

## Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança\*

Reform of the State and reform of health systems: international experiences and trends for changes

Célia Maria de Almeida <sup>1</sup>

**Abstract** *This text discusses the agenda for reform of the State, assessing the central themes and the difficulties facing implementation; it identifies the forms it takes in models being implemented in the area of health care and analyzes some countries' reforms (USA, United Kingdom and Colombia). It also points to approaches emerging as trends in proposals for sector reform in Brazil, vis a vis the international experience, where the idea of split between financing and provision functions has been flourished, and that introducing competition mechanisms into resource allocation has been hardly criticized. Although beginning from far more precarious conditions, Latin American reforms have been more radical and accompanied by extreme financial constraints, with substantial under-funding of the sector. One trend in the region is towards the increasing likelihood of previous systems being dismantled with no guarantee of substantive improvements in coverage or equity, either because of the radicalism of the processes, or because of the high degree of experimentation with which reforms are being implemented.*

**Key words** *State Reform; Health Sector Reform; Models of Health Sector Reform*

**Resumo** *Este texto discute a agenda de reforma do Estado, avaliando seus eixos centrais e dificuldades de implementação; identifica as traduções que adquire nos modelos que vêm sendo implementados na área de saúde e analisa as reformas de alguns países (EUA, Reino Unido e Colômbia). Aponta ainda as perspectivas que se desenham como tendências nas propostas de reforma setorial no Brasil, vis a vis a experiência internacional, onde a idéia de separação de funções de financiamento e execução tem prosperado, enquanto a de introdução de mecanismos competitivos na alocação de recursos financeiros tem sido objeto de várias críticas. Além disso, discute esses mecanismos em termos de eficiência e eficácia e da capacidade regulatória do Estado. Reflete sobre o quanto os países latino-americanos têm sido mais radicais nos seus processos de reforma, mesmo partindo de condições muito precárias e estando submetidos a constrangimentos financeiros e importante subfinanciamento setorial. Aponta como tendência, na América Latina, possibilidades de desmonte dos sistemas anteriores, sem garantia de melhoras substantivas na cobertura e na equidade, seja pelo radicalismo do processo, seja pelo alto grau de experimentalismo com que as reformas estão sendo implementadas.*

**Palavras-chave** *Reforma do Estado; Reformas Sanitárias; Modelos de Reforma em Saúde*

\* Uma versão preliminar deste texto foi apresentada pela autora na Oficina de Trabalho "Reforma do Estado e Reforma Setorial: Novos Modelos de Gestão" promovido pela Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul, realizada durante as atividades do V Congresso Nacional da Abrasco e Congresso Paulista de Saúde Pública, Lindóia/São Paulo, 25 a 28 de agosto/1997. Esta oficina contou com o apoio financeiro do International Development Research Centre-IDR/Escitório Regional - Montevideu  
<sup>1</sup> Departamento de Administração Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 7º andar, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, Brasil almeida@ensp.fiocruz.br

## Introdução

Este texto pretende discutir a agenda de reforma do Estado na perspectiva de avaliar seus eixos centrais e dificuldades de implementação; identificar as traduções que adquire nos modelos que vêm sendo implementados na área de saúde e analisar alguns resultados que despontam em alguns países; além de assinalar as perspectivas que se desenham como tendências nas propostas de reforma no Brasil *vis a vis* as experiências internacionais.

Assume a premissa central que a partir da década de 80, em todo o mundo, os diversos países envolveram-se em profundo processo de reformas que foram pautadas por forte apelo à tecnologia institucional preconizada pela perspectiva neoliberal, hegemônica naquele período. Assim, a necessidade de reduzir o desequilíbrio fiscal e criar condições macroeconômicas mais sustentáveis têm se centrado nos esforços para diminuir o tamanho do setor público; insular o Estado das pressões dos interesses particulares; pautar-se por regras e não por decisões discricionárias; e delegar decisões a agências independentes que não tenham incentivos para renderem-se a pressões políticas. Isto tem significado diminuir as atividades convencionalmente assignadas ao setor público, restringindo a atuação do Estado àquelas ações que lhe são “próprias”, alegando-se que, por esta via, tornar-se-ia mais eficiente.

A elaboração dessas propostas de reforma tende a centrar sua crítica no lado da oferta (*supply side*) de serviços e benefícios, com especial ênfase naqueles vinculados à proteção social, isto é, no questionamento do Estado “provedor” ou do Estado de bem-estar keynesiano. As premissas centrais que fundamentam essa perspectiva referem-se, por um lado, à sobrecarga estatal frente às demandas exacerbadas pela crise econômica e pela força dos grupos de interesse, derivando daí as avaliações dos efeitos danosos sobre as economias nacionais da excessiva intervenção do Estado nos negócios privados e dos altos impostos necessários para sustentar a política social. Por outro lado, ressaltam que, em termos gerais, as decisões do Estado refletem as preferências dos políticos e burocratas, que são movidos fundamentalmente por objetivos particulares, voltados para a obtenção ou manutenção do poder.

Muitos dos enfoques que têm sido privilegiados nessas avaliações derivam da perspec-

tiva institucionalista da escolha racional e alguns dos conceitos-chave estão centrados na relação “principal-agente” e nos problemas advindos dos custos de transação (*transaction costs*) das negociações econômicas e políticas (Kaufman, 1995; Przeworski, 1995).

Ainda que o empenho para “fazer com que o Estado funcione melhor” não seja novo na história moderna, nunca antes um movimento de reforma teve uma agenda tão homogênea, foi tão amplo e difundido tão rapidamente. Numa visão otimista, esse processo busca novas formas de assegurar a *res pública*, isto é, o uso do Estado para promover o interesse público.

Nessa perspectiva, essa onda generalizada de reformas contemporâneas toma características de uma “revolução global” (de idéias e de políticas), segundo Kettl (1996), cuja novidade está não apenas na generalização mundial de uma mesma agenda de reforma, mas também no foco central no “gerencialismo”, advogando que as estruturas burocráticas hierárquicas tradicionais, com seus procedimentos normativos e rigidez inerentes, são danosas aos interesses públicos, ineficientes e inefetivas. Os reformistas constroem sua “revolução” principalmente sobre a afirmação da erosão das teorias da autoridade hierárquica burocrática, que foram a base de sustentação do gerenciamento do Estado moderno por mais de um século. Partem do pressuposto que, como qualquer monopólio, as agências estatais são inerentemente ineficientes, tendem a crescer indefinidamente e o resultado é um mal desempenho. A mudança central do foco de atenção é das atividades ou “produtos” das agências governamentais (*output*) para os resultados dessas atividades (*outcomes*) (Kettl, 1996:38-41).

A despeito desse apelo e dinâmica universais, dois dilemas permanecem no centro do debate: o primeiro se refere à construção de administrações governamentais que funcionem melhor e com menos recursos (isto é, mais eficientes); o segundo diz respeito a quais seriam as funções precípuas do Estado, ou seja, refere-se a uma necessária “refundação” das responsabilidades estatais com a respectiva reestruturação organizacional.

É preciso separar, entretanto, dois momentos distintos desse processo reformador: o primeiro é a época da hegemonia neoliberal dos anos 80, onde o discurso ideológico pregava a falência do *welfare state* e onde predominaram as políticas centradas sobretudo na contenção

de custos e controle de gastos, que tentaram desconsiderar a questão social através do *stress* fiscal (France, 1993), do subfinanciamento e da exaltação do indivíduo como oposição à sua “diluição” no coletivo; e o segundo período, mais recente, em que se formulam propostas de reforma, analítica e tecnicamente fundamentadas, com o intuito de retirar da responsabilidade única do Estado algumas das atividades que até então compuseram a rede de segurança social construída sob a perspectiva keynesiana.

Os modelos reformadores que emergem nos anos 90 suavizam o discurso ideológico, exacerbado nos 80, partindo mesmo da crítica das propostas neoliberais, sem entretanto significar um “retorno” às premissas do Estado providência anterior. Na realidade, as reformas em curso tentam lidar com os “novos” problemas que as políticas restritivas da década anterior maximizaram, jogando-os no centro das diferentes arenas setoriais, recuperando, sob novas bases, a perspectiva do Estado minimalista. As principais características dessa agenda atual são a centralidade da perspectiva econômica, a difusão das mesmas premissas para todos os setores e o deslocamento do foco para a operacionalização das políticas, retirando-o dos princípios que embasam a sua formulação.

Na América Latina e Caribe os ajustes macroeconômicos dos anos 80 induziram efeitos sérios e perturbadores, de longo prazo, na estrutura e financiamento do setor público, além de que os reformadores dedicaram pouca atenção à reestruturação administrativa e nada fizeram contra a deterioração dos recursos do setor público (Fanelli et al., 1992:48).

Sendo assim, a questão central na agenda pública nos anos 90 para a região é como reconstruir a capacidade do Estado, ao mesmo tempo que reestruturando-o (Fiori, 1993), para implementar as políticas de reforma necessárias para enfrentar os problemas exacerbados desde a última década. Sobrepõem-se, assim, nesse processo, as duas problemáticas – construção e reestruturação – que, para além das dificuldades inerentes, requer também aumento de investimentos.

A agenda de reformas institucionais para a América Latina tem sido fortemente influenciada por pelo menos cinco amplos temas, que correm o mundo há mais de uma década e vêm sendo desenvolvidos pelo Banco Mundial e outras organizações internacionais que par-

ticipam nesse processo (Kaufman, 1995:2):

- 1) a centralização e insulamento político do controle da política macroeconômica, particularmente no que concerne às decisões referentes aos gastos públicos e à política monetária, com subordinação das políticas sociais a esses ditames;
- 2) a descentralização e privatização das burocracias encarregadas da provisão de serviços sociais;
- 3) a introdução da competição entre provedores de bens e serviços (públicos e privados) como forma de aumentar a eficiência e, supostamente, a qualidade;
- 4) a delegação de funções regulatórias a agências independentes encarregadas de monitorar os prestadores de serviços e de lidar com as externalidades associadas à privatização, flexibilização, desregulação e outras reformas orientadas ao mercado;
- 5) a criação de um quadro restrito de funcionários públicos “essenciais”, mais capazes, com considerável poder operacional, que seriam recrutados através de critérios meritocráticos e avaliados segundo específicos padrões de desempenho.

Assumo neste ponto a pergunta formulada por Kaufman (1995): sob quais condições tais reformas institucionais podem ser implementadas e qual a possibilidade de se alcançar os resultados esperados?

Na primeira parte deste artigo analisa-se a agenda hegemônica de reforma administrativa do Estado, com especial ênfase na denominada linha de reforma orientada para o mercado. Na segunda, faz-se um balanço da agenda reformadora do setor saúde e as traduções que adquire nos modelos paradigmáticos implementados em alguns países. Na terceira, discute-se criticamente a incorporação dessas tendências ao processo de reforma setorial no Brasil.

Conclui-se que a idéia de separação de funções de financiamento e execução tem prosperado nas reformas setoriais dos países europeus, enquanto a introdução de mecanismos competitivos na alocação de recursos financeiros tem sido objeto de várias críticas, uma vez que pode não ser levar à obtenção de maior eficiência, efetividade ou melhora da qualidade, como se apregoa, além de que pressupõe uma grande capacidade regulatória por parte do Estado e pode exacerbar as desigualdades setoriais. Embora partindo de condições muito mais precárias, as reformas latino-americanas têm sido mais radicais e concomitan-

tes a extremos constrangimentos financeiros, com importante subfinanciamento setorial. Aponta-se como tendência na região maiores possibilidades de desmonte dos sistemas anteriores, sem garantia de melhoras substantivas na cobertura e na equidade, pelo alto grau de experimentalismo com que estão sendo implementadas essas reformas.

### A agenda de reforma do Estado

Apesar da “revolução gerencial” que percorre o mundo é difícil avaliar seus resultados e mais problemático ainda prescrever o que funciona melhor, em parte pelo pouco tempo de implementação das reformas, mas principalmente porque o mesmo entusiasmo com que a agenda tem sido assumida politicamente e implementada não tem sido acompanhado de equivalente esforço para desenhar sua operacionalização ou seu monitoramento e avaliação. Por outro lado, embora muitas das idéias que a têm fundamentado sejam bastante atraentes no papel, freqüentemente a implementação dos novos modelos tem levantado grandes problemas, muitas vezes inesperados pelos formuladores, tanto pelo açodamento e pragmatismo das reformas quanto pela colisão que provocam com as práticas em ato. Vejamos quais são as principais mudanças no atual enfoque reformador e algumas das questões cruciais a serem enfrentadas.

Alguns consensos são evidentes, constituindo a chamada linha de “reforma orientada para o mercado”:

- 1) **flexibilidade gerencial**, promovida através de diferentes formas, mas centrada fundamentalmente na quebra dos monopólios estatais, na diminuição do quadro de funcionários públicos e na dispensa da força de trabalho “superflua”;
- 2) **remoção das “barreiras burocráticas”** (normas, procedimentos e estruturas do aparelho de Estado), numa perspectiva pragmática, privilegiando a idéia de “gerenciamento da qualidade total” em oposição à de “controle burocrático hierarquizado”;
- 3) atendimento das **demandas do consumidor** (cidadão/cliente), em oposição às “conveniências dos burocratas e políticos”;
- 4) introdução de mecanismos de **competição de mercado** como “verdadeiros” incentivos para atingir maior eficiência e construir uma gerência mais competente;

5) **terceirização** e investimentos em **novas tecnologias de informação**, tornando as organizações **mais leves**;

6) foco na mudança de **procedimentos** e nos **processos** e não da estrutura organizacional.

