

1 **CSP\_0347/16**

2

3 **A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o**  
4 **direito à saúde**

5

6 Jonathan Philippon <sup>1</sup>

7 Ligia Giovanella <sup>2</sup>

8 Mariana Konder <sup>3</sup>

9 Allyson M. Pollock <sup>1</sup>

10

11 <sup>1</sup> Centre for Primary Care and Public Health, Queen Mary & University of London, London, U.K.

12 <sup>2</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

13 <sup>3</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

14

15 **Correspondência**

16 J. Philippon

17 Centre for Primary Care and Public Health, Queen Mary & University of London.

18 58 Turner Street, London / London - E1 2AB, U.K.

19 jonathanfilippon@gmail.com

20

21 **REVISÃO**

22 **Filippon J et al.**

23 **CONTEXTUALIZAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE SOB INFLUÊNCIA DO**  
24 **NEOLIBERALISMO**

25

26 **ID: e00034716**

**A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde**

***“Liberalizing” the English National Health Service: background and risks to healthcare entitlement***

***La “liberalización” del Servicio Nacional de Salud de la Inglaterra: trayectoria y riesgos para el derecho a la salud***

Jonathan Philippon <sup>1\*</sup>

Ligia Giovanella <sup>2</sup>

Mariana Konder <sup>3</sup>

Allyson M. Pollock <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centre for Primary Care and Public Health, Queen Mary & University of London, London, U.K.

<sup>2</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

\* Correspondência: [jonathanfilippon@gmail.com](mailto:jonathanfilippon@gmail.com)

**Resumo:**

A recente reforma do Serviço Nacional de Saúde (NHS) inglês por meio do *Health and Social Care Act* de 2012 introduziu mudanças importantes na organização, gestão e prestação de serviços públicos de saúde na Inglaterra. O objetivo deste estudo é analisar as reformas do NHS no contexto histórico de predomínio de teorias neoliberais desde 1980 e discutir o processo de “liberalização” do NHS. São identificados e analisados três momentos: (i) gradativa substituição ideológica e teórica (1979-1990) – transição da lógica profissional e sanitária para uma lógica gerencial/comercial; (ii) burocracia e mercado incipiente (1991-2004) – estruturação de burocracia voltada à administração do mercado interno e expansão de medidas pró-mercado; e (iii) abertura ao mercado, fragmentação e descontinuidade de serviços (2005-2012) – fragilização do modelo de saúde territorial e consolidação da saúde como um mercado aberto a prestadores públicos e privados. Esse processo gradual e constante de liberalização vem levando ao fechamento de serviços e à restrição do acesso, comprometendo a integralidade, a equidade e o direito universal à saúde no NHS.

**Palavras-chave:** Sistemas de Saúde; Serviços de Saúde; Política de Saúde; Planos e Programas de Saúde

**Abstract:**

The recent reform of the English National Health Service (NHS) through the *Health and Social Care Act* of 2012 introduced important changes in the organization, management, and provision of public health services in England. This study aims to analyze the NHS reforms in the historical context of predominance of neoliberal theories since 1980 and to discuss the “liberalization” of the NHS. The study identifies and analyzes three phases: (i) gradual ideological and theoretical substitution (1979-1990) – transition from professional and health logic to management and

72 commercial logic; (ii) bureaucracy and incipient market (1991-2004) – structuring of the  
73 bureaucracy focused on administration of the internal market and expansion of pro-market  
74 measures; and (iii) opening to the market, fragmentation, and discontinuity of services (2005-2012)  
75 – weakening of the territorial health model and consolidation of health as an open market for public  
76 and private providers. This gradual but constant liberalization has closed services and restricted  
77 access, jeopardizing the system’s comprehensiveness, equity, and universal healthcare entitlement  
78 in the NHS.

79 **Keywords:** Health Systems; Health Services; Health Policy; Health Programs and Plans  
80

81 **Resumen:**

82 La reciente reforma del Servicio Nacional de Salud (NHS) inglés a través de la *Health and Social*  
83 *Care Act* de 2012 introdujo cambios importantes en la organización, gestión y prestación de los  
84 servicios de salud pública en Inglaterra. El objetivo de este estudio es analizar las reformas del NHS  
85 en el contexto histórico del predominio de las teorías neoliberales desde 1980 y discutir el proceso  
86 de “liberalización” del NHS. Fueron identificados y se analizaron tres momentos: (i) sustitución  
87 gradual ideológica y teórica (1979-1990) -transición de la lógica profesional y de salud para una  
88 lógica de gestión/negocio; (ii) la burocracia y el mercado incipiente (1991-2004) -estructuración de  
89 la burocracia dedicada a la gestión del mercado interior y la expansión de las medidas pro-mercado;  
90 y (iii) la apertura del mercado, la fragmentación y la discontinuidad de los servicios (2005-2012)  
91 -fragilización del modelo de salud territorial y consolidación de la salud como un mercado abierto  
92 para los proveedores públicos y privados. Este proceso gradual y constante de la liberalización ha  
93 provocado el cierre de los servicios y la restricción del acceso, comprometiendo la integridad,  
94 justicia y derecho universal a la salud en el NHS.

95 **Palabras-clave:** Sistemas de Salud; Servicios de Salud; Política de Salud; Planes y Programas de  
96 Salud  
97

98 Recebido em 01/Mar/2016

99 Versão final reapresentada em 08/Jun/2016

100 Aprovado em 24/Jun/2016  
101  
102

103 A aprovação pelo Parlamento Britânico do *Health and Social Care Act* <sup>1</sup> em 2012 representa um  
104 marco na história da saúde pública internacional do novo milênio <sup>2</sup>. Reconhecido como um dos  
105 sistemas de saúde estatais mais eficientes e acessíveis do ocidente, o Serviço Nacional de Saúde  
106 (NHS – *National Health Service*) foi pioneiro na universalização do acesso a serviços de saúde,  
107 assim como na hierarquização de um sistema de cuidados baseado em evidências e na atenção  
108 primária <sup>3</sup>. Mantido a partir de financiamento público com fontes fiscais, o NHS e seus princípios  
109 datam de 1948. Em um momento histórico propício aos conceitos da universalidade e gratuidade,  
110 sob a égide do Partido Trabalhista, o NHS foi estabelecido como parte do Sistema de Bem-Estar  
111 Social que alavancou o reestabelecimento socioeconômico do Reino Unido no politicamente  
112 polarizado cenário pós-Segunda Guerra Mundial <sup>4</sup>.

113 Apesar da aparente unicidade de valores e denominação compartilhada, desde 1999 cada país  
114 membro do Reino Unido conta com um sistema nacional de saúde independente: o NHS escocês, o

115 NHS da Irlanda do Norte, o NHS do País de Gales e, finalmente, o NHS inglês. O *Health and*  
116 *Social Care Act* de 2012 <sup>1</sup> regula apenas a reforma do sistema de saúde da Inglaterra, responsável  
117 pela atenção à saúde de 53,5 milhões de pessoas. O Ato Parlamentar pouco modificou os serviços  
118 do ponto de vista da população, pois o acesso à atenção à saúde não foi imediatamente alterado.  
119 Apesar da manutenção do financiamento público fiscal, internamente o sistema passou por extenso  
120 processo de reformas que podem afetar o direito universal à saúde. Mediados pela nova legislação  
121 parlamentar, processos anteriormente incipientes de fragmentação organizacional da atenção à  
122 saúde nas áreas administrativas, institucionais e, fundamentalmente, nas relações financeiras do  
123 gasto público, foram radicalizados, multiplicando-se agentes intermediários entre compradores e  
124 prestadores de serviços. Reformas administrativas no NHS ocorrem desde o seu estabelecimento em  
125 1948, o que sobressai na proposta de 2012 é o aprofundamento da liberalização tanto nos  
126 fundamentos teóricos que informam a reforma como nas medidas administrativas: mudanças  
127 estruturais do sistema de saúde; queda do consenso social do Sistema de Bem-Estar Social; defesa  
128 da legitimidade do mercado em atender às demandas sociais por meio da redução da atuação do  
129 Estado <sup>5,6</sup>; e estímulo aos elementos organizacionais que emulam o mercado dentro da  
130 administração pública.

131 Por que mudanças administrativas no sistema de saúde inglês podem ser significativas para grande  
132 parte dos sistemas de saúde no mundo? O NHS representa um referencial avant-garde de sistemas  
133 universais de saúde e simboliza (ou simbolizava) o necessário limite à influência do mercado para a  
134 garantia da universalidade de acesso à saúde como direito social <sup>5</sup>. Suas reformas são rapidamente  
135 difundidas e influenciam debates e implantação de políticas de saúde em outros países.

