

## Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico

Commodification in the reforms of the German, French and British health systems

Mariana Ribeira Jansen Ferreira<sup>1</sup>  
Aquilas Nogueira Mendes<sup>2</sup>

**Abstract** *Since the 1980s, European health systems have undergone several reforms, with emphasis on the tendency of their commodification. The objective of this article is to demonstrate how market mechanisms were implemented in the functioning of these systems, German, British and French – from the 1980s. The “mercantile” reforms were justified on the premise that the insertion of market logic could both reduce the need for public spending and increase the efficiency of existing expenditure. The work presents different forms of commodification implemented in the reforms, with the distinction between processes of explicit commodification, in which there is an effective increase in private, and implicit presence, in which there is incorporation of principles from the private sector in the public system, both in financing and in the provision of health services. In addition to detailing the different ways in which this phenomenon is expressed, the article briefly presents the potential negative effects of this process for health systems, especially in terms of access and equity, stating that the initial assumptions surrounding commodification (cost reduction and efficiency improvement) appear to be false.*

**Key words** *Commodification, Health systems reform, Germany, France, United Kingdom*

**Resumo** *Desde os anos 1980, os sistemas de saúde europeus vêm passando por várias reformas, com ênfase à tendência de sua mercantilização. O objetivo deste artigo é evidenciar formas de implementação de mecanismos de mercado no funcionamento desses sistemas, alemão, britânico e francês – a partir da década de 1980. As reformas “mercantis” eram justificadas a partir da premissa de que a inserção da lógica de mercado poderia tanto diminuir a necessidade de gastos públicos como aumentar a eficiência dos existentes. O trabalho apresenta diferentes formas de mercantilização implementadas nas reformas, com a distinção entre os processos de mercantilização explícita, em que há efetivo aumento da presença privada, e implícita, em que ocorre a incorporação de princípios advindos do setor privado no sistema público, tanto no financiamento como na prestação de serviços de saúde. Além do detalhamento das diferentes maneiras em que este fenômeno se expressa, o artigo apresenta brevemente os potenciais efeitos negativos desse processo para os sistemas de saúde, principalmente em termos de acesso e equidade, explicitando que as premissas iniciais em torno da mercantilização (redução de gastos e melhora na eficiência) parecem ser falsas.*

**Palavras-chave** *Mercantilização, Reforma dos sistemas de saúde, Alemanha, França, Reino Unido*

<sup>1</sup> Departamento de Economia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. R. Monte Alegre 984, Perdizes. 05014-901 São Paulo SP Brasil. mariana.jansen@gmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

## Introdução

Uma das principais marcas da proteção social no pós-guerra, com destaque para os sistemas de saúde, foi a desmercantilização (*decommodification*) do acesso aos bens e serviços sociais, ou seja, o acesso não dependia da capacidade de compra e da definição de preços<sup>1</sup>. Alemanha, França e Reino Unido, assim como diversos outros países europeus, estruturaram amplos sistemas de saúde. Estes três países desenvolveram sistemas de saúde distintos, mas com algumas características centrais em comum: financiamento predominantemente público (mediante impostos ou contribuições sociais) e amplo acesso, próxima à universalidade, mesmo em países como a Alemanha e a França em que o sistema era destinado aos trabalhadores, e não a todo cidadão (como no Reino Unido).

No entanto, diante de uma série de crises econômicas a partir dos anos 1970, a redução no ritmo de crescimento econômico e o aumento na taxa de desemprego geraram pressão sobre o orçamento público. Somado ao crescimento da influência neoliberal, que preconizava mudanças importantes na ação do Estado e adquiriu maior força a partir da década de 1980, a atuação dos Estados Nacionais passou por uma série de alterações, afetando os sistemas de proteção social.

Nesse novo contexto, os sistemas de saúde passaram por reformas que introduziram, ainda que de maneira parcial, mecanismos de mercado. As reformas eram justificadas a partir da premissa de que a inserção da lógica de mercado poderia tanto diminuir a necessidade de gastos públicos – com o setor privado assumindo determinadas funções – como aumentar a eficiência dos dispêndios existentes – ao inserir, dentro de estrutura pública, “mecanismos de mercado”, tais como concorrência, pagamento por resultado, etc.<sup>2,3</sup>.

É importante, contudo, ressaltar que o setor privado não é um agente novo nos sistemas. Nenhum dos sistemas de saúde do pós-guerra jamais foi – mesmo antes das mudanças adotadas a partir dos anos 1980 – totalmente público. Por sua vez, os diversos mecanismos que foram adotados, ao longo das últimas três décadas, representaram uma alteração quantitativa e qualitativa da presença privada e da lógica de mercado nos sistemas públicos de saúde.

O objetivo deste artigo é, assim, apresentar as principais tendências de mercantilização nos sistemas de saúde na Alemanha, França e Reino Unido e como se desenvolveram ao longo das reformas implementadas nas últimas décadas,

além de apontar algumas consequências já identificáveis e possíveis riscos no aprofundamento do processo. Cabe destacar que, embora estejamos nos referindo ao Reino Unido, e todos os dados disponíveis abordem o território como um todo, após 1999 as reformas realizadas referem-se apenas ao NHS inglês (sendo que a Escócia e o País de Galês realizam mudanças distintas em seus sistemas).

Nosso estudo se justifica pela importância em compreender as dinâmicas de mudanças nos sistemas de saúde universais, com a ampliação de formas já existentes e a criação de novos mecanismos de mercado.

Para isso, o artigo está estruturado em cinco partes, além desta introdução e da conclusão. A primeira parte apresenta o referencial analítico, com apresentação das principais características históricas dos três sistemas de saúde e a classificação das formas de mercantilização. Nas quatro partes subsequentes, cada uma das tendências é detalhada: a mercantilização explícita do financiamento; a mercantilização explícita na oferta de serviços; a mercantilização implícita do financiamento e a mercantilização implícita da oferta dos serviços de saúde.