Esses elementos têm integrado os novos modelos de reforma em diferentes países, concebidos de maneira profundamente pragmática e constituindo o chamado “novo gerenciamento público” (*new public management*). A importação de idéias de diferentes países tem sido estimulada, mas, como alerta Kettl (1996), é um equívoco pensar que as diferentes perspectivas constituem um menu de opções equivalentes, pois, na essência, são diferentes estratégias de mudança que estão voltadas para as especificidades de cada realidade nacional. De qualquer forma, o foco no gerencialismo é confirmado e, embora exista consenso sobre a necessidade de maior flexibilidade gerencial e diferentes enfoques tenham sido promovidos para introduzi-la, reiteram-se as premissas listadas acima e dedica-se substantiva energia à definição dos instrumentos adequados para implementá-lo.

A questão central reside na **avaliação de resultados** como guia para as decisões políticas. Uma vez que os serviços devem estar **voltados para o consumidor** (que por sua vez deve ter suficiente informação para fazer escolhas “inteligentes”, leia-se, conscientes em relação aos custos), a avaliação de desempenho passa a ser o fundamento sobre o qual as reformas são construídas, constituindo seu núcleo central.

Exemplos desse movimento são encontrados por toda parte e vários países têm investido pesadamente, desde os meados dos 80, no desenvolvimento de métodos e medidas de resultados e de desempenho dos gerentes e serviços, na perspectiva de avaliar o atendimento da demanda do consumidor.

No que concerne à primeira parte dessa equação, a **avaliação do desempenho**, de uma maneira geral trabalha sobre uma série de etapas (Kettl, 1996:43): a) a missão institucional (ou da agência), que é em parte uma elaboração legal, transformada em lei, e em parte cultural, histórica e política, pautada pelas normas que definem a instituição e que estruturam comportamentos; b) as metas, que derivam da forma como as leis que estabelecem a missão são interpretadas e como as normas se traduzem em ações concretas; c) os objetivos, isto é, como passar do geral da legislação para

as pautas que modelam a ação institucional; d) os indicadores de medida de cumprimento dos objetivos (*outputs*), isto é as atividades e o volume de serviços produzidos *vis a vis* os recursos investidos; e) os indicadores de resultados (*outcomes*), isto é, a avaliação da efetividade dos programas.

O desafio permanente é o decidir o que significa ser mais efetivo, que pressupõe avaliações que não se realizam com base em parâmetros meramente tecnológicos, mas incluem critérios políticos. Em outras palavras, a avaliação de desempenho busca julgar quão eficientemente uma agência traduz seus *inputs* (neste caso, particularmente o emprego no serviço público) em *outputs* e qual a efetividade desses “produtos” para atingir as metas dos programas governamentais (*outcomes*).

E aqui o primeiro falso dilema, como lembra Kettl (1996): medir “produtos” (*outputs*) ou resultados (*outcomes*)? A avaliação do desempenho caminha inexoravelmente para o segundo, que porém, é um tema extremamente crítico, pois inclui muitos fatores que não estão sob o controle dessas agências, o que aponta para a avaliação do que as agências podem controlar, isto é, seus “produtos”. Sendo assim, a avaliação de desempenho deve se processar nos dois níveis (produtos e resultados), que embora interconectados, proporcionam diferentes respostas a diferentes questões, envolvem os gerentes de diferentes maneiras e criam diferentes incentivos para o comportamento. Em suma, a complexidade que envolve a criação de um sistema de avaliação de desempenho é substancial e devido às dificuldades inerentes às sofisticadas avaliações de resultados, a **avaliação da satisfação do consumidor** tem funcionado como *proxy* de avaliação de desempenho.

Chegamos assim, à segunda parte da questão – **focalizar os serviços no consumidor** – que é o elemento crucial na transformação gerencial orientada para o mercado. A lógica subjacente é a de quebrar o monopólio estatal, que coíbe a livre-escolha do cidadão. De maneira geral, defende-se que não é a privatização *per se* que introduz a eficiência, mas sim a competição pelos consumidores, que fornece os incentivos adequados aos prestadores para funcionarem melhor, sejam eles públicos ou privados (Kettl, 1996:50).

Obviamente, presume-se que o consumidor seja claramente identificado. Na realidade constata-se pelo menos quatro diferentes enfoques para o consumidor nas propostas de re-

forma, bem sintetizados por Kettl (1996:51-2), que, por sua vez, pressupõem diferentes perspectivas de formulação de políticas e de gerenciamento, e encobrem diferentes conflitos, presentes em cada estratégia.

1) Consumidor visto como quem recebe os serviços aponta para a questão da responsabilização (*accountability*), isto é, no nível macro, para o “dever” do Estado, a prestação de contas ao cidadão.

2) Consumidor visto como o administrador dos *partners* na provisão de serviços, tal como na proposta de separação entre financiamento e provisão de serviços, onde o “consumidor” é o gerente, a autoridade ou agência que compra o serviço em nome do paciente, superando as assimetrias de informação, etc. Esta estratégia busca maior eficiência e efetividade nas ações, articulando os “parceiros” públicos e privados na distribuição de serviços à população.

3) Consumidor visto como o contribuinte, que racionalmente deseja pagar menos e receber mais, cobrando do Estado eliminar o desperdício e operar com maior eficiência. O paradoxo que emerge é que como usuário de serviços o consumidor sempre acha que recebe pouco e como pagador de impostos que paga muito. Paralelamente, a pressão para a eficiência, centrada no *stress* fiscal e na contenção, incita cortes orçamentários, que cria situações de difícil administração.

4) Consumidor como lideranças eleitas, que atuam como “supervisores” do desempenho governamental e dos *policy makers*, respaldados pelos votos do eleitorado. Obviamente aponta para a questão da democracia e das relações entre representantes eleitos, burocratas e cidadãos. A contradição está posta na definição das formas de incorporar a participação social.

Em síntese, a despeito do grande entusiasmo pela avaliação de desempenho e pela satisfação do consumidor essa perspectiva cria tensões, pois ao mesmo tempo que estreita as relações entre burocratas, políticos, *policy makers* e cidadãos pode subordinar as relações legais, políticas e normativas “às exigências do consumidor” que, independente da concepção em que se baseie, nem sempre significa melhores resultados. De qualquer forma, os autores alertam para a complexidade das relações inerentes a essas mudanças e, principalmente, para as dificuldades operacionais que suscitam.

### A agenda reformadora na saúde: um balanço

Na área da saúde esse processo tem-se traduzido na formulação de uma agenda pós-*welfare* também para o setor saúde, bastante sintonizada com o amplo movimento mundial de reforma do Estado, provocando uma mudança significativa na arena política setorial e questionando fortemente a forma como até então os sistemas de serviços de saúde vinham sendo organizados e desempenhavam suas funções (Almeida, 1995). Nesse processo, a permanência da assistência médica entre os benefícios que compõem a rede de segurança da política social vem sendo questionada (Almeida, 1996a, b; 1997).

Em termos bastante sintéticos, pode-se dizer que dois eixos centrais têm orientado as perspectivas reformistas setoriais: a contenção dos custos da assistência médica, traduzida na busca de maior eficiência; e a reestruturação do *mix* público/privado, a partir da descentralização de atividades e responsabilidades (operacionais e de financiamento), tanto para os níveis subnacionais de governo quanto para o setor privado, e do aumento da participação financeira do usuário no custeio dos serviços que utiliza (sejam públicos ou privados).

A face conservadora dessa agenda de reforma restringe-se à questão da assistência médica individual, núcleo central de estruturação dos sistemas de saúde neste século, em todo mundo, centrado no desenvolvimento tecnológico e no hospital como *locus* privilegiado de distribuição dessa tecnologia. O objetivo primordial é restringir o gasto neste sub-setor, que consome grande parte dos recursos em todos os sistemas, reforçar o poder monopsônico (de único ou maior comprador) dos compradores de serviços pela via gerencial e enfraquecer o poder monopólico dos prestadores (sobretudo médicos), minando a autonomia técnica profissional. No plano ideológico, o impulso principal é despolitizar a arena setorial, privilegiar a atuação dos gerentes, deslocando o médico como principal agenciador do gasto (indutor de demanda) e resgatar uma montagem empresarial nos arranjos institucionais que, acredita-se, seja mais eficiente.

O movimento de reformas sanitárias, que a partir dos anos 80 se generalizou pelo mundo, produziu alguns modelos, difundidos como novos paradigmas para a reestruturação dos sistemas de serviços de saúde<sup>1</sup>. Alguns consen-

so foram construídos nesse percurso e são evidentes também determinadas práticas que vêm sendo preconizadas como estratégias de mudança, entre as quais destacamos:

- 1) introdução de várias medidas racionalizadoras da assistência médica, na tentativa de diminuir a ênfase no gasto hospitalar e redirecionar para as práticas extra-hospitalares (atenção ambulatorial, atendimento domiciliar, privilégio da atenção primária ou da atenção básica) e de saúde pública (prevenção);
- 2) separação entre provisão e financiamento de serviços (ou entre compradores e prestadores), com fortalecimento da capacidade regulatória do Estado;
- 3) construção de “mercados regulados ou gerenciados”, com a introdução de mecanismos competitivos (assistência gerenciada – *managed care* –, competição administrada – *managed competition* –, mercado interno, competição pública);
- 4) utilização de subsídios e incentivos os mais diversos (tanto pelo lado da oferta quanto da demanda) visando a reestruturação do *mix* público e privado, com a quebra do “monopólio” estatal.

Essas idéias têm sido reinterpretadas nas propostas reformadoras nos diversos países<sup>2</sup>. Na Europa, onde os sistemas de saúde são majoritariamente públicos, de uma maneira geral os diversos países têm implementado mudanças na forma de alocação de recursos na área dos serviços de assistência médica e flexibilizado a gestão, com a separação das funções de financiamento e provisão de serviços. O núcleo da mudança é a perda do repasse automático do recurso orçamentário público e a sua vinculação à definição do pacote de serviços “necessários” a ser comprado e ao cumprimento de indicadores de desempenho definidos em contratos. Como consequência, a sobrevivência da organização estaria subordinada à sua capacidade de atender à demanda do “consumidor” (nos casos inglês e sueco a autoridade estatal; no caso das *Health Maintenance Organizations-HMOs* norte-americanas os empregadores que compram planos de saúde para seus funcionários). Esses processos têm resultado em profundas revisões dos fundamentos básicos que estruturam os sistemas de serviços de saúde; no aumento ou fortalecimento da intervenção reguladora do Estado; e em pesados controles para a contenção de custos, em geral com estabilização ou diminuição do gasto sanitário total.

E nos EUA, onde o sistema é majoritariamente privado, tem significado também aumento da regulação pública e privada (através dos *DRGs-Diagnostic Related Groups*, para o pagamento da assistência hospitalar; assistência administrada ou *managed care*, nos seguros privados; competição administrada ou *managed competition* nos sistemas da Califórnia e do Oregon entre outros), com importante interferência na autonomia técnica profissional. Entretanto, o gasto sanitário continua a subir continuamente, ainda que a velocidade desse crescimento tenha diminuído nos últimos anos, permanecendo o país que ostenta o sistema mais caro do mundo e com menor cobertura em relação aos seus “pares” com igual nível de desenvolvimento.

Em síntese, apesar da subjacente falsa polarização entre regulação e competição, o resultado mais evidente dessas reformas, até o momento, é um Estado mais intervencionista e regulador. Por outro lado, nos países europeus, até o momento, preservaram-se os princípios de universalização e os mecanismos originais de financiamento dos sistemas de serviços de saúde, não como revalorização da solidariedade, mas como uma dimensão crucial da regulação estatal, asseguradora tanto da contenção de custos quanto de padrões mínimos redistributivos. Os modelos que incorporam a separação de funções de financiamento e provisão têm prosperado nas diferentes reformas e a introdução de mecanismos competitivos tem sido muito criticada.

Para a América Latina (inclusive o Brasil), e a periferia em geral, esse referencial internacional tem sido bastante importante, embora os processos de reforma setorial, na maioria dos casos, não tenham sido desencadeados por excesso de gasto, mas pela exacerbação das desigualdades, que se refere tanto à distribuição de renda quanto de serviços e benefícios, com marcada piora das condições de vida das grandes maiorias nacionais e da pauperização de extensas franjas da população (Cepal, 1990, 1993; Hoeven & Stewart, 1993; Bustello, 1994; Opas/Cepal, 1994; Borón, 1995). Esse aprofundamento de problemas foi induzido, isto é, se deu em função das políticas macroeconômicas implementadas que excluíram as políticas sociais, exceto como parte da alocação dos gastos das políticas fiscais, diminuindo de forma importante o investimento público com conseqüente deterioro da infra-estrutura, dos serviços e da capacidade gerencial (Hoeven &

Stewart, 1993:13). Por outro lado, são concomitantes à consolidação de regimes democráticos, restaurados através de complicadas transições políticas.