136 Entende-se que sistemas públicos de saúde pioneiros, como o NHS inglês, são sensíveis às teorias  
137 sociais hegemônicas vigentes em cada momento histórico e expressam o momento histórico em que  
138 ocorrem. A criação do NHS no final da década de 1940 possibilitou a consolidação de direitos  
139 humanos universais no Reino Unido <sup>7</sup>, em um período político de reconstrução social e econômica  
140 da Europa no pós-guerra. Nos últimos 30 anos, o NHS foi modificado a partir das crises econômicas  
141 da década de 1970, sob a influência do governo conservador de Margaret Thatcher <sup>8</sup>, passando pela  
142 era trabalhista do final da década de 1990 e retornando aos conservadores em 2010. Atualmente,  
143 reflete a pujança das relações de mercado que ultrapassam os limites das relações comerciais,  
144 influenciando o setor de serviços públicos que garantem direitos sociais <sup>3</sup>. No presente artigo,  
145 pretende-se ilustrar os elos teóricos entre as contínuas reformas no NHS inglês a partir da chamada  
146 Era Thatcher (1979), e associar a análise das reformas a uma discussão conceitual mais ampla.  
147 Apesar da relevância, o tema é pouco abordado na literatura nacional <sup>9,10,11</sup>, concentrada em aspectos  
148 específicos ou na análise de reformas anteriores a 2012; este artigo busca contribuir para preencher  
149 esta lacuna.

O objetivo deste trabalho é analisar as reformas do NHS da Inglaterra, discutindo a sua crescente “liberalização” neste contexto histórico de predomínio de teorias neoliberais a partir da década de 1980<sup>8</sup>. A análise das reformas parte da divisão proposta por Pollock<sup>12</sup>, que define este processo como privatização/desmanche (*breaking up*) do NHS, dividindo-o em quatro períodos até o ano de 2003: (i) 1980-1990 – Estrangulamento e fim da integralidade; (ii) 1990-1997 – O “mercado interno”; (iii) 1997-2000 – Fragmentação continuada sob o novo trabalhismo; e (iv) 2000-2003 – Direcionamento do novo trabalhismo para uma “economia mista de atenção à saúde”<sup>12,13</sup>.

No presente artigo, a divisão proposta por Pollock é adaptada. Amplia-se a análise ao agregar outros autores e a narrativa histórica, assim como estende-se o trabalho até 2012. Os períodos da liberalização, mais componentes e momentos de um processo do que etapas cronológicas, são analisados e denominados por suas características: (i) gradativa substituição ideológica e teórica (1979-1990) – transição da lógica profissional e sanitária para uma lógica gerencial/comercial; (ii) burocracia e mercado incipiente (1991-2004) – estruturação de burocracia voltada à administração do mercado interno e expansão de medidas pró-mercado; (iii) abertura ao mercado, fragmentação e descontinuidade de serviços (2005-2012) – fragilização do modelo de saúde territorial e consolidação da saúde como um mercado aberto a prestadores públicos e privados. O momento “burocracia e mercado incipiente” está organizado em três subperíodos cronológicos que agregam os três últimos estágios da análise de Pollock<sup>12</sup>.

A análise inclui as características do NHS anteriores e posteriores à reforma de 2012, assim como seu desenvolvimento histórico (Figura 1). Para situar o processo de liberalização, a primeira seção do artigo sintetiza alguns antecedentes e características do sistema de saúde inglês.

## **Antecedentes: do seguro social de saúde ao NHS único e integrado**

A estratificação social e a urbanização desordenada produzidas pelas duas Reformas Industriais inglesas propiciaram um terreno fértil para as pioneiras organizações sindicais britânicas; estas por sua vez incrementaram a pressão social por melhores condições de trabalho e serviços de saúde no início do século XX. A implantação do seguro social de saúde, *National Health Insurance*, instituído em 1911, segurava os trabalhadores que ganhassem até um determinado teto salarial e garantia assistência médica em atenção primária, sem cobertura hospitalar, esta geralmente prestada por hospitais filantrópicos. Os médicos generalistas (*General Practitioners* – GPs) trabalhavam como autônomos, e os especialistas, em muitos casos, trabalhavam por remunerações muito pequenas nos hospitais. Cerca de 1/3 da população era coberta e o financiamento era oriundo de contribuições sociais de trabalhadores, empregadores e participação governamental<sup>14</sup>.

185 O *Relatório Beveridge* em 1942, encomendado pelo governo de coalizão de conservadores e  
186 trabalhistas durante a Segunda Guerra Mundial, estabeleceu as bases teóricas do NHS, e foi  
187 pioneiro na proposição de políticas sociais redistributivas, objetivo maior do Estado de Bem-Estar  
188 Social. O NHS iniciou suas atividades como sistema universal de saúde em 1948, e desde a sua  
189 implantação sofreu reformas em resposta às mudanças econômicas, sociais e políticas ocorridas ao  
190 longo das décadas, intensificadas a partir das crises econômicas da década de 1970 e do aumento do  
191 gasto e complexidade do cuidado em saúde. Os Departamentos de Saúde e Seguridade Social foram  
192 unificados em 1968 (*UK Department of Health and Social Security*) e a organização local do  
193 sistema foi alterada em 1974 (*National Health Service Reorganization Act*) na tentativa de  
194 promover maior integração entre serviços, criando-se as autoridades locais de saúde. O propósito  
195 dessas reformas foi diminuir a fragmentação da atenção à saúde, modificar o cenário de  
196 favorecimento financeiro aos hospitais de ensino e estender a prioridade a outros serviços que não  
197 os hospitais para agudos. Promoveu-se a transição de um sistema de financiamento por instituições  
198 para um planejamento integrado de serviços, por meio das Autoridades de Saúde de Área (AHA),  
199 organização por território e uso de fórmula alocativa de recursos conforme as necessidades <sup>15</sup>. Foi  
200 instituída metodologia com medidas de necessidades locais de saúde (*Resource Allocation Working*  
201 *Party – RAWP*), substituindo as transferências financeiras que seguiam médias históricas. Essas  
202 mudanças foram inovadoras, no que concerne à melhoria da eficiência e equidade do sistema, e  
203 viriam a influenciar as políticas de saúde em outros países nas décadas subsequentes <sup>16</sup>.

204 O predomínio de teorias de mercado na área social tomou corpo e influência política na Inglaterra a  
205 partir da vitória de Thatcher nas eleições gerais de 1979. Até então, os governos trabalhistas haviam  
206 buscado limitar a influência do mercado em algumas áreas sociais, como a saúde. Favorecida pelo  
207 contexto de crise econômica mundial, a escalada dos conservadores ao poder demarcou o início do  
208 que aqui se denomina como a liberalização do NHS inglês.

209 Quando o governo conservador voltou ao poder no final da década de 1970, o NHS era um sistema  
210 bastante centralizado política e administrativamente (Tabela 1). Do ponto de vista estrutural, os  
211 hospitais eram de propriedade estatal, diretamente dirigidos e financiados pelo Estado. Os  
212 trabalhadores do NHS eram assalariados, com a exceção de GPs e odontólogos que atuavam como  
213 profissionais autônomos <sup>17</sup>, com dedicação exclusiva ao NHS. Os recursos financeiros, oriundos do  
214 Tesouro, eram geridos pelo Departamento de Saúde. As 14 Autoridades Regionais de Saúde  
215 (*Regional Health Authorities*) eram responsáveis pela gestão de serviços de saúde em um território  
216 determinado, executando orçamento de base populacional para prover serviços comunitários e  
217 hospitalares. O planejamento e a gestão estratégica dos serviços comunitários e hospitalares eram  
218 subdivididos em 90 AHA e 205 equipes de gestão distritais. O monitoramento da provisão dos

219 serviços de atenção primária era desempenhado pelos Comitês de Médicos de Família, financiados  
220 diretamente pelo Departamento de Saúde <sup>17</sup>.