## Referencial analítico

Este trabalho baseia-se em um estudo comparativo sobre como a introdução de mecanismos de mercado afetou três sistemas de saúde diferentes. Alemanha, França e Reino Unido foram selecionados por terem características semelhantes que permitem a comparação (como o desenvolvimento de seus sistemas de saúde após a Segunda guerra mundial, os efeitos da crise da década de 1970/1980 e os desafios no contexto do mercado comum europeu), assim como diferenças relevantes que contribuem para entender como desenhos institucionais distintos respondem à introdução de mecanismos de mercado.

Nesse sentido, cabe-nos inicialmente apresentar algumas categorias analíticas que descrevem as principais características dos sistemas utilizados como unidade de trabalho nesse artigo. Tais categorias encontram-se sumarizadas no Quadro 1.

Além da escolha dos países estudados, os autores escolheram abordar um aspecto específico das reformas realizadas nos três sistemas de saúde, qual seja, a introdução de mecanismos de mercado. A fim de realizar essa análise, optamos por classificá-la como uma tendência à

**Quadro 1.** Principais características dos Sistemas Sociais de Saúde, Alemanha, França e Reino Unido, após 1945 até a década de 1970.

	<b>Alemanha</b>	<b>França</b>	<b>Reino Unido</b>
Modalidade	Sistema de seguros sociais	Sistema de seguros sociais	Sistema nacional
Acesso	Trabalhadores	Trabalhadores	Cidadãos
Financiamento	Contribuições sociais	Contribuições sociais	Impostos
Contribuições	Definida por cada Caixa	Variável de acordo com o salário (até um teto geral)	-----
Adesão	Automático (até determinada faixa salarial)	Automático	Automático
Benefícios	Uniforme	Uniforme	Uniforme
Livre escolha	Sim	Sim	Não
Regulação	Caixas (regionais e por categorias)	Caixas (nacional e categorias especiais)	Ministério da Saúde
Organização	Contratual	Reembolso	Integrado
Grau de centralização	Descentralizado	Centralizado	Centralizado
Clínico geral	Médicos privados indiv.	Médicos privados indiv.	Médicos privados em grupo
Médico especialista	Médicos privados indiv./hospitais	Médicos privados indiv./clínicas priv./hospitais	Hospitais públicos
Remuneração médicos	Pagamento por ato (ambul.) / salariado (hospit.)	Pagamento por ato (ambul.) / salariado (hospit.)	Pagamento por capitação (ambul.) / salariado (hospit.)
Médico “porta de entrada”	Não	Não	Sim

Fonte: elaboração própria.

“mercantilização”. Na literatura sobre o tema, encontramos autores adotando os termos mercantilização, privatização e comercialização<sup>2-8</sup>. Neste artigo optamos por mercantilização por ser uma expressão que acomoda um processo mais amplo, qual seja, o aumento da lógica privada dentro dos sistemas públicos de saúde, mediante o aumento da participação direta do setor privado enquanto prestador de serviços e de recursos privados no financiamento, assim como a adoção de princípios privados de gestão, remuneração e organização dos sistemas.

A partir da constatação da mercantilização, sistematizamos que este processo se concentra em duas esferas: no financiamento e na prestação de serviços de saúde<sup>2,3</sup>.

Outro traço importante diz respeito a diferenciar a mercantilização em termos de processos explícitos e implícitos. Compreendemos o processo explícito quando envolve direta transferência de responsabilidade do setor público para o privado. Por sua vez, o processo implícito caracteriza-se pela adoção crescente de uma lógica de atuação privada por parte do setor público<sup>2,8</sup>.

A partir desses referenciais, a classificação das reformas<sup>9,10</sup> dos países estudados foi desenvolvida. As quatro tendências são brevemente sumarizadas, em termos das características apreendidas nas reformas dos sistemas de saúde, no Quadro 2.

### **Mercantilização explícita: financiamento**

A participação privada nos gastos totais com saúde elevou-se, nas últimas décadas, em vários países europeus<sup>11</sup>. No entanto, é importante explicitar que, em termos percentuais, os três países mantiveram gastos em saúde predominantemente públicos. Conforme apresentado na Tabela 1, entre 1975 e 2015, a participação privada nunca atingiu 25% do total gasto em saúde.

Os recursos privados concentram-se na contratação de seguros privados e no desembolso direto realizado pelas famílias. Conforme apresentado na Tabela 2, a maior parte dos gastos privados, na Alemanha e no Reino Unido, foi de desembolso direto: 81% e 73%, respectivamente. Na França, por sua vez, há predominância dos

**Quadro 2.** Tipologia de mercantilização.

Mercantilização explícita		Mercantilização implícita	
Financiamento	Oferta de serviços	Financiamento	Oferta de serviços
Pagamento direto / Copagamento Seguro Privado	Terceirização de serviços auxiliares Atendimento de pacientes privados na rede pública Incorporação setor privado na oferta de serviços Gestão privada de instituições públicas Privatização ( <i>stricto sensu</i> )	Parceria público-privada	Nova gestão pública Aumento da concorrência entre prestadores de serviço (públicos) Pagamento por resultado - hospitais Pagamento por resultado - médicos

Fonte: elaboração própria.

**Tabela 1.** Gasto privado em saúde (em % do gasto total em saúde), Alemanha, França e Reino Unido, 1975 a 2015.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015
<b>Alemanha</b>	21,9	22,2	23,4	24,6	18,3	20,6	23,7	16,6	15,5
<b>França</b>	22,5	20,4	22,0	24,0	20,9	21,1	21,3	21,6	21,1
<b>Reino Unido</b>	9,1	10,5	13,9	15,7	15,9	20,7	18,7	16,9	20,3

Fonte: OCDE<sup>12</sup>.

**Tabela 2.** Despesas privadas em saúde por esquema de financiamento (em % do gasto privado total), Alemanha, França e Reino Unido, 2015.

