

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

ENTRE A SOLIDARIEDADE E A SUBSIDIARIEDADE
Políticas de contenção no seguro social de doença alemão: a
'terceira etapa da reforma da saúde'

LÍGIA GIOVANELLA

Orientador
PROF. DR. EDUARDO NAVARRO STOTZ

Co-orientador na Alemanha
PROF. DR. HANS-ULRICH DEPPE

TESE DE DOUTORAMENTO

Rio de Janeiro
Outubro, 1998

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

TESE DE DOUTORAMENTO

ENTRE A SOLIDARIEDADE E A SUBSIDIARIEDADE
Políticas de contenção no seguro social de doença alemão: a
'terceira etapa da reforma da saúde'

LÍGIA GIOVANELLA

Orientador
PROF. DR. EDUARDO NAVARRO STOTZ

Co-orientador na Alemanha
PROF. DR. HANS-ULRICH DEPPE

Rio de Janeiro
Outubro, 1998

Dedicatória

À minha mãe, com carinho.

RESUMO

Esta tese consiste em um estudo de caso da proteção social à saúde na Alemanha, em particular, no que concerne à ‘terceira etapa da reforma’ do Seguro Social de Doença – *Gesetzliche Krankenversicherung-GKV* –, cuja legislação foi promulgada em junho de 1997. Inicialmente analisam-se os princípios constitutivos do seguro social, a organização e formas de regulação do GKV e do sistema de atenção à saúde, bem como avalia-se a evolução dos gastos setoriais.

Descreve-se o processo recente de contenção de gastos em saúde, apresentando-se as propostas dos atores sociais para a ‘terceira etapa da reforma do GKV’. Examinam-se em detalhe as medidas aprovadas pela coalizão liberal conservadora, apontando-se possíveis repercussões sobre a prestação de serviços e a garantia da proteção à saúde. Demonstra-se que tal legislação estimula a competição entre as Caixas e dá prioridade a medidas de controle da demanda, em especial, por meio da majoração compulsória do co-pagamento, empregada como mecanismo coercitivo para a estabilização das taxas de contribuição.

Destacam-se as singularidades da aplicação de medidas de contenção neoconservadoras – provenientes de receituário internacional comum – ao caso alemão. Apontam-se os efeitos deletérios da competição e dos mecanismos introduzidos – seleção de riscos e privatização parcial do risco de adoecer – para a proteção social à saúde, chamando-se a atenção para a atenuação destes resultados em decorrência das especificidades da proteção social alemã, sua institucionalidade e modos de articulação de interesses. Mecanismos específicos foram introduzidos com o fim de evitar a competição predatória e proteger os grupos mais vulneráveis do deslocamento de parte do financiamento público e solidário para os domicílios privados, reduzindo os prováveis efeitos adversos da competição e do aumento da participação financeira dos pacientes. Em suma, a ampla aceitação da solidariedade, a estrutura neocorporativa bem desenvolvida e a tradição reguladora do Estado alemão são aspectos importantes que moldam tais resultados.

Palavras-chave: políticas de contenção de gastos; competição; seguro social de doença; política de saúde; Alemanha

Key words: cost control policies; competition; sickness fund; health policy; Germany

ABSTRACT

This study describes and analyses the social protection in health in Germany, focusing on the “Third Stage” of social health insurance reform, promulgated on July 1997.

The first section presents the social protection in health in Germany. Analyses the constitutive principles of corporatist social insurance model and presents the basic characteristics of the German health insurance system - *Gesetzliche Krankenversicherung-GKV*. Describes the health care system, in special the organisation and regulation of ambulatorial and hospital sectors. The evolution of health cost is evaluated in details.

In the second section, the recent cost containment policies are described. The legislation of 1988 and 1992 - “First and Second Stage of Health Reform” - are analysed. The position and proposals of the major social actors to the “Third Stage” are presented.

The third section focuses on the evaluation of this latest health care reform. There are analysed the liberal-conservative coalition passed law, its impact on the health care system and on the social protection in health. Argues that the legislation improves the competition among Sickness Funds and prior measures of demand control, in special the increase of co-payment, used as a coercive mechanism of contribution taxes stabilisation.

There are focalized the singularities of application of neoconservative measures in the German case. There are pointed out the negative effects - risk selection and partial privatization of sickness risk - deriving from the introduction of competition and demand control. On the other hand there are shown the different measures that were simultaneously adopted in order to alleviate those negative effects. The particularities of this process are explained by the characteristics of German social protection, specially the importance of solidarity, the neocorporatist interests organization and the traditional regulatory capacity of German State.

Key words: cost control policies; competition; sickness fund; health policy; Germany

RESÜMEE

Diese Dissertation beschreibt und analysiert die soziale Sicherung des Krankheitsrisiko in der Bundesrepublik Deutschland, mit dem Schwerpunkt 'dritte Reformstufe' der GKV - Gesetzliche Krankenversicherung -, dessen Gesetze in Juli 1997 verabschiedet wurden.

Der erste Teil stellt die soziale Sicherung des Krankheitsrisiko in Deutschland dar. Die Prinzipien des sozialen Versicherungsmodells werden analysiert und die Grundcharakteristika der Gesetzliche Krankenversicherung präsentiert. Das deutsche Gesundheitswesen wird beschrieben, insbesondere die Organisation und die Regulierung der ambulanten und stationären Sektoren. Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben wird in Details beurteilt.

In Mittelpunkt des zweiten Teiles steht der Prozeß der neuerlichen Kostendämpfungspolitik. Das Gesundheitsreformgesetz - GRG - und das Gesundheitsstrukturgesetz - GSG - werden analysiert. Die Stellungnahmen der wichtigsten sozialen Akteure für die 'dritten Reformstufe' und die verabschiedeten Gesetze - 1. und 2. Neuordnungsgesetze/NOG - werden dargestellt.

Der dritte Teil befaßt sich mit der Beurteilung der 'dritten Reformstufe'. Die Maßnahmen, die von der liberal-konservativ Koalition verabschiedeten wurden, und ihre Auswirkungen für die Gesundheitsversorgung der Versicherten werden analysiert. Es wird bewiesen, daß im Mittelpunkt der 1. und 2. NOG die Erweiterung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen steht, und daß die Gesetzte Priorität für Nachfragekontrollemaßnahmen setzen, speziell durch die Erhöhung der Selbstbeteiligung. Die, als Zwangsmechanismus der Beitragssatzstabilisierung verwendet wird.

Die Besonderheiten der Verwendung neokonservativer Maßnahmen - kommend aus einem internationalen allgemeinen Rezept - in dem deutschen Fall werden betont. Die negativen Effekte - Risikoselektion und partiell Privatisierung des Gesundheitsrisikos - der Einführung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen und der Nachfragekontrolle werden erläutern. Andererseits wird auf die Minderung dieser nachteiligen Effekte wegen den Spezifitäten der deutschen Sozialversorgung aufmerksam gemacht. Diese Besonderheiten, vorwiegend das Gewicht des Solidaritätsprinzip, die starke neokorporative Interessenorganisation und die traditionelle Regulierungsfähigkeit des deutschen Staates beeinflussen die Resultate neokonservativer Politik.

AGRADECIMENTOS

Várias pessoas e instituições colaboraram para que este trabalho pudesse ser realizado. Em primeiro lugar agradeço a estimulante convivência intelectual com os companheiros de trabalho e estagiários de várias fases do Nupes – Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde do Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz –, grupo de pesquisa do qual participo desde sua criação há dez anos e no qual me formei como pesquisadora. Aos seus funcionários, em particular, Cláudio e Vilma, sou grata pelo apoio sempre que necessário.

Meu orientador, Eduardo Navarro Stotz acompanhou, com serenidade, a busca de um objeto, permitindo-me novas escolhas. A esse leitor atento, analista perspicaz e condutor tranqüilo agradeço a orientação e a companhia nesta trajetória prazerosa, embora, por vezes, desgastante.

A pesquisa para a preparação desta tese foi realizada durante o período que passei no *Institut für Medizinische Soziologie des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität* – Instituto de Sociologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Frankfurt –, entre abril de 1996 e junho de 1997. Sou reconhecida aos integrantes deste departamento que me aceitaram como pesquisadora visitante e, em especial, a Hans Ulrich Deppe, que me recebeu como co-orientador. A Klaus Stegmüller, Kai Michelsen e Thomas Gerlinger sou grata pela solidariedade e generosidade com que esclareceram dúvidas, facilitando o garimpo da legislação e de termos específicos, e pelas estimulantes discussões e aguçada crítica da política de saúde local. Agradeço ainda à Frau Camboni, secretária do instituto, e à Ute Germann, bibliotecária, pela indispensável colaboração.

Da CAPES – Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, do Ministério da Educação, em convênio com o *Deutscher Akademischer Austauschdienst/DAAD* – recebi bolsa de doutorado sanduíche para realizar a pesquisa em Frankfurt, com o auxílio da Coordenação da Pós-Graduação da Ensp.

Expresso também meu reconhecimento pelo estímulo dos colegas de trabalho e dos alunos do mestrado da Ensp, assim como aos professores e colegas do doutorado pela agradável convivência. E, ainda, a Alicia, Sílvia, Maria Helena e Lenaura pelo apoio afetivo e intelectual e a Eliana Granja, pela dedicada revisão, apesar da exiguidade do tempo.

Ao Heini, meu amor, por ter possibilitado, com sua dedicação, a realização da pesquisa. Sem ele, este trabalho não teria sido efetuado. Ao Leonardo pela alegria e novidade de seu olhar sobre o planeta.

SUMÁRIO

Lista de Quadros	vi
Lista de Gráficos	vii
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Siglas	xi
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – A PROTEÇÃO SOCIAL À SAÚDE NA ALEMANHA	
I. PROTEÇÃO SOCIAL ALEMÃ.....	21
1. Princípios estruturais do seguro social	23
2. Ramos do seguro social alemão.....	39
II. PROTEÇÃO À SAÚDE NA ALEMANHA	47
1. Evolução da proteção à saúde na Alemanha.....	49
2. Regras de inclusão e exclusão: beneficiários do Seguro Social de Doença	53
3. Seguro Privado	59
4. A proteção à saúde na região oriental.....	64
III. O SEGURO SOCIAL DE DOENÇA – <i>GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG</i> – GKV	71
1. Catálogo de ações e benefícios do GKV – <i>Leistungskatalog</i>	73
2. Pluralidade das Caixas: composição e organização do GKV – <i>gegliederte Krankenversicherung</i>	84
3. Administração autônoma – <i>Selbstverwaltung</i>	94
4. Financiamento	105
IV. SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	120
1. Atenção ambulatorial.....	120
2. Atenção hospitalar	159
V. GASTOS EM SAÚDE.....	193
1. Gastos em saúde – comparação internacional	194
2. Gastos totais em saúde na Alemanha.....	206
3. Gastos do seguro social de doença alemão – GKV	215
4. O problema dos gastos em saúde: explosão dos custos ou erosão das receitas?	227
5. Crescimento dos gastos em saúde: mitos, retórica, consensos	238
PARTE II – PROCESSO DE REFORMA DO SEGURO SOCIAL DE DOENÇA – GKV – NOS ANOS 90	
VI. POLÍTICAS DE CONTENÇÃO: O PROCESSO DA ‘REFORMA DA SAÚDE’ E SUAS TRÊS ETAPAS	262
1. Primeira e segunda etapas da Reforma do GKV	267
2. O processo da terceira etapa da reforma do GKV	278
VII. A TERCEIRA ETAPA DA REFORMA DO SEGURO SOCIAL DE DOENÇA ALEMÃO – <i>DRITTE REFORMSTUFE</i>	293
1. Rodada preliminar: propostas para a terceira etapa e posições dos principais atores sociais	293
2. Mapa das posições dos atores. Concepções para a competição: privatização da demanda e concorrência da oferta	344
3. As leis aprovadas: Leis de Reordenação do Seguro Social de Doença – 1. e 2.NOG – <i>Neuordnungsgesetz</i>	354
PARTE III – AVALIAÇÃO DA ‘TERCEIRA ETAPA DA REFORMA DA SAÚDE’	
VIII. ESTRATÉGIA LIBERAL-CONSERVADORA PARA AS POLÍTICAS DE CONTENÇÃO EM SAÚDE	383
1. Competição.....	388
2. “Privatização da demanda”	400
3. Racionalização da oferta: maior eficiência através da configuração de novas relações das Caixas com os prestadores.....	419
DISCUSSÃO FINAL E CONCLUSÕES	433

1. A reforma e seus impactos sobre a proteção à saúde.....	433
2. Contenção e constelação política: atores e processos políticos	449
3. Conclusões sobre o processo de contenção	459
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	467

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Taxas de contribuição dos diversos ramos do seguro social alemão 1997.....	44
Quadro 2 – Proporção de pessoas asseguradas privadamente por grupo populacional segundo inserção na ocupação e posição profissional – Alemanha Ocidental – 1985 e 1994	63
Quadro 3 – Mortalidade infantil e mortalidade materna* - Alemanha Ocidental e Alemanha Oriental.....	67
Quadro 4 – Expectativa de vida - Alemanha Ocidental e Alemanha Oriental	67
Quadro 5 – Evolução do número de médicos credenciados, proporção de especialistas e segurados do GKV. Alemanha Ocidental, 1970-1993. Alemanha, 1990-1995	126
Quadro 6 – Esquema de cálculo de orçamento para os médicos credenciados – <i>Praxisbudget</i> – decorrente da prestação de serviços a segurados do GKV.....	141
Quadro 7 – Níveis de gastos totais em saúde <i>per capita</i> com base na paridade do poder de compra. Países da OECD, 1985	195
Quadro 8 – Nível de gastos totais em saúde <i>per capita</i> com base na paridade do poder de compra. Países da OECD, 1990	195
Quadro 9 – Renda <i>per capita</i> , gastos em saúde <i>per capita</i> e como % do PNB e proporção de gastos públicos em saúde. Países da OECD, 1992	205
Quadro 10 – Membros da Ação Concertada em Saúde.....	263
Quadro 11 – Cronologia das Principais Leis Promulgadas	266
Quadro 12 – Receitas, despesas e saldo anual do seguro social de doença alemão – GKV, Região Ocidental, 1987-1997 . Saldo total e para Região Oriental, 1991-1997*. Taxas médias anuais de contribuição (em % dos salários de contribuição)	270
Quadro 13 – Alteração dos valores de co-pagamento através das Leis de Alívio das Contribuições (1) e de Reordenação do GKV (2)	359

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Proteção à saúde na Alemanha – 1995	47
Gráfico 2 - Proteção à saúde na Alemanha - Região Ocidental - 1995	47
Gráfico 3- Proteção à saúde na Alemanha - Região Oriental - 1995	48
Gráfico 4 – Evolução da proteção à saúde na Alemanha - Região Ocidental, 1970-1995	50
Gráfico 5 – Proporção dos contribuintes por tipo de Caixa - Alemanha Ocidental - 1970	88
Gráfico 6 – Proporção dos contribuintes por tipo de Caixa - Alemanha Ocidental - 1994	88
Gráfico 7 – Mais alta e mais baixa taxa de contribuição por tipo de Caixa	113
Região Ocidental, 1975 - 1993	113
Gráfico 8 - Participação dos gastos ambulatoriais no conjunto dos gastos do GKV – Alemanha ocidental, 1960-1985	153
Gráfico 9 - Leitos em hospitais gerais por tipo de prestador. Alemanha – 1994	161
Gráfico 10 - Gastos totais como % do PNB, 1995	200
Gráfico 11 - Distribuição dos gastos do GKV por setores de atenção e benefícios selecionados. Alemanha, região ocidental, 1960-1995	218
Gráfico 12 - Participação dos gastos ambulatoriais e hospitalares no conjunto dos gastos do GKV - Alemanha Ocidental, 1960 - 1995	219
Gráfico 13 Gráfico 10 – Taxas médias de contribuição do GKV. Região Ocidental 1970-1996	229
Gráfico 14 – Evolução das taxas de contribuição e das participações dos gastos totais em saúde e do GKV no PNB - Alemanha, Região Ocidental, 1970-1994	235
Gráfico 15 - Taxas de contribuição médias anuais do GKV. Região Ocidental	289

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Proteção à saúde na Alemanha – 1995*	48
Tabela 2 – Proteção à saúde na Alemanha – Região Ocidental, 1970-1995*	50
Tabela 3 – População* conforme participação na economia e forma de asseguramento / proteção à saúde – Alemanha, 1995	52
Tabela 4 – População conforme participação na economia e forma de proteção à saúde em %– Região Ocidental, 1980*	53
Tabela 5 – População conforme participação na economia e forma de proteção à saúde – Região Ocidental, 1995*	53
Tabela 6 – Distribuição da população conforme participação na economia e forma de proteção à saúde – Região Ocidental, 1980 e 1995	53
Tabela 7 – Segurados do GKV por tipo – Alemanha, 1995	57
Tabela 8 – Beneficiários do seguro privado – Alemanha Ocidental – anos selecionados	61
Tabela 9 – Beneficiários do seguro privado – Alemanha – anos selecionados	62
Tabela 10 – Segurados* do seguro privado segundo inserção na ocupação e posição profissional – Alemanha Ocidental – 1985 e 1994	62
Tabela 11 – Caixas do Seguro Social de Doença por tipo – Alemanha, 1970-1995	87
Tabela 12 – Número de segurados* por tipo de Caixa – GKV – Alemanha, 1985-1994	87
Tabela 13 – Média do número de segurados por Caixa. Alemanha Ocidental, 1985-1996	88
Tabela 14 – Proporção de segurados por tipo de Caixa. Alemanha, 1985-1996	89
Tabela 15 – Proporção dos contribuintes por tipo de Caixa. Alemanha Ocidental, 1970-1994	89
Tabela 16 – Mais alta e mais baixa taxa de contribuição por tipo de Caixa. Região Ocidental, 1970-1993	114
Tabela 17 – Taxas de contribuição médias anuais do GKV e principais tipos de Caixas. Região Ocidental, 1970-1996*	114
Tabela 18 – Médicos segundo exercício da atividade profissional*	124
Tabela 19 – Médicos por mil habitantes, 1992	125
Tabela 20 – Médicos credenciados por mil habitantes. Países selecionados 1980-1992	125
Tabela 21 – GKV – atenção ambulatorial – casos tratados, casos por segurados, casos por médico credenciado, valor em marcos remunerado por caso e variação percentual em relação ao ano imediatamente anterior – Alemanha Ocidental	129
Tabela 22 – Contatos médicos <i>per capita</i> – países selecionados	130
Tabela 23 – Renda* média anual dos médicos de consultório em comparação com a renda bruta média de trabalhadores assalariados, Alemanha Ocidental, 1963-1993	132
Tabela 24 – Evolução da renda dos médicos: renda média individual a preços constantes Alemanha Ocidental, 1976-1987	132
Tabela 25 – Evolução dos gastos do GKV e do volume de rendimentos do trabalho assalariado em %. Região Ocidental, 1980-1994	152
Tabela 26 – Evolução das receitas de contribuição, gastos totais e gastos ambulatoriais – Alemanha Ocidental, 1980-1996	152

Tabela 27 – Participação dos gastos ambulatoriais no conjunto dos gastos do GKV – Alemanha ocidental, 1960-1995	153
Tabela 28 – Atenção hospitalar*. Indicadores básicos. Alemanha (BRD) – 1991-1994	161
Tabela 29 – Leitos em hospitais gerais por tipo de prestador. Alemanha – 1994	161
Tabela 30 – Leitos em instalações para reabilitação e prevenção em regime de internação hospitalar, por tipo de prestador. Alemanha – 1993	162
Tabela 31 – Leitos em hospitais gerais por porte. Alemanha – 1994.....	162
Tabela 32 – Indicadores de atenção hospitalar* por região. Alemanha – 1991-1994.....	164
Tabela 33 – Leitos por especialidade 1991-1994. Número de leitos por especialidade – Alemanha. Leitos/10.000 habitantes por região.....	165
Tabela 34 – Leitos hospitalares para casos agudos, psiquiátricos, e instalações para reabilitação e prevenção (<i>Kur</i>). Alemanha Ocidental – 1960-1989	166
Tabela 35 – Leitos para casos agudos por mil habitantes. Países da OECD, 1970-1995.....	167
Tabela 36 – Leitos por mil habitantes – totais, agudos, psiquiátricos e para cuidados de longa duração (<i>nursing home beds</i>). Países selecionados da OECD – 1994.....	168
Tabela 37 – Taxas de internação – hospitais de agudos. Países da OECD, 1970-1995	169
Tabela 38 – Tempo médio de permanência. Hospitais de agudos. Países selecionados da OECD – 1960-1995	171
Tabela 39 – Taxa de ocupação. Hospitais de agudos. Países selecionados da OECD, 1970-1995..	173
Tabela 40 – Rotatividade de leitos hospitalares de agudos.....	173
Tabela 41 – Participação dos gastos hospitalares nos gastos totais em saúde. Países selecionados da OECD – 1993	175
Tabela 42 – Gastos totais em saúde <i>per capita</i> com base na paridade do poder de compra*. Países selecionados, 1960-1990.....	196
Tabela 43 – Gastos totais em saúde <i>per capita</i> com base na paridade do poder de compra*. Países selecionados, 1991-1995.....	197
Tabela 44 – Evolução dos gastos totais em saúde (% do PNB). Países da OECD, 1972-1992	198
Tabela 45 – Gastos totais como % do PNB, 1990 e 1995.....	199
Tabela 46 – Variação anual do produto interno bruto*. Alemanha, 1970-1995	202
Tabela 47 – Evolução da participação dos gastos públicos nos gastos totais em saúde, em %. Países da OECD, 1970-1996	203
Tabela 48 – Maiores nações exportadoras, 1996	206
Tabela 49 – Gastos totais em saúde por tipo de gasto. Alemanha, 1994	208
Tabela 50 – Evolução dos gastos totais* em saúde segundo ordenadores de despesas Alemanha, 1970-1994	209
Tabela 51 – Distribuição dos gastos totais* em saúde, segundo ordenadores de despesas. Alemanha, 1970-1994.....	209
Tabela 52 – Gastos totais* em saúde por fonte de financiamento e tipo de gasto. Alemanha, 1994	212
Tabela 53 – Gastos públicos: participação nos diversos tipos de ação. Alemanha, 1994	212
Tabela 54 – Gastos com tratamento médico-odontológico por tipo de fonte. Alemanha, 1994	213
Tabela 55 – Proporção de gastos* públicos e privados em saúde. Alemanha Ocidental, 1980-1992	214
Tabela 56 – Evolução dos gastos totais* em saúde por habitante, por tipo de gasto. Alemanha, região ocidental, 1970-1994	215

Tabela 57 – Gastos* do GKV por tipo, Alemanha ocidental 1993	217
Tabela 58 – Distribuição dos gastos do GKV por setores de atenção e benefícios selecionados. Alemanha, região ocidental, 1960-1995	218
Tabela 59 – Variação anual em % dos gastos do GKV em setores de atenção selecionados – Alemanha, região ocidental, 1986-1995	222
Tabela 60 – Variação anual em % dos gastos do GKV em setores de atenção selecionados. Alemanha, região oriental, 1992 -1995	223
Tabela 61 – Variação em % dos gastos do GKV em relação ao ano anterior, por ações selecionadas	223
Tabela 62 – Percentagem de gastos do GKV com administração. Alemanha ocidental, 1970-1995	225
Tabela 63 – Receitas, despesas e saldo financeiro do seguro social de doença alemão – GKV. Região ocidental, 1970-1997 e saldo total e região oriental, 1991-1997	227
Tabela 64 – Taxas médias de contribuição do GKV. Região Ocidental	229
Tabela 65 – Cota de participação dos rendimentos do trabalho assalariado na renda popular (<i>Volkseinkommen</i>). Alemanha Ocidental, 1960-1993	231
Tabela 66 – Taxas de desemprego em países selecionados	232
Tabela 67 – Gastos totais em saúde e do GKV, como proporção do PNB (inclusive e exclusive transferências financeiras), segundo diversas fontes – Alemanha Ocidental, 1970-1994 .	234
Tabela 68 – Proporção de pessoas com 65 anos e mais*. Países selecionados – 1960-1990.....	246
Tabela 69 – Variação anual em % dos gastos do GKV em setores de atenção selecionados, dos salários médios e dos preços em geral* – Alemanha – Região Ocidental, 1987-1997	269

SIGLAS

AOK	<i>Allgemeine Ortskrankenkassen</i> – Caixas Locais de Doença
BDA	<i>Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeber</i> : Federação Nacional das Associações de Empregadores Alemães
BKK	<i>Betriebskrankenkassen</i> : Caixas de Doença das Empresas
BMA	<i>Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung</i> : Ministério do Trabalho e da Ordem Social
BMG	<i>Bundesministerium für Gesundheit</i> : Ministério da Saúde
BRD	<i>Bundesrepublik Deutschland</i> : República Federal Alemã
BSP	<i>Brutto Sozial Produkt</i> : produto nacional bruto
BVA	<i>Bundesversicherungsamt</i> : Departamento Federal de Seguros
CDU	<i>Christliche Demokratische Union</i> : União Democrata Cristã
CGB	<i>Christlicher Gewerkschaftsbund</i> : Federação dos Sindicatos Cristãos
CSU	<i>Christliche Soziale Union</i> : União Social Cristã
DAG	<i>Deutsche Angestelltengewerkschaft</i> : Sindicato dos Empregados Alemães
DGB	<i>Deutscher Gewerkschaftsbund</i> : Federação dos Sindicatos Alemães
DKG	<i>Deutsche Krankenhausgesellschaft</i> : Sociedade Hospitalar Alemã
DRG	<i>Diagnostic Related Groups</i> : grupos diagnósticos
EAN	<i>Ersatzkassen der Angestellten</i> : Caixas Substitutas de Empregados
EAR	<i>Ersatzkassen der Arbeiter</i> : Caixas Substitutas de Operários
EBM	<i>Einheitlicher Bewertungsmaßstab</i> : Norma Única de Valoração (tabela de valoração relativa das ações ambulatoriais)
FDP	<i>Freidemokratische Partei</i> : Partido Liberal Democrata
GKV	<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i> : Seguro Social de Doença
GRG	<i>Gesundheits-Reformgesetz</i> - Lei da Reforma da Saúde
GSG	<i>Gesundheitsstrukturgesetz</i> : Lei da Estrutura da Saúde
HMO	<i>Health Maintenance Organisation</i> : Organizações Mantenedoras de Saúde
IKK	<i>Innungskrankenkassen</i> : Caixas de Doença das Corporações
KBV	<i>Kassenärztliche Bundesvereinigung</i> : Federação das Associações de Médicos das Caixas
Kven	<i>Kassenärztliche Vereinigungen</i> : Associações de Médicos das Caixas
LKK	<i>Landwirtschaftliche Krankenkassen</i> Caixas Rurais de Doença
NOG	<i>Neuordnungsgesetz</i> – Lei de Reordenação da Saúde
OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
ÖTV	<i>Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr</i> : Sindicato do Serviço Público, Transporte e Trânsito
PDS	<i>Partei Demokratischer Sozialismus</i> : Partido do Socialismo Democrático
PNB	Produto Nacional Bruto
RFA	República Federal Alemã
RSA	<i>Risikostrukturausgleich</i> : Compensação financeira da estrutura de riscos
RVO	<i>Reichsversicherungsordnung</i> : Ordem Imperial do Seguro Social
SGB	<i>Sozialgesetzbuch</i> – Livro das Leis Sociais - Código Social
SPD	<i>Sozialdemokratische Partei Deutschland</i> : Partido Social-Democrata Alemão
StBA	<i>Statistisches Bundesamt</i> : Departamento Federal de Estatísticas
SVR	<i>Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen</i> : Conselho de Experts para Ação Concertada em Saúde
TMP	Tempo Médio de Permanência

INTRODUÇÃO

Esta tese estuda a proteção social à saúde na Alemanha, focalizando a reforma mais recente do seguro social de doença alemão: a ‘terceira etapa da reforma da saúde’, promulgada em junho de 1997.