Sendo assim, a inclusão do tema da reforma setorial na agenda política em nossa região se dá de forma bastante complexa: pela exacerbação dos alarmantes índices de pobreza e agravamento da situação de saúde das populações; pela diminuição dos investimentos públicos na área; pela emergência e/ou visualização de novos atores que vocalizam demandas sociais; pelas condicionalidades da reestruturação econômica e dos credores internacionais; e pela necessidade de reforma do Estado, onde a mudança setorial figura como prioritária. Os mesmos modelos de reforma têm sido difundidos e preconizados para a América Latina pelos organismos internacionais, sobretudo o Banco Mundial, e estão atrelados aos planos macroeconômicos de estabilização e ajuste, principalmente no que diz respeito à retirada do compromisso do Estado com a prestação da assistência médica à população, com a reestruturação do *mix* público e privado e a focalização da ação pública nos pobres e mais necessitados (pacotes básicos, subsídios, etc.) (Melo & Costa, 1994; Almeida, 1995, 1997a).

O diagnóstico da crise setorial, formulado nos países centrais, vai servir para questionar se os modelos de sistemas de saúde por eles desenvolvidos (considerados caros, inflacionários, ineficientes e viabilizados através de forte investimento público, sobretudo na Europa) seriam pertinentes ou adequados para enfrentar o quadro de carências e iniquidades existentes na região.

Pode-se dizer que, paulatinamente, essa agenda tem sido relaborada em nível regional, tanto pelos *policy makers* dos distintos países quanto pelas agências internacionais, pela intelectualidade e os formadores de opinião, o que pode ser constatado nas próprias reformas que vêm sendo implementadas ou propostas nos países da região (Banco Mundial, 1989, 1993; Frenk et al., 1994; Opas/Cepal, 1994; Frenk & Londoño, 1995; Opas, 1995; Musgrove, 1995, 1996).

Nesse processo a idéia do seguro nacional de saúde tem ganhado força, articulada com uma proposta de competição administrada, retraduzida para a região sob o nome de “pluralismo estruturado” (Londoño & Frenk, 1995), ou a “versão tropical” da competição administrada norte-americana (Londoño, 1996), que

aliás já vem sendo implementada na Colômbia, desde 1993<sup>3</sup>. Na realidade essa é a primeira proposta de reforma setorial para a região que tenta articular, num modelo específico, as principais idéias que têm sido difundidas internacionalmente e que vêm integrando as agendas reformadoras em diversos países. Vale a pena fazermos uma rápida revisão de alguns modelos e processos de reforma em curso em alguns países selecionados, atualizando alguns resultados disponíveis na literatura, na perspectiva de identificar as “inspirações” contidas na proposta do pluralismo estruturado para a América Latina, assim como de detectar alguns problemas implícitos que podem barrar o alcance dos objetivos e metas a que se propõe. Repassaremos, assim, os três principais modelos aqui mencionados – a Competição Administrada norte-americana, o Mercado Interno da reforma inglesa e o Pluralismo Estruturado, da reforma colombiana.

#### **Atenção gerenciada (*managed care*) e competição administrada (*managed competition*)**

Existe uma certa controvérsia sobre a autoria do termo “competição administrada” (*managed competition*) que, segundo alguns, teria sido forjado por McNamara, quando presidente da Ford Motor Company, e utilizado para descrever a estratégia armamentista do governo norte-americano<sup>4</sup>. De uma maneira geral a literatura refere, e Enthoven confirma, ter sido o criador da expressão em 1986, para designar o modelo de sistema de saúde por ele proposto. Os antecedentes dessa formulação remontariam ao final dos anos 70, quando o autor preparou um documento para uma reunião promovida pela *Federal Trade Commission*, em 1977, em Washington, cuja temática foi discutir a introdução de mecanismos competitivos nos sistemas de saúde (Enthoven, 1978a, b).

Nos meados dos anos 80, o modelo foi relaborado numa proposta de reforma do sistema de saúde norte-americano. Na realidade, no campo sanitário, a *managed competition* nutre-se da experiência acumulada com as mudanças gerenciais conhecidas pelo nome de atenção gerenciada (*managed care*), que têm alterado a dinâmica e o comportamento do mercado de seguros privados nos EUA, e ganha impulso com as propostas de reforma

do sistema de saúde norte-americano. Propõe-se a utilizar o instrumental disponível, nos próprios esquemas de pré-pagamento, para promover competição entre compradores e vendedores de serviços, gerenciar preços e administrar custos, ao mesmo tempo que ampliar cobertura para diferentes clientela, alcançando-se maior eficiência e equidade (Enthoven, 1978a, b, 1985; Enthoven & Kronick, 1989).

A proposta da competição administrada na área da saúde recebeu grande apoio do setor empresarial e das grandes seguradoras nos EUA, como um método potencialmente capaz de reduzir os altos custos da cobertura de seguros privados, majoritariamente pagos pelos empregadores, ao mesmo tempo que preservasse o “livre-mercado” no setor (Imershein, Rond & Mathis, 1992; Almeida, 1995; Waitzkin, 1997). Formou-se uma grande coalizão de apoio à proposta, com participação de grandes empresários (empregadores e seguradoras), tendo sido incorporada na primeira campanha eleitoral de Bill Clinton como o modelo a ser utilizado na criação de um programa nacional de saúde<sup>5</sup>.

A atenção gerenciada (*managed care*), precursora da competição administrada (*managed competition*), tem longo percurso histórico nos EUA. Originada no período entre guerras, através de iniciativas empresariais, das quais a experiência da Kaiser é a mais expressiva, foi reatualizada nos anos 70, quando o governo Nixon institucionalizou o *managed care* como política governamental, através do *Health Maintenance Organizations Act* (1973). Essa lei foi aprovada como uma alternativa política que a um só tempo preservaria a assistência médica empresarial e possibilitaria a diminuição da taxa de crescimento do gasto sanitário. Enthoven e sua equipe colaboram com a elaboração da proposta das *HMOs*, trabalhando conjuntamente com executivos de grandes empresas empregadoras e de seguradoras.

Entretanto, o *managed care* desenvolveu-se de forma espetacular apenas nos anos 80, quando o seguro-saúde de pré-pagamento e o próprio governo, pressionado pelos altos custos da assistência médica e pela persistência da inflação setorial, sempre acima da inflação geral, institucionalizaram os planos de *managed care* como a alternativa que produziria maior possibilidade de controle e contenção de custos (Almeida, 1996a:80-1).

A **atenção gerenciada** (*managed care*) consiste numa reatualização dos planos de saúde de pré-pagamento que se propõem a fornecer assistência médica a grupos específicos através da negociação prévia de pagamentos e de pacotes assistenciais. É uma forma de administração da atenção médica voltada fundamentalmente para o controle da utilização de serviços, que abrange tanto o lado da oferta quanto o da demanda, e pretende articular prestação e financiamento ao mesmo tempo que conter custos através de medidas reguladoras da relação médico-paciente. Privilegia o atendimento básico, a “porta de entrada” através da obrigatoriedade de passagem pelo médico generalista, diminui o acesso à atenção especializada e hospitalar e controla rigidamente a atuação profissional segundo parâmetros de prática médica definidos pela empresa, basicamente centrados nos custos dos procedimentos. Sendo assim, a agenda reformadora proposta pelo *managed care* vincula-se bastante bem, pelo menos em tese, a uma série de outras agendas, tais como a ênfase na medicina preventiva, na atenção primária, no atendimento extra-hospitalar, além de ser efetiva no controle de custos, exatamente por conter a demanda por procedimentos mais caros. Daí o enorme apelo que tem exercido mundialmente.

A inovação proposta pelo modelo da **competição administrada** (*managed competition*) é introduzir a idéia do mercado trilateral, composto por consumidores (não necessariamente os usuários dos serviços), planos de saúde e *sponsors* (responsáveis) em contraposição ao mercado bilateral (oferta e demanda). Os *sponsors* são os “terceiro pagadores”, definidos como ativos agentes coletivos do lado da demanda, que contratam planos competitivos e continuamente estruturam e ajustam o mercado privado para superar suas tendências naturais para a iniquidade e a ineficiência. Poderiam ser (nos EUA) os empregadores, as organizações administrativas dos serviços de saúde (por exemplo *HMOs*), as agências governamentais ou os governos estaduais. Argumenta-se que esse arranjo organizacional possibilitaria agregar a demanda; superar os problemas de assimetria de informação; organizar a oferta (concentrando o mercado em situações monopsonicas); desenvolver a consciência de custos nos usuários e nos prestadores (Almeida, 1996b: 82-3).

O modelo pressupõe a habilitação desses “responsáveis” na utilização da competição

para superar os problemas causados pelas estratégias de lucro dos seguros privados. A crença é que um sistema privado pode ser modelado e organizado de forma a motivar prestadores a perseguir eficiência alocativa e consumidores a fazer escolhas conscientes quanto ao custo, e ao mesmo tempo serem atendidos plenamente em suas necessidades (Almeida, 1996a, b; 1997).

Em termos operacionais, a competição administrada é uma “função de organização do mercado” (*market making function*) que deve ser desempenhada por grandes grupos de compradores de seguros privados (Enthoven, 1997:205)<sup>6</sup>. As organizações de atenção gerenciada (*managed care*) seriam os atores desse “novo” mercado e a competição administrada (*managed competition*) se refere “às regras do jogo” que organizam e determinam o seu funcionamento (Enthoven, 1997:65198). Na realidade, a concepção do modelo de competição administrada tem como premissa contrapor o poder monopólico dos prestadores de assistência médica (vendedores) com a organização de poderosos compradores monopsonicos, que “representam” grandes grupos de pacientes (Hsiao, 1995:135).

Em síntese, quatro aspectos são essenciais na competição administrada que vem sendo parcialmente implementada nos EUA:

- 1) integração de seguradoras e prestadores de serviços em grandes organizações para venda de planos de saúde, com redução do pagamento por unidade de serviços e gerenciamento estrito da prática médica, com a finalidade de controlar custos e enfrentar os interesses organizados de médicos e hospitais;
- 2) emergência de grandes organizações compradoras de seguros, como “responsáveis organizacionais” que funcionariam como “compradores inteligentes”, tomando decisões sobre preço e qualidade dos serviços;
- 3) uniformização dos benefícios, isto é, provisão de um pacote de cobertura básica, definidos pelos decisores, em parte com base em resultados e efetividade dos serviços;
- 4) redução das deduções no imposto de renda (seja das empresas seja dos indivíduos) para os gastos com assistência médica que ultrapasse aqueles previstos no “pacote” negociado, de forma a induzir a diminuição do consumo.

O modelo da competição administrada tem sido objeto de muita polêmica nos EUA e de fato até o momento não encontrou campo

fértil para seu pleno desenvolvimento, embora tenha sido a base de formulação da fracassada reforma setorial do governo Clinton em 1992 e venha sendo implementado em alguns estados, como a Califórnia e o Oregon (Wiener, 1995)<sup>7</sup>.

Entretanto, as idéias que preconiza tiveram grande aceitação nas reformas européias (Almeida, 1995), daí ser verdadeira a afirmação de Enthoven (1997:201) de que, em princípio, a assistência administrada e, por extensão, a competição administrada, podem ser aplicadas em sistemas de saúde que não contem com expressivo setor de seguros privados. Isto é evidente nas traduções européias do modelo, por exemplo, o “Mercado Interno” (que é analisado a seguir), cuja vanguarda é inglesa e tem seus princípios amplamente difundidos e utilizados em inúmeras inovações gerenciais nas reformas de diversos sistemas de saúde majoritariamente públicos<sup>8</sup>.

A razão desta difusão tem pelo menos duas explicações inter-relacionadas: a primeira é que a proposta da competição administrada além de ser amplamente compatível com fortes políticas regulatórias, requer, para seu funcionamento, grande capacidade pública de regulação, o que é a tônica nos sistemas de saúde europeus (Almeida, 1995:169); e a segunda é que o mercado deve operar numa conjuntura de contenção de custos, isto é, a alocação de recursos nesse “mercado” tem um limite bem estabelecido, não sendo permitido que a dinâmica do “mercado” leve a um fluxo maior de recursos no seu interior (como normalmente se observaria num mercado tradicional) (White, 1995:137). A diferença nas formas de implementação do modelo está na especificidade dos problemas a serem enfrentados em cada sistema.

De qualquer forma, a ênfase restritiva calçada na contenção de custos, na diminuição da livre-escolha e na abolição dos pagamentos por unidade de serviços e reembolsos pode trazer muita insatisfação da clientela, além de ser politicamente inviável de ser implementada em muitos países, que, por outro lado, têm outros mecanismos mais efetivos de controle e contenção de custos e gastos.

Na realidade o termo competição administrada tem diferentes significados em distintos países e para diversos atores, mas na essência o modelo busca mudar as bases da competição entre compradores e prestadores de serviços de saúde. As experiências em curso têm

demonstrado o aumento dos custos administrativos e de transação (Hsiao, 1995) e a necessidade de desenvolvimentos tecnológicos que requerem investimentos consideráveis (contratos, indicadores de *performance*) (Ham, 1996), além de que muitas das vantagens que são preconizadas no modelo teórico não se confirmam empiricamente (White, 1995; Wiener, 1995).

Os autores são cautelosos quanto à viabilidade de implementação plena da competição administrada, admitindo as dificuldades inerentes ao modelo e o investimento requerido para obtenção de resultados satisfatórios, além do alto potencial de conflitos que acarreta, pelos poderosos interesses envolvidos no processo (Hsiao, 1995; Enthoven, 1997).