	Seguradora Privada	Desembolso direto (incluindo co-pagamento)
<b>Alemanha</b>	19%	81%
<b>França*</b>	67%	32%
<b>Reino Unido</b>	27%	73%

Fonte: OCDE<sup>12</sup>.

\* As seguradoras privadas francesas são, em sua maioria, instituições mútuas, geridas pelos trabalhadores e sem fins lucrativos. Ainda assim, pela metodologia apresentada nos dados da OCDE, todas as mútuas são classificadas juntamente com as seguradoras privadas. Cabe ainda apontar que a participação de seguradoras privadas lucrativas vem aumentando, mas as mútuas ainda predominam no sistema francês.

dispêndios com seguros privados, que representaram 67% do total.

O caso francês merece um destaque, em decorrência de sua particularidade. O sistema de saúde criado no pós-guerra previa um mecanismo de reembolso. Ou seja, o paciente paga diretamente pela consulta ou compra de medicamentos, e é posteriormente reembolsado pela Seguridade Social. Como a Seguridade não reembolsa a totalidade do dispêndio, desenvolveu-se

um sistema de seguro privado complementar, com o objetivo de arcar com os copagamentos. Este sistema, no entanto, era organizado em torno de instituições mútuas, geridas pelos trabalhadores e sem fins lucrativos.

No que diz respeito aos mecanismos de copagamento, estes existem desde a criação dos três sistemas de saúde no pós-guerra, com a proposta de coparticipação do usuário no financiamento<sup>10</sup>. No entanto, os valores eram, em geral, muito baixos e grande parte da população (idosos, mulheres grávidas, crianças, portadores de doenças crônicas) era (e continua sendo) isenta. Este é o caso do sistema britânico, em que os copagamentos são bastante limitados e restritos à odontologia e aos medicamentos.

Ainda assim, a partir da década de 1980, sua dimensão e os valores foram aumentando. A Tabela 3 resume os principais mecanismos de copagamento e seus valores.

O copagamento também é pensado enquanto um instrumento para racionalizar o uso do sistema. Um exemplo disso é a diferenciação de copagamento no sistema francês, dependendo do médico acessado, implementada em 2004. Caso o paciente se consultasse com seu médico de referência (normalmente um médico generalista), o copagamento seria de 30%, assim como para acessar outros profissionais, desde que sob encaminhamento de seu médico. No entanto, caso o

**Tabela 3.** Co-pagamento nos sistemas de saúde, Alemanha, França e Reino Unido, 2015.

	Alemanha	França*	Reino Unido**
<b>Consulta</b>	----	30% (€6,90)	----
<b>Medicamento</b>	€5-10	€ 0,50	£7,20
<b>Cuidados dentários</b>	20% ortodontia	30% (de €5,07 a €83,85)	de £16,50 a £198
<b>Transporte ambulância</b>	€5-10	€ 2	----
<b>Estadia hospitalar</b>	€ 10	€ 18	----

Fonte: Harker<sup>13</sup>; Busse e Blümel<sup>14</sup>; Ameli<sup>15</sup>.

\* O copagamento, na França, é um % do valor da consulta (em 2015, valor da consulta convencionada com a Seguridade Social era de € 23). Caso a consulta seja com o médico responsável pelo paciente (*médecin traitant*) ou um especialista indicado pelo mesmo, o co-pagamento é de 30% (€ 6,90). Caso não haja indicação do médico, o copagamento aumenta para 70% (€ 16,10). \*\* Os valores de copagamento apresentados referem-se somente à Inglaterra, em valores de 2012.

paciente decidisse se consultar com outro profissional, sem recomendação prévia, teria que arcar com um copagamento mais elevado, de 40%. Este valor foi elevado para 50%, em 2007, e para 70%, em 2009<sup>15,16</sup>.

Os sistemas também possuem outros mecanismos de desembolso direto, como no caso dos medicamentos. Nos três países, por meio de análises de custo-eficiência, as drogas que são pagas pelo sistema público foram reduzidas nos anos 2000<sup>17</sup>.

A outra forma de elevação da participação privada no financiamento são os seguros de saúde privados. Eles podem ter papéis bem distintos em cada país: substitutos (como na Alemanha, em que a população com maior renda pode optar pela adoção do seguro social ou privado); complementares (caso francês, em que o seguro privado financia os custos não cobertos pela Seguridade Social, e em menor proporção no caso alemão) ou suplementares (em que cobre cuidados não fornecidos pelo setor público ou a fim de acessar leitos privados, evitando filas, como ocorre no Reino Unido).

Na França, o aumento dos mecanismos de copagamento induziu à ampliação do seguro privado complementar. Em 1980, 72% da população francesa possuíam seguro complementar a fim de cobrir os gastos com copagamentos; em 1995, a proporção era de 85% e, em 2008, de 95%<sup>17-19</sup>.

Na Alemanha e no Reino Unido, a parcela da população com seguro privado é muito menor do que no caso francês, tendo em vista os objetivos diferentes da obtenção do seguro. Em ambos os países, houve um forte aumento da população com seguro privado ao longo da década de 1980 (de 6,5% para cerca de 11%), com relativa estabilidade nos anos 1990 e 2000<sup>14,20</sup>.

No caso britânico, como toda a população é automaticamente coberta pelo sistema público, o

seguro privado financia atendimentos externos ao NHS, em hospitais privados, procurados pela população de mais alta renda, ou para procedimentos não cobertos pelo NHS (como cirurgia plástica eletiva). Além disso, seguros privados são utilizados a fim de acessar leitos privados existentes nos hospitais públicos<sup>21</sup>.

No sistema alemão, o seguro privado é principalmente substituto, ou seja, aqueles que optam pelo seguro privado não estão vinculados ao seguro social. Em 2008, duas importantes mudanças foram implementadas no sistema alemão que afetaram tanto o seguro social como o privado: a obrigatoriedade de filiação a algum tipo de seguro e a determinação de que aqueles que optarem pelo seguro privado não poderão retornar ao público, após atingirem 55 anos<sup>11</sup>.