Trata-se de um estudo de caso a respeito do sistema de proteção e atenção à saúde alemão, que abrange aspectos políticos e econômicos mais gerais, mas com o foco centrado nas especificidades do setor e no processo recente de sua reformulação. Para tanto, serão realizadas análises dos princípios constitutivos referentes ao modelo de proteção social alemão – seguro social –, bem como da forma específica de organização do Seguro Social de Doença – *Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV – e da organização e regulação dos principais setores de atenção à saúde.

À época da elaboração do projeto de tese, minha preocupação estava relacionada à propagação do ponto de vista de que a difusão da ideologia neoliberal e a conseqüente implementação de políticas conservadoras teriam provocado o desmantelamento dos esquemas ampliados de proteção social existentes em diversos países europeus. Deste modo, propostas de expansão de políticas e direitos sociais no Brasil seriam extemporâneas, estando inviabilizada a opção de consolidação do direito universal à saúde em nosso país.

Uma breve revisão bibliográfica então efetuada mostrou que, em geral, embora tivessem sido adotadas políticas de contenção em grande parte dos países de industrialização avançada, os orçamentos sociais continuaram a crescer durante os anos 80, ainda que de modo mais lento, e que haviam sido aplicados cortes seletivos sem desestruturar os esquemas de proteção. Esses estudos demonstraram que os resultados das políticas de retração dos *welfare states* ficaram aquém do que fizera prever a retórica neoconservadora¹, em razão da ampliada base de sustentação dos programas sociais, a qual está fundada na institucionalidade destes e nos diversos grupos e atores com interesses setoriais.

A pesquisa inicial instigou-me a conhecer em profundidade a situação atual da proteção ao risco de adoecer e as especificidades das políticas recentes para o setor saúde em um país de capitalismo avançado, uma vez que os processos de globalização financeira, de formação de grandes grupos econômicos, as mudanças tecnológicas e da organização da produção e a ampliação do comércio – com o acirramento da competição internacional – colocaram desafios às políticas sociais de todos os países. Considero que o enfrentamento de

semelhantes desafios processa-se de modos diferentes nos diversos países, e os resultados da implementação de estratégias similares são, com frequência, distintos (Almeida, 1995).

Conquanto movida por esses interesses teórico-práticos mais gerais, fiz opção por um enfoque setorial que desse conta das especificidades da proteção ao risco de adoecer, uma das áreas fundamentais dos *welfare states*. A análise da proteção é meticulosa, buscando demonstrar as especificidades do caso alemão. Em relação às políticas setoriais estudei o leque de medidas aprovadas – competição, co-pagamento e outras formas de racionalização da demanda e da oferta – sem eleger alguma medida, em particular, para detalhamento.

O Problema

Ao descrever e analisar a proteção ao risco de adoecer em um país de capitalismo avançado, o presente trabalho responde, em parte, à preocupação acerca do desmantelamento ou não dos esquemas ampliados de proteção social e sobre a suposta tendência de espiral convergente de desproteção (Sinn, 1990 *apud* Sandmo, 1995: 473), uma vez que a garantia de assistência à saúde é um dos principais aspectos da proteção social contemporânea.

Na tentativa de conhecer em maior profundidade os processos atuais relativos à proteção à saúde em países centrais, o caso da Alemanha pareceu-me especialmente interessante, por ser considerado como tendo alcançado sucesso nas políticas de contenção nos anos 80 – estabilidade de participação dos gastos em saúde no PNB, mantendo, porém, seu sistema de proteção originário (Almeida, 1995).

As perguntas que orientaram o meu estudo foram acerca da qualidade das medidas implementadas e dos impactos das políticas de contenção quanto à forma e à extensão da proteção à saúde. A análise das possíveis repercussões dos mecanismos de estímulo à competição, recentemente introduzidos, e da ampliação da participação financeira direta dos usuários no que concerne aos princípios constitutivos do seguro social de doença alemão foi a base para a apreensão do impacto das políticas neoconservadoras sobre a proteção ao risco de adoecer.

A análise do impacto da implementação de semelhantes políticas de contenção pressupôs a influência dos atores sociais e do aparato institucional prévio. A influência dos atores sociais no processo de formulação e implantação das políticas de contenção condiciona os seus efeitos e alcance, de modo que os resultados das mesmas distanciam-se parcialmente das propostas neoconservadoras previamente formuladas. Destaca-se a forma característica de concertação neocorporativa na Alemanha, onde interesses e atores estão inscritos na própria institucionalidade setorial, condicionando de forma mais incisiva as mudanças e

limitando a abrangência das políticas de contenção. Por sua vez, o modelo de seguro social – fundamento da proteção social alemã –, por ser meritocrático, admite privilégios e, em decorrência, não é adverso ao aprofundamento de desigualdades, resultado provável de políticas neoconservadoras. Maior ênfase quanto aos seus princípios constitutivos de equivalência e subsidiariedade (subordinados) ou de solidariedade (dominante) depende, por sua vez, da intervenção dos atores e da correlação de forças na sociedade.

O que se propõe demonstrar neste trabalho são as especificidades do sistema de proteção social alemão ao risco de adoecer e as singularidades da aplicação de medidas de contenção em determinado caso. Embora exista certa convergência dos mecanismos de contenção em saúde – certo receituário comum – difundido por organismos internacionais e seus expertos, a aplicação destas estratégias similares em contextos nacionais diversos produz diferentes resultados – expressões singulares da tensão entre o particular e o geral – pois processadas por atores e instituições nacionais.

Pretende-se ainda comprovar que o sistema de proteção ao risco de adoecer sofreu ajustes marginais, não se modificando em sua estrutura. As recentes mudanças implicam restrições, mas não alteram o núcleo da proteção em alto nível e de cobertura abrangente, centrada no trabalho assalariado.

Welfare state: 20 anos de crise?

Não é recente a consideração de que os Estados de bem-estar social estariam em crise. Nos anos 50, a crise já fora assinalada (Titmuss, 1958; Briggs, 1961 *apud* Hinrichs, 1994), mas foi com a recessão mundial, a partir de 1973-4, que se difundiu amplamente a noção geral de uma ‘crise’ dos *welfare states*.

No contexto de recessão econômica enfatizou-se a discussão sobre constrangimentos econômicos e financeiros para a continuidade da expansão e da própria manutenção dos esquemas ampliados de proteção social, anunciando-se o esgotamento da capacidade fiscal do Estado de resposta às demandas sociais. As interpretações para a crise assumiram diferentes matizes, dependendo dos posicionamentos ideológicos³. A mais disseminada, de cunho liberal, responsabilizou os *welfare states* pelos acontecimentos econômicos. Segundo o argumento liberal-conservador, a expansão dos gastos sociais e a regulação estatal seriam responsáveis pela inflação, declínio de investimentos e empregos. A proteção social produziria a falta de incentivo ao trabalho e a diminuição da produtividade. Desse modo, o *welfare state* corresponderia a uma concepção perversa e falida do Estado, responsável pela crise econômica ao impedir o livre jogo das forças de mercado⁴ (Gildes, 1982 *apud* Draibe & Henrique, 1988:59; Offe, 1991). É importante observar que a concepção de crise do *welfare*

state é, antes de tudo, um *constructo* neoliberal e é a respeito desta noção, apesar de sua fraca fundamentação empírica, que se inspiraram os esforços de contenção.

Outra tese muito difundida e compartilhada, em certos aspectos, por progressistas e conservadores foi sobre a natureza financeira e fiscal da crise. A crise econômica acentuaria as tendências estruturais ao estrangulamento da base de financiamento vinculada aos salários, uma vez que mudanças no mercado de trabalho produzem crescente número de beneficiários dependentes de volume cada vez menor de trabalhadores ativos⁵.

Ainda nesta linha, no campo da interpretação marxista, a crise inscrever-se-ia em uma crise fiscal do Estado, expressa no crescimento mais rápido dos gastos públicos que o dos meios para financiá-los. A tensão permanente enfrentada pelo Estado capitalista, decorrente de suas funções contraditórias – conciliar a necessidade de gastos públicos crescentes, visando à legitimidade e coesão social e, ao mesmo tempo, regular e promover a acumulação capitalista – geraria tendência à crise (O'Connor, 1977; Gough, 1975).

Em interpretação diversa, o esgotamento da capacidade de financiamento do Estado – crise fiscal – seria decorrente do excesso de demandas. O Estado de bem-estar estaria sendo sobreexigido para além de sua capacidade de financiamento das demandas sociais.

Outra linha de análise pondera que a crise do Estado de bem-estar deve-se ao colapso do pacto político interclasses, o qual, combinado às propícias condições de crescimento no pós guerra, possibilitou a expansão do *welfare state*. Este pacto fundou-se na aceitação da lógica do lucro pelos trabalhadores e na concordância dos empresários com as políticas redistributivas, criando condições para consenso mínimo. A partir dos anos 70, com a redução do crescimento, segundo Offe (1983), voltam à cena os conflitos distributivos e restringem-se as bases de negociação, erodindo o pacto e esgotando-se a virtuosa relação entre políticas sociais e políticas econômicas de corte keynesiano.

No início dos anos 80, com novo ciclo de crescimento econômico, a discussão sobre a crise atenuou-se. Embora tenham sido implementadas reformas no sentido da contenção de gastos, a proteção social na maioria dos países da Europa ocidental durante a década de 80 permaneceu abrangente, e os sistemas de proteção conservaram-se estáveis, não tendo sofrido reestruturações profundas. Neste processo, mantiveram-se as instituições e programas centrais de proteção social e foi parcialmente contida a dinâmica expansiva anterior. Os orçamentos destinados ao bem-estar passaram a crescer de modo mais lento. Os resultados alcançados pelas políticas de governos conservadores nos países centrais – redução de despesas em programas específicos – foram menores do que o planejado. Restrições foram

introduzidas de forma mais intensa na Grã Bretanha que nos EUA e mostraram-se pouco significativas em países como França, Suécia ou Alemanha.

Diversos estudos que analisaram as políticas conservadoras desse período salientam a importância de aspectos institucionais – diferentes estruturas institucionais e legado político – e de novos grupos e formas de organização de interesses, como fatores de resistência às mudanças mais profundas e de condicionamento das políticas implementadas, demonstrando o espaço das relações políticas na determinação dos processos de reestruturação da proteção social (Pierson, 1995; King, 1988; Kolberg & Esping-Andersen, 1990; Kolberg, 1991; Ruin, 1991; Almeida, 1995 e 1997; Hinrichs, 1994; Werneck Vianna, 1997; Windhoff-Héritier, 1996; Esping-Andersen, 1996).

No início dos anos 90, a questão da crise do *welfare state* foi reavivada em contexto de nova recessão econômica, de avanço da integração europeia e de intensificação de processos que têm sido referidos à ‘globalização da economia’ – com deslocamento rápido de capitais especulativos e expansão do comércio mundial –, assim como em situação de desemprego crescente (Langan, 1993; Hinrich, 1994)⁶. Não é possível, porém, identificar uma crise marcada pela ultrapassagem de determinado limite de gastos sociais que tivesse consequências na economia. As relações entre performance econômica e expansão de programas sociais são complexas e não lineares (Vobruda, 1989; Berger, 1990).

Na comparação entre nações, não se pode encontrar clara evidência da relação entre eficiência macroeconômica e nível de proteção. Os resultados são contraditórios. Instabilidades nos processos econômicos não são imputáveis às atividades de bem-estar, como também o ‘valor econômico’ da política social é difícil de ser averiguado (Sandmo, 1995). Nem é possível provar que a expansão de programas sociais piore a performance econômica, nem que a boa performance econômica acompanhe baixos investimentos sociais (Schmidt, 1989). Mesmo assim, com mudança nas condições econômicas, aumenta a pressão para a contenção em programas de bem-estar. A noção de crise se expande mais quando o discurso político vem a ser dominado por argumentos de que não podem ser mantidos a forma de financiamento, o nível de gastos sociais ou a extensão de programas sociais vigente e menos por conta de manifestações objetivas (Hinrichs, 1994).

A idéia que se difunde nos anos 90 consiste em que a diminuição dos custos sociais do trabalho seria vantagem comparativa fundamental tanto para a atração de capitais produtivos como para garantir níveis superiores de produtividade e, conseqüentemente, açambarcaria maiores fatias do mercado mundial para os capitais instalados no território nacional⁷. A Alemanha é exemplo claro da parcialidade do argumento de que o fator

preponderante para a localização do investimento produtivo é o custo do trabalho. Isso porque o país ocupa o segundo lugar no *ranking* dos países exportadores, sendo superado apenas pelos EUA, embora os custos do trabalho na Alemanha – salários e custos sociais – sejam dos mais altos quando em comparação internacional. Contudo, apesar da lenta evolução dos custos totais do trabalho nos últimos anos, e ainda que os empresários alemães tenham melhorado sua posição nas disputas distributivas⁸, intensificaram-se os reclamos por sua redução. Os empresários pressionam por redefinição entre auto-responsabilidade e solidariedade, em detrimento da última (Hinrichs, 1994:121). Foi nestes termos que se desenvolveu o debate sobre *Standort Deutschland* – o custo/posição da Alemanha na competição internacional, reavivando a noção de crise do ‘Estado Social’.

Outra noção que se espalha não é apenas aquela de crise fiscal do Estado, mas sim de crise do próprio Estado Nacional, enquanto soberano e com capacidade de influenciar a produção econômica nos limites de seu território, o que significa que, ao mesmo tempo, aumentam as restrições para a influência política dos diversos atores sociais, pois se estreita o campo de possibilidades de decisões do Estado Nacional.

Mesmo se a crise do Estado Nacional fosse profunda, ela não seria necessariamente terminal. Por um lado, reafirma-se atualmente, no contexto europeu, a importância dos Estados nacionais para enfrentar tanto as novas condições da competitividade impostas pela globalização como os novos problemas sociais gerados pelo deslocamento dos capitais produtivos (Fiori, 1995:348s; 1995-a). A produção econômica e de valor se desterritorializaram, porém a reprodução social e da ordem política continuam adscritas às esferas nacionais (Fleury, 1994:121). A garantia dos direitos de cidadania continua sendo obrigação do Estado nacional, inclusive na circunstância em que a reprodução do capital é cada vez mais transnacionalizada.

Por outro lado, uma análise historicamente fundamentada mostra que as políticas sociais desdobram-se no tempo. Estudos históricos de longo prazo têm demonstrado que as políticas sociais têm caráter cíclico e fragmentado (Piven & Cloward, 1971). Assim, não se confirmaram as expectativas dos autores mais otimistas dos anos 60, que visualizavam movimento ascensional a partir de um modelo de proteção social de tipo assistencial, passando pelo seguro social, para alcançar então a plena realização da cidadania através da seguridade social. A incorporação das demandas sociais produziu e cristalizou diferentes padrões institucionais, por mais que todos os países estivessem submetidos a processos econômicos similares. As estratégias adotadas com sucesso pelos atores locais contradizem expectativas de convergências globais (Pierson, 1995).

A política social permanece uma função dos Estados nacionais, ainda que sejam observadas tendências de enfraquecimento do Estado Nacional⁹. As políticas sociais são afetadas por constrangimentos pelos quais passam os Estados nacionais em virtude da globalização do mercado econômico, do deslocamento rápido de capitais em busca de ganhos financeiros mais elevados, e secundariamente, de maior produtividade e mais baixos custos em razão do acirramento da competição internacional, mas esse estado de coisas não implica a adoção de uma mesma direção por todos os países.

Não está em pauta um sistema social único ou comum, inclusive nas iniciativas de integração supranacional, como é o caso da União Européia (Hinrich, 1994; Alvater, 1994a). Ao mesmo tempo em que a União Européia se integra econômica e monetariamente, os sistemas sociais nacionais permanecem relativamente protegidos. Em relação às políticas sociais foram feitas apenas recomendações gerais ou apresentados padrões flexíveis que podem ser adaptados pelos governos nacionais. Na União Européia, os sistemas sociais permanecem estruturados em nível nacional, mas ao mesmo tempo as estratégias setoriais neoconservadoras subordinam as políticas sociais à política econômica, o que induz simultaneamente a certa similaridade entre as estratégias setoriais dos diversos países.

Ainda que não se possa imaginar uma unificação européia sem ‘união social’, com a definição de padrões mínimos comuns de bem-estar social, na visão dos defensores dos princípios de ‘livre mercado’, o objetivo é a construção de um espaço o mais amplo possível de livre mercado e de circulação não regulada de capitais e não o aprofundamento da integração política e social. Nesta concepção, a política social funda-se na desregulação das relações de trabalho (flexibilização), que nada mais é do que um eufemismo para a redução dos salários reais (Alvater, 1994a:348).

Para Bieling (1996), a discrepância entre a transnacionalização de funções estatais econômicas e a fragmentação da proteção social em nível nacional não significariam orientações políticas divergentes. Os propósitos das políticas sociais convergiriam, mas os resultados de sua aplicação seriam diversos em virtude das diferenças culturais e institucionais. Por um lado, o direcionamento comum de corte neoliberal da política econômica – voltada à competição internacional – e dos critérios para a unificação acarretam a subordinação da política social à política econômica, direcionando-a. Assim, poderiam ser identificadas tendências de ampliação das camadas cobertas com seguros privados, de crescimento do mercado de seguros privados adicionais e de estreitamento das regras de elegibilidade e de comprovação de necessidades. Além disso, estaria ocorrendo certa convergência na forma de financiamento – isto é, da relação entre recursos fiscais e

contribuições sociais – e se poderia observar tendência à redução dos encargos empresariais, seja de impostos ou contribuições (Bieling, 1996:80).

Por outro lado, se uma orientação geral comum não implica a implementação de idênticos conteúdos das políticas, características nacionais específicas levam à produção de estratégias e ênfases nacionais diferenciadas (Döhler, 1990; Almeida, 1995 e 1997). A convergência de estratégias políticas na área social não deve levar à interpretação de que os sistemas de proteção social sofrerão assimilação completa em nível e estrutura. A permanência de sistemas de proteção diferenciados está condicionada não apenas pelas importantes diferenças no volume de benefícios entre os diferentes países da região – que seriam grandes demais para serem equiparadas através de transferências de fundos –, mas, principalmente, pela diversidade de estruturas e instituições de bem-estar (Bieling, 1996). Apesar da convergência parcial de formas e instrumentos da regulação – de modos de financiamento e critérios de distribuição –, as instituições de bem-estar se reproduzem de formas específicas, uma vez que estão profundamente arraigadas na cultura política nacional. As formas de racionalização dos orçamentos sociais diferem; deste modo, cortes acabam por produzir resultados diversos em cada país e tipo de proteção.

Os rumos das políticas liberal-conservadoras são, portanto, condicionados pela correlação de forças políticas em cada conjuntura e pela institucionalização anterior da proteção. É a análise destes aspectos que permite conhecer a singularidade e complexidade dos processos setoriais; diferente daquela que subsume a proteção social contemporânea à esfera econômica, o que além de resultar em parcialização e incompreensão dos problemas limita as possibilidades de construção de opções às políticas neoconservadoras.

Proteção social à saúde e políticas de contenção

As políticas de saúde, no que tange à expansão da assistência médica a toda a população, correspondem a importante atribuição dos Estados de bem-estar e estão “submetidas aos mesmos incentivos e limites políticos-institucionais” que norteiam a conformação e reformulação dos mesmos (Almeida, 1995:15). Por conseguinte, o estudo das políticas de saúde pode contribuir para a compreensão dos processos atuais pelos quais passam os Estados de bem-estar. Com o propósito de analisar a forma como o problema da proteção social no caso específico da saúde tem sido enfrentado no período recente de retração dos Estados de bem-estar, pretendo estudar as reformas recentes do Seguro Social de Doença alemão. A opção é por uma análise detalhada do caso alemão e não por uma comparação. Dados comparativos internacionais serão apresentados apenas como forma de contextualização.

Na área da proteção à saúde, a noção de crise também tem sido reiterada¹⁰. Nos anos 60 e primeira metade dos 70, período de mais forte expansão dos *welfare states*, os questionamentos advindos de movimentos críticos de diversas tendências dirigiam-se tanto para a necessidade de extensão de cobertura para populações não assistidas, como criticavam o próprio caráter da prática médica hospitalocêntrica, cada vez mais intervencionista especializada e heterônima, sujeitadora dos pacientes ao poder médico. As proposições decorrentes de tais diagnósticos levaram à ampliação da proteção para novos grupos, à realização de reformas sanitárias ‘positivas’ e à criação de práticas participativas, buscando a democratização do conhecimento médico, maior autonomia dos pacientes, tomados como sujeitos e não como objetos do poder médico. A revitalização de terapias tradicionais e a difusão de novas terapias alternativas teve também aí a sua origem (Almeida, 1997: 184).

Seguindo-se à ‘crise do welfare’, a partir da segunda metade dos anos 70, em contexto de recessão econômica, a estas críticas somaram-se aquelas dos conservadores sobre os custos ‘excessivos’ da assistência médica¹¹. Desde então, a questão do incremento da eficiência macroeconômica tornou-se objetivo central das políticas de saúde, sendo perseguido por governos neoconservadores, e políticas de contenção de gastos têm sido implementadas. Conquanto o aumento crescente dos gastos em saúde deva ser imputado a um conjunto de fatores (como será visto no capítulo específico), os argumentos neoconservadores estiveram centrados no excesso de demandas dos usuários e na ineficiência da administração pública, uma vez que a responsabilidade pelo financiamento com a extensão de cobertura passara a ser, de modo predominante, do setor público. Tanto uma como outra teriam por base a insuficiência da presença de mecanismos de mercado. O setor careceria especialmente dos ‘benéficos’ efeitos da sinalização de preços tanto para os prestadores como para os consumidores.

A intervenção estatal na área da saúde nos anos 80 foi motivada por uma retórica ideológica comum de minimização da atuação estatal nos compromissos sociais, o que provocou um movimento privatizador também no campo sanitário (Almeida, 1995). Assim, durante essa década, os sistemas sanitários de diversos países centrais passaram por reformulações cujo objetivo central esteve no controle dos gastos públicos em saúde¹². As agendas de reformas neoconservadoras, segundo Almeida (1995:210s), tiveram como premissas: privilégio do consumidor em detrimento do cidadão; inovações na organização e distribuição de serviços fundadas na competição administrada, com o objetivo da eficiência alocativa por parte dos prestadores e de escolhas ‘conscientes quanto aos custos’ por parte dos consumidores; ênfase nas questões gerenciais com deslocamento de poder para os

administradores em prejuízo dos profissionais e descentralização das atividades e responsabilidades financeiras para níveis subnacionais e para o setor privado.

Para os anos 90, na Alemanha, o discurso da necessidade de contenção de gastos em saúde foi revitalizado e premissas similares impulsionaram as propostas neoconservadoras no campo sanitário naquele país, cuja análise é objeto do presente estudo. As reformulações implementadas e seus resultados, porém, não convergiram imediatamente para aqueles objetivos, dadas as especificidades da proteção social alemã e de seus processos políticos.

A partir de 1982, com a entrada e posterior permanência do gabinete da coalizão liberal-conservadora – comandada pela democracia cristã – foram introduzidos cortes em diversos programas sociais, em especial, nos benefícios da assistência social e seguro desemprego, que foram os mais atingidos por serem considerados essenciais à ‘flexibilização do mercado de trabalho’.

No final dos anos 80, novas pressões econômicas – com projeções de importantes déficits a longo prazo, como resultado de alteração da relação contribuintes/beneficiários¹³ – propiciaram o reconhecimento de que o sistema de pensões deveria passar por cuidadoso exame. A estratégia governamental adotada para aprofundar as medidas de contenção foi a de buscar o consenso entre *experts* e o apoio da social-democracia (Pierson, 1995). Todos os partidos, exceto o partido verde, apoiaram a reforma do sistema de previdência, aprovada em 1989. A estrutura básica do sistema permaneceu inalterada, tendo sido realizados cortes por intermédio da diminuição das taxas de restituição no cálculo das aposentadorias e do aumento da idade de aposentadoria e das contribuições.

Todavia, os cortes na área social nos últimos anos foram acompanhados pela criação e extensão de outros benefícios, como é o caso da instituição, em 1994, do seguro obrigatório para cobertura de cuidados de longa duração (*Pflegeversicherung*). O surgimento deste novo ramo do seguro social, contudo, não pode ser desvinculada do processo de contenção. Este, ao mesmo tempo em que significa que mais um risco social passou a ser assegurado solidariamente, teve também como propósito o alívio do orçamento das Caixas do Seguro Social de Doença – *Krankenkassen* –, por meio da abolição destes cuidados de seu catálogo, e, principalmente, a redução de semelhantes despesas realizadas pela assistência social dos estados e municípios. Mesmo assim, a criação do *Pflegeversicherung* expressa ampliação dos direitos sociais e indica a continuidade da importância política dos programas sociais.

A proteção social à saúde na Alemanha é organizada segundo o modelo de seguro social, diferenciando-se de sistemas de proteção diretamente estatais – serviços nacionais de saúde do tipo britânico – e daqueles fundados primariamente no mercado – seguros de saúde

privados do tipo americano ou suíço. Sua instituição central é o *Gesetzliche Krankenversicherung- GKV* (literalmente, seguro de doença legal).

O *Gesetzliche Krankenversicherung-GKV* – é parte de amplo sistema de proteção social, com o qual compartilha princípios e características básicas. Na Alemanha, a proteção social é garantida principalmente através do seguro social; composto por cinco ramos de seguro: seguro velhice, invalidez e morte (*Rentenversicherung*), seguro-doença (*Gesetzliche Krankenversicherung- GKV*), seguro desemprego (*Arbeitslosenversicherung*), seguro de acidentes de trabalho (*Unfallversicherung*) e seguro para cuidados de longa duração (*Pflegeversicherung*). A assistência social, outro dos eixos da proteção social alemã, é regida por princípios distintos daqueles do seguro social e assegura renda mínima mediante a comprovação de carência por testes de meios.

Assim como os outros ramos do seguro, o seguro social de doença alemão é centrado no trabalho assalariado. Nos dias atuais, entretanto, garante proteção ao risco de adoecer de forma inclusiva e abrangente. Cobre 90% da população e seu catálogo de ações médico-sanitárias é completo: inclui atenção médica ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção, assistência farmacêutica, odontológica e psicoterápica, entre outros. Além destas ações de assistência à saúde, o seguro social de doença abrange, entre seus benefícios, transferências financeiras, sendo a principal, a continuidade do pagamento de salários em caso de doença: o auxílio-doença.