### 222 **Gradativa substituição ideológica e teórica (1979-1990)**

223

224 Em 1983, o *Relatório Griffiths*, encomendado por Thatcher, fez duras críticas ao gerenciamento das  
225 instituições do NHS, inaugurando um período de recomendações e mudanças estruturais que o  
226 assemelhariam a organogramas empresariais <sup>11,12</sup>. No lugar das relações administrativas horizontais  
227 que caracterizavam o NHS até então, foram estabelecidos conselhos de diretoria hierárquicos  
228 (*boards*) nos moldes de conselhos de acionistas, assim como foi enfatizada e valorizada a figura do  
229 gerente/gestor local do serviço. Como parte da nova cultura de gerenciamento do NHS ao longo da  
230 década de 1980, o papel dos administradores do sistema ganhou crescente destaque. Nesse período,  
231 o controle administrativo começou a ser afastado dos profissionais de saúde, forçando a substituição  
232 de uma cultura organizacional até então marcada pela influência e liderança dos profissionais de  
233 saúde e o uso sistemático de evidências epidemiológicas, para um *modus operandi* tipicamente  
234 gerencial, comum no ambiente corporativo <sup>18</sup>.

235 Nesse período, *pari passu* com o processo de transformação da cultura organizacional vigente,  
236 ocorreu uma primeira onda de terceirização de serviços (*outsourcing*). As atividades clínicas dos  
237 hospitais foram preservadas, mas grande parte das atividades de apoio para o funcionamento dos  
238 serviços foi terceirizada, como: limpeza, lavanderia, nutrição e manutenção em geral. Houve ainda  
239 uma estratégia de redução da cobertura de serviços, com a implantação de cobranças de taxas para  
240 serviços de optometria, que antes eram gratuitos, aumento das taxas cobradas para serviços  
241 dentários e fechamento da maioria dos leitos de longa permanência existentes no NHS <sup>11</sup>. Houve  
242 também o incentivo à exploração pelos hospitais públicos de possíveis espaços comerciais, como  
243 aluguel de lanchonetes, cobrança pelo uso de aparelhos de televisão, serviços telefônicos e  
244 estacionamento – itens anteriormente gratuitos para os usuários do NHS. Tais serviços não ligados  
245 diretamente ao cuidado em saúde tornaram-se potenciais fontes de ganho financeiro para as  
246 instituições públicas.

247 Além da nova separação dos departamentos de Saúde e Seguridade Social em 1988, esta etapa  
248 inicial foi marcada de maneira fundamental pelo *National Health Service and Community Care Act*  
249 de 1990. Essa reforma foi reconhecida na literatura como a *Market Reform* <sup>12,18,19,20</sup>, pois abriu  
250 setores específicos do sistema a entes privados e introduziu o chamado mercado interno no NHS,  
251 separando os atos de comprar e de prestar serviços (*purchaser/provider split*). Os compradores  
252 receberiam recursos diretamente do Departamento de Saúde, os prestadores competiriam entre si  
253 para obter fundos e prestar serviços, com base em contratos comerciais. A justificativa teórica da



254 natureza competitiva do mercado interno era de que este ofereceria os incentivos necessários para  
255 que os prestadores melhorassem seu desempenho em termos de eficiência e resposta às demandas.  
256 As decisões financeiras e gerenciais foram descentralizadas, passaram do nível central, o  
257 Departamento de Saúde, para o nível local, personificado nas figuras dos compradores e prestadores  
258 <sup>17,21</sup>.

259 O mercado interno foi estruturado em etapas, sendo estabelecidos dois tipos de compradores:  
260 Autoridades Distritais de Saúde (*District Health Authorities – DHA*) e *General Practitioners*  
261 *Fundholders* (os GPs foram convidados a gerenciar orçamentos, passando a ser denominados *GP*  
262 *Fundholders – GP-FH*). O orçamento dos GP-FH cobria a provisão dos serviços de atenção  
263 primária em si e também a compra de serviços na atenção secundária para as suas listas de pacientes  
264 (em média de 10 mil pessoas por grupo de GPs). As DHAs ficaram responsáveis por avaliar as  
265 necessidades de saúde das populações locais e adquirir a totalidade dos serviços hospitalares e  
266 comunitários para as populações ligadas aos GPs não-FH. Para os GP-FH, as DHAs ficaram  
267 responsáveis pela compra da parte dos serviços não contratualizada (80% dos serviços). Cobrindo  
268 populações de até 200 mil pessoas, as DHAs recebiam um orçamento de base populacional (*per*  
269 *capita* ajustado por necessidades).

270 Os hospitais e os serviços de saúde comunitários passaram a ser prestadores independentes,  
271 chamados de trusts, cujo financiamento dependia de contratos com as DHAs <sup>17,21,22</sup>. Com o  
272 desenvolvimento do mercado interno nesses moldes, posteriormente, as DHAs foram substituídas  
273 pelas Autoridades de Saúde (*Health Authorities – HA*), que ficaram também responsáveis pela  
274 compra de serviços para os pacientes de GPs que não aderiram ao sistema de *fundholding* <sup>21</sup>.

275 A reforma foi tão significativa que ecoou na incipiente literatura científica brasileira do período  
276 sobre o tema. Akerman <sup>9</sup> questiona se a criação do mercado interno no fim da Era Thatcher seria o  
277 princípio da derrocada do Estado de Bem-Estar Social ou um arrojado modelo de gestão, talvez  
278 referência para o novo século que se avizinhava. O fomento de um mercado interno de  
279 compradores/contratantes (*purchasers*) e prestadores (*providers*) foi a mudança administrativa,  
280 teórica e burocrática fundamental desse período inicial de liberalização. A inserção do ato comercial  
281 básico de comprar/vender serviços internamente não necessariamente repercutiu sobre a  
282 universalidade dos serviços de saúde. Introduziu, porém, a competição entre entes do sistema e  
283 proporcionou uma fundamental mudança de paradigma organizacional. Tal mudança alicerçou a  
284 posterior liberalização do sistema. O mercado interno possibilitou a posterior mercantilização e  
285 privatização do NHS <sup>18</sup>. Os preceitos fundamentais de mercado propostos na reforma de 1990 foram  
286 mantidos e gradativamente ampliados, apesar da alternância política entre governos ora  
287 conservadores, ora trabalhistas das décadas seguintes.



288 Para a estabilização de uma relação mercantil de compra e venda de serviços entre os setores de  
289 atenção primária, de especialidades e cuidados hospitalares com o orçamento público <sup>23</sup>, o sistema  
290 necessitava adaptar-se burocraticamente à nova realidade, entrando em um novo estágio de  
291 liberalização.

## 292 **Burocracia e mercado incipiente (1991-2004)**

293 O recém-instituído mercado interno do NHS, desencadeado pela separação entre  
294 compradores/contratantes e prestadores, exigiu a reorganização administrativa do sistema. Ocorreu  
295 a configuração de uma nova burocracia voltada para a administração do mercado interno e dos  
296 novos arranjos contratuais propostos. Como um todo, o setor público na Inglaterra nos anos 1980  
297 aproximou-se do setor empresarial <sup>24</sup>, em reestruturações organizacionais e financeiras. O setor da  
298 saúde na década de 1990 seguiu essa tendência, tornando suas instituições empresas públicas.  
299 Destacam-se os trusts de hospitais estatais, que passaram a apresentar acerto de caixa, balanço do  
300 orçamento e prestação de contas prevendo retorno financeiro e, caso necessário, venda de bens e  
301 imóveis para equilibrar os livros-caixa a cada final de ano fiscal <sup>12,25</sup>.

### 302 • **Consolidando o mercado interno: John Major (1992-1997)**

303 O mandato de John Major, primeiro-ministro do Partido Conservador que substituiu Margaret  
304 Thatcher, buscou levar a cabo a consolidação do mercado interno e combater a burocracia estatal no  
305 NHS.

306 Assim, foram abolidas as 14 Autoridades de Saúde (herança trabalhista anterior a Thatcher) e  
307 introduzidas adaptações no modelo de GP-FH. A fim de possibilitar maior diversidade na provisão  
308 da atenção primária, introduziu-se a possibilidade da remuneração assalariada de GPs <sup>17</sup>. Diversas  
309 variantes de GP-FH foram desenvolvidas, em geral promovidas por gestores e GPs que não  
310 aderiram ao modelo de FH: *Community fundholders*, que compravam apenas serviços comunitários  
311 ligados à atenção primária em saúde; os chamados *Multi-funds*, que consistiam de agrupamentos de  
312 GP-FH que compartilhavam o gerenciamento de seus orçamentos e os respectivos custos  
313 administrativos das compras; os Grupos de Compra, em que coletivos de GPs que não gerenciavam  
314 orçamentos atuavam em conjunto com as Autoridades de Saúde para influenciar o processo de  
315 compra de serviços em suas áreas geográficas de atendimento <sup>22</sup>. A implantação dos GP-FH foi  
316 gradual para contornar a rejeição inicial da categoria médica e para evitar que uma mudança  
317 drástica desestabilizasse o NHS frente à população. O processo de adesão ao GP-FH contou com  
318 uma primeira onda de entusiastas, seguido de uma onda de interessados em atuar como grupos

323 (*Community fundholders* e *Multi-funds*) e, por fim, uma terceira onda derivada de um efeito cascata  
324 do crescimento do modelo proposto <sup>21</sup>. Em 1996, 50% dos GPs haviam aderido ao modelo de  
325 *fundholding* <sup>17,21</sup>. A contenção de custos relacionada às prescrições foi o efeito mais imediato dos  
326 GP-FH, levando à adoção de incentivos por parte do governo para induzir GPs ainda independentes.  
327 Em geral, os modelos de *fundholding* produziram ganhos em extensão e efetividade dos serviços, ao  
328 custo, porém, da elevação dos gastos de gestão, do aumento dos custos de transação entre serviços e  
329 do incremento de desigualdades de acesso entre usuários dos diferentes modelos (GPs vinculados  
330 ao modelo *fundholding* vs. independentes) <sup>21,22</sup>.