Mesmo assim, a proposta de um modelo de reforma para a América Latina, centrado na *managed competition* (o “pluralismo estruturado”, que discutiremos mais adiante) é justificada tanto pela necessidade de conter custos quanto de garantir um “pacote básico” universal de serviços que, supostamente, permitiria maior equidade na distribuição de serviços<sup>9</sup>.

### O mercado interno inglês

A implementação da reforma inglesa permite discutir alguns resultados que já são mencionados na literatura. Como já analisamos com maiores detalhes em outros trabalhos (Almeida, 1995, 1996a, 1997), a reforma proposta pelo *Working for Patients* (1989) foi gestada na década de 80 e implementada a partir do início dos 90, sob o signo do “thatcherismo”, isto é, num ambiente político e ideológico que exacerbava a premissa da generalizada ineficiência organizacional do setor público, devida fundamentalmente à dominância dos grupos corporativos na arena setorial; priorizava o setor privado como *locus* mais adequado para a execução de políticas; defendia a predominância dos princípios econômicos, em detrimento da proteção social, e do mercado *versus* a hierarquia burocrática (Butler, 1994; Ham, 1996).

Inicialmente a reforma foi pensada para alterar os mecanismos de financiamento do sistema (propondo-se a mudança dos impostos gerais para o seguro social), pois, à época, o *National Health Service-NHS* estava pesadamente subfinanciado, com sérios problemas no atendimento da população, sob forte sensa-

ção de “crise” e inúmeros conflitos na arena setorial (Mishra, 1990; Day & Klein, 1991; Holland & Graham, 1994; Almeida, 1995). Essa situação foi amplamente coberta pela mídia e acompanhada de intensa movimentação das associações profissionais. O objetivo da reforma, portanto, não foi controlar os gastos setoriais, pois historicamente o governo inglês sempre o fez, e, nos anos 80, os recursos para o *NHS* diminuíram de forma significativa<sup>10</sup> (Mishra, 1990; Day & Klein, 1991; Glennester & Matsaganis, 1994; Almeida, 1995).

A agenda mudou, entretanto, no decorrer do processo de formulação da reforma, reiterando-se os princípios de integralidade, garantia de acesso, gratuidade e manutenção da base de financiamento, enfatizando-se a eficiência no uso dos recursos públicos, com uma clara linha de fortalecimento do comando gerencial, de implementação de mudanças nas formas de alocação de recursos (criação dos *Hospital trusts* e dos *Gps funding-holders*) e fortalecimento do poder regulatório do Estado. Na realidade, pretendia-se, com essas medidas, aumentar a eficiência no uso dos recursos e, alegava-se, assegurar a disponibilidade dos serviços para os pacientes (Maynard, 1994; Glennester & Matsaganis, 1994).

A explicação para essa mudança reside tanto no valor político e cultural que o *NHS* materializa, quanto na constatação da importância da centralização financeira e alocativa para a manutenção da histórica contenção de custos do sistema. Por outro lado, também pesou de forma significativa o paradoxo que significou a implementação de mecanismos desreguladores que necessitavam maior regulação (Maynard, 1994).

Algumas outras dimensões também não podem ser desprezadas. Embora a implementação da reforma do *NHS* tenha se dado de forma açodada, com a marca do estilo oportunista e pragmático da Primeira Ministra Margaret Thatcher (Hunter & Stanckford, 1997), beneficiou-se da histórica centralização do sistema político e governamental, assim como de alguns desenvolvimentos que, durante toda a década de 80, funcionaram como “precursores” de uma mudança cultural importante no sóbrio *NHS*, tornando-o mais “empresarial”: o crescimento do “gerencialismo”, a política de terceirização (sobretudo dos serviços de hotelaria e suporte hospitalar), a introdução de esquemas de geração de renda adicional nos serviços (cobrança por estacionamento, por

exemplo, ou mesmo de taxas específicas de utilização diretamente do paciente, em casos específicos) (Butler, 1994). Esse direcionamento “empresarial” foi cuidadosamente elaborado como sinônimo de probidade no uso dos recursos públicos.

Os ganhos financeiros dessas medidas foram mínimos, mesmo negligenciáveis frente aos “novos princípios” que introduziram; a responsabilidade central das autoridades públicas não era **prover** e **gerenciar** serviços de saúde mas garantir que estivessem disponíveis quando necessários, ao menor preço possível. Daí que o princípio orientador da reforma do *Working for Patients* é o da *separação entre provisão e financiamento de serviços*, com redefinição do papel do Estado, que deixa de ser provedor, mas continua a financiar, coordenar e regular. Para implementá-lo a estratégia escolhida foi a de que *o dinheiro segue o paciente*, isto é, a alocação dos recursos deve ser realizada através de mecanismos que garantam que os serviços prestados atendam à demanda do “consumidor”.

Todas essas mudanças, justificadas pelo governo como uma “modernização sem alteração de princípios”, paulatinamente alteraram o *ethos* e os valores do *NHS*, que vem sendo progressivamente redefinido e passando gradualmente de uma organização provedora, considerada “monolítica” (Klein, 1983), para uma estrutura “asseguradora” (Butler, 1994; Ham, 1996) que, segundo seus formuladores, garante acesso à assistência médica, sendo que quem presta o serviço é secundário. O setor privado continua sendo complementar, e o seguro privado voluntário, com maior concentração em Londres, correspondendo a 15% do gasto sanitário total e atuando fundamentalmente nos atendimentos eletivos (não urgentes) – cerca de 16% dos procedimentos cirúrgicos comuns (Almeida, 1995; Ham, 1996).

A questão central que emerge nas avaliações presentes na literatura se refere ao impacto que a separação entre financiamento e provisão tem exercido no poder dos diferentes atores no sistema (Ham, 1996). A reforma desencadeou diferentes mecanismos de alocação de recursos, para os hospitais e para o atendimento básico, instituíram-se dois tipos de compradores (as *District Health Authorities-DHAs* e os *General Practitioners-GPs*) e dois tipos de prestadores (*NHS trusts* – os hospitais transformados em “empresas” – e os próprios *Gps*, que passaram a gerenciar recursos financeiros

para organizar a assistência aos clientes de suas respectivas listas). Além disso, existe uma distinção técnica crucial entre as duas formas de “compra” de serviços: no caso das *DHAs* estaria centrada nas necessidades da população e no caso dos *Gps*, nas do paciente.

Como os objetivos finais da reforma não eram claros, e não se detalhou a sua operacionalização antes do início da implementação, assumiu-se o processo da reforma em si como resultado, o que tem levado a um aumento dos recursos destinados à sua implementação e à uma série de correções de percurso (Maynard, 1994; Ham, 1996).

Ainda que o impacto em termos de alocação de recursos possa ser limitado é possível detectar alguns problemas que não são desprezíveis.

O estabelecimento de “ciclos anuais de contratação” entre prestadores e compradores, significa que as *DHAs* gastam considerável tempo negociando e monitorando contratos, postergando as demais atividades previstas de levantamento das necessidades, definição de prioridades, tipos de atendimento, etc. Por outro lado, enquetes sobre esses “processos de compra” demonstraram que a mudança tem sido incremental, pois as *DHAs* relutam em desafiar os padrões estabelecidos e, de uma maneira geral, as decisões são fortemente influenciadas pela experiência histórica de cada serviço. A constatação da existência de quase monopólios de prestadores levou ao desenvolvimento de parcerias e “relações preferenciais” com prestadores e os gerentes têm recorrido a equipes multidisciplinares para desempenhar as suas novas tarefas, adquirido *expertise* e desenvolvido novos instrumentos no desempenho de seu papel. Em síntese, o dinheiro não segue o paciente, isto é, os contratos em bloco são os mais comuns, o que significa que são insensíveis às mudanças no perfil de atendimento, evidenciando a falha, portanto, dos incentivos preconizados pela competição. Além disso, a mudança na forma de alocação de recursos para os *Gps* de volume de serviços para capitação pode induzir a maior seleção de riscos. Por outro lado, a utilização dos “saldos” dos orçamentos dos *Gps* para melhoria na capacidade instalada de seus consultórios tem significado valorização financeira das clínicas privadas, o que reverte em lucro individual, quando vendidas (Ham, 1996).

Os custos administrativos do sistema, decorrentes das negociações e elaboração dos

contratos parecem ser altos (Maynard, 1994; Glennester & Matsaganis, 1994; Ham, 1996; Hunter & Stanckford, 1997), embora não haja consenso na literatura sobre o assunto<sup>11</sup>. O risco de fragmentação (do sistema ou das instituições) é grande, além de que não existe nenhuma garantia de que a soma de múltiplos contratos levará a um padrão de excelência e melhor qualidade que atenda às necessidades da população (France, 1993; Maynard, 1994; Ham, 1996). Esse aumento de custos levou à adoção pelo governo de políticas mais restritivas – redução do número de funcionários públicos; redução do número de *DHAs* e controles mais rígidos (custos e gastos), assim como ao aumento das regras definidas centralizadamente, como forma de enfrentar os perigos da competição desregulada (Ham, 1996).

De uma maneira geral, o investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico aumentou consideravelmente (pelo menos dois novos centros de pesquisa foram criados – *UK Cochrane Centre at Oxford* e *NHS Centre for Reviews and Dissemination at York*), o que tem levado à adoção de políticas mais restritivas em outras áreas (redução do número de funcionários, controles rígidos de custos e gastos, contenção, etc). E, em 1994, foi lançada uma estratégia com dois componentes principais: privilegiamento da atenção primária (*primary-care-led NHS*) e implantação do programa de pesquisa e desenvolvimento do *NHS*, basicamente centrado na avaliação tecnológica e na promoção da “medicina baseada em evidências”. O objetivo foi criar uma “cultura” onde os médicos dos *NHS trusts* passassem a decidir suas condutas segundo critérios de custo-efetividade comprovada; e proporcionar aos compradores a munição necessária para desafiar os prestadores a acatarem as metas de maior custo-benefício com os orçamentos disponíveis (Ham, 1996).

Na realidade o impacto desses mecanismos gerenciais na alocação de recursos parece ser limitado, mas os autores referem que é possível detectar uma mudança de comportamento dos diferentes “agentes” no sistema. Por outro lado, os riscos que os mecanismos de competição trouxeram têm levado ao aumento das regras definidas centralizadamente.

As avaliações que vêm sendo realizadas apontam que modificaram-se substancialmente as aspirações dos arquitetos originais da reforma e, como tendência, pode-se afirmar que os “méritos” do mercado têm sido minimiza-

dos e tem sido dada prioridade ao desenvolvimento de mecanismos de cooperação entre os diferentes “compradores” (DHAs e GPs), o que pode ser considerado uma novidade, dada a histórica separação entre esses dois principais atores do NHS. Visualiza-se, assim, a perspectiva de uma nova “acomodação consensual”, tradição histórica que concretizou e manteve o sucesso do NHS por décadas.

### O pluralismo estruturado da reforma colombiana

Segundo seus formuladores, o pluralismo estruturado insere-se na busca de um *meio termo entre os arranjos extremos que foram muito perniciosos à performance dos sistemas de saúde* (Londoño & Frenk, 1995:18), isto é, de um lado, o monopólio do setor público, a atomização do setor privado e os procedimentos de condução centralizada e autoritária (daí a utilização do nome *pluralismo*, que define a primeira dimensão do conceito); e, do outro, a ausência de regras do jogo que evitem ou compensem as falências de mercado (daí a denominação *estruturado*, a segunda dimensão do conceito). Parte-se da premissa que na estruturação dos serviços de saúde modelos opostos chegaram aos mesmos resultados deletérios e que o verdadeiro dilema não está na propriedade pública ou privada dos serviços mas entre a supremacia dos prestadores ou a dos consumidores na condução dos sistemas de saúde.

O elemento central do modelo de competição administrada adaptado à realidade latino-americana seria o caráter público do financiamento (recuperando-se sob novas bases a idéia do seguro-saúde nacional), que para os pobres tomaria a forma de subsídios e para os demais de contribuição compulsória; e a “especialização dos atores” no sistema, através de uma nova configuração institucional, criando-se organizações privadas específicas para tal (os *sponsors*). De fato, o financiamento público é o que diferencia este modelo daqueles centrados na recuperação de custos ou na competição administrada norte-americana.

O *desafio* do pluralismo estruturado, para seus mentores, teria duas dimensões centrais: aumentar as opções tanto para prestadores quanto consumidores, ao mesmo tempo que estruturar explícitas regras do jogo que evitariam os conflitos potenciais entre eficiência e

equidade. No caso do consumidor, defende-se a extensão do pré-pagamento num contexto de financiamento público, assegurando-se a redistribuição de recursos; no caso dos prestadores, propõe-se a integração em redes eficientes de serviços, claramente articuladas e moduladas.

Em outras palavras, como é questionada a provisão direta de serviços de saúde pelo Estado<sup>12</sup> (para o que é considerado impróprio e ineficiente) e preconiza-se aliviá-lo dessa função através da reestruturação do *mix* público/privado, a *modulação* é enfatizada como a responsabilidade pública essencial. Explicitamente afirma-se que o desgaste provocado pelo envolvimento do Estado na operacionalização dos serviços de assistência médica é extremamente enfraquecedor da autoridade governamental, cuja energia deveria ser canalizada para o direcionamento estratégico de forma *catalisadora*, isto é, para mobilizar a sociedade em torno da construção do consenso necessário à implementação da reforma e do monitoramento de sua implementação.