Alta estabilidade e continuidade de sua estrutura sob diferentes governos caracterizam o seguro social de doença alemão. Desde os anos 50, embora tenham sido repetidamente discutidas propostas de reformas, estas não foram implementadas, tendo ocorrido constante expansão de serviços e gastos com base no mesmo tipo de estrutura estipulado pela Lei do Seguro Doença dos Operários de 1883. Na segunda metade dos anos 70, em contexto de desaceleração do crescimento econômico, uma política de gastos orientada pelas receitas foi assumida. Tetos orçamentários foram fixados, em geral, de forma negociada, para diversos setores de atenção e sua evolução foi acoplada aos aumentos médios do conjunto dos salários, isto é, às receitas de contribuição.

A República Federal Alemã-RFA – *Bundesrepublik Deutschland-BRD* – foi um dos primeiros países a introduzir mecanismos de controle de gastos na área da saúde. Já em 1977 foi promulgada a primeira lei de contenção – *Kostendämpfungsgesetz* – tendo sido possibilitado às Caixas algum controle sobre a atenção ambulatorial, depois ampliado para o setor hospitalar. No setor ambulatorial, a renda dos médicos foi controlada mediante o reforço das atribuições regulatórias das Associações dos Médicos das Caixas e das Comissões

Conjuntas Médicos e Caixas. Paralelamente, a cota de participação direta e adicional dos segurados – co-pagamento – nos custos de atenção médica foi gradualmente ampliada.

Desde então, uma série de leis de contenção de custos foi promulgada. Sempre que os gastos do GKV aumentaram mais que os salários, amplos debates foram promovidos pelo governo, concluídos pela promulgação de uma lei, tendo-se atingido certa estabilização dos gastos.

Considerada como um dos países que obtiveram maior sucesso na contenção dos gastos de saúde nos anos 80, a República Federal Alemã alcançou a estabilização dos gastos em relação ao PIB – tanto totais como do GKV –, mantendo, porém, o seu sistema de saúde original (Almeida, 1995; Poullier, 1990).

Almeida (1995:361), comparando as reformas dos sistemas de saúde introduzidas em vários países centrais durante a década de 80, julga que o sucesso do caso alemão pode ser relacionado às formas de concertação utilizadas para a formulação das políticas de contenção – concertação setorial e específica para certas áreas do processo decisório – e ao poder regulador do Estado alemão.

As medidas implementadas até o final da década de 80 na Alemanha, segundo Alber (1992), diferentemente de outros países, não significaram a escolha entre as alternativas mercado versus Estado ou competição e regulação. A reorganização do GKV baseou-se especialmente no fortalecimento dos níveis intermediários de representação de interesses.

A tendência geral das novas regulamentações introduzidas foi o fortalecimento da competência das Associações – de Caixas, de Hospitais, de Médicos Credenciados, entre outras – para determinar diretrizes padronizadas e, com isso, aumentar o controle destas Associações sobre o comportamento dos prestadores individuais, no sentido da garantia de qualidade e eficiência e, ao mesmo tempo, reforçar a influência das Caixas quanto à prestação, até então restrita¹⁴ (Deppe, 1987; Weber, 1988).

A regulação através das associações intermediárias foi intensificada de três formas. O fundamento macro constituiu-se na “Ação Concertada em Saúde”, novo órgão de direção, instituído pela lei de contenção de custos de 1977, da qual participam cerca de 75 representantes das principais organizações sociais e setoriais: das Caixas, dos sindicatos, dos empregadores, dos prestadores de serviços e do governo – com o objetivo de promover a condução negociada global para o sistema. Essa comissão reúne-se duas vezes ao ano para elaborar recomendações concernentes ao controle de gastos e à reforma estrutural. O segundo fundamento de regulação existe através das associações de Caixas e prestadores, as quais

visam condução mais restrita. Conforma-se pelas ‘comissões conjuntas’, constituídas pelas associações das Caixas e dos Médicos das Caixas, organizadas em nível federal e estaduais e pelas negociações entre Caixas e as associações dos diversos prestadores. O terceiro fundamento está na auto-regulação interna às próprias associações. Isto significou diminuição da autonomia dos prestadores individuais, tendo havido, porém, alterações quanto às relações destes com as Caixas, alcançando-se maior competência para monitoramento de custos, planejamento de necessidades e garantia de qualidade (Alber, 1992).

Ao final dos anos 80, a contenção no Seguro Social de Doença – *Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV – intensificou-se. O objetivo de estabilizar as taxas de contribuição do GKV foi reiterado, e os propósitos explícitos de desonerar o fator trabalho e defender a posição do capital alemão na competição internacional foram reforçados. Este processo recente ficou conhecido como ‘reforma da saúde’ cuja ‘terceira etapa’ (e pretensamente, a última), foco da análise deste trabalho, foi promulgada em 1997.

Sua primeira etapa, a Lei da Reforma da Saúde de 1988 – *Gesundheitsreformgesetz-GRG* –, reforçou a competência das Caixas no controle dos serviços prestados por médicos e hospitais e na condução negociada. Mudanças na cesta dos serviços cobertos foram implementadas com a introdução de restrições, além de serem adotadas novas ações preventivas, pela primeira vez assumidas como prioritárias.

Por sua vez, a Lei da Estrutura da Saúde – *Gesundheitsstrukturgesetz* –, de 1992, objetivou estabilizar as taxas de contribuição através do reforço da competição entre as Caixas. Para tanto, ampliou a liberdade de escolha das Caixas para os operários – prerrogativa até então restrita aos empregados e aos segurados voluntários – e introduziu um sistema de compensação da estrutura de riscos entre as Caixas – *Risikostrukturausgleich*. Estabeleceu ainda tetos orçamentários fixos por setor para cuidados hospitalares, ambulatoriais e dentários e para a prescrição de drogas. Aumentos nos respectivos orçamentos foram condicionados à taxa média de aumento da receita do conjunto das Caixas. O orçamento para prescrição de medicamentos pelos médicos não apenas foi limitado em patamar preestabelecido, como foram introduzidas sanções financeiras sobre os médicos no caso de sua ultrapassagem. Foram ainda majoradas as taxas de co-pagamento para internações hospitalares, medicamentos e próteses dentárias (Graf von der Schulenburg, 1994; Stegmüller, 1996; Braun, 1995).

A ‘terceira etapa da reforma da saúde’, concretizada nas Leis de Reordenação do Seguro Social de Doença (*GKV-Neueordnungsgesetz -1. und 2.NOG*), dá seqüência à Lei da

Estrutura da Saúde, viabilizando a competição entre as Caixas e, ao mesmo tempo, diferenciando as etapas anteriores por intensificar as medidas restritivas.

O estudo

O foco de minha análise centra-se nesta ‘terceira etapa da reforma’ do Seguro Social de Doença - GKV, a mais recente, mediante a qual a coalizão liberal-conservadora no governo teve por objetivo introduzir novos mecanismos de regulação, com vistas à liberação de mecanismos de mercado e concretização da competição entre os provedores de seguro – Caixas de Doença –, a fim de promover a estabilização das taxas de contribuição. O propósito central sempre renovado da coalizão governamental liberal-conservadora é a diminuição dos custos sociais do trabalho, condição tida como prévia à melhoria da posição do capital alemão no mercado mundial.

Este propósito acarreta a subordinação das políticas setoriais às políticas econômicas, restringindo e direcionando as escolhas. Conquanto o incremento dos gastos em saúde possa ser em grande parte creditado à forma e à organização da prestação dos serviços, são eleitas pela coalizão governamental medidas principalmente restritivas e que podem ser classificadas como de ‘racionalização da demanda’, em detrimento daquelas de ‘racionalização da oferta’. Em virtude da forte vinculação aos interesses econômicos, os objetivos setoriais de eficiência microeconômica são preteridos, priorizando-se o controle de déficits e o alcance de eficiência macroeconômica por meio do co-pagamento e outras medidas restritivas. Assim, a privatização se estabelece pelo deslocamento de parte do financiamento público e solidário para os domicílios privados: uma privatização parcial dos riscos de adoecer¹⁵.

Embora o foco da análise seja direcionado às reformas recentes do sistema, a opção foi por uma abordagem extensiva, que abarca também o sistema de proteção e o de atenção à saúde, uma vez que se pretende dar conta das especificidades da proteção à saúde neste caso particular; e porque a bibliografia disponível em língua portuguesa sobre o tema é escassa. Esta opção permite ao leitor e ao estudioso uma compreensão mais detalhada dos diversos aspectos da proteção social ao risco de adoecer contemporânea na Alemanha, da mesma forma que das especificidades do processo recente de reformulação setorial. Por outro lado, a eleição de um estudo abrangente que enfocasse os diversos aspectos tanto da proteção quanto do processo de reformulação teve, como contrapartida, a renúncia a uma análise mais aprofundada de cada uma das medidas propostas e/ou implementadas. No exame das reformas recentes optou-se por uma análise do conjunto das medidas de contenção de forma mais geral e não por extensiva revisão de algum aspecto particular.

A extensão do trabalho decorre da amplitude do tema tratado e se justifica ainda por conta da necessidade de detalhamento das regras de funcionamento e explicitação de particularidades que um estudo de caso requer. É este detalhamento que permite demonstrar as singularidades do caso em estudo e as especificidades da proteção.

A literatura de língua portuguesa referente à proteção à saúde na Alemanha e ao seu sistema de atenção é reduzida (Deppe, 1991; Almeida, 1995; Guia, 1996; Oliveira, 1995). Os poucos artigos existentes tratam de questões específicas ou abordam o tema de modo genérico. A pesquisa para a preparação do presente estudo foi realizada durante o período em que trabalhei como pesquisadora visitante do *Institut für Medizinische Soziologie des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität* – Instituto de Sociologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Frankfurt – entre abril de 1996 e junho de 1997, possibilitada por bolsa de doutorado sanduíche concedida pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/CAPES do Ministério da Educação em convênio com o Serviço Alemão de Intercâmbio Acadêmico – *Deutscher Akademischer Austauschdienst/DAAD*.

A pesquisa envolveu revisão bibliográfica, análise documental, consolidação de dados secundários e entrevistas. A revisão de literatura internacional teve por base especialmente aquela de língua alemã recente. A importância maior dada à revisão da literatura alemã decorreu não apenas do tema eleito, como também da oportunidade em acessá-la durante o período em Frankfurt, devido ao conhecimento da língua alemã especialmente adquirido – não sem dificuldade – para a realização deste trabalho. Esta escolha dá ao estudo um certo viés; aquele da visão alemã sobre medidas de contenção inicialmente formuladas para outros países, a exemplo dos EUA. Se tal opção, por um lado pode limitar a análise, por outro agrega novas interpretações ou pelo menos realça outros aspectos e pode enriquecer o trabalho.

A análise documental envolveu a leitura de documentos originais das propostas e posições dos principais atores sociais e dos textos dos respectivos projetos de lei e leis aprovadas; pois tanto analisei as medidas implementadas a partir de revisão da literatura como levantei e resumi as principais propostas para a terceira etapa da reforma. Além destas fontes primárias (documentos, projetos de lei etc.), ampla literatura setorial foi consultada. Os diversos atores setoriais em saúde dispõem de órgãos de divulgação (jornais – inclusive diários – e revistas) e a biblioteca do *Institut für Medizinische Soziologie* – especializada em medicina social –, que recebe regularmente estas publicações (mais de trinta títulos)¹⁶.

Para grande parte das informações quantitativas apresentadas foram utilizados dados secundários consolidados a partir de séries estatísticas divulgadas pelo *StBA - Statistisches Bundesamt* (Departamento Federal de Estatística); pelo Ministério da Saúde, *BMG – Bundesministerium für Gesundheit*; e pelo Ministério do Trabalho e Ordem Social, *BMA – Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung*, em diversas publicações. Para a comparação internacional foi utilizado um banco de dados organizado pela OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development* –, disponível em disquete: *OECD Health Data for Windows*¹⁷.

Algumas entrevistas com integrantes de organizações setoriais foram realizadas para esclarecimento de pontos relativos ao funcionamento do seguro social de doença e do sistema de atenção à saúde. As entrevistas tiveram por base um roteiro individualizado. Após transcritas, as informações mais relevantes foram incorporadas ao texto¹⁸.

Este trabalho, realizado a partir de diversas fontes, além de permitir análise mais detalhada e melhor compreensão das reformas e da organização dos sistemas de proteção e atenção à saúde alemão, contribuiu para aditar originalidade ao estudo.

O conteúdo

Como base para a avaliação das reformas, na **Parte I** da presente tese descrevo e analiso a proteção social à saúde na República Federal Alemã. No primeiro capítulo, discuto o modelo de seguro social e seus princípios constitutivos e apresento brevemente os diversos ramos do seguro social alemão. No segundo capítulo, faço um estudo da proteção à saúde, avaliando a evolução da cobertura populacional por tipo de proteção ao risco de adoecer: beneficiários do seguro social de doença – *Gesetzliche Krankenversicherung GKV* – da assistência social, e dos seguros privados. Analiso em maior detalhe as regras de inclusão e exclusão no seguro social de doença e a evolução da cobertura do seguros privados. A proteção à saúde na ex-Alemanha Oriental – República Democrática Alemã – e o processo de transição a partir de sua incorporação à República Federal Alemã são referidos apenas brevemente.

Descrevo, a seguir, no capítulo III, o Seguro Social de Doença, seu catálogo de serviços e forma de organização, examinando suas características básicas: a distribuição de benefícios em ações de saúde e não em espécie – *Sachleistungsprinzip* –; a administração autônoma das instituições de seguro social de doença – *Selbstverwaltungsprinzip* –; a pluralidade e integração do sistema – *gegliederte Krankenversicherung* –, composto por Caixas organizadas segundo critérios diversos (profissão, ramo de produção, região,

empresa); e, por fim, o financiamento através de contribuições paritárias de empregadores e trabalhadores.

Dando continuidade à análise da proteção à saúde, no capítulo IV apresento o sistema de atenção à saúde. Descrevo e analiso os principais setores da atenção médico-sanitária – os setores ambulatorial e hospitalar – quanto às formas de organização da oferta e dos mecanismos de regulação e, a título de ilustração quando pertinente, apresento dados que possibilitem a contextualização da prestação à saúde na Alemanha em termos internacionais.

A análise dos gastos em saúde tem lugar de destaque no capítulo V, uma vez que a principal justificativa para as políticas de contenção são os incrementos dos gastos e os conseqüentes déficits e aumentos das taxas de contribuição. Examino em detalhe a evolução dos gastos totais em saúde e do seguro social de doença, buscando identificar os setores de atenção com maior participação e discutir a pertinência em julgar a evolução dos gastos como problema principal. No que diz respeito à expansão dos gastos em saúde, analiso os motivos evocados com mais freqüência na literatura específica, bem como discuto alguns ‘mitos’.

Na **Parte II** descrevo e analiso o processo de reforma do Seguro Social de Doença – GKV – durante os anos 90. No capítulo VI, as duas etapas anteriores da atual reforma e o processo de discussão e aprovação da ‘terceira etapa da reforma da saúde’ são apresentados e discutidos de forma breve. No capítulo VII identifico e cotejo as propostas e posições dos principais atores sociais para a terceira etapa da reforma da saúde, qualificando as concepções dos atores para a atual reforma. Examino em detalhe as diversas medidas da legislação aprovada – as Leis de Reordenação do Seguro Social de Doença (*GKV-Neueordnungsgesetz - 1. und 2.NOG*).

A avaliação da ‘terceira etapa da reforma da saúde’ é objeto da discussão, propriamente dita, sendo realizada na **Parte III**. O exame mais geral do processo de contenção contempla os resultados atingidos até o momento pelas diversas leis promulgadas, desde o final dos anos 80, em termos de contenção de gastos, e suas conseqüências sobre as características básicas do seguro social de doença e na proteção social à saúde.

As estratégias de contenção e as possíveis conseqüências da introdução dos mecanismos aprovados são analisados em detalhe no capítulo VIII. Discuto os efeitos deletérios decorrentes da ampliação da competição entre as Caixas, assim como da majoração do co-pagamento e da introdução de novos incentivos para o controle da utilização – franquias, bônus, reembolso de despesas –, no sentido da seleção de riscos e privatização parcial do risco de adoecer.

Na discussão final, avalio as políticas de contenção recentes quanto ao seu impacto no que se refere ao nível de proteção social à saúde garantido e à estrutura do sistema de proteção. Aponto as possíveis repercussões sobre a organização do seguro social de doença e seus princípios constitutivos. Para além disso, teço considerações acerca da participação dos atores sociais e processos políticos subjacentes à reforma e, ao término destaco algumas das conclusões a respeito do processo de contenção de gastos do GKV.

O trabalho refere-se especificamente à proteção à saúde da República Federal da Alemanha, *Bundesrepublik Deutschland-BRD*. O sistema de proteção da República Democrática Alemã – *DDR-Deutsche Demokratische Republik* não será analisado. O processo de unificação e de extensão do sistema de proteção social da República Federal da Alemanha para a região leste após 1989 – tema que por si só demandaria estudo específico –, será brevemente referido, a título de informação, em seus aspectos relevantes. As implicações mais importantes do processo de unificação para a região ocidental foram de caráter financeiro, sendo mínimas as repercussões sobre o sistema de proteção e atenção à saúde. O contrato da unificação significou apenas a ampliação do sistema ocidental para a população da região oriental e não uma reformulação do seguro social de doença como um todo. Com a extinção da DDR foi abolido simultaneamente o seu sistema de proteção social, substituído pelo esquema ocidental.

A relevância deste estudo diz respeito à possibilidade de garantia do direito universal à saúde no Brasil promulgada no texto constitucional, que é contemporânea a um período de retração dos Estados de bem-estar nos países centrais. Esta contradição entre uma proposta de expansão no sistema de proteção social brasileiro em contexto de retração da proteção social nos países centrais – paralela à implementação de programas de estabilização e ajuste da economia de corte neoliberal – tem produzido uma interpretação hegemônica da impossibilidade e/ou não desejabilidade da garantia universal da proteção à saúde no Brasil.

A discussão sobre a crise do Estado de bem-estar e dos processos de retração comporta amplo e rico conjunto de aspectos, evidenciando a complexidade de inter-relações sociais, econômicas e políticas do problema. Entretanto, acoplado à discussão a respeito da globalização financeira dos anos 90, esta complexidade tem sido subsumida a aspectos econômicos e financeiros, o que tem produzido, no Brasil, a hegemonia de um diagnóstico do inevitável dismantelamento dos *welfare states* nos países centrais. A rigidez de escolhas entre proteção social e competitividade e produtividade econômicas que esta interpretação impõe, inviabilizaria a consolidação e/ou ampliação de programas sociais de caráter universal

no Brasil. O caso alemão demonstra o alto nível e a extensão da proteção atualmente garantidos. Ainda que políticas de contenção tenham sido introduzidas, a proteção social à saúde naquele país permanece abrangente.

Conquanto processos histórico-sociais não sejam passíveis de reprodução, o estudo de processos recentes de reformulação e de contenção de gastos nos sistemas de proteção social dos países centrais pode contribuir para ampliar o leque de opções a incluir na pauta do debate nacional quanto à universalização do direito à saúde no Brasil. A análise dessas mudanças processadas na proteção ao risco de adoecer e no sistema de saúde alemão contribui tanto para a elucidação de objetivos e interesses vinculados às propostas de reformulação no Brasil quanto para a avaliação de alternativas de enfrentamento de problemas relacionadas à eficiência, à efetividade e à garantia da proteção universal.

Notas

¹ Ao contrário dos conservadores que participaram do processo de expansão dos *welfare states*, na concepção neoconservadora, o *welfare state* é considerado fator central de transtorno na superação do surgimento de crises econômicas, enquanto o asseguramento coletivo de riscos não é sua preocupação fundamental (Döhler, 1990).

² Em razão de o termo crise envolver descontinuidade, torna-se difícil admitir uma crise por tão longo tempo. A manutenção da situação faz pensar mais em continuidade do que em crise. Atualmente considera-se os *welfare states* como em processo de transição (Almeida, 1995).

³ Para visão abrangente das diversas motivações da crise, em língua portuguesa, consulte Draibe & Henrique (1988) e Fleury (1994).

⁴ A interpretação da incompatibilidade entre equidade e eficiência origina-se deste tipo de concepção liberal. A promoção da equidade pelo Estado seria impeditiva do livre jogo das forças de mercado, as quais, por sua vez, seriam tidas como promotoras da eficiência por supostamente alocar os recursos de maneira ótima. Mecanismos de eficiência por excelência, as leis da oferta e procura – liberdade da iniciativa empresarial – é que inovariam e propulsionariam o desenvolvimento.

⁵ Para os progressistas, a questão está em como garantir financiamento, uma vez que a redução da atividade econômica, ao mesmo tempo em que diminui as receitas públicas, aumenta as exigências dos programas sociais. Para os conservadores, a solução está em definir cortes que garantam o equilíbrio das contas.

⁶ Além do fim da guerra fria, tendo se intensificado as pressões para a redução de gastos sociais.

⁷ Os custos sociais dos salários integram importante argumento quanto à convergência das políticas sociais como consequência da globalização. A diminuição dos salários sociais acarretaria diminuição dos preços dos produtos, aumentando a competitividade das empresas e atraindo novos capitais. A competição por custos sociais mais baixos produziria espiral descendente, que levaria ao mais "baixo denominador comum" das proteções sociais nacionais. Embora essa hipótese não possa ser descartada, suas evidências são limitadas. Salários sociais baixos são apenas um dos fatores que pesam na decisão dos investidores, pois também influenciam tal decisão a infra-estrutura, a produtividade dos trabalhadores e o mercado de consumo, por exemplo. Mesmo que altos salários sociais fossem associados com performance econômica baixa, não se justifica afirmar que necessariamente ocorrerão ajustes convergentes nas políticas sociais. Em um mundo em que "atores locais têm adotado estratégias de sucesso em termos locais, não há movimento automático ou necessário em direção a uma particular definição de eficiência" (Pierson, 1995:11). Os resultados dependerão do balanço entre forças políticas favoráveis e resistentes à reestruturação do *welfare state*. As tendências econômicas de fragilização devem ser contrapostas à análise do conjunto de forças que garantem estabilidade ao *welfare state*. Os resultados políticos não derivam diretamente das tendências e pressões econômicas. Não há como subsumir a análise dos processos de retração dos *welfare states* aos aspectos econômicos.

⁸ A carga fiscal sobre atividades empresariais diminuiu de 21,2%, em 1980, para 13,5%, em 1993 (isto não é a taxa de desconto do imposto de renda, que é mais elevada) (Schäffer, 1996-a).

⁹ Lembrando sempre que, mesmo quando absolutista, sua capacidade de intervenção era condicionada, isto é, não era ilimitada. O Estado nacional também é *constructo* tipo-ideal. É historicamente datado e não se fez presente da mesma forma em todos os territórios. A concepção atual de Estado diz respeito à forma em que surgiu a partir dos séculos XV e XVI na Europa. Não necessariamente teria caráter universal, em duplo sentido: nem sempre teve (ou tem) caráter global e nem sempre existiu (não é perene) (Esser, 1997).

¹⁰ Para uma visão geral e análise abrangente das noções de crise e reformas na área da saúde, consulte Almeida (1995 e 1997).

¹¹ A expansão dos gastos é anterior, mas é com a crise econômica que o tema toma o centro da agenda.

¹² É interessante observar que o controle e a estabilização de gastos já fora alcançado em alguns países nos anos 70, como é o caso da Inglaterra (Almeida, 1997:193). Isto é, a necessidade de contenção não estava baseada em desempenho inadequado, mas sobre uma retórica da necessidade de contenção.

¹³ A proporção número de contribuintes/beneficiários está ligada ao envelhecimento populacional, mas sua redução não é consequência direta do mesmo, como frequentemente afirmado. Depende também da entrada de novos contribuintes no mercado de trabalho.

¹⁴ Parte do que durante o período nazista foi declarado como monopólio das Associações de Médicos das Caixas passou a ser competência conjunta de ambas (Alber, 1992:47).

¹⁵ Não pela mudança da propriedade dos estabelecimentos de saúde nem pela provisão diretamente privada de seguros doença.

¹⁶ Os novos exemplares recebidos circulam entre os integrantes do departamento antes de serem depositados na biblioteca, rodízio do qual participei durante os 18 meses em que lá estive, o que facilitou o acompanhamento do posicionamento dos atores. Acompanhei também o desenrolar da política de saúde pela grande imprensa.

¹⁷ Consultei ainda a *home page* do Ministério da Saúde alemão. Nesta *home page* pode-se acessar dados financeiros mais recentes e acompanhar as manifestações públicas do Ministro por intermédio de seus comunicados à imprensa (www.bmg.de).

¹⁸ As entrevistas foram feitas com o intuito de melhor compreender o funcionamento do sistema e não de elucidar posicionamentos, não tendo sido realizado a análise de discurso.

PARTE I

A PROTEÇÃO SOCIAL À SAÚDE NA ALEMANHA

I. PROTEÇÃO SOCIAL ALEMÃ

A organização do estado de bem-estar alemão é paradigmática de um dos tipos ideais de caracterização dos sistemas de proteção social modernos: meritocrático-corporativo (Titmuss, 1958), conservador (Esping-Andersen, 1990) ou de seguro social (Fleury, 1994; M. L. Werneck Vianna, 1995).

A gênese e a estrutura do sistema de seguro social alemão estão intimamente ligadas ao conflito capital-trabalho. Na Alemanha, durante o processo conservador de transição para o capitalismo, o Estado autoritário tomou para si a responsabilidade pela segurança social e incluiu gradualmente a população dependente do trabalho assalariado na solidariedade obrigatória¹.

Criado por Bismarck ao final do século passado, o seguro social alemão dirigia-se a um grupo que, embora crescente e economicamente importante, representava ínfima parcela da população: os trabalhadores assalariados (*blue collars*). A política social de Bismarck, para além do enfrentamento da questão social, conformou uma proposta intencional de organização corporativa da sociedade – corporações submetidas ao Estado – e de ampliação do controle social. Buscou combater o avanço da social-democracia através da “realização dos pontos das reivindicações socialistas, que (fossem) sejam adequados e compatíveis com as leis do Estado e da sociedade” (Bismarck *apud* Oliveira, 1995:25; 38). Por conseguinte, a introdução do seguro social sofreu forte oposição dos trabalhadores.

Centrado na esfera do trabalho assalariado, o “Estado de Seguro Social” (*Sozialstaat*) assegura direitos sociais aos cidadãos na medida da sua participação no mercado de trabalho, da mesma forma que, no caso da cidadania brasileira “regulada” (Santos, 1979), pelo lugar ocupado pelo indivíduo no processo produtivo.

Ao condicionar direitos ao mérito individual, o seguro social consolida grupos com diferentes status e privilégios. A necessidade de ajuda é avaliada como merecida ou imerecida, cristalizando-se diferenças sociais com suas respectivas conotações morais (Koch, 1995:81).

A centralidade da política social no mundo do trabalho assalariado caracteriza-se de três maneiras, de acordo com o direito a benefícios sociais: “é dependente de trabalho assalariado anterior; pressupõe disposição para o exercício de trabalho assalariado; e o valor

dos benefícios é definido segundo os rendimentos do trabalho” (Nullmeier & Vobruda, 1995:12).