331 O mercado interno enfrentou diversas dificuldades de estruturação. Do lado dos compradores, o  
332 modelo de GP-FH redundou em numerosos compradores de pequena escala e escopo limitado, cujo  
333 poder de compra era insuficiente para impactar o mercado de serviços de saúde local em relação à  
334 concorrência de preços <sup>15,22</sup>. As DHAs também enfrentavam obstáculos estruturais que limitavam o  
335 seu desempenho como compradores, tais como: ausência de integração no lado da demanda;  
336 ausência de informação para realizar compras (sistema de preços incipiente ocasionando assimetria  
337 de mercado); e existência de monopólios locais de serviços <sup>15,22</sup>.

338 O subfinanciamento de certas atividades ligadas às consideradas necessidades sociais que  
339 representavam custos de longo prazo como, por exemplo, o cuidado a idosos, levou a negociações  
340 em torno de quais seriam as atividades fundamentais de cuidado em saúde e quais seriam atividades  
341 extras, não necessariamente pagas pelo mesmo orçamento <sup>21</sup>.

342 Os hospitais estatais transformaram-se em *Trusts*, organizações semi-independentes, sem fins  
343 lucrativos, com razoável grau de liberdade para estabelecer patamar de remuneração, composição  
344 de profissionais e tipos de serviços oferecidos. Em 1996, já havia 350 NHS Trusts <sup>21</sup>.

345 Resumidamente, a reforma dos conservadores teve foco a eficiência do sistema, apoiada no  
346 pressuposto de que a competição de mercado levaria naturalmente ao incremento da eficiência e  
347 qualidade dos serviços. Os três princípios básicos foram: a separação entre prestadores e  
348 compradores, o estímulo à entrada de prestadores privados e, finalmente, iniciativas de  
349 descentralização administrativa, em resposta a um controle central burocrático e considerado pouco  
350 responsivo <sup>6</sup>. O período representou a ênfase no consumo de serviços de saúde, por meio de uma  
351 abordagem que exigiria maior responsividade às demandas e poder de escolha (*Choice Initiative*), e  
352 nas técnicas de gestão oriundas do setor privado em substituição ao modelo de gestão público <sup>6</sup>.  
353 Com a introdução de mecanismos de mercado, cidadãos passaram a ser tratados como  
354 consumidores, passíveis de realizar escolhas de consumo <sup>17</sup>.

355 O modelo configurado nesse estágio intermediário em que a liberalização do NHS começou a se  
356 cristalizar é designado como quase mercado <sup>26</sup>. A saúde não foi o único setor público atingido,  
357 outros setores em que a explícita privatização de serviços enfrentou rejeição social igualmente

358 tornaram-se quase-mercados a partir dessas reformas de modernização do aparelho estatal. Nesses  
359 sistemas, o Estado providencia o financiamento para as transações, a demanda é controlada por  
360 agentes compradores apontados pelo próprio Estado, que agem no lugar dos consumidores e,  
361 finalmente, o serviço é ofertado por organizações sociais sem fins lucrativos ou empresas públicas  
362 que competem entre si pelo provimento de produtos <sup>26,27</sup>.

363 Aldridge <sup>27</sup> aponta que globalmente nas novas sociedades de mercado, a partir do suporte de líderes  
364 políticos de orientação neoliberal, tradicionais instituições sociais como hospitais e escolas  
365 introduziram mecanismos de mercado em sua estrutura, passando a tratar cidadãos como clientes,  
366 consumidores. A Inglaterra não é, portanto, um caso isolado nesse período e sim parte de um  
367 fenômeno global.

### 368

- 369 • **O Novo Trabalhismo: o primeiro governo Tony Blair (1997-2000)**

371 Politicamente, o período foi marcado pela derrocada dos conservadores e a ascensão do chamado  
372 Novo Trabalhismo representado por Tony Blair. Apesar das severas críticas dos trabalhistas durante  
373 o período Thatcher-Major, preceitos indispensáveis à liberalização do NHS não foram abandonados  
374 pelos trabalhistas. Esses, não apenas mantiveram a separação entre compradores e prestadores de  
375 serviços, base do mercado interno, como reforçaram a cultura empresarial dentro do sistema.

376 A fundação dos *Primary Care Groups* (PCGs), posteriormente agrupados em *Primary Care Trusts*  
377 (PCTs), consolidou a separação entre compradores e prestadores, universalizando o modelo de GP-  
378 FH. Todos os GPs foram obrigados, até 1999, a se juntarem a um dos 481 PCGs, criados pelo *New*  
379 *NHS Act* de 1997. Todavia, o retorno da responsabilidade territorial e centralizada pela saúde da  
380 população, na figura dos PCGs (PCTs, a partir de 2000) e o reforço do foco orçamentário na  
381 atenção primária representaram respostas às falhas e limitações do modelo GP-FH. Por outro lado, a  
382 partir do ano 2000, a introdução da figura jurídica de *trusts* também na atenção primária à saúde e a  
383 criação das *Foundation Trusts* (FTs), organizações com maior independência do governo central,  
384 nos campos jurídico, financeiro e de desempenho, sedimentaram a preponderância do *ethos*  
385 comercial-empresarial na gestão e provisão da assistência à saúde <sup>6,15,17,18,21,22</sup>.

386 Em 2000, o chamado *NHS Plan* inaugurou um período de progressivo aporte financeiro ao NHS e  
387 maior destaque para a atenção primária à saúde por meio da transformação dos PCGs em PCTs <sup>6,18</sup>.  
388 Os PCTs incluíram todos os GPs de determinada área geográfica, que cobriam cerca de 200 mil  
389 pessoas, e eram responsáveis pela atenção à saúde daquela população com três funções: melhorar a  
390 saúde (saúde pública); comissionar/contratualizar e comprar serviços de saúde (hospitalares e  
391 especializados); prover e desenvolver serviços de atenção primária e serviços comunitários de saúde  
392 (crianças com deficiência, saúde mental). Como órgão administrativo do NHS em nível local, aos

393 PCTs cabia: gerir orçamentos dimensionados por capitação, incluindo gastos farmacêuticos;  
394 desempenhar amplo papel na contratualização de serviços especializados e hospitalares; prover  
395 serviços comunitários e de atenção primária <sup>17</sup>. Em 2000, havia 17 PCTs, um ano depois, em 2001,  
396 eram 164, e em 2003 passaram a 211, quando os PCGs restantes foram transformados em PCTs <sup>18,22</sup>.  
397 As HAs também sofreram fusões, resultando em 28 *Strategic Health Authorities* (SHA), que, uma  
398 vez que os PCTs absorveram toda a extensão da função de contratualização, tornaram-se  
399 responsáveis pelo planejamento estratégico e gerenciamento de desempenho das organizações de  
400 saúde do que foi chamado o “Novo NHS” <sup>6,17,22</sup>.

401 A consolidação dessa nova estrutura encontrou grandes adversidades. Inicialmente, o  
402 desenvolvimento organizacional, trabalho coletivo e manejo das consequências oriundas da  
403 abolição dos GP-FH foram os principais obstáculos. Subsequentemente, o aprimoramento na  
404 provisão de atenção primária à saúde, a melhoria do acesso ao cuidado e a extensão dos papéis dos  
405 profissionais constituíram o foco da política trabalhista <sup>22</sup>. A limitada capacidade gerencial e as  
406 restrições orçamentárias dos PCTs dificultaram a função de contratualização e o desenvolvimento  
407 do trabalho intersetorial <sup>22</sup>.