Quanto à *articulação*, é concebida como *um continuum de atividades* no processo de financiamento e provisão de serviços. A primeira etapa é a arrecadação de recursos através de *agências financeiras* e a sua acumulação em fundos. A fonte principal é a própria população<sup>13</sup>, que contribui para esses fundos, seja através de impostos gerais ou desconto em folha de salário, seja por contribuições específicas ou prêmios de seguro. Para a operacionalização dessa função propõe-se a criação de *organizations for health services articulation* (OHSAs), empresas bem semelhantes às HMOs norte-americanas, com personalidade jurídica privada. A crença é que através dessas organizações se inter-relacionem de forma efetiva e eficiente os principais componentes do processo de produção de serviços de assistência médica: financiamento, redes de prestadores e usuários do sistema. Além disso, argumenta-se, estimula-se a simplificação das tarefas públicas, substituindo-se o controle burocrático pela inter-relação direta entre os atores, mediadas por incentivos apropriados (Londoño & Frenk, 1995:23-5).

Londoño e Frenk afirmam que a teorização do modelo do pluralismo estruturado apoia-se *nas várias experiências inovadoras em curso na América Latina* que, em maior ou menor medida, incluem elementos do modelo por eles proposto, tais como, as *empresas pro-*

*motoras de salud (EPS)* da Colômbia (a tradução mais fiel do modelo); as *instituciones de atención médica colectiva (IAMCs)* do Uruguai; as *obras sociales* da Argentina; os sistemas de pré-pagamento no Brasil; as *iguales* na República Dominicana; as *instituciones de salud previsional (ISAPRES)* do Chile e as *organizaciones para la protección de la salud (PROSALUD)* propostas no México. Estimam, inclusive, que a assistência prestada através dessas organizações na região cobre hoje cerca de 60 milhões de pessoas (Londoño & Frenk, 1995:26).

Na minha percepção, longe de significar um *vigoroso processo de inovação*, como afirmam os autores, esta “tendência” reflete, sobretudo, uma vigorosa difusão de idéias e o poder de *enforcement* dos organismos internacionais na região. Ainda que possa arejar o debate e trazer questões importantes para a reflexão, as afirmações sobre as vantagens do modelo carecem de sustentação empírica.

A reforma colombiana é o “laboratório” onde está sendo testado este modelo e sua formulação se insere no processo de reforma do Estado, na perspectiva de superar as enormes desigualdades e segmentações históricas que marcam o sistema de saúde. Quando da elaboração da nova Constituição do país, em 1991, foram incluídos no texto legal os princípios que deveriam reger o sistema de saúde: universalidade, solidariedade e eficiência, através da busca de meios de sustentação financeira e pluralidade de agentes públicos e privados para assegurar a provisão de serviços; em 1993, foram promulgadas as leis da reforma propriamente dita (Londoño, 1996:37-9).

Segundo Londoño (1996:57), autor e artífice da reforma<sup>14</sup>, o que seria peculiar nela é a forma de implementação de alguns princípios considerados “mais polêmicos” no debate setorial e que seguem as premissas do pluralismo estruturado apresentado anteriormente, tais como:

1) asseguramento do **financiamento público** (criação de um fundo) e busca da **equidade**, através de uma combinação entre filiação compulsória (para os que podem pagar), através do pagamento de contribuição segundo renda a um sistema de pré-pagamento, e subsídio (para os pobres), com garantia de acesso a um pacote essencial e universal de serviços, diferenciado para essas duas diferentes “categorias” de cidadãos;

2) promoção da **competição** na **provisão integrada** de pacotes de serviços de saúde por prestadores autônomos articulados por **novas**

**entidades** e mecanismos de atribuição de recursos públicos que controlem o gasto global e 3) **respeito ao consumidor** com a institucionalização da “livre-escolha” dessas entidades provedoras.

O sistema institucionaliza duas formas de inserção da população: uma através de um regime universal, que assegura acesso a um pacote de intervenções médicas, e um regime subsidiado, transitório, para a população abaixo da linha de pobreza, que assegura acesso a um pacote básico de atenção que pode ser gradualmente expandido.

É operacionalizado através do repasse de recursos do Fundo de Saúde para as chamadas “organizações articuladoras” (OAS). No primeiro regime, segundo uma fórmula de capitação ajustada por risco (sexo, idade e densidade populacional da área de atuação da OAS) com valor de US\$ 120 por pessoa; e, no segundo, com um valor per capita inicial de US\$ 70, pago através de um Fundo de Redistribuição (constituído por 1% das contribuições compulsórias), dos Fundos Regionais e Fundos de Solidariedade, constituídos por recursos fiscais (uma porcentagem fixa repassada pelo governo central aos municípios). A “estratégia de transição” para o regime subsidiado está centrada em:

1) subsídios à demanda, isto é, são pagos *vouchers*, diretamente aos usuários, para que se filiem ao sistema, mais subsídio à oferta, através de co-financiamento (federal e municipal), pagos a serviços que atendam aos mais pobres, recebendo por capitação (US\$ 70 *per capita*);

2) mudança do financiamento de nível de atenção para pacotes de intervenção;

3) criação de entidades articuladoras especiais para acelerar a configuração do sistema para a população mais pobre (tais como cooperativas e/ou *Empresas Solidarias de Salud*).

Segundo seus formuladores, os **incentivos globais** resultantes dessa forma de implementação estão centrados em algumas premissas:

1) estruturam modalidades de competição concentradas no âmbito onde os mercados de saúde podem ter **menos** falhas, isto é, na provisão de serviços;

2) minimizam a competição no financiamento, fortalecendo seu caráter público, e

3) minimizam a atomização dos serviços de saúde ou a segmentação dos mercados integrando os serviços (através das organizações articuladoras) e considerando a família como objeto central de intervenção.

A organização do sistema é de grande complexidade e alguns **problemas técnicos** emergiram rapidamente com a implementação, principalmente no que diz respeito à definição dos pacotes de benefícios, à capitação ajustada por risco, à definição do tamanho e funções das empresas articuladoras, aos ajustes à função do setor público e à identificação da população subsidiada, ou seja, em todas as etapas da reforma, e podem ser sintetizados como se segue:

1) **Definição dos pacotes de benefícios:** no caso do plano universal seria feita com base nas intervenções custo-efetivas e, no plano básico, segundo *DALY-Disability-Adjusted Life Years* utilizado para o “cálculo da carga de doenças”. Segundo Londoño (1995), no primeiro caso – no plano universal – a metodologia demonstrou ser pouco útil à tomada de decisões, uma vez que os critérios técnicos não levavam em consideração elementos tais como os impedimentos legais para exclusão de determinados procedimentos, dada a universalidade instituída na Constituição; as dificuldades para estabelecer padronizações das intervenções, que implicam em árduas negociações com os profissionais; as variações de custo dos procedimentos entre diferentes serviços etc. Já no segundo caso, no plano básico, a metodologia permitiu estabelecer parâmetros de efetividade internacionalmente aceitáveis e obtiveram-se dados empíricos de custos bastante razoáveis. Vale a pena ressaltar, porém, a exigüidade do conteúdo dos pacotes<sup>15</sup>.

2) **Definição do valor de capitação:** falta de informação adequada tanto para o cálculo dos riscos e definição do valor do pagamento por capitação, quanto para a estimativa de custo dos pacotes e predição de renda dos consumidores, sendo necessária a geração de um sistema de informação específico para esses procedimentos, que significou considerável investimento.

3) **Definição das organizações articuladoras:** houve dificuldade de consenso sobre o papel das organizações articuladoras, fundamentalmente no que diz respeito ao alcance da função de articulação e à necessária estabilidade empresarial das organizações para diminuir o risco dos filiados; às formas de regulação para impedir a seleção adversa e todos os problemas já vivenciados pelas *HMOs* norte-americanas no que tange à contenção/controlar de custos<sup>16</sup>.

4) **Identificação da população subsidiada:** na perspectiva da focalização foi criado um Sistema de Identificação de Beneficiários (*Sisben*), através de enquetes domiciliares para avaliar a intensidade e incidência da pobreza<sup>17</sup>.

Quanto aos **problemas políticos**, o autor/ator informa-nos que a reforma tem enfrentado muitas resistências e que para contorná-las foi preciso uma decisão estratégica: desenvolver ao máximo, o mais rapidamente possível, logo após a promulgação da lei-marco da reforma, todas as regulamentações fundamentais, pois restavam apenas oito meses de governo e os então dirigentes não conseguiram fazer o sucessor em 1994. Assim, implementaram-se os novos mecanismos de asignação de recursos e promoveu-se a formação dos novos “agentes” do sistema, garantindo a irreversibilidade da reforma pela pressão política que passaram a exercer (Londoño, 1996:51). Para evitar os conflitos corporativos, a parte que o grau de organização é precário no país, todos os representantes reconhecidos pelos principais atores da arena setorial tiveram assento garantido no Conselho Nacional de Saúde, com mandato de três anos, configurando a única instituição “estável” na histórica instabilidade institucional no setor<sup>18</sup>.

Para “contrapor” a instabilidade doméstica, foram assinados três créditos com os bancos internacionais (Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento) o que gerou *compromisso com a reforma*, além de que contratou-se a assessoria de um grupo de *experts* de Harvard, liderados por Willian Hsiao, para elaborar o plano de implementação e monitorá-lo. As visitas periódicas desse grupo técnico da “Missão de Harvard” possibilitaram *uma voz crítica independente*, que foi um fator positivo na consolidação da reforma, pelo respeito que conquistaram entre os atores do sistema (Londoño, 1996:52-3).

Sem sombra de dúvida a mudança foi de grande porte e alguns dos resultados dos quatro primeiros anos de implementação da reforma são analisados como positivos, como por exemplo o aumento de cobertura sobretudo no regime contributivo, graças à ampliação do benefício a todo o grupo familiar<sup>19</sup>. O setor privado se reestruturou e as *EPS* deslocaram a posição de mercados dos planos de pré-pagamento. Todas as *EPS* estão implementando medidas de contenção de custos e não se verificam melhoras significativas na qualidade da atenção e nos indicadores de morbimor-

talidade, apontando-se ao contrário deterioro do indicadores de morbimortalidade infantil no período 1990-1995 (Jaramillo et al., 1998:16). No que se refere ao regime subsidiado, sua implementação foi postergada, sobretudo pelas crises políticas e tentativas de “contra-reforma”<sup>20</sup> (Jaramillo et al., 1998:17-21).

Assinala-se que os funcionários do setor público tiveram seus vencimentos triplicados entre 1987-1997, enquanto os prestadores independentes, vinculados às EPS, observam com grande apreensão e incerteza o desenvolvimento do novo mercado em saúde. O mercado de trabalho ampliou-se para os médicos generalistas, sobretudo os mais jovens, e os especialistas tendem a agrupar-se corporativamente para a defesa de seus interesses. Por outro lado, o aumento do resseguro para riscos catastróficos abre novas possibilidades de ampliação do mercado, obviamente com custos adicionais para o consumidor (Jaramillo et al., 1998).

Cerca de 95% dos hospitais públicos secundários e terciários e aproximadamente 1/3 dos hospitais gerais se transformaram em *Empresas Sociales del Estado* (ESE), mas as demoras na implementação do regime subsidiado e nos repasses financeiros aos hospitais privados faz com que a crise no setor hospitalar se perpetue (Jaramillo et al., 1998)<sup>21</sup>.

Esses mesmos autores, apontam ainda retorno à forma de pagamento dos prestadores a partir de procedimentos, não uniformização das tabelas de remuneração, evasão das contribuições, falta de informação adequada à população, exclusão de grupos importantes, devidos às regulamentações transitórias antagônicas e multiplicação de planos (obrigatórios e complementares). Aparentemente, o novo mercado estaria incorporando rapidamente muitas das mazelas dos mercados privados desregulados, exatamente por falhas na ação regulatória do Estado e pelos vai e vem do processo de implementação da reforma (Jaramillo et al., 1998).

Apontam-se ainda como novos problemas: a segmentação exagerada da população; insuficiente recursos para subsídios; alto número de população pobre não filiada (chamados vinculados) que continua a ser atendida pelo setor público tradicional; fragmentação da rede de serviços; desenvolvimento desordenado da oferta; incremento dos custos administrativos; comportamento “econômico” dos agentes, não comprometido com a saúde da popu-

lação; demoras no fluxo de recursos; e maior risco de evasão e corrupção no sistema<sup>22</sup>.

Visualizam-se *tempos difíceis* no médio prazo, num processo *doloroso* de aprendizado tanto dos agentes quanto da população, que inclui a readaptação técnica e profissional, a possível exclusão do sistema de parcelas importantes da população, o esgotamento da capacidade de mobilização de novos recursos, o aumento das necessidades que não poderão ser atendidas, o aumento do gasto privado direto das famílias, etc.

Mesmo assim, aconselha-se a difusão do modelo para os países em desenvolvimento como uma alternativa que ao mesmo tempo possibilita ampliação de cobertura com maior equidade e atendimento de melhor qualidade, sobretudo para a população mais carente.