Esta ênfase no trabalho assalariado faz com que os princípios norteadores das relações de trabalho sejam transpostos para a base da política social. A concepção de que o mérito/remuneração de cada indivíduo corresponde à qualidade e extensão de sua produção torna-se fundamento do sistema de seguro social. No mercado de trabalho, a remuneração estaria em correlação à capacidade de produção de cada indivíduo. No seguro social, os benefícios seriam equivalentes a sua capacidade de contribuição.

A maioria das formas de promoção de equidade no seguro social liga-se à integração no mercado de trabalho em virtude da centralidade no trabalho assalariado. As regras de limite máximo para desconto da contribuição e para obrigatoriedade de participação nos seguros, assim como a não obrigatoriedade de seguro para trabalhos de baixos salários – a chamada ‘ocupação mínima’ –, contudo, quebram esta vinculação na parte superior e inferior desse mercado (Nullmeier & Vobruda, 1995:15). Os assalariados de alta remuneração são liberados da solidariedade coercitiva, e os trabalhadores com baixa integração – trabalho de tempo parcial com remuneração mínima – são punidos, expulsos/excluídos da solidariedade².

Como a cidadania social é regulada pela inserção no processo produtivo, o “processo de inclusão” (Offe, 1990) não seria antagônico à exclusão, mas sim concomitante. Um sistema de seguro social, ao mesmo tempo em que asseguraria transferências e serviços com base em determinados direitos justificados, privaria da garantia desses direitos aqueles que não preenchem os requisitos: “Cada inclusão é acompanhada por uma exclusão (Luhmann), pois cada programa social condicional é construído segundo o esquema ‘se-então’, no qual a negação ‘se não-então não’ está implícita” (Offe, 1990:185s).

A história do desenvolvimento do seguro social caracteriza-se pela inclusão e expansão progressivas. No processo de expansão, tanto foram incluídos, gradualmente novos setores da população, como expandidos os benefícios e serviços cobertos. Houve o reconhecimento cumulativo de necessidades a serem garantidas – doença (1883)³, acidentes de trabalho (1885), velhice (1891), desemprego (1927) e cuidados de longa duração (1994). Ampliou-se o círculo de beneficiários através da inclusão de novos grupos profissionais, expandindo-se a proporção de segurados na população total. Ao mesmo tempo, o nível de renda e abrangência da cesta de serviços afiançados por cada ramo cresceram gradualmente (Alber, 1982:64).

Além da expansão e inclusão progressivas, a história do seguro social alemão foi igualmente marcada pela estabilidade do modelo de seguro social. O sistema criado demonstrou alta estabilidade ao manter sua estrutura básica durante mais de cem anos. Sobreviveu – saiu ileso – à queda do império, à jovem e tumultuada república de Weimar, à inflação de 1923 e à grande depressão do início dos anos 30, ao nazismo (Terceiro Reich), bem como à derrota nas duas guerras mundiais deste século e à ocupação aliada (Winsong & Abel, 1990). E, até o momento, tem sobrevivido ao neoliberalismo.

Em termos gerais, o seguro social alemão caracteriza-se pela participação compulsória dos trabalhadores assalariados mediante contribuições proporcionais aos salários até um limite máximo definido por lei e pela administração autônoma dos órgãos de seguro, que em geral são geridos de forma paritária por trabalhadores e empregadores, os quais participam de forma paritária nas contribuições em quase todos os seus ramos. Os órgãos de seguro social são públicos, mas não estatais, e sua atuação é regulada e controlada pelo Estado.

1. Princípios estruturais do seguro social

O seguro social constituiu-se com base nos princípios de equivalência – característico de qualquer seguro –, de solidariedade – por pressupor alguma redistribuição –, e de subsidiariedade que define a ação estatal como complementar.

Pelo princípio de equivalência, os benefícios são vinculados às contribuições prévias, e diversas instituições são conformadas, dirigidas a distintos grupos de trabalhadores. O princípio da subsidiariedade, por influência da igreja, serve para enfatizar que o Estado somente interferirá quando a capacidade da família estiver exaurida, envolvendo responsabilidade de cada indivíduo. Enfim, o princípio da solidariedade torna as contribuições proporcionais à renda, bem como a concessão dos benefícios de acordo às necessidades, produzindo redistribuição.

Em cada um dos ramos do seguro social, os princípios estruturais deste modelo de proteção manifestam-se de forma diferente. Sua implementação distingue-se conforme as especificidades das atribuições de cada ramo e a ascendência de um sobre os outros é diversa. Isto é, embora os três princípios estruturem o sistema, o predomínio de um sobre os outros em determinado ramo do seguro social é diferenciado.

Nos seguros previdenciário, de desemprego e de acidentes, a maioria dos benefícios é garantida segundo o princípio de equivalência – a extensão dos benefícios depende do valor das contribuições. Assim, há certa correspondência entre benefícios e contribuições. Por sua vez, nos seguros doença e de cuidados de longa duração, predomina o princípio de solidariedade: os segurados, com poucas exceções, têm direito ao mesmo catálogo de serviços, independente do valor das contribuições. Além disso, para os diversos ramos, a autonomia administrativa – instituições não diretamente estatais - assim como a ênfase no trabalho assalariado e a definição inicial do asseguramento apenas aos operários industriais, tem como base o princípio da subsidiariedade: a intervenção estatal na proteção social deve ser subsidiária, complementar. Na realidade, o princípio da subsidiariedade manifesta-se com toda força na assistência social – externa ao seguro social –, cujos benefícios são assegurados somente quando o indivíduo e sua família não estão em condições de suprir as necessidades básicas por meios próprios.

As principais características do seguro social de doença consistem em expressões mediadas destes princípios. O direito à utilização conforme às necessidades, sem relação com o valor das contribuições, e o acesso direto às ações e serviços de saúde, sem pagamento por parte dos segurados – *Sachleistungsprinzip* –, são expressões do princípio de **solidariedade**. A pluralidade de Caixas organizadas por profissão, ramo de produção, região ou empresa e a definição do valor monetário do auxílio-doença correspondente ao salário de contribuição exprimem o princípio de **equivalência**. O apelo à responsabilidade dos indivíduos sobre a própria saúde apóia-se no princípio de **subsidiariedade**.

Esses princípios estruturantes do Seguro Social de Doença – de equivalência, solidariedade e subsidiariedade, analisados a seguir – têm vigência desde a sua criação e se manifestam com ênfases diferenciadas no transcorrer do tempo.

Equivalência

O princípio básico de qualquer seguro é a equivalência. Segundo este princípio, o volume e a extensão dos benefícios recebidos deve corresponder/equivaler ao valor das contribuições pagas pelo segurado.

Em qualquer tipo de seguro, a probabilidade matemática de o dano vir a afetar um indivíduo e o valor monetário do benefício correspondente ao preço do prêmio pago pelo segurado são calculados sob os pressupostos de grande número de segurados para mesmo tipo de risco, a aleatoriedade da entrada dos casos de sinistro e sua independência. A

possibilidade de estimativa dos riscos permite o cálculo das contribuições a serem pagas pelos segurados, de modo que estas sejam suficientes para cobrir as necessidades estimadas com base no princípio de equivalência.

O seguro individual representa uma resposta a possibilidades de danos que ameaçam a empresa ou o indivíduo e que colocam em questão a ação utilitarista máxima de cada um, visto enquanto *homo economicus*. O benefício de um seguro privado é, em geral, a garantia de compensação financeira no caso de o indivíduo sofrer o dano assegurado. A certeza de garantia do benefício por sua vez aumenta a segurança a respeito do futuro. Talvez mais importante que a restituição financeira seja a criação da expectativa de segurança: a redução do desconhecimento a respeito das conseqüências do perigo (Lauer-Kirschbaum & Rüb, 1994:44).

Por sua vez, o seguro social, reduz a insegurança social através da compensação de riscos politicamente definidos. A especificidade do risco no seguro social consiste no reconhecimento político de situações de vida como provocadas pela insegurança social – produção social objetiva dos riscos –, e a vinculação das mesmas ao direito a benefícios sociais estatais (Lauer-Kirschbaum & Rüb, 1994:44).

Na organização da sociedade industrial capitalista, os indivíduos encontram-se submetidos a variados riscos inerentes a ela, cujas origens não podem ser atribuídas apenas a comportamentos individuais inadequados, o que torna pouco plausível que os atingidos possam enfrentar e superar isoladamente o seu destino físico e material. Além disso, apenas pelo lado da discussão da questão dos riscos – sem entrar aqui na análise sobre origem e determinações da política social, que não é objeto deste estudo –, o enfrentamento coletivo dos riscos decorre de suas conseqüências negativas coletivas, seus custos externos (Offe, 1990). Ocorre, assim, o reconhecimento dos riscos e de suas formas de enfrentamento pelo Estado central, levando-os a integrar a sua agenda.

O princípio da equivalência decorre não apenas da lógica de seguro, mas também da transposição de princípios regentes das relações de trabalho para a política social. Embora a remuneração do trabalho seja conforme ao valor mínimo necessário para sua reprodução e não ao valor produzido/agregado, existe certa correspondência entre a remuneração e a quantidade de trabalho realizado. Desse modo, a concepção de que há relação de equivalência entre a quantidade de trabalho realizado pelo indivíduo e sua remuneração correlaciona-se à aceção, no seguro social, de que os benefícios devem corresponder às contribuições.

Ao mesmo tempo, segundo Offe (1990), o princípio de equivalência evita o gozo de benefícios por pessoas não autorizadas pelas contribuições, garantindo apoio ao modelo de proteção quando prevê que o nível de benefícios deve ser correspondente às contribuições. Previne a redistribuição interna proposital entre os participantes de maior e menor renda. A redistribuição que de fato ocorre ao interior da comunidade de segurados não pode ser conhecida com antecipação, pois isto viria a corroer a legitimidade do sistema público (Offe, 1990).

Entretanto, no seguro social, a equivalência entre contribuições e benefícios é rompida com a finalidade de compensação social. A vigência concomitante da solidariedade ameniza o exercício da equivalência. Contribuições e benefícios estão relacionados aos salários, contudo não há equivalência imediata entre ambos. O segurado não recebe de volta o valor da conta individual de contribuições capitalizada no transcorrer dos anos. Uma **necessidade** básica de manutenção do padrão de vida **merecido** pela sua participação no mercado de trabalho – conquistado durante a vida produtiva – é definida politicamente.

A previdência social é o ramo do seguro social alemão em que a equivalência tem maior importância. A fórmula para cálculos de aposentadoria é apresentada como expressão da configuração de benefícios equivalentes às contribuições, porém, não há relação constitutiva direta entre a contribuição e o valor da aposentadoria. A posição que o segurado ocupa na hierarquia de renda justifica o valor da participação individual no volume financeiro colocado posteriormente à disposição, o qual, por sua vez, é determinado conforme algum objetivo de segurança social (Kolb *apud* Nullmeier & Vobruda, 1995:16).

O nível do salário de contribuição – a que devem corresponder as transferências financeiras dos diversos ramos do seguro social – tem por base não apenas o **mérito**, mas também certa concepção de **necessidade** a ser suprida, que é, por sua vez, politicamente definida (Nullmeier & Vobruda, 1995). Por conseguinte, está presente uma concepção de garantia de direitos conforme a necessidade – *Bedarfsgerechtigkeit* – nos diversos ramos do sistema, como, entre outros, assistência médica completa em caso de doença, garantia do padrão de vida em níveis reduzidos no seguro-aposentadoria após o cumprimento do tempo de trabalho – 68% em aposentadoria padrão após 45 anos de seguro – e no seguro desemprego (60% no seguro desemprego e 53% no auxílio desemprego). Pode-se, portanto, considerar que o princípio de equivalência no seguro social vige de forma mediada – ‘equivalência mediada’.

No seguro social de doença, a solidariedade suplanta a equivalência, desvinculando o direito à atenção do valor das contribuições. Neste ramo do seguro social, o princípio de equivalência vige apenas para o auxílio-doença que é correspondente à determinada proporção dos salários de contribuição. Vigora uma equivalência igualmente mediada, pois os benefícios não correspondem diretamente ao valor das contribuições, uma vez que as transferências não têm por base fundos individuais capitalizados, e o nível de reposição salarial em caso de doença é definido politicamente.

Originalmente, o princípio de equivalência tinha maior significado também para o Seguro Social de Doença em virtude da maior participação das transferências financeiras no conjunto de gastos. Embora o pagamento de benefícios em espécie, especialmente o auxílio-doença, permaneça como encargo do seguro social de doença, sua importância relativa diminuiu no transcorrer dos anos devido à expansão do catálogo de ações médico-sanitárias e conseqüente redução dos benefícios em dinheiro. Ao mesmo tempo, em razão de mudanças na legislação, passaram a fazer parte do seguro social transferências financeiras desvinculadas do valor das contribuições – em particular, relativas à política familiar e à maternidade; o que diminuiu a importância do princípio de equivalência para a própria definição do valor das transferências financeiras.

No debate atual, o apelo ao princípio de equivalência no seguro social de doença serve para a defesa da exclusão destes últimos benefícios, tidos como “estranhos ao seguro” – *Fremdleistungen* (Arnold, 1993:28). Estes seriam da competência estatal direta e deveriam ser financiados com recursos fiscais, de modo a aliviar o caixa dos órgãos de administração autônoma dos seguros sociais.

Embora certa equivalência venha a ser inevitável na sociedade capitalista, é importante não esquecer que o nível a partir do qual ela deve vigorar é politicamente definido. O ponto de equilíbrio entre equivalência e necessidade constitui objeto de constante disputa.

Solidariedade

Diversos significados e empregos são atribuídos à solidariedade: não é apenas preceito moral; é palavra de ordem, é vínculo de classe, é justificativa para a redistribuição que ocorre ao interior do seguro social. Operacionalmente, para o seguro social como um todo, o princípio da solidariedade, ao contrário do de equivalência, significa que o ônus de cada um deve ser redistribuído dentro de uma comunidade solidária e não que cada grupo de risco deva acumular reservas de capital, disponíveis para cobrir danos futuros.

A palavra solidariedade origina-se de sólido (em latim *solidum*), o que lhe imprime o sentido de estar sobre bases firmes. Estar com outros na mesma situação, ter interesses comuns. A expressão do senso comum que talvez melhor defina solidariedade seja: “um por todos e todos por um” (Schönig, 1996:101). Nesta sentença, solidarizar-se significa colocar-se conscientemente no lugar do outro. Identificar-se com o destino do outro. O que acontece ao outro é experimentado como se tivesse ocorrido a cada um. O indivíduo se identifica com o grupo e o grupo se identifica com o indivíduo (Baumgartner, 1997:30). Assim, solidariedade é relação de responsabilidade entre pessoas unidas por interesses comuns, de maneira que cada elemento do grupo sinta a obrigação moral de apoiar os outros.

Enquanto princípio moral na tradição judaico-cristã, a solidariedade vincula o indivíduo a uma comunidade fundamental, na qual todos – homens e mulheres – são portadores de dignidade pessoal em virtude de serem criados por Deus à Sua imagem e semelhança (Baumgartner, 1997:30). Nesta tradição, como tal princípio advém da comunhão de pertencimento à comunidade humana de seres dignos, recebe valor universal. Refere-se a todos os seres humanos, valendo para toda situação em que a realização de vida digna esteja obstaculizada.

Na tradição socialista, a solidariedade provém do pertencimento à mesma classe social. O interesse comum de classe imprime a cada um a obrigação moral de responsabilizar-se pelo destino do outro. Este é o sentido em que o termo solidariedade foi empregado nas lutas dos trabalhadores no século passado, enquanto solidariedade de classe social. Nesta acepção, o reconhecimento de um ‘nós’ inclusivo – de um “estamos no mesmo barco” – e a identificação com o destino do outro são decorrências do pertencimento comum de classe.

Ao final do século passado, esta solidariedade espontânea de classe expressava-se em Caixas autônomas de ajuda mútua, organizadas pelos trabalhadores, que foram incorporadas na legislação social. Alguns autores, por isso, referem-se a uma solidariedade coercitiva em razão de a filiação ao seguro social ser legalmente obrigatória e ter substituído iniciativas próprias dos trabalhadores (Koch, 1995). A solidariedade teria nesta acepção duas facetas. Uma, coercitiva, imposta pelo sistema de seguro social. Outra, espontânea, de classe, democrática/política, exercitada pelos trabalhadores.

Solidariedade significa responsabilização coletiva pela garantia de uma vida digna. Solidariedade é produto cultural, fruto do processo civilizatório e como tal necessita ser reiteradamente preservado e recriado. Não é suficiente, porém, que a solidariedade se

apresente enquanto consciência moral; é preciso que seja institucionalizada em reais possibilidades de comportamento⁴ (Kühn, 1995-b:16). Neste sentido, a solidariedade decorre de uma postura igualitária e civilizatória que se materializa em instituições de bem-estar.

É com sua institucionalização nos diversos ramos do seguro social que o princípio de solidariedade vem a ser implicitamente definido. Operacionalmente, para o seguro social como um todo, o princípio da solidariedade é vínculo que responsabiliza cada segurado pelos encargos do conjunto. Significa que o ônus de cada um deve ser redistribuído ao interior de uma comunidade solidária (Graf von der Schulemburg, 1990:317).

Em virtude da centralidade no trabalho assalariado, que estratifica os direitos conforme a inserção no processo produtivo, o seguro social tem por base a solidariedade de grupo. Os grupos são constituídos de modo mais ou menos homogêneo. Definem-se conforme a posição ocupada na produção, excluindo-se do seguro obrigatório as remunerações muito altas e muito baixas. Deste modo, o princípio da equivalência condiciona a solidariedade e esta se exerce de forma partida. Esta maneira de segmentação na garantia da cidadania social – segundo a inserção no mercado de trabalho – é característica do modelo de seguro social. Neste modelo, a redistribuição típica ocorre apenas entre os integrantes de mesmo grupo ocupacional. Tradicionalmente, o modo de inclusão no seguro social promoveu a distinção entre os operários e os empregados e trabalhadores dos diversos ramos da produção. Estes estariam submetidos a diferentes riscos e deveriam formar grupos distintos.

A conformação de grupos com certa homogeneidade tendo como meta facilitar o exercício da solidariedade grupal é também a justificativa para a exclusão de grupos de assalariados com remunerações muito altas e muito baixas, assim como para a definição de nível máximo de renda para as contribuições obrigatórias. Com a definição destes limites, o apelo a contribuir solidariamente não tensionaria demais os interesses individuais e não afetaria a coesão do grupo. Estas exclusões evitariam a sobredimensão da disposição dos indivíduos de maior renda para a solidariedade.

O significado do exercício da solidariedade modificou-se no processo de expansão do seguro social. Inicialmente, a comunidade solidária era entendida como composta por um grupo de indivíduos de mesma camada social, os operários industriais. Atualmente, a redistribuição se dá entre diferentes estratos sociais.

Tal evolução da proteção social da Alemanha subentende a ampliação da solidariedade de grupo, pois tanto os grupos tornaram-se cada vez mais abrangentes, como o financiamento mediante recursos fiscais adquiriu maior importância com o passar do tempo.

O seguro social de doença é o ramo do seguro social em que o princípio da solidariedade adquire maior importância. Ao passo que nas outras áreas do seguro social vigora uma "equivalência mediada pela solidariedade", no Seguro Social de Doença impera o princípio da **necessidade**, o que o torna um sistema cunhado pelo princípio da solidariedade.

Os segurados recebem assistência na medida de suas necessidades de saúde e contribuem de acordo com sua capacidade financeira. Idade, sexo, risco de adoecer, estado de saúde e composição familiar não são levados em conta no cálculo das contribuições. As contribuições dos segurados – enquanto proporção de seus salários – são **dependentes** de suas possibilidades financeiras. O direito à atenção conforme a necessidade é **independente** do valor das contribuições, isto é, da capacidade de financiamento de cada indivíduo (Nullmeier & Vobruda, 1995:21).

Embora a proteção à saúde seja solidária e abrangente, é necessário lembrar que a solidariedade é restrita aos integrados ou àqueles com disposição para participar no mercado de trabalho. Além disso, nem toda a população empregada é obrigatoriamente assegurada.

A vigência do princípio da solidariedade produz redistribuição ao interior do seguro social de doença. Contribuições proporcionais à renda e direito a benefícios correspondentes às necessidades levam a efeitos distributivos para muito além das técnicas de seguro de compensação de riscos. Entre os incluídos, os trabalhadores em melhor situação financeira contribuem para a satisfação das necessidades dos economicamente mais fracos. Os sadios ou os que adoecem com menos frequência pagam para os doentes; os segurados sem dependentes, para os segurados com dependentes; e, por fim, os mais jovens, para os mais velhos. A redistribuição é principalmente horizontal, isto é, ocorre ao interior de mesma "comunidade" de trabalhadores submetidos a certos riscos comuns. E embora seja também vertical quando efetuada desde os grupos que recebem melhor remuneração para os que obtêm pior remuneração, não se realiza diretamente e de modo mais intenso entre os grupos mais bem remunerados e aqueles em pior situação econômica. A redistribuição efetua-se com primazia entre grupos com baixo risco de adoecer e maior remuneração e os grupos com alto risco de adoecer e baixa renda.

É igualmente uma redistribuição entre jovens e velhos – o chamado contrato intergeracional. O seguro social de doença dos aposentados é deficitário. A receita das

contribuições pagas por aposentados (50%) e pela previdência social (50%) – correspondente ao que seria o encargo dos empregadores – não é suficiente para cobrir as despesas com saúde dos aposentados. Uma parte das contribuições dos trabalhadores ativos – equivalente a cerca de três pontos percentuais – financia o déficit do seguro social de doença dos aposentados (Oldigen, 1994:73).

Tradicionalmente, esta redistribuição limitava-se ao interior do grupo de segurados de cada uma das Caixas de Doença – *Krankenkasse* –, organizadas por ocupação, região ou empresa e com adscrição compulsória de clientelas. Contudo, a partir de 1993, ampliou-se a redistribuição para o conjunto do sistema por meio da Lei da Estrutura da Saúde. Com o intuito de estimular a competição entre as Caixas, esta lei estendeu a liberdade de escolha das Caixas - anteriormente restrita a certos grupos ocupacionais - para a maioria dos segurados. Ao mesmo tempo, para evitar a competição predatória, criou-se um mecanismo de transferências financeiras entre as Caixas com o objetivo de compensação da estrutura diferenciada de riscos de seus segurados.

Por meio deste mecanismo, a redistribuição rompeu os limites da comunidade de segurados de cada Caixa, o que levou à redução da amplitude das diferenças existentes entre as taxas de contribuição das diversas Caixas. As taxas de contribuição eram bastante diferenciadas até então, em virtude da adscrição compulsória de segurados a distintos tipos de Caixas conforme sua inserção no processo produtivo e dos diferentes riscos daí decorrentes.

Para Offe (1990:181), a redistribuição que tem lugar no âmago do sistema seria não-intencional; aconteceria entre pessoas sadias e doentes, entre necessitados de terapias mais caras e mais baratas, entre famílias com e sem crianças, entre pessoas que morrem cedo e que vivem mais e não seria estrategicamente aspirada. Os efeitos de redistribuição decorreriam de circunstâncias naturais da existência humana, uma vez que estas são contingentes.

Os segurados reconhecem a validade da redistribuição que ocorre ao interior do sistema – expressão do princípio de solidariedade. Pesquisas de opinião e análises qualitativas têm demonstrado que o efeito redistributivo em favor dos mais idosos, doentes crônicos e familiares dependentes é desejado pelos segurados (Ulrich et al., 1994; Rinne & Wagner, 1995; Braun, 1995; SVR, 1994). A aceitação da redistribuição, porém, não decorre apenas do alto valor atribuído à solidariedade. As justificações normativas para a solidariedade têm papel subordinado para a aceitabilidade do sistema. Cálculos comuns, não financeiros, de interesse individual é que garantem semelhante aceitabilidade (Ulrich et al.,

1994). Trata-se de um cálculo de interesse intertemporal que torna aceitável o sistema solidário: a expectativa de utilização e a confiança na garantia de atenção futura.

Embora poucos sejam os que se consideram na posição de favorecidos pela redistribuição, a consideração da redistribuição pelos segurados como primariamente intertemporal – da juventude para a velhice – mais do que interpessoal, bem como a indesejabilidade da mudança de posição – ninguém deseja ficar doente para utilizar mais serviços – faz com que a posição de pagante-líquido – avaliam que pagam mais do que gastam com a utilização – seja apreciada como positiva (Ulrich et al., 1994:370). A garantia da possibilidade de uso segundo o princípio da necessidade, na qual os segurados incluem suas expectativas de utilização futura, torna a redistribuição aceitável (Ulrich et al., 1994:356). A compensação é estar sadio, e o fator tempo exerce aí papel fundamental. O sistema garante a reciprocidade no caso de mudança de posição em razão da expectativa de maior utilização futura. Quanto mais idoso for um indivíduo, maior será a probabilidade da necessidade de atenção, havendo assim a perspectiva de redistribuição intertemporal em benefício de cada um.

Desse modo, os segurados têm confiança na estabilidade da garantia de proteção em situações futuras que ultrapassem sua capacidade de pagamento. Valorizam de modo positivo suas experiências de utilização e levam em conta que, no futuro, a atenção da qual necessitarem estará garantida, demonstrando alta satisfação com o sistema solidário (Ulrich et al., 1994; Rinne & Wagner, 1995; Braun, 1995; SVR, 1994). Para a maioria deles, o sentimento de segurança baseia-se na forma de organização do sistema, tida como a mais adequada para o asseguramento do risco de doença: um sistema obrigatório e solidário, no qual a futura utilização não se vincula à capacidade de financiamento individual e dependerá da necessidade.

Subsidiariedade

Dentre os princípios básicos do seguro social de doença, o Código Social alemão – *Sozialgesetzbuch-SGB* –, inclui também a **subsidiariedade**. Segundo este princípio, a responsabilidade primeira pela saúde é do indivíduo e de sua família; assim, “*a compensação solidária deve ser uma ajuda para a auto-ajuda*” (BMA, 1994:140).

O Quinto Livro do Código Social, que trata de modo específico do seguro social de doença, apela para a responsabilidade dos segurados: “Os segurados são co-responsáveis por sua saúde. Eles devem contribuir para a prevenção das doença e da incapacidade e a

superação de suas conseqüências, através de uma conduta de vida conscientemente saudável e uma participação precoce em medidas preventivas, bem como através da cooperação ativa no tratamento das doenças e na reabilitação” (SGB, 1993:109).

A vigência do princípio de subsidiariedade no seguro social de doença significa que os riscos dos custos da doença somente devem ser garantidos por uma comunidade solidária maior quando o indivíduo ou sua família, por si mesmos, não estiverem em condições de superar o risco⁵. Este princípio justifica a definição do limite máximo de renda para a obrigatoriedade de participação no seguro social. Quem recebe acima da quantia delimitada por lei, deve prover por meios próprios sua proteção mediante a compra de seguro privado ou a formação de poupança.

