

## 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 Filippou<sup>1</sup>

Ligia Giovanella<sup>2</sup>

Mariana Konder<sup>3</sup>

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

### 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.*

*Sistemas de Saúde; Serviços de Saúde; Política de Saúde; Planos e Programas de Saúde*

<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

J. Filippou  
Centre for Primary Care and Public Health, Queen Mary & University of London,  
58 Turner Street, London /  
London - E1 2AB, U.K.  
jonathanfilippou@gmail.com

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

Apesar da aparente unicidade de valores e denominação compartilhada, desde 1999 cada país membro do Reino Unido conta com um sistema nacional de saúde independente: o NHS escocês, o NHS da Irlanda do Norte, o NHS do País de Gales e, finalmente, o NHS inglês. O *Health and Social Care Act* de 2012<sup>1</sup> regula apenas a reforma do sistema de saúde da Inglaterra, responsável pela atenção à saúde de 53,5 milhões de pessoas. O Ato Parlamentar pouco modificou os serviços do ponto de vista da população, pois o acesso à atenção à saúde não foi imediatamente alterado. Apesar da manutenção do financiamento público fiscal, internamente o sistema passou por extenso processo de reformas que podem afetar o direito universal à saúde. Mediados pela nova legislação parlamentar, processos anteriormente incipientes de fragmentação organizacional da atenção à saúde nas áreas administrativas, institucionais e, fundamentalmente, nas relações financeiras do gasto público, foram radicalizados, multiplicando-se agentes intermediários entre compradores e prestadores de serviços. Reformas administrativas no NHS ocorrem desde o seu estabelecimento em 1948, o que sobressai na proposta de 2012 é o aprofundamento da liberalização tanto nos fundamentos teóricos que informam a reforma como nas medidas administrativas: mudanças estruturais do sistema de saúde; queda do consenso social do Sistema de Bem-Estar Social; defesa da legitimidade do mercado em atender às demandas sociais por meio da redução da atuação do Estado<sup>5,6</sup>; e estímulo aos elementos organizacionais que emulam o mercado dentro da administração pública.

Por que mudanças administrativas no sistema de saúde inglês podem ser significativas para grande parte dos sistemas de saúde no mundo?

O NHS representa um referencial avant-garde de sistemas universais de saúde e simboliza (ou simbolizava) o necessário limite à influência do mercado para a garantia da universalidade de acesso à saúde como direito social<sup>5</sup>. Suas reformas são rapidamente difundidas e influenciam debates e implantação de políticas de saúde em outros países.

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

O *Relatório Beveridge* em 1942, encomendado pelo governo de coalizão de conservadores e trabalhistas durante a Segunda Guerra Mundial, estabeleceu as bases teóricas do NHS, e foi pioneiro na proposição de políticas sociais redistributivas, objetivo maior do Estado de Bem-Estar Social. O NHS iniciou suas atividades como sistema universal de saúde em 1948, e desde a sua implantação sofreu reformas em resposta às mudanças econômicas, sociais e políticas ocorridas ao longo das décadas, intensificadas a

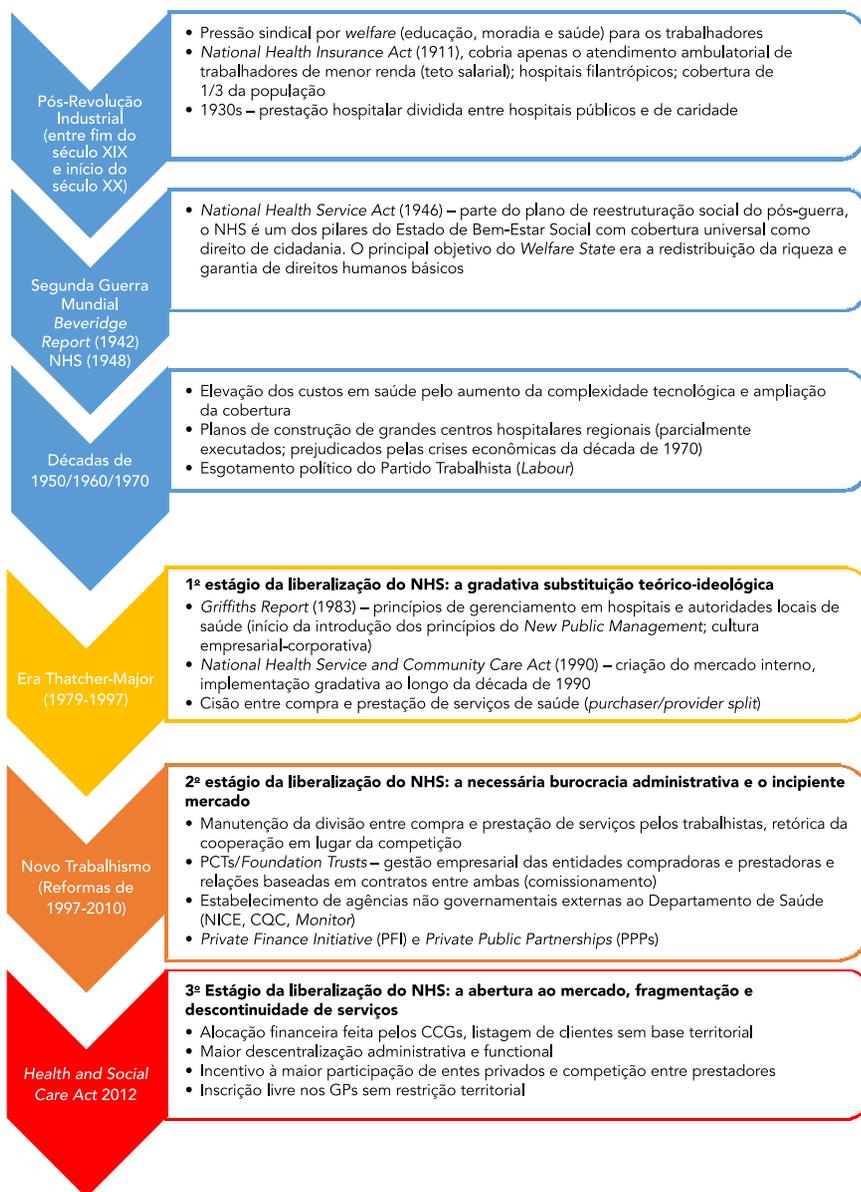
partir das crises econômicas da década de 1970 e do aumento do gasto e complexidade do cuidado em saúde. Os Departamentos de Saúde e Seguridade Social foram unificados em 1968 (*UK Department of Health and Social Security*) e a organização local do sistema foi alterada em 1974 (*National Health Service Reorganization Act*) na tentativa de promover maior integração entre serviços, criando-se as autoridades locais de saúde. O propósito dessas reformas foi diminuir a fragmentação da atenção à saúde, modificar o cenário de favorecimento financeiro aos hospitais de ensino e estender a prioridade a outros serviços que não os hospitais para agudos. Promoveu-se a transição de um sistema de financiamento por instituições para um planejamento integrado de serviços, por meio das Autoridades de Saúde de Área (AHA), organização por território e uso de fórmula alocativa de recursos conforme as necessidades <sup>15</sup>. Foi instituída metodologia com medidas de necessidades locais de saúde (*Resource Allocation Working Party* – RAWP), substituindo as transferências financeiras que seguiam médias históricas. Essas mudanças foram inovadoras, no que concerne à melhoria da eficiência e equidade do sistema, e viriam a influenciar as políticas de saúde em outros países nas décadas subsequentes <sup>16</sup>.

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

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

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*.

O monitoramento da provisão dos serviços de atenção primária era desempenhado pelos Comitês de Médicos de Família, financiados diretamente pelo Departamento de Saúde<sup>17</sup>.

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

Em 1983, o *Relatório Griffiths*, encomendado por Thatcher, fez duras críticas ao gerenciamento das instituições do NHS, inaugurando um período

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 PFIs)
Alocação financeira	Definida por: Área geográfica; Características da população; Necessidades de saúde	Definida por: Grupos de Comissionamento Clínico (Clinical Commissioning Groups); 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, Monitor); Responsabilidade legal partilhada/obscura (retirada do duty of care 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>.

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

Nesse período, *pari passu* com o processo de transformação da cultura organizacional vi-

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

Além da nova separação dos departamentos de Saúde e Seguridade Social em 1988, esta etapa inicial foi marcada de maneira fundamental pelo *National Health Service and Community Care Act* de 1990. Essa reforma foi reconhecida na literatura como a *Market Reform* <sup>12,18,19,20</sup>, pois abriu setores específicos do sistema a entes privados e introduziu o chamado mercado interno no NHS, separando os atos de comprar e de prestar serviços (*purchaser/provider split*). Os compradores receberiam recursos diretamente do Departamento de Saúde, os prestadores competiriam entre si para obter fundos e prestar serviços, com base em contratos comerciais. A justificativa teórica da natureza competitiva do mercado interno era de que este ofereceria os incentivos necessários para que os prestadores melhorassem seu desempenho em termos de eficiência e resposta às demandas. As decisões financeiras e gerenciais foram descentralizadas, passaram do nível central, o Departamento de Saúde, para o nível local, personificado nas figuras dos compradores e prestadores <sup>17,21</sup>.

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

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

A reforma foi tão significativa que ecoou na incipiente literatura científica brasileira do período sobre o tema. Akerman <sup>9</sup> questiona se a

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

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

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

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

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

O mandato de John Major, primeiro-ministro do Partido Conservador que substituiu Margaret Thatcher, buscou levar a cabo a consolidação do

mercado interno e combater a burocracia estatal no NHS.

Assim, foram abolidas as 14 Autoridades de Saúde (herança trabalhista anterior a Thatcher) e introduzidas adaptações no modelo de GP-FH. A fim de possibilitar maior diversidade na provisão da atenção primária, introduziu-se a possibilidade da remuneração assalariada de GPs<sup>17</sup>. Diversas variantes de GP-FH foram desenvolvidas, em geral promovidas por gestores e GPs que não aderiram ao modelo de FH: *Community fundholders*, que compravam apenas serviços comunitários ligados à atenção primária em saúde; os chamados *Multi-funds*, que consistiam de agrupamentos de GP-FH que compartilhavam o gerenciamento de seus orçamentos e os respectivos custos administrativos das compras; os Grupos de Compra, em que coletivos de GPs que não gerenciavam orçamentos atuavam em conjunto com as Autoridades de Saúde para influenciar o processo de compra de serviços em suas áreas geográficas de atendimento<sup>22</sup>. A implantação dos GP-FH foi gradual para contornar a rejeição inicial da categoria médica e para evitar que uma mudança drástica desestabilizasse o NHS frente à população. O processo de adesão ao GP-FH contou com uma primeira onda de entusiastas, seguido de uma onda de interessados em atuar como grupos (*Community fundholders* e *Multi-funds*) e, por fim, uma terceira onda derivada de um efeito cascata do crescimento do modelo proposto<sup>21</sup>. Em 1996, 50% dos GPs haviam aderido ao modelo de *fundholding*<sup>17,21</sup>. A contenção de custos relacionada às prescrições foi o efeito mais imediato dos GP-FH, levando à adoção de incentivos por parte do governo para induzir GPs ainda independentes. Em geral, os modelos de *fundholding* produziram ganhos em extensão e efetividade dos serviços, ao custo, porém, da elevação dos gastos de gestão, do aumento dos custos de transação entre serviços e do incremento de desigualdades de acesso entre usuários dos diferentes modelos (GPs vinculados ao modelo *fundholding* vs. independentes)<sup>21,22</sup>.

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

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

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

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

O modelo configurado nesse estágio intermediário em que a liberalização do NHS começou a se cristalizar é designado como quase mercado<sup>26</sup>. A saúde não foi o único setor público atingido, outros setores em que a explícita privatização de serviços enfrentou rejeição social igualmente tornaram-se quase-mercados a partir dessas reformas de modernização do aparelho estatal. Nesses sistemas, o Estado providencia o financiamento para as transações, a demanda é controlada por agentes compradores apontados pelo próprio Estado, que agem no lugar dos consumidores e, finalmente, o serviço é ofertado por organizações sociais sem fins lucrativos ou empresas públicas que competem entre si pelo provimento de produtos<sup>26,27</sup>.

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

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

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

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

Em 2000, o chamado *NHS Plan* inaugurou um período de progressivo aporte financeiro ao NHS e maior destaque para a atenção primária à saúde por meio da transformação dos PCGs em PCTs <sup>6,18</sup>. Os PCTs incluíram todos os GPs de determinada área geográfica, que cobriam cerca de 200 mil pessoas, e eram responsáveis pela atenção à saúde daquela população com três funções: melhorar a saúde (saúde pública); comissionar/contratualizar e comprar serviços de saúde (hospitais e especializados); prover e desenvolver serviços de atenção primária e serviços comunitários de saúde (crianças com deficiência, saúde mental). Como órgão administrativo do NHS em nível local, aos PCTs cabia: gerir orçamentos dimensionados por capitação, incluindo gastos farmacêuticos; desempenhar amplo papel na contratualização de serviços especializados e hospitalares; prover serviços comunitários e de atenção primária <sup>17</sup>. Em 2000, havia 17 PCTs, um ano depois, em 2001, eram 164, e em 2003 passaram a 211, quando os PCGs restantes foram transformados em PCTs <sup>18,22</sup>.

As HAs também sofreram fusões, resultando em 28 *Strategic Health Authorities* (SHA), que, uma vez que os PCTs absorveram toda a extensão da função de contratualização, tornaram-se responsáveis pelo planejamento estratégico e gerenciamento de desempenho das organizações de saúde do que foi chamado o “Novo NHS” <sup>6,17,22</sup>.

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

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

A constituição dessas organizações representa a transição para um modelo regulatório independente do Departamento de Saúde dentro do

NHS<sup>18</sup>. A delegação administrativa é uma marca desse período, reduzindo-se gradativamente com ela a responsabilidade central do Estado na figura do Secretário de Saúde, cargo equivalente ao de Ministro da Saúde no poder executivo brasileiro. A retórica reformista no NHS transitou da competição, promovida pelos conservadores, para a regulação promovida pelos trabalhistas<sup>15</sup>.

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

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

- **O segundo governo Blair: competição por metas e performances (2001-2004)**

Apesar do impacto administrativo da primeira onda da reforma dos trabalhistas a partir de 1997, o problema das listas de espera para procedimentos eletivos e a preocupação da opinião pública a respeito da qualidade do NHS provocaram uma segunda onda de reformas. Essas, aumentaram o controle regulatório sobre o sistema, introduzindo metas e medidas de performance e incitaram ainda mais a participação do setor privado na oferta de serviços<sup>37</sup> visando à competição destes prestadores com o setor público. Tais medidas tomadas pelos trabalhistas ingleses são consideradas como a aproximação definitiva do NHS aos mecanismos de mercado, concretizados no alcance de metas e performance de estabelecimentos não necessariamente ligados à administração central do Departamento de Saúde, sedimentando a lógica de consumo/produção de serviços no sistema público<sup>38</sup>. A crença de que o setor privado poderia liderar o caminho de uma maior eficiência do setor público influenciou diretamente a segunda fase do período trabalhista de Tony Blair. Previamente objetivos conservadores, a pluralidade de presta-

dores, a introdução da possibilidade de escolha do consumidor e a competição, foram retomados e viabilizados de forma prática pela provisão privada direta. A introdução do *ethos* e *status* privado para os prestadores do NHS pelos trabalhistas caracterizou esse período<sup>6,15,39</sup>.

Uma das políticas básicas do segundo momento trabalhista foi a introdução do pagamento por resultados (*Payment by Results* – PbR), semelhante ao sistema de grupos de diagnósticos (*Diagnosis-Related Groups* – DRGs) do Medicare estadunidense, uma estratégia que propunha que o financiamento seguiria o usuário<sup>15,17</sup>. Na prática, consistia na remuneração por atividades aos prestadores, incrementando valores por resultados, forçando a competição entre estes por maior qualidade em lugar de um sistema de competição de preços. A implementação desse processo teve como consequência a priorização dos procedimentos de cobrança mais fácil e com possibilidade de maior volume, prejudicando o cuidado complexo de pacientes com condições crônicas, além de não garantir o aprimoramento da qualidade<sup>40,41</sup>. Outra estratégia foi a *Choice Initiative* que, apoiada no discurso da ampliação da escolha do usuário, promoveu a diversificação de prestadores, permitindo a entrada da iniciativa privada na provisão de serviços. A oferta de um provedor privado entre as alternativas tornou-se prática corrente em casos de encaminhamentos para a atenção especializada<sup>17,39</sup>.

Apoiando-se no discurso de aumento da qualidade na provisão da assistência à saúde, os trabalhistas não se detiveram em barreiras ideológicas ou organizacionais para desenvolver e colocar em prática as Iniciativas de Financiamento Privado (*Private Finance Initiatives* – PFI), que constituíram um recurso direto de intermediação de investimentos privados nos *NHS Trusts*<sup>15,17</sup>. As PFIs, concebidas no início da década de 1990 durante o governo conservador, permitiam que consórcios de empresas privadas (como construtoras, empresas prestadoras de serviços gerais e bancos) levantassem fundos (a partir da emissão de ações e da obtenção de empréstimos) para construir e operar instalações que teriam funções públicas, como hospitais. Os hospitais, por sua vez, alugariam essas instalações (de propriedade privada), incluídos os serviços de manutenção e equipes de apoio, por períodos de 25-30 anos. As empresas por meio desses consórcios lucrariam, com retorno financeiro garantido por longos períodos, e o governo poderia construir novos hospitais sem incorrer em gastos orçamentários imediatos ou aumento de impostos. O governo trabalhista aderiu à estratégia das PFIs logo em seus primeiros anos, apresentando um projeto de expansão do número de hospitais

pertencentes ao NHS. Com a política delineada no *Delivering the NHS Plan* de 2002, projetava-se a expansão da rede hospitalar por meio das PFI, consolidando-se as tendências pró-mercado do governo trabalhista<sup>12</sup>. No cenário mais amplo de abertura dos serviços de saúde à iniciativa privada em países-membros da União Europeia, esse processo pôde também ser compreendido como uma política de Estado para privilegiar as empresas britânicas no emergente mercado internacional da saúde<sup>13</sup>.

Em síntese, o governo trabalhista, na prática, reteve o mercado interno criado pelos conservadores, deslocando a ênfase da competição para a cooperação com gestão centrada no desempenho. O recurso a um vocabulário alternativo – retórica da cooperação e regulação – permitiu evitar os questionamentos sobre as conexões com as iniciativas passadas da Era Thatcher<sup>6,39</sup>. Não obstante, com a introdução de mecanismos de competição institucional para promover mudanças, reforçou-se a tendência já iniciada no período anterior de transformação do papel do Estado de financiador/provedor para financiador/regulador<sup>5,42</sup>. O racional mercadológico dos conservadores persistiu nas reformas dos trabalhistas, expandindo progressivamente os limites de reforma aceitáveis do ponto de vista do setor público. Ampliou-se o envolvimento do setor privado, resultando na progressiva erosão da fronteira entre os dois setores na provisão de serviços de saúde<sup>5,42</sup>.

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

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

O terceiro estágio do processo de liberalização do NHS é a efetiva abertura do sistema ao mercado, que tem seu ápice no *Health and Social Care Act* de 2012. Precedendo esse momento, a política do *Practice Based Commissioning* (PBC), a partir de 2005, reintroduziu a possibilidade de grupos de GPs gerirem orçamentos para comprar serviços e implementar planos de cuidados padronizados. O PBC também incluiu um processo de revisão dos encaminhamentos dos GPs por pares, contraditoriamente limitando a liberdade das características individuais destes mesmos planos de cuidado. A introdução do PBC significou a descentralização interna dos PCTs, concomitantemente transformando os vínculos anteriormente cooperativos entre a atenção primária à saúde e

a atenção secundária em relações de competição<sup>6,43</sup>, servindo de embrião administrativo para a implantação dos *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) da reforma de 2012.

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

O *Health and Social Care Act* de 2012 potencialmente modificou as obrigações governamentais, e foi considerado uma renúncia por parte do governo inglês, na figura do Ministro da Saúde, à responsabilidade mandatória de prover serviços de saúde compreensivos/integrais, dando fim ao chamado *duty of care*, equivalente ao direito à saúde enquanto dever do Estado presente no texto constitucional brasileiro. Ainda que na prática essa renúncia não se concretizasse imediatamente em mudanças no cotidiano dos serviços, outras proposições da nova lei efetivamente abriram espaço para que entidades privadas, como os serviços de apoio aos CCGs na compra de serviços de saúde especializados e hospitalares, determinassem o escopo dos procedimentos a serem comprados, controlando a oferta. Simultaneamente a essa fragilização da garantia de acesso aos serviços e abrangência dos mesmos, outra mudança fundamental foi o abandono do critério geográfico como base da alocação de recursos e estruturação dos serviços. Os CCGs tornam-se responsáveis apenas pelo conjunto de pacientes cadastrados em suas listas de clientes, e não pela totalidade de residentes de um território determinado, exceto para serviços de urgência. Isso significa que um CCG, além de não ser obrigado a comprar serviços de saúde para a população de uma determinada região, poderia contar em sua lista de pacientes cadastrados com pacientes oriundos de outras regiões, qualquer que fosse a distância geográfica. Processo semelhante, que inclusive consta em legislação à parte, foi estruturado na atenção primária à saúde, em que a suspensão dos limites geográficos como fator de

restrição para seleção do GP já estava em vigor. O resultado prático dessa mudança é que tanto GPs como CCGs poderiam disputar pacientes/clientes para seus respectivos serviços, em todo o território inglês. Nesse novo formato, a alocação de recursos tornou-se altamente complexa e os mecanismos de alocação de base populacional deixaram de ser úteis devido à perda do critério geográfico. Na nova estrutura, orçamentos baseados no tamanho da “carteira de clientes” se aproximaram de modelos de seguros das caixas de doença da Europa Continental e dos seguros privados de saúde em geral. Esses modelos comumente culminariam em seleção de risco, copagamentos e necessidade de contratação de seguros complementares <sup>46</sup>.

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

O aprofundamento da descentralização administrativa consubstanciado na nova estrutura do NHS pós-reforma de 2012, aliado à renúncia da prévia lógica territorial de planejamento orçamentário, representaram um risco à equidade do sistema de saúde inglês. Em primeiro lugar, os CCGs dispuseram de limitada capacidade para exercer a atividade de contratualização com vistas à equidade. A manutenção da equidade de um sistema de saúde universalista como o NHS requer produção e análise de dados populacionais, os quais os CCGs não tinham condições de gerar ou mesmo a responsabilidade de analisar. Estruturalmente, os profissionais habilitados para a tarefa, os sanitaristas, com a descentralização de ações de saúde pública, trabalharam nos governos locais/municipais e não nos CCGs.

Além disso, os governos locais não tinham área de atuação administrativa concordante com a dos CCGs. Ademais, um sistema que contava com múltiplos compradores independentes, dispondo de pouca capacidade para influenciar o comportamento dos prestadores, representava riscos para o equilíbrio entre oferta e demanda por serviços de saúde <sup>4</sup>.

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

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

### Considerações finais

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

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

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

A análise da liberalização do NHS em momentos, inicialmente proposta por Pollock<sup>12</sup> e Pollock & Price<sup>47</sup>, e explorada por este artigo, facilita a compreensão de um complexo processo político e administrativo voltado, em última instância, à mudança do ethos público do NHS. O sistema que em sua origem era parte de uma política social redistributiva, garantindo o direito básico à saúde de maneira universal, tornou-se gradativamente parte de um mecanismo de exploração de serviços, direcionado à possibilidade de extrair lucro em uma relação comercial do uso de serviços de saúde. Como em toda relação co-

mercial, situações que desfavoreçam a obtenção de dividendos são rejeitadas por financiadores, levando à inviabilidade financeira e ao fechamento de serviços, consequências já observadas nos primeiros anos pós-reforma de 2012<sup>48</sup>.

A gradativa, porém constante, liberalização do NHS como um todo teve como sua principal e mais grave consequência a restrição do direito universal à saúde. Tal restrição consubstancia-se em barreiras no acesso à saúde e redução de cobertura por discricionariedade dos CCGs na oferta e contratualização de serviços. Ocorreu ainda a estratificação da clientela populacional por seleção de riscos, o abandono do modelo territorializado de planejamento e assistência, e a separação dos cuidados individuais das ações coletivas. A ampliação do controle de acesso a serviços secundários levou ao fechamento de serviços não lucrativos, comprometendo a integralidade do cuidado<sup>49</sup>. Reduções e fechamento de serviços foram observados a partir de 2013, e alguns casos estão ainda pendentes na suprema corte inglesa<sup>48</sup>.

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

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

## Colaboradores

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

## Referências

1. Department of Health. Health and Social Care Act of 2012. London: Department of Health; 2012.
2. Yeates N. Understanding global social policy. Bristol: Policy Press; 2014.
3. Stuckler D, Reeves A, Karanikolos M, McKee M. The health effects of the global financial crisis: can we reconcile the differing views? A network analysis of literature across disciplines. *Health Econ Policy Law* 2015; 10:83-99.
4. Wenzl M, McCuskee S, Mossialos E. Commissioning for equity in the NHS: rhetoric and practice. *Br Med Bull* 2015; 115:5-17.
5. Cribb A. Organizational reform and health-care goods: concerns about marketization in the UK NHS. *J Med Philos* 2008; 33:221-40.
6. Green A, Ross D, Mirzoev T. Primary health care and England: the coming of age of Alma Ata? *Health Policy* 2007; 80:11-31.
7. Donnelly J. Universal human rights in theory and practice. Ithaca: Cornell University Press; 2013.
8. Scott-Samuel A, Bamba C, Collins C, Hunter DJ, McCartney G, Smith K. The impact of Thatcherism on health and well-being in Britain. *Int J Health Serv* 2014; 44:53-71.
9. Akerman M. O sistema de saúde britânico após as reformas de 1991: uma avaliação inicial. *Saúde Soc* 1993; 2:85-99.
10. Jardimovski E, Guimarães PCV. O desafio da equidade no setor saúde. *Revista de Administração de Empresas* 1993; 33:38-51.
11. Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc* 2007; 16:7-17.
12. Pollock A. NHS plc.: the privatisation of our health care. Bath: Verso Books; 2004.
13. Pollock AM, Price D. Duty to care: in defence of universal health care. London: Centre for Labour and Social Studies; 2013.
14. Leichter HM. A comparative approach to policy analysis: health care policy in four nations. Cambridge: Cambridge University Press; 1979.
15. Bevan G, Robinson R. The interplay between economic and political logics: path dependency in health care in England. *J Health Polit Policy Law* 2005; 30:53-78.
16. Porto S, Martins M, Travassos C, Viacava F. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1393-404.
17. Oliver A. The English National Health Service: 1979-2005. *Health Econ* 2005; 14 Suppl 1:S75-99.
18. Boyle S. Health system review. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
19. Enthoven AC. Internal market reform of the British National Health Service. *Health Aff (Millwood)* 1991; 10:60-70.
20. Propper C. Market structure and prices: the responses of hospitals in the UK National Health Service to competition. *J Public Econ* 1996; 61:307-35.
21. Whynes DK, Baines DL. Primary care physicians' attitudes to health care reform in England. *Health Policy* 2002; 60:111-32.

22. Wilkin D. Primary care budget holding in the United Kingdom National Health Service: learning from a decade of health service reform. *Med J Aust* 2002; 176:539-42.
23. Harrison S. Working the markets: purchaser/provider separation in English health care. *Int J Health Serv* 1991; 21:625-35.
24. Macedo ME, Alves AM. Reforma administrativa: o caso do Reino Unido. *Revista do Serviço Público* 2014; 48:62-83.
25. Howell J. Re-examining the fundamental principles of the NHS. *BMJ* 1992; 304:297-9.
26. Le Grand J. Motivation, agency, and public policy: of knights and knaves, pawns and queens. Oxford: Oxford University Press; 2003.
27. Aldridge A. The market. Cambridge: Polity; 2005.
28. Rawlins M. In pursuit of quality: the National Institute for Clinical Excellence. *Lancet* 1999; 353:1079-82.
29. Maynard A, Bloor K, Freemantle N. Challenges for the national institute for clinical excellence. *BMJ* 2004; 329:227.
30. Claxton K, Sculpher M, Drummond M. A rational framework for decision making by the National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Lancet* 2002; 360:711-5.
31. Culyer A, McCabe C, Briggs A, Claxton K, Buxton M, Akehurst R, et al. Searching for a threshold, not setting one: the role of the National Institute for Health and Clinical Excellence. *J Health Serv Res Policy* 2007; 12:56-8.
32. Steinbrook R. Saying no isn't NICE: the travails of Britain's National Institute for Health and Clinical Excellence. *N Engl J Med* 2008; 359:1977-81.
33. Trowman R, Chung H, Longson C, Littlejohns P, Clark P. The National Institute for Health and Clinical Excellence and its role in assessing the value of new cancer treatments in England and Wales. *Clin Cancer Res* 2011; 17:4930-5.
34. Jones L, Exworthy M, Frosini F. Implementing market-based reforms in the English NHS: bureaucratic coping strategies and social embeddedness. *Health Policy* 2013; 111:52-9.
35. Exworthy M, Powell M, Mohan J. Markets, bureaucracy and public management: the NHS: quasi-market, quasi-hierarchy and quasi-network? *Public Money & Management* 1999; 19:15-22.
36. Allen P. An economic analysis of the limits of market based reforms in the English NHS. *BMC Health Serv Res* 2013; 13 Suppl 1:S1.
37. Stevens S. Reform strategies for the English NHS. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23:37-44.
38. Roland M, Rosen R. English NHS embarks on controversial and risky market-style reforms in health care. *N Engl J Med* 2011; 364:1360-6.
39. Warwick P. Back to the future in NHS reform. *J Health Organ Manag* 2007; 21:194-204.
40. Ellis RP, Vidal-Fernandez M. Activity-based payments and reforms of the English hospital payment system. *Health Econ Policy Law* 2007; 2:435-44.
41. Goddard AF. Health reforms: are doctors onboard or overboard? *Clin Med (Lond)* 2007; 7:380-2.
42. Hassenteufel P, Smyrl M, Genieys W, Moreno-Fuentes FJ. Programmatic actors and the transformation of European health care states. *J Health Polit Policy Law* 2010; 35:517-38.
43. McDonald R. Market reforms in English primary medical care: medicine, habitus and the public sphere. *Sociol Health Illn* 2009; 31:659-72.
44. Pollock A, Price D. The break-up of the NHS: implications for information systems. In: Watson P, editor. *Health care reform and globalisation: the US, China and Europe in comparative perspective*. Oxford: Routledge; 2012. p. 25-39.
45. Pollock AM, Roderick P. Trust in the time of markets: protecting patient information. *Lancet* 2014; 383:1523-4.
46. Pollock AM, Price D, Roderick P, Treuherz T, McCoy D, McKee M, et al. How the Health and Social Care Bill 2011 would end entitlement to comprehensive health care in England. *Lancet* 2012; 379:387-9.
47. Pollock A, Price D. The final frontier: the UK's new coalition government turns the English National Health Service over to the global market. *Health Sociol Rev* 2011; 20:294-305.
48. Pollock A, Kondilis E, Price D, Kirkwood G, Harding-Edgar L. Blaming the victims: the trust special administrator's plans for south east London. London: Centre for Primary Care and Public Health, Queen Mary, University of London; 2013.
49. Giovanella L, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:2263-81.

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

*Health Systems; Health Services; Health Policy; Health Programs and Plans*

**Resumen**

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

*Sistemas de Salud; Servicios de Salud; Política de Salud; Planes y Programas de Salud*

---

Recebido em 01/Mar/2016

Versão final rerepresentada em 08/Jun/2016

Aprovado em 24/Jun/2016