

■ CIÊNCIA E TECNOLOGIA

SAÚDE

Um sistema estatal que atende bem à população sem desperdiçar verbas

por Mark Suzman
Financial Times

Os ministros das Finanças que buscam maneiras de restringir aumentos alarmantes de seus orçamentos nacionais de saúde deveriam examinar o venerável Serviço Nacional de Saúde (NHS) da Inglaterra. O serviço estatal se destaca como um duradouro reduto de estabilidade fiscal em uma era em que populações em envelhecimento, aliadas à conscientização crescente e disponibilidade rapidamente crescentes de tratamentos exóticos, ameaçam os orçamentos nacionais da maioria dos países industrializados.

Em 1992 a Inglaterra gastou apenas 7,1% de seu Produto Interno Bruto em saúde privada e pública, comparados com 8,7% na Alemanha, 9,4% na França e 14% nos Estados Unidos. Embora os gastos em saúde na Inglaterra estejam em expansão, isto tem ocorrido a ritmo persistentemente mais lento do que na maioria dos países.

O sistema britânico custa pouco e é eficaz, pelos padrões internacionais. Com base em indicadores amplos de saúde como expectativa de vida e taxas de mortalidade infantil, a Inglaterra apresenta um desempenho no mínimo tão bom quanto os outros principais países desenvolvidos, e melhor do que a maioria deles.

Parte da chave dessa história de sucesso não é mais complicada do que a afeição pública. O NHS foi introduzido por um governo trabalhista em 1948 em uma eclosão de sentimento igualitário pós-guerra. A idéia era de que a melhor assistência médica disponível seria custeada por verbas públicas, disponível a todos e fornecida grátis no ponto de uso. O serviço foi financiado pela receita tributária geral, com o dinheiro sendo canalizado diretamente às autoridades de saúde e delas para hospitais e médicos conforme as necessidades.

Durante as quatro décadas subse-

saúde privados como a única forma de obter serviços razoáveis para doenças sem maior seriedade. O número continuou a aumentar rapidamente durante os anos 80, com quase 10% contratando alguma cobertura particular no fim da década. Um relatório da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) observou que "o sistema de direção e controle do Serviço Nacional de Saúde carecia de flexibilidade", incentivos à eficiência, informações (e, conseqüentemente, prestação de contas) e opção de fornecedores para tratamento secundário".

Em 1991, o governo conservador introduziu reformas radicais orientadas ao mercado que procuravam resolver esses problemas sem sacrificar os princípios originais do serviço. A idéia básica era acabar com o antigo sistema de controle centralizado que supervisionava todos os aspectos da assistência de saúde ao criar um mercado interno de serviços médicos. A esperança era de que isso estimulasse a inovação e melhorasse os serviços sem uma infusão substancial de verbas estatais adicionais.

De um lado estariam os "compradores": autoridades de saúde e, cada vez mais, médicos de família com controle de seus próprios orçamentos e chamados de detentores de fundos. No outro estariam os "fornecedores": principalmente hospitais essenciais, que se transformariam em "trusts" autônomos.

Metas de eficiência

Os "compradores" agiriam em nome de seus pacientes para destinar fundos aonde o tratamento tinha mais sucesso, introduzindo portanto um elemento de competição entre os "fornecedores". Os hospitais, que antes gastavam livremente (e, muitas vezes, acima de) suas verbas, tiveram fixadas metas de eficiência e foram obrigadas a prover um retorno anual sobre seus ativos. Para administrar todo o sistema,

quentes, ficou aos poucos aparente, como aconteceu em outros países, que essa promessa era extremamente difícil de se cumprir. Mas a popularidade básica do sistema significou que governos sucessivos não tiveram outra opção, a não ser mantê-lo em operação. Finalmente em 1991, o governo conservadora de Margaret Thatcher introduziu uma reforma radical da administração do sistema, que parece ter obtido sucesso no controle de custos e na melhoria dos serviços.

O NHS original era um sistema de organização centralizada, desengonçado e totalmente carente de incentivos aos que apresentam bom desempenho, mas que manteve controle sobre o que passou a ser algumas das principais áreas de escalada de custos em outros países. Por exemplo, os médicos britânicos recebiam contratos globais baseados mais ou menos no número de pacientes registrados de cada um, embora a maioria dos outros países tenha preferido usar métodos de pagamento de honorários por serviços prestados.

Isso significou que os médicos britânicos não tinham nenhum interesse em receitar terapias desnecessárias, mesmo que o paciente as quisesse. Da mesma forma, o clínico geral agia como um "guarda de portão" para pessoas que exigiam terapias especializadas, reduzindo ainda mais a utilização de especialistas caros.

Listas de espera

O sistema apoiava a excelência no trato de emergências e cirurgias sofisticadas, mas teve um histórico menos que espetacular no que se refere a terapias não essenciais. Os custos eram limitados em geral, apesar das novas tecnologias e da crescente disputa de fundos governamentais por áreas como a habitação e a educação. Mas foram contidos somente às custas de racionamento implícito. No fim da década de 1970, as listas de espera por muitos tratamentos secundários eram de mais de dois anos – de forma que muita gente morria antes que chegasse sua vez de ser operado.

O público ficou ofendido com as inevitáveis desigualdades de uma parte do racionamento, como, por exemplo, as máquinas de diálise renal. O descontentamento foi exacerbado pela situação cada vez mais deplorável de muitas das instalações do NHS, já que os gastos de capital raramente eram suficientes para fornecer os consertos necessários a hospitais, muitos dos quais dos tempos vitorianos.

Na segunda metade da década de 1970, uma crescente proporção da população recorria aos planos de

nesse meio tempo, uma nova geração de gerentes profissionais foi treinada e recrutada.

Depois de cinco anos, o país ainda não conseguiu decidir se as controvertidas mudanças foram um sucesso. "O maior problema é a falta de dados e análises apropriados", diz o professor Nicholas Mays, diretor de pesquisa do King's Fund, um centro de estudos independente de política de saúde. "Realmente levará pelo menos outros cinco anos para podermos avaliar a questão adequadamente".

Mesmo assim, algumas avaliações são possíveis. Talvez mais importante, embora permanecesse um dos sistemas de saúde mais baratos do mundo, o Serviço Nacional de Saúde britânico fez melhorias significativas em desempenho. No fim de março passado, por exemplo, o número de pessoas à espera de tratamento hospitalar por mais de 12 meses havia caído abaixo de 5 mil, apesar do aumento do número de pacientes tratados, em relação aos 200 mil por ano em 1990-91.

Entretanto, os críticos dizem que o desempenho ainda não é suficientemente bom. O Partido Trabalhista, de oposição, alega que esses êxitos alardeados pelo governo ocorreram às custas de problemas crescentes em outras áreas, como escassez de leitos e de pessoal hospitalar.

Até alguns defensores das mudanças sentem que as melhorias não aconteceram com tanta rapidez como deveriam. "Não há dúvida de que as reformas resultaram em aumentos de eficiência, mas estes não foram tão substanciais como os obtidos por outros setores de serviços durante os últimos dez anos", diz Kingsley Manning, diretor da Newchurch & Co., uma empresa de consultoria.

Embora discordem em suas avaliações do impacto das mudanças, quase todos os observadores concordam que o NHS, como os sistemas nacionais de saúde de outros países, enfrenta enormes desafios.

Um relatório mais recente do King's Fund, por exemplo, diz que é necessário um plano hospitalar nacional para administrar os "inevitáveis fechamentos de hospitais".

Segundo Alan Langlands, o principal executivo do NHS, isso também deve significar que haverá mais melhorias. "Nossos objetivos não são apenas maior eficiência, com sensibilidade e equidade", diz ele.

Embora o sucesso do serviço em cumprir as últimas duas metas possa não ser totalmente apreciado por aqueles nas listas de espera ou pelo número ainda crescente de pacientes particulares, sua atuação no primeiro caso deve ser invejado por governos carentes de recursos financeiros em muitos outros países.