal incremental e descontínua no setor, com cada vez maior regulação, maior oferta direta de serviços pelo setor público e ampliação gradual da cobertura sob sua responsabilidade.

Se na década de 60 os programas *Medicare* e *Medicaid* haviam contribuído para minimizar as iniquidades do sistema, nos anos 70 seriam responsáveis pelo peso nos orçamentos federal e estadual. No início da década, os serviços médicos foram alvos especiais de um programa de estabilização econômica que congelou os preços e criou agências específicas — as *Professional Standards Review Organizations* — *PSROs*, com o objetivo de acompanhar e controlar os custos desses serviços prestados aos programas governamentais. As medidas não surtiram efeito, já que logo após o fim do congelamento os preços voltaram a subir, e as *PSROs* foram rapidamente controladas pelas organizações médicas (ALMEIDA, 1995:190).

Os preços dos serviços médicos e hospitalares prestados ao *Medicare* eram então baseados no sistema de *fee-for-service*, reembolso por cada serviço prestado, cujo valor tinha como base o sistema conhecido como *UCR* (*usual, customary and reasonable*) (ENTHOVEN, 1988), ou seja, de acordo com a média tradicional de cobrança. Obviamente, quanto mais serviços eram prestados, mais dinheiro ganhavam os prestadores. Ocorria, assim, nos programas governamentais um excesso permanente de demanda, pela combinação de um extenso seguro com um sistema de *Guild Model*<sup>16</sup> (ENTHOVEN, 1988).

Outra iniciativa importante de planejamento veio com legislação específica (*National Health Planning and Resource Development Act*, de 1974), que dava às antigas *Health Planning Agencies*, agora *HSAs — Health System Agencies*, poder de decisão acerca de investimentos de capital (principalmente o controle da oferta de novos leitos hospitalares) e a criação de sistemas de planejamento (ALMEIDA, *id. ibidem*). As agências também não surtiram efeito, devido a divergências internas e oposição dos interesses organizados do setor. Além disso, permaneceram em sua maioria sem qualquer relação com os departamentos de saúde e dirigidas por entidades não-governamentais (ROEMER, 1991). Importante dessa legislação foi a criação dos “certificados de necessidade”, que forçou os provedores a discutirem e dialogarem acerca de padrões e normas para o uso do cuidado hospitalar, das necessidades da comunidade para novas instalações, assim como sobre níveis razoáveis de relação entre custos hospitalares, serviços e preços (BROWN, 1988).

Uma solução para controlar custos e garantir equidade foi apresentada por senadores democratas à época. Conhecida como *Griffiths Report*, a proposta visava à reestruturação total do sistema, com a criação de um sistema único de seguro gratuito e administrado pelo nível federal através de orçamento nacional. Mesmo mantendo a iniciativa privada e a prática liberal dos profissionais médicos, não alcançou apoio político (ALMEIDA, 1995:190).

A principal mudança na década de 70, que se estende também pela década de 80, é a implantação das chamadas *Health Maintenance Organizations — HMO*. Esta foi a solução encontrada para se alcançar a melhoria do sistema, principalmente no que tocava aos custos crescentes, sem contudo adotar um sistema público de seguro. Representava, em verdade, substituir a regulação pela competição (ALMEIDA, *op.cit.*:192), baseada na idéia da *managed competition*, ou competição administrada. A eficiência que se buscava com a idéia teria diferenças do caso britânico. Enquanto lá a competição buscava conter custos com maior produtividade, aqui seria conter custos procurando alcançar maior equidade. Essa era ao menos a idéia de seu mentor Alain Enthoven. Este acreditava na possibilidade de se alcançar maior equidade com a manutenção do sistema de mercado. Reconhecia que o mercado de saúde não é competitivo como os outros, já que as estratégias competitivas destroem a eficiência e a equidade ao selecionar clientela e riscos, havendo diferenciação de produtos, descontinuidade de cobertura, comportamento oligopolista e imposição de barreiras à entrada de novos concorrentes (1988:87-97). Negava a desregulamentação, propondo uma regulação “cuidadosa”, através da criação de *sponsors*, consumidores inteligentes públicos ou privados, que agiriam no interesse dos consumidores finais, negociando preços, cobertura, tempo de internação ou exames de admissão (ALMEIDA, 1995:192).