### **A proposta de reforma administrativa do Estado brasileiro e a área social**

A sintonia da proposta de reforma administrativa do Estado do Ministro Bresser Pereira com a agenda que vem sendo implementada, debatida e difundida internacionalmente é evidente, inclusive a partir das mesmas premissas teóricas. Evidencia-se também a preocupação de registrar e incorporar o aprendizado da década, isto é, a suavização ideológica do discurso neoliberal e a mudança no tempo do foco da reforma, ainda que persistam seus traços essenciais: redefinição do papel do Estado, alteração do *mix* público e privado, descentralização, gerencialismo e atendimento às demandas do “consumidor”.

A eficiência seria alcançada a partir da ênfase nas “regras do jogo” (estrutura de incentivos – para a distribuição de recursos e para a avaliação de desempenho – como impulsora de mudanças) e na arquitetura legal-institucional dos programas de reforma (Melo, 1998). Essas regras e essa nova arquitetura, para serem efetivas, deveriam incentivar a competição, através da qual seria alcançada maior equidade, universalismo e simultânea diminuição dos comportamentos predatórios, clientelistas, etc.

No que concerne especificamente às atividades sociais e científicas, onde as de saúde se inserem e incluídas as culturais, propõe-se a separação das funções de financiamento e execução<sup>23</sup>. Nessa perspectiva é que são formuladas as *Organizações Sociais* (OS), modelo ju-

rídico de organizações públicas não estatais, entidades de direito privado, constituídas sob a forma de fundação ou sociedade civil sem fins lucrativos, às quais seria atribuída a prestação de serviços sociais de natureza pública, com autonomia financeira e administrativa e novos instrumentos de controle e avaliação de desempenho. A relação OS e Estado seria regulada por compromissos mútuos, definidos em contratos (Organizações Sociais, Anteprojeto de Lei, Brasília, abril/96; Bresser Pereira, 1998:29-30).

No que diz respeito ao setor saúde, ao mesmo tempo que reiteram-se os princípios básicos do SUS, propõem-se uma reforma administrativa voltada para o sistema de assistência médico-hospitalar, explicitamente mencionada como pautada na reforma inglesa de 1989 (*Working for Patients*) (Bresser Pereira, 1995:2; 1998)<sup>24</sup>. Partindo do pressuposto da escassez de recursos, o objetivo da reforma é *garantir um melhor atendimento ao cidadão através de um controle mais adequado do sistema* (Bresser Pereira, 1998:10), a partir três estratégias:

- 1) Intensificação da descentralização, flexibilizando os critérios de habilitação dos estados e municípios, fixados através das Normas Operacionais (NOB, 1996), e clareando a definição das atribuições e do poder decisório em cada nível.
- 2) Montagem de um Sistema de Atendimento de Saúde constituído de dois sub-sistemas: de Entrada e Controle (atenção básica) e de Referência Ambulatorial e Hospitalar (atenção especializada e hospitalar).
- 3) Montagem de um sistema de informação que permita gerar indicadores para avaliar resultados e qualidade da atenção; desempenho dos serviços; custos e gastos; assim como para vigilância epidemiológica.

Ainda que aparentemente desconectada do processo de implementação do SUS, essa proposta vem sendo implementada de forma paulatina, evidenciando a mudança da agenda reformadora setorial, numa perspectiva mais restritiva (Almeida et al., 1998).

A forma de alocação de recursos financeiros é o principal instrumento indutor dessa linha de reforma, que foi viabilizada através da NOB 96, com a institucionalização do PAB-Piso Assistencial Básico, para a atenção básica, e de incentivos financeiros específicos para os Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agente Comunitário de Saúde (PACs), estes

dois últimos voltados especialmente para as populações mais carentes<sup>25</sup>.

De fato, as NOBS têm sido profundamente indutoras, de um lado, de uma específica institucionalização da arena decisória setorial e das articulações entre níveis de governo; e, de outro, de uma mudança substantiva da agenda reformadora *vis a vis* a perspectiva inicial da reforma. Assim, a NOB 1996 foi um ponto de inflexão importante na reforma setorial. Intensamente discutida, tanto no âmbito do aparelho de Estado, principalmente no nível federal, com a participação do Ministério da Reforma Administrativa do Estado – MARE, quanto nos conselhos e comissões institucionalizadas na arena decisória do SUS, explicita a reversão do direcionamento municipalista anterior, com a retomada e fortalecimento do papel dos estados na coordenação e condução dos sistemas estaduais de saúde, que incluem os sistemas municipais, e privilegia uma determinada reorganização do sistema, centrada na atenção básica e nos programas seletivos, que pela forma como vem sendo implementados tende a fortalecer a focalização preconizada pelos organismos financeiros internacionais (Almeida et al., 1998b).

A implementação da NOB 96 começou em fevereiro de 1998, após longo processo de negociação sobre o valor do piso básico *per capita*, sobre a flexibilização das condições de gestão e o modelo assistencial a ser privilegiado. O processo de habilitação acelerada dos municípios na nova condição de gestor da assistência básica foi desencadeado após a mudança na condução ministerial, com a entrada de José Serra, o primeiro economista a assumir a pasta desde a sua existência<sup>26</sup>.

Ainda que a referência ao sistema inglês seja louvável, dada a tradição, solidez e efetividade do *NHS*, é preciso lembrar que as condições estruturais prévias à implementação de qualquer reforma são cruciais para a sua implementação. A pergunta que permanece, portanto, é: quais são os elementos estruturais do sistema de saúde no Brasil que vêm sendo alterados com as inovações introduzidas com a criação do SUS e que deveriam ser considerados num processo de reforma realmente inovador e que garantisse maior equidade e qualidade da atenção?

A materialização da reforma sanitária brasileira tem exigido grande ativismo regulador por parte do Estado, tendo em vista a necessidade de conjugar multiplicidade de metas e

interesses institucionais, técnicos e sociais em torno do objetivo da implementação do SUS, cujo eixo fundamental está na política de descentralização. Isto tem significado o desenvolvimento de capacidades reguladoras abrangendo vastos âmbitos de intervenção, como as relações entre poderes, entre instituições do Executivo, entre níveis de governo e entre atores (públicos e privados); a definição de regras de financiamento, de custeio de programas e ações e a fiscalização do sub-setor privado de assistência médica (Almeida et al., 1998b).

O *mix* público e privado no sistema de saúde brasileiro é bastante peculiar, caracteriza-se por pluralismo de serviços e instituições que compõem uma rede desarticulada e não hierarquizada que atende de forma diferenciada aos distintos grupos populacionais. O setor de assistência médica suplementar (seguros privados de saúde) é muito expressivo, cobrindo em torno de 27% da população (cerca de 42 milhões de pessoas) e desigualmente distribuído nos diferentes estados (Almeida, 1998)<sup>27</sup>.

É importante frisar também que a segmentação de clientela no seguro privado de saúde não é absoluta, sendo que a maior parte dos seus filiados, em algum momento, recorre ao SUS, pelo menos nos casos de procedimentos de alto custo não cobertos pelos contratos, ou que são acessíveis por canais privilegiados. Em contrapartida, pode-se afirmar que parcela importante dos 115 milhões de pessoas “SUS dependentes” compõem sua cesta de consumo de serviços médicos de acordo com a respectiva vontade e capacidade de pagar, utilizando, em determinadas circunstâncias, serviços privados pagos *out of pocket*. Por outro lado, os subsídios e incentivos presentes no sistema de seguros privados aprofundam o quadro de desigualdades do setor saúde, seja através das deduções fiscais ou repasses para o preço dos produtos em geral, pagos por toda a população.

Essas características não apenas conferem peculiaridade ao *mix* público e privado de serviços de assistência médica no Brasil, mas indicam a inter-relação perversa entre os dois setores público e privado.

Quanto ao estabelecimento da “porta de entrada” no sistema, com prioridade para o atendimento básico, não é uma prática de fácil implantação no Brasil, seja pela generalizada crença nas especialidades médicas e nos exames diagnóstico de ponta, sobejamente estimulada pelos meios de comunicação de mas-

sa; seja pela não valorização do clínico geral na própria formação médica e no mercado de trabalho; ou ainda pela pouca resolutividade da atenção, demonstrada pela experiência histórica acumulada de implementação de programas desse tipo; assim como pelo próprio incentivo financeiro do governo, centrado nos limites orçamentários e que não priorizam o aumento de cobertura (Almeida et al., 1998b). De uma maneira geral, esses programas são implementados e têm maior sucesso naqueles municípios ou áreas com pouca disponibilidade de serviços de maior complexidade, em comunidades mais “carentes” ou de baixo nível de renda (Viana & Dal Poz, 1998; Aguiar, 1998).

No que diz respeito à descentralização, os autores apontam que várias das associações positivas entre descentralização, democratização, eficiência e qualidade de serviços, que foram consenso nos anos 80, não se sustentam nem do ponto de vista da argumentação teórica, nem dos dados empíricos (Almeida, 1995; Arretche, 1997). Embora no setor saúde o Brasil ostente talvez um dos mais bem sucedidos processos de descentralização, com elementos extremamente positivos, ao institucionalizar uma arena decisória mais participativa e possibilitar maior protagonismo dos níveis subnacionais na prestação de serviços de saúde à população, a distribuição de poder ainda deixa a desejar e as dificuldades financeiras e institucionais do governo federal tem prejudicado de forma importante a continuidade desse processo.

Sendo assim, a heterogeneidade, inerente a qualquer reforma descentralizadora torna-se fragmentação, com sérios riscos de aumento importante das desigualdades, pois naquelas regiões onde os recursos são mais escassos, as demandas mais intensas e a capacidade técnica menos desenvolvida, o deterioro é evidente e, nas situações opostas, ocorrem inovações e avanços significativos.

A nova sistemática distributiva apesar de igualar valores *per capita* para o financiamento de atividades ambulatoriais consideradas básicas, não leva em conta as desigualdades inter-regionais, tanto no que se refere às necessidades existentes, quanto aos modelos assistenciais das diferentes regiões. A implementação do PAB aparentemente corrigiria parte das desigualdades na alocação de recursos, mas coloca vários outros problemas, tais como a necessidade de redimensionamento da variá-

vel populacional, no caso de regiões com maior cobertura dos seguros privados; redefinição do valor per capita segundo necessidades, e não fixação de um único valor nacional; consideração de uma clara definição do “pacote” de atenção básica a ser ofertado e da estrita regulação sobre o setor privado, com exigência de ressarcimento de gasto; exclusão das demandas de outros municípios, ou criação de um fundo compensatório dos fluxos de demanda observados; implementação de formas de acompanhamento que permitam avaliar e evitar conseqüências indesejadas, como por exemplo, a diminuição dos aportes locais, caso o total repassados através desta modalidade seja superior às transferências anteriores (Almeida et al., 1998a, b).

É necessário ter presente que essas mudanças, já em curso, podem implicar numa diluição da ação do Estado, com perda ainda maior de sua capacidade redistributiva, e conseqüente aumento das desigualdades no setor.

Portanto, a redefinição do papel estratégico do Estado, tem como pressuposto um novo arranjo federativo, que passa necessariamente por uma distribuição desigual de recursos e apoios federais diferenciados segundo necessidades, numa perspectiva mais equitativa. Trata-se assim de examinar as condições sobre as quais essa descentralização induzida através da alocação de recursos e de incentivos financeiros tem se processado.

### Comentários finais

A inspiração de *policy makers* em modelos implantados alhures não é nova na história da estruturação dos serviços de saúde no mundo, o que é atestado pela difusão tanto do seguro-doença alemão, a partir do final do século passado, quanto da idéia do acesso aos serviços de saúde como direito de cidadania, neste século, no pós-guerras.

Entretanto, Kaufman (1995:2) nos lembra que *reformular o Estado não é simplesmente uma questão de vontade política* para implementar as fórmulas institucionais “corretas”. Os esforços para transformar a moldura institucional na qual a política é formulada e implementada serão afetados pela história pregressa de cada sociedade, pelas negociações e conflitos entre os grupos de interesse domésticos e internacionais, políticos e burocratas, muitos com importante sustentação no *status quo* institucional.

A redefinição do papel do Estado em campo sanitário, nos marcos da ênfase na regulação e no enfoque seletivo, se insere na perspectiva de legitimação da política econômica restritiva, ou seja, é coerente com a mudança da função distributiva do Estado (privilegiamento do setor privado, da diversidade, da competição de mercado e da concentração da ação estatal no combate à pobreza); mas busca também o consenso para a sua implementação, ao incluir os principais tópicos presente no debate crítico setorial e pactuar uma ação articulada entre instituições, sobretudo em nível internacional.

A tentativa de reedição da *beneficência decimonônica* (López, 1992a *apud* Arrellano, 1994:36), com o privilegiamento do princípio da pobreza e não da cidadania, se dá num contexto de fortalecimento internacional de um poderoso setor privado no campo da assistência médica, de escassez de recursos para a implementação dos chamados bens públicos e de constrangimentos da autonomia dos Estados nacionais para formular suas políticas, configurando uma arena decisória extremamente complicada.