Sendo assim, a tendência de mercantilização explícita no financiamento tem como característica marcante a ampliação da participação de recursos privados, principalmente mediante a elevação de copagamentos. O maior risco derivado dessa tendência é reduzir a universalidade de acesso, ao tornar a capacidade de arcar com o copagamento um fator relevante.

Até o início da década de 2010, este perigo parecia razoavelmente controlado: Alemanha e Reino Unido possuíam uma série de isenções, que permitiam que 50% e 80% dos medicamentos, respectivamente, fossem integralmente gratuitos. Ainda assim, é importante destacar que efeitos perniciosos têm sido evitados por pressão da população, como no caso de uma tentativa do governo alemão em inserir copagamento para consultas médicas<sup>14</sup>.

No caso francês, a maior difusão de copagamentos levou o governo a criar, em 2003, um mecanismo denominado cobertura universal de saúde complementar, permitindo que a população de baixa renda tenha acesso a um seguro

complementar gratuitamente, não tendo assim que arcar com nenhum copagamento<sup>16-18,22</sup>. Então, a ampliação de 85% para 95% da população com seguro privado complementar de saúde foi decorrente deste mecanismo, significando uma maior garantia de universalidade à população de baixa renda.

### **Mercantilização explícita: oferta dos serviços**

A oferta de serviços de saúde é realizada por prestadores de serviço tanto públicos como privados (filantrópicos ou lucrativos). Nos três países estudados, os médicos generalistas mantiveram-se como profissionais liberais no pós-guerra, enquanto os profissionais atuantes em hospitais tornaram-se funcionários públicos. As redes hospitalares organizaram-se de formas distintas: enquanto o sistema britânico estatizou sua rede, a Alemanha e a França mantiveram hospitais privados como parte da prestação de serviços<sup>2</sup>.

Ainda assim, a participação privada tornou-se crescente com as reformas implementadas a partir dos anos 1980. Logo no início da década, a terceirização de serviços auxiliares se tornou uma prática corrente, inicialmente na contratação de serviços privados para a realização de atividades auxiliares, como as de lavanderia, alimentação, limpeza e segurança<sup>2,3</sup>.

Na Alemanha e na França, os indícios de terceirização são pequenos, ainda que presentes. Em ambos os casos, os hospitais privados que prestam serviços à rede pública são liberados para contratualizar esses serviços e as instituições públicas têm restrições, ainda que a prática ocorra em serviços de segurança, lavanderia, manutenção de equipamentos e informática<sup>14,23,24</sup>.

No Reino Unido, a terceirização foi muito maior. Já em 1983, o Departamento de Saúde instruiu todas as autoridades de saúde à abertura para a concorrência nos setores de limpeza, lavanderia e *catering*, com autorização, em 1988, para que todo serviço não médico (do estacionamento até a presença de televisão nos quartos) pudesse ser terceirizado. Nos anos 1990, o processo se expandiu para serviços médicos, com a contratualização para análise clínica e laboratorial de exames<sup>3,25,26</sup>.

O Reino Unido também ampliou o atendimento de pacientes privados na estrutura pública. Desde a criação do NHS, em 1948, este foi um ponto polêmico. Embora legal, a existência de restrições fez com que, entre as décadas de 1950

e 1970, somente cerca de 1% dos leitos do NHS fosse destinado a pacientes privados. Na década de 1980, a demanda por mais recursos impulsionou a ampliação desse atendimento, aumentando para 3% dos leitos<sup>21,26,27</sup>.

A partir de 2002, com a conversão dos hospitais em *foundation trusts* (instituições públicas autônomas de direito privado), aumentou a pressão para atendimentos dos pacientes privados no NHS. A maior mudança ocorreu em 2012, com os hospitais *foundation trusts* podendo obter até 49% de sua renda por meio de fontes privadas – dada a radicalidade da alteração, sua adoção ainda se encontrava em debate em 2017<sup>28,29</sup>.

Uma terceira tendência verificada foi a incorporação do setor privado na oferta dos serviços de saúde, principalmente no setor hospitalar. No Reino Unido, a contratação do setor privado para prestação de serviços no NHS ocorria de forma *ad hoc* até a década de 1990. Esta situação passou por uma importante transformação nos anos 2000, com a implementação de um acordo que previa a possibilidade dos *NHS hospitals trusts* contratarem prestadores privados locais para a realização de cirurgias eletivas. Em 2003, a criação do programa *Independent Sector Treatment Centre* (ISTC) facilitou a contratação de hospitais privados para a prestação de serviços no NHS. Em 2012, os hospitais privados que participavam do programa foram incluídos, de forma compulsória, entre as escolhas dos pacientes. Todo paciente pode, a partir de então, escolher dentre cinco hospitais para tratamento, sempre incluindo ao menos uma instituição privada<sup>29,30</sup>.

No caso francês, a grande mudança ocorreu com a reforma de 2004 (*loi Mattei*). A reforma criou as Agências Regionais de Saúde (ARS), que tinham autonomia para contratar serviços (a fim de cumprir as missões de saúde) em hospitais públicos, filantrópicos ou privados. O setor privado ganhou maior espaço no sistema, tendo em vista a perspectiva de que a contratualização de instituições privadas permitiria um maior atendimento das necessidades de saúde<sup>18,31</sup>.

Na Alemanha, a situação é um pouco distinta. A esfera estadual (*Länder*) sempre teve autonomia para creditar, na oferta dos serviços de saúde do sistema público, qualquer tipo de hospital – público, filantrópico ou privado lucrativo –, repassando recursos de acordo com seu planejamento hospitalar regional. A contratação de grandes instituições privadas aumentou a partir da década de 1990 em alguns *Länder*, para a construção e a operacionalização de hospitais dentro do planejamento regional, com remuneração de



acordo com a quantidade de pacientes do seguro social atendidos<sup>31,32</sup>.