As *HMO* provêm a seus membros voluntários um conjunto de serviços de saúde contra o pagamento de quantia fixa e periódica independentemente da utilização dos serviços. Os aspectos principais das *HMO* são: operam em ambiente competitivo; adotam em geral uma forma de seleção de clientela; possuem painel fixo de profissionais e a escolha pelos pacientes é limitada a estes; há a obrigatoriedade de passagem por um médico generalista para possíveis especialidades,<sup>17</sup> a performance de cada médico é revista regularmente; os pagamentos dos procedimentos são negociados entre médicos e as *HMO*; há várias modalidades possíveis de pagamento como salários, prêmios ou capitação e nunca o pagamento por serviço (*fee-for-service*); os profissionais assumem riscos quando contratados por volume de atendimento, comprometendo-se com o controle de custos; as *HMO* são responsáveis por seus pacientes e pagam diretamente aos provedores (ALMEIDA, 1995; ENTHOVEN, 1988). As *HMO* que contratam um grupo médico exclusivo são chamadas de *Group Model*; as que empregam diretamente, via salários, médicos e outros profissionais de saúde, são chamadas de *Staff Model*; as que contratam um grupo de profissionais trabalhando conjuntamente são as *Independence Practice Association — IPA*.

Apesar de terem sido criadas por lei em 1973, só a partir de 1976 é que se expandem as *HMO*. O modelo gerou diversas outras modalidades de organizações similares, além de ter influenciado a reforma de outras já existentes. A estratégia influenciaria bastante os empregadores, que passam a adotar o sistema de pré-pagamento como forma de reduzir custos. Dentre as principais modalidades similares às *HMO* destacam-se, segundo Almeida (1995):

— *PPO (Preferred Provided Organizations)* as diferenças em relação às *HMO* são a não-obrigatoriedade de consulta ao generalista, a possibilidade de utilização de prestadores fora do quadro e menores riscos aos prestadores. Esta modalidade foi introduzida como resposta às *HMO* pelos próprios médicos, que negociam descontos com prestadores específicos.

— *Point of Service Plan* — permite o uso de prestadores fora do quadro, mas exige co-pagamento alto; dá mais incentivos aos pacientes.

O modelo de *managed care* e as formas diversas de *HMO* cresceram rapidamente nos anos 80. Em verdade, parecem ter alcançado, ao menos, parte do objetivo, em especial, a contenção de custos. A modalidade de pré-pagamento se difundiu entre os provedores, introduzindo mudanças importantes no exercício da prática. Almeida aponta, contudo, a partir de autores diversos, que houve, em verdade, uma concentração de poder nas indústrias de seguro, que desenvolvem diferentes “pacotes” de benefícios. Assim, não teria havido aumento de competitividade, mas uma diversidade de produtos oferecidos pelos mesmos fornecedores (1995:145). No que se refere à equidade, o novo modelo não parece ter alcançado sucesso, ao menos quanto



à extensão de cobertura, como veremos mais adiante. Também no programa *Medicaid*, o *managed care* já é hoje bastante utilizado, mas os estudos aqui disponíveis não são conclusivos quanto à economia e melhoria de qualidade.

Durante toda a década de 80, a política contencionista, levada a cabo principalmente pelos governos do presidente Reagan, empreendeu grandes cortes nos programas governamentais de assistência que, no entanto, não impediram o aumento dos gastos sanitários. Priorizando a competição privada e a redução do Estado, foram extintas as agências criadas na década anterior visando ao planejamento (as *PSRO* e as *HSA*).