No decorrer de mais de cem anos de história do Seguro Social de Doença, o princípio da subsidiariedade perdeu a força na estruturação do sistema. Originalmente, este princípio tinha maior importância porque o grupo de segurados obrigatórios era pequeno e a extensão dos benefícios era baixa (Graf von der Schulemburg, 1990:315). Seu significado passou, de modo gradual, para segundo plano com a inclusão de parcela cada vez maior da população e com a ampliação do catálogo de ações médico-sanitárias e benefícios que ações que, por tradição, constituíam encargo da família. Os cuidados dispensados aos velhos, por exemplo, tradicionalmente quase que restritos à comunidade familiar, foram assumidos aos poucos pelo seguro doença até 1994, quando se criou novo ramo do seguro social: o seguro social de cuidados de longa duração – *Pflegeversicherung* –, que assegura cuidados domiciliares e asilares, sobretudo para idosos. Este caso exemplifica uma necessidade antes coberta de forma subsidiária e que foi incorporada ao sistema solidário.

No momento presente, é na assistência social que vigora integralmente o princípio da subsidiariedade. A assistência social – na verdade, externa e complementar ao sistema de seguro social – elucida o princípio da subsidiariedade. O Estado só pode intervir quando o indivíduo e sua família estão impossibilitados de assegurar a subsistência por meios próprios.

A assistência social é baseada em financiamento fiscal sem contribuições diretas dos beneficiários, mas o auxílio só se concretiza pela comprovação da carência. Uma prova da necessidade é decisiva para o direito ao benefício e para definir o tipo e a extensão da assistência social. A assistência social é ajuda individualizada, ajustada à situação de cada caso e deveria ser, ao mesmo tempo, subsidiária: complementar à ajuda própria e ao auxílio dos familiares (Frerich, 1996:35).

Em razão da ampla cobertura e da extensão do catálogo de ações, o princípio da subsidiariedade não caracteriza a prática atual do seguro social de doença. Entretanto, o recurso à subsidiariedade está hoje no centro da argumentação por políticas de contenção. No debate atual, alguns autores chegam a questionar se a grande maioria da população coberta pelo seguro social de doença é, de fato, necessitada de proteção (Graf von der Schulenburg, 1990; Arnold, 1993).

A reatualização contemporânea do significado de subsidiariedade justifica uma breve recuperação do debate sobre o significado desse termo, cuja discussão tem assumido diferentes ênfases e ainda é objeto de controvérsia.

Na Alemanha, o debate sociopolítico sobre a questão da subsidiariedade mantém a vitalidade há mais de um século (Deppe, 1985; Sachße, 1994) e reiteradamente tem adquirido importância em períodos de crise e altos índices de desemprego (Deppe, 1985). Desde os anos 80, com a coalizão liberal conservadora no poder, o tema tem sido evocado como fundamento para a maioria das reformas conservadoras.

As mais diferentes discussões acerca da ordem política deixam-se subsumir ao termo subsidiariedade: debates sobre a relação entre auto-responsabilidade e regulação estatal, assistência social pública e beneficente, pequena redes sociais e grandes organizações burocráticas. No que diz respeito ao seguro social, sua preponderância inicial explica o caráter restritivo do sistema: a pouca abrangência do grupo de segurados e os benefícios estritos. Desde o começo, a discussão sobre subsidiariedade desenvolve-se segundo duas linhas principais de interpretação: uma, de caráter liberal – de defesa da “livre iniciativa” – e outra, de maior influência na implementação deste princípio na Alemanha, advinda da doutrina social católica.

Uma das raízes do princípio de subsidiariedade encontra-se no pensamento liberal dos séculos XVIII e XIX (Sachße, 1994:718). Na concepção liberal, a sociedade era concebida como autônoma: uma sociedade de trocas auto-reguladas pelas leis de mercado, na qual o indivíduo – sujeito livre de qualquer coerção e auto-responsável – se socializa. O Estado, concebido como esfera distinta da sociedade e responsável pelo exercício legítimo da violência, teria como tarefa essencial a defesa das condições gerais de sociabilização – *Vergesellschaftung* – da sociedade de trocas. A garantia da existência deveria ser deixada à iniciativa própria do indivíduo, porque, na concepção liberal, a reprodução pertence à esfera privada, é responsabilidade primária do indivíduo. A responsabilidade do Estado deveria restringir-se a situações excepcionais, nas quais o indivíduo não consegue garantir sua

existência por meios próprios, suprindo suas necessidades no mercado. Ou seja, a atuação do Estado deveria ser **subsidiária**, o que garantiria a liberdade individual (Sachße, 1994).

Como a ajuda é subsidiária – quer dizer, é complementar, vem em segunda linha –, a necessidade tem que ser comprovada. A subsidiariedade legitima os chamados testes de meios como condição de elegibilidade para acesso aos benefícios. Este princípio – para os liberais, antes de tudo, defesa da esfera privada, da liberdade individual – é que permite a intromissão, por vezes drástica, do Estado na vida privada dos indivíduos (Deppe, 1985:85).

Em síntese, na tradição do pensamento social liberal, subsidiariedade refere-se à distribuição da responsabilidade social entre indivíduo, comunidade e Estado, em que a auto-responsabilidade individual tem precedência sobre a proteção e a segurança estatais (Sachße, 1994:718).

A outra linha de interpretação do princípio de subsidiariedade está no pensamento social católico. Na Alemanha, pela forte ascendência da doutrina católica no que se refere à difusão deste princípio, a vigência da subsidiariedade adquire conotação diferente da concepção plenamente liberal.

O catolicismo social alemão delimitou seu campo político em contraposição tanto ao liberalismo como ao socialismo (Sachße, 1994:725). Como a igreja exerceu influência na conformação do próprio Estado Social, a subsidiariedade serviu para enfatizar que o Estado somente deve interferir quando a capacidade da família estiver exaurida (Esping-Andersen, 1990:27). Embora há muito difundido pela doutrina católica, o termo apenas foi explicitamente referido na *Encíclica Social Quadragesimo Anno*, de 1931, em contexto de avanço do socialismo e de expansão das doutrinas totalitárias na Europa (Baumgartner, 1997).

Na formulação clássica dessa *Encíclica*, subsidiariedade constitui o princípio de equilíbrio no campo de tensão entre a intervenção estatal e a liberdade societária. A liberdade de iniciativa individual é afirmada e a intervenção estatal é considerada como de apoio, subsidiária às iniciativas individuais ou às de grupos subordinados. “O que cada um a partir de sua própria iniciativa e com suas próprias forças pode produzir-conseguir não lhe deve ser subtraído e destinado à atividade da Sociedade (Estado), pois deste modo repudia-se a justiça. O que as coletividades pequenas e sub-ordenadas podem fazer e levar a bom cabo ser tomado como direito das demais comunidades sobreordenadas, é simultaneamente e antes de tudo, prejudicial e perturba toda a ordem social. A atividade da sociedade (Estado) é em sua essência e conceito subsidiária: ela deve apoiar os membros do corpo social, mas nunca lhe é

permitido destroçá-los ou absorvê-los” (*Quadragesimo Anno apud Baumgartner, 1997:35; apud Deppe, 1985:84*).

Assim, o Estado não deveria subtrair às famílias as tarefas que elas mesmas estão em condições de preencher. Seria preciso que se promovesse e possibilitasse a auto-ajuda. E, após o auxílio bem sucedido para a auto-ajuda, a comunidade/Estado deveria retirar-se (Schönig, 1996:102). Além disso, para a igreja católica, a subsidiariedade seria o corretivo contra o excessivo coletivismo. “a arma e o muro de proteção contra tudo o que o coletivismo é, e o que leva ao coletivismo” (Nell-Breuning, 1955 *apud Deppe, 1985:84*).

A sociedade, na concepção da doutrina católica, compõe-se organicamente por variado conjunto de coletividades dispostas em círculos ou camadas concêntricas. Cada coletividade menor tem, frente às maiores, a responsabilidade primeira pela conformação da vida de seus membros. Um possível entendimento seria o seguinte: antes de tudo, o indivíduo deve se auto-ajudar; quando ele tiver esgotado esta possibilidade, a família deve auxiliá-lo; unicamente depois de efetuado este apoio é que deve atuar o município, para então interferir o estado e, posteriormente, a União (Frerich, 1996:32).

Para outros representantes da doutrina social católica, no entanto, o princípio de subsidiariedade não afirma incondicionalmente que os indivíduos e as pequenas comunidades devam atuar primeiro e, somente após terem esgotado todas as suas forças, é que a sociedade e o Estado devem intervir. Estes reformistas sociais católicos defendem que, antes que homens e mulheres possam colocar suas próprias forças em movimento, é necessário que a sociedade já tenha realizado uma série de medidas (Nell-Breuning *apud Engelhardt, 1994:740*). Os riscos sociais não podem ser combatidos apenas pelo indivíduo; a sociedade tem que garantir condições prévias para a promoção de cada indivíduo. Mais que assegurar igualdade de oportunidades, esta intervenção seria uma “ajuda para a auto-ajuda”. No dito “não dê ao pobre o peixe, ensine-o a pescar”, se fossem enfatizadas as tais condições, a frase completa seria: “promova os meios para que possa adquirir e manejar os instrumentos de pesca”.

Esta é a reformulação da concepção de subsidiariedade da doutrina cristã alemã efetuada no final dos anos 50 por Nell-Breuning. Segundo este reconhecido representante da doutrina social católica, a sociedade/Estado deve garantir as precondições para auto-ajuda. Para que o indivíduo possa empregar suas forças com êxito, torna-se necessário uma série de medidas prévias por parte do Estado. Além disso, as coletividades menores têm também o direito de reivindicar auxílio às coletividades sobreordenadas.

Ao mesmo tempo, para a doutrina social católica, subsidiariedade e solidariedade não são noções contraditórias. Embora o princípio da subsidiariedade possa ser entendido como contrário ao princípio da solidariedade em virtude de o primeiro representar o pensamento liberal – no qual a intervenção do Estado deve se dar apenas nos casos em que o indivíduo não possa suprir sua necessidade no mercado – e a solidariedade, o valor socialista, de igualdade – em que a redistribuição objetiva a equalização de benefícios líquidos individuais (Pereira, 1990:413) –, na acepção da doutrina social católica, o princípio da subsidiariedade seria imanente à idéia de solidariedade, pois a subsidiariedade enfatiza a auto-responsabilidade do indivíduo não apenas por si mesmo, mas também pelo conjunto da comunidade solidária à qual pertence (Baumgartner, 1997:32; Frerich, 1996:32;).

O pensamento social católico diferencia-se do liberal clássico por destacar a necessidade de o Estado garantir as condições para a promoção do desenvolvimento das potencialidades de cada família, no direito das comunidades menores em relação às maiores e na consideração da família e não do indivíduo como núcleo social básico (Deppe, 1985; Sachße, 1994). Estas são as características impregnadas ao princípio de subsidiariedade na conformação da proteção social alemã em razão da influência da igreja católica. A questão da solução das necessidades via mercado, embora presente pelo lado liberal, tem menor destaque.

A discussão sobre a subsidiariedade assume diferentes ênfases no transcorrer do século XX. Em geral, volta-se para a questão da assistência social, em que a igreja tem, por tradição, maior participação mediante suas entidades filantrópicas, mas na atualidade adquire relevância para a área da saúde – em especial, pela influência do neoliberalismo.

Contemporaneamente, alguns autores levantam a necessidade do debate de uma nova subsidiariedade. Esta objetivaria a substituição da condução externa reguladora por uma autocondução situacional (Sachße, 1994:734; Wilke, 1996). Assim, a subsidiariedade descreveria a relação entre subsistemas autônomos auto-referenciados, que não conhecem nem ponta nem centro (Luhmann *apud* Sachße, 1994:734).

No debate acadêmico atual, podem-se observar duas concepções distintas para a subsidiariedade na área da saúde. Uma, que defende entendimento mais restrito e apela para a auto-responsabilidade dos indivíduos (Arnold, 1993; Graf von der Schulemburg, 1990). Estes devem, antes de tudo, auto-ajudar-se e solicitar o apoio da família antes de recorrer aos benefícios sociais do Estado. Outra corrente, preocupada com a manutenção de um sistema solidário, retoma as formulações sobre subsidiariedade do político social católico Nell

Breuning. Para este reformador social católico, como mencionado acima, a sociedade deve criar condições e pressupostos sob os quais cada indivíduo possa exaurir as próprias possibilidades. Nesta concepção, subsidiariedade deixa de ser antagônica à solidariedade, e as ações devem ser prestadas por aquelas instituições tidas como mais adequadas para tal (Reiners, 1987).

Por conseguinte, nessa linha de pensamento, a forma atual do seguro social de doença organizado em órgãos autônomos da influência estatal direta, é o sistema mais adequado para uma ‘economia social de mercado’, denominação atribuída ao modelo alemão pelos democrata-cristãos. A pluralidade de Caixas, com sua especificidade para algumas profissões, seria expressão da subsidiariedade. Caixas diferenciadas corresponderiam a exigências de determinadas regiões ou profissões. Os mineiros e agricultores, por exemplo, possuem Caixas próprias, com condições especiais de financiamento e subsídio estatal direto.

Na década de 1990 revitalizou-se o debate sobre o princípio da subsidiariedade, em especial na área da saúde. Pode-se dizer que, hoje, o fortalecimento do princípio de subsidiariedade – expresso nas proposições de estímulo à auto-responsabilidade – corresponde à premissa neoliberal de mais mercado/menos Estado.

Privatização de riscos, seletividade e focalização – princípios neoliberais para a área social – são defendidos tendo por fundamento a subsidiariedade da intervenção estatal. Subsidiariedade é o princípio básico da política social focal. Política focal é, em essência, o conjunto de medidas definido para minorar os problemas sociais apenas de extratos populacionais mais expostos aos riscos, selecionados a partir de algum critério.

A defesa da subsidiariedade significa, no debate atual, a retirada da garantia de asseguramento coletivo de riscos tanto através de diminuição da participação estatal quanto mediante a redução da parcela da provisão garantida solidariamente via seguro social.

De todo modo, o recurso à subsidiariedade não levaria necessariamente à completa retirada do Estado. Embora o apelo atual para auto-responsabilidade em nome da subsidiariedade tenha como propósito limitar e/ou dispensar a ajuda estatal, a subsidiariedade, mesmo em seu sentido mais estrito, tem dupla implicação. Ao mesmo tempo em que a intervenção estatal deve ser apenas complementar, a vigência da subsidiariedade significa que o Estado intervém em alguma medida. Assim, apelar à subsidiariedade significaria rediscutir a ‘justa’ medida da intervenção estatal e não a retirada do Estado.

2. Ramos do seguro social alemão

Desde a sua criação, ao final do século passado, o sistema de seguro social alemão foi progressivamente ampliado, tanto por meio da extensão cobertura populacional como pela elevação dos níveis dos benefícios garantidos, como dito acima, mantendo, porém, suas características básicas. Atualmente é composto pelo seguro velhice, invalidez e morte – previdência –, seguro-doença – que inclui, além da atenção médica em todos os níveis, assistência odontológica, farmacêutica e auxílio-doença –, seguro desemprego, seguro de acidentes de trabalho e seguro para cuidados de longa duração. A seguir apresento em breves linhas cada um destes ramos, com exceção do seguro social de doença, objeto de extensiva análise nos capítulos subseqüentes.

Previdência social ou seguro velhice, invalidez e morte

A previdência social é assim como os outros ramos do seguro é de afiliação compulsória e financiada por meio de contribuições sociais sobre os salários pagas de forma paritária por empregadores e trabalhadores e, parcialmente, por transferências da União que correspondem a cerca de 20% das aposentadorias pagas. As contribuições para a previdência social são atualmente (1997) de 20,3% – 10,15% pagos pelo empregador, 10,15% descontados do salário do trabalhador – até o limite máximo de contribuição de cerca de 5.000 reais – 8.200 marcos⁶. O direito à aposentadoria é definido pela idade, aos 65 anos para homens e 60 anos para as mulheres. Para as mulheres, atualmente vige uma regra de transição. Com a reforma de 1992, a idade de aposentadoria das mulheres será ampliada de modo progressivo e, a partir do ano 2000, as mulheres também só poderão aposentar-se aos 65 anos de idade. O valor da aposentadoria depende do tempo e valor das contribuições, correspondendo ao máximo de 70% dos salários de contribuição⁷. Com 45 anos de asseguramento e 65 anos de idade, o indivíduo recebe cerca de 70% da sua renda de contribuição, calculada com base nas contribuições de toda a sua vida ativa. A acumulação da aposentadoria com salários só é permitida para maiores de 65 anos (VDR, 1997).

Aposentadorias em idade inferior dependem de uma série de condições e são facilitadas no caso de desemprego. A aposentadoria prévia para ambos os sexos pode ser solicitada a partir de 35 anos de asseguramento e 63 anos de idade ou, em caso de desemprego, aos 60 anos de idade sob certas condições. O limite de idade para aposentadoria precoce por idade, em decorrência de desemprego, será abolido para ambos os sexos, será elevado para 65 anos de forma progressiva, a partir de 1997 até o ano 2001. A aposentadoria

precoce a partir dos 60 anos só será possível se reduzida, sendo diminuída em 0,3% a cada mês de solicitação prévia. Isto é, redução é de 18% no valor da aposentadoria para quem vier a solicitá-la com 60 anos.

Para o cálculo de aposentadorias são principalmente contabilizados os anos de contribuição, mas também se levam em conta os períodos dedicados à educação de filhos, serviço militar e formação. Esse cálculo, até 1997, considerava até 7 anos para formação, a contar dos 16 anos. A partir de 1997 contabilizam-se apenas 3 anos e a partir da idade de 17 anos⁸. Para o cálculo do valor da aposentadoria são estimados todos os anos de asseguramento. O salário é comparado com os rendimentos médios do trabalho assalariado no ano de referência. Se o indivíduo tiver contribuído na média, recebe um ponto por ano. Seu número total de pontos é multiplicado por um valor básico de aposentadoria.

Na última reforma da previdência, em 1992, foram realizados cortes e ajustes que estão entrando em vigor somente este ano (1997). A principal mudança foi o aumento da idade de aposentadoria das mulheres para 65 anos, igualando-a à dos homens, segundo regras de transição. Estas regras porém ainda não foram implementadas, tendo sido novamente postergadas.

Atualmente (1997), o governo apresenta nova proposta de ajuste da previdência, que consiste na introdução de um fator demográfico capaz de corrigir os reajustes das aposentadorias conforme a evolução da expectativa de vida aos 65 anos. Diminuir-se-iam os reajustes até o valor da aposentadoria atingir o patamar de 64% dos rendimentos do trabalho anterior à aposentadoria – isto, para aposentadorias com 45 anos de contribuição e aos 65 anos de idade –, ou seja, propõe-se a redução do valor das aposentadorias até o ano 2030⁹.

É interessante notar que, embora restrições – como acima apontado - tenham sido introduzidas, a previdência não passou, até o momento, por reestruturação importante. Uma proposta apresentada pelo partido liberal que previa a adoção de mecanismos de capitalização não teve maior repercussão. Ao interior da própria coalizão discutiu-se também uma proposta de mudança estrutural da constituição de uma previdência básica financiada por impostos para substituir o atual sistema, mas esta foi descartada.

No debate atual sobre políticas sociais têm surgido propostas no sentido da substituição de diferentes ramos do seguro social por um salário cidadania. Alguns autores argumentam que sistemas centrados em contribuições vinculadas ao trabalho deveriam ser substituídos por outros, financiados através de impostos, dado o problema estrutural do desemprego e as mudanças no mercado de trabalho¹⁰. No caso da Alemanha, a esquerda

critica este tipo de proposição, pois seria a derrocada do atual sistema de alto nível, que poderia vir a ser substituído por proteção universal mínima.

Seguro desemprego

O seguro desemprego é o ramo do seguro social que tem apresentado maior expansão de gastos. Assim como os outros ramos, este é financiado por empregadores e empregados de modo paritário e sua taxa de contribuição elevou-se muito nos últimos anos, em decorrência do crescente desemprego. Entre 1982 e 1997, a taxa de contribuição duplicou e é atualmente de 6,5%. O salário limite de contribuição é o mesmo que para a previdência social. A duração do seguro desemprego depende do tempo de trabalho anterior e da idade do contribuinte, que aumenta de modo gradual a partir dos 42 anos de idade¹¹. Quem trabalha, por exemplo, durante dois anos antes de ficar desempregado, recebe o seguro desemprego por um ano.

O nível do benefício é de cerca de 60% do salário líquido médio anterior e de 67% para trabalhadores com filhos. Após o término da vigência do seguro desemprego, o desempregado tem direito à ‘ajuda desemprego’ pelo período de um ano. A ‘ajuda de desemprego’ é mais baixa e corresponde a cerca de 53% do salário médio, sendo financiada através de impostos gerais. Após este período, caso o trabalhador continue desempregado, terá que se submeter à assistência social.

Nos últimos anos, fez-se uma série de cortes no seguro desemprego, diminuindo prazos e nível dos benefícios. Em 1981, o valor do seguro desemprego para solteiros era de 68% do salário médio e atualmente é pouco menor do que 60%. Mesmo assim, os gastos com seguro desemprego aumentaram nos últimos anos. As despesas do Departamento do Trabalho – um dos setores do Ministério do Trabalho e da Ordem Social, ao qual está vinculado o seguro desemprego –, incluídos os gastos com outras medidas de promoção e geração de empregos e de aperfeiçoamento e reciclagem profissional, correspondiam em 1995, a 2,8% do PIB (BMAS, 1996).

Seguro social para cuidados de longa duração - Pflegeversicherung

O quinto e mais recente ramo do seguro social para cuidados de longa duração – *Pflegeversicherung* – foi instituído em 1994 (lei de 28.05.94), apesar da resistência dos empregadores, e visa garantir proteção nas situações de perda da autonomia por velhice ou doença crônica.

O pagamento de cuidados para pessoas que estão incapacitadas de realizar suas necessidades funcionais por idade ou deficiência é assegurado pelo seguro social para cuidados de longa duração. O valor dos benefícios é definido a partir do estágio de impossibilidade, isto é, do grau de dependência de cuidados de enfermagem de cada um.

O seguro garante cuidados domiciliares – na forma de repasses financeiros ao paciente ou a prestação por serviços credenciados – e cuidados em regime de internação em instituições específicas. O pagamento pode ser feito ao próprio segurado para que este remunere uma pessoa, ou o segurado escolhe um serviço credenciado. A contribuição é de 1,7% dos salários até o limite máximo do salário de contribuição, idêntico ao do seguro saúde. Embora a taxa seja repartida meio a meio entre empregadores e empregados, considera-se que o seguro não é financiado paritariamente. Os empregadores obtiveram compensação às suas contribuições para o novo ramo do seguro nos acordos coletivos de 1994, ano de promulgação da lei: os trabalhadores renunciaram a um feriado, ou seja, trabalham um dia a mais por ano. O que implica dizer que pagam, com isso, uma parte da contribuição dos empresários.

À diferença do seguro social de doença, que tem suas contribuições definidas pelos órgãos da administração autônoma, as contribuições do seguro social para cuidados de longa duração são fixadas por legislação, o que permite intervenção direta do legislador¹².

As regras de afiliação e de organização deste seguro social são as mesmas do seguro social de doença - GKV¹³. Ainda que seja um ramo independente do seguro social com contribuições próprias, o asseguramento para cuidados de longa duração utiliza a estrutura do seguro social de doença - GKV. A afiliação ao seguro é feita junto às Caixas de Doença – *Krankenkassen* – instituições de provisão do seguro social de doença. O financiamento e contabilização de gastos, porém, são independentes.

Além de resolver um problema de necessidades básicas/vitais, a criação do seguro de cuidados de longa duração aliviou o seguro social de doença e a assistência social deste tipo de gastos. Deste modo para alguns autores a criação deste ramo do seguro social estaria de acordo com o objetivo de estabilização das taxas de contribuição do GKV (Döhler, 1994).

Anteriormente, em muitos casos, aposentadorias insuficientes para pagar asilo ou cuidados de enfermagem para velhos fizeram que a assistência social dos municípios ficasse com este encargo. Em 1989, os cuidados, no caso de dependência severa, foram incluídos no catálogo de ações garantidas pelo seguro social de doença - GKV.

Este mais recente ramo do seguro social encontra-se ainda em fase de implementação. Entrou em vigor no ano de 1995 para a atenção ambulatorial e, em 1997, passaram a ser cobertos cuidados de longa duração em regime de internação. A expansão da proteção para mais uma necessidade vital desencadeou a criação de um novo setor de prestadores de serviços sociais (empresas e profissionais, além da ampliação de área de conhecimento correspondentes). Em pouco tempo, serviços privados para prestação de cuidados domiciliares proliferaram na maioria dos municípios (*Pflegedienst*).

Seguro de acidentes de trabalho

O seguro de acidentes de trabalho foi o ramo do seguro objeto da primeira proposta de legislação enviada ao Bundesrat, em janeiro de 1881, por Bismarck, uma vez que a proteção contra o risco de acidentes industriais, dada a precariedade da situação, apresentava-se mais premente. Todavia, este não foi o primeiro ramo a ser criado, mesmo que Bismarck tivesse proposto cada um dos ramos separadamente, tendo em mente um sistema unificado e centralizado de seguros para proteção aos grandes riscos dos grupos economicamente mais pobres. Como a lei sobre o seguro doença era menos controversa, foi aprovada separadamente e antes do seguro de acidentes de trabalho, criado em 1884. A discussão do seguro de acidentes industriais era mais difícil, pois implicava a ruptura mais radical com a forma tradicional de responsabilidade dos empregadores (Sigerist, 1943).

O objetivo do seguro de acidentes de trabalho é prevenir acidentes de trabalho e doenças profissionais e, no caso em que estes ocorrem, garantir tratamento e reabilitação adequados, além de indenizações compatíveis, mediante pensões, por motivo de seqüelas ou morte.

Os provedores de seguro são corporações de ofício, de agricultores e de marítimos, associações comunais de seguro acidentes e os diversos níveis governamentais para seus empregados. As instituições responsáveis pelos seguros de acidentes de trabalho – *Berufsgenossenschaften* –, assim como na maioria dos outros ramos, são órgãos de administração autônoma cuja direção é constituída por representações de empregadores e empregados, em geral, de forma paritária.

São segurados obrigatórios todas as pessoas que se encontram em alguma relação de trabalho, inclusive aprendizes e trabalhadores rurais, e, em casos especiais, trabalhadores voluntários. De igual modo, são seguradas todas as crianças que freqüentam jardins de

infância, escolares e estudantes universitários. Autônomos e profissionais de saúde, assim como funcionários públicos (*Beamten*), estão desobrigados de asseguração.

O seguro social de acidentes também é financiado por contribuições. A peculiaridade deste ramo do seguro social é que apenas os empregadores contribuem para o seguro de acidentes de trabalho. As contribuições consistem em uma proporção dos salários, porém diferenciadas conforme o grau de risco de acidentes do ramo de produção ao qual a empresa pertence. No caso dos provedores governamentais, os seguros das associações comunitárias de seguro de acidentes, em especial para escolares, e dos estados, municípios e União são financiados com recursos fiscais. Em 1990, os gastos dos seguros de acidente foram cerca de 13 bilhões de marcos (8 bilhões de dólares), correspondendo a 0,6% do PNB. A metade destes gastos foi realizada na forma de pagamento de pensões (Beske et al., 1993:66).

Estes diversos ramos e mais o seguro social de doença - que será apresentado e discutido em detalhe no próximo capítulo - configuram o seguro social alemão. Conformam um sistema abrangente de proteção centrado no trabalho assalariado e que tem por base principal de financiamento a renda deste mesmo trabalho assalariado, da qual são subtraídas as contribuições.