408 O Departamento de Saúde gradativamente delegou funções de administração do sistema a novas  
409 organizações, estabelecidas especificamente para este fim. Destaca-se dentre essas o *National*  
410 *Institute for Health and Care Excellence* (NICE), criado em 1999, responsável inicialmente por  
411 processos relacionados a avaliações de tecnologias em saúde, regulamentação da incorporação de  
412 novos medicamentos considerando custo-benefício e a qualidade da atenção, visando à maior  
413 eficiência clínica na alocação de recursos <sup>28</sup>. Suas ações foram gradativamente ampliadas e  
414 compreenderam a proposição e revisão de guias clínicos de cuidado baseados em evidências, a  
415 resolução de problemas clínicos propostos pelos serviços de saúde e o comissionamento de  
416 pesquisas a universidades sobre questões relevantes ao sistema. Os processos decisórios, a  
417 organização funcional, as responsabilidades e a força política do NICE em relação ao Departamento  
418 de Saúde são alvos constantes de questionamentos na literatura <sup>29,30,31,32,33</sup>. Outras instituições criadas  
419 no período e que assumiram funções previamente exclusivas do Departamento de Saúde foram: a  
420 *Care Quality Commission* (CQC), fundada em 2009 para regular a fração independente do setor  
421 saúde por meio do licenciamento, inspeção anual, além de promover aprimoramento da qualidade e  
422 avaliação de desempenho das organizações do NHS e do setor independente; o *Monitor*, regulador  
423 independente das FTs e da *Health Protecting Agency*, responsável por defender interesses  
424 relacionados à saúde pública.

425 A constituição dessas organizações representa a transição para um modelo regulatório independente  
426 do Departamento de Saúde dentro do NHS <sup>18</sup>. A delegação administrativa é uma marca desse  
427 período, reduzindo-se gradativamente com ela a responsabilidade central do Estado na figura do

428 Secretário de Saúde, cargo equivalente ao de Ministro da Saúde no poder executivo brasileiro. A  
429 retórica reformista no NHS transitou da competição, promovida pelos conservadores, para a  
430 regulação promovida pelos trabalhistas <sup>15</sup>.

431 Ocorreu um distanciamento do planejamento de saúde pública populacional tradicional ao se retrair  
432 a responsabilidade do Estado perante o cidadão, um claro sinal da mudança de paradigma teórico do  
433 NHS. Em congruência com a diminuição da responsabilidade estatal sobre a saúde coletiva há um  
434 perceptível incremento da responsabilização do indivíduo por seu próprio cuidado em saúde.

435 Devido à multiplicidade de agências e agentes realizando ações em nome do Departamento de  
436 Saúde, Jones et al. <sup>34</sup> argumentam que, além do quase-mercado, o NHS passou de um sistema  
437 hierarquizado e burocrático para uma rede mais complexa não necessariamente hierarquizada, em  
438 que convivem o mercado interno e a hierarquia burocrática anterior <sup>35,36</sup>. Uma forma de resistência  
439 às reformas de mercado foi o acordo tácito de algumas organizações de não competirem entre si,  
440 resistindo às reformas que se apresentaram principalmente na primeira década dos anos 2000 <sup>34</sup>.

441  
442 • **O segundo governo Blair: competição por metas e performances (2001-**  
443 **2004)**  
444

445 Apesar do impacto administrativo da primeira onda da reforma dos trabalhistas a partir de 1997, o  
446 problema das listas de espera para procedimentos eletivos e a preocupação da opinião pública a  
447 respeito da qualidade do NHS provocaram uma segunda onda de reformas. Essas, aumentaram o  
448 controle regulatório sobre o sistema, introduzindo metas e medidas de performance e incitaram  
449 ainda mais a participação do setor privado na oferta de serviços <sup>37</sup> visando à competição destes  
450 prestadores com o setor público. Tais medidas tomadas pelos trabalhistas ingleses são consideradas  
451 como a aproximação definitiva do NHS aos mecanismos de mercado, concretizados no alcance de  
452 metas e performance de estabelecimentos não necessariamente ligados à administração central do  
453 Departamento de Saúde, sedimentando a lógica de consumo/produção de serviços no sistema  
454 público <sup>38</sup>. A crença de que o setor privado poderia liderar o caminho de uma maior eficiência do  
455 setor público influenciou diretamente a segunda fase do período trabalhista de Tony Blair.  
456 Previamente objetivos conservadores, a pluralidade de prestadores, a introdução da possibilidade de  
457 escolha do consumidor e a competição, foram retomados e viabilizados de forma prática pela  
458 provisão privada direta. A introdução do *ethos* e *status* privado para os prestadores do NHS pelos  
459 trabalhistas caracterizou esse período <sup>6,15,39</sup>.

460 Uma das políticas básicas do segundo momento trabalhista foi a introdução do pagamento por  
461 resultados (*Payment by Results* – PbR), semelhante ao sistema de grupos de diagnósticos  
462 (*Diagnosis-Related Groups* – DRGs) do Medicare estadunidense, uma estratégia que propunha que

463 o financiamento seguiria o usuário <sup>15,17</sup>. Na prática, consistia na remuneração por atividades aos  
464 prestadores, incrementando valores por resultados, forçando a competição entre estes por maior  
465 qualidade em lugar de um sistema de competição de preços. A implementação desse processo teve  
466 como consequência a priorização dos procedimentos de cobrança mais fácil e com possibilidade de  
467 maior volume, prejudicando o cuidado complexo de pacientes com condições crônicas, além de não  
468 garantir o aprimoramento da qualidade <sup>40,41</sup>. Outra estratégia foi a *Choice Initiative* que, apoiada no  
469 discurso da ampliação da escolha do usuário, promoveu a diversificação de prestadores, permitindo  
470 a entrada da iniciativa privada na provisão de serviços. A oferta de um provedor privado entre as  
471 alternativas tornou-se prática corrente em casos de encaminhamentos para a atenção especializada  
472 <sup>17,39</sup>.

473 Apoiando-se no discurso de aumento da qualidade na provisão da assistência à saúde, os  
474 trabalhistas não se detiveram em barreiras ideológicas ou organizacionais para desenvolver e  
475 colocar em prática as Iniciativas de Financiamento Privado (*Private Finance Initiatives – PFI*), que  
476 constituíram um recurso direto de intermediação de investimentos privados nos *NHS Trusts* <sup>15,17</sup>. As  
477 PFIs, concebidas no início da década de 1990 durante o governo conservador, permitiam que  
478 consórcios de empresas privadas (como construtoras, empresas prestadoras de serviços gerais e  
479 bancos) levantassem fundos (a partir da emissão de ações e da obtenção de empréstimos) para  
480 construir e operar instalações que teriam funções públicas, como hospitais. Os hospitais, por sua  
481 vez, alugariam essas instalações (de propriedade privada), incluídos os serviços de manutenção e  
482 equipes de apoio, por períodos de 25-30 anos. As empresas por meio desses consórcios lucrariam,  
483 com retorno financeiro garantido por longos períodos, e o governo poderia construir novos hospitais  
484 sem incorrer em gastos orçamentários imediatos ou aumento de impostos. O governo trabalhista  
485 aderiu à estratégia das PFIs logo em seus primeiros anos, apresentando um projeto de expansão do  
486 número de hospitais pertencentes ao NHS. Com a política delineada no *Delivering the NHS Plan* de  
487 2002, projetava-se a expansão da rede hospitalar por meio das PFIs, consolidando-se as tendências  
488 pró-mercado do governo trabalhista <sup>12</sup>. No cenário mais amplo de abertura dos serviços de saúde à  
489 iniciativa privada em países-membros da União Europeia, esse processo pôde também ser  
490 compreendido como uma política de Estado para privilegiar as empresas britânicas no emergente  
491 mercado internacional da saúde <sup>13</sup>.

492 Em síntese, o governo trabalhista, na prática, reteve o mercado interno criado pelos conservadores,  
493 deslocando a ênfase da competição para a cooperação com gestão centrada no desempenho. O  
494 recurso a um vocabulário alternativo – retórica da cooperação e regulação – permitiu evitar os  
495 questionamentos sobre as conexões com as iniciativas passadas da Era Thatcher <sup>6,39</sup>. Não obstante,  
496 com a introdução de mecanismos de competição institucional para promover mudanças, reforçou-se  
497 a tendência já iniciada no período anterior de transformação do papel do Estado de



498 financiador/provedor para financiador/regulador <sup>5,42</sup>. O racional mercadológico dos conservadores  
499 persistiu nas reformas dos trabalhistas, expandindo progressivamente os limites de reforma  
500 aceitáveis do ponto de vista do setor público. Ampliou-se o envolvimento do setor privado,  
501 resultando na progressiva erosão da fronteira entre os dois setores na provisão de serviços de saúde  
502 <sup>5,42</sup>.

