

# O “ESPÍRITO DE DUNQUERQUE” E O NHS INGLÊS: TEORIA, HISTÓRIA E EVIDÊNCIAS

Paulo José Whitaker Wolf<sup>1</sup>  
Giuliano Contento de Oliveira<sup>2</sup>

O objetivo deste artigo é analisar as especificidades do National Health Service (NHS), o sistema de saúde público, universal e, em grande medida, gratuito, da Inglaterra, a partir de uma abordagem teórica, histórica e empírica. Argumenta-se que sistemas de proteção social mais sofisticados nos quais se inclui o NHS tendem a ser mais prováveis e resilientes em sociedades menos heterogêneas, dado que, nesses casos, seus benefícios e custos se distribuem de forma menos assimétrica entre os diferentes grupos que a compõem. Uma vez que este não é o caso da sociedade inglesa, o seu surgimento somente foi possível em circunstâncias históricas excepcionais, em que prevaleceu o “espírito de Dunquerque”. Tão logo elas se foram, iniciou-se o processo de reforma desse sistema. As reformas levadas a cabo desde então não foram capazes de melhorar consideravelmente o desempenho do NHS, na medida em que a oferta não foi capaz de atender adequadamente a demanda pelos serviços de saúde. Isso se tornou ainda mais evidente depois da eclosão da crise internacional em 2008, em geral, e europeia, em particular, quando o novo governo de coalizão adotou rigorosas medidas de austeridade que implicaram a redução dos recursos disponíveis para a realização de novos investimentos em pessoal e em infraestrutura. A análise da experiência do NHS indica que a construção de sistemas de proteção social mais sofisticados em sociedades mais heterogêneas é bastante improvável na ausência de circunstâncias históricas excepcionais.

**Palavras-chave:** NHS; sistema de saúde; políticas públicas.

## THE “SPIRIT OF DUNKIRK” AND THE ENGLISH NHS: THEORY, HISTORY AND EVIDENCES

The aim of this paper is to analyze the specificities of the National Health Service (NHS), the public, universal and, in a great extent, free healthcare system of England, from a theoretical, historical and empirical approach. It is argued that a more sophisticated social protection systems in which the NHS is included tend to be more likely and more resilient in heterogeneous societies, since in these cases, their benefits and costs are distributed in a less asymmetrically way among the different groups that compose it. Since this is not the case of the English society, its emergence was only possible in exceptional historical circumstances, in which prevailed the ‘spirit of Dunkirk’. As soon as they were gone, the reform process of the system begun. The reforms carried out since then have not been able to greatly improve the system’s performance, to the extent that the supply was not able to meet properly the demand for healthcare services. This became even more evident after the outbreak of the international crisis in 2008, in general, and in Europe, in particular, when the new coalition government adopted strict austerity measures that led to the reduction of resources available for new investments in staff and infrastructure. The analysis of the NHS experience indicates that the construction of more sophisticated social protection systems in more heterogeneous societies is highly unlikely in the absence of exceptional historical circumstances.

**Keywords:** NHS; healthcare system; public policies.

---

1. Pesquisador do Centro de Estudos de Relações Econômicas Internacionais da Universidade Estadual de Campinas (Ceri/Unicamp). *E-mail:* <paulowolf@gmail.com>.

2. Professor do Instituto de Economia da Unicamp e diretor executivo do Ceri. *E-mail:* <giuliano@eco.unicamp.br>.

## EL “ESPÍRITU DE DUNKERQUE” Y EL NHS INGLÉS: TEORÍA, HISTORIA Y EVIDENCIAS

El objetivo de este artículo es analizar las especificidades del National Health Service (NHS), el sistema de salud público, universal y, en gran medida, gratuito, de Inglaterra, a partir de un enfoque teórico, histórico y empírico. Se argumenta que los sistemas de protección social más sofisticados en los que se incluyen el NHS tienden a ser más probables y resilientes en sociedades menos heterogéneas, ya que, en estos casos, sus beneficios y costos se distribuyen de forma menos asimétrica entre los diferentes grupos que la componen. Una vez que éste no es el caso de la sociedad inglesa, su surgimiento sólo fue posible en circunstancias históricas excepcionales, en las que prevaleció el “espíritu de Dunkerque”. Tan pronto como se fueron, se inició el proceso de reforma de ese sistema. Las reformas llevadas a cabo desde entonces no fueron capaces de mejorar considerablemente el rendimiento del NHS, en la medida en que la oferta no fue capaz de atender adecuadamente la demanda por los servicios de salud. Esto se hizo aún más evidente después de la eclosión de la crisis internacional en 2008, en general, y europea, en particular, cuando el nuevo gobierno de coalición adoptó rigurosas medidas de austeridad que implicaron la reducción de los recursos disponibles para la realización de nuevas inversiones en personal y en infraestructura. El análisis de la experiencia del NHS indica que la construcción de sistemas de protección social más sofisticados en sociedades más heterogéneas es bastante improbable en ausencia de circunstancias históricas excepcionales.

**Palabras clave:** NHS; sistema de salud; políticas públicas.

JEL: H50; I10; I30; O52.

### 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, diferentes sociedades construíram distintos tipos de arranjos com o objetivo de assegurar o atendimento das necessidades fundamentais dos indivíduos, isto é, aquelas associadas às diferentes fontes de insegurança a que está sujeita a vida no capitalismo e que impedem os homens de serem verdadeiramente livres, no sentido de serem capazes de fazer e de ser aquilo que atribui pleno sentido à sua existência. Os sistemas de saúde devem ser entendidos, então, como um segmento desses arranjos, caracterizado pela provisão de um conjunto de serviços destinados a promover, manter ou restabelecer o bem-estar físico e mental dos indivíduos. Nesse caso, os sistemas de saúde incluem os serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

As sociedades constituíram diferentes sistemas de saúde em função de suas especificidades. Com efeito, é possível identificar “tipos ideais” desses arranjos, a partir das características comuns às diferentes experiências nacionais e da supressão dos elementos dissidentes, supondo que eles não constituem a essência dessas experiências. Esses tipos ideais nada mais são do que simplificações da realidade complexa ou, mais especificamente, casos abstratos em relação aos quais os casos concretos podem ser contrastados. Um tipo é considerado ideal não porque ele reflete uma determinada concepção do que deveria ser, mas porque ele é modelo

construído no mundo das ideias, por meio de processos cognitivos (Di Giovanni, 1998; Nogueira, 2013).

Nesse caso, os sistemas de saúde podem ser considerados variações de três modelos principais, como vemos a seguir.

- 1) Modelo de seguridade: os serviços de saúde são providos, principalmente, pelo setor público e financiados por meio de impostos (*general taxes*). Neste modelo, toda a população tem direito ao acesso a esses serviços, que são gratuitos ou fortemente subsidiados pelo Estado.
- 2) Modelo de seguro social: os serviços de saúde são providos pelo setor público e pelo setor privado e financiados por meio de contribuições compulsórias sobre os rendimentos (*payroll taxes*) a fundos administrados pelo Estado e/ou pelos representantes das diferentes categorias profissionais. As contribuições e os benefícios variam de acordo com essas categorias, o que lhe confere um forte caráter corporativo. A ideia, com isso, é preservar privilégios conquistados, o que lhe assegura também um forte caráter conservador. Neste modelo, tem direito ao acesso a esses serviços apenas a parcela da população que pagou por eles. Para que seja universal, todos devem estar empregados.
- 3) Modelo de seguro privado: os serviços são providos, mormente, pelo setor privado e financiados por contribuições voluntárias (*premiums*) a fundos com fins lucrativos. As contribuições e os benefícios variam de acordo com a categoria de risco, relacionando-se à idade e ao sexo, por exemplo. Também nesse caso, tem direito ao acesso a esses serviços apenas a parcela da população que pagou por eles. A ideia é que, aqueles que podem, recorrem ao mercado, contando para isso com incentivos fiscais, muitas vezes concedidos às próprias empresas, para que elas adquiram planos de saúde para os seus empregados.<sup>3</sup>

Dessa forma, os sistemas de saúde diferenciam-se, fundamentalmente, pelo grau de solidariedade que eles pressupõem, o que, por sua vez, é uma consequência da forma de intervenção do Estado na provisão dos serviços de saúde. Essa forma de intervenção depende do perfil das políticas públicas, isto é, da forma pela qual o Estado é capaz de intervir na realidade com o propósito de preservá-la ou alterá-la em determinado sentido, o que envolve um determinado aparato burocrático. Por sua vez, o perfil das políticas públicas depende do processo de interação entre grupos sociais com diferentes preferências e com diferentes capacidades de impor essas preferências sobre os demais. Esse perfil refletirá os interesses dos grupos sociais mais poderosos em determinado contexto.

---

3. Sobre os modelos de sistemas de saúde, ver OECD (1987), Blank e Burau (2007) e Freeman e Rothgang (2010).

Esses grupos são compostos por indivíduos com as mesmas preferências a respeito das questões sobre as quais eles são chamados a se posicionar. No caso das políticas públicas associadas aos sistemas de saúde, destacam-se, entre esses grupos, a imprensa, os partidos, os prestadores públicos de serviços de saúde (ligados aos governos central, regional e local), os prestadores privados de serviços de saúde, com interesses mercantis (empresas seguradoras) ou sem interesses mercantis (instituições filantrópicas), os profissionais da saúde (médicos, paramédicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, laboratórios, agentes comunitários etc.), os representantes de empregados e empregadores (sindicatos), os fornecedores de bens e serviços ligados aos serviços de saúde (desde limpeza, lavanderia e restauração, até equipamentos, instrumentos e medicamentos), os fornecedores de bens e serviços que afetam a saúde individual (como alimentos e bebidas), os pesquisadores, além, é claro, dos próprios pacientes (organizados ou não), incluindo os que pressupõem necessidades especiais, como mulheres, crianças, idosos e portadores de algum tipo de deficiência, por exemplo (Di Giovanni, 2009; Freeman, 2000).

Evidentemente, o processo de interação entre esses grupos sociais não ocorre no vácuo, mas em determinadas circunstâncias históricas, as quais podem alterar não apenas a correlação de forças entre eles, mas também as suas preferências. Tais circunstâncias referem-se não apenas aos eventos políticos, sociais e econômicos, mas também às instituições vigentes em determinado momento, as quais tendem a ser mais ou menos constantes ao longo do tempo. Enquanto os eventos atribuem um elemento de ruptura ao perfil das políticas públicas, as instituições tendem a atribuir um elemento de continuidade a essas políticas.

Nesse contexto, argumenta-se que arranjos mais solidários são mais prováveis e resilientes em sociedades menos heterogêneas, isto é, com clivagens menores e menos explícitas, do ponto de vista material e imaterial, uma vez que, nestes casos, os benefícios e custos associados a estes arranjos tendem a se distribuir de forma menos assimétrica entre os diferentes grupos sociais em interação, de modo que todos eles possuem razões para considerá-los vantajosos em alguma medida. Uma vez que esses sistemas de saúde tenham surgido, uma mudança na correlação de forças entre esses grupos tenderá a levar a mudanças apenas residuais nos fundamentos desses arranjos, dado que eles se encontram profundamente enraizados na sociedade.

Essa interpretação avança em relação às interpretações majoritariamente aceitas sobre os determinados graus de sofisticação de um sistema de saúde. A primeira dessas interpretações propõe que arranjos mais sofisticados dependem do grau de desenvolvimento das forças produtivas. Embora seja importante, pois assegura maior capacidade de gerar recursos, ele não é determinante, como mostra

o fato de que países com mesmo grau de desenvolvimento das forças produtivas possuem sistemas de saúde muito diferentes entre si. Isso sugere a importância dos processos políticos. A segunda interpretação majoritariamente aceita reconhece a importância desses processos políticos, mas considera o grau de sofisticação de um sistema de saúde como consequência do poder dos trabalhadores. Embora seja importante, pois os trabalhadores são os mais afetados por esse sistema, nada assegura que eles serão sempre favoráveis a esses arranjos e que os demais serão sempre contrários a eles. Isso sugere que a composição dos grupos sociais em interação não necessariamente corresponde à composição das classes sociais, mas de frações dessas classes.<sup>4</sup>

Entretanto, o objetivo deste trabalho é analisar as especificidades do National Health Service (NHS), essência do sistema de saúde britânico, o qual se tornou uma referência internacional enquanto representante do modelo de seguridade social de sistema de saúde, enfatizando a sua criação no pós-guerra e a sua evolução até hoje. Será considerado aqui o caso específico da Inglaterra, uma das nações que compõem o Reino Unido. Isso porque, ainda que possuam essencialmente os mesmos fundamentos, os sistemas de saúde do País de Gales, da Escócia e da Irlanda do Norte apresentaram trajetórias ligeiramente diferentes desde que foram criados no pós-guerra, em especial no que se refere à forma como eles são organizados, em função das especificidades de cada um desses países.<sup>5</sup>

Sustenta-se que o surgimento de um sistema de saúde mais solidário do porte do NHS somente foi possível em circunstâncias históricas realmente excepcionais, dado o elevado grau de heterogeneidade da sociedade inglesa relativamente a outros países da Europa Ocidental. O contexto do pós-guerra favoreceu o estabelecimento de compromissos mútuos de proteção frente à privação experimentada por todos os segmentos da sociedade durante o conflito. Contudo, tão logo essas circunstâncias se alteraram, as pressões no sentido contrário aumentaram, levando a transformações que concorreram para deteriorar os serviços públicos, universais e gratuitos de saúde. Isso diminuiu consideravelmente a sua capacidade de reduzir as desigualdades existentes entre os diferentes grupos sociais que compõem a sociedade inglesa, ao menos no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, um dos elementos fundamentais quando se considera os fundamentos de uma vida civilizada.

---

4. Sobre essas interpretações, ver Arretche (1995) e Myles e Quadagno (2002).

5. Interessante notar que a Escócia criou o primeiro arranjo mais próximo ao NHS em todo o Reino Unido. Em 1913, foi criado o Highlands and Islands Medical Service (HIMS), com o objetivo de assegurar a assistência aos indivíduos que habitavam as regiões mais remotas do país. Segundo o Relatório Dewar, as condições de saúde dessas pessoas eram bastante precárias, tornando urgente a intervenção do Estado. Financiado por impostos, o HIMS assegurava um salário aos médicos e enfermeiros para que eles visitassem os indivíduos que precisassem de atendimento nessas regiões. Embora os serviços não fossem gratuitos, as taxas cobradas eram bastante baixas, e os indivíduos poderiam continuar a receber o atendimento mesmo sem pagar. Os serviços prestados por esses profissionais incluíam inicialmente apenas os cuidados primários, mas depois passaram a incluir também os serviços secundários. Eles eram, inclusive, considerados melhores que os de muitas outras regiões das ilhas britânicas naquele momento.

Ao analisar as especificidades do NHS da Inglaterra, portanto, este trabalho busca contribuir para demonstrar as dificuldades inerentes ao surgimento e à manutenção de sistemas de proteção social em que o Estado assume um papel mais contundente no atendimento das necessidades fundamentais dos indivíduos relativamente ao mercado e à família, em sociedades mais heterogêneas, isto é, com clivagens materiais e imateriais maiores e mais explícitas, como é o caso da sociedade inglesa, comparativamente a outros países da Europa Ocidental, especialmente os escandinavos. Uma vez que o NHS constituiu referência para a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, torna-se fundamental compreendê-lo em profundidade, de tal modo a lançar as bases para a realização de estudos destinados a analisar criticamente a experiência brasileira nesse âmbito.

O artigo está organizado em mais três seções, além desta introdução. Na seção 2, discute-se o processo de surgimento e desenvolvimento do NHS na Inglaterra, considerando-se as forças que atuaram a favor e contra esse arranjo ao longo da história. Depois, na seção 3, é analisado um conjunto de indicadores selecionados sobre o perfil do sistema de saúde inglês e sobre a sua capacidade de afetar as condições de vida dos indivíduos, contrastando-os com a experiência dos demais países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (Organisation for Economic Co-Operation and Development – OECD). Por fim, a última seção sintetiza os argumentos.

## 2 O NHS INGLÊS

### 2.1 Antecedentes

No que se refere à intervenção do Estado inglês na área da saúde, ele se responsabilizava unicamente pelos serviços de prevenção até o início do século XX. Nesse sentido, é notória a contribuição de Edwin Chadwick, que, no *Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population*, de 1842, apontou, corretamente, que uma das principais causas das enfermidades que acometiam a Inglaterra naquela época correspondia às péssimas condições sanitárias em que vivia uma parcela expressiva da população inglesa com o avanço dos processos de urbanização e industrialização do país. Dessa forma, a erradicação dessas enfermidades pressupunha a melhoria das condições sanitárias, via construção de sistemas de água e esgoto, por exemplo, pelos governos locais, a partir das diretrizes emitidas pelo governo nacional. A primeira medida nesse sentido foi o Public Health Act, de 1848, que foi estendido em 1875 e, depois, em 1936 (Ham, 2004).