O sistema de contratação entre o Estado e as organizações privadas para prestação de serviços públicos, embora prática comum nos Estados Unidos, tinha, no contexto das reformas, papel importante, dada a intenção de estimular a reestruturação do serviço público com vistas a uma maior eficiência, efetividade e *responsiveness* (capacidade de fazer o que deve ser feito). Contudo, esses têm permanecido basicamente os mesmos. Na área de saúde, regra geral, a responsabilidade em desenvolver e monitorar contratos é lotada dentro da agência governamental encarregada do serviço a ser prestado. Essa modalidade é peculiar ao caso americano, onde a estrutura do sistema é, como vimos, bastante departamentalizada. Assim, por exemplo, o Departamento de Saúde Mental cuida dos contratos para os serviços aos doentes mentais (SMITH, 1996). Contudo, em muitos estados é o nível estadual que celebra os contratos com provedores e entidades sem fins lucrativos locais, já que só as grandes cidades possuem recursos suficientes para aplicar em áreas sociais. O controle se torna assim mais difícil. Por outro lado, como a troca dos contratados implica descontinuidade para os serviços e a avaliação se limita quase exclusivamente ao controle financeiro, a renovação em geral não ocorre. Assim, como no caso britânico, fica evidente que na área de saúde não há como manter uma competitividade similar aos outros setores da economia. Conseqüência quase imediata é a falsa idéia da possibilidade de ganhos de eficiência, outro fator complexo e ainda muito pouco desenvolvido na área de saúde, se não se restringe também apenas a custos. Smith (1996) aponta que os contratos, no caso americano, se afastam muito do modelo de *free-market* proposto pelo governo. Em verdade, governo e agências contratadas desenvolvem relacionamentos a longo prazo, exatamente como no caso britânico, que são, em verdade, “regimes” governados por normas e expectativas.

A mais importante medida nesse período foi contudo de caráter fortemente regulador — a mudança do modelo de pagamento aos serviços hospitalares do *Medicare* não mais feito por serviços, mas através dos chamados *Diagnostic Related Groups* — *DRG* (ROEMER, 1991). Os *DRG* são um sistema prospectivo de pagamento a hospitais segundo grupos de doenças (cerca de 470). O hospital pode ficar com possíveis diferenças entre seus gastos e o

pago pelo programa, assim como com o prejuízo, em caso contrário. Baseia-se em uma “média estatística das experiências passadas de gastos sob os reembolsos retrospectivos” (ALMEIDA, 1995:232).<sup>18</sup> As mudanças no programa hospitalar geraram iniciativas de utilização de sistema similar também para o pagamento de médicos não relacionados a hospitais, donde criou-se uma escala de valores de avaliação dos procedimentos (*resource-based relative value scale — RBRVS*) (ALMEIDA, op.cit.:233).

O sistema de *DRG* alterou profundamente a base de pagamento dos serviços públicos, passando o Estado de simples repassador de recursos para “comprador ativo” de serviços, tendo entretanto que para isso estender a burocracia para monitorar o novo sistema (ALMEIDA, op.cit.:232). Esse fato tem chamado a atenção nas reformas, já que mecanismos de controle, visando ou não à competitividade, têm gerado aumento de custos administrativos. No caso do sistema britânico, esta foi uma crítica importante, pois a introdução de mecanismos competitivos gerou uma progressão de procedimentos que, em verdade, podem não compensar a economia esperada. No caso americano, que já tinha uma estrutura estatal complexa, mesmo com quase nenhuma prestação direta, têm-se a carga administrativa incrementada, o que certamente aumenta custos.

Mais uma vez a regulação estatal seria a alternativa para a garantia da livre iniciativa, o que mostra a dificuldade de manutenção do livre mercado na área de saúde. Segundo Ruggie (*apud* ALMEIDA, op. cit.: 234), o sistema de *DRG* poderia estar, na verdade, introduzindo as bases para um futuro Sistema Nacional de Seguros, proposta que ressurgiria com o governo Clinton, mas seria, contudo, abandonada posteriormente.

As iniciativas regulatórias dos anos 70 e 80 não impedem que a década de 90 seja inaugurada com o mesmo problema de crescimento no gasto sanitário e principalmente com o agravamento da situação dos *uninsured*. O contingente dessa população cresceu em 22% entre 1980 e 1990 (NAVARRO, 1995). Cresceu também o volume de pagamentos diretos (*out-of-pocket*), 42% no mesmo período (NAVARRO, 1995), conseqüência provável de fatores diversos, como mais exigências de co-pagamento por parte das empresas ou maior número de pessoas em atividade, mas sem seguro. Este inclusive tem sido outro fator preocupante, já que o aumento dos empregos temporários tira a responsabilidade de pagamento do seguro pelo empregador, sobrecarregando o sistema público. Mesmo para os formalmente empregados, os seguros têm ficado mais caros. Os custos para planos de grande empresas empregadoras cresceu 16,4% por ano entre 1973 e 1983, 18,6% em 1988, 20,4% em 1989 e 17,1% em 1990 (BODENHEIMER, 1992:198). Isso tem implicado que a participação do empregador no pagamento do prêmio tenha diminuído, aumentando a do empregado.<sup>19</sup>