503 A análise de Pollock data de 2004, encerrando neste período <sup>12</sup>. A autora já apontava em suas  
504 conclusões que o NHS naquele momento aproximava-se de maneira inédita do setor privado,  
505 processo que teve sequência em momento posterior, analisado a seguir.

### 507 **Abertura ao mercado, fragmentação e descontinuidade de serviços (2005-2012)**

508

509 O terceiro estágio do processo de liberalização do NHS é a efetiva abertura do sistema ao mercado,  
510 que tem seu ápice no *Health and Social Care Act* de 2012. Precedendo esse momento, a política do  
511 *Practice Based Commissioning* (PBC), a partir de 2005, reintroduziu a possibilidade de grupos de  
512 GPs gerirem orçamentos para comprar serviços e implementar planos de cuidados padronizados. O  
513 PBC também incluiu um processo de revisão dos encaminhamentos dos GPs por pares,  
514 contraditoriamente limitando a liberdade das características individuais destes mesmos planos de  
515 cuidado. A introdução do PBC significou a descentralização interna dos PCTs, concomitantemente  
516 transformando os vínculos anteriormente cooperativos entre a atenção primária à saúde e a atenção  
517 secundária em relações de competição <sup>6,43</sup>, servindo de embrião administrativo para a implantação  
518 dos *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) da reforma de 2012.

519 O processo da efetiva abertura do sistema de saúde ao mercado é representado pela extinção dos  
520 modelos básicos de saúde territorial (PCTs) em favor dos CCGs e pela possibilidade de entes  
521 privados venderem serviços em nome do NHS, mudanças possibilitadas pelo *Health and Social*  
522 *Care Act* de 2012, auge do processo de liberalização do serviço público de saúde iniciado por  
523 Thatcher em 1979. Enquanto a etapa intermediária da liberalização foi concentrada na  
524 burocratização comercial e administrativa do sistema, o interstício entre este estágio e a nova  
525 legislação de 2012 foi marcado pela passagem gradativa dos chamados *soft services* para entidades  
526 legalmente privadas: administração dos dados de rotina produzidos pelo sistema (*Health and Social*  
527 *Care Information Centre*), serviços de patologia e radiologia, serviços administrativos e  
528 comissionamento de pesquisas científicas <sup>44,45</sup>.

529 O *Health and Social Care Act* de 2012 potencialmente modificou as obrigações governamentais, e  
530 foi considerado uma renúncia por parte do governo inglês, na figura do Ministro da Saúde, à  
531 responsabilidade mandatória de prover serviços de saúde compreensivos/integrais, dando fim ao  
532 chamado *duty of care*, equivalente ao direito à saúde enquanto dever do Estado presente no texto



533 constitucional brasileiro. Ainda que na prática essa renúncia não se concretizasse imediatamente em  
534 mudanças no cotidiano dos serviços, outras proposições da nova lei efetivamente abriram espaço  
535 para que entidades privadas, como os serviços de apoio aos CCGs na compra de serviços de saúde  
536 especializados e hospitalares, determinassem o escopo dos procedimentos a serem comprados,  
537 controlando a oferta. Simultaneamente a essa fragilização da garantia de acesso aos serviços e  
538 abrangência dos mesmos, outra mudança fundamental foi o abandono do critério geográfico como  
539 base da alocação de recursos e estruturação dos serviços. Os CCGs tornam-se responsáveis apenas  
540 pelo conjunto de pacientes cadastrados em suas listas de clientes, e não pela totalidade de residentes  
541 de um território determinado, exceto para serviços de urgência. Isso significa que um CCG, além de  
542 não ser obrigado a comprar serviços de saúde para a população de uma determinada região, poderia  
543 contar em sua lista de pacientes cadastrados com pacientes oriundos de outras regiões, qualquer que  
544 fosse a distância geográfica. Processo semelhante, que inclusive consta em legislação à parte, foi  
545 estruturado na atenção primária à saúde, em que a suspensão dos limites geográficos como fator de  
546 restrição para seleção do GP já estava em vigor. O resultado prático dessa mudança é que tanto GPs  
547 como CCGs poderiam disputar pacientes/clientes para seus respectivos serviços, em todo o  
548 território inglês. Nesse novo formato, a alocação de recursos tornou-se altamente complexa e os  
549 mecanismos de alocação de base populacional deixaram de ser úteis devido à perda do critério  
550 geográfico. Na nova estrutura, orçamentos baseados no tamanho da “carteira de clientes” se  
551 aproximaram de modelos de seguros das caixas de doença da Europa Continental e dos seguros  
552 privados de saúde em geral. Esses modelos comumente culminariam em seleção de risco,  
553 copagamentos e necessidade de contratação de seguros complementares <sup>46</sup>.

554 Na legislação do NHS aprovada em 2012, os compradores de serviços, os CCGs, gerenciavam os  
555 orçamentos e estavam subordinados ao *NHS England* (inicialmente denominado *NHS*  
556 *Commissioning Board*), entidade que regulava e supervisionava os CCGs. Todos os GPs deveriam  
557 se associar a um CCG, e os serviços a comprar seriam prestados pelas *Foundation Trusts*  
558 (gerenciadoras dos antigos hospitais públicos), bem como por qualquer tipo de “prestador  
559 qualificado” de serviços de saúde. Do lado dos prestadores, as entidades de regulação e supervisão  
560 eram o *Monitor* e o *Quality Care Commission*, cuja missão era maximizar a autonomia dos  
561 prestadores envolvidos, estimulando a competição. Pollock et al. <sup>46</sup> destacam que as entidades  
562 reguladoras tinham limitado poder de sanção sobre seus regulados, e que as relações entre  
563 compradores e prestadores passaram a ser contratos comerciais, e não mais acordos dentro da esfera  
564 pública <sup>46</sup>. Tais transformações apresentaram sérias implicações, uma vez que expuseram o NHS a  
565 precedentes jurídicos de garantia da competição em acordos econômicos e de comércio  
566 internacional <sup>46</sup>.

567 O aprofundamento da descentralização administrativa consubstanciado na nova estrutura do NHS  
568 pós-reforma de 2012, aliado à renúncia da prévia lógica territorial de planejamento orçamentário,  
569 representaram um risco à equidade do sistema de saúde inglês. Em primeiro lugar, os CCGs  
570 dispuseram de limitada capacidade para exercer a atividade de contratualização com vistas à  
571 equidade. A manutenção da equidade de um sistema de saúde universalista como o NHS requer  
572 produção e análise de dados populacionais, os quais os CCGs não tinham condições de gerar ou  
573 mesmo a responsabilidade de analisar. Estruturalmente, os profissionais habilitados para a tarefa, os  
574 sanitaristas, com a descentralização de ações de saúde pública, trabalharam nos governos  
575 locais/municipais e não nos CCGs. Além disso, os governos locais não tinham área de atuação  
576 administrativa concordante com a dos CCGs. Ademais, um sistema que contava com múltiplos  
577 compradores independentes, dispendo de pouca capacidade para influenciar o comportamento dos  
578 prestadores, representava riscos para o equilíbrio entre oferta e demanda por serviços de saúde <sup>4</sup>.

579 A característica principal desse terceiro momento de liberalização foi a cristalização legal da  
580 passagem de uma cultura de compartilhamento de riscos para a organização institucional de  
581 pagamento pelo ato de assumir o risco, semelhante à lógica dos seguros privados de saúde  
582 estadunidenses <sup>46</sup>. A principal fonte de financiamento seguiu sendo pública, porém os prestadores  
583 não eram necessariamente entes públicos, como anteriormente. Desde que devidamente cadastrados  
584 e em acordo com os requerimentos legais, qualquer ente privado poderia concorrer pela oferta de  
585 serviços de saúde do NHS liberalizado <sup>13</sup>. Os *Foundation Trusts Hospitals*, pela primeira vez na  
586 história do sistema, puderam gerar até 49% de seus rendimentos a partir da prestação de serviços a  
587 pacientes privados, ação anteriormente limitada por lei. Outro ineditismo foi a possibilidade de  
588 descontinuidade de serviços que não fossem de interesse do prestador, afetando diretamente a  
589 universalidade do sistema.