Um quarto fenômeno é a crescente contratação de gestores privados para as instituições públicas. Na Alemanha, no início dos anos 2000, a estrutura legal dos hospitais foi modificada, permitindo a contratualização de instituições privadas para gerirem hospitais públicos<sup>2,33</sup>. No caso britânico, ao longo da década de 1990, ao invés de contratarem gestores privados, os hospitais passaram por um processo crescente de incorporação da lógica privada de atuação – até sua transformação em *foundation trusts*, a partir de 2002. No entanto, uma vez convertidos em *foundations*, alguns hospitais optaram pela contratação de gestão privada. Além disso, no setor ambulatorial, o governo permitiu, a partir de 2005, que o setor privado passasse a gerenciar centros de saúde, os *NHS Health Centres*, em suas diversas modalidades<sup>34</sup>.

A mercantilização explícita na prestação de serviços também está presente na privatização *stricto sensu*, mais recorrente na Alemanha. Na década de 1990, pequenos hospitais públicos, especialmente da antiga Alemanha Oriental, foram privatizados. Já nos anos 2000, o processo atingiu instituições de grande porte da antiga parte ocidental do país. Entre 1992 e 2006, os hospitais alemães privados com fins lucrativos passaram de 15,5% para 27,8% do total, com a oferta de leitos privados aumentando de 8,9% para 13,6%, no mesmo período, atingindo 15% em 2009<sup>24,32</sup>. Ainda que representem uma parcela pequena, cabe salientar o ritmo de expansão da participação privada.

### **Mercantilização implícita: financiamento**

Conforme analisado na mercantilização explícita do financiamento, os sistemas de saúde na Europa têm apresentado uma participação crescente do setor privado no financiamento dos sistemas, em termos de recursos que ingressam via desembolso direto (incluindo copagamentos) e seguros privados. No entanto, a participação privada no financiamento não se limita a isso.

No Reino Unido, as limitações orçamentárias levaram o setor hospitalar a tomar empréstimos junto ao setor privado, a fim de realizar investimentos. Esse processo ocorre de quatro formas: empréstimos privados tomados diretamente pelos hospitais; empréstimos privados tomados pelos órgãos regionais de saúde; formação de parcerias público privado (PPPs), com o setor privado

sendo responsável pela concepção, construção e operação de serviços não clínicos dos hospitais; e PPPs envolvendo também a gestão das funções clínicas pelo setor privado<sup>35</sup>.

A tomada direta de empréstimos junto ao setor privado é possível na França e na Alemanha. Nos dois países, um planejamento público quinquenal prevê a quantidade de hospitais e as necessidades de expansão dos serviços, condicionados às especificidades regionais e podendo incluir hospitais privados que façam parte da prestação de serviços do sistema público<sup>18,33,35</sup>.

Na Alemanha, em termos de financiamento hospitalar, devemos primeiramente compreender que, enquanto as Caixas do Seguro Social de Doença são responsáveis pelo financiamento dos custos correntes e de pequenos investimentos, os investimentos de maior porte, envolvendo construção e reformas dos hospitais, dependem de recursos estaduais (*Länder*). Os hospitais têm liberdade para tomar empréstimos junto ao setor privado, desde que haja aprovação da esfera regional<sup>6,32</sup>.

A realização de uma PPP por um hospital alemão é uma decisão exclusiva do proprietário (município ou estado), permitida aos hospitais públicos de direito privado (até 2007, 38% dos hospitais públicos alemães). Entre 2002 e 2012, foram constituídas nove PPPs no setor hospitalar e mais doze projetos estavam sob avaliação.

No caso francês, embora a possibilidade de tomada de empréstimo junto ao setor privado já estivesse presente, apenas a partir de 2003 o setor hospitalar foi incluído nas instituições passíveis de realizar uma PPP. Entre 2005 e 2012, 50 contratos de PPPs foram aprovados, com a construção completa de 35 hospitais, totalizando €4,7 bilhões, o que equivaleu a 15% do total de investimentos hospitalares no período<sup>24</sup>.

Por sua vez, o caso britânico é o de maior destaque em nossa análise – tanto pelo seu aspecto precursor, como pela extensão desta modalidade. A realização das parcerias foi gestada por meio da criação do PFI (*Private Finance Initiative*), em 1997, sob o argumento de que o Tesouro não era capaz de atender todas as demandas de investimento existentes no setor de saúde. O uso de recursos privados viabilizaria a ampliação da infraestrutura, transferindo riscos e permitindo uma redução nos custos de construção<sup>7,24,35</sup>.

Os contratos via PFI previam que os investidores privados seriam responsáveis pelo desenho, operação, financiamento e construção da infraestrutura. A autoridade pública posteriormente pagaria uma taxa de 12% a 20% do rendimento

anual para o consórcio envolvido, em contratos que durariam, a princípio, 25 anos. Entre 1997 e 2013, 118 projetos de financiamento foram assinados nesta modalidade, o que correspondeu a 90% dos investimentos em infraestrutura hospitalar no país, somando £11,6 bilhões<sup>7,24,27</sup>.

A adoção das PPP nos hospitais britânicos enfrenta, no entanto, importantes questionamentos. Os custos teriam, ao invés de reduzir, se ampliado. Isto porque o setor privado toma empréstimos a um custo maior do que o setor público; os dividendos a serem pagos pelos hospitais são elevados; e novos custos surgiram, normalmente subdimensionados, de monitoramento dos contratos. Com isso, os custos de construção foram mais elevados do que o esperado, aumentando a taxa de pagamento posterior pelo setor público e o tempo de duração dos contratos (que aumentou de 25 para 30 e até 40 anos). Além disso, os investimentos privados em hospitais alteraram sua gestão e ampliaram o turn-over de funcionários<sup>24,27</sup>.

### Mercantilização implícita: oferta

A mercantilização implícita na oferta é compreendida como a crescente adoção de princípios de mercado na atuação do setor público, mediante novos modelos de gestão (*new public management*), tendo como justificativa o aumento de eficiência e a “modernização”.

Nos sistemas de saúde europeus, a nova gestão pública surgiu no Reino Unido na década de 1980, com a substituição, nos altos cargos administrativos do NHS inglês e nos hospitais, de profissionais de saúde por executivos do setor privado com experiência em negócios. Esta tendência também se verificou na França e na Alemanha na década seguinte<sup>27,36</sup>.

Além disso, a nova gestão está associada a mudanças na própria organização dos sistemas de saúde. Uma das transformações mais profundas foi a ideia de que era possível incorporar a premissa básica de um sistema privado: a organização enquanto um mercado. O país pioneiro nesse processo foi o Reino Unido, com uma série de mudanças no NHS, a partir de 1989, de instauração de um mercado interno ou quase-mercado.

A reforma propôs a separação das funções de compradores e prestadores de serviço, nos sistemas ambulatorial e hospitalar. As autoridades de saúde passaram a comprar os serviços dos prestadores, sendo que os hospitais poderiam se

constituir enquanto instituições autônomas, os *hospitals trusts*. Os médicos generalistas (GPs), por sua vez, poderiam ter um orçamento próprio, como *fund holders*, a fim de contratar os serviços necessários (não de urgência) para seus pacientes. Embora a criação dos *fund holders* não tenha se disseminado como o governo planejava, criou-se um “quase-mercado”, tendo em vista que, embora a maioria dos agentes envolvidos fossem da esfera pública, estava-se fomentando uma concorrência mercantil<sup>25</sup>.

O mercado interno do NHS foi reformado diversas vezes nas décadas de 1990 e 2000. Em 1997, o governo Trabalhista propôs a reconfiguração do sistema, com a criação dos *Primary Care Groups* (PCGs), que deveriam ser uma evolução dos *fund holders*, ampliando sua esfera de responsabilidade pela alocação de recursos no sistema. No entanto, esse desenho institucional não obteve sucesso e, em 2001, o governo criou os *Primary Care Trusts* (PCTs). Os PCTs atuavam como estruturas de gestão, integrando, em um mesmo espaço geográfico, as atividades de saúde pública, a prestação dos serviços dos GPs e dos hospitais. Em 2010, as autoridades locais de saúde e os PCTs foram abolidos, com a contratualização dos serviços de saúde transferidos para os *Clinical Commissioning Groups* (CCGs)<sup>26,28,30</sup>.

No setor hospitalar, os hospitais *trusts* se converteram, ao longo dos anos 2000, em *foundation trusts*, tornando-se instituições públicas de direito privado. Com isso, estes hospitais adquiriram autonomia para a tomada de empréstimos junto ao setor privado, na venda de bens, definição de sua própria tabela salarial e contratualização de serviços. Em termos de recursos, o financiamento hospitalar, antes orçamentário, passou a ser realizado mediante pagamento por procedimento<sup>27</sup>.

Na verdade, essa forma de remuneração hospitalar fez parte de um processo mais amplo de alterações, que afetou não só o sistema britânico. Com a premissa de reduzir os custos, os governos adotaram tetos orçamentários nos hospitais, na Alemanha e na França nos anos 1980. Posteriormente, esta lógica foi suplantada por contratos com cláusulas de produtividade, sob a influência norte-americana dos princípios da “medicina baseada em evidências”, em que as escolhas de tratamentos de saúde passavam pela premissa de avaliar os métodos mais eficientes. A partir da década de 1990, este processo desembocou na adoção do pagamento hospitalar com base no *Diagnosis Related Group* (DRG)<sup>2,18</sup>.

O DRG pauta-se na definição de tarifas nacionais, com o estabelecimento de um preço uni-



forme para um mesmo procedimento. O objetivo é homogeneizar o pagamento e incentivar as instituições a ampliarem sua eficiência, dado que só recebem o valor definido na tabela nacional e teriam que se diferenciar pela maior eficiência<sup>32</sup>. Ainda que os ritmos e o processo de adoção tenham sido distintos, em 2010, o mecanismo de pagamento aos hospitais via DRG já era responsável por 60% de toda receita hospitalar, na Inglaterra, e 80% na França e na Alemanha<sup>11,30</sup>.

Além do pagamento hospitalar, a remuneração dos médicos passou a incorporar mecanismos de pagamento por desempenho. A premissa era que, ao vincular o pagamento com o desempenho atingido, ter-se-ia um sistema mais eficiente. Além disso, seria possível suplantar os problemas de “incentivo” derivados das formas de remuneração presentes nos sistemas de saúde até então. Até o início dos anos 2000, predominava, para os médicos ambulatoriais, o pagamento por ato médico na Alemanha e na França e por capitação no Reino Unido<sup>37</sup>.

A Inglaterra foi precursora na associação entre a remuneração dos médicos e o estabelecimento de parâmetros de “resultado” a serem cumpridos, com o estabelecimento, em 2002, de 146 indicadores. Cada meta plenamente cumprida (com taxas que variam de 50% a 90% dos pacientes) geraria um ganho<sup>37,38</sup>. A partir de 2010, esse mecanismo foi ampliado para o sistema nacional, denominado *Commissioning for Quality and Innovation* (CQUIN).

Tanto na Alemanha quanto na França, este tipo de remuneração começou a ser adotada em 2009. No caso alemão, a remuneração médica passou a ser determinada por três fatores: quantidade de pacientes atendidos, ponderada por uma taxa de morbidade; serviços individuais, como imunização e cirurgias ambulatoriais; e o atendimento de emergências, como epidemias<sup>14,37</sup>. Na França, o governo estabeleceu inicialmente diversos objetivos, centrados em dois eixos: “tratamento e doenças crônicas” e “otimização das prescrições”<sup>18,38</sup>. Ainda que a remuneração variável ainda corresponda a uma parcela pequena dos médicos alemães e franceses (menos de 10%), o mecanismo já compõe a remuneração de quase todos os profissionais dos sistemas públicos.

Em termos de mercantilização implícita na prestação de serviços, destacamos os riscos envolvidos na adoção do DRG enquanto remuneração hospitalar. Na Europa, as pesquisas sobre seu impacto ainda são bastante incipientes, tendo em vista o curto período em que o mecanismo se encontra em vigor nos diversos países. Ainda

assim, algumas preocupações já podem ser apontadas. As primeiras pesquisas sobre o caso inglês indicam um aumento nos custos administrativos associados à implementação do mecanismo de DRG – cerca de £ 100 mil por instituição<sup>30</sup>.

Além da preocupação com os impactos financeiros, os mecanismos de pagamento por procedimento, ao homogeneizar o pagamento realizado aos hospitais, seria incapaz de apreender que um mesmo cuidado pode ser realizado em circunstâncias muito distintas (a colocação de uma prótese pela primeira vez, em comparação com a substituição de uma já existente), assim como não incorporaria no valor as condições socioeconômicas prévias dos pacientes, que podem afetar a quantidade de dias necessários de tratamento e possíveis complicações. Nesse sentido, o risco de seleção de pacientes teria se tornado mais intenso<sup>30,32</sup>.

A França é um bom exemplo dessa preocupação. As instituições privadas teriam passado a priorizar o atendimento de pacientes cujo cuidado gera pagamentos maiores e ampliado sua taxa de readmissão. Os hospitais públicos, por sua vez, ficaram mais sobrecarregados no atendimento de pacientes com problemas múltiplos de saúde<sup>11,18</sup>.

## Conclusão

Este artigo não teve como intuito esgotar a apresentação de todos os mecanismos de mercado que ampliaram sua presença nestes sistemas de saúde nas três últimas décadas, mas, sim, permitir uma visão ampla do processo, explicitando que a mercantilização afetou todos os campos dos sistemas de saúde, ainda que em intensidades distintas, principalmente quando se analisa cada um dos três países.

A Alemanha é o país, em termos comparativos, no qual a mercantilização explícita é maior, principalmente no que concerne à oferta de serviços, dado que a prestação por instituições privadas é mais ampla, incluindo a privatização de parte importante da rede hospitalar (embora historicamente ela sempre tenha sido maior). Além disso, do ponto de vista do financiamento, é o país com maior participação privada nos dispêndios com a saúde, seja em relação ao PIB, seja em termos *per capita*, ainda que caiba destacarmos que, em 2016, 76% dos gastos permanecessem públicos.

O Reino Unido, por sua vez, é o país estudado com maior mercantilização implícita, principalmente na prestação de serviços. O NHS não teve

alterado de forma estrutural seu financiamento fiscal, nem a oferta de serviços deixou de ser realizada, majoritariamente, por uma rede hospitalar pública. No entanto, a incorporação de preceitos de mercado, principalmente pautados na concorrência, modificou tanto o sistema ambulatorial quanto o hospitalar.

Na França as reformas inculcaram mecanismos de mercado em todo seu sistema de saúde, porém, em geral, com menor intensidade do que nos casos alemão e britânico. As reformas mercantis foram propostas sob maior resistência, o que fez com que sua implementação fosse mais difícil. No entanto, quando adotada, em alguns casos, as alterações foram mais abruptas, como no caso da remuneração hospitalar por procedimentos (DRG).

Embora este artigo não se proponha a realizar uma análise pormenorizada sobre as consequências da mercantilização, é possível apontar algumas identificáveis a partir da revisão bibliográfica e da análise de dados realizada neste trabalho para cada uma das quatro tendências apontadas.

Em termos de mercantilização explícita do financiamento, a continuidade da predominância de recursos públicos e a existência de diversas isenções de copagamento evitou, até o momento, que a universalidade de acesso tenha sido afetada.

Quanto à mercantilização implícita do financiamento, já é mais claro possíveis impac-

tos negativos. As PPPs britânicas, precursoras do processo, apontam para a elevação de custos no sistema, o que gera questionamentos sobre a eficiência da reforma. Ainda que isso não afete diretamente os usuários, aumentou os custos de construção, além de ter ampliado a rotatividade de funcionários, com potencial de afetar a qualidade.

Em termos de consequências da mercantilização implícita, a adoção de mecanismos de pagamento por resultado, principalmente no que diz respeito aos hospitais, tem gerado riscos de seleção de pacientes, com possível inequidade de acesso. Os hospitais franceses são ilustrativos da tendência: as instituições privadas têm privilegiado o atendimento de pacientes sem complicações de saúde prévias e com doenças cuja remuneração é elevada. Isso torna os hospitais públicos mais lotados, atendendo problemas de saúde mais complexos e ainda “acusados” de ineficientes.

Por último, no que diz respeito à mercantilização explícita, a incorporação de instituições privadas na prestação de serviços deve ser acompanhada de garantias de que não afete o acesso ao sistema. Outro elemento importante é o atendimento de pacientes privados na rede pública. A significativa ampliação da possibilidade de atendimento de pacientes privados no NHS inglês risca a isonomia e pode reduzir a efetiva universalidade de acesso.

## Colaboradores

MRJ Ferreira e AN Mendes participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Referências

- Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare capitalism*. New Jersey: Princeton University Press; 1990.
- Maarse H. The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis. *J Health Polit Policy Law* 2006; 31(5):981-1014.
- André C, Hermann C. Privatisation and Marketisation of Health Care Systems in Europe. In: Hermann C, Huffschmid J, editors. *Privatization against the European Social Model: a critique of European policies and proposal for alternatives*. Hampshire: Palgrave MacMillan; 2009.
- Maarse H. *Privatization in European health care: a comparative analysis in eight-country*. Maarssen; Elsevier Gezondheidszorg; 2004.
- Lewis R, Dixon J. *NHS market futures: exploring the impact of health service market reforms*. London: King's Fund; 2005. [Discussion Paper].
- Mosebach K. Commercializing German Hospital Care? Effects of New Public Management and Managed Care under Neoliberal Conditions. *German Policy Studies* 2009; 5(1):65-98.
- Hermann C. The Marketisation of Health Care in Europe. *Socialist Register* 2010; 46:125-144.
- Schulten T, Böhlke N. Hospitals under Growing Pressure from Marketisation and Privatisation. In: Hermann C, Flecker J, editors. *Privatization of Public Services: Impacts for Employment, Working Conditions, and Service Quality in Europe*. Routledge: Taylor & Francis Group; 2012. p. 89-108.
- André C, Batifoulou P, Jansen-Ferreira MR. Une nouvelle grille d'analyse des processus de privatization en Europe. In: Abecassis P, Coutinet N, editores. *Economie sociale: crises et nouveaux*. Louvain la Neuve: Presses Universitaires de Louvain; 2015. p. 95-110.
- André C, Batifoulou P, Jansen-Ferreira MR. Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification. *International Social Security Review* 2016; 69(1):3-23.
- Stablie M, Thomson S, Allin S, Boyle S, Busse R, Chevreur K, Marchildon G, Mossialos E. Health Care Cost Containment strategies used in four other high-income countries hold lessons for The United States. *Health Affairs* 2013; 32(40):643-652.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). *Health expenditure and financing*. [acessado 2018 abr 24]. Disponível em: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
- Harker R. *NHS funding and expenditure*. London: House of Commons; 2012.
- Busse R, Blümel M. Germany: Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies Series: *Health Systems in Transition* 2014; 16(2).
- Assurance maladie en ligne (Ameli). *Assures: soins et remboursements\_CMU et Complémentaires*. [acessado 2015 Abr 06]. Disponível em: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/index.php>
- Duval J. *Le mythe du "trou de La Sécu"*. Paris: éditions Raisons d'Agir; 2007.
- Batifoulou P. *Capital santé. Quand le patient devient client*. Paris: La Découverte; 2014.
- Tabuteau D. *Démocratie Sanitaire: Les nouveaux défis de la politique de santé*. Paris: Odile Jacob; 2013.
- DREES. Les dépenses de santé en 2014. *Études et résultats* 2015; 935.
- Office of Health Economics (OHE). *OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics*. 2<sup>nd</sup> ed. 2013. [acessado 2014 Mar 19]. Disponível em: <http://www.ohe.org/publications/article/ohe-guide-to-uk-health-and-health-care-statistics-135.cfm>
- Keen J, Light D, Mays N. *Public-Private Relations in Health Care*. Londres: King's Fund; 2001.
- Tuohy CH, Flood CM, Stabile M. How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations. *J Health Polit Policy Law* 2004; 29(3):359-396.
- Marriott L, Renault V, Fillaire F, Kauffmann A, Trotin F. L'externalisation dans les établissements de santé. Enquête ISLI/EXEL LOGISTICS. *Revue Logistique & Management* 1998; 6(1):107-114.
- European Commission. *Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnership in Health Care Delivery across EU*. Annexes. European Union; 2013. [acessado 2014 Dez 19]. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/documents/publications/docs/ppp\\_finalreport\\_annexes\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/expert_panel/documents/publications/docs/ppp_finalreport_annexes_en.pdf)
- Webster C. *The National Health Service: a political history*. New York: Oxford University Press; 1998.
- Klein R. *The new politics of the NHS*. 4<sup>th</sup> ed. Prentice Hall: Pearson Education; 2001.
- Pollock AM. *NHS pic: the privatization of our health care*. United Kingdom: Verso; 2005.
- Allen P. An economic analysis of the limits of market based reforms in the English NHS. *BMC Health Serv Res* 2013; 13(Supl. 1):S1.
- Powell M, Miller R. Privatizing the English National Health Service: An Irregular Verb? *J Health Polit Policy Law* 2013; 38(5):1051-1059.
- Mays N, Dixon A, Jones L, editors. *Understanding New Labour's market reforms of the English NHS*. Londres: The Kings Fund; 2011.
- Dewulf G, Wright S. Capital financing models, procurement strategies and decision-making. In: Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M, editors. *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen: Observatory Studies Series 16; 2009. p. 123-144.
- Maarse H, Normand C. Market competition in European hospital care. In: Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M, editors. *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen: Observatory Studies Series 16; 2009. p. 103-122.
- Busse R, Wörz M. The ambiguous experience with privatization in German health care. In: Maarse H, editor. *Privatization in European health care: a comparative analysis in eight-country*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2004. p. 79-95.
- Lister J. *The NHS after 60: for patients or profits?* London: Middlesex University Press; 2008.
- Thomson CR, McKee M. Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union. *Health Policy* 2004; 67(3):281-291.
- Hassenteufel P, Delaye S, Pierru F, Robelet M, Serre M. La libéralisation des systèmes de protection maladie européens: Convergence, européanisation et adaptations nationales. *Revue politique européenne* 2001; 1(2):29-48.

37. Eijkenaar F. Pay for Performance in Health Care: an international overview of initiatives. *Medical Care Research and Review* 2012; 69(3):251-276.
38. Da Silva N. Motivation et performance des médecins. Un examen de la littérature empirique. In: Petrella F, Richez-Batesti N, éditeurs. *Travail, organisations et politiques publiques: quelle soutenabilité à l'heure de la mondialisation?* Louvain-la-Neuve: Presses universitaires de Louvain; 2012. p. 571-587.

---

Artigo apresentado em 15/05/2018  
Aprovado em 22/05/2018  
Versão final apresentada em 01/06/2018