A discussão das implicações das linhas de reforma contemporâneas para a eficiência, a efetividade e a equidade nos sistemas de saúde evidenciam várias contradições. Essas *trade-offs* são identificáveis na análise mais detalhada da própria agenda reformadora: entre o aumento da eficiência e a diminuição da equidade na perspectiva das reformas orientadas para o mercado; entre o aumento da eficiência e a diminuição do acesso, com as medidas de contenção de custos; entre o aumento da eficiência, a perda da integralidade da atenção e a diminuição do acesso, com possível aumento das desigualdades, nos modelos de separação entre financiamento e provisão, competição administrada, etc.

No caso da América Latina as políticas macroeconômicas, os déficits das balanças de pagamento, os empréstimos internacionais têm afetado de forma importante as opções de reforma das políticas nacionais, assim como os graus de autonomia dos Estados nacionais frente um leque de opções cada vez mais restrito (Kaufman, 1995:6; Gilpin, 1993). Na perspectiva de aumentar a credibilidade dos compromissos dos governos com as políticas macroeconômicas, as lideranças nacionais têm recebido incentivos muito claros para a priorização e implementação de determinadas agendas.

Essa lógica política se complica, porém, quando sai do terreno do gerenciamento macroeconômico e entra no elenco mais amplo de questões como bem-estar social (Kaufman, 1995:11), onde a saúde se insere. As reformas nesta área são menos “visíveis” para o setor financeiro internacional, a não ser como gasto nacional e porcentagem do déficit público; implicam em maior coordenação intersetorial e cooperação entre os diferentes grupos da sociedade civil, incluindo-se os distintos níveis de governo. Além disso, a influência dos atores internacionais é mais limitada fora da arena macroeconômica e existe muito menos clareza sobre quais reformas devem ser privilegiadas. Isto não impede, porém, que as agendas e as “receitas” sejam difundidas, como analisamos.

Constata-se ainda que, embora partindo de condições muito mais precárias (em termos de vida e saúde das populações; de capacidade administrativa e gerencial; e de autonomia do Estado para decisão sobre as políticas econômicas e sociais), as reformas latino-americanas têm sido muito mais radicais e concomitantes a extremos estrangimentos financeiros, que redundam em importante subfinanciamento setorial. Essa dinâmica aponta como tendência a perspectiva de maiores possibilidades de desmonte dos sistemas anteriores (como no Chile e Colômbia), sem garantia, porém, de melhoras substantivas na cobertura e na equidade, pelo alto grau de experimentalismo com que estão sendo implementadas.

O surgimento de novas formas de gerenciamento e alocação de recursos para a prestação de serviços, de mudanças no *mix* público e privado e a ênfase que se está outorgando ao mercado nas propostas de reforma sanitária na região não estão sendo acompanhadas de adequada avaliação nem da viabilidade política das novas propostas nem dos impactos que estão produzindo, tanto no gasto sanitário total (eficiência, custo-efetividade) quanto na saúde da população, sobretudo no que concerne à equidade e à qualidade da assistência.

Pode-se afirmar que as políticas neo-liberais introduziram novas tensões nos domínios da saúde, enfatizando o esgotamento das políticas passadas, e as propostas de reforma contemporâneas desconsideram o papel da política e do conflito na sua formulação e implementação. Da mesma forma, negligenciam

a importância dos valores culturais e sociais que mediam o impacto da estruturação dos novos subsídios e incentivos que têm sido introduzidos por essas reformas (Øvretveit, 1994).

Os mecanismos de reforma sanitária que estão sendo implementados nos países centrais têm incidido sobretudo na dimensão alocativa, enfatizando o caráter gerencial e regulador dessas medidas; e não sobre a forma de financiamento, tanto pelo controle dos recursos disponíveis e do gasto setorial, quanto pela garantia dos chamados “mínimos necessários” que possibilita.

Essas experiências reformadoras recentes demonstram que a introdução de mecanismos competitivos como forma de alocação de recursos pode não ser mais eficiente, efetiva ou proporcionar atenção de melhor qualidade, como se apregoa, além de que pressupõe uma capacidade regulatória forte por parte do Estado. As tentativas de ampliação desses instrumentos para o âmbito financeiro do sistema têm sido minoritárias e sem muito êxito (Maynard, 1994; Saltman, 1995; Ham, 1996).

Em síntese, os autores alertam para o fato que em poucas áreas da economia as relações entre o Estado e o mercado são tão complexas quanto no setor saúde, onde substantivas falências do mercado e externalidades proporcionam inúmeras razões para o maior envolvimento público do que em outras atividades (Baar, 1992; Øvretveit, 1994; Musgrove, 1995, 1996), além de que os sistemas de saúde são complexos por definição e extremamente variados, profundamente inseridos na realidade concreta de cada sociedade, e não é fácil delinear conclusões definitivas e universais, passíveis de transposições mecânicas.

Na realidade, as evidências empíricas que atestam ou contestam os resultados propalados pelas receitas reformadoras em termos de transparência no *policy making* (democratização), eficiência e equidade, estão sendo construídas ainda de forma bastante precária, *pari passu* à implementação das próprias reformas.

A exigência de investimentos é, portanto, considerável, o que em princípio contraria as teses de contração do financiamento público e de redução do escopo de atuação do Estado aos aspectos regulatórios e de “definição das regras do jogo”.

## Notas

<sup>1</sup> Para maiores detalhes sobre os novos modelos de reforma que emergem nos anos 80 ver Almeida (1995, 1996a, b), citados na bibliografia.

<sup>2</sup> Pode-se afirmar que o paradigma da competição administrada (*managed competition*), concebida nos EUA na década dos 70 (Enthoven, 1978a, b; 1985, 1988; Enthoven & Kronick, 1989), rediscutida para as democracias industrializadas (Chernichovsky, 1995) e reatualizada, mais recentemente, para a realidade latino-americana (Londoño, 1995, 1996; Londoño & Frenk, 1995) tem sido dominante, traduzindo-se em diferentes estratégias de reforma. Para maiores detalhes ver Almeida (1995; 1996a, b, citados na bibliografia).

<sup>3</sup> A proposta preliminar do “pluralismo estruturado” foi apresentada por Juan-Luis Londoño na reunião *Special Meeting of Ministers of Health from Latin America and the Caribbean on Health Sector Reform*, realizada em Washington D.C., 29-30 de setembro de 1995, organizada pelas seguintes instituições: Opas, Banco Mundial, BID, Cepal, OEA, Unicef, United Nations Fund for Population Activities e AID.

<sup>4</sup> Nos anos 60, Enthoven trabalhava para o Departamento de Defesa dos EUA e teria formulado o modelo da *managed competition* com o objetivo de analisar o custo-benefício do sistema bélico daquele país (Yamin & Dreyfuss, 1997; Waitzkin, 1997).

<sup>5</sup> A elaboração do modelo da competição administrada para a área da saúde estaria sendo fortemente financiada nos EUA por algumas fundações, entre elas a Henry J. Kaiser Family Foundation, a mais antiga HMO norte-americana, da qual Alain Enthoven seria consultor, além da Robert Wood Johnson Foundation e da John Hartford Foundation. O montante de recursos investido seria da ordem de US\$ 1.029.125 (respectivamente US\$ 595.300, US\$ 137.000 e US\$ 296.825) (Yamin & Dreyfuss, 1997).

<sup>6</sup> Para o autor, esses grandes compradores seriam empregadores, coalisões de grandes empresas (tais como *California-based Pacific Business Group on Health*), coalisões de pequenos e médios empregadores (tais como *Health Insurance Plan of California*, uma cooperativa criada pelo estado para empregadores com entre 3 e 55 empregados), o governo federal para os beneficiários do *Medicare* assim como para seus próprios funcionários e os governos estaduais e responsáveis pelo *Medicaid*, assim como seus funcionários.

<sup>7</sup> O exemplo mais citado de competição administrada nos EUA com bons resultados em termos de contenção de custos é o *California Public Employees Retirement System-Calpers*. Na reforma de Clinton propunha-se organizar grandes grupos de pessoas em cooperativas de compradores por área geográfica, chamadas de *Health Alliances*, que seriam os grandes compradores referidos por Enthoven.

<sup>8</sup> Enthoven e sua equipe trabalharam como consultores para as reformas de alguns países europeus, sobretudo para o Reino Unido.

<sup>9</sup> A Colômbia foi pioneira na formulação e implementação desse modelo de reforma setorial, implantando-o desde 1993.

<sup>10</sup> A eficiência do NHS é histórica, sobretudo levando-se em consideração o elenco de serviços que oferta, sendo bastante conhecido que desde a sua criação o gasto setorial esteve em torno de 6% do PIB. Nos anos 80, período de gestação da reforma, esse gasto foi ainda menor, pelas políticas restritivas deliberadas do governo Thatcher (Klein, 1984, 1989; Day & Klein, 1991; Mishra, 1994; Almeida, 1995).

<sup>11</sup> Os dados apontam que com a implementação da reforma os custos administrativos aumentaram (Ham, 1996), assim como os gastos. No período entre 1978-1979 e 1991-1992 o gasto sanitário cresceu 22% em termos reais, crescimento este marcado por flutuações na média anual de incremento (cerca de 1,5% ao ano), *pari passu* ao ciclo político-eleitoral (Maynard, 1994:1434), isto é, o investimento variou segundo os anos eleitorais (1983, 1987 e 1993). E, na última eleição, refletiu talvez a necessidade de garantir a continuidade dos conservadores no poder, apesar da partida da Primeira Ministra Thatcher, assegurando a permanência dos conservadores no poder por mais de dez anos. Os dados são expressivos: 1989-1990 (anúncio da reforma) aumento de 2% nos gastos; 1990-1991 (ano preparatório da reforma) 4,5% de aumento; 1991-1992 (início da reforma, ano pré-eleitoral) 3,9% de aumento; 1992-1993 (segundo ano da reforma, ano eleitoral) aumento de 5,1%; 1993-1994 (terceiro ano da reforma, ano pós-eleitoral) aumento de 1% (Almeida, 1995:247, a partir de dados de Glennester & Matsaganis, 1994 e Maynard, 1994). Ver também a respeito o artigo do *The Economist*, de 15 de março/1997, publicado nos *Cadernos MARE da Reforma do Estado*, 1998(13):38-43.

<sup>12</sup> Exceção feita aos chamados bens públicos, tais como vigilância sanitária e saneamento, considerados como os únicos serviços que legitimamente devem ser produzidos diretamente pelo Estado.

<sup>13</sup> Os recursos do tesouro, em todos os níveis de governo, e os de empréstimos externos são consideradas fontes secundárias (Londoño & Frenk, 1995:8).

<sup>14</sup> Juan-Luis Londoño é economista e foi Ministro da Saúde da Colômbia. Durante a sua gestão foi formulada a reforma sanitária colombiana (1991-1993), por um grupo insulado no aparelho de Estado, elaborada exatamente nos moldes do modelo teórico do pluralismo estruturado. Para maiores detalhes ver Londoño (1996), citado na bibliografia.

<sup>15</sup> O pacote universal acabou por incluir diagnósticos e restringir os seguintes procedimentos: estéticos de qualquer natureza; assistência curativa para doenças “incuráveis”; tratamentos experimentais ou não comprovados; e reabilitação. Quanto ao pacote básico, inclui atendimento a doenças transmissíveis e atenção materno-infantil.