590 O contexto local e internacional foi marcado, na União Europeia, pela controvérsia da questão  
591 migratória. A partir dos conflitos bélicos no Oriente Médio houve o ressurgimento de movimentos  
592 sociais xenófobos, ameaçando imigrantes “ilegais” e europeus em desvantagem social,  
593 principalmente migrantes de países do Leste, tensionando o direito universal à saúde nos países da  
594 Europa Central. O questionamento quanto à permanência do Reino Unido na União Europeia,  
595 concretizado no referendo nacional realizado em 2016, está relacionado a esses processos. Ao  
596 mesmo tempo, a crise financeira global tem como consequência direta as políticas de austeridade  
597 fiscal propostas pela União Europeia, fazendo com que países membros diminuam a receita pública  
598 dos setores sociais, novamente prejudicando o acesso à saúde.

## 601 **Considerações finais**

602

603 A constituição do mercado interno, a transformação da relação entre financiadores e prestadores, o  
604 gerenciamento empresarial e, finalmente, a liberalização do NHS para prestadores privados estão  
605 inseridos em um contexto histórico, econômico e político de escala global que afeta o direito  
606 universal à saúde.

607 O artigo ilustrou os efeitos do liberalismo econômico sobre o direito à saúde no NHS. Apesar de  
608 tecnicamente complexas, as reformas refletem a influência contemporânea das teorias de mercado e  
609 da globalização econômica, observando a sua inflexão a partir das últimas duas décadas do século  
610 XX nos serviços sociais. Há ênfase na redução do papel do Estado como provedor e aumento de sua  
611 ação reguladora. Observa-se a contração institucional das teorias humanistas de compartilhamento  
612 de riscos e solidariedade que embasaram a criação do NHS no pós-guerra. No processo, conceitos e  
613 práticas correspondentes, como competição entre prestadores, contratualização de serviços,  
614 responsabilização por listagem de usuários e não mais por área geográfica (desterritorialização) são  
615 inseridos no sistema como parte da política pública de saúde.

616 O mercado da saúde na Inglaterra, previamente incipiente, tendeu a expandir-se tornando o sistema  
617 público híbrido no tocante à mistura de estabelecimentos estatais e de serviços privados,  
618 gradativamente direcionando recursos públicos às entidades privadas. A responsabilidade estatal  
619 sobre a saúde da população foi, dessa maneira, restringida. Como parte da nova burocracia  
620 necessária a um sistema mais próximo ao mercado, ocorreram mudanças fundamentais na coleta e  
621 processamento de dados epidemiológicos produzidos pelo sistema de maneira rotineira <sup>44,45</sup>,  
622 afetando o planejamento, avaliação e produção de indicadores em saúde fundamentais às ações  
623 curativas e preventivas, individuais e coletivas. Tais mudanças comprometeram a ação da saúde  
624 pública clássica, apoiada em elementos epidemiológicos, demográficos e territoriais.

625 A análise da liberalização do NHS em momentos, inicialmente proposta por Pollock <sup>12</sup> e Pollock &  
626 Price <sup>47</sup>, e explorada por este artigo, facilita a compreensão de um complexo processo político e  
627 administrativo voltado, em última instância, à mudança do ethos público do NHS. O sistema que em  
628 sua origem era parte de uma política social redistributiva, garantindo o direito básico à saúde de  
629 maneira universal, tornou-se gradativamente parte de um mecanismo de exploração de serviços,  
630 direcionado à possibilidade de extrair lucro em uma relação comercial do uso de serviços de saúde.  
631 Como em toda relação comercial, situações que desfavoreçam a obtenção de dividendos são  
632 rejeitadas por financiadores, levando à inviabilidade financeira e ao fechamento de serviços,  
633 consequências já observadas nos primeiros anos pós-reforma de 2012 <sup>48</sup>.

634 A gradativa, porém constante, liberalização do NHS como um todo teve como sua principal e mais  
635 grave consequência a restrição do direito universal à saúde. Tal restrição consubstancia-se em  
636 barreiras no acesso à saúde e redução de cobertura por discricionariedade dos CCGs na oferta e

637 contratualização de serviços. Ocorreu ainda a estratificação da clientela populacional por seleção de  
638 riscos, o abandono do modelo territorializado de planejamento e assistência, e a separação dos  
639 cuidados individuais das ações coletivas. A ampliação do controle de acesso a serviços secundários  
640 levou ao fechamento de serviços não lucrativos, comprometendo a integralidade do cuidado <sup>49</sup>.  
641 Reduções e fechamento de serviços foram observados a partir de 2013, e alguns casos estão ainda  
642 pendentes na suprema corte inglesa <sup>48</sup>.

643 O processo de liberalização do NHS ainda está em curso. O NHS é um dos sistemas mais eficientes  
644 e efetivos dos países desenvolvidos; países com gastos mais expressivos, como os Estados Unidos,  
645 seguem apresentando os piores indicadores apesar do alto orçamento. O apoio ao NHS como  
646 sistema público permanece elevado na população inglesa, é considerado um “tesouro nacional”,  
647 sendo representado como símbolo de orgulho social na cerimônia de abertura dos Jogos Olímpicos  
648 de Londres de 2012.

649 O sistema britânico é uma referência histórica internacional em relação à garantia da saúde como  
650 direito, ao primar pela universalidade e pela organização de uma rede de atenção em que a atenção  
651 primária à saúde, porta de entrada resolutiva, atua de maneira cooperativa com outros setores de  
652 cuidado para a garantia da atenção à saúde integral. Tais reformas administrativas, parte de um  
653 contexto político e econômico adverso, interpõem a lógica de mercado ao racional clínico e  
654 epidemiológico das decisões de gestão, comprometendo a razão de ser do sistema público de saúde  
655 em si: a garantia do direito universal da população ao cuidado e à prevenção de agravos.

656  
657

## 658 Colaboradores

659

660 J. Filippin, L. Giovanella e M. Konder contribuíram com a concepção, edição e revisão do texto. A.  
661 M. Pollock contribuiu com a revisão e edição do texto.

662  
663

## 664 Referências

665

666 (1) Department of Health. Health and Social Care Act of 2012. London: Department of Health;  
667 2012.

668 (2) Yeates N. Understanding global social policy. Bristol: Policy Press; 2014.

- 669 (3) Stuckler D, Reeves A, Karanikolos M, McKee M. The health effects of the global financial  
670 crisis: can we reconcile the differing views? A network analysis of literature across disciplines.  
671 Health Econ Policy Law 2015; 10:83-99.
- 672 (4) Wenzl M, McCuskee S, Mossialos E. Commissioning for equity in the NHS: rhetoric and  
673 practice. Br Med Bull 2015; 115:5-17.
- 674 (5) Cribb A. Organizational reform and health-care goods: concerns about marketization in the UK  
675 NHS. J Med Philos 2008; 33:221-40.
- 676 (6) Green A, Ross D, Mirzoev T. Primary Health Care and England: the coming of age of Alma  
677 Ata? Health Policy 2007; 80:11-31.
- 678 (7) Donnelly J. Universal human rights in theory and practice. Ithaca: Cornell University Press;  
679 2013.
- 680 (8) Scott-Samuel A, Bambra C, Collins C, Hunter DJ, McCartney G, Smith K. The impact of  
681 Thatcherism on health and well-being in Britain. Int J Health Serv 2014; 44:53-71.
- 682 (9) Akerman M. O sistema de saúde britânico após as reformas de 1991: uma avaliação inicial.  
683 Saúde Soc 1993; 2:85-99.
- 684 (10) Jardimovski E, Guimarães PCV. O desafio da equidade no setor saúde. Revista de  
685 Administração de Empresas 1993; 33:38-51.
- 686 (11) Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para  
687 o SUS. Saúde Soc 2007; 16:7-17.
- 688 (12) Pollock A. NHS plc.: the privatisation of our health care. Bath: Verso Books; 2004.
- 689 (13) Pollock AM, Price D. Duty to care: in defence of universal health care. London: Centre for  
690 Labour and Social Studies; 2013.
- 691 (14) Leichter HM. A comparative approach to policy analysis: health care policy in four nations.  
692 Cambridge: Cambridge University Press; 1979.
- 693 (15) Bevan G, Robinson R. The interplay between economic and political logics: path dependency  
694 in health care in England. J Health Polit Policy Law 2005; 30:53-78.
- 695 (16) Porto S, Martins M, Travassos C, Viacava F. Avaliação de uma metodologia de alocação de  
696 recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23:1393-404.
- 697 (17) Oliver A. The English National Health Service: 1979-2005. Health Econ 2005; 14 Suppl  
698 1:S75-99.
- 699 (18) Boyle S. Health system review. Brussels: European Observatory on Health Systems and  
700 Policies; 2011.
- 701 (19) Enthoven AC. Internal market reform of the British National Health Service. Health Aff  
702 (Millwood) 1991; 10:60-70.