Quadro 1. Taxas de contribuição dos diversos ramos do seguro social alemão 1997

Ramo do Seguro	Taxa de Contribuição
Aposentadoria para empregados e operários	20,3%
Doença	13,4%
Desemprego	6,5%
Cuidados de longa duração	1,7%
Acidentes de trabalho	*
Total	41,9

*Apenas os empregadores contribuem para o seguro de acidentes de trabalho, segundo o grau de risco de acidentes.

Como se pode observar no quadro acima, as contribuições sociais obrigatórias na Alemanha correspondem a cerca de 42% dos salários ou mais – uma vez que o seguro acidente não está incluído no cálculo –, pagos de forma paritária por empregados e empregadores até o limite dos salários legalmente definido para contribuições¹⁴.

O seguro social – financiado por meio destas contribuições – é responsável pela maior parte da proteção social garantida na Alemanha, mas esta é mais ampla e complementada por outros programas e ações. Entre estes, a assistência social, que garante um mínimo vital e a proteção à família e à maternidade. A proteção à família é financiada pela União. Todas as crianças recebem cerca de 200 marcos por mês (115-120 dólares) – *Kindergeld* – até completarem 16 anos ou concluírem a formação universitária¹⁵. As mães

recebem auxílio educação – *Erziehungsgeld* – de 600 marcos por até 24 meses após o nascimento, dependendo da renda.

À proteção social poder-se-ia somar ainda toda a regulação do mercado de trabalho e a legislação trabalhista¹⁶, medidas para promoção do trabalho e incentivos ao aprendizado de outras profissões, legislação especial para proteção e garantia de trabalho para deficientes e instituições especiais para trabalho de deficientes¹⁷.

A assistência social, outro setor importante da proteção social alemã – financiada por estados (25%) e municípios (75%) –, transfere aos habitantes uma renda mínima, que garante a cobertura das necessidades básicas (BMAS-a, 1996). Como discutido acima, a assistência social funda-se no princípio da subsidiariedade. Apenas quando o indivíduo e sua família estão impossibilitados por meios próprios é que o Estado pode e deve intervir. A renda mínima é dependente da comprovação de carência, através de ‘testes de meios’. Atualmente, cerca de 6% da população é beneficiária da assistência social – a maioria, estrangeiros. Os benefícios que compõem a renda mínima correspondem a um valor entre 625 a 1.850 dólares mensais, segundo o número de dependentes e necessidades comprovadas – aquecimento, aluguel, agasalhos, atenção à saúde¹⁸. A renda garantida pela assistência social corresponde a cerca de 50% da renda média familiar dos operários (Schäffer, 1996-a).

Notas

¹ Para uma análise detalhada das modalidades de transição para o capitalismo e padrões de incorporação das demandas sociais, assim como um histórico do sistema de proteção social alemão, consulte Fleury, 1994:59s.

² O que significa que a solidariedade ocorre apenas entre aqueles de rendas médias para baixo. Os de mais altos salários não contribuem de forma solidária. Boa parte destes, porém, associa-se livremente ao seguro social. Para análise das repercussões da extinção deste limite ver *Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit*, 1990: 322s.

³ A ‘lei do seguro doença dos operários’ - *Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter* – foi promulgada em 15.06.1883 e entrou em vigor em 1.12.1884

⁴ Solidariedade implica ainda que, em uma sociedade, pessoas possam ser mais fracas ou não produtivas e necessitarem de ajuda para uma vida digna sem que por isso sejam discriminadas ou marginalizadas.

⁵ A palavra subsidiariedade origina-se do latim *subsidium*, que significa ajuda. Seu emprego inicial foi militar, referido à tropa de retaguarda que entrava em ação quando as tropas de frente não eram suficientes. Por isso há a compreensão de subsidiariedade como emprego de forças de segunda linha, de ajuda que vem em segundo lugar.

⁶ Este mesmo limite define a não obrigatoriedade de asseguramento.

⁷ Há também pensões complementares no âmbito das empresas.

⁸ Existe enorme número de regras e considerações. Para cada alteração recente há regras de transição.

⁹ Para a coalizão governamental, autora da proposta, a medida evitaria aumento das contribuições no futuro e desafogaria os contribuintes jovens, uma vez que estes, além de se aposentarem mais tarde, dado o sistema de repartição simples seriam obrigados a pagar contribuições muito mais altas.

¹⁰ Esta discussão é interessante, mas não é o tema deste trabalho. Gostaria apenas de observar que no debate alemão transparece certa aproximação entre a proposta de renda mínima para substituir um ou vários ramos do seguro social e as proposições liberais de garantia de apenas um mínimo.

¹¹ Benefício máximo: um trabalhador de 54 anos de idade, que trabalhou anteriormente de forma ininterrupta por 5,5 anos, recebe seguro desemprego por 832 meses (2,3 anos) (BMAS-a, 1996:52)

¹² Por este motivo é levantada a hipótese de que a criação deste ramo do seguro social poderia vir a ser modelo para os outros ramos no futuro: taxas de contribuição fixas, garantindo cesta mínima. Döhler (1994) argumenta que este ramo não poderia ser considerado como abandono do modelo clássico de seguro social alemão, pois todos os ramos em seu início tiveram cestas restritas que foram progressivamente ampliadas.

¹³ A partir da criação deste ramo do seguro social, na contratação de um seguro de saúde privado (pessoas de renda mais altas desobrigadas de afiliação compulsória no GKV) é obrigatória a contratação simultânea de cuidados de longa duração (privada).

¹⁴ A coalizão liberal-conservadora, no poder desde 1983, objetiva conter os ‘custos sociais’ do trabalho e alcançar o retorno ao nível de 40% com suas reordenações restritivas nos diversos ramos dos seguros sociais (BMAS, 1996). Esta redução seria necessária para a Alemanha manter a sua posição competitiva no mercado mundial. É neste processo de contenção mais geral que se inscrevem as políticas de estabilização das taxas de contribuição no seguro social de doença tratadas neste trabalho.

¹⁵ Este é o valor para o primeiro filho pago para todos sem comprovação de carência. (Quase um salário-cidadão). Para o segundo, terceiro, quarto e quinto filhos os valores são progressivamente maiores, porém passam a ser escalonados conforme a renda familiar. Em caso de formação universitária paga-se até os 27 anos de idade, caso o estudante não tenha renda própria superior a 750 marcos.

¹⁶ A Alemanha é um dos países da União Européia onde é das mais elevadas a possibilidade de participação dos trabalhadores nas decisões das empresas, via conselhos de empresa e outros mecanismos.

¹⁷ Por vezes, a educação é também incluída nas políticas sociais. O sistema de ensino alemão é público e gratuito em todos os níveis, a encargo dos estados e municípios. As escolas públicas são freqüentadas por crianças de todas as classes sociais, com poucas exceções. Vige uma adscrição da clientela por local de moradia para o caso das crianças pequenas. Existem poucas escolas privadas.

¹⁸ Como muitas das despesas são pagas diretamente, o beneficiário recebe valor bem menor em dinheiro.

II. PROTEÇÃO À SAÚDE NA ALEMANHA

A proteção social à saúde na Alemanha é inclusiva e extensiva. A grande maioria da população é coberta pelo Seguro Social de Doença – *Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV – e tem acesso à ampla rede de assistência médico-sanitária em seus diversos níveis de complexidade. Englobando atualmente cerca de 90% da população residente, o GKV é a mais importante forma de proteção à saúde e à maternidade na Alemanha. Em contrapartida à cobertura crescente do GKV em seus mais de cem anos de existência, as outras formas de asseguramento – seguro privado, ajuda beneficente, previdência para vítimas da guerra, previdência da polícia e forças armadas, além da atenção médica no âmbito da assistência social – tiveram sua clientela reduzida.

Gráfico 1 - Proteção à saúde na Alemanha – 1995

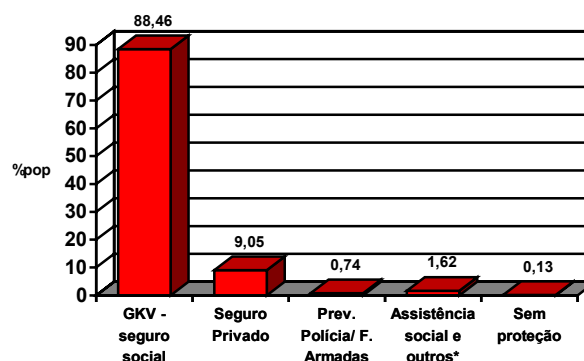


Gráfico 2 - Proteção à saúde na Alemanha - Região Ocidental - 1995

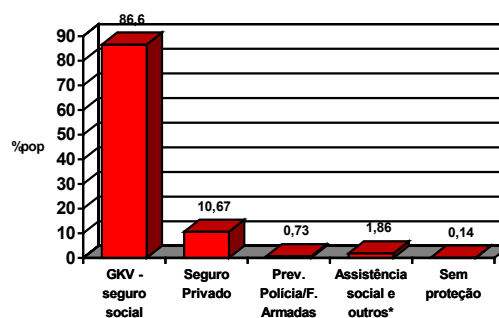
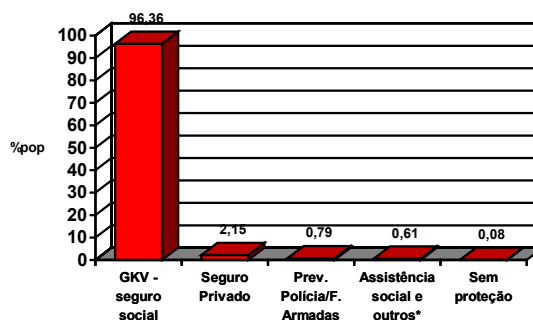


Gráfico 3- Proteção à saúde na Alemanha - Região Oriental - 1995

* Inclusive aposentados/auxílio de guerra.

Fonte (gráficos 1,2 e 3): *Statistisches Bundesamt*, 1995. *Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 1*. Dados referentes aos resultados do microcenso de abril de 1995.

Em 1995 – como exposto nos gráficos acima e tabela abaixo –, 88,46% da população era assegurada pelo GKV, cerca de 9% eram assegurados privadamente e apenas 0,13% não dispunha de proteção na Alemanha como um todo¹. Supõe-se que esta última parcela é constituída pelos mais ricos, já que os menos favorecidos, com domicílio fixo, estão incluídos nas estatísticas e têm sua proteção à saúde garantida pela assistência social, alcançando proporção menor do que 2% da população total².

Tabela 1 – Proteção à saúde na Alemanha – 1995*

Forma de proteção	Total		Região Ocidental		Região Oriental	
	Pop.	%	Pop.	%	Pop.	%
GKV – seguro social	72.156	88,46	57.211	86,60	14.942	96,36
Seguro privado	7.380	9,05	7.049	10,67	333	2,15
Prev. Polícia/Forças Armadas	605	0,74	482	0,73	123	0,79
Assistência social e outros **	1.324	1,62	1.229	1,86	95	0,61
Sem proteção	105	0,13	93	0,14	13	0,08
População total	81.570	100,0	66.064	100,0	15.506	100,0

* População em milhares. ** Inclusive aposentados/auxílio de guerra.

Fonte: *Statistisches Bundesamt*, 1995. *Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 1*. Dados referentes aos resultados do microcenso de abril de 1995.

Pessoas carentes têm acesso à atenção à saúde gratuita por meio da assistência social, porém arcam com todos os ônus dos beneficiários desse tipo de assistência: preencher requisitos de elegibilidade, comprovar carência, solicitar autorização para cada consulta, submeter-se ao humor do burocrata e, ainda, ser estigmatizado. Quando o seguro voluntário no GKV é possível – conforme regras descritas na próxima seção – o órgão responsável pela assistência social dos municípios paga a contribuição; deste modo, a maioria dos beneficiários da assistência social é segurada pelo GKV.

A região da ex-Alemanha Oriental diferencia-se da ocidental por incluir quase toda a sua população no Seguro Social de Doença. Em 1996, 96% da população da região oriental era segurada do GKV. Assim, após a unificação, manteve-se a cobertura quase universal na

região oriental, similar àquela do antigo Estado socialista, mesmo que o sistema ocidental tenha sido simplesmente estendido à região oriental, substituindo a forma anterior de proteção. A proteção social socialista também tinha seus fundamentos em seguro social relacionado à ocupação, contudo sendo único para todos os riscos sociais e complementado por seguro estatal para outros grupos populacionais não ocupados.

Na região ocidental, a cobertura pelo GKV é igualmente alta, atingindo 87% da população, todavia é mais baixa do que na região oriental. A proporção de pessoas com seguro privado nesta região é mais elevada do que na região oriental, correspondendo a 11% da população, o que condiz com sua situação econômica mais vantajosa: maior PIB per capita e salários mais altos. Como se verá abaixo, empregados que recebem salários acima de determinado patamar não são compulsoriamente obrigados a filiar-se ao seguro social.

1. Evolução da proteção à saúde na Alemanha

O Seguro Social de Doença aumentou progressivamente a sua cobertura por conta de um processo contínuo de inclusão. Assim, enquanto 62% da população ocupada era contribuinte obrigatório do GKV em 1950, esta proporção foi ampliada, em 1987, para 76% (Alber, 1992:26).

Acompanhando a série histórica da região ocidental³ na tabela abaixo, pode-se observar a evolução da proteção ao risco de adoecer. Na Alemanha ocidental, desde 1970, o nível de proteção pelo Seguro Social de Doença – GKV – mantém-se próximo aos 90% da população residente, mostrando pequenas variações. O número de segurados do GKV na população total atingiu seu ponto mais alto na década de 80. De lá para cá, comparando-se a situação de 1995 com 1980, a proporção de segurados pelo GKV na região ocidental diminuiu em 3,7 pontos percentuais – embora tenha se elevado o número absoluto de segurados.

A proporção de segurados privados tem-se mantido estável durante os anos 90. Nas décadas anteriores, porém, apresentou oscilações. A participação dos segurados privados diminuiu nos anos 70, observando-se um número menor de segurados privados em 1980. Volta a aumentar nos anos 80, estabilizando-se em cerca de 11% da população na primeira metade da década de 1990.

Conquanto a variação percentual seja baixa, o crescimento do número absoluto de segurados privados é expressivo – 60% entre 1980 e 1995, ou, se cotejado com 1970, o aumento fica em 20%, em razão da variação no período. Em 1989, ano da entrada em vigor

da lei da Reforma da Saúde, o número de segurados privados aumentou de modo expressivo, pois a lei dificultou o ingresso de aposentados e autônomos no Seguro Social de Doença e liberou os operários da obrigatoriedade de asseguramento acima de certo nível de renda. Além disso, foi estabelecida a regulação de uma tarifa básica para o seguro privado.

Chama a atenção o aumento da população que precisa recorrer à assistência social para garantir atenção à saúde. Apesar de a participação deste grupo ficar, em termos relativos, abaixo de 2% em 1995, o número de pessoas que dispõe apenas da assistência social para a proteção à saúde dobrou de 1980 para 1995, passando de 550 mil para 1,2 milhões⁴. Paralela a esta evolução, a proporção de pessoas desprotegidas diminuiu tanto numérica quanto em termos relativos, correspondendo a apenas 0,14% da população (93 mil pessoas) em 1995⁵.

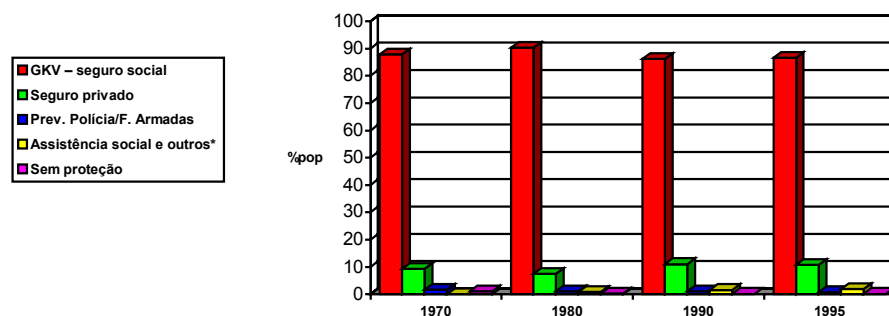
Tabela 2 – Proteção à saúde na Alemanha – Região Ocidental, 1970-1995*

Forma de Proteção	1970		1980		1990		1995	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GKV – seguro social	53.531	87,87	55.565	90,33	54.361	86,20	57.211	86,60
Seguro privado	5.696	9,35	4.611	7,50	6.935	11,00	7.049	10,67
Prev. Polícia/Forças Armadas	1.013	1,66	655	1,06	695	1,10	482	0,73
Assistência social e outros**	***	***	549	0,89	974	1,54	1.229	1,86
Sem proteção	684	1,12	137	0,22	97	0,15	93	0,14
População total	60.924	100,0	61.516	100,0	63.062	100,0	66.064	100,0

* População em milhares. ** Inclusive aposentados de guerra e beneficiários de outras formas de compensação por danos na guerra. *** Os dados estão agrupados na categoria anterior.

Fonte: SVR, 1994 T.300; *Statistisches Bundesamt*, 1980, 1990, 1995. *Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 1*. (p.11; 47; 83), cálculos próprios.

Gráfico 4 – Evolução da proteção à saúde na Alemanha - Região Ocidental, 1970-1995



* Inclusive aposentados de guerra e beneficiários de outras formas de compensação por danos na guerra. Os dados referentes a 1970 estão agrupados na categoria anterior.

Fonte: SVR, 1994 T.300; *Statistisches Bundesamt*, 1980, 1990, 1995. *Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 1*. (p.11; 47; 83), cálculos próprios.

Proteção à saúde conforme a participação no mercado de trabalho

Apesar de a proteção à saúde na Alemanha ser conformada a um modelo de seguro social em que esse direito está condicionado à participação no mercado de trabalho, contemporaneamente isto não apresenta implicação expressiva.

Como se pode notar nas tabelas a seguir, a participação ou não no mercado de trabalho tem pouca influência no nível de proteção pelo GKV. Para as pessoas que trabalham, essa proteção é mesmo levemente mais baixa do que a da população em geral, o que não significa que estejam desprotegidas. Uma parcela maior da população ocupada é assegurada privadamente, pois os trabalhadores que recebem salários acima de certo limite, assim como os funcionários públicos, são desobrigados da participação compulsória no Seguro Social de Doença⁶.

Esta perda de importância da participação no mercado de trabalho para garantia da proteção reforça a afirmação das características de universalidade que o sistema de seguro social adquiriu em sua evolução. Ao mesmo tempo, o alto nível de proteção – em inclusão e extensão – contribui para a elevada aceitabilidade do seguro social, inviabilizando propostas de constituição de um sistema de proteção desvinculado do trabalho.

Uma cobertura pelo GKV em nível similar não significa, porém, que a situação de proteção seja idêntica para as populações ocupada, desempregada e não economicamente ativa. Considerada a distribuição da população alemã conforme sua participação na economia, a situação dos desempregados se destaca. Os desempregados estão protegidos pelo seguro social em proporção mais elevada do que o conjunto da população ou do que a população ocupada, mas é também entre estes que se concentra a maior proporção daqueles que recorrem à assistência social.

Na tabela abaixo pode-se constatar que 7,6 % dos desempregados têm proteção à saúde apenas via assistência social e poucos são os que se asseguram voluntariamente ou arcam com seguro privado. Esta situação é bem diferenciada daquela da população em geral, em que apenas 1,6% das pessoas garante atenção médico-sanitária pela assistência social.

Tabela 3 – População* conforme participação na economia e forma de asseguramento / proteção à saúde – Alemanha, 1995

Formas de Asseguramento	Ocupados	Desempregados	Inativos econ.	Total
----------------------------	----------	---------------	----------------	-------

	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GKV	31.347	86,96	3.664	90,80	37.143	89,53	72.156	88,46
GKV obrigatório**	26.208	72,70	2.844	70,48	767	1,85	29.819	36,56
GKV voluntários	3.837	10,64	98	2,43	904	2,18	4.839	5,93
GKV aposentados	261	0,72	38	0,94	14.630	35,26	14.929	18,30
GKV dependentes	1.041	2,89	684	16,95	20.842	50,24	22.567	27,67
Seguro privado	4.036	11,20	57	1,41	3.289	7,93	7.382	9,05
Forças Armadas	605	1,68	-	-	-	-	605	0,74
Assistência social*	39	0,11	307	7,61	978	2,36	1.324	1,62
Não segurados	21	0,06	7	0,17	77	0,19	105	0,13
Total	36.048	100,00	4.035	100,0	41.487	100,00	81.570	100,00

* População em milhares. ** Tipos de segurados do GKV: obrigatórios, excluídos os aposentados; voluntários; aposentados; e, por fim, dependentes-familiares.

Inclusive aposentados de guerra e beneficiários de outras formas de compensação por danos na guerra.

Fonte: *Statistisches Bundesamt*, 1995. *Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 1*. (p.11-12). Os dados referem-se aos resultados do microcenso de abril de 1995. Entre empregados estão também contabilizadas as pessoas com atividade mínima, desobrigadas de asseguamento; por isso, alguns são dependentes.

Evolução da proteção à saúde conforme a participação no mercado de trabalho

No que concerne à região ocidental, comparando-se as tabelas a seguir pode-se observar a progressão recente – de 1980 a 1995 – da proteção à saúde de acordo com a posição no mercado de trabalho. Essa evolução segue o padrão daquela apresentada acima, para a população como um todo. Nesse período, ocorre leve diminuição da cobertura do GKV, que é mais acentuada entre a população ocupada, passando de 90% para 85%, diferencial compensado pela maior participação no seguro privado. O número de pessoas ocupadas asseguradas privadamente cresce em cerca de 50%, passando esta participação de 7,6% para 13%, o que abrange um contingente de 3,7 milhões.

Entre os desempregados e os não economicamente ativos, chama a atenção o aumento do grupo cuja proteção à saúde é garantida por outras formas de proteção, em especial, a assistência social. É expressivo o acréscimo do número e proporção de desempregados, que passou de cerca de 2,8% da população economicamente ativa, em 1980, para 8,4%. No mesmo período houve pequeno aumento na proporção da população economicamente ativa no conjunto da população, que passou de 45% para 48%⁷.

Tabela 4 – População conforme participação na economia e forma de proteção à saúde em %– Região Ocidental, 1980*

Formas de Asseguramento	Ocupados		Desempregados		Não econ. ativos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GKV	24.156	89,89	686	89,55	30.722	90,69	55.565	90,33
Seguro Privado	2.042	7,59	18	2,34	2.552	7,53	4.611	7,50
Outros**	659	2,45	55	7,18	489	1,44	1.203	1,95
Não Segurados	17	0,06	7	0,91	113	0,33	137	0,22
Total	26.874	100,0	766	100,0	33.876	100,0	61.516	100,0

* População em milhares. ** Beneficiários da assistência social, segurados de guerra e outros.

Fonte: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 1980. *Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 1 – Versicherten in der Kranken- und Rentenversicherung* (p.17-20). Resultados do microcenso de abril de 1980.

Tabela 5 – População conforme participação na economia e forma de proteção à saúde – Região Ocidental, 1995*

Formas de Asseguramento	Ocupados		Desempregados		Não econ. ativos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GKV	24.926	85,23	2.360	88,03	29.927	87,66	57.211	86,60
Seguro privado	3.783	12,94	53	1,98	3.213	9,41	7.049	10,67
Outros**	51	81,77	262	9,77	931	2,73	1.711	2,60
Não segurados	18	0,06	6	0,22	69	0,20	93	0,14
Total	29.245	100,0	2.681	100,0	34.149	100,0	66.064	100,0

* População em milhares.

Fonte: Statistisches Bundesamt, 1995. *Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 1 – Versicherten in der Kranken- und Rentenversicherung*. Os dados referem-se aos resultados do microcenso de abril de 1995.

Tabela 6 – Distribuição da população conforme participação na economia e forma de proteção à saúde – Região Ocidental, 1980 e 1995

Formas de Asseguramento	Ocupados		Desempregados		Não econ. ativos		Total	
	1980	1995	1980	1995	1980	1995	1980	1995
GKV	89,89	85,23	89,55	88,03	90,69	87,66	90,33	86,60
Seguro privado	7,59	12,94	2,34	1,98	7,53	9,41	7,50	10,67
Outros*	2,45	1,77	7,18	9,77	1,44	2,73	1,95	2,60
Não segurados	0,06	0,06	0,91	0,22	0,33	0,20	0,22	0,14
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Beneficiários da assistência social, segurados de guerra e outras formas de compensação de danos de guerra

Fonte: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 1980 e 1995. *Sozialleistungen. Fachserie 13, Reihe 1 – Versicherten in der Kranken- und Rentenversicherung*. Os dados referem-se aos resultados dos microcensos de abril de 1980 e 1995.

2. Regras de inclusão e exclusão: beneficiários do Seguro Social de Doença

Restrito ao operariado industrial em sua origem, o Seguro Social de Doença teve a cobertura ampliada de modo progressivo em seus mais de cem anos de existência, englobando atualmente a grande maioria dos trabalhadores assalariados – operários e empregados –, assim como parte dos trabalhadores autônomos e dos proprietários rurais. Até certo limite de renda,

o seguro é compulsório para a população ocupada e exclui trabalhadores em situação de ocupação mínima. Os integrantes do sistema são, em geral, diferenciados segundo uma tipologia de segurados: segurados obrigatórios, aposentados, voluntários e familiares dependentes.

Segurados obrigatórios

Segurados obrigatórios são aqueles inscritos pela força da lei, compulsoriamente, ou seja, independente da vontade dos indivíduos. Entre os segurados obrigatórios contam os trabalhadores ativos e os aposentados.

Por muito tempo, o asseguramento compulsório dos trabalhadores foi regulamentado de forma distinta para empregados e operários, conferindo status diferenciado a estes grupos. Enquanto todos os operários (com salário semanal, por hora trabalhada – *Lohn*) eram obrigados a assegurar-se, os empregados (que recebem ordenado mensal – *Gehalt*) o eram apenas até certo limite de renda. Somente em 1988, com a Lei da Reforma da Saúde, os dois grupos adquiriram o mesmo status. A partir de então, o asseguramento tornou-se obrigatório para trabalhadores – empregados e operários – cujos rendimentos do trabalho assalariado regular não ultrapassavam 75% do limite máximo para a contribuição da previdência social (seguro aposentadoria). Isto quer dizer que uma parcela dos operários melhor remunerados foi desobrigada do asseguramento compulsório⁸.

O estabelecimento de um limite máximo de renda para o asseguramento nos esquemas compulsórios estaria de acordo com o princípio da subsidiariedade. Não decorreu, porém, apenas deste princípio, mas também da exigência dos próprios médicos, que queriam garantir suas rendas provenientes da clínica privada.

Em 1997, o salário mensal máximo limite para desconto de contribuição e para obrigatoriedade de participação no Seguro Social de Doença na região ocidental era de 6.150 marcos (US\$ 4 mil) e, na região oriental, 5.325 marcos (US\$ 3,5 mil).

Além dos trabalhadores empregados, grupos não empregados também são assegurados compulsoriamente. Aposentados da previdência social, desempregados que recebem seguro-desemprego, estudantes universitários, pessoas em formação ou treinamento profissional, aprendizes, participantes de medidas de promoção ou reabilitação para o trabalho e deficientes que exercem atividades em instituições especiais são também membros obrigatórios do Seguro Social de Doença (*Sozialgesetzbuch – SGB V*, §5, p.110). Para alguns

destes grupos, regras mais detalhadas especificam – restringem ou liberam – sua participação⁹.