Outro importante fator que pode estar contribuindo para o aumento dos *uninsured* é o número crescente de pessoas ou mesmo pequenos grupos de trabalhadores excluídos dos seguros pelas empresas, por serem considerados de alto risco.<sup>20</sup> No caso dos grupos, a ocorrência se dá especialmente para pequenas empresas, com menos de 25 empregados, responsáveis por 30% da força de trabalho e 48% dos *uninsured* (BODENHEIMER, 1992: 198). O preço dos seguros para estas é, em geral, 20% mais caro do que o pago pelas grandes empresas, o que dificulta para o empregador fornecer o benefício a seus empregados. Além disso, para elas são, em geral, excluídas as doenças preexistentes e aquelas com empregados apresentando doenças crônicas muitas vezes não conseguem nenhum tipo de cobertura. (BODENHEIMER, 1992).

#### **4. Algumas considerações finais e indicativos para o caso brasileiro**

Os casos estudados nos dão alguns indicativos preliminares das reformas de Estado em desenvolvimento em diversos países. Em primeiro lugar, há de se registrar a importância das especificidades dos diferentes setores estatais nas estratégias de reforma. As políticas sociais representaram nas últimas décadas importantes instrumentos de redução das desigualdades. Embora com estruturas centralizadas, muitas vezes arcaicas, as instituições por elas responsáveis geraram uma infinidade de benefícios com impacto efetivo na distribuição de renda de diversos países.

Embora pareça em princípio irrefutável, deve ser tomada com cautela a idéia de que em uma nova estrutura estatal as políticas sociais deveriam ser dirigidas apenas aos mais pobres, deixando ao mercado o cumprimento das necessidades dos demais. Não há registro histórico recente de nenhuma sociedade onde o mercado tenha sido capaz de atender às demandas chamadas sociais do conjunto dos indivíduos. E isso por um princípio relativamente simples; o mercado só pode considerar demandas claramente identificáveis, passíveis de serem valoradas e trocadas por moeda ou outro bem de valor correspondente. Ocorre que a definição deste valor para os benefícios sociais é extremamente complexa e não se reduz ao procedimento ofertado ou ao cálculo atuarial de uma pensão ou aposentadoria. Embora este cálculo seja importante, não se pode dizer que este é o valor deste benefício. O impacto de benefícios sociais na estrutura etária das populações é inegável; no entanto, não é fácil mensurá-lo. O mesmo poderíamos dizer do investimento em prevenção de acidentes de trabalho e seu impacto no bem-estar de famílias de

trabalhadores. Ou mesmo a assistência, por exemplo, alimentar a famílias e seu impacto no rendimento escolar das crianças. São todos exemplos conhecidos.

No caso da saúde, a literatura já tratou de comprovar como este é um setor onde as regras de mercado simplesmente não funcionam plenamente. Assim, a introdução de dinâmicas de mercado e competitividade, com vista ao controle de custos, devem ser consideradas em contextos muito precisos, sem o afã das soluções perfeitas e inquestionáveis. O exemplo americano deve ser considerado como um sistema de mercado que enfrenta problemas de custos crescentes, o que indica que mecanismos de competitividade de mercado por si não garantem a redução de custos. Ou seja, há de se procurar mecanismos que melhorem a eficiência, mas como ela não existe em si, deve-se determinar a priori que resultado se quer alcançar.

Os americanos sofrem do grave problema da baixa equidade em saúde, e este foi um dos objetivos centrais das tentativas de reformas recentes. A comparação da assistência à saúde nos dois países demonstra que a efetividade do Estado foi maior do que a do mercado neste tema. O sistema britânico é tão mais barato quanto mais eficiente, apesar de cobrir toda a população. Isso evidencia em primeiro lugar que não compete ao mercado gerar equidade. Por outro lado, não seria a quantidade de pessoas cobertas mas sim a forma como essa cobertura é feita, que serviços são prestados e de que qualidade determinariam o custo e a efetividade da intervenção estatal. É nesse sentido que a cobertura universal aos benefícios sociais, embora requeira mudanças na estrutura de bens ofertados e nas instituições prestadoras, aparece como um princípio que deve ser preservado.