- 703 (20) Propper C. Market structure and prices: the responses of hospitals in the UK National Health  
704 Service to competition. *J Public Econ* 1996; 61:307-35.
- 705 (21) Whynes DK, Baines DL. Primary care physicians' attitudes to health care reform in England.  
706 *Health Policy* 2002; 60:111-32.
- 707 (22) Wilkin D. Primary care budget holding in the United Kingdom National Health Service:  
708 learning from a decade of health service reform. *Med J Aust* 2002; 176:539-42.
- 709 (23) Harrison S. Working the markets: purchaser/provider separation in English health care. *Int J*  
710 *Health Serv* 1991; 21:625-35.
- 711 (24) Macedo ME, Alves AM. Reforma administrativa: o caso do Reino Unido. *Revista do Serviço*  
712 *Público* 2014; 48:62-83.
- 713 (25) Howell J. Re-examining the fundamental principles of the NHS. *BMJ* 1992; 304:297-9.
- 714 (26) Le Grand J. Motivation, agency, and public policy: of knights and knaves, pawns and queens.  
715 Oxford: Oxford University Press; 2003.
- 716 (27) Aldridge A. The market. Cambridge: Polity; 2005.
- 717 (28) Rawlins M. In pursuit of quality: the National Institute for Clinical Excellence. *Lancet* 1999;  
718 353:1079-82.
- 719 (29) Maynard A, Bloor K, Freemantle N. Challenges for the national institute for clinical  
720 excellence. *BMJ* 2004; 329:227.
- 721 (30) Claxton K, Sculpher M, Drummond M. A rational framework for decision making by the  
722 National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Lancet* 2002; 360:711-5.
- 723 (31) Culyer A, McCabe C, Briggs A, Claxton K, Buxton M, Akehurst R, et al. Searching for a  
724 threshold, not setting one: the role of the National Institute for Health and Clinical Excellence. *J*  
725 *Health Serv Res Policy* 2007; 12:56-8.
- 726 (32) Steinbrook R. Saying no isn't NICE: the travails of Britain's National Institute for Health and  
727 Clinical Excellence. *N Engl J Med* 2008; 359:1977-81.
- 728 (33) Trowman R, Chung H, Longson C, Littlejohns P, Clark P. The National Institute for Health and  
729 Clinical Excellence and its role in assessing the value of new cancer treatments in England and  
730 Wales. *Clin Cancer Res* 2011; 17:4930-5.
- 731 (34) Jones L, Exworthy M, Frosini F. Implementing market-based reforms in the English NHS:  
732 bureaucratic coping strategies and social embeddedness. *Health Policy* 2013; 111:52-9.
- 733 (35) Exworthy M, Powell M, Mohan J. Markets, bureaucracy and public management: the NHS:  
734 quasi-market, quasi-hierarchy and quasi-network? *Public Money & Management* 1999; 19:15-22.
- 735 (36) Allen P. An economic analysis of the limits of market based reforms in the English NHS. *BMC*  
736 *Health Serv Res* 2013; 13 Suppl 1:S1.
- 737 (37) Stevens S. Reform strategies for the English NHS. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23:37-44.

- 738 (38) Roland M, Rosen R. English NHS embarks on controversial and risky market-style reforms in  
739 health care. *N Engl J Med* 2011; 364:1360-6.
- 740 (39) Warwick P. Back to the future in NHS reform. *J Health Organ Manag* 2007; 21:194-204.
- 741 (40) Ellis RP, Vidal-Fernandez M. Activity-based payments and reforms of the English hospital  
742 payment system. *Health Econ Policy Law* 2007; 2:435-44.
- 743 (41) Goddard AF. Health reforms: are doctors onboard or overboard? *Clin Med (Lond)* 2007; 7:380-  
744 2.
- 745 (42) Hassenteufel P, Smyrl M, Genieys W, Moreno-Fuentes FJ. Programmatic actors and the  
746 transformation of European health care states. *J Health Polit Policy Law* 2010; 35:517-38.
- 747 (43) McDonald R. Market reforms in English primary medical care: medicine, habitus and the  
748 public sphere. *Sociol Health Illn* 2009; 31:659-72.
- 749 (44) Pollock A, Price D. The break-up of the NHS: implications for information systems. In: Watson  
750 P, editor. *Health care reform and globalisation: the US, China and Europe in comparative*  
751 *perspective*. Oxford: Routledge; 2012. p. 25-39.
- 752 (45) Pollock AM, Roderick P. Trust in the time of markets: protecting patient information. *Lancet*  
753 2014; 383:1523-4.
- 754 (46) Pollock AM, Price D, Roderick P, Treuherz T, McCoy D, McKee M, et al. How the Health and  
755 Social Care Bill 2011 would end entitlement to comprehensive health care in England. *Lancet* 2012;  
756 379:387-9.
- 757 (47) Pollock A, Price D. The final frontier: the UK, 's new coalition government turns the English  
758 National Health Service over to the global market. *Health Sociol Rev* 2011; 20:294-305.
- 759 (48) Pollock A, Kondilis E, Price D, Kirkwood G, Harding-Edgar L. *Blaming the victims: the trust*  
760 *special administrator's plans for south east London*. London: Centre for Primary Care and Public  
761 Health, Queen Mary, University of London; 2013.
- 762 (49) Giovanella L, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal  
763 care under threat? *Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain*. *Cad*  
764 *Saúde Pública* 2014; 30:2263-81.



**Tabela 1:** Características do Serviço Nacional de Saúde inglês (NHS) anteriores e posteriores ao processo de liberalização.

Características	NHS pré-liberalização	NHS pós-liberalização
Financiamento	Público (impostos)	Público (impostos); Privado (investimentos PFI)
Alocação financeira	Definida por: Área geográfica; Características da população; Necessidades de saúde	Definida por: Grupos de Comissionamento Clínico ( <i>Clinical Commissioning Groups</i> ); Decisões baseadas em demandas clínicas específicas de clientes cadastrados; Listagem de clientes cadastrados por GP; Contratualização
Provisão de serviços	Provisão combinada de forma cooperativa entre diferentes áreas do cuidado em saúde; Propriedade estatal; Remuneração salarial no setor especializado e hospitalar; GP: pagamento por capitação por população coberta; Financiamento em bloco; Serviços de alta complexidade exclusivamente públicos	Competição entre serviços baseada principalmente em modelos de custo-efetividade; Independência entre serviços outrora combinados de forma colaborativa/complementar; Sobreposição da oferta; Orçamento local do GP proporcional a indicadores de produtividade baseados em patologias clínicas; Estímulo ao mercado de saúde independente do NHS por meio de incentivo à participação privada para serviços com listas de espera – contratualização privada com financiamento público (principalmente para procedimentos eletivos)
Gestão do sistema	Autoridades de Planejamento em Saúde: Serviços primários, secundários e terciários definidos por área geográfica de maneira hierarquizada; Responsabilidade legal do Secretário de Saúde	Agências Reguladoras (NICE, CQC, HSCIC, <i>Monitor</i> ); Responsabilidade legal partilhada/obscura (retirada do <i>duty of care</i> do Secretário de Saúde); Gestão Individualizada voltada para a listagem de clientes do GP
Ênfase do controle administrativo	Controle social: Departamento de Saúde; Profissionais de saúde; Usuários	Controle empresarial: Acionistas; Conselhos de administração; Departamento de Saúde descentralizado em agências independentes

CQC: *Care and Quality Commission*; GP: *General Practitioners*; HSCIC: *Health and Social Care Information Centre*; NICE: *National Institute for Health and Care Excellence*; PFI: *Private Finance Initiatives*.

Fonte: elaboração própria, adaptada e baseada em Pollock <sup>12</sup>, Pollock & Price <sup>13,47</sup> e Pollock et al. <sup>46,48</sup>.



**Figura 1:** Histórico esquemático do Serviço Nacional de Saúde inglês (NHS) e os subsequentes estágios da sua liberalização.

CCG: *Clinical Commissioning Groups*; CQC: *Care and Quality Commission*; GP: *General Practitioners*; NICE: *National Institute for Health and Care Excellence*; PCT: *Primary Care Trusts*.