O principal avanço no que se refere à intervenção do Estado inglês na área da saúde, entretanto, ocorreu após o National Insurance Act de 1911, durante o

governo liberal de Lloyd George. O ato instituiu um sistema de seguro social que assegurava proteção aos trabalhadores entre 16 e 65 anos que recebessem menos de 160 libras por ano. O sistema era financiado por contribuições semanais, a um fundo, pelos empregados, os empregadores e o Estado. Em troca, os empregados possuíam direito ao atendimento de um clínico geral em caso de doença e a um pagamento durante o período que não pudessem trabalhar. O sistema não se estendia aos dependentes do trabalhador, ou seja, à sua esposa e aos seus filhos. Isso era coerente com a motivação principal subjacente a esse sistema de seguros, qual seja, assegurar que o homem se mantenha sempre apto ao trabalho e capaz de atender suas necessidades e de sua família por meio do seu salário (Powell, 1997).

Esse sistema de seguro social possui muitas semelhanças com o sistema de assistência prestado no âmbito das chamadas Friendly Societies, das quais uma parcela expressiva dos trabalhadores ingleses eram membros. Empregados e empregadores contribuíam para um fundo administrado por essas associações que, em troca, asseguravam proteção em caso de determinadas contingências, entre elas, a doença, nos mesmos termos daquela oferecida pelo novo arranjo. A diferença, evidentemente, era que esse sistema de assistência era uma iniciativa majoritariamente privada e voluntária, de modo que a intervenção do Estado era, então, apenas marginal (Thane, 1999).

Excluídas do sistema de seguro social de Lloyd George, mulheres e crianças possuíam acesso garantido a apenas alguns poucos serviços de saúde. Em sua grande maioria, estes eram responsabilidade dos governos locais. No caso das mulheres, esses serviços eram relacionados à maternidade e, mais especificamente, ao acompanhamento das gestantes e dos recém-nascidos. É isso o que buscaram assegurar, por exemplo, o Midwives Act de 1902, de 1918 e de 1936, o Notification of Births Act, de 1907, e o Maternity and Child Welfare Act, de 1918. No caso das crianças, os serviços eram relacionados à prevenção e eram oferecidos nas escolas. Este é o caso daqueles instituídos pelo Education (Provision of Meals) Act, de 1906, e o Education (Administrative Provisions) Act, de 1907. Esses mesmos governos locais gradualmente assumiram maior responsabilidade pelo cuidado dos idosos e dos portadores de necessidades especiais. Como exemplo, tem-se os serviços instituídos pelo County Asylum Act, de 1808, e, depois, de 1845 (Ham, 2004).

Seja como for, é importante ressaltar que o objetivo do ato de 1911 não era reformar a ordem econômica, social e política que vigorava durante a Belle Époque, fundamentada no liberalismo e da qual a Inglaterra era, com evidente orgulho, o principal bastião. Ao contrário, o objetivo desse ato era justamente

preservá-la, conquistando, para isso, a lealdade da cada vez mais organizada classe dos trabalhadores, em geral, e dos trabalhadores mais pobres, em particular.<sup>6</sup>

Não há dúvidas de que a implementação do novo sistema de seguro social encontrou forte resistência. Primeiro, a resistência das associações que prestavam serviços semelhantes anteriormente, ou seja, as Friendly Societies. De fato, o sistema do Estado competiria pela mesma clientela do sistema privado. Por essa razão, o ato de 1911 assegurou um papel expressivo dessas associações na administração de uma parte do sistema. Elas se transformaram nas chamadas Approved Societies, tornando-se responsáveis por receber as contribuições e pagar alguns dos benefícios.

Segundo, a resistência da classe médica, em geral, e dos clínicos gerais, em particular. Essa foi a primeira grande demonstração do poder desse grupo e da sua capacidade de afetar os rumos da política de saúde na Inglaterra. Representados pela British Medical Association (BMA), os chamados General Practitioners (GP) opuseram-se veementemente a um sistema que, imaginavam, prejudicaria sensivelmente suas condições de trabalho. E aqui se destacavam, evidentemente, a autonomia e a remuneração desses profissionais. Os clínicos gerais não aceitavam a possibilidade de se tornarem empregados do Estado, recebendo um salário. Por essa razão, o ato de 1911 assegurou que eles não seriam empregados do Estado, mas prestariam serviços a ele, recebendo de acordo com o número de pacientes atendidos. Além disso, assegurou-se que eles poderiam continuar com o atendimento privado, ou seja, para a parcela da população não segurada. Por fim, assegurou que eles receberiam uma participação na administração do sistema. Apenas depois dessas concessões do governo é que o principal veto à introdução do sistema de seguro social foi superado, permitindo que ele passasse a operar no início de 1913. Nos termos de Leichter (1979, p. 171, tradução nossa):

no contexto britânico, ele foi um passo radical, até mesmo revolucionário. Envolveu o Estado pela primeira vez de forma direta no fornecimento de cuidados médicos curativos e pessoais a uma proporção substancial da população. O National Health Insurance não forneceu, nem pretendia fornecer, um sistema abrangente de cuidados médicos. Ele foi o resultado de uma série de compromissos, concessões e modificações envolvendo grupos de interesse concorrentes, a ideologia predominante

---

6. Na realidade, o arranjo adotado na Inglaterra reproduzia, em grande medida, a lógica subjacente ao sistema de seguros adotado por Otto von Bismarck na Alemanha, na segunda metade do século XIX. Lloyd George visitou o país em 1908 para conhecer o sistema que ganhava prestígio em todo o mundo. Na prática, seu principal feito foi expandir para o âmbito nacional sistemas semelhantes que já existiam em âmbito regional e local há algum tempo. O sistema visava assegurar proteção aos trabalhadores contra a impossibilidade de se obter renda de forma temporária ou permanente por meio de contribuições a fundos administrados pelos representantes dos contribuintes. Cada categoria profissional possuía o seu próprio arranjo. O pioneirismo alemão explica-se, em grande medida, pela preocupação de Bismarck em assegurar a ordem no momento em que o país se unificava, se industrializava e se urbanizava. De fato, o sistema foi imposto de cima para baixo, por um governo autoritário interessado no controle da vida econômica e social da nação (Leichter, 1979).

e os recursos disponíveis. Era, em suma, um programa viável. As deficiências e falhas do National Health Insurance fornecem, em parte, as bases para o estabelecimento do mais abrangente e ambicioso National Health Service.

É fundamental observar que o sistema de seguros de Lloyd George não assegurava os serviços de hospitais. Dessa forma, para a maior parte da população britânica, estes serviços eram oferecidos de duas maneiras principais: por meio dos hospitais filantrópicos (*voluntary hospitals*) e dos hospitais municipais (*municipal hospitals*), os quais competiam, ao invés de cooperar entre si.

Os hospitais filantrópicos eram administrados pelo setor privado. Mais antigos, esses hospitais eram bastante heterogêneos, sendo que os mais renomados deles eram os universitários, onde os médicos eram treinados e exerciam os primeiros anos da profissão. Embora esses hospitais tivessem sido originalmente criados para atender gratuitamente os miseráveis e pobres, o fato de alguns deles reunirem a elite da classe médica atraía também os grupos mais favorecidos. Dessa forma, se antes estes hospitais filantrópicos eram financiados principalmente por meio de doações, gradualmente eles passaram a ser financiados também pelas tarifas cobradas dos pacientes. Na realidade, estes hospitais passaram a privilegiar os pacientes que poderiam pagar, transferindo a responsabilidade por aqueles que não poderiam fazê-lo aos hospitais municipais.

Os hospitais municipais eram administrados pelo setor público. Em 1834, a Lei dos Pobres uniformizou o mecanismo de assistência do Estado aos pobres e miseráveis na Inglaterra. Nesse mecanismo, aqueles que necessitassem de assistência deveriam recorrer às *workhouses* criadas pelas paróquias, que também ofereciam os serviços de hospitais. Ali eram oferecidas condições de vida inferiores àquelas que poderiam ser obtidas pelos mais baixos salários disponíveis no mercado. O objetivo, com isso, era restringir a assistência apenas àqueles que realmente não pudessem sobreviver por meio do seu próprio trabalho. Com o tempo, as críticas às condições das *workhouses* levaram a melhorias na forma de assistência aos miseráveis e pobres, incluindo as condições de seus hospitais.<sup>7</sup> Foram criados hospitais fora das *workhouses* com serviços bastante razoáveis, primeiro em Londres, e, depois, no resto do país. Esses hospitais passaram a atender não apenas os miseráveis e pobres, mas também outros grupos, ainda que houvesse grande resistência em recorrer a esses hospitais, em função do estigma associado a eles. Em 1929, por meio do Local Government Act, as *workhouses* e esses hospitais passaram a ser responsabilidade não das paróquias, mas dos

---

7. Na segunda metade da década de 1900 foi criada uma comissão para avaliar os resultados da Lei dos Pobres e propor eventuais reformas. Houve um relativo consenso de que a forma de assistência aos miseráveis e pobres não poderia continuar como estava e que algo deveria ser feito a esse respeito. Mas enquanto uma maioria da comissão defendeu o aumento da provisão pelo mercado, pela família e por outras formas tradicionais de provisão, como as igrejas, as associações corporativas e as associações filantrópicas, uma minoria defendeu o aumento da provisão pelo Estado.

governos locais. A partir de então, esses serviços passaram a ser financiados, fundamentalmente, por meio da arrecadação de impostos.

No final da década de 1930, o sistema de saúde da Inglaterra possuía graves limitações, sendo a mais notável delas, sem dúvida, a presença de diferenças no que se refere à quantidade e à qualidade dos serviços oferecidos aos ricos e aos pobres, aos trabalhadores e aos desempregados, aos homens e às mulheres e crianças, aos jovens e aos idosos, aos não portadores de necessidades especiais e aos portadores dessas necessidades, aos que moravam nas cidades e aos que moravam no campo, aos que moravam no sul e aos que moravam no norte do país. Em outras palavras, o sistema de saúde da Inglaterra era funcional apenas a uma parcela bastante restrita da população inglesa (Powell, 1997).

Nesse contexto, iniciou-se a Segunda Guerra Mundial. Ela levou a uma expansão da intervenção do Estado no âmbito da saúde, com o propósito de assegurar o atendimento da população não apenas militar mas também civil afetada pela guerra. Em 1938, foi criado o Emergency Medical Service (EMS). Por meio dele, o governo nacional assumiu o controle dos recursos disponíveis e distribuiu esses recursos por todo o país, de acordo com as necessidades criadas pela guerra. A experiência apenas reforçou as já muito evidentes limitações da política de saúde inglesa, incapaz de atender às necessidades dos indivíduos sequer em momentos de paz, e mostrou que a solução passava, necessariamente, por uma maior participação do Estado na administração e na provisão desses serviços. Segundo Titmuss (1974, p. 83, tradução nossa):

as medidas sociais que foram desenvolvidas durante a guerra foram centradas em torno das necessidades primárias da população, independentemente de classe, credo ou categoria militar. As distinções e os privilégios concedidos aos que estavam em uniforme em guerras anteriores foram grandemente diminuídos. Sistemas abrangentes de assistência médica e reabilitação, por exemplo, tiveram que ser organizados pelo Estado para aqueles que ficaram feridos e incapacitados. Eles não podiam estar disponíveis exclusivamente para soldados e marinheiros, como no passado, mas tinham que ser expandidos para incluir também todos os civis – os feridos nas fábricas e as vítimas de bombardeios. A organização e estrutura do serviço médico de emergência, inicialmente concebido para atender a um setor especial da população, tornou-se, no final, o protótipo do serviço médico para toda a população.

Havia, portanto, as condições para o surgimento de um amplo consenso entre grande parte dos grupos sociais, no governo e fora dele, de que era necessária uma mudança significativa no sistema de saúde inglês, ainda que não sobre a forma como isso deveria ser feito. Enquanto alguns defendiam um modelo de seguridade social, para que ele passasse a cobrir o conjunto da população com base em impostos, outros defendiam a expansão do modelo de seguro social,

para que este passasse a compreender o conjunto da população com base em contribuições. Exemplo desse consenso de que era necessária uma mudança no sistema de saúde foram as propostas produzidas pelo Consultative Council on Medical and Allied Services, de 1920, da Royal Commission on National Health Insurance, de 1926, do Sankey Commission on Voluntary Hospitals, de 1937, da Socialist Medical Association, de 1933, do Political and Economic Planning, de 1938, e até mesmo da British Medical Association, de 1930, 1938 e 1942, entre outros (Klein, 2013).

Foi em resposta a esse consenso que o governo de coalizão liderado por Winston Churchill confiou a William Beveridge a responsabilidade por conduzir o Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services, cujo objetivo era avaliar a situação e propor reformas do sistema de proteção social britânico depois da guerra. Por sua importância para a constituição do Estado de bem-estar britânico, em geral, e para a construção do NHS, em particular, deve-se considerá-lo com atenção, o que será feito a seguir.

## 2.2 O Plano Beveridge e os fundamentos do NHS inglês

O Relatório Beveridge, ou *Report on Social Insurance and Allied Services*, foi apresentado ao parlamento no final de 1942. Nele, Beveridge identificou cinco grandes males que ameaçavam a sociedade inglesa, quais sejam a necessidade (*want*), a doença (*disease*), a ignorância (*ignorance*), a esqualidez (*squalor*) e a indolência (*idleness*), e propôs reformas na tentativa de enfrentá-los e vencê-los, um por um, por meio da cooperação entre todos os grupos sociais.

O relatório fundamentava-se no princípio de que todas as propostas para o futuro, ainda que possam utilizar a experiência adquirida no passado, não devem, de modo algum, ser restringidas pelos interesses estabelecidos no processo de obtenção dessa experiência. Aquele momento em que a guerra abolia marcos de todos os tipos, era a oportunidade para utilizar a experiência com o propósito de se fazer coisas novas. “Um momento revolucionário na história do mundo”, escreveu Beveridge (1942), “é um momento para revoluções, não para remendos”.

A principal reforma proposta por Beveridge foi a criação de um sistema de seguro social que assegurasse a proteção contra as circunstâncias que limitassem, de forma temporária ou permanente, a capacidade dos indivíduos de obterem um rendimento por meio do próprio trabalho, como idade, invalidez, acidente, desemprego e morte do provedor. Isso seria feito por meio da introdução de um único sistema de seguro social para toda a população britânica, independentemente de distinções de qualquer natureza. Todos aqueles que estivessem empregados deveriam pagar as mesmas contribuições e receber os mesmos benefícios em caso de necessidade.

Beveridge foi bastante enfático em relação à necessidade de se assegurar o emprego de todos aqueles dispostos a trabalhar e com capacidade para tal para que a maior parte da sociedade britânica fosse incorporada ao sistema de seguro social e, portanto, estivesse protegida contra infortúnios. Aqueles que, comprovadamente, não pudessem trabalhar nem dispusessem de outras formas para sobreviver, poderiam recorrer ao sistema de assistência social, o qual deveria assegurar o atendimento das necessidades individuais em condições muito diferentes daquelas oferecidas nas *workhouses* desde a Lei dos Pobres de 1834, fonte de vergonha e estigma à qual se submetiam aqueles que não tivessem mais a que ou a quem recorrer (Marshall, 1950).

Entre as demais recomendações do relatório, Beveridge apontou a necessidade de se reformar o sistema de saúde existente. É importante observar, entretanto, que, enquanto o novo sistema de seguro social complementado pelo novo sistema de assistência social deveria assegurar um mínimo de renda abaixo do qual ninguém deveria estar, o novo sistema de saúde deveria assegurar o melhor serviço possível a todos. O relatório previa um sistema de saúde capaz de oferecer um amplo conjunto de serviços de saúde, disponíveis a todos os indivíduos de acordo com a sua necessidade, e não com a sua capacidade de pagamento. Nos termos do documento:

um serviço nacional de saúde abrangente assegurará que, para cada cidadão, esteja disponível qualquer tratamento médico que ele requeira, sob qualquer forma que ele o requeira, domiciliário ou institucional, geral, especializado ou de acompanhamento, e assegurará também a provisão de serviços odontológicos, oftalmológicos e aparelhos cirúrgicos, além de serviços de enfermagem, obstetrícia e reabilitação após acidentes. Independentemente se o pagamento para o custo do serviço de saúde está ou não incluído na contribuição do seguro social, o próprio serviço deve ser: *i)* organizado, não pelo ministério envolvido com seguro social, mas por departamentos responsáveis pela saúde das pessoas e por medidas positivas e preventivas, bem como por medidas curativas; e *ii)* fornecido quando necessário, sem necessidade de contribuição em qualquer caso individual. A restauração da saúde de uma pessoa doente é um dever do Estado e da pessoa doente antes de qualquer outra consideração (Beveridge, 1942, tradução nossa).

Nesse sentido, desde a sua concepção pelo Relatório Beveridge, o NHS fundamenta-se na noção de cidadania. Nesse caso, a proteção da dignidade por meio do atendimento de suas necessidades fundamentais é entendida como um direito dos indivíduos e um dever da sociedade por meio do Estado. Nesse sentido, essa noção contrasta com a noção de contrato e de caridade. Ele não é algo que possui um preço e é passível de negociação, também não depende da benevolência daqueles suficientemente altruístas para se compadecer do sofrimento do outro e prestar-lhe assistência gratuita e desinteressada. A noção de cidadania pressupõe o reconhecimento de que, enquanto seres humanos igualmente sujeitos a infortúnios

por forças que estão muito além do seu controle, todos são responsáveis por todos. Nos termos de Baldwin (1990, p. 2, tradução nossa):

as regras, as convenções e os padrões de justiça que regiam a interação formal entre os membros da sociedade e determinaram os termos da cidadania foram gradualmente estendidos para se aplicar também às questões mais pessoais e individuais de risco e infortúnio. As relações entre os cidadãos, antes reguladas principalmente em termos civis e políticos, foram alteradas em conformidade. Como membros de diferentes classes, os indivíduos ainda eram tratados de forma desigual pelo mercado e pelas hierarquias herdadas. Mas, como criaturas sujeitas a riscos, poderiam ser iguais. A adesão plena à comunidade era possível para todos os cidadãos, não só como portadores de direitos civis ou participantes políticos, mas como mortais golpeados pelo infortúnio e perturbados pela insegurança. Com o desenvolvimento do Estado de bem-estar social, a sociedade aumentou decisivamente a sua capacidade de decidir de forma autônoma suas regras de associação, independentemente dos ditames da natureza, do destino ou da circunstância.

Por trás dessa noção, há o entendimento de que, deixado livre para atuar de acordo com a sua própria lógica, o capitalismo não é capaz de assegurar a todos a possibilidade de atender às suas necessidades fundamentais por seus próprios meios. Isso porque, no capitalismo, os indivíduos são transformados em meras engrenagens de um sistema movido pela lógica da acumulação e valorização da riqueza em sua forma mais geral e abstrata, sem qualquer comprometimento com a geração de emprego, tampouco com a distribuição da renda e da riqueza. Nesse contexto, a sociedade é levada a criar mecanismos para se proteger contra o “moinho” que ameaça destruir a sua substância humana por meio da reificação dos indivíduos e das relações que se estabelecem entre eles. E esses mecanismos pressupõem a intervenção mais contundente do Estado no processo de produção e distribuição da riqueza social (Polanyi, 1944; Belluzzo, 2004).

O Relatório Beveridge ganhou ampla aceitação dentro e fora do governo. Em geral, um sistema como esse depende de uma sociedade pouco heterogênea, em que as preferências dos diversos grupos sociais não são tão diferentes entre si. Certamente, esse não era o caso da sociedade inglesa. Como visto, sociedades mais heterogêneas tendem a apresentar clivagens materiais e imateriais maiores e mais explícitas, como era o caso da Inglaterra no imediato pós-guerra, a qual tinha as seguintes características.

- Elevada concentração da riqueza entre as regiões, já que, ao concentrar as atividades industriais, comerciais e financeiras, Londres e o seu entorno eram incomparavelmente mais ricos.
- Elevada concentração de riqueza entre os indivíduos, pois, ao final da guerra, os indivíduos 1% mais ricos detinham aproximadamente 50% da riqueza do país.

- Complexa hierarquia social, tendo cada grupo o seu próprio modo de vida, pelo fato de essa hierarquia ser composta por uma *upper class*, vale dizer, por aqueles que não precisam trabalhar para sobreviver, seguida por uma *middle class*, composta pelos trabalhadores com maior remuneração, uma *worker class*, formada pelos trabalhadores com menor remuneração, e uma *under class*, composta por trabalhadores sem remuneração ou com remuneração insuficiente para atender às suas necessidades mais elementares.
- Reduzido grau de mobilidade na hierarquia social, no sentido de que o nascimento determina, em grande medida, as perspectivas futuras do indivíduo, uma vez que privilégios são transmitidos dos pais para os filhos.
- Grande diversidade étnica e cultural, decorrente da imigração não apenas de escoceses, galeses, irlandeses e outros europeus, mas de indivíduos vindos de todos os lugares do Império Britânico. A maior parte desses indivíduos vinha das américas, da Ásia e da África para trabalhar na metrópole.<sup>8</sup>

Em uma sociedade tão heterogênea como a britânica à época, como se criou um consenso tão forte em torno desses princípios? Sem dúvida, a privação e o sofrimento causados por duas grandes guerras separadas entre si pela Grande Depressão, e que foram experimentados em maior ou menor grau por todos os ingleses, promoveram um sentimento de solidariedade entre eles que permitiu a expansão dos direitos sociais. O “espírito de Dunquerque”, que caracterizou o pós-guerra na Inglaterra, teve como expressão maior a concepção e implementação do NHS.<sup>9</sup>

### 2.3 A criação do NHS inglês

Uma vez identificadas as principais limitações do sistema de saúde vigente na Inglaterra, surgiram as primeiras propostas para superá-las. A mais notável delas foi explicitada ainda no governo de coalizão, no documento *A National Health Service*, de 1944. Embora os objetivos do documento fossem muito próximos dos princípios que efetivamente viriam a nortear o NHS algum tempo depois,

8. Sobre as características da sociedade britânica no período, ver Stevenson (1984), Obelkevich e Catterall (1994), Abercrombie *et al.* (2000), Addison e Jones (2005) e Flinders, Gamble e Hay (2011).

9. O “espírito de Dunquerque” é uma alusão ao esforço nacional para resgatar as tropas britânicas encurraladas em uma faixa cada vez mais estreita na região de Dunquerque, na costa francesa, diante do rápido avanço das tropas nazistas pelo continente europeu, que levou à captura da Holanda, da Bélgica, de Luxemburgo e, finalmente, da França. A operação foi realizada por navios militares até barcos pesqueiros, que cruzavam o canal da mancha diante de fortes ataques aéreos alemães. Em quase dez dias, mais de 380 mil homens foram resgatados das praias. Eles passaram a compor as divisões que anos mais tarde efetuaram o desembarque da Normandia, que marcou o avanço aliado e levou ao fim da guerra na Europa.

os meios pelos quais eles seriam perseguidos eram ligeiramente diferentes. Na realidade, o documento visava agradar os principais partidos da coalizão, quais sejam o partido conservador e o partido trabalhista. *Grosso modo*, ele representava o máximo que estavam dispostos a aceitar os conservadores, e o mínimo que estavam dispostos a aceitar os trabalhistas no que se refere à reforma do sistema de saúde inglês. De acordo com o documento:

o governo (...) quer garantir que, no futuro, todo homem, mulher e criança possam contar com todos os conselhos, tratamentos e cuidados de que precisam (...); que o que eles obtêm será o melhor cuidado médico e demais cuidados disponíveis; que a obtenção destes não dependerá da sua capacidade de pagamento ou de qualquer outro fator irrelevante para a necessidade real – a necessidade real sendo a de direcionar todos os recursos do país para reduzir a enfermidade e promover a boa saúde de todos os seus cidadãos (Ministry of Health, 1944, tradução nossa).

Em linha com as recomendações do Relatório Beveridge, o documento previa um novo sistema que oferecesse um amplo conjunto de serviços de saúde à população, independentemente da capacidade de pagamento de cada indivíduo. Para tanto, propôs que o governo nacional estabelecesse as diretrizes e que os governos locais as implementassem. Os governos locais, portanto, manteriam suas tradicionais funções na área de prevenção e de cuidados, além de assumirem o controle sobre o que viriam a ser os serviços primários e os serviços secundários de saúde. Os serviços primários e secundários seriam oferecidos por médicos e outros profissionais na condição de empregados do Estado. Os serviços secundários, ademais, seriam oferecidos nos hospitais municipais e nos hospitais filantrópicos a serviço dos governos locais (Klein, 2013).

Embora o governo de coalizão tenha demonstrado simpatia pelos traços gerais do documento, ele foi submetido a novas avaliações. Nada, afinal, seria feito até o fim da guerra na Europa, o que veio a acontecer em maio de 1945. O partido conservador não teve tempo de opinar a respeito dos resultados dessas novas avaliações. Meses depois da capitulação alemã, Churchill assistiu à vitória esmagadora do partido trabalhista liderado por Clement Attlee, que nomeou Aneurin Bevan para chefiar o Ministério da Saúde. Bevan mostrou-se particularmente comprometido em assegurar que a “universalização dos melhores serviços de saúde” fosse concluída o quanto antes.

Em 1946, o NHS Act criou formalmente o NHS na Inglaterra. A solução efetivamente adotada para as limitações que haviam sido identificadas era ligeiramente diferente daquela proposta em 1944. Embora o ato fosse baseado no documento do governo de coalizão e preservasse os seus princípios fundamentais, ele atribuiu ênfase muito maior ao papel do governo central relativamente aos governos locais. Apenas os serviços de prevenção e cuidados permaneceriam a cargo dos governos locais. Os serviços primários e os serviços secundários seriam

controlados pelo governo central. Para assegurar a implementação do ato, Bevan contava com grande apoio da sociedade inglesa. Tão grande ele era, que nem mesmo os partidos de oposição sentiram-se suficientemente confortáveis para se opor a esse processo de forma mais contundente (Klein, 2013).

O Ato de 1946 previa o estabelecimento de um sistema de saúde baseado em cinco princípios fundamentais, quais sejam: *i*) coletivismo: o atendimento das necessidades relacionadas à saúde deixa de ser entendido apenas como uma responsabilidade individual, passando a ser concebido como uma responsabilidade social, a ser assegurada por meio do Estado; *ii*) abrangência: assegurar um amplo conjunto de serviços relacionados a prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidado; *iii*) universalidade: todos, em todos os lugares, teriam acesso aos serviços, em caso de necessidade; *iv*) equidade: todos, em todos os lugares, teriam acesso aos mesmos serviços, em caso de necessidade; e *v*) gratuidade: os serviços não pressupõem pagamento por parte dos usuários (Allsop, 1984). Nos termos de Bevan (2007, p. 79, tradução nossa):

nenhuma sociedade pode se chamar civilizada legitimamente se a uma pessoa enferma é negada assistência médica por falta de meios (...). A sociedade torna-se mais íntegra, mais serena e espiritualmente saudável se sabe que seus cidadãos têm em sua consciência o conhecimento de que não apenas eles mesmos, mas todos os seus companheiros, têm acesso, quando estão enfermos, ao melhor que a medicina pode fornecer.

O novo sistema de saúde deveria ser financiado, fundamentalmente, por meio de impostos (*general taxes*) arrecadados tanto pelo governo central como pelos governos locais. Isso significa que os recursos alocados para o sistema seriam, antes de tudo, uma decisão política. De fato, os serviços de saúde competem com outros gastos do governo pelos mesmos recursos e dependem da prioridade atribuída por ele a essa área. As contribuições semanais de empregados e empregadores herdadas do antigo sistema de seguro social (*payroll taxes*) não foram abolidas, mas passaram a representar uma parcela muito pequena dos recursos. Esse modelo de financiamento do sistema de saúde assegurou um grau bastante elevado de socialização das necessidades individuais e, portanto, de solidariedade no interior da sociedade inglesa, dos mais ricos em relação aos mais pobres, dos saudáveis aos enfermos, dos jovens aos idosos, das cidades ao campo, do sul ao norte do país etc. (Boyle, 2011).<sup>10</sup>

---

10. Antes do lançamento do NHS, todos os ingleses receberam um informativo sobre o novo sistema de saúde. Na mensagem de Aneurin Bevan aos futuros usuários na primeira página do documento, podia-se ler o seguinte: "Ele irá fornecer a você todos os cuidados médicos, odontológicos e de enfermagem. Todos – ricos ou pobres, homens, mulheres ou crianças – podem usar o sistema ou qualquer parte dele. Não há cobranças, exceto por alguns poucos itens especiais. Não há as exigências do seguro social. Entretanto, não se trata de caridade. Todos estão pagando por ele, sobretudo como contribuintes, e ele aliviará suas preocupações em relação ao dinheiro nos momentos de enfermidade" (Webster, 2002, p. 24, tradução nossa).

Apesar do relativo consenso entre os diferentes grupos sociais em torno do novo arranjo naquele momento, havia certamente focos de resistência importantes. Alguns foram vencidos pelo ímpeto do governo. Esse foi o caso dos grupos sociais contrários aos movimentos de nacionalização da maior parte dos serviços de saúde, notadamente os administradores dos serviços privados e os administradores dos serviços públicos de saúde em âmbito local. Os primeiros virtualmente deixariam de existir, uma vez que as instituições sob seu controle passariam para o controle do governo. Os segundos veriam a sua influência diminuir sensivelmente, uma vez que parte das instituições sob o seu controle passariam para o controle do governo central. A despeito da resistência desses dois grupos sociais, o ato foi aprovado pelo parlamento sem grandes problemas.

A principal resistência fez-se notar após a aprovação do ato, mas antes que o novo sistema de saúde entrasse em operação. Ela era, mais uma vez, da classe médica, em geral, e dos clínicos gerais, em particular. Havia uma divisão muito clara na classe médica inglesa naquele momento. De um lado, estavam os clínicos gerais e, de outro, estavam os especialistas. Os especialistas aceitaram se tornar empregados do Estado diante das condições vantajosas oferecidas por ele. Os clínicos gerais, no entanto, não. Mais uma vez, eles estavam preocupados com suas condições de trabalho diante do avanço do controle do Estado sobre os serviços de saúde. Uma vez conquistado o apoio dos especialistas, Bevan voltou-se para angariar o apoio dos clínicos gerais. Ambos não estavam dispostos a ceder. O embate prosseguiu até semanas antes do prazo estipulado para que o sistema começasse a operar, quando foi estabelecido um compromisso entre eles. Os clínicos gerais retirariam seu veto ao novo sistema e, em troca, teriam assegurada sua autonomia dentro dele, prestando serviços ao Estado e recebendo de acordo com o número de pacientes atendidos. A eles seria assegurada, ainda, uma expressiva participação na administração do sistema (Leichter, 1979).<sup>11</sup>

Uma vez superados esses focos de resistência, o NHS pôde abrir as suas portas, conforme o planejado, à meia-noite do dia 5 de julho de 1948. Assim como foi implementado, ele se baseava em um dos três tipos de serviço. Tal estrutura foi uma consequência das negociações entre os diferentes grupos sociais e, portanto, refletiu mais o que era possível e menos o que era desejável naquele momento, dados os princípios fundamentais que deveriam nortear o novo sistema de acordo com o ato de 1946. Compõem o sistema, então, os serviços descritos a seguir.

---

11. Os líderes do BMA estavam determinados a reverter as humilhações sofridas no passado e entraram nas negociações sem qualquer intenção de se chegar a um compromisso com o governo, iniciando uma forte campanha contra o NHS entre os seus membros. Foram realizados três plebiscitos na classe médica entre 1946 e 1948 e, em todos eles, houve a recusa em participar do novo sistema de saúde por parte dos clínicos gerais.

- 1) Serviços primários: porta de entrada do sistema, correspondem aos serviços prestados fundamentalmente pelos clínicos gerais. Cada indivíduo deveria registrar-se junto a um clínico geral de sua escolha, passando, assim, a compor a sua lista. Sempre que necessário, ele deveria recorrer a esse clínico que, se oportuno, o recomendaria para os serviços secundários. Nenhum usuário deveria recorrer a esses serviços sem que tenha sido previamente recomendado por um clínico geral, a não ser em casos de emergência. Além dos serviços dos clínicos gerais, os serviços primários também incluíam alguns serviços auxiliares, tais como os serviços odontológicos, oftalmológicos e farmacêuticos. Esses serviços estavam sob responsabilidade do governo central. Eles eram administrados pelos Executive Councils (EC), os quais estavam diretamente subordinados ao Ministry of Health (MH).
- 2) Serviços secundários: referem-se aos serviços mais sofisticados prestados fundamentalmente pelos especialistas nos hospitais. Esses serviços estavam sob responsabilidade do governo central. Nesse caso, tanto os hospitais filantrópicos como os municipais foram nacionalizados. A opção pela nacionalização desses hospitais deveu-se ao entendimento de que isso permitiria a uniformização dos serviços de saúde prestados em todo o país. Isso porque os hospitais filantrópicos com maiores doações e os municipais com maiores orçamentos eram capazes de assegurar mais e melhores serviços de saúde do que os demais. Cada hospital era administrado por um Hospital Management Committee (HMC), que era subordinado a um Regional Hospital Board (RHB), que, por sua vez, era subordinado ao MH. A exceção cabia aos hospitais universitários, que eram administrados pelos Board of Governors (BG), diretamente subordinados ao ministério, uma vez que se supunha que essas instituições deveriam servir a todo o país, e não apenas à região em que eles se encontravam.
- 3) Serviços comunitários: serviços gerais, sobretudo na área de prevenção (saneamento, visitas de agentes de saúde, campanhas de conscientização, vacinação e imunização) e de cuidado (mães, crianças, idosos, portadores de limitações físicas ou mentais), além dos serviços de ambulâncias. Esses serviços estavam sob responsabilidade dos governos locais. Eles eram administrados pelas Local Health Authorities (LHA), as quais estavam diretamente subordinadas ao MH. Nesse caso, diferentemente dos serviços primários e secundários, os recursos para os serviços comunitários provêm não apenas do governo nacional, mas também dos governos locais.

## 2.4 A evolução do NHS inglês

### 2.4.1 O período de 1948 a 1974

O NHS não demoraria a se consolidar como um verdadeiro monumento nacional. As quase três décadas que se seguiram ao início da operação do NHS foram marcadas pela tentativa de implementar o sistema tal como ele foi originalmente concebido. Um volume crescente de recursos foi alocado para o seu financiamento, o que foi facilitado pelo crescimento quase contínuo experimentado pela economia britânica nesse período. O crescimento da renda e do emprego viabilizou um aumento considerável da arrecadação tributária. A questão, entretanto, passou a ser se esses recursos eram suficientes para atender à demanda pelos novos serviços de saúde. De fato, os gastos aumentaram mais do que o previsto no período e se tornaram motivo de discussão constante na sociedade inglesa, em geral, e na administração do sistema, em particular.

De certa forma, o NHS foi vítima de seu próprio sucesso. Imediatamente depois que o sistema entrou em operação, houve uma grande procura pelos serviços de saúde, desde os procedimentos mais simples até os mais complexos, em função das condições precárias em que vivia uma parcela importante da população inglesa. Mas essa procura continuou a crescer. Primeiro, porque, ao contrário do que se imaginava, não havia uma quantidade de enfermidades constante. À medida que se lidava com antigas enfermidades, novas enfermidades surgiam em função das mudanças no modo de vida dos indivíduos, bem como das mudanças na estrutura da sociedade, com a diminuição da proporção de crianças e jovens e o aumento da parcela de adultos e idosos. Segundo, porque novas tecnologias surgiam, permitindo formas de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidado cada vez mais sofisticadas. Terceiro, porque o sistema deveria, ainda, lidar com as diferenças que existiam entre o norte e o sul, bem como entre o campo e as cidades do país. E, quarto, porque as expectativas em relação ao novo sistema eram crescentes (Powell, 1997).

Deve-se observar, ademais, que a criação do NHS levou ao surgimento de um novo grupo social relevante: os funcionários do novo sistema. De fato, ele não era composto apenas pela classe médica e pelos demais prestadores de serviços de saúde, mas por um conjunto bastante amplo de profissionais atuando em diferentes áreas. Na realidade, o sistema de saúde inglês tornou-se à época o maior empregador do mundo. Esses profissionais rapidamente se organizaram e, dessa forma, passaram a representar um grupo de pressão, o qual, ainda que nem sempre decisivo, era inquestionavelmente relevante. Suas principais demandas diziam respeito às condições de trabalho, em geral, e de remuneração, em particular, o que representava uma fonte adicional de pressão sobre os custos do sistema (Powell, 1997).

No início da década de 1950 as preocupações com a sustentabilidade financeira do NHS aumentaram consideravelmente. Argumentava-se frequentemente que o novo sistema de saúde aproximava-se rapidamente do seu limite. Pressionado, o governo trabalhista e, depois, o governo conservador, introduziram pagamentos simbólicos por determinados serviços odontológicos e oftalmológicos, bem como para prescrições de medicamentos. Embora esses pagamentos não se aplicassem a determinados grupos sociais, eles se tornaram bastante controversos, na medida em que confrontavam diretamente os princípios que fundamentavam o sistema tal como ele foi originalmente concebido.<sup>12</sup>

Nesse contexto, em 1953 foi criado o Guillebaud Committee of Enquiry, incumbido de avaliar a situação das contas do sistema e, eventualmente, propor reformas para ajustá-las. O relatório, publicado em 1956, veio ao público como uma grande surpresa e algum alívio. O que se esperava eram fortes recomendações no sentido de redução dos gastos e aumento dos pagamentos dos usuários. O que se constatou, entretanto, foi que o sistema não era perdulário, mas, sim, sustentável, que pagamentos dos usuários não eram necessários e que mais, e não menos, recursos dos impostos deveriam e poderiam ser alocados no NHS para assegurar a expansão dos gastos necessários para que o sistema pudesse cumprir aquilo que prometeu (Ham, 2004).

A constatação e as recomendações do relatório motivaram a realização de grandes investimentos nos serviços de saúde sob controle do governo central, sobretudo a partir da década de 1960. É possível notar neste fato, mais uma vez, a influência da classe médica nos rumos do NHS. Como visto, este era o mais poderoso grupo social no que se refere à influência sobre a política de saúde na Inglaterra. O fato de os maiores avanços nesse período terem se concentrado nos serviços primário e secundário, em detrimento dos serviços comunitários, certamente está relacionado à realidade de que ambos os serviços concentram a maior parte das atividades dos clínicos gerais e dos especialistas. Mesmo assim, é importante observar que os serviços secundários continuaram a prevalecer sobre os serviços primários no que se refere à prioridade na alocação de recursos. Isso é compreensível quando se considera o volume de investimentos que eram necessários para a adequação da oferta à demanda nessa área (Powell, 1997).

Desde logo é importante enfatizar a nova postura assumida pela classe médica, uma vez que o NHS foi implementado. De principal força de oposição à criação do novo sistema de saúde na Inglaterra, ela passou a dedicar os seus esforços para bloquear qualquer iniciativa que buscasse alterar a estrutura criada

---

12. A imposição desses pagamentos por determinados serviços, mesmo que simbólicos, foi fruto de um difícil processo de negociação no governo e culminou na renúncia de Aneurin Bevan, do Ministério da Saúde.

em 1948. Como visto, essa estrutura foi o resultado de um processo de longa e difícil negociação entre os seus membros e o governo. Nos termos de Klein (2013, p. 42, tradução nossa):

embora não tenha dominado o NHS em termos de obter o que queria em um sentido positivo, ela conseguiu afirmar seu direito de veto em esferas de política pública específicas. Acima de tudo, a profissão médica garantiu que os governos, independentemente da sua ideologia ou ambições, pensariam muito antes de procurar mudar a estrutura do NHS de maneira que questionasse a concordata com a profissão médica: de principais opositores do NHS, os médicos se tornaram, de fato, a principal força em favor do *status quo*.

No que se refere aos serviços primários, houve o surgimento das equipes de atendimento primário e a expansão dos centros de saúde, que reuniam os serviços de diferentes profissionais desse âmbito em um mesmo espaço físico, permitindo maior articulação entre eles. Uma série de incentivos também buscou assegurar que esses profissionais se distribuíssem de forma mais homogênea pelo país, ao invés de se concentrar nos grandes centros urbanos, a começar por Londres. Tanto no que se refere à formação das equipes de atendimento primário e dos centros de saúde, como no caso da desconcentração geográfica dos serviços, entretanto, os resultados foram aquém daqueles originalmente pretendidos naquele momento (Powell, 1997).

Já no que se refere aos serviços secundários, a infraestrutura com a qual os especialistas tinham que trabalhar era antiga e precisava ser renovada. A maior parte dos hospitais havia sido construída no século XIX, de modo que os prédios estavam deteriorados e os equipamentos, defasados. Além disso, muitos deles foram atingidos pelos bombardeios alemães durante a guerra. Na prática, esse era um preço que os especialistas tiveram de pagar. Em troca da autonomia no exercício de suas atividades, isto é, do direito de decidir o que era melhor para os seus pacientes sem interferências de qualquer ordem, eles aceitaram trabalhar com os limites impostos por um orçamento que era definido exogenamente pelas condições econômicas e políticas. Diante da situação cada vez mais insustentável, foi anunciado o Hospital Plan, em 1962, que previa recursos adicionais para a melhoria dos hospitais que existiam e para a construção de novos hospitais em um período de dez anos. Além disso, foram criados em todo o país os renomados District General Hospitals, isto é, hospitais de grande porte que assegurariam serviços sofisticados em diversas áreas (Ham, 2004).

Por sua vez, os serviços comunitários, sob controle dos governos locais, foram os que se desenvolveram mais lentamente. O destaque coube, no âmbito da prevenção, às iniciativas de imunização e vacinação, e, no âmbito do cuidado, à atenção às mães e crianças. O principal ponto que restava era, sem dúvida, a atenção aos idosos e portadores de deficiências – os chamados Cinderella Groups (Powell, 1997). Os principais avanços nesse âmbito ocorreram apenas mais tarde

e foram motivados por uma série de eventos que escandalizaram a sociedade envolvendo maus-tratos nas instituições responsáveis por prestar cuidados a esses grupos.<sup>13</sup> Grande parte dessas ações foi motivada pela intervenção do governo central, sobretudo por meio dos Local Health and Welfare Plans, de 1963, 1966 e 1972, que estabeleciam diretrizes que deveriam ser seguidas rigorosamente pelos governos locais nesse âmbito.

A despeito dos avanços significativos por meio de ajustes na estrutura implementada em 1948, crescia o consenso de que ela precisava sofrer reformas substanciais. Isso se devia, em grande medida, à percepção de que, sob esse sistema, havia reduzida coordenação entre as suas três frentes, ou seja, os serviços primários, os serviços secundários e os serviços comunitários, bem como entre os diferentes níveis de governo, a saber, o central e o local. O perfil dessas reformas, entretanto, era motivo de discussão substancial. Iniciadas pelo governo trabalhista, elas foram concluídas pelo governo conservador, que determinou o tom final das reformas. Elas foram oficializadas pelo National Health Service Act, de 1973, e implementadas um ano depois, em 1974. Mesmo após as reformas, o sistema continuou excessivamente burocrático, o que refletia a necessidade de atingir vários objetivos e satisfazer os interesses dos principais grupos sociais diretamente envolvidos no NHS.

Com o objetivo de unificar a administração e integrar os serviços prestados pelo NHS, o ato de 1973 alterou consideravelmente o sistema tripartite que existia até então. Foram criadas as Regional Health Authorities (RHA), as quais eram subordinadas ao Department of Health and Social Security (DHSS), criado em 1968 após a fusão do MH e do Ministry of Social Security. Subordinadas às RHA estavam as Area Health Authorities (AHA). As AHA tornaram-se responsáveis por administrar, simultaneamente, os serviços primários, secundários e comunitários. Além disso, subordinados a algumas das AHA estavam os District Management Teams (DMT). Embora tenha assegurado maior grau de integração entre as três frentes do sistema, a unificação não foi completa porque os clínicos gerais permaneceram como prestadores de serviços ao Estado, de modo que os serviços primários eram administrados pelos Family Practitioner Committees (FPC) subordinados às AHA. As AHA ou os DMT eram assistidos pelos Community Health Councils (CHC), criados para facilitar a interação entre as autoridades do sistema e as comunidades. Na realidade, a criação das RHA, da AHA, do DMT e do CHC foi a forma encontrada de aproximar o NHS das realidades locais sem que isso implicasse a transferência de competências do governo central para os governos locais. Efetivamente, o que se viu então foi o movimento contrário,

---

13. O primeiro caso de grande repercussão que induziu as reformas nesses serviços foi o do Ely Hospital, criado no século XIX para atender os idosos e portadores de alguma limitação física ou mental no âmbito da Lei dos Pobres.

com o governo central assumindo grande parte dos serviços comunitários antes sob responsabilidade dos governos locais. Esse foi menos o resultado de um conflito entre os dois níveis de governo e mais uma restrição da classe médica, que abominava a ideia de um sistema controlado menos pelo centro e mais pela periferia do sistema. Assim, nos termos de Klein (2013, p. 71, tradução nossa):

essencialmente, portanto, a reorganização de 1974 pode ser vista como um exercício político de tentar satisfazer a todos e de conciliar objetivos de política pública conflitantes: promover a eficiência gerencial, satisfazer as profissões, criar uma hierarquia efetiva para a transmissão da política nacional, mas também para dar espaço para os gerentes na ponta do serviço. A intenção foi resumida no lema “delegação máxima para baixo, responsabilidade máxima para cima”. A frase resumiu a natureza do problema de política pública; mas não forneceu uma solução. E a política da desilusão da segunda metade da década de 1970 (...) pode, ao menos em parte, ser entendida como a reação natural a essa tentativa de enquadrar o círculo. Como viria a acontecer, a tentativa de agradar a todos acabou não satisfazendo ninguém.

#### 2.4.2 O período de 1974 a 1997

Depois dos “anos de ouro”, vieram os “anos de prata” do sistema de proteção social inglês, em geral, e do NHS, em particular. Como discutido, um modelo mais solidário tende a ser não apenas mais provável, mas, também, mais resiliente em sociedades menos heterogêneas, uma vez que, nesses casos, os benefícios e custos desses arranjos se distribuem de forma menos assimétrica entre os diferentes grupos sociais. Tão logo as circunstâncias históricas excepcionais que caracterizaram o pós-guerra se foram, a correlação de forças alterou-se em favor dos grupos sociais contrários ao modelo de sistema de saúde implementado na Inglaterra em 1948. Evidentemente, isso não significa que os grupos sociais favoráveis a esse sistema deixaram de existir, mas que a sua capacidade de determinar o perfil das políticas públicas enfraqueceu-se consideravelmente a partir de então.

De fato, a partir de meados da década de 1970, as circunstâncias passaram a ser muito diferentes. A economia inglesa experimentou uma deterioração expressiva, ingressando em um período de reduzido crescimento da renda e do emprego, de um lado, e de aumento da inflação, de outro, em um contexto de abertura aos fluxos internacionais de comércio e capital.<sup>14</sup> Além disso, o país passava por transformações estruturais importantes: *i*) na estrutura demográfica, com a redução da taxa de fertilidade e o aumento da expectativa de vida; *ii*) na estrutura produtiva, com a redução da importância de indústrias tradicionais, como carvão e aço, e o fortalecimento do setor de serviços, sobretudo o

14. De fato, a taxa média anual de crescimento do produto interno bruto (PIB), que era de aproximadamente 3% entre 1950 e 1969, passou para 2% entre 1970 e 1989, ao passo que a taxa média anual de desemprego, que era de 4%, passou para 7%, e a taxa média anual de inflação, que era de 3%, passou para 10%, no mesmo período.

financeiro; e *iii*) na estrutura ocupacional, com os melhores empregos, de maior estabilidade e de maiores salários, para os de maior qualificação. Tudo isso levou ao fortalecimento de novos grupos sociais, muitos dos quais contrários à ordem vigente – o que era facilitado porque as privações e os sofrimentos de algumas décadas atrás se tornavam, cada vez mais, lembranças distantes e abstratas com o passar das gerações. Segundo Klein (2013, p. 76, tradução nossa):

dentro da arena da política pública de cuidados de saúde, houve a intensificação das tendências observadas (...): em particular, o crescimento do número, a assertividade e a competitividade dos atores envolvidos. Uma arena na qual antes os líderes da profissão médica eram capazes de se colocar sem grandes interpelações, agora estava lotada de atores que clamavam por serem ouvidos (...). No final da década de 1970, o NHS era mais do que nunca um paradigma da sociedade britânica como um todo: a sociedade do impasse.

Com o surgimento desses novos grupos no processo político que determina o perfil do sistema de saúde inglês, fortaleceu-se a noção da responsabilidade individual pelo atendimento das necessidades por meio do mercado, com o Estado devendo se restringir apenas àqueles que não pudessem sobreviver por meio do seu próprio trabalho, típicos de um passado que, pensou-se, estivesse definitivamente superado. Com efeito, era necessário construir uma Inglaterra menos paternalista, com indivíduos menos dependentes do Estado e dispostos de liberdade para tomar decisões e arcar com as suas consequências, fossem elas as esperadas ou não. Um país, portanto, em que todos deveriam colher as recompensas, se sucedessem, ou suportar a derrota, se fracassassem (Mohan, 1995).

A mudança de rumo que sofreram as políticas públicas na Inglaterra a partir da década de 1970 sugerem o enfraquecimento dos princípios que prevaleceram no país após o fim da Segunda Guerra Mundial. À medida que a privação daquele período se tornava menos uma lembrança próxima e concreta e mais uma lembrança distante e abstrata, tornou-se cada vez mais difícil estabelecer compromissos de proteção mútua em uma sociedade muito heterogênea, com grandes clivagens materiais e imateriais entre os seus membros. O “espírito de Dunquerque” parecia esvaír-se.

O governo trabalhista, de forma relutante, e o governo conservador sob liderança de Margaret Thatcher, de maneira convicta, adotaram uma política de austeridade em resposta às novas circunstâncias, o que inevitavelmente se refletiu no âmbito da saúde na Inglaterra.<sup>15</sup> De fato, os recursos alocados para a saúde continuaram crescendo, mas em um ritmo sensivelmente inferior ao do período precedente. Como as demandas continuaram aumentando, a preocupação com

---

15. Embora, vale registrar, a área da saúde tenha sido menos afetada que as demais da política social, notadamente a educação e a habitação.

a sustentabilidade financeira do sistema voltou ao centro das discussões, dentro e fora do governo.

Sem dúvida, o foco defendido pelo governo era o de se “fazer mais com menos”. A questão da eficiência sempre esteve em pauta, tanto quanto a eficácia e a efetividade do sistema, mas não há dúvidas de que foi nesse momento que ela realmente passou a assumir centralidade na agenda política. O resultado disso, em termos de perfil da intervenção do Estado, foi a introdução da “lógica do mercado” no bojo do NHS, primeiro por meio de reformas incrementais e, depois, a partir de reformas mais profundas no modo de funcionamento do sistema de saúde.<sup>16</sup>

Desde logo, essa decisão é bastante controversa. De fato, a lógica do mercado pode ser interpretada sob dois pontos de vista. De um lado, que é o de seus proponentes, ela significa uma utilização responsável dos recursos disponíveis pelos produtores e a sua subordinação aos interesses dos consumidores; de outro, que é o de seus críticos, a busca incessante por resultados materiais acima de qualquer critério ético e moral. O NHS passaria a ser orientado pelo esforço de economizar e gerar *superávits* em suas contas, ao invés de atentar ao desenvolvimento dos serviços prestados (Mohan, 1995; Webster, 2002; Carrier e Kendall, 2016).

Seja como for, a primeira forma de se fazer isso foi por meio da terceirização de serviços auxiliares, como limpeza, lavanderia e restauração. Os provedores desses serviços passaram a competir entre si para obter contratos com o NHS. Em geral, as empresas que oferecessem o valor mais baixo para um determinado serviço preestabelecido eram contratadas, e o que era economizado nisso deveria ser revertido para os serviços de saúde propriamente ditos. A medida, evidentemente, encontrou forte resistência, sobretudo entre os representantes dos funcionários do NHS, em geral, e daqueles até então responsáveis por prestar esses serviços, em particular. Esses grupos sabiam que as condições de trabalho se deteriorariam consideravelmente com essa medida. Essa resistência foi praticamente ignorada pelo governo central. Se em assuntos dessa natureza ele emitia apenas recomendações que as unidades decidiam como implementar, dessa vez ele se envolveu de modo contundente para assegurar que elas fossem cumpridas da forma e na extensão que ele desejava que o fossem.

---

16. Na década de 1970, ocorreu a maior batalha entre a classe médica e o governo desde a criação do NHS. A prática privada e a existência de leitos privados nos hospitais do NHS, nos quais os especialistas poderiam alocar os seus pacientes, foi o resultado dos compromissos firmados com Bevan para que eles aceitassem participar do novo sistema. O significado para o partido trabalhista era enorme, pois ele representava o descumprimento de um dos princípios básicos do NHS, de que as diferenças nos serviços prestados deveriam decorrer unicamente das diferenças de necessidade, e não de capacidade de pagamento. Após forte resistência dos especialistas, chegou-se a um compromisso, segundo o qual os leitos privados gradualmente deixariam de existir nos hospitais do NHS, mas os especialistas seriam autorizados a manter a prática privada, trabalhando tanto no NHS como fora dele. O processo de eliminação dos leitos privados seria suspenso anos mais tarde pelos conservadores (Klein, 2013).

A segunda forma de fazer isso foi mediante o maior envolvimento do setor privado não mercantil e mercantil na provisão de serviços de saúde. De fato, o Estado passou a incentivar os usuários a recorrer ao setor privado ao invés do setor público, seja pagando diretamente, seja adquirindo planos de saúde diretamente ou por meio de seus empregadores, sobretudo por meio da concessão de isenções fiscais. O resultado foi que, em pouco tempo, o setor privado passou de uma posição praticamente insignificante na provisão de serviços de saúde para se tornar uma parte importante do sistema. Os recursos privados que respondiam por 11% dos recursos totais do sistema de saúde britânico, em 1974, passaram a responder por 10% em 1979, 16% em 1989 e 21% em 1997.

Na prática, esse é um indicador de que os serviços atendiam cada vez menos às expectativas dos usuários como outrora. Os mais exigentes usuários do NHS, a classe média inglesa, era incentivada agora a buscar alternativas no setor privado, ao invés de aumentar as suas pressões contra reformas que visavam enfraquecer a provisão dos serviços pelo setor público. Isso tornava o sistema especialmente vulnerável às pressões pela sua descaracterização (Klein, 2013).

A terceira forma (em 1982) foi uma simplificação da organização criada em 1974. Nesse caso, a RHA foi mantida subordinada ao DHSS. Já as AHA e os DMT foram substituídos pelas District Health Authorities (DHA), subordinadas às RHA, portanto. Mais uma vez, não foi possível proceder com a completa unificação e integração dos serviços de saúde. Os FPC, que antes estavam subordinados às AHA, passaram a estar diretamente subordinados ao DHSS. Os CHC foram mantidos, agora assistindo aos trabalhos dos DHA.

Além dessa simplificação, o Griffiths Report, de 1983, elaborado a partir de uma comissão composta por apenas quatro membros e chefiada por Roy Griffiths,<sup>17</sup> um dos diretores de uma das mais bem-sucedidas redes de supermercados inglesas, a Sainsbury's, concluiu que um dos principais problemas do NHS era que sua administração pouco se assemelhava àquela encontrada, em geral, nas empresas, seja do setor privado, seja do setor público. Em particular, argumentava-se que o sistema existente, baseado em decisões por consenso, favorecia a inércia e dificultava a mudança. Ninguém era pessoalmente responsável por assegurar a concepção, implementação e avaliação de reformas que buscassem melhorar o sistema de saúde. Nesse caso, enfatizava-se que era necessário introduzir a figura de um gestor geral (*general manager*), responsável por tomar decisões em cada nível do sistema, de cima a baixo, de sorte a criar uma hierarquia de gestores no NHS. Esses gestores poderiam ser recrutados fora do sistema e, nesse caso, não apenas do setor público, mas também do setor privado. Seu contrato e sua remuneração estariam associados ao seu desempenho. Eles permaneceriam mais

---

17. Ele foi convocado para avaliar o modo de funcionamento do sistema e propor aperfeiçoamentos.

tempo no cargo e seriam mais bem remunerados caso se destacassem. Isso deveria motivá-los a conceber e implementar mudanças. Foi criado também um sistema de avaliação desse desempenho baseado, fundamentalmente, em indicadores de caráter quantitativo, ao invés de indicadores de caráter qualitativo.<sup>18</sup>

No final da década de 1980, as preocupações com a sustentabilidade financeira do NHS aumentaram consideravelmente. O entendimento prevalecente dentro e fora dos círculos oficiais era de que não havia recursos suficientes para atender à demanda. Diferentes grupos, desde os usuários até a classe médica, pressionavam o governo por mais recursos. Isso levou a uma reação mais contundente da própria primeira-ministra, Margaret Thatcher. Em 1987, o governo cedeu às pressões e anunciou um aporte de recursos adicional para o sistema, a título emergencial. Esses recursos, entretanto, exigiriam uma contrapartida. Em 1988, Thatcher formou um pequeno comitê chefiado por ela mesma e assistido por um grupo de especialistas com o objetivo de reformar o sistema existente. O resultado do comitê foi apresentado no documento *Working for Patients*, de 1989, que, por sua vez, levou ao NHS and Community Care Act, de 1990 – então, a maior reforma do NHS desde sua fundação no pós-guerra.

O ato de 1990 determinou a separação entre os demandantes e os ofertantes de serviços de saúde. As autoridades locais possuíam os seus próprios orçamentos e demandariam serviços de saúde de ofertantes de acordo com as necessidades da população em sua circunscrição. Por sua vez, subordinadas a cada RHA estariam as Family Health Services Authorities (FHSA) e as DHA. As FHSA seriam responsáveis por demandar os serviços primários, e as DHA seriam responsáveis por demandar os serviços secundários e comunitários. Os ofertantes de serviços primários, secundários e comunitários, por sua vez, seriam organizados em grupos, cada qual com sua própria administração. Esses grupos eram chamados de NHS Trusts. Os demandantes firmariam contratos com os ofertantes, que seriam responsáveis por prover os serviços nas condições especificadas, os quais eram monitorados por meio de auditorias regulares e poderiam ser suspensos em caso de irregularidades. Isso quer dizer que os ofertantes competiriam entre si pelos recursos sob responsabilidade das autoridades. Importante ressaltar que os ofertantes do setor público não apenas competiriam entre si, como também competiriam com os ofertantes do setor privado. Tudo isso deveria obrigá-los a ofertar um melhor serviço a um menor custo. O ato também criou uma situação especial no que se refere aos clínicos gerais. Além de ofertantes, eles poderiam demandar serviços, por meio dos chamados General Practitioners Fundholders

---

18. O relatório é concluído com uma ilustração tipicamente inglesa, em referência àquela que assegurou a profissionalização dos serviços de enfermagem na Inglaterra e, daí, para o mundo, ainda no século XIX: “Se Florence Nightingale estivesse carregando sua lanterna pelos corredores do NHS atualmente, ela certamente estaria procurando pelos responsáveis pelo sistema” (Griffiths, 1983, tradução nossa).

(GPFH). Assim como os FHA e os DHA, os GPFH também possuiriam um orçamento e negociariam com os NHS Trusts para contratar serviços para os seus pacientes, excluindo os serviços mais sofisticados. Eles poderiam reter os recursos não utilizados, desde que os investissem na melhoria das condições de atendimento de seus pacientes. Na prática, portanto, o ato de 1990 introduziu um “quase mercado” no âmbito do NHS (Ham, 2004).

A medida, evidentemente, enfrentou forte oposição de grande parte dos grupos sociais, desde os usuários até a classe médica. Além disso, crescia a percepção de que haveria um avanço significativo em direção à total extinção do NHS, mesmo que o governo reafirmasse sistematicamente o seu compromisso com os princípios que haviam fundado o sistema. Ele parecia ser cada vez mais orientado por critérios estritamente econômicos, ao invés de critérios morais e éticos. Deve-se reconhecer, é verdade, que essas reformas, ainda que indiscutivelmente tenham descaracterizado o NHS tal como ele havia sido concebido, foram menos radicais do que se esperava naquele momento. Antes que as intenções do governo fossem explicitadas em *Working for Patients*, era comum a percepção de que a Inglaterra caminharia em direção ao modelo de seguro social ou, até mesmo, ao modelo de seguro privado no âmbito dos serviços de saúde, o que, na prática, não se verificou (Klein, 2013).

O ponto que deve ser ressaltado, entretanto, é que a oposição às reformas levadas a cabo pelo governo conservador desde o início da década de 1980 não produziu os resultados esperados. Ela foi praticamente ignorada diante do firme comprometimento do governo em assegurar que ela fosse implementada tal como ele próprio a havia concebido a portas fechadas. A estrutura política britânica, somada ao modo de governar de Margaret Thatcher, que contava com maioria no parlamento, certamente contribuiu para isso. De fato, tal como afirma Ham (2004, p. 49, tradução nossa):

uma das questões mais marcantes da política de saúde neste período é que um governo com uma maioria parlamentar conseguiu implementar mudanças diante de forte oposição. Isso atesta o poder do Executivo no sistema de governo britânico e mostra que mesmo as políticas impopulares podem ser promulgadas se o governo tiver a vontade política de fazê-lo (...). O corolário é que o poder até mesmo dos grupos de pressão mais bem colocados nem sempre pode ser suficiente para derrotar as propostas apresentadas pelos ministros (...), no lugar da barganha e da negociação com grupos-chave, os ministros decidiram entre si o que queriam fazer e agiram de acordo.

Ao contrário das reformas implementadas anteriormente no NHS, elas não foram introduzidas de uma única vez. Elas foram realizadas de forma gradual e recursos extras foram alocados pelo governo para facilitar esse processo. Isso se devia à complexidade dessas reformas e ao fato de que o governo não desejava

correr risco de ter de enfrentar situações de crise entre os ofertantes de serviços diante das eleições iminentes. De fato, embora cada região contasse com um orçamento para a aquisição dos serviços para a população sob sua circunscrição, os serviços demandados poderiam ser prestados por ofertantes de outras regiões, de modo que os recursos seguiriam os usuários, e não o contrário. Isso, entretanto, significaria uma redistribuição de recursos de regiões em que se concentravam os ofertantes de maior custo, como Londres e outras grandes cidades inglesas, para as regiões em que se concentravam os ofertantes de menor custo. Com efeito, os primeiros anos do novo mecanismo foram bastante turbulentos. Houve grande resistência dos ofertantes de serviços em se transformarem em NHS Trusts e GPFH, sendo que alguns dos que o fizeram enfrentaram períodos de crise e tiveram de ser socorridos pelo governo para evitar que eles fechassem as portas (Klein, 2013).

Esse processo se estendeu pelo governo do sucessor de Thatcher, John Major. Depois do choque causado por Thatcher, Major não adotou novas reformas radicais. A principal característica do novo governo foi estabelecer ajustes pontuais na nova estrutura. Destaca-se, nesse sentido, o documento *Patients’ Charter*, que estabelecia uma série de direitos aos usuários no que se refere às condições dos serviços prestados e impunha uma avaliação do desempenho dos NHS Trusts, em áreas como tempo de espera pelos serviços. “Estrelas” eram atribuídas a esses grupos de acordo com o desempenho. Com isso, os indicadores de desempenho que haviam sido introduzidos já na década de 1980, seguindo as recomendações do Griffiths Report, se consolidaram definitivamente na década de 1990. Evidentemente, a avaliação de serviços, quaisquer que sejam eles, baseada unicamente em indicadores quantitativos, não envolvendo indicadores qualitativos, é extremamente questionável. De fato, alguns dos hospitais universitários que constituíam a elite dos hospitais ingleses foram alocados no final dos *rankings* (ou *league tables*) divulgados periodicamente pelo governo. Como mostra Powell (1997, p. 85, tradução nossa), um periódico inglês certa vez avaliou, de forma irônica, a situação.

Apenas um idiota colocaria o melhor hospital de ensino do mundo no fim de qualquer classificação. Mas o Departamento de Saúde foi capaz de fazer isso (...). [Eles] têm longas listas de espera (...) porque as pessoas querem usá-los. Se você deseja ficar em um hotel, talvez não possa ficar no Ritz esta noite. Mas encontrar um quarto em um albergue em Edgware Road não é problema. De acordo com a Sra. Bottomley, o albergue deveria ganhar mais estrelas do que o Ritz.

Além disso, tudo isso era mais um instrumento retórico do que uma mudança efetiva no modo de funcionamento do sistema. O objetivo era assegurar aos usuários mais informação e mudar o balanço de poder dos ofertantes para os demandantes de serviços. Os usuários do sistema realmente tinham um

conjunto maior de informações sobre ele, mas era reduzida a capacidade de realizar mudanças a partir dessa informação. Eles não tinham escolha sobre os provedores dos serviços. Sempre que necessário, eles eram direcionados pelas autoridades, que funcionavam como demandantes, para os grupos, que funcionavam como ofertantes de serviços. Não havia decisões que os usuários pudessem tomar, a não ser, talvez, abandonar o serviço público e partir para o serviço privado. De fato, a tendência iniciada na década de 1980 foi fortalecida na década de 1990.

Além disso, ao contrário do que se propunha, os ofertantes escolhidos pelos demandantes no processo de competição nem sempre eram os melhores. Mais uma vez, isso era particularmente evidente no âmbito dos serviços comunitários, em geral, e dos serviços de cuidado, em particular, sobretudo dos grupos mais vulneráveis, os idosos e os portadores de deficiências. Nesses casos, era frequente a opção pelos ofertantes do setor privado relativamente aos ofertantes do setor público. Frequentemente, o cuidado deixava muito a desejar, não sendo suficiente sequer para atender às suas necessidades mais elementares (Ham, 2004).

Finalmente, no final do governo de Major, em 1996, houve uma nova tentativa de simplificação da organização criada em 1990. As RHA foram incorporadas ao Department of Health (DH) como NHS Executive. Subordinadas ao DH estavam as Health Authorities (HA), resultado da fusão das DHA e das FHSA. Com os GPFH, as HA constituíam os demandantes de serviços. Por sua vez, os NHS Trusts, subordinados diretamente ao DH, continuavam sendo os ofertantes dos serviços do setor público.

Dessa forma, a evolução do NHS entre 1974 e 1997 foi marcada, em grande medida, pela tentativa de lidar com a falta de recursos para assegurar que a oferta fosse compatível com demanda por serviços de saúde, sobretudo por meio do incentivo ao desenvolvimento da provisão de serviços de saúde pelo setor privado e da introdução da lógica desse setor no interior do NHS. Esse processo atingiu o seu auge com a separação entre ofertantes e demandantes de serviços e a criação de um “quase mercado” no interior do serviço público de saúde, com consequências bastante questionáveis do ponto de vista da resolução dos problemas enfrentados pelo sistema.

#### 2.4.3 O período de 1997 a 2010

O desgaste sofrido pelo partido conservador durante o governo de Thatcher foi reforçado durante o governo de Major. O resultado disso foi o retorno do partido trabalhista ao poder com a eleição de Tony Blair, em 1997. Blair inaugurou aquilo que ele chamou de *third way* – ou seja, uma alternativa ao Estado de bem-estar

social do pós-guerra, de um lado, e ao *laissez-faire*, do outro.<sup>19</sup> O objetivo, tal como era ventilado nos círculos oficiais, era adaptar as velhas estruturas às exigências dos novos tempos. A verdade, porém, é que o partido trabalhista que chegava ao poder naquele momento era muito diferente daquele que havia criado o NHS quase meio século antes. Blair soube aproveitar muito bem o descontentamento geral entre os principais atores políticos. Criticou veementemente as reformas levadas a cabo por Thatcher e Major e isso certamente lhe garantiu muitos votos. Entretanto, como a história haveria de mostrar, na prática, as reformas levadas a cabo por ele mesmo e pelo seu sucessor, Gordon Brown, significaram muito mais uma mudança de forma e muito menos uma mudança de conteúdo no que estava sendo feito até então.

Assim que chegou ao nº 10 em Downing Street, Blair reestruturou a alocação dos recursos fiscais entre as diferentes áreas de intervenção do Estado de acordo com as prioridades do novo governo, por meio dos chamados Comprehensive Spending Review. Nesse processo, verificou-se um aumento não desprezível dos recursos destinados à área de saúde em relação aos períodos anteriores, o que sugere um genuíno comprometimento do novo governo com a sua reforma, diante do aumento das listas de espera para o acesso a determinados serviços e a multiplicação de relatos de serviços prestados em condições inadequadas (Ham, 2004).

Ao propor um novo NHS, Blair anunciou a intenção de eliminar o controverso mercado interno. A nova estrutura que entrou em vigor em 1999 mantinha o DH, ao qual se subordinavam as HA. As HA seriam responsáveis por implementar os chamados Health Improvement Programs (HIP), que consistiam em uma tentativa de adaptar as diretrizes estabelecidas pelo governo para as especificidades de cada circunscrição. E, nesse processo, elas deveriam mobilizar todos os atores importantes, dentro e fora do NHS, numa relação de parceria. A grande novidade das reformas, entretanto, foi a criação dos Primary Care Groups (PCG), subordinados às HA. Enquanto as HA continuavam a demandar serviços secundários, elas confiavam aos PCG a responsabilidade por demandar serviços primários e serviços comunitários. Com a criação dos PCG, os GPFH foram eliminados. As HA e os PCG demandavam os serviços oferecidos pelos NHS Trusts, subordinados diretamente ao DH, e do setor privado. Os NHS Trusts, ademais, estariam sujeitos a um maior acompanhamento dos serviços

---

19. A terceira via, em suas variantes nacionais, tornou-se bastante popular na Europa como orientação da política social, sobretudo a partir da década de 1990. A ação do Estado deveria se restringir a assegurar o ingresso dos indivíduos no mercado de trabalho, ou, uma vez nele, o seu deslocamento entre regiões, setores, empresas e funções, para que eles fossem capazes de atender às suas necessidades fundamentais por seus próprios meios. Embora rejeitassem as transferências em dinheiro, os proponentes da terceira via eram relativamente menos intransigentes no que se refere à provisão de serviços públicos por meio do Estado, uma vez que estes serviços eram entendidos como uma forma de assegurar uma mão de obra apta ao trabalho em circunstâncias cada vez mais desafiadoras. Sobre essa visão, ver, por exemplo, Blair e Schröder (1998).

prestados. Como antes, eles também estariam sujeitos à avaliação de desempenho (Klein, 2013; Rivett, 2015).

É evidente, portanto, que a nova estrutura preservou algumas das principais inovações dos governos anteriores, ou seja, a separação entre ofertantes e demandantes de serviços e a ênfase na avaliação do desempenho dos ofertantes desses serviços. Segundo o discurso oficial, entretanto, a relação entre eles deveria se dar em novas bases. Era necessário substituir mercado e competição por planejamento e cooperação.

Nem os recursos adicionais, nem as reformas implementadas, entretanto, foram suficientes para fazer frente à demanda pelos serviços de saúde. Blair não reverteu a insatisfação herdada dos governos de Thatcher e Major e foi cada vez mais pressionado a avançar em relação a eles para assegurar a efetividade do NHS. A realidade pode ter sido exagerada pela imprensa inglesa, que, mais do que nunca, cumpriu um papel importante nesse processo, ao mostrar a situação do atendimento com casos dramáticos e situações escandalizadoras.<sup>20</sup> Mas não havia dúvidas de que a oferta dos serviços de saúde não era capaz de atender à demanda, sendo evidente a insuficiência de infraestrutura e de pessoal no NHS. Diante dessas pressões, foram criados os chamados Modernisation Action Teams, com o objetivo de identificar as principais limitações do sistema e propor formas para superá-las. Esses grupos reuniam os principais atores políticos diretamente interessados no assunto, como representantes dos profissionais e dos usuários do NHS, do governo, de organizações sociais e de acadêmicos (Ham, 2004).

O resultado desse processo foi o NHS Plan e seus desdobramentos nos anos seguintes. Iniciou-se um período caracterizado por mais recursos alocados no sistema de saúde. A meta era assegurar que os gastos públicos com esses serviços alcançassem a média dos países da União Europeia. O anúncio foi feito pelo primeiro-ministro durante um programa matinal na rede de televisão inglesa BBC e ficaria conhecido como o café da manhã mais caro da história. Embora causasse um impacto importante sobre a opinião pública, esta era uma meta excessivamente vaga, não possuindo qualquer fundamento técnico, de modo que não era compatível com as reais necessidades do sistema de saúde inglês. Seja como for, beneficiando-se da retomada do crescimento econômico no período, o governo foi capaz de assegurar os maiores aumentos nos gastos públicos com tais serviços desde a criação do NHS ao longo da década de 2000.

---

20. Exemplo disso foi a saturação do sistema diante de uma epidemia de gripe no inverno de 1999 para 2000, a qual pode ser fatal para determinados grupos de maior risco, como idosos. A incapacidade de o sistema assegurar assistência adequada aos usuários, diante do rápido e pronunciado aumento da demanda por serviços, se manifestava em longas filas de espera para exames e tratamento, evidenciando a falta crônica de recursos que se manifestava em falta de infraestrutura e profissionais. Houve casos de pacientes que morreram à procura de um hospital em que houvesse leitos para cuidados intensivos, já que todos estavam operando além de sua capacidade.

Uma das expressões de que o serviço era cada vez mais incapaz de atender à demanda era o surgimento de listas de espera cada vez maiores para o acesso aos serviços. Foi, então, levado a cabo um conjunto de investimentos em infraestrutura e pessoal com o intuito de melhorar os serviços do ponto de vista quantitativo e qualitativo. Todas as ações realizadas a partir de então com o objetivo de melhorar os serviços passaram necessariamente por essa dimensão. Outras esferas que também receberam grande atenção foram aquelas orientadas para a redução das taxas de mortalidade decorrentes de câncer, infartos, derrames e outras enfermidades cada vez mais comuns entre os usuários do sistema. Isso aconteceu por meio da melhora não apenas dos cuidados curativos, mas também – e principalmente – por meio dos cuidados preventivos. Isso, inclusive, era uma forma de evitar custos ainda maiores com a manutenção do sistema, pois essas enfermidades pressupõem tratamentos cada vez mais sofisticados e caros.

Em seguida, a organização do NHS foi alterada mais uma vez. Foram criadas as Strategic Health Authorities (SHA), subordinadas ao DH. As SHA assumiriam a função administrativa antes exercida pelas antigas HA. Subordinadas a elas estavam os Primary Care Trusts (PC Trusts). Os PC Trusts são responsáveis por demandar não apenas serviços primários e comunitários, mas também serviços secundários para as suas circunscrições, assumindo funções antes exercidas pelas HA e pelos PCG. Os PC Trusts demandaram os serviços dos NHS Trusts e do setor privado. Eles também foram responsáveis por prestar, eles próprios, alguns serviços primários e comunitários. Com isso, passaram a ser responsáveis pela maior parte do orçamento do NHS. Além disso, os NHS Trusts que apresentassem os melhores desempenhos poderiam ser promovidos à condição de NHS Foundation Trusts. Estes possuiriam maior autonomia do ponto de vista organizacional e financeiro em relação ao DH, estando sujeitos apenas à sua regulação, por meio de uma instituição criada especialmente para esse fim, a Monitor. A intenção era que esses grupos estivessem mais próximos dos interesses das comunidades que dos interesses do governo central. Por fim, houve uma mudança na forma de pagamento dos demandantes para os ofertantes dos serviços. Esses pagamentos passaram a ser feitos segundo os procedimentos realizados de acordo com preços e tarifas fixados nacionalmente (*payment by results*) (Boyle, 2011; Smith e Goddard, 2009).<sup>21</sup>

---

21. Os governos trabalhistas ainda criaram um conjunto de agências ligadas ao DH. Foram elas: *i*) National Institute for Clinical Excellence: responsável por aprovar e regular o uso de novas tecnologias no NHS, incluindo novos medicamentos (depois, National Institute for Health and Clinical Excellence); *ii*) Commission for Health Improvement: responsável por avaliar o desempenho do NHS (depois, Healthcare Commission); *iii*) Modernisation Agency: incumbida de promover reformas para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo sistema (depois, NHS Institute for Innovation and Improvement); *iv*) National Patient Safety Agency: destinada a reduzir os equívocos na prestação dos serviços de saúde e que acabam por comprometer os resultados para o usuário; e *v*) National Clinical Assessment Authority: responsável por avaliar o desempenho dos profissionais que trabalham no sistema e propõe medidas para melhorá-lo (depois, tornou-se parte do National Patient Safety Agency).

Dessa forma, os PC Trusts demandariam os serviços dos ofertantes do setor público ou do setor privado localizados ou não em sua circunscrição, que, então, competiriam entre si por esses contratos. Uma vez que os demandantes dos serviços pagariam os ofertantes de acordo com esses preços e tarifas fixados nacionalmente, a competição entre eles deveria se dar fundamentalmente por meio da qualidade dos serviços prestados. A promoção da competição e a garantia de que esses contratos seriam cumpridos eram responsabilidade da Monitor. Além disso, os PC Trusts passaram a oferecer aos usuários um maior grau de escolha quanto aos ofertantes que seriam contratados – expediente conhecido como *shop around*. Para tanto, eles poderiam consultar um conjunto de dados e indicadores desenvolvidos para facilitar a comparabilidade entre eles.

Interessante observar que a criação dos PC Trusts, assim como dos PCG, era expressão maior da ênfase atribuída pelo novo governo à atenção primária (*a primary care-led NHS*). Além dela, foram criados também os NHS Walk-in Centres, que são centros instalados em locais estratégicos com o intuito de oferecer conselhos de saúde e atendimentos menos complexos sem agendamento prévio por meio de enfermeiros, e expandido o NHS Direct, uma linha telefônica também provida por enfermeiros com o intuito de aconselhar os usuários do sistema e, eventualmente, recomendá-los para outros serviços. Ela era expressão, também, da ênfase atribuída ao usuário do sistema e às suas necessidades (*a patient-led NHS*).

Sob a justificativa de se criar um sistema orientado para as necessidades dos usuários, muitas dessas medidas aproximaram novamente o sistema em direção ao “quase mercado”. A ênfase nos PC Trusts, de um lado, e nos NHS Trusts e NHS Foundation Trusts, de outro, assim como no perfil das relações que se estabelecem entre eles, é prova disso.

Além disso, verifica-se uma aproximação considerável entre o setor público e o setor privado com consequências não desprezíveis sobre o NHS. Primeiro, o setor privado passou a ser responsável pela provisão de diversos serviços de saúde, um processo que foi fortalecido pela criação dos Independent Treatment Centres (ITC). Os ITC são centros de saúde mantidos pelo setor privado e que eram responsáveis pela provisão de serviços primários, secundários e terciários, a partir de contratos firmados com o NHS. Com a criação dos ITC, o setor privado passou a tomar para si os serviços menores e menos complexos e, portanto, menos custosos, deixando para o setor público os serviços maiores e mais complexos e mais custosos – expediente conhecido como *cherry-picking*. Com menores receitas, decorrentes da contratação do setor privado, e com maiores despesas, decorrentes da provisão de serviços mais custosos, os ofertantes de serviços do setor público passaram a enfrentar uma rápida e pronunciada deterioração de sua

situação financeira. Vale lembrar que, ao se tornarem NHS Foundation Trusts, esses ofertantes se tornaram verdadeiras empresas do setor privado e, como tal, também poderiam decretar falência (Klein, 2013).

Segundo, a aproximação do setor público e do setor privado ocorreu por meio da Private Finance Initiative (PFI). Criada no governo conservador de Thatcher e Major, mas expandida nos governos trabalhistas de Blair e Brown, a PFI previa que o setor privado construiria a infraestrutura para os ofertantes de serviços do setor público, que então pagavam o serviço em prestações ao longo dos anos. Até então, as despesas com expansão e modernização da infraestrutura existente eram financiadas fundamentalmente pelo governo central por meio de impostos, e os ofertantes do serviço não eram obrigados a pagar juros e principal dos recursos investidos. Após a PFI, essas prestações somaram-se aos custos já bastante elevados dos ofertantes de serviços do setor público e contribuíram para deteriorar ainda mais a sua situação financeira. Não por outra razão, esses ofertantes passaram a estar sujeitos à intervenção do governo central.<sup>22</sup>

A última grande medida do governo trabalhista foi a criação da NHS Constitution, em 2009. Ela estabelece os princípios fundamentais que orientam o NHS, bem como os direitos e deveres dos principais grupos envolvidos na oferta e na demanda pelos serviços, para que estes princípios sejam respeitados e que, dessa forma, o sistema funcione adequadamente. Evidentemente, o documento não trouxe resultados imediatos, inclusive porque não havia grandes novidades a respeito de que princípios, ou ainda, de que direitos e deveres eram estes. Entretanto, ele deverá ter consequências não desprezíveis no futuro, na medida em que o documento comprometeu os governos seguintes, qualquer que fosse o partido a liderá-los, a seguir as suas cláusulas, uma vez que as consequências de ignorá-las ou modificá-las poderiam ser politicamente desastrosas.

Não há dúvidas de que o sistema tenha realmente recebido mais recursos nesse período e que isso foi algo notável. Entretanto, esses recursos foram utilizados, em grande medida, no final do governo de Blair e, depois, de Brown, para reproduzir a mesma lógica dos mecanismos criados pelos governos Thatcher e, depois, Major, que eles tanto repudiavam. O sistema distanciava-se novamente do planejamento e da cooperação em direção ao mercado e à competição.

---

22. O primeiro ofertante de serviços do setor público a sofrer intervenção do governo central foi o South London NHS Trust, responsável pelos hospitais Princess Royal, Queen Mary e Queen Elizabeth, todos eles localizados ao sul de Londres, e enfrentando rápida e pronunciada deterioração de sua situação financeira em função das dívidas contraídas no âmbito da PFI. Em função dessa situação, o ofertante não era capaz de realizar os investimentos necessários para melhorar a qualidade dos serviços prestados, razão pela qual eles deixavam bastante a desejar relativamente a outros ofertantes. Após a intervenção, o grupo foi dissolvido e os hospitais constituintes foram incorporados a outros ofertantes de serviços do setor público: o Princess Royal passou a ser parte do King's College Hospital NHS Foundation Trust, o Queen Mary do Oxleas NHS Foundation Trust e o Queen Elizabeth do Lewisham and Greenwich NHS Trust (Klein, 2013).

Voltava-se, assim, ao ponto de partida – ou, tal como diria Shakespeare, “*the wheel of fortune has turned full circle*”.

#### 2.4.4 O período de 2010 a 2013

As reformas levadas a cabo durante o governo de coalizão entre o partido conservador e o partido liberal liderado por David Cameron foram pautadas inevitavelmente pela crise internacional, em geral, e europeia, em particular, e pela tentativa de responder a essas circunstâncias por meio de uma política de austeridade. Para Cameron, reformas seriam necessariamente concebidas e implementadas. Para ele, o *status quo ante* não era uma opção. O governo comprometeu-se em proteger o orçamento do NHS, o que ele cumpriu apenas em parte. Se a palavra de ordem era economizar, o aumento nos recursos destinados à saúde diminuiu drasticamente em relação ao período anterior. Isso em um período em que os desafios enfrentados pelo sistema desde a sua criação no pós-guerra se explicitam com ainda mais força, como as mudanças no perfil dos males que afetam os indivíduos, as mudanças nos seus hábitos, as transformações na estrutura da sociedade, o surgimento de novas tecnologias e até mesmo as diferenças entre as distintas regiões do país.

Em 2010, poucos dias depois da formação do governo de coalização, ele publicou o documento *Equity and Excellence: liberating the NHS*, prevendo o que foi considerado o maior conjunto de reformas do NHS em décadas. Concebidas pelo novo secretário para a saúde, Andrew Lansley, as reformas tiveram forte resistência porque foram consideradas um “cavalo de Troia”, que ameaçava destruir o NHS por dentro. Depois de longas e difíceis discussões, e com mudanças consideráveis na proposta original do governo, que, mesmo assim, não foram capazes de deixá-las menos polêmicas, as reformas foram introduzidas por meio do Health and Social Care Act, de 2012.

Essas reformas levaram à abolição das SHA e dos PC Trusts. Agora, ao DH está subordinado o NHS Commissioning Board (NHS England), ao qual estão subordinados os Clinical Commissioning Groups (CCGs), que eram liderados pelos GP, ainda que fossem compostos também por outros profissionais do sistema. O NHS England, atuando no âmbito nacional, e, principalmente, os CCGs, atuando no âmbito local, tornaram-se responsáveis por demandar os serviços primários, secundários e comunitários dos NHS Trusts, dos NHS Foundation Trusts e de ofertantes do setor privado mercantil e não mercantil. O Monitor era responsável por regular os NHS Foundation Trusts, enquanto o novo NHS Trusts Development Agency (TDA) era responsável por regular os NHS Trusts com o intuito de que eles fossem capazes de se converter em NHS Foundation Trusts. O Monitor era ainda responsável por regular a competição entre os ofertantes do setor público e entre eles e os ofertantes do setor privado. Além disso, nova ênfase

foi atribuída à saúde pública, uma área de avanços pouco notáveis até então, com a criação da Public Health England (PHE). A PHE deveria estabelecer as diretrizes em âmbito nacional, as quais deveriam ser seguidas novamente pelos governos locais. Esses governos locais também seriam responsáveis por criar os Health and Wellbeing Boards (HWB), que deveriam orientar o trabalho dos governos locais e dos CCGs ao explicitar as necessidades de suas populações em termos de saúde e outras áreas a ela relacionadas. Os profissionais do NHS deveriam receber treinamento mais extenso, ao mesmo tempo em que os controles sobre a qualidade dos serviços deveriam ser aumentados, cabendo aos usuários fiscalizar esse processo por meio de novas instituições, como o Healthwatch (Rivett, 2015).<sup>23</sup>

Importante observar que a competição entre os ofertantes de serviços do setor público e os ofertantes de serviços do setor privado foi fortemente incentivada como uma forma de aumentar a eficiência, a eficácia e a efetividade do NHS. De fato, depois da expansão durante os governos trabalhistas, os contratos firmados entre o setor público e o setor privado para a provisão de serviços de saúde aumentaram rápida e pronunciadamente desde o início do governo de coalizão. Serviços que antes eram prestados exclusivamente pelo setor público passaram a ser prestados por empresas e outras organizações privadas, que eram financiadas com recursos fiscais e operavam sob a marca do NHS. Com isso, foi reforçado o processo por meio do qual o setor privado assumia os serviços mais simples e, portanto, menos custosos, e mantinha com o setor público os serviços mais complexos e, portanto, mais custosos. Com menores receitas, com menos contratos e maiores despesas porque, com serviços mais custosos, os ofertantes do setor público continuaram a enfrentar a deterioração da sua situação financeira.<sup>24</sup>

Em verdade, as reformas levadas a cabo pelo governo de Cameron foram duramente questionadas por vários grupos sociais, desde os usuários até a classe médica, que, entretanto, não foram capazes de evitar que elas fossem aprovadas no parlamento e implementadas a partir de então. Argumentavam que aquele era o mais contundente passo em direção à privatização do sistema de saúde inglês, por meio do progressivo sufocamento dos serviços públicos pelos serviços privados. Sem recursos para a realização de novos investimentos e, portanto, incapaz de competir nas mesmas condições, o setor público seria substituído pelo

---

23. O governo de coalizão também reformou as agências criadas durante os governos trabalhistas. De fato: *i*) as funções do National Institute for Health and Clinical Excellence foram transferidas para o novo National Institute for Health and Care Excellence; *ii*) as funções da Healthcare Commission foram transferidas para a nova Care Quality Commission; *iii*) as funções do NHS Institute for Innovation and Improvement foram transferidas para o novo NHS Improving Quality; e *iv*) as funções do National Patient Safety Agency foram transferidas para o NHS England. Além dessas reformas, foi criado o Health Education England, que é responsável pela educação e pelo treinamento constante dos profissionais do NHS.

24. Em 2015, ocorreu a maior terceirização de serviços antes prestados pelo NHS da história: 780 milhões de libras em contratos assinados com empresas e outras organizações privadas que deixaram muito a desejar no que se refere à qualidade dos serviços prestados em outras oportunidades (Campbell, 2015).

setor privado, cuja lógica de operação certamente não é aquela vislumbrada pelos idealizadores do NHS meio século atrás. Como visto, desde meados da década de 1970, as pressões em favor de reformas que se distanciam dos princípios originais do NHS aumentaram consideravelmente. Desde então, foram implementadas reformas que não contribuem para o fortalecimento de um sistema baseado nos princípios de coletivismo, equidade, gratuidade e universalismo, as quais atingiram o seu auge durante o governo de coalização eleito em 2010 em plena crise econômica e social.

Se no discurso oficial a economia de recursos seria feita por meio do aumento da eficiência do sistema, na prática, o que se espera é uma sensível deterioração da qualidade dos serviços prestados, com a redução dos investimentos em infraestrutura e em pessoal. Em muitas regiões do país, a escassez de recursos fez com que esses serviços tivessem de ser suspensos, enquanto em outras esses serviços passaram a apresentar qualidade semelhante àquela dos mais atrasados países desenvolvidos da Europa, como a dos países da Europa Meridional e da Europa Oriental. Diante da deterioração dos serviços prestados pelo NHS, aqueles que podem pagar passaram a recorrer ao sistema privado, pagando pelos procedimentos ou adquirindo planos de saúde no mercado (Gallagher, 2015).<sup>25</sup>

A indignação que prevalece em parte da sociedade inglesa atualmente é reforçada pelo fato de que o principal beneficiado pelas reformas de Cameron não foram os usuários, como prometido, mas as grandes empresas privadas que prestam seus serviços ao NHS. Em tempos difíceis como os atuais, os recursos fluem dos cofres públicos para os cofres privados. A afluência privada dá-se, assim, à custa da esqualidez pública. No processo de negociação política, ou seja, a *politics*, que determina o conteúdo das políticas, isto é, a *policy*, essas empresas privadas que agora prestam serviços para o NHS, após décadas à espreita, parecem finalmente triunfar. De fato, até então, elas sempre exerceram um papel bastante modesto no processo de interação entre grupos sociais que determinam o perfil das políticas públicas que, por sua vez, determinam o perfil do sistema de saúde inglês. Não há expressão maior de uma espécie de “conveniente amnésia” em relação aos princípios sobre os quais foi construída aquela que é, sem dúvida, a mais preciosa “joia da coroa” do sistema de proteção social inglês.

### 3 ANÁLISE DE DADOS E INDICADORES SELECIONADOS

Nesta seção, são analisados indicadores selecionados sobre os serviços de saúde do Reino Unido, contrastando-os com os dos demais países da OECD. Para cada

---

25. Símbolo disso, o Trafford General Hospital, que é considerado o primeiro hospital do NHS, uma vez que foi ali que o Aneurin Bevan abriu as portas do novo serviço no dia 5 de julho de 1948, foi obrigado a fechar o seu departamento de acidentes e emergências (A&E department) por falta de recursos no final de 2013, o que sobrecarregou os demais hospitais de Manchester.

um deles, foram calculadas as médias dos indicadores para as décadas de 1980, 1990, 2000 e 2010 – neste último caso, considerando somente o período até 2013. De modo geral, o desempenho do Reino Unido frente aos demais países sugere que as reformas levadas a cabo nas últimas décadas não foram capazes de melhorar o desempenho do seu sistema de saúde da forma esperada por seus idealizadores. De particular importância é o fato de que as consequências desastrosas das reformas implementadas pelo governo de coalizão liderado por David Cameron diante do aprofundamento da crise internacional, em geral, e europeia, em particular, já se fazem notar na maioria dos indicadores considerados.

Como demonstra a tabela 1, a totalidade da população do Reino Unido é coberta pelo sistema de saúde público – o NHS. Há uma parcela não desprezível dessa população que possui planos de saúde, os quais são adquiridos individualmente ou por meio dos empregadores. Após crescer rapidamente durante o governo de Thatcher, inclusive com incentivos do próprio governo, essa parcela permaneceu relativamente estável, em torno de 10% da população, um índice consideravelmente inferior àquele verificado nos demais países da OECD. A aquisição de planos de saúde introduz um elemento de diferenciação importante no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, justamente aquilo que a criação do NHS buscou evitar ao oferecer um serviço cujo acesso dependesse apenas da necessidade, e não da capacidade de pagamento. Além disso, ela tende a induzir certa resignação em relação aos serviços prestados pelo setor público, contribuindo para reduzir as pressões em favor da constituição de um NHS bom para todos.

**TABELA 1**  
**Cobertura do sistema de saúde da população**  
(Em %)

	Reino Unido				OECD			
	1980	1990	2000	2010	1980	1990	2000	2010
Seguridade e seguro social	100,0	100,0	100,0	100,0	93,6	95,0	93,7	95,4
Seguro privado	-	10,4	11,9	10,8	-	36,9	39,6	42,2

Fonte: OECD.

Elaboração dos autores.

De fato, aqueles que podem pagar recorrem ao setor privado em busca de serviços prestados em melhores condições do que aqueles no setor público, sobretudo no que se refere à possibilidade de escolha do provedor dos serviços (médicos, dentistas, hospitais etc.), ao tempo de espera para o acesso a determinados serviços (exames, consultas, cirurgias etc.) e à qualidade dos serviços prestados (equipamentos, instalações, medicamentos etc.), o que sugere que oferta não é suficiente para atender à demanda pelos serviços no NHS, ao menos não de forma satisfatória. Embora seja consideravelmente inferior à dos demais países

da OECD, a parcela da população que possui planos de saúde no Reino Unido permaneceu relativamente estável, mesmo depois de todas as reformas do sistema levadas a cabo para melhorar a qualidade dos serviços prestados, bem como a despeito da crise internacional, em geral, e europeia, em particular, condições que poderiam exercer um efeito negativo sobre esse indicador.

Tal como previsto desde a sua fundação, o NHS é financiado fundamentalmente por impostos, seguidos por contribuições sociais e por pagamentos dos usuários, como mostra a tabela 2. A maior parte dos impostos incide sobre a renda, os lucros e os ganhos de capital, seguidos por bens e serviços e pela propriedade. Já as contribuições sociais remetem ao sistema anterior à criação do NHS, e a maior parte incide sobre os empregadores, seguida pelos trabalhadores assalariados e autônomos. Por fim, os pagamentos que foram introduzidos depois da criação do NHS são válidos para prescrições, serviços oftalmológicos e odontológicos, são reduzidos e não se aplicam a todos os usuários.<sup>26</sup>

**TABELA 2**  
**Fontes de financiamento do NHS**  
(Em %)

	Reino Unido		
	1990	2000	2010
Impostos	84,3	81,3	81,3
Contribuições sociais	13,0	17,3	17,3
Pagamentos dos usuários	2,7	1,5	1,5

Fonte: Office of Health Economics (OHE) Guide to UK Health and Health Care Statistics.  
Elaboração dos autores.

Até a década de 1990, o NHS observou um aumento considerável da importância das contribuições sociais e dos pagamentos dos usuários entre as suas fontes de recursos. Isso foi razão de grande descontentamento, na medida em que significava uma afronta aos princípios originais do sistema, entre eles o de que o sistema deveria ser financiado por impostos. Esse aumento das contribuições sociais e dos pagamentos dos usuários decorreu das reformas levadas a cabo para tentar assegurar a sustentabilidade financeira do NHS, em um contexto em que a expansão dos gastos era cada vez mais necessária para garantir que a oferta fosse compatível com a demanda pelos serviços de saúde. Na década de 2000, as contribuições sociais crescem ainda mais rapidamente, como resultado da estratégia adotada pelo governo trabalhista para financiar a maior expansão dos

26. Em 2010, 47% dos impostos no Reino Unido incidiram sobre renda, lucros e ganhos de capital, 38% sobre bens e serviços, e 15% sobre a propriedade. Além disso, 57% das contribuições sociais no país foram cobradas dos empregadores, 40% dos trabalhadores assalariados e autônomos, e 3% de outras fontes.

gastos públicos em saúde registrados na história do NHS, sem que fosse necessário aumentar os impostos e os pagamentos dos usuários. Essa tendência foi mantida após a chegada dos conservadores ao poder, a despeito da considerável redução de gastos com o sistema de saúde a partir de então.

A tabela 3 demonstra a importância das diferentes fontes de financiamento do gasto total com serviços de saúde. A importância do NHS faz com que a maior parte do gasto com saúde seja financiada pelo setor público no Reino Unido, que responde por mais de 85% do total das fontes de financiamento, muito superior aos demais países da OECD. Entretanto, verifica-se um aumento da importância do setor privado no financiamento do gasto total. E aqui destacam-se os pagamentos realizados não apenas pelos planos de saúde, mas também pelos próprios usuários dos serviços públicos. Parte desses pagamentos se deve ao fato de que alguns serviços prestados pelo setor público são pagos. Como visto, entretanto, esses pagamentos são reduzidos e não se aplicam a todos os usuários. Neste caso, a maior parte desses pagamentos é realizada ao setor privado pelos usuários que não possuem planos de saúde ou pelos que possuem esses planos mas trabalham em um sistema participativo, ou seja, quando os usuários devem arcar com parte dos custos dos serviços de saúde, uma vez que nem todo custo é coberto por esses planos.

TABELA 3

**Fontes de financiamento do gasto total com serviços de saúde  
(Em%)**

	Reino Unido				OECD			
	1980	1990	2000	2010	1980	1990	2000	2010
Público	86,8	78,3	85,9	87,2	70,2	71,1	71,5	72,5
Privado	13,2	21,6	20,5	17,6	28,8	29,1	28,5	27,5

Fonte: OECD.

Elaboração dos autores.

A tabela 4, por sua vez, demonstra o comportamento do gasto total com serviços de saúde. O Reino Unido apresentou taxas modestas de crescimento do gasto público, mas em constante expansão, sobretudo a partir da década de 2000. Embora os governos conservadores de Thatcher e Major tenham realizado aumentos expressivos, eles ocorreram de forma pontual e acompanharam os momentos de grandes reformas, em especial a introdução do “quase mercado”, em função da política de cortes nos gastos públicos. Já a partir do governo trabalhista de Blair e Brown, esses aumentos ocorreram de forma sistemática. Durante esse período, verificou-se a maior expansão dos gastos públicos em saúde registrados na história do NHS, o que é uma consequência da maior prioridade atribuída aos serviços de saúde, relativamente às demais áreas de atuação do

Estado frente ao elevado *deficit* de recursos do qual padecia o sistema naquela época. Por fim, com o governo de coalizão, os gastos públicos apresentaram as menores taxas de crescimento durante todo o período considerado, em função da política de austeridade adotada pelo governo diante do aprofundamento da crise internacional, em geral, e europeia, em particular, e que teve o NHS como uma de suas principais variáveis de ajuste. As taxas de crescimento foram praticamente nulas no período, a despeito do comprometimento do novo governo em preservar a expansão dos gastos com o sistema durante as eleições (Gallagher, 2015).

TABELA 4  
Gasto total com serviços de saúde

	Reino Unido				OECD			
	1980	1990	2000	2010	1980	1990	2000	2010
% do PIB								
Público	4,5	5,0	6,4	7,4	4,6	5,0	5,7	6,4
Privado	0,7	1,0	1,5	1,5	1,8	2,1	2,3	2,4
Taxa de crescimento (%)								
Público	7,2	6,5	8,4	0,5	9,8	7,1	8,1	3,1
Privado	12,8	9,6	6,7	0,3	11,3	9,7	7,9	3,6
Per capita (US\$)								
Público	568,2	1.056,0	2.129,5	2.741,1	627,2	998,7	1.757,9	2.434,7
Privado	88,6	220,9	502,6	552,4	232,8	413,9	678,8	889,9

Fonte: OECD.  
Elaboração dos autores.

Como resultado desses processos, o gasto público com serviços de saúde do Reino Unido como porcentagem do PIB cresceu significativamente até o final da década de 2000, aproximando-se da média dos países da OECD. Como visto, a importância deste fato não deve ser superestimada, uma vez que esse aumento não foi suficiente para atender às necessidades de recursos do sistema frente ao tamanho e ao perfil da demanda pelos seus serviços. A meta estabelecida pelo governo trabalhista não possuía qualquer fundamento técnico e destinava-se a obter o apoio da opinião pública em um contexto de forte descontentamento com o NHS. Com efeito, o aumento do gasto público com serviços de saúde foi suficiente apenas para reduzir a distância entre a quantidade de recursos efetivamente alocada no sistema e a quantidade de recursos necessários para que o sistema fosse capaz de atender de modo satisfatório à demanda ao longo das últimas décadas. Deve-se observar, ademais, que esse forte crescimento permitiu que o gasto público com serviços de saúde *per capita* também aumentasse no período. Entretanto, ainda que ele seja hoje maior do que a média dos países da OECD, este gasto permanece inferior ao da maioria dos países mais ricos desse grupo, onde ele é hoje raramente inferior a US\$ 3 mil.

Interessante observar, além disso, que a importância dos recursos alocados no financiamento do NHS em relação às receitas totais do governo britânico aumentou ininterruptamente desde a criação do sistema, em 1948. Se naquele ano ele respondia por 8% das receitas, em 1990 essa importância era de 12%, em 2000, de 15,2%, e em 2010, de 26%. Esse aumento está intimamente relacionado ao aumento dos gastos públicos com serviços de saúde relativamente às demais áreas de atuação do Estado no Reino Unido a partir da década de 1990 e, principalmente, de 2000.

Evidentemente, no que se refere aos serviços de saúde, não importa apenas quanto dinheiro é gasto, mas também como ele é gasto e que resultados ele produz. No que se refere à forma como o dinheiro é gasto, o Reino Unido aumentou o pessoal prestador destes serviços de forma relativamente lenta, o que pode estar relacionado ao reduzido crescimento do orçamento do NHS. Esse aumento foi maior no caso dos clínicos gerais relativamente aos especialistas e aos enfermeiros. Isso pode ser um reflexo da maior ênfase atribuída pelo governo aos serviços primários. Basta observar que os resultados continuam abaixo dos outros países. Além disso, o número de leitos disponíveis em hospitais diminuiu consideravelmente. Essa é, de fato, uma tendência, na medida em que se tem priorizado os cuidados preventivos, ao invés de curativos, e que novas tecnologias têm reduzido a necessidade de permanência nos hospitais por períodos de tempo mais longos. Mesmo assim, o número de leitos no Reino Unido permaneceu abaixo dos países da OECD.

Por fim, no que se refere às tecnologias médicas, como os equipamentos de tomografia computadorizada e os equipamentos de ressonância magnética, que facilitam o diagnóstico e o tratamento de diversas enfermidades, o Reino Unido também deixa bastante a desejar. Uma grande quantidade de equipamentos certamente não significa que todos que deles necessitarem terão acesso a eles. Eles podem se concentrar nos grupos sociais ou regiões mais prósperas, por exemplo. Mas uma quantidade reduzida pode significar grandes dificuldades, como longas listas de espera para a realização dos exames. No caso do Reino Unido, a importância desses equipamentos não apenas aumentou muito lentamente, como a sua proporção é muito baixa relativamente aos demais países da OECD. Esse processo certamente foi agravado diante dos cortes realizados pelo governo de coalizão após a crise, que inviabilizaram novos gastos não apenas com pessoal mas também com a expansão e modernização da infraestrutura existente (tabela 5).<sup>27</sup>

---

27. É importante observar que os dados sobre tomografia computadorizada no Reino Unido referem-se apenas ao setor público, enquanto nos demais países esses dados referem-se também ao setor privado. Embora isso possa explicar parte da reduzida quantidade desses equipamentos no caso britânico, não se deve ignorar o fato de que a importância do setor público como provedor dos serviços é maior do que na maioria dos outros países, e de que existem evidências de que os gastos com essas tecnologias são menores no Reino Unido do que no resto do mundo (Martin, 2014).

**TABELA 5**  
**Infraestrutura e pessoal relacionados aos serviços de saúde**

	Reino Unido				OECD			
	1980	1990	2000	2010	1980	1990	2000	2010
Clínicos gerais (por 1 mil)	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	1,0	1,0	1,0
Especialistas (por 1 mil)	-	-	1,6	1,9	0,8	1,3	1,7	1,9
Enfermeiros (por 1 mil)	-	-	9,7	8,6	7,9	7,3	8,5	9,5
Leitos hospitalares (por 1 mil)	-	-	3,7	2,8	8,2	6,2	5,4	5,0
Tomografia computadorizada (por 100 mil)	-	-	7,0	7,4	5,5	14,4	17,8	21,6
Ressonância magnética (por 100 mil)	-	-	5,4	5,9	0,3	3,6	8,3	12,3

Fonte: OECD.  
Elaboração dos autores.

Já no que se refere aos resultados produzidos pelo dinheiro investido em serviços de saúde, é evidente uma melhora nas condições de saúde dos britânicos, como demonstra a tabela 6. É importante registrar que esses indicadores são afetados por um conjunto de fatores que não se limitam às características dos sistemas de saúde, estando relacionados também a outros fatores econômicos e sociais. Mas, considerando que estes sistemas também possuem um importante papel a cumprir nesse processo, é realmente notável que a expectativa de vida no Reino Unido é uma das mais elevadas entre os países da OECD. Ele também possui uma das menores taxas de mortalidade da organização. Entre as principais causas de morte em todo o mundo, o Reino Unido saiu-se melhor que os outros países no que se refere à taxa de mortalidade por enfermidades cardiovasculares, que incluem infartos e derrames, mas saiu-se pior do que eles no que se refere à taxa de mortalidade por câncer. Todas elas são enfermidades cuja letalidade está relacionada não apenas ao cuidado curativo, com a melhora dos tratamentos disponíveis, mas também ao cuidado preventivo, por meio da mudança de hábitos e exames regulares, por exemplo. Por fim, a proporção de crianças que falecem antes de completar um ano de idade está relacionada não apenas ao cuidado com as crianças depois do nascimento, mas também antes, por meio do acompanhamento da gestação. Também aqui os resultados do Reino Unido melhoraram consideravelmente nos últimos anos relativamente aos demais países da OECD, mas eles permanecem maiores que os dos países mais ricos da organização, onde é hoje raramente superior a três falecimentos para cada mil nascidos vivos.

Assim, o desempenho do Reino Unido sugere que o NHS contribuiu de forma decisiva para a expressiva melhora das condições de saúde dos britânicos, ao oferecer um serviço universal e, em grande medida, gratuito, por meio da ênfase cada vez maior em cuidados preventivos, ao invés de cuidados curativos, e dos investimentos em infraestrutura e em pessoal, sobretudo a partir da década de 2000. Entretanto, esses investimentos ainda não são suficientes para atender

à demanda existente pelos serviços de saúde naquele país, de modo que há ainda muito a ser feito. Essa tendência deverá manter-se nos próximos anos em função da redução realizada pelo governo de coalização no orçamento do sistema de saúde a partir de 2010.

TABELA 6  
Condições de saúde da população

	Reino Unido				OECD			
	1980	1990	2000	2010	1980	1990	2000	2010
Expectativa de vida (anos)	74,5	76,7	79,0	80,9	73,6	75,7	78,3	80,1
Taxa de mortalidade (por 100 mil)	1.255,9	1.077,5	898,8	775,0	1.289,4	1.138,8	935,3	816,5
Câncer (por 100 mil)	282,9	269,9	245,0	230,0	250,6	249,8	230,5	211,1
Infarto (por 100 mil)	222,4	147,6	68,6	40,6	132,9	105,5	67,3	47,8
Derrame (por 100 mil)	159,6	119,3	89,3	57,8	169,1	136,0	94,6	58,8
Taxa de mortalidade infantil (por 1 mil)	10,0	6,4	5,0	4,1	12,4	8,2	5,5	4,1

Fonte: OECD.

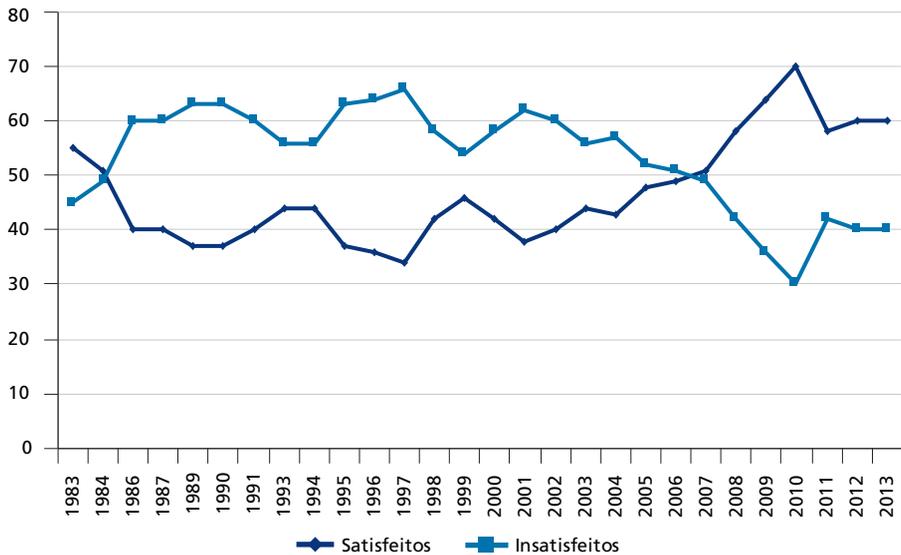
Elaboração dos autores.

Finalmente, o gráfico 1 mostra o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pelo NHS. As reformas implementadas na década de 1980 encontraram forte oposição em diversos grupos sociais, o que se refletiu na forte queda da satisfação com os serviços, que caiu de 55% para 35% entre o início e o final da década. A satisfação dos usuários apenas voltou a aumentar de forma consistente a partir da década de 2000, com as reformas levadas a cabo pelo governo trabalhista e os aumentos históricos de recursos destinados ao financiamento do sistema, passando de 40% para 70% entre o início e o final da década. A chegada do governo de coalizão e a sua resposta à crise internacional encerraram o otimismo, com a maior e mais rápida queda da satisfação dos usuários com os serviços prestados pelo NHS até então registrada.<sup>28</sup>

A despeito de suas limitações, o NHS foi declarado o melhor sistema de saúde do mundo por um painel de especialistas em 2013, que o consideraram mais eficiente, eficaz e efetivo que em outros países que gastam muito mais em serviços de saúde. Segundo a mais conceituada avaliação desses sistemas, baseada não apenas nos indicadores usuais, mas também em pesquisas com usuários e profissionais desses sistemas, o NHS destaca-se por assegurar os melhores serviços ao menor custo e ao maior número de pessoas entre os países avaliados (Davis *et al.*, 2014).

28. Interessante observar que pesquisas realizadas neste contexto pela instituição britânica Yougov mostram o interesse dos britânicos em manter o NHS como um serviço prestado pelo setor público entre todos os setores pesquisados. Enquanto 84% dos britânicos gostariam de assegurar que o serviço fosse nacionalizado e provido pelo setor público, apenas 7% deles gostariam que ele fosse privatizado e provido pelo setor privado. Isso reflete a preocupação dos usuários com o recente avanço do processo de privatização do sistema de saúde britânico.

GRÁFICO 1  
Satisfação dos usuários com o NHS  
(Em %)



Fonte: British Social Attitudes.  
Elaboração dos autores.

#### 4 CONCLUSÃO

O NHS, o sistema público, universal e, em grande medida, gratuito do Reino Unido, fundamenta-se no entendimento de que todos, na condição de seres humanos sujeitos a infortúnios por forças muito além de seu controle, devem ter a sua dignidade protegida por meio do atendimento de suas necessidades fundamentais como um direito reconhecido e garantido pelo Estado. Arranjos mais solidários deste porte tendem a ser mais prováveis e resilientes em sociedades menos heterogêneas, uma vez que, neste caso, seus benefícios e custos se distribuem de forma menos assimétrica entre os diferentes grupos sociais que a compõem. Uma vez que este não é o caso da sociedade inglesa, o seu surgimento somente foi possível em circunstâncias históricas excepcionais, em que prevaleceu o “espírito de Dunquerque”. Tão logo elas se foram, iniciou-se o processo de reforma deste arranjo. A tentativa de infiltrar no NHS a lógica do mercado e de transformá-lo em uma fonte de “ovos de ouro” das grandes empresas não foi capaz de melhorar consideravelmente o desempenho do sistema, na medida em que a oferta não foi capaz de atender à demanda pelos serviços de saúde. Isso se tornou ainda mais evidente depois da deflagração da crise internacional em 2008, em geral, e europeia, em particular, quando o novo governo de coalizão adotou rigorosas

medidas de austeridade que implicaram a redução dos recursos disponíveis para a realização de novos investimentos em pessoal e em infraestrutura.

Sem dúvida, há um lugar especial para o NHS na sociedade britânica, em geral, e na inglesa, em particular. Mantê-lo aí, entretanto, pressupõe proteger o seu verdadeiro significado. Em uma de suas últimas palestras, Titmuss (1974) expressou seu orgulho e admiração pelo feito dos ingleses no pós-guerra, e compartilhou a sua própria experiência. Enquanto aguardava as sessões de radioterapia em uma antessala no Westminster Hospital, a companhia diária de um jovem emigrante lhe chamava a atenção:

seu horário era o mesmo que o meu para a radioterapia – 10 horas, todos os dias. Às vezes, ele entrava na Theratron Room primeiro; às vezes, eu entrava. O que determinava a espera eram simplesmente os azares do trânsito de Londres – não raça, religião, cor ou classe (Titmuss, 1974, tradução nossa).

## REFERÊNCIAS

- ABERCROMBIE, N. *et al.* **Contemporary British society**. Cambridge: Polity Press, 2000.
- ADDISON, P.; JONES, H. **A companion to contemporary Britain: 1939-2000**. New Jersey: John Wiley and Sons, 2005. 604 p.
- ALLSOP, J. **Health policy and the national health service**. London: Longman, 1984.
- ARRETCHE, M. T. Emergência e desenvolvimento do welfare state: teorias explicativas. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências**, Rio de Janeiro, n. 39, 1995.
- BALDWIN, P. **The politics of social solidarity: class bases of the European welfare state: 1875-1975**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- BELLUZZO, L. G. M. **Ensaio sobre o capitalismo no século XX**. Campinas: Editora da Unesp; Unicamp/IE, 2004.
- BEVAN, A. **In place of fear**. Londres: Kessinger Publishing, 2007. 224 p.
- BEVERIDGE, W. Report on social insurance and allied services. **Socialist Health Association**, 26 nov. 1942. Disponível em: <<http://www.sohealth.co.uk/resources/public-health-and-wellbeing/beveridge-report/>>.
- BLAIR, T.; SCHRÖDER, G. **Europe: the third way**. Londres: Labour Party, 1998. (Working Document, n. 2).
- BLANK, R.; BURAU, V. **Comparative health policy**. 2nd ed. New York: Palgrave MacMillan, 2007.

BOYLE, S. Health systems in transition. **Health System Review**, v. 13, n. 1, p. 1-486, 2011.

CAMPBELL, D. NHS agrees largest-ever privatisation deal to tackle backlog. **The Guardian**, Londres, 12 Mar. 2015.

CARRIER, J.; KENDALL, I. **Health and the National Health Service**. 2nd ed. Abingdon: Routledge, 2016.

DAVIS, K. *et al.* **Mirror, mirror on the wall**: how the performance of the U.S. health care system compares internationally. Nova York: Commonwealth Fund, 2014.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. *In*: OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas: Unicamp/IE, 1998.

\_\_\_\_\_. **As estruturas elementares das políticas públicas**. Campinas: Unicamp/NEPP, 2009. (Caderno de Pesquisa, n. 82).

FLINDERS, M.; GAMBLE, A.; HAY, C. **The Oxford handbook of British politics**. Oxford: Oxford University Press, 2011. 1002 p.

FREEMAN, R. **The politics of health in Europe**. Manchester: Manchester University Press, 2000.

FREEMAN, R.; ROTHGANG, H. Health. *In*: CASTLES, F. (Ed.). **The Oxford handbook of the welfare state**. Oxford: Oxford University Press, 2010.

GALLAGHER, P. NHS: UK now has one of the worst healthcare systems in the developed world, according to OECD report. **The Independent**, London, 4 nov. 2015.

GRIFFITHS, R. Griffiths report on NHS. **Socialist Health Association**, 6 out. 1983. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/resources/national-health-service/griffiths-report-october-1983/>>.

HAM, C. **Health policy in Britain**: the politics and organisation of the National Health Service. 5th ed. New York: Palgrave Macmillan, 2004.

KLEIN, R. **The new politics of the National Health Service**: from creation to reinvention. 7th ed. Oxon: Radcliffe Publishing, 2013.

LEICHTER, H. M. **A comparative approach to policy analysis**: health care policy in four nations. Cambridge: Cambridge University Press, 1979.

MARSHALL, T. H. **Citizenship and social class and other essays**. Cambridge: Cambridge University Press, 1950.

MARTIN, D. Deadly shortage of cancer scanners that shames UK: Britain has fewer MRI machines than almost any other western country. **Daily Mail**, 25 jun. 2014.

MINISTRY OF HEALTH. A National Health Service. **Socialist Health Association**, 26 Mar. 1944. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/resources/national-health-service/the-sma-and-the-foundation-of-the-national-health-service-dr-leslie-hilliard-1980/a-national-health-service/>>.

MOHAN, J. **A national health service?** The restructuring of health care in Britain since 1979. Basingstoke: Macmillan, 1995.

MYLES, J.; QUADAGNO, J. Political theories of the welfare state. **Social Service Review**, v. 76, n. 1, p. 34-57, 2002.

NOGUEIRA, M. A. Políticas de saúde. In: DI GIOVANNI, G.; NOGUEIRA, M. A. (Org.). **Dicionário de políticas públicas**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2013.

OBELKEVICH, J.; CATTERALL, P. **Understanding post-war British society**. London: Routledge, 1994. 228 p.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Financing and delivering health care: a comparative analysis of OECD countries. **Social Policy Studies**, Paris, v. 17, n. 4, 1987.

POLANYI, K. **A grande transformação**: as origens da nossa época. Tradução de Fanny Wrobel. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1944.

POWELL, M. A. **Evaluating the National Health Service**. Buckingham: Open University Press, 1997.

RIVETT, G. **National Health Service history**. [s.l.]: [s.n.]: July 2015. Disponível em: <[www.nhshistory.net](http://www.nhshistory.net)>. Acesso em: dez. 2016.

SMITH, P.; GODDARD, M. **The English National Health Service**: an economic health check. United Kingdom: OECD, 2009. (OECD Economic Department Working Papers, n. 716).

STEVENSON, J. **British society**: 1914-1945. Harmondsworth: Penguin Books, 1984. 503 p.

THANE, P. The working class and state 'welfare' in Britain 1880-1914. In: GLADSTONE, D. (Org.). **Before Beveridge**: welfare before the welfare state. London: Civitas, 1999.

TITMUS, R. **Social policy**: an introduction. Nova York: Pantheon Books, 1974.

WEBSTER, C. **The national health service**: a political history. Toronto: Oxford University Press, 2002.