No caso do relacionamento entre os setores público e privado, os casos também oferecem indicações importantes, principalmente no tocante ao planejamento e regulação. Com estrutura altamente centralizada, o caso do Reino Unido demonstra que a descentralização tem auxiliado no sentido de uma maior efetividade das ações, aproximando os resultados das necessidades reais de saúde da população. A liberdade de escolha dos *GPs* pelos cidadãos tem estimulado alguma competitividade, a partir da qualidade do atendimento. A longo prazo, isso talvez tenha mais efeito em combater o denunciado corporativismo profissional no sistema, e de forma bem mais legítima. No caso dos EUA, a grande autonomia das localidades e estados já impunha aos programas governamentais maior versatilidade na escolha dos provedores de atenção. Contudo, as reformas demonstraram que essa competitividade se restringia a preços, sendo muito baixa a capacidade das próprias autoridades subnacionais de garantir o atendimento a demandas diferenciadas. Não à toa, o planejamento permeou as principais medidas adotadas.

A regulação, por outro lado, é motivo de polêmica nos dois casos. Embora muito mais interventor, demonstram os autores que o caso britânico

não difere muito do americano. No primeiro, o excesso de regulação gerou para muitos autores empecilhos às iniciativas de reforma. Sem dúvida, a introdução de mecanismos de mercado estiveram sempre limitadas ao monopólio do setor público. Já os EUA têm tido uma história de regulação incremental, procurando conter a liberdade excessiva do mercado, proporcionalmente ao aumento da responsabilidade pública. A experiência inovadora neste sentido estaria a cargo das *HMO*, cuja idéia básica é substituir a regulação pela competição. Embora tenham causado impacto nos custos dos seguros privados, não alcançaram substituir a crescente regulação estatal, que ficou evidente no processo de reforma. Aqui mais uma vez parece claro que as díades competitividade/controle de custos e eficiência/liberdade de mercado nem sempre são verdadeiras. Evidência disto são as iniciativas regulatórias do governo Reagan, que visavam controlar custos pela imposição de medidas de cálculo dos preços do setor privado, interferindo concretamente na competitividade, e funcionaram.

Uma série de particularidades poderiam ser ainda levantadas, a par dessas características gerais presentes nos dois países. Cabe destacar, contudo, que as reformas dos casos britânico e americano demonstram que o Brasil não está em tão grande desvantagem no que se refere ao processo de reforma do setor saúde. Embora tenhamos graves problemas de atendimento, eles estão em muito vinculados à baixa capacidade de investimento do Estado e mesmo do setor privado. A universalização instituída na Constituição de 1988 incorporou à assistência grandes parcelas da população antes descobertas pela necessidade de vinculação contributiva. Contudo, a inclusão desses segmentos, medida efetiva de amenização de desigualdades sociais, sabidamente nosso maior problema, não foi acompanhada pela reorganização do financiamento do setor, causando o rebaixamento da qualidade dos serviços públicos.

Dentre os diversos problemas correntes em nosso sistema, uma lição a ser aprendida diz respeito ao necessário acompanhamento das necessidades de saúde como instrumento de financiamento. Nosso atual sistema AIH de pagamento a procedimentos pelo SUS, embora seja melhor do que o anterior, ainda está, como os *DRG* americanos, restrito à noção de custos e é, portanto, muito pouco eficiente no que se refere ao controle da qualidade. Por outro lado, o sistema de transferência a estados e municípios, mesmo com os avanços das normatizações recentes, ainda não alcançou a maioria das localidades, fazendo com que ainda prevaleça o sistema de transferências globais, que, como no caso britânico, contribuiu para uma total falta de transparência dos serviços efetuados, gerando baixa efetividade.

Do ponto de vista das formas inovadoras de gestão, diversas experiências vêm sendo implantadas no Brasil, muitas delas bem-sucedidas,

englobando novas formas de gestão hospitalar; formas diferenciadas de pagamento a profissionais, fazendo combinações entre salários e incentivos à produtividade; programas de estímulo a prioridades relacionadas às necessidades da população e mesmo novas formas de contrato com o setor privado, sabidamente responsável por cerca de 70% da oferta de serviços e de muita baixa qualidade e nenhum controle.

É necessário também que sejam pensadas modalidades de relacionamento com o setor privado de seguros. Este atende hoje cerca de 35 milhões de cidadãos, mas sua regulação não está submetida ao setor saúde e é extremamente frágil, sendo bastante criticado pelos usuários, além de sabidamente utilizar o setor público para os procedimentos mais caros de seus pacientes.

Pela descrição dos casos acima, parece-nos evidente que o setor saúde não pode ser tratado como uma indústria. Embora todas as propostas discutidas acima falassem em eficiência, esta parece não ter sido suficiente para conjugar interesses opostos nem mesmo garantir a necessária redução de custos. O que reitera a idéia já consensual entre os administradores públicos de que a eficiência não existe como meta. Alcançá-la requer conhecimento das características da área que se quer alterar, dos interesses envolvidos e, principalmente, deve-se saber os objetivos a alcançar; e eles jamais podem se resumir à eficiência em si.

## Notas

- <sup>1</sup> Trabalho realizado no Programa de Estudos e Pesquisas em Reforma do Estado e Governança da Escola Brasileira de Administração Pública — Fundação Getúlio Vargas, sob coordenação da Professora Sonia Fleury e com a colaboração dos pesquisadores Trajano Quinhões e Cláudia Presotto e das bolsistas Rosemary Fiães e Ana Claudia Souza, tendo sido promovido com recursos da ENAP Escola Nacional de Administração Pública.
- <sup>2</sup> Posteriormente foi introduzido um co-pagamento, passando o paciente a cobrir (de 1 e depois 2 *shillings*) por medicamento. Para alguns serviços dentários e óticos há também exigência de co-pagamento, embora o básico seja coberto pelo sistema.
- <sup>3</sup> Obrigatoriedade de indicação para acesso.
- <sup>4</sup> Em 1969 menos de 2% da população se inscreveu para tratamentos particulares e o número de desligamentos chegou a ser maior que o de inscrições (ROEMER, 1991:201).
- <sup>5</sup> Embora o setor ambulatorial tenha se fortalecido com o atendimento de suas demandas por remuneração, eram os hospitais que vinham progressivamente recebendo mais recursos.
- <sup>6</sup> Importante registrar que o governo conservador de Edward Heat se elege com plataforma de redução do gasto público e da intervenção estatal e pelo aumento da competitividade no mercado. Para Hall (1992), foi uma tentativa de romper com o keynesianismo que levou, em verdade, ao seu retorno de forma abrupta.
- <sup>7</sup> Oito anos já haviam se passado desde o primeiro *green paper* (documento para discussão) lançado pelos trabalhistas em 1968 e seis anos após o segundo, proposto pelos conservadores em 1970, onde constavam modificações para a solução do problema gerador da reforma, ou seja, a integração no nível local da estrutura do NHS (ROEMER, 1991:201).
- <sup>8</sup> Vale reiterar que as filas no NHS eram principalmente para essas cirurgias eletivas e não-emergenciais.
- <sup>9</sup> Os principais aspectos dessa proposta para o caso americano serão apresentados, posteriormente, na descrição da reforma nos Estados Unidos.


- <sup>10</sup> Na proposta de Enthoven, os distritos teriam as seguintes incumbências: controle de orçamento, com autonomia de distribuição interna; contratação de serviços dentro e fora do distrito, de serviços públicos e privados; reformulação de contratos com médicos; negociação de salários de pessoal local (ALMEIDA, 1995:162).
- <sup>11</sup> Para uma análise do desenvolvimento histórico da proteção social americana, ver Fleury (1994).
- <sup>12</sup> Para a descrição dessas características nos baseamos na obra de Roemer (1991).
- <sup>13</sup> Pagamento obrigatório e pré-fixado que o indivíduo deve fazer para o uso de determinados serviços médicos.
- <sup>14</sup> Os critérios são complexos e variáveis segundo renda, idade, situação familiar e de trabalho e diferentes segmentos populacionais.
- <sup>15</sup> Pesquisas realizadas entre 1989 e 1993 demonstraram que 77% dos americanos eram favoráveis à criação de um programa nacional de saúde com financiamento governamental (NAVARRO, 1995).
- <sup>16</sup> Livre escolha de médicos por paciente; livre prescrição pelo médico, sem interferência externa; entendimento e negociação direta entre médicos e pacientes com respeito aos procedimentos, sem interferência de terceiros e finalmente pagamento por serviços (ENTHOVEN, 1988).
- <sup>17</sup> Aqui, contudo, o enfoque não é a prevenção, mas apenas o controle sobre o uso de serviços.
- <sup>18</sup> O sistema adotado no Sistema Único de Saúde brasileiro é similar ao DRGs americano.
- <sup>19</sup> Em pesquisa realizada com 178 planos diversos, essa contribuição aumentou em 70% em apenas dois anos (1987 a 1989).
- <sup>20</sup> Em 1990, uma série de 40 ocupações com registro de crescimento de riscos como alcoolismo, acidentes e Aids constavam de uma “lista negra” de diversas seguradoras (*apud* BODENHEIMER, 1992)



## Referências bibliográficas

- ALMEIDA, C. As Reformas Sanitárias nos Anos 80: crise ou transição? Tese de doutoramento. Ensp/Fiocruz, 1995.
- ASUBONTENG, P.; MCCLEARY, k. & MUNCHUS, G. The uninsured in the United States: a strategic critical management review. *International Journal of Public Health and Management*, v. 10, n. 2, april-june, 1995.
- BENNETT, C. & FERLIE, E. Contracting in Theory and Practice: some evidence from the The NHS. *Public Administration — an International Quarterly*. v. 74, n. 1, 1996.
- BODENHEIMER, T. Private Insurance Reform in the 1990s: Can it solve the Health Care Crisis? *International Journal of Health Services*, v. 22. n. 2, 1992.
- BROWN, L. Health Policies in the United States: issues and options. New York: Ford Foundation, 1988.
- ENTHOVEN, A. Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1988.
- FLEURY, S. Estado sem Cidadãos — Seguridade Social na América Latina RJ: Fiocruz, 1994.
- HALL, P. The Movement from keynesianism to monetarism: institutional analysis and British economic policy in the 1970s in: Thelen & Steinmo, orgs, *Structuring Politics*, New York: Cambridge, 1992.
- HELLANDER, I. et alli The Growing Epidemic of Uninsured: New Data on the Health Insurance Coverage of Americans. *International Journal of Health Services*, v. 25. n. 3, 1995.
- HEYDEBRAND, W. New Organisational Forms. *Work and Occupations*. v. 16, n. 3, 1989.
- HOGGETT, P. New Modes of Control in the Public Service. *Public Administration — an International Quarterly*. v.ol 74, n. 1, 1996.
- LIGHT, D. The Radical Experiment: Transforming Britain's National Health System to Interlocking Markets. *Journal of Public Health Policy*, v. 13, n. 2, 1992.

- MAYNARD, A & BLOOR, K. Occasional Notes - Introducing a market to the United Kingdom's National Health Service. *The New England Journal of Medicine* 334:604-608, february 29, 1996.
- NAVARRO, V. The Politics of Health Care Reform in the United States, 1992-1994: a Historical Review. *International Journal of Health Services*, v. 25. n. 2, 1995.
- OECD The Reform of Health Care - A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Paris: OECD, 1992.
- ROEMER, M. National Health Systems of the World. New York: Oxford University Press, 1991.
- SMITH, S. Transforming Public Services: Contracting for Social and Health Services in the US. *Public Administration: an International Quarterly*, v. 74, n. 1, 1996.



## **Cadernos ENAP**

### **Números publicados**

1. Gestão de recursos humanos, relações de trabalho e direitos sociais dos servidores públicos  
*Técnicos da ENAP e colaboradores*
2. Cultura e memória na Administração Pública brasileira  
*Iveraldo Lucena e outros*
3. Gestão municipal e revisão constitucional  
*Luíza Erundina de Souza e outros*
4. A questão social no Brasil  
*Marcos Torres de Oliveira e outros*
5. Recursos humanos no setor público  
*Marcelo Viana Estevão de Moraes e outros*
6. Planejamento e orçamento  
*Fábio Chaves Holanda e outros*
7. Reforma do Estado  
*Evandro Ferreira Vasconcelos e outros*
8. Reforma da Administração Pública e cultura política no Brasil  
*Luciano Martins*
9. Progressos recentes no financiamento da previdência social na América Latina  
*Manfred Nitsch*  
*Helmut Schwarzer*
10. O Impacto do modelo gerencial na administração pública  
*Fernando Luiz Abrucio*
11. A seguridade social no Brasil e os obstáculos institucionais à sua implementação  
*Pedro César Lima de Farias*
12. Normas de conduta para a vida pública  
*Lord Nolan*