O asseguramento obrigatório dos aposentados depende de sua participação anterior no sistema. Somente são assegurados os que comprovem terem sido segurados obrigatórios durante, no mínimo, 50% de seu tempo de trabalho. O objetivo desta regra seria garantir o direito de participação apenas aos aposentados que contribuíram para o sistema durante a vida ativa, melhor remunerada, e não optaram pelo seguro privado, por vezes, mais em conta. Isto é, deram sua parcela de contribuição solidária. Como mencionado no capítulo anterior, discussão do princípio da solidariedade, as contribuições dos aposentados – Seguro Social de Doença dos aposentados – não cobrem seus gastos.

Cinqüenta por cento das contribuições dos aposentados são pagas pela previdência social e equívalem a taxas médias nacionais legisladas, as quais nem sempre correspondem às necessidades financeiras de determinada Caixa. Por este motivo existe, entre as Caixas, uma compensação financeira relativa aos diferenciais da proporção de aposentados. Ainda que os aposentados continuem a ser filiados à mesma Caixa à qual eram segurados durante a vida ativa, constituem o chamado *Krankenversicherung der Rentner* por conta das particularidades de suas contribuições.

Seguindo a tradição de um seguro dirigido aos trabalhadores assalariados, os trabalhadores autônomos não pertencem ao círculo dos segurados obrigatórios, com exceção de agricultores (proprietários rurais e membros da família que exercem atividades agrícolas na mesma propriedade), artistas e publicitários (Alber, 1992:21).

Os desempregados são assegurados enquanto recebem seguro-desemprego ou auxílio desemprego. Caso permaneçam mais tempo desempregados do que a duração destes auxílios, poderão contribuir voluntariamente. A assistência social passa a pagar suas contribuições se comprovarem a necessidade, e os desempregados permanecem membro do sistema, com contribuições pagas pelos órgãos de seguro desemprego.

Além dos assalariados cujos rendimentos ultrapassam o limite máximo para a contribuição, estão livres do asseguramento obrigatório os funcionários públicos e respectivos pensionistas, soldados, juizes, religiosos e trabalhadores autônomos. Os funcionários públicos – *Beamten* – recebem a restituição de 50% das despesas médicas de sua repartição e costumam contratar um seguro privado para cobrir o restante. Soldados e policiais têm sistema especial de proteção. Para os empregados públicos não estatutários, por sua vez, as regras são idênticas àquelas dos empregados em geral.

Como consequência da centralidade do sistema de seguro social no trabalho assalariado, os direitos dependem da posição que o trabalhador ocupa no mercado de trabalho; assim, quem participa pouco, não tem direito. Quem exerce ‘ocupação mínima’, não é assegurado; em virtude de não participar devidamente do mercado de trabalho, não tem direito ao Seguro Social de Doença. Em 1997, estavam nesta categoria os trabalhadores que recebiam até 610 marcos por mês (510 DM na região oriental) – cerca de R\$ 350 – e trabalham menos de 15 horas por semana. Estes salários são considerados como não garantindo a subsistência e as contribuições, por sua vez, como insuficientes para permitir o financiamento do sistema.

A inclusão deste contingente de trabalhadores ‘precários’ aparece entre as propostas de reformulação do GKV. Nos últimos anos, com o crescimento do número de postos de trabalho em tempo parcial, a discussão sobre sua inserção no sistema tem-se acentuado. Este contingente abrangeria cerca de seis milhões de trabalhadores/as, a maioria mulheres. Estas trabalhadoras, apesar de participarem do mercado de trabalho, não usufruem dos mesmos direitos dos outros trabalhadores. O lema da reivindicação para quem defende a extensão dos direitos sociais – verdes e social-democratas – é ‘os de dentro que estão por fora?’ Para os conservadores, o argumento não é tanto de defesa dos mais fracos; o objetivo seria de ampliar a receita do GKV pela inclusão da renda deste tipo de emprego no cálculo das contribuições de quem os exerce como ocupação secundária ou mesmo no caso de cônjuges que se vinculam como dependentes não-contribuintes, embora exerçam atividades minimamente remuneradas.

A exclusão dos assalariados de altos rendimentos e de rendimentos mínimos do Seguro Social de Doença define o limite estrutural da solidariedade inerente ao próprio sistema: recorta-a nos extremos superiores e inferiores da escala de estratificação social (ou da inserção no mercado de trabalho).

Segurados voluntários

A participação voluntária no Seguro Social de Doença – GKV – é possível enquanto continuidade do seguro. Apenas pode filiar-se voluntariamente ao seguro social – *Freiwilligversicherten* – quem foi seu membro obrigatório nos doze meses imediatamente anteriores ou quem dele fez parte nos últimos cinco anos, no mínimo, por 24 meses. Tal situação inclui a possibilidade de participação após a liberação da obrigatoriedade, como, por exemplo, quando o salário ultrapassa o limite de obrigatoriedade para o seguro. Além

disso, a participação voluntária é também aberta a assalariados cujos rendimentos ultrapassam o limite da contribuição obrigatória ao sistema já em sua primeira atividade remunerada¹⁰.

As regras que dificultam o ingresso de segurados voluntários têm o mesmo sentido daquelas elaboradas para os aposentados: evitar que o indivíduo solteiro ou jovem se beneficie do seguro privado enquanto o prêmio é menor, em virtude de apresentar baixo risco e por não ter dependentes, recorrendo ao seguro social apenas quando a situação se modifica por casamento ou idade.

Familiares dependentes

O cônjuge e os filhos são beneficiários do sistema na qualidade de familiares dependentes – *Familienversicherten* – e estão isentos de contribuição adicional. Os filhos são dependentes até os 18 anos ou, quando em formação profissional, até 25 anos. O cônjuge é dependente se não exerce atividade remunerada ou no caso de esta ser classificada como ‘ocupação mínima’.

Participação dos segurados e contribuintes por tipo

Mesmo sendo os familiares diretos isentos de contribuição, a maioria dos filiados ao sistema é contribuinte – 69%, como se pode observar na tabela abaixo. Apenas um em cada três segurados é familiar dependente. Entre os contribuintes, apenas 9,7% o fazem voluntariamente e cerca de 30% são aposentados.

A proporção de segurados contribuintes, dependentes e aposentados varia muito entre os diversos tipos de Caixas, cujas especificidades serão analisadas no capítulo III. Assim, enquanto nas Caixas Substitutas apenas 13% dos segurados são aposentados, nas Caixas Locais esta proporção é de 25% e na Caixa de Mineiros é de 48% (BMG, 1996:10.1). Isto produz uma pressão financeira diferenciada entre as Caixas tanto em razão da utilização, que é maior entre a população mais idosa, quanto pela diminuição das receitas.

Tabela 7 – Segurados do GKV por tipo – Alemanha, 1995

Tipos de segurados	Nº	%
Obrigatórios	29.819	41,33
Dependentes	22.567	31,28
Aposentados.	14.929	20,69
Voluntários	4.839	6,71
Total	72.154	100,0

Fonte: BMG, 1996. *Statistisches Taschenbuch Gesundheit*, 1996 tab. 10.2. Dados do microcenso.

Nos últimos dez anos – entre 1985 e 1995 –, a proporção de segurados contribuintes na região ocidental cresceu, enquanto o número de segurados dependentes diminuiu. Isto condiz com o aumento da proporção da população economicamente ativa, da mesma forma que é condizente com a baixa taxa de natalidade alemã. Em 1985, 35% – 19,5 milhões – dos segurados eram dependentes e, em 1995, apenas 31% – 18 milhões – o eram. A proporção dos contribuintes no conjunto dos segurados, por sua vez, passou de 65% para 69%. Já o aumento da participação dos aposentados foi de apenas um ponto percentual. É interessante observar que a participação dos aposentados entre 1985 e 1995 evoluiu mais lentamente do que o aumento dos contribuintes como um todo (BMG, 1996:10.4 e 10.4a).

Na região oriental, a participação dos contribuintes no conjunto dos segurados é ainda maior. Em 1995, apenas 22% dos segurados eram dependentes; quer dizer, 78% eram contribuintes, o que pode ser correlacionado à maior proporção da população economicamente ativa no conjunto da população em decorrência da tradição socialista de ocupação plena e de estímulo ao trabalho feminino. A proporção de aposentados é também levemente mais elevada do que na região ocidental, alcançando 32% (BMA, 1996:10.4a).

Chama a atenção o fato de que, para o Seguro Social de Doença, a evolução da proporção de aposentados não tem os mesmos efeitos que na área da previdência social, na qual aposentado é sinônimo de beneficiário, traduzindo-se o aumento desta relação em equivalente perda do número de contribuintes. No Seguro Social de Doença, a quantidade de contribuintes não diminui quando aumenta a proporção de aposentados entre os segurados, pois estes contribuem do mesmo modo que os ativos. O volume de suas contribuições, contudo, é mais baixo do que o dos contribuintes ativos por causa da perda de renda que envolve a aposentadoria, ao mesmo tempo em que se eleva o risco de adoecer e a probabilidade de utilização.

Durante o período enfocado – 1985 a 1995 –, a proporção de contribuintes voluntários no conjunto de segurados do GKV permanece no mesmo patamar, não confirmando a expectativa conservadora de que os segurados voluntários debandariam para o seguro privado – mais barato para jovens solteiros/as com altos salários e sem dependentes –, o que demonstra a alta aceitabilidade contemporânea do GKV. Isto ocorre tanto para a proporção de segurados voluntários no conjunto dos segurados como entre os contribuintes. No primeiro caso, acresce levemente, passando de 8% para 8,6% na região ocidental. Já entre os contribuintes, permanece em torno de 12%. Na região oriental, a proporção de segurados voluntários no conjunto dos segurados elevou-se de 3,8%, em 1991, para 4,9%, em 1995 (BMG, 1996:10.4a).

3. Seguro Privado

Os seguros privados de doença surgiram na Alemanha ao final do século passado, empregando-se o termo *private Krankenversicherung-PKV*, desde 1903, para diferenciar claramente do *gesetzliche Krankenversicherung-GKV*, o seguro de doença legal, o qual tem sido aqui denominado de Seguro Social de Doença. Em importância, os seguros privados são a segunda forma de proteção ao risco-doença e cobrem 9% (1995) da população da Alemanha como um todo.

A clientela do seguro privado é especialmente constituída por funcionários públicos, profissionais autônomos e assalariados de renda elevada que são desobrigados de participar do GKV por receberem salários acima do limite definido para contribuição. Os funcionários públicos não participam do GKV, tendo direito à restituição de 50% dos gastos com saúde. Para os outros 50%, asseguram-se privadamente caso queiram e na proporção que desejarem.

O seguro de saúde privado alemão segue os moldes dos seguros de saúde privados em geral. É regido pelo princípio de equivalência, segundo o qual uma contribuição é justa na medida em que é proporcional aos riscos assegurados, estabelecendo-se equiparação entre prêmios e benefícios. O cálculo das contribuições corresponde aos riscos individuais e ao nível de proteção contratada. Desse modo, o valor dos prêmios pagos pelos segurados são estimados de acordo com a idade e sexo dos indivíduos. Segundo o princípio de equivalência que rege o cálculo das contribuições, o valor dos benefícios assegurados – da utilização esperada – correlaciona-se ao valor das contribuições. Este princípio deve assegurar que grupos com o mesmo risco paguem contribuições idênticas, as quais devem ser suficientes para cobrir os custos das ações a eles prestadas. Os segurados são livres para escolher os prestadores de serviços e têm seus gastos restituídos de acordo com as cláusulas contratuais.

Para os cálculos atuariais são utilizadas estatísticas de frequência das doenças – dados de morbidade e mortalidade segundo sexo, duração e custos dos tratamentos, taxas de mortalidade e duração média de vida. Estes cálculos são efetuados para ‘risco normal’. Doenças previamente existentes ao estabelecimento do contrato não são asseguradas. Seu asseguramento – bem como parto e gestação – é possível em contrapartida ao pagamento de contribuições adicionais¹¹. Esta regra estaria igualmente de acordo ao princípio de equivalência. Grupos com mais altos riscos – quer dizer com expectativa de utilização mais elevada – pagam contribuições mais elevadas.

Algumas doenças prévias – como, por exemplo, HIV positivos – não são asseguradas nem com contribuições adicionais. O procedimento para identificação de afecções anteriores baseia-se em informações prestadas pelo contratante. Os questionários de algumas seguradoras freqüentemente não delimitam período de tempo, mostrando-se dúbios na formulação das perguntas e/ou apresentando perguntas do tipo ‘você sofreu ou tem sofrido de algum incômodo que não foi aqui perguntado?’ Falsas respostas resultam na suspensão dos contratos (*Finanzen*, 06/98:109s).

Os seguros privados são também regulamentados. A regulação destes é de interesse dos empregadores públicos, pois os funcionários públicos não participam do GKV. É supostamente vedada uma equivalência direta de cálculo de risco conforme a idade para reajustes de contratos antigos, conquanto seja prevista para o estabelecimento de novo contrato. Para cobrir custos adicionais decorrentes do envelhecimento, cobra-se do segurado uma parcela a mais quando mais jovem, que pode corresponder ao máximo de 3,5% dos prêmios pagos pelos mais jovens. A capitalização desta contribuição adicional deve compensar os gastos adicionais de cada indivíduo quando mais idoso (Jäkel, 1996).

As mensalidades, porém, podem ser reajustadas com base nos aumentos de preços dos serviços de saúde, na ampliação de ações como decorrência do progresso médico e na elevação da esperança de vida. Do ponto de vista das seguradoras, tais alterações justificam-se porque não podem ser calculadas previamente, tornando necessários os reajustes sistemáticos. Até 1994, a definição das mensalidades para novos contratos e os reajustes para contratos antigos necessitavam da licença do departamento de vigilância competente. Com o intuito de liberalização do mercado de seguros, esta autorização foi substituída pela concordância de uma comissão independente de *experts*.

Os reajustes das mensalidades dos seguros privados são freqüentes. Em 1989, elas foram reajustadas duas vezes, e certas tarifas, em até 30%. Ao final de 1992, os prêmios foram reajustados em até 40%, em especial para segurados mais velhos (Kuhn & Beckmann, 1993:221).

Os contratos de seguro privado são individuais; não existem familiares dependentes. Para cada segurado, as contribuições são calculadas conforme os seus riscos. Para os trabalhadores assalariados que são liberados da obrigatoriedade de assegurar-se pelo GKV – ou melhor, sem esse direito por receberem salários acima do limite de contribuição –, os empregadores devem pagar 50% das contribuições caso o seguro preencha critérios de assemelhação com o GKV. Para tal, o contrato deve prever proteção similar ao Seguro Social

de Doença. É preciso que garanta proteção suficiente para segurados mais velhos e os prêmios não podem ser superiores às taxas de contribuição do GKV. Para tal, as seguradoras privadas definiram em conjunto uma tarifa padrão, cujo valor não deve ultrapassar a contribuição máxima para o GKV.

Em geral, é mais vantajoso estar assegurado pelo Seguro Social de Doença que por seguro privado. Apenas para jovens saudáveis, solteiros e bem remunerados – enquanto assim permanecem – as contribuições mensais para o seguro privado são mais baixas do que para o GKV, pois os prêmios ligam-se aos riscos e independem da renda. Esta situação inverte-se para segurados com dependentes – cônjuge e filhos – e para idosos ou com afecções prévias.

Os seguros privados de saúde devem ser empresas exclusivas de seguro saúde e a conformação de um seguro privado requer a autorização de um órgão de vigilância de seguros. As seguradoras privadas são organizadas em uma Associação Privada dos Seguros de Doença – *Verband der Privaten Krankenversicherung* –, que engloba cerca de cinquenta empresários do setor, responsáveis por 99% dos aseguramentos (Beske et al., 1993:91)

Existem quatro modalidades de seguro privado de doença. A principal, é a de seguro para os gastos com atenção à saúde, que corresponde a 67% dos contratos. O seguro auxílio-doença para assalariados e o seguro auxílio-doença por dia de internação para trabalhadores autônomos representam, cada qual, 8% dos contratos, e os 17% restantes são seguros complementares especiais (dados de 1991 *apud* Beske et al., 1993:93).

As tabelas a seguir mostram a evolução do número e proporção da população segurada privadamente, que se mantém entre 10% e 11%, nos anos 90, para a região ocidental, como já observado. Para a Alemanha como um todo, o número de segurados privados aumenta levemente nos anos 90 por conta do processo de adaptação do leste.

Tabela 8 – Beneficiários do seguro privado – Alemanha Ocidental – anos selecionados

Ano	Nº	%	Ano	Nº	%
1970	5,8	9,5	1990	6,9	11,0
1975	4,2	6,8	1992	7,0	10,7
1980	4,8	7,8	1994	7,1	10,8
1985	5,2	8,5	1995	7,0	10,7
1989	6,4	10,2			

*População segurada em milhões e proporção da população geral.

Fonte: BMG, 1995. *Daten des Gesundheitswesens* (p.287), população: *Statistisches Bundesamt: Wirtschaft un Statistik* diversos anos; a partir de 1990, resultados do microcenso, segundo *Statistisches Bundesamt, Sozial Leistungen. Fachserie 13, Reihe 1*, diversos anos; cálculos próprios.

Tabela 9 – Beneficiários do seguro privado – Alemanha – anos selecionados

Ano	Nº	%
-----	----	---

1990	6,6	8,3
1992	6,7	8,3
1994	7,0	8,6
1995	7,4	9,0

*Segurados em milhões e proporção da população geral.

Fonte: BMG, 1995. *Daten des Gesundheitswesens* (p.287), população: *Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik*, diversos anos.

Em conformidade com as regras de liberação da obrigatoriedade do seguro, observando-se a composição da população segurada pelo seguro privado conforme a sua inserção no mercado de trabalho – apresentada na tabela a seguir –, nota-se que a maioria dos segurados privados economicamente ativos são funcionários públicos e profissionais autônomos. Por sua vez, cerca da metade dos segurados privados não faz parte da população economicamente ativa. Isto se deve, em parte, ao fato de os contratos serem usualmente individuais e de haver maior participação de mulheres entre a população não ocupada segurada, em especial, até 1989. Entre os integrantes da população economicamente ativa, cerca da metade é de funcionários públicos e, mais de um quarto, de profissionais autônomos.

Entre 1985 e 1994 aumenta a participação dos autônomos e dos operários no seguro privado em virtude das mudanças na legislação em 1988. A Lei da Reforma da Saúde – GRG - dificultou a participação de autônomos no seguro social e facultou a liberação da obrigatoriedade do seguro social aos operários com salários acima do limite máximo de contribuições, equiparando-os aos empregados de mesmo nível salarial, tradicionalmente dispensados do seguro compulsório.

Tabela 10 – Segurados* do seguro privado segundo inserção na ocupação e posição profissional – Alemanha Ocidental – 1985 e 1994

Posição na ocupação e Profissão	1985		1994	
	N.	%	N.	%
Não Economic. Ativos	2.594	50,5	3.206	45,2
Economicamente ativos	2.541	49,5	3.885	54,8
Entre os economicamente ativos				
Funcionários públicos	1.287	25,1	1.725	24,3
Autônomos	649	12,6	1.085	15,3
Empregados	499	9,7	855	12,1
Operários	5	0,1	71	1,0
Trabalho familiar**	37	0,7	38	0,5
Outros	64	1,2	111	1,6
Total	5.135	100,0	7.091	100,0

* Em milhares. ** Mais de 90% são mulheres – *Mithelfende Familienangehörige*.

Fonte: cálculos próprios, a partir de: *Bundesarbeitsblatt* 12/96, p.172, tabela n.398.

Quadro 2– Proporção de pessoas asseguradas privadamente por grupo populacional segundo inserção na ocupação e posição profissional – Alemanha Ocidental – 1985 e 1994

Posição na ocupação e profissão	1985	1994
Não economicamente ativos	8,1	8,5

Economicamente ativos	9,5	12,1
Funcionários públicos	54,4	74,5
Autônomos	26,8	38,4
Empregados	4,7	6,3
Operários	0,0	0,7
Trabalho familiar	5,2	8,0

Fonte: *Bundesarbeitsblatt* 12/96, p.172, tabela n.398.

O quadro acima mostra a proporção de pessoas seguradas privadamente conforme a participação ou não na população economicamente ativa e em grandes categorias profissionais. A situação observada resulta das regras de inclusão e exclusão do GKV. Assim, funcionários públicos em sua maioria (75%) e cerca de 40% dos trabalhadores autônomos contratam seguro privado, enquanto menos de 1% dos operários o fazem.

Entre as funcionárias públicas, a proporção de seguradas é maior do que entre os homens; em 1985, enquanto 48% dos homens funcionários públicos eram segurados, esta proporção entre as mulheres era de 78%. Na última década, maior proporção tanto de homens como de mulheres funcionários públicos passou a ser segurada: em 1995, 69% dos homens e 89% das mulheres funcionários públicos asseguraram-se privadamente. Esta diferença no nível de asseguramento entre os funcionários públicos conforme o sexo é indicativa da maior necessidade de recurso aos cuidados médicos por parte das mulheres, em razão das diferenças de ordem biológica e de práticas médicas preventivas relacionadas ao sexo e à maternidade¹².

Além do contingente de segurados privados exclusivos, tanto os segurados do Seguro Social de Doença como os de seguros privados contratam, por vezes, seguro complementar. Em 1996, cerca de 6,5 milhões de pessoas tinham um seguro privado complementar. Destes, 1,2 milhões era segurado privado com seguro complementar. Normalmente, este seguro complementa o pagamento de auxílio-doença, que corresponde, após seis semanas, a 80% do salário de contribuição, bem como paga diárias por perda de dia de trabalho em caso de doença/internação hospitalar – *Tagesgeld*. Parte dos seguros complementares feitos por segurados do GKV são contratos específicos para hotelaria no tratamento hospitalar – quarto individual ou com duas camas – e para a possibilidade de escolha do médico-chefe, benefícios estes não contemplados pelo GKV.

O número de segurados do GKV com seguro complementar permaneceu quase constante entre 1985 e 1994, tendo passado de 4,3 para 4,5 milhões de pessoas (*Bundesarbeitsblatt*, 12/1996:172), o que pode ser indicador indireto do alto nível de extensão da cesta garantida pelo GKV. Quanto a isso, nem os seguros privados ousam argumentar que a atenção prestada aos seus segurados é de melhor qualidade. Apresentam-se através de marketing como mais baratos – o que é real para jovens solteiros –, provedores de maior

conforto – quarto individual, por exemplo –, e, atualmente, como dando maior garantia de acesso a ampla cesta de serviço – contra pagamento condizente –, aproveitando-se da insegurança provocada pelo debate sobre cortes no seguro social durante a votação da terceira etapa da Reforma da Saúde.

Nesse momento, os seguros privados mobilizaram-se imediatamente no sentido de ofertar seguros adicionais aos serviços cortados, em particular, quanto à atenção odontológica. Com a *Beitragentlastungsgesetz*, próteses dentárias foram abolidas do catálogo para os atualmente menores de 18 anos. Em vista disso, os seguros privados prepararam-se para oferecer um seguro de cobertura futura de 50% dos gastos com prótese dentária para os jovens – o mesmo nível da cobertura até então garantida pelo GKV. Embora os prêmios não venham a ser diferenciados segundo riscos individuais, será definido o limite de idade na infância para ingresso no seguro, o qual deverá custar cerca de 12 marcos por mês. Outra possibilidade seria a oferta de seguro adicional para auxílio-doença, uma vez que estes foram reduzidos pelo *Sparpaket* em 1996 (*Der Tagesspiegel*, 11.11.96:20).

4. A proteção à saúde na região oriental

A República Democrática Alemã – *DDR-Deutsche Demokratische Republik* – foi o mais rico e produtivo país do COMECON – *Council for Mutual Economic Assistance*, organização econômica do Estados do Leste – e dispunha de amplo sistema de proteção social, constituído por um *mix* de seguro social e seguridade social¹³. Para Offe (1993), a DDR era um Estado em nível econômico, mas não uma nação. A não constituição da DDR em Estado Nacional teve conseqüências importantes no recente processo de transformação após a queda do regime socialista. Ao contrário dos outros países socialistas do leste europeu que mantiveram seu direito e gradualmente reformaram suas constituições, o contrato de unificação da Alemanha Oriental definiu a sua autodissolução. Em primeiro de julho de 1990 passou a vigor em seu território a Constituição da República Federal da Alemanha, *Bundesrepublik Deutschland-BRD*. Neste sentido, a queda do regime socialista para a DDR não significou uma transformação de ‘baixo para cima’ ou de ‘cima para baixo’, mas sim de fora para dentro. O processo de unificação significou para a Alemanha Oriental, a sua extinção enquanto Estado e a extensão do sistema de proteção da República Federal da Alemanha para a sua população.

Na República Democrática Alemã todos os cidadãos tinham direito à assistência à saúde gratuita, porém, em decorrência da herança do modelo de seguro do império alemão, o

financiamento era baseado em contribuições vinculadas ao trabalho, sendo o sistema financiado por empregados, empregadores e Estado. A proteção social era centralizada em um seguro social único que englobava todos os ramos do seguro social. Este era complementado por um seguro diretamente estatal para a parcela não assalariada da população. As contribuições do seguro social não eram separadas por tipo de risco social. Havia uma contribuição social única e inexistia órgão específico para o seguro doença. Embora constituído segundo o modelo de seguro, o orçamento do órgão oficial de seguro social, fazia parte do orçamento estatal, ao contrário da região ocidental, onde é totalmente separado.

O asseguramento era compulsório para todas as pessoas empregadas e aposentados. Assim, 89% da população eram segurados obrigatórios. O restante da população – autônomos e trabalhadores em regime familiar – eram afiliados ao seguro estatal. Apenas uma ínfima parcela da população não era assegurada (religiosos, trabalhadores de tempo parcial ou de salário inferior a 75 marcos por mês). Estes, com base no princípio da saúde como direito de todos os cidadãos recebiam atenção médica gratuita, mas não tinham direito às transferências financeiras, dependentes das contribuições.

O sistema de proteção social da DDR, em sua origem baseado no modelo bismarckiano de seguro social, com o tempo transformou-se em uma mescla de seguro social e do modelo socialista de proteção universal a todos os cidadãos (Eisen, 1992:74). Ao longo do tempo, as receitas de contribuições perderam importância para o financiamento por recursos fiscais. A participação do Estado no financiamento do seguro social como um todo aumentou progressivamente: em 1960, era de 16% e, em 1988, alcançara 47% (Eisen, 1992:80). Na área da saúde estima-se que 80% dos gastos eram cobertos com recursos fiscais (Lüschen et al., 1993:530).

A taxa de contribuição para o seguro único era de 10% dos salários para os empregados e de 12,5% para os empregadores, até o limite máximo definido para o desconto das contribuições. Desde 1986, era possível contratar um seguro complementar voluntário para as transferências financeiras. Mais de 75% dos segurados tinham este seguro adicional, podendo-se, assim, a bem dizer, considerá-lo o seguro regular.