- 16 Esses problemas dizem respeito ao controle da utilização, estabelecimento de painéis fechados de prestadores, controle da demanda. Restrição do atendimento especializado, etc. Para garantir a estabilidade financeira das OAS foi definido um capital inicial de US\$ 4 milhões e um grau de liquidez equivalente a um mês de cotizações. Para impedir a excessiva atomização de organizações definiu-se inicialmente um tamanho mínimo de 40.000 filiados, tal como sugerido na literatura, mas após três anos de implementação a experiência sugeria um número de cerca de 100.000 filiados (Londoño, 1996:50).
- 17 Para a elaboração dessas enquetes foram construídos 15 indicadores e condicionou-se o repasse de qualquer recurso federal aos municípios à realização da enquete, o que resultou em grande número de respostas. Foram gastos cerca de 3 milhões de dólares nesse levantamento (Londoño, 1996:51).
- 18 Nos últimos 25 anos a duração média dos ministros de Saúde na Colômbia tem sido cerca de 11 meses, sendo que nessa última administração a velocidade das mudanças têm aumentado, uma vez que o novo governo que entrou em 1994 *mostrou ambivalência sobre o desenvolvimento do novo sistema* e, como resultado, houve três novos Ministros em 20 meses (Londoño, 1996:52).
- 19 Aponta-se que em 1997 aproximadamente 47% da população estaria protegida por filiação efetiva ao sistema, em ambos os regimes: contributivo e subsidiado. No primeiro caso – contributivo – estariam aproximadamente 29% da população e o Instituto de Seguridad Social continua a ser a pedra angular do sistema, embora com muita dificuldades para adaptar-se às novas condições (Jaramillo et al., 1998:9-16).
- 20 Durante os dois primeiros anos da reforma as Secretarias Departamentales de Salud foram autorizadas a funcionar com EPS transitórias, de forma monopólica, para poder captar recursos do FOSYGA-Fondo de Seguridad y Garantía e dos municípios e não se cumpriram as determinações das Leis 60 e 100, de 1993, que institucionalizaram a reforma e previam a destinação de recursos específicos para esse regime. Em 1995, mediante concurso, foram habilitadas mais de 222 entidades que cobririam cerca de 5 milhões de pobres. Somente em 1996 (com a Lei 344/1996) foi implementado o regime subsidiado segundo as regras de competição previstas na Lei. Registra-se que 37 das 67 Caixas de Compensação Familiar vincularam-se ao regime contributivo e 50 ao subsidiado. Entretanto, assinala-se estão longe de atuar segundo os respectivos papéis previstos no modelo e são muitos os percursos enfrentados pela reforma (Jaramillo et al., 1998:17-19).
- 21 Ainda que a contra-reforma não tenha prosperado, a Lei 344/1997, para a Racionalización de Gastos de Gasto Público limitou de forma importante a participação dos recursos públicos no componente de solidariedade do sistema (reduzindo-o a apenas ¼) (Jaramillo et al., 1998:20-21).
- 22 Esses dados provêm da conferência proferida por Luis Eliseo Velásquez, no seminário da Rede de Investigación em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul, realizado em Manizales, Colômbia, em 25-26 de março, 1999.
- 23 Daí a proposta de transferência dessas atividades para o *setor público não-estatal*, chamada de “*publicização*”, termo que diferenciaria esse tipo de descentralização da privatização e está calcado na concepção do *espaço público* (definido a partir de Grau, 1995:31-32 *apud* Bresser Pereira, 1997:18). Mais amplo que o estatal e criado no vácuo que se formou com as polarizações entre o público e privado, o papel do espaço público é visto como de *intermediação* ou facilitação de formas de controle social e de parcerias que contribuiriam para a redefinição das relações Estado-sociedade e abririam novas perspectivas democráticas (Bresser Pereira, 1998).
- 24 Nos *Cadernos MARE da Reforma do Estado* é mencionada a visita do Ministro Bresser Pereira ao Reino Unido e seu entusiasmo com a reforma inglesa (1998, 13:7).
- 25 O Piso Assistencial Básico consiste no recurso financeiro a ser repassado aos municípios habilitados para a prestação de assistência básica ambulatorial. Tem dois componentes, um é fixo e consiste no repasse de um valor *per capita* nacional único para a população coberta (R\$10,00/*per capita*/ano), de forma regular e automática, fundo a fundo. A parte variável consiste em incentivos financeiros específicos para estimular a implantação de *algumas ações especiais* (Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS; Programa de Saúde da Família-PSF; assistência farmacêutica Básica; Programa de Combate às Carências Nutricionais; Ações Básicas de Vigilância Sanitária; e Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental).
- 26 Em outubro de 1998, 90,85% dos municípios estavam habilitados em uma das duas novas condições – gestão plena da atenção básica e gestão plena da atenção – sendo 82,69% na primeira, principalmente nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Ressalta-se que em relação à gestão plena do sistema apenas 8,7% dos municípios estavam habilitados, concentrados basicamente na região Sudeste (15,42%) (Almeida et al., 1998:30).
- 27 A população coberta pelo setor de assistência médica suplementar está concentrada nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, sendo que na maioria dos demais estados essa cobertura está abaixo de 10%. Cerca de 73% da população brasileira (mais de 115 milhões de pessoas) dependem do atendimento público provido pelo SUS. Para um panorama da assistência médica suplementar no Brasil e tendências de mudança (ver Almeida, 1998).

## Referências

- Aguiar DS 1998. A "Saúde da Família" no Sistema Único de Saúde: Um novo Paradigma? Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, mimeo.
- Almeida CM 1995. *As Reformas Sanitárias nos Anos 80: Crise ou Transição?*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, mimeo.
- Almeida CM 1996a. Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança, p. 69-98. In NRCosta & JM Ribeiro (org.) – *Política de Saúde e Inovação Institucional*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Almeida CM 1996b. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica". *Saúde e Sociedade* 5(2): 3-57.
- Almeida CM 1997a. Crise econômica, crise do welfare state e reforma sanitária. In S Gerschman & ML Werneck (eds.) – *Democracia, Reforma do Estado e Globalização: Dilemas e Perspectivas*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Almeida CM 1997b. *Reforma do Setor Saúde na Região da América Latina e Caribe: uma Análise Crítica de Propostas e Tendências*. Documento propositivo. Organização Panamericana de Saúde. Escritório Regional Brasil, mimeo.
- Almeida CM 1998. *O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar*, Texto para Discussão nº 599, Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília.
- Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME 1998a. Health Reform in Brazil: a Case Study on Inequity". Artigo apresentado no Seminário Towards Equity? Health Sector Reform and Access to Basic Health Services, Oslo, October 1-3, 1997, mimeo.
- Almeida C, Travassos C, Porto S, Farias TW de B 1998b. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Relatório Final de pesquisa. ENSP/OPAS, mimeo.
- Arellano OL 1994. La selectividad en la política de salud. In AC Laurell (coord.) – *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. Casa abierta al tiempo/Fundación Friedrich Ebert Stiftung, México.
- Arretche M 1997. O mito da descentralização como inductor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In S Gerschman & ML Werneck (orgs.) – *A Miragem da Pós-Mordenidade. Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Baar N 1992. Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation. *Journal of Economic Literature* XXX: 741-803.
- Banco Mundial 1989. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. In *Economía de la Salud – Perspectivas para la América Latina*, Publicación Científica No. 517. OPAS/OMS, Washington, DC.
- Borón A 1993. *World Development Report: Investing in Health*. World Bank, Washington D.C.
- Borón A 1995b. Democracia e reforma social na América Latina: reflexões a propósito da experiência europeia. In A Borón – *Estado, Capitalismo e Democracia na América Latina*, Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- Bresser Pereira LC 1995. *Reforma Administrativa do Sistema de Saúde*. Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD, outubro, 1995. Buenos Aires.
- Bresser Pereira LC 1997a. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle". *Cadernos MARE da Reforma do Estado* 1: 7-57.
- Bresser Pereira LC 1997b. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. *Cadernos MARE da Reforma do Estado* 13: 7-37.
- Bresser Pereira LC 1998. Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil. *Revista do Serviço Público* 49 (1/janeiro-março).
- Bustello E 1994. Hood Robin: ajuste fiscal e equidade na América Latina. *Planejamento e Políticas Públicas* 11: 4-48.
- Butler J 1994. Origins and Early Developments, p.12-23. In R Robinson & J Le Grand (eds.) – *Evaluating the NHS Reforms*. King's Fund Institute, London.
- Cepal 1990. *Transformación Productiva con Equidad – La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa*. Naciones Unidas/Cepal, Santiago de Chile.
- Cepal 1993. *Panorama Social de América Latina*. Santiago, Chile.
- Chernichovsky D 1995. Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *The Milbank Quarterly* 73(3): 339-372.
- Cohn A, Elias PE 1996. *Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços*. Cortez, São Paulo.
- Day P, Klein R 1991. Britain's health care experiment. *Health Affairs* (Fall,1991): 39-59.
- Enthoven A 1978a. Consumer-choice health plan (Parte I) – Inflation and inequity in health care today: alternatives for cost control and an analysis of proposals for national health insurance. *New England Journal of Medicine* 298(12): 650-658.
- Enthoven A 1978b. Consumer-choice of health plan: a national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector. *New England Journal of Medicine* 298(13): 709-720.
- Enthoven A 1985. *Reflections on the management of the National Health Service*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
- Enthoven A 1997. Market-based reform of US health care financing and delivery: managed care and managed competition. In G Schieber – *Innovations in Health Care Financing*. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington D.C.
- Enthoven A, Kronick R 1989. A consumer-choice health plan for the 1990s. *The New England Journal of Medicine* 320(1): 29-37.
- Fanelli JM, Frenkel R, Rozenwurcel G 1992. Crecimiento y reforma estructural en América Latina. La situación actual. In *Adonde va América Latina*. CEDES, Buenos Aires.
- Fiori JL 1993. Ajuste, transição e governabilidade: o enigma brasileiro. In MC Tavares & JL Fiori – *(Des)ajuste Global e Modernização Conservadora*. Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- France G 1993. Mercati interni nel settore ospedaliero. In Elena Granaglia (a cura di), *Privatizzazione e Ser-*

- vizio Sanitario Nazionale. Alcune Riflessione a proposito dei mercati interni, *Politeia* 56: 35-80.
- Frenk J et al. 1994. Dimensions of health system reform. *Health Policy* 27:19-34.
- Gilpin R 1993. Welfare nazionale e norme economiche internazionali. In M Ferrera (org.) – *Stato Sociale e Mercado Mondiale*. Fondazione Giovanni Agnelli, Torino.
- Glennerster H, Matsaganis M 1994. The English and Swedish health reforms. *International Journal of Health Service* 24(2): 231-251.
- Ham C 1996. Population-Centered and patient-Focused Purchasing: the U.K. Experience. *The Milbank Quarterly* 74(2): 191-214.
- Hoeven R van der, Stewart F 1993. Social development during periods of structural adjustment in Latin America. *International Labour Office – Occasional Paper* 18 (mimeo).
- Holland WW, Graham C 1994. Commentary: recent reforms in the British National Health Service – Lessons for the United States. *American Journal of Public Health* 84(2): 186-189.
- Hsiao WC 1995. Abnormal economics in the health sector. *Health Policy* 32: 125-139.
- Hunter DJ, Stanckford D 1997. Health care reform in the United Kingdom, p.71-99. In S Nitayarumphong (ed.) – *Health Care Reform – At the Frontier of Research and Policy Decisions*. Office of Health Care Reform/Ministry of Public Health, Thailand.
- Imershein AW, Rond PC, Mathis M 1992. Restructuring patterns of elite dominance and the formation of State policy in health care. *American Journal of Sociology* 4: 970-993.
- Jaramillo I, Olano G, Yepes F 1998. Ley Cien – Cuatro Años de Implementación. Informes Técnicos 2, ASSALUD/Fundación Corona/Fundación FES/Fescol/ GTZ. Bogota. 64 pp.
- Kaufman R 1995. *The Politics of State Reform: a Review of the Theoretical Approaches*. 33 pp. Mimeo.
- Kettl D 1996. The global revolution: reforming government sector management. Trabalho apresentado no Seminário Internacional “A Reforma do Estado na América Latina e Caribe – Rumo a uma administração Pública Gerencial. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, patrocinado pelo BID e pela ONU. Brasília, 16-17, 1996 (mimeo).
- Klein R 1983. *The Politics of the National Health Service* (segunda edição). Longman, London. 104 pp.
- Londoño JL 1995. *Opciones para Reformar la Organización de los Servicios de Salud*. Banco Mundial, Departamento Técnico para a América Latina e Caribe, Washington, D.C.
- Londoño JL 1996. Estructurando pluralismo en los servicios de salud. la experiencia colombiana. *Revista de Análisis Económico* 11(2): 37-60.
- Londoño JL, Frenk J 1995. *Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America*. World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, Washington, D.C.
- Mare/Secretaria da Reforma do Estado 1996. Projeto Organizações Sociais, Mimeo.
- Maynard A 1994. Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. National Health Service. *Social Science Medicine* 39(10): 141433-45.
- Melo NR, Costa MA 1994. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social; as estratégias da OMS/OPAS e do Banco Mundial para a atenção à saúde”. *Planejamento e Políticas Públicas* 11(Jun/Dez): 50-108.
- Melo MA 1998. As sete vidas da agenda pública brasileira. In EM Rico (org.) – *Avaliação de Políticas Sociais: uma Questão em Debate*. Cortez/IEE, São Paulo.
- Mishra R 1990. *The Welfare State in Capitalist Society*. Studies in International Social Policy and Welfare. Harvester/Wheatsheaf, London.
- Musgrove P 1995. Cost-effectiveness and the socialization of health care. *Health Policy* 32: 111-123.
- Musgrove P 1996. Public and private roles in health: theory and financing. *Banco Mundial* (no prelo). Mimeo.
- OPAS 1995. Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa. OPAS/OMS, Washington, D.C.
- OPAS/Cepal 1994. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y Caribe. *Serie Documentos Reproducidos* 41.
- Øvretveit J 1994. Values in Europe health care markets. *European Journal of Public Health* 4(4): 294-300.
- Przeworski A 1996. On the design of the State: a principal-agent perspective. Trabalho apresentado no Seminário Internacional “A Reforma do Estado na América Latina e Caribe – Rumo a uma administração Pública Gerencial. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, patrocinado pelo BID e pela ONU. Brasília, 16-17, 1996.
- Saltman R 1994. A conceptual overview of recent health care reforms”. *European Journal of Public Health* 4(4): 287-293.
- Viacava F, Bahia L 1996. Os serviços de saúde segundo o IBGE. *Dados* 20: 3-30.
- Viana ALA, Dal Poz MR 1998. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. Relatório Final de pesquisa. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, mimeo.
- Waitzkin H 1997. Challenges of managed care: its role in health system reform in Latin America. *Informing and Reforming, the Newsletter of the International Clearinghouse of Health System Reform Initiatives (ICHSRI)* 4: 2-4.
- White J 1995. Managing health care costs in the United States. In M Jérôme-Forget, J White, JM Wiener – *Health Care Reform Through Internal Markets*. IRPP, Québec.
- Wiener JM 1995. Managed competition as financing reform: a view from the United States. In M Jérôme-Forget, J White, JM Wiener – *Health Care Reform Through Internal Markets*. IRPP, Québec.
- Yamin P, Dreyfuss R 1997. *MotherJones MJ93: the godfather of managed competition*. Em <http://www.mojones.com/mother>, 03/12/97.