Embora o financiamento com recursos fiscais fosse importante, o seguro social e o sistema de atenção à saúde eram separados. O sistema de atenção à saúde caracterizava-se pela centralização e unificação. Era organizado hierarquicamente e regionalizado, seguindo o

modelo geral da administração estatal em 14 circunscrições – *Bezirken* –, 271 distritos – *Kreisen* –, tendo os municípios por base.

O primado do sistema de atenção era a profilaxia. Os serviços de profilaxia, terapia e metafilaxia (reabilitação) deveriam trabalhar cooperativamente. As assistências ambulatorial e hospitalar eram articuladas e a rede de serviços hierarquizada. Uma característica marcante do sistema de prevenção e atenção era sua vinculação aos locais de trabalho. Existia um sistema de dispensários nas empresas – e também fora delas –, fortemente centrado na prevenção, para o acompanhamento de grupos populacionais específicos (doenças crônicas), controle das condições de trabalho e exames de massa.

A atenção ambulatorial era a base do sistema de atenção. O modelo soviético expressava-se especialmente na atenção ambulatorial com suas policlínicas e ambulatórios com médicos assalariados. Consultórios isolados somente existiam em regiões pouco povoadas ou onde não havia assistência suficiente através das policlínicas.

As policlínicas eram basicamente compostas por cinco especialidades médicas, um setor de odontologia, uma farmácia e uma unidade de reabilitação. Os ambulatórios eram menores, com pelo menos dois setores de especialidades médicas e um de odontologia.

Boa parte dos estabelecimentos ambulatoriais eram vinculados a empresas. Nos anos 80, um de cada três ambulatórios e uma de cada quatro policlínicas estavam integrados a empresas (Eisen, 1992:79). As outras policlínicas eram estabelecimentos independentes ou ligados a um hospital. Em 1989, de 626 policlínicas existentes 138 estavam vinculadas a um hospital e 110 a universidades. Os ambulatórios também podiam estar vinculados a um hospital, o que facilitava a utilização dos equipamentos lá disponíveis. No setor ambulatorial também havia um pequeno setor privado composto por médicos e dentistas que trabalhavam em consultórios.

A atenção hospitalar diferenciava-se daquela da Alemanha ocidental por sua articulação com a atenção ambulatorial e pela distribuição de leitos entre os prestadores. A quase totalidade dos leitos (92%) era pública. Somente 8% dos leitos eram de instituições beneficentes (11.100) e insignificante o número de leitos privados (271). Apenas 15% dos estabelecimentos hospitalares (76 religiosas e 2 privados) não eram públicos, sendo, porém, remunerados da mesma forma que os públicos¹⁴.

Em relação à situação social, a Alemanha Oriental caracterizava-se por baixos índices de desigualdades sociais quanto à distribuição de renda. A distribuição de renda para o quintil inferior (12,2%) e o quintil superior (17,5%) era similar, e o índice de Ginni (1986)

era o mais baixo entre os países desenvolvidos. A Alemanha Ocidental, por sua vez, ocupava o quinto lugar no *ranking* internacional na distribuição de renda, sendo também um país que, em comparação internacional, apresenta índices de desigualdade social relativamente baixos (McKee et al., 1996).

Os indicadores de saúde entre as duas Alemanhas apresentavam diferenças, sendo à época da unificação levemente inferiores na região oriental. A mortalidade infantil¹⁵ e a mortalidade materna haviam sido reduzidas mais rapidamente na Alemanha socialista e seus índices eram inferiores àqueles da Alemanha Ocidental até o início dos anos 80. Na década de 80, a evolução destes indicadores estagnou-se. A esperança de vida ao nascer, por sua vez, que também evoluíra mais rápida e favoravelmente na região oriental, estagnou-se já ao final dos anos 60. Desde a metade dos anos 70, a expectativa de vida ao nascer tornou-se gradualmente mais elevada na região ocidental (McKee et al., 1996:217). Em 1987, a diferença de expectativa de vida em favor da Alemanha ocidental era de 2 a 3 anos, variando levemente conforme o sexo e idade considerada, como observado no quadro abaixo. Em 1992, a situação não se alterará expressivamente, tendo inclusive ocorrido leve aumento desta diferença.

Quadro 3 – Mortalidade infantil e mortalidade materna* - Alemanha Ocidental e Alemanha Oriental

Indicadores	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1994
Mortalidade infantil							
Ocidental	33,8	23,4	19,7	12,7	8,9	7,1	5,5
Oriental	38,8	18,5	15,9	12,1	9,6	7,3	6,2
Mortalidade materna							
Ocidental			39,6	20,6	10,7	7,3	**5,3
Oriental			23,1	17,5	16,7	16,2	**7,5

* Mortalidade infantil: óbitos no primeiro ano de vida para cada 1.000 nascidos vivos; mortalidade materna: mortes maternas em cada 100 mil nascidos vivos. ** Dados referentes a 1993.

Fonte: BMG, 1996 T.5.3; 5.4.

Quadro 4 – Expectativa de vida - Alemanha Ocidental e Alemanha Oriental

Expectativa de vida	homens		Mulheres	
	oeste	leste	oeste	Leste
1987				
ao nascer	72,2	69,7	78,7	75,7
aos 30 anos	43,9	41,6	49,4	47,0
aos 65 anos	14,1	12,5	17,8	15,5
1992/4				
ao nascer	73,4	70,3	80,0	77,7
aos 20 anos	54,3	51,4	60,4	58,5

Fonte: 1987, Lüschen et al. 1993; 1992/4, BMG, 1996 T.2.4

Uma comparação entre o sistema de atenção à saúde nos dois países é complexa, dada a diversidade de bases estatísticas. O Conselho de Expertos da câmara setorial – Ação Concertada em Saúde – considera que, em termos de resultados de saúde, existem mais

similaridades do que disparidades entre as duas regiões (SVR, 1994). Para Eisen (1992:82), o sistema de atenção da Alemanha Oriental seria mais eficiente que o ocidental, pois conseguiu em alguns setores resultados em saúde não muito díspares daqueles da região ocidental com menos recursos. Apresentava melhores resultados em relação à mortalidade infantil e materna – como exposto acima –, cobertura de vacinação infantil e mortalidade por acidentes de trânsito e por neoplasias malignas¹⁶. Os piores resultados estavam relacionados às elevadas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares – cerca de 25% mais elevadas que na região ocidental – e doenças respiratórias. Estas e outras causas diversas eram e são responsáveis pela menor expectativa de vida da população da região oriental. A menor expectativa de vida resulta também de mortes por causas similares àsquelas da região ocidental, porém em idades mais precoces.

Com a unificação, o seguro social de doença ocidental - GKV - foi estendido para a região da ex-DDR, tendo-se estabelecido regras de transição para tal. Novas Caixas de Doença Locais, de Empresas e de Corporações foram criadas e as Caixas de adesão nacional ampliaram sua cobertura para os trabalhadores correspondentes da região oriental, vigorando as mesmas regras de obrigatoriedade para o asseguramento. As taxas de contribuição foram fixadas no contrato de unificação em 12,8% dos salários de contribuição. Imediatamente, quase a totalidade da população do leste foi assegurada. Em 1995, o GKV cobria 96% da população oriental, como apresentado no início deste capítulo.

O sistema de saúde foi imediatamente reestruturado nos moldes do ocidental, sem qualquer preocupação em aproveitar aspectos positivos do mesmo, capazes de superar problemas reiteradamente diagnosticados na região ocidental, como, por exemplo, a pouca importância dada à prevenção, a falta de articulação entre os setores ambulatorial e hospitalar e a prática clínica ambulatorial isolada.

A reestruturação do sistema de saúde da região oriental é considerada pelo Ministério da Saúde como tendo alcançado sucesso em curto prazo. A avaliação do sistema oriental pela coalizão governamental pode ser bem apreendida por um discurso recente do Ministro da Saúde Seeofer: “a garantia de atenção à saúde universal na DDR gradualmente fora minada”, devido à defasagem em termos tecnológicos e materiais. Nas palavras do Ministro, o lema “medicina de ponta para todos, ao invés do tratamento diferenciado de alguns privilegiados” descreveria a situação atual (BMG - *Pressemitteilung*, 1998, n.24). Atualmente, os alemães orientais já teriam acesso às mais modernas tecnologias médicas.

O setor ambulatorial foi rapidamente reestruturado e privatizado. A atenção passou a ser prestada por médicos credenciados, em consultórios isolados privados, nos moldes da região ocidental. Enquanto na DDR apenas 340 médicos tinham consultório próprio, ao final de 1992 já estavam credenciados 16.500 médicos e, ao final de 1993, 18.100 profissionais trabalhavam em seus próprios consultórios, cuja instalação foi possibilitada pela abertura de créditos especiais facilitados (3,3 bilhões de marcos investidos/financiados) (BMG-*Pressemitteilung*, 1998, n.24). Apenas em Brandenburg e Berlim-Leste permaneceram algumas policlínicas e clínicas ambulatoriais especializadas. Os médicos ocupados nestas unidades representam menos de 10% do conjunto dos médicos do setor ambulatorial da região (SVR, 1994:90).

Os hospitais foram considerados em péssimo estado de manutenção, além de estarem defasados em termos de equipamentos. Para a restauração do setor hospitalar estimam-se / programam-se investimentos de 21 bilhões de marcos até o ano 2004 com a participação paritária de recursos da União, Estados e Caixas¹⁷. O setor hospitalar permaneceu predominantemente público. Assim como na região ocidental, os estados passaram a ser responsáveis pela infra-estrutura e investimentos hospitalares. Após a unificação, reduziu-se o número de leitos e estabelecimentos hospitalares, bem como o porte dos hospitais modificou-se. O número daqueles com menos de 50 leitos e dos maiores com mais de 500 leitos, declinou. O número de equipamentos de grande porte aumentou fortemente, tendo sido alcançado, em parte, o nível da região ocidental. As farmácias foram parcialmente privatizadas. Permanecem 3.400 farmácias públicas, a maioria integrada a hospitais. A indústria farmacêutica e grandes atacadistas foram completamente privatizados.

Notas

¹ Após 1991, sempre que a região da Alemanha não estiver especificada neste trabalho, a observação ou os dados referem-se à Alemanha unificada.

² Em 1994, de 93 mil pessoas não asseguradas, apenas 5 mil eram desempregados, 10 mil eram assalariadas e 76 mil eram não economicamente ativas, o que pode significar que viviam de rendas.

³ Em decorrência da agregação da Alemanha Oriental em 1989, as séries históricas anteriores aos anos 90 serão sempre apresentadas apenas para região ocidental, a fim de possibilitar comparação. Além disso, o estudo refere-se à proteção social da República Federal Alemã – *Bundes Republik Deutschland*-BRD – e não ao da *Deutsche Demokratische Republik*-DDR. A unificação significou não apenas o desmantelamento do regime socialista e de suas formas de produção, mas também de sua proteção social e formas de assistência à saúde, estendendo-se o sistema ocidental à região oriental e sendo definidas apenas algumas regras de transição. Nada do sistema oriental foi incorporado ao ocidental nem foram preservadas as organizações de características notadamente positivas, como as policlínicas.

⁴ A proporção da população que recebe benefícios da assistência social é bem maior. Em 1996, os beneficiários da assistência social – *Sozialhilfeempfänger* – eram cerca de 6% da população. Apesar da hipótese de que este aumento se deu pelo crescimento do desemprego de longa duração, o que leva à perda do direito de seguro obrigatório a partir do final da ajuda desemprego, não é possível deixar de mencionar o grande número de refugiados da guerra da ex-Iugoslávia – cerca de 400 mil em 1995 – que se incluem provavelmente aí e não são vinculados ao GKV, pois a maioria não tinha licença para trabalho. Os dados referem-se à população residente.

⁵ Além da inclusão, isto pode indicar que mesmo pessoas de altas posses tenham passado a assegurar-se mais freqüentemente, em razão dos preços cada vez mais altos da atenção médica e da introdução de procedimentos cada vez mais caros.

⁶ O termo funcionário público será utilizado apenas para a tradução de *Beamten*, em alemão. Na Alemanha, nem todos os trabalhadores com empregos estatais são *Beamten*. Funcionários públicos, por pressupor-se sua lealdade ao Estado, têm privilégios diferenciados daqueles dos empregados públicos, os quais, para o seguro ou não, seguem as regras para o conjunto dos trabalhadores e negociam seus contratos coletivos como em qualquer outro ramo da produção. Pode-se estabelecer um paralelo com os nossos funcionários estatutários e CLTistas, mas as carreiras típicas de Estado lá não correspondem ao Estado mínimo policial e arrecadador, pois incluem, por exemplo, professores.

⁷ Estes não são os dados mais adequados para analisar o nível de desemprego. Os mesmos serão tratados na discussão sobre a evolução das receitas.

⁸ Foi estimado à época que mais de 700 mil operários seriam afetados por esta regra. O que implica que um contingente elevado de operários bem remunerados poderia deixar as Caixas Locais e escolher as Caixas Substitutas ou o seguro privado, o que teria consequências sobre as receitas das Caixas Locais (Wynsong & Thomas, 1990).

⁹ Em casos especiais, alguns grupos, como médicos em residência – *Praktikum* –, estudantes e aposentados, podem solicitar a liberação da obrigatoriedade de seguro.

¹⁰ Com a Lei da Reforma da Saúde – GRG de 1988 foram introduzidas maiores dificuldades para o retorno de segurados que se desligaram do sistema.

¹¹ São recusados os pacientes obesos que tentam recorrentemente emagrecer, os que sofrem depressão, os hemofílicos, os neuróticos e os diabéticos. Alcoolismo, câncer e dependentes de drogas só são assegurados se os episódios ocorrerem há mais de dez anos. Portadores de alergia – cujos tratamentos são longos e caros –, aqueles com problemas de coluna, hérnia de disco, os cardíacos e os hipertensos serão obrigados, conforme a gravidade da doença, a pagar prêmios de 10 a 40% mais elevados e, em alguns casos/seguradoras, não são assegurados, o que dificulta não apenas o início do seguro como também a troca de seguro (Finanzen, junho de 1998).

¹² É possível fazer esta observação a partir destes dados, pois os segurados públicos podem segurar-se apenas privadamente.

¹³ Estes termos são aqui empregados conforme definição de Fleury (1994).

¹⁴ Algumas instalações hospitalares eram reservadas para proeminentes, o círculo local de privilegiados.

¹⁵ Para McKee (1996), os índices mais baixos de mortalidade infantil na Alemanha Oriental seriam decorrentes de um subterfúgio de cálculo, no qual não seriam considerados os nascidos mortos.

¹⁶ Atualmente argumenta-se que a taxa de mortalidade por neoplasias malignas, inferior àquela da região ocidental, seria decorrente de menor investigação diagnóstica em doentes de idades mais avançadas, o que reduziria o número de casos.

¹⁷ As Caixas darão esta contribuição pagando 8 marcos a mais por dia de internação durante 20 anos. Como esta quantia não atingiu o mínimo anualmente previsto, este adicional foi majorado para 11 marcos pela 2.NOG (Presseamt, 1997:39).

III. O SEGURO SOCIAL DE DOENÇA – GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG – GKV

Relacionadas à operacionalização de seus princípios constitutivos de solidariedade, subsidiariedade e equivalência, as características básicas do seguro doença são: administração autônoma das instituições de seguro social, *Selbstverwaltungsprinzip*; pluralidade e integração do sistema, *gegliederte Krankenversicherung*, composto por Caixas organizadas segundo diversos critérios como profissão, ramo de produção, região ou empresa; e, por fim, financiamento, mediante contribuições paritárias de empregadores e trabalhadores; distribuição de benefícios em ações de saúde e não em espécie, *Sachleistungsprinzip* (BMA, 1994)¹.

Tais especificidades, que impregnam até hoje o seguro social alemão, derivam do modo de conformação do Seguro Social de Doença em sua gênese e vigem, em termos gerais, desde sua instituição, ao final do século passado. O modelo de seguro social bismarckiano, conservador, reproduziu as desigualdades sociais prévias no asseguramento dos riscos sociais. No Seguro Social de Doença, este fato fica claro pela diversidade de Caixas, de benefícios, de taxas de contribuição e de direito de escolha das Caixas.

A execução do asseguramento à doença não é de responsabilidade direta da administração estatal e sim transferida para instituições de direito público – as Caixas de Doença, *Krankenkassen* – geridas por representações dos envolvidos: trabalhadores e empregadores, ou seja, a administração das seguradoras públicas é autônoma.

O princípio de autonomia administrativa é definido como liberdade de auto-regulação e execução de tarefas públicas através dos círculos sociais interessados e seus representantes, sob vigilância estatal (Bogs, 1976:13). Trata-se de autonomia mediada pelo Estado, cujo âmbito de ação e tarefa são definidos por legislação. À época da criação do Seguro Social de Doença, esta opção deveu-se à existência anterior de organizações cooperativas dos trabalhadores, que foram colocadas sob promoção e controle estatais.

Outra das características básicas do sistema é a pluralidade das organizações responsáveis pelo asseguramento. O Seguro Social de Doença é composto por distintos tipos de Caixas de Doença – *Krankenkassen* – com vinculação por ramo de produção, empresa, profissão ou região. As Caixas são classificadas em oito tipos. Em 1996, existiam na Alemanha 614 Caixas; entre estas, 20 eram **Locais** (AOK – *Ortskrankenkassen*), 514 de

Empresas (BKK – *Betriebskrankenkassen*), 43 de **Corporações de Trabalhadores Manuais** (IKK – *Innungskrankenkassen*, por exemplo, padeiros, marceneiros e alfaiates), 20 **Rurais** (*Landwirtschaftliche Krankenkassen*), 7 **Substitutas para Empregados**, 8 **Substitutas para Operários** (*Ersatzkassen*), 1 de **Marítimos** (*Seekasse*) e 1 de *mineiros* (*Bundesknappschaft*). Embora o número de Caixas venha diminuindo de modo intenso nos últimos anos, em decorrência da intensificação do processo de concentração deslanchado pela introdução dos mecanismos de competição, a pluralidade do sistema continua sendo uma de suas características.

Conquanto o sistema seja organizado com base em modelo de seguro – o direito de acesso é dependente da contribuição prévia –, não vige o princípio de restituição de gastos. A prestação é direta em ações de saúde – *Sachleistungsprinzip*: literalmente, princípio de pagamento em produtos *in natura*. A prestação em ações de saúde garante a assistência ao doente independente de sua situação financeira². As ações médico-sanitárias são colocadas à disposição para utilização de forma gratuita e direta. Para a efetivação deste princípio, as Caixas fecham contratos com hospitais e farmácias, credenciam médicos, dentistas, outros profissionais, e os prestadores contratados obrigam-se a prestar atenção aos segurados com ônus para as Caixas.

Segundo o princípio de restituição de gastos vigente nos seguros privados, o segurado paga a sua conta ao médico, hospital ou farmácia e solicita restituição à seguradora. Desse modo, o seguro não estabelece vínculo com os prestadores nem tem responsabilidade quanto a remunerá-los nem possibilidade de negociar preços. A relação do seguro é com o segurado, o qual tem seus gastos restituídos conforme os termos estipulados no contrato.

A opção pela restituição de despesas é ‘privilégio’ dos segurados não obrigatórios – *Freiwilligversicherten*. No âmbito do GKV, porém, a restituição só é possível para serviços e profissionais credenciados; assim, menos de 1% dos segurados opta por ela (BMA, 1994:123).

Entre as ações disponibilizadas pelo GKV, a restituição de despesas só vigora na atenção odontológica para próteses dentárias. Os segurados têm direito à restituição de 50% dos gastos com as próteses. Até junho de 1997, o orçamento para a confecção de próteses era acordado entre dentista, Caixa e paciente³.

No caso da restituição de despesas, o procedimento real não implica, em geral, no desembolso direto e imediato pelo paciente dos valores correspondentes a todo o tratamento. No caso das próteses dentárias, a Caixa paga sua parcela diretamente ao dentista. As contas médicas privadas ou dos que preferiram a restituição de despesas no âmbito do GKV – no

caso da atenção ambulatorial – são enviadas posteriormente à casa dos clientes, pois as consultas não são pagas no ato. As contas recebidas pelos segurados podem ser remetidas ao seguro privado, que paga diretamente ao prestador dentro dos limites estabelecidos nos contratos, e o segurado completa o restante.

Estas particularidades básicas do Seguro Social de Doença alemão serão melhor detalhadas na análise da organização do sistema.

1. Catálogo de ações e benefícios do GKV – *Leistungskatalog*

Concomitante ao processo de inclusão de grupos ocupacionais com a extensão de cobertura para camadas cada vez mais abrangentes da população, a pauta de benefícios garantidos pelo GKV foi ampliada e uniformizada de modo gradual. Na extensão inicial, predominaram as transferências financeiras, principal benefício do GKV em sua origem, tendo sido o auxílio-doença majorado progressivamente em seus valores monetários e no aumento do período de licença remunerada garantida⁴.

A assistência médica – no início, não muito reivindicada – tornou-se, aos poucos, o principal setor de gastos do GKV – em particular, a partir de 1930 –, quando os familiares dependentes, cujo asseguração era garantido apenas em algumas Caixas, foram incluídos na proteção de forma obrigatória. Ações médico-sanitárias foram sucessivamente incorporadas conforme o desenvolvimento técnico científico no setor. As despesas com ações médico-sanitárias individuais – que no começo do século tinham pequena participação no conjunto dos gastos – já representavam, em 1960, 65% dos dispêndios do GKV (BMG, 1995).

A introdução de medidas preventivas e de promoção da saúde é mais recente. A prevenção individual – com adoção de medidas para diagnóstico precoce de doenças e direito a consultas médicas periódicas definidas conforme a faixa etária e sexo – foi incluída no catálogo obrigatório a partir de 1971 e, ulteriormente, várias vezes complementada e estendida a outras doenças. Medidas de promoção foram estabelecidas com maior ênfase apenas em 1989, com a Lei da Reforma da Saúde.

Além da ampliação das ações médico-sanitárias, outros benefícios passaram a ser assegurados, aumentando o campo de atuação do GKV, em particular, os relacionados à política de família e saúde reprodutiva e de cuidados de longa duração⁵.

Atualmente, o catálogo de ações médico-sanitárias e de benefícios em espécie do GKV é uniforme e abrangente. Independente da Caixa a que são afiliados, todos os segurados

têm direito a um mesmo catálogo de serviços, definido legalmente no Livro Quinto do Código Social – V SGB. A cesta de benefícios engloba a maior parte do conjunto de ações diagnósticas e terapêuticas atualmente disponíveis de assistência médica individual curativa, garantindo atenção médico-sanitária nos diversos níveis de complexidade.

O cerne do catálogo de serviços são as ações médico-sanitárias individuais e, entre estas, as ações curativas, que incluem: atenção médica ambulatorial e hospitalar; atenção odontológica, assistência farmacêutica e outros métodos terapêuticos (*Heimittel*, fonoterapia, massagens) (V SGB §27), bem como cuidados domiciliares.

Além das ações individuais curativas, esse catálogo inclui medidas para promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce de doenças; ações de reabilitação e meios de ajuda (*Hilfsmittel* – próteses, lentes de óculos e aparelhos de audição); cuidados na gestação e parto; contracepção para jovens até 20 anos de idade; aborto hospitalar e esterilização legal; fecundação artificial; e transferências financeiras: auxílio-doença, auxílio-parto, auxílio-maternidade e auxílio-funeral (SGB V §11, 20-51).

As ações não são especificadas em uma cesta, mas definidas de modo genérico. Os segurados têm direito a tratamento médico quando este se fizer necessário para diagnóstico e terapia de doenças, de modo a evitar a piora e minorar o sofrimento (V SGB §27). As ações devem, pela letra da lei, corresponder a necessidades médicas, ser suficientes, oportunas (estar em consonância com as finalidades) e econômicas (não despender mais recursos do que o necessário). Ações desnecessárias ou pouco econômicas não podem ser reivindicadas pelos segurados, da mesma forma que os prestadores não devem realizá-las, estando as Caixas proibidas de concedê-las (V SGB par.12).

As mudanças no catálogo de serviços não ocorreram apenas por iniciativa do legislativo. Decisões na justiça também obrigaram a garantia de certas ações pelas Caixas, como no caso de garantia do tratamento para dependência de drogas e álcool, transtornos neuróticos e da fala. Além disso, foi por decisão judicial de 1974 que as próteses dentárias passaram a ser parte da cesta de ações obrigatórias (Alber, 1992:53).

Os segurados têm direito a grande parte das ações do catálogo de forma direta, sem pagamento e sem participação financeira. Para isto, basta apresentar o cartão magnético do segurado específico⁶. A participação financeira direta dos pacientes é legislada de modo uniforme entre Caixas e é expressiva apenas para assistência farmacêutica e próteses dentárias. Além das taxas de co-pagamento para medicamentos, existe para internação em hospital, clínica de reabilitação e casa de repouso para pacientes maiores de 18 anos. Tratando-se de hospitalização, a taxa é paga por, no máximo, 14 dias ao ano⁷. Há

participação também para os meios de cura – massagem e fonoterapia – e transporte para doentes. No que concerne à atenção ambulatorial tanto médica quanto odontológica, exceto para próteses e ortodontia, não há participação financeira dos usuários. Segurados de baixa renda e crianças até 18 anos estão isentos do co-pagamento.

Atualmente, o catálogo não é apenas obrigatório, mas é também único, ou seja, as Caixas não podem criar novos benefícios. Com a uniformização, a possibilidade de oferta de ações adicionais foi sendo reduzida ao longo do tempo. No período da expansão, ações adicionais introduzidas por uma ou outra Caixa foram incorporadas pelo legislador no catálogo obrigatório, o que o tornou cada vez mais abrangente e homogêneo.

Desse modo, não existem diferenças essenciais no catálogo de ações e benefícios entre as Caixas para os segurados obrigatórios⁸. As desigualdades de direitos entre as Caixas são mínimas. Mais do que às ações adicionais – acima de 90% das ações do catálogo são definidas legalmente –, as dessemelhanças referem-se à maior ou menor facilidade na autorização para alguns serviços, como, por exemplo, para estadia em casas de repouso – *Kur* – ou aprovação de orçamentos de próteses dentárias. Em geral, as Caixas Substitutas oferecem maiores facilidades.

Os benefícios e ações para os segurados voluntários são os mesmos que para os obrigatórios. Desigualdades antes existentes – possibilidade de as Caixas definirem os benefícios nos contratos de segurados obrigatórios – foram abolidas com a Lei da Reforma da Saúde de 1989. Em todas as Caixas, permanece apenas a possibilidade de exclusão do benefício-doença para os segurados voluntários com a correspondente redução nas taxas de contribuição (*Deutscher Bundestag*, 1990:343)

Tem-se tornado mais difícil às Caixas introduzirem novas ações, menos com a intenção de evitar privilégios e mais como medida de contenção preventiva, quer dizer, para impedir novos gastos e seu efeito multiplicador. Com a liberdade de escolha das Caixas, instituída com a Lei da Estrutura da Saúde – GSG, de 1992, a restrição legal de oferecimento das ações adicionais impôs-se como medida de contenção, dado que a oferta de mais serviços e benefícios com o fim de atrair maior número de segurados por parte de uma Caixa seria seguida pelas outras, para não ficarem em pior posição na competição, produzindo aumento de gastos e a elevação das taxas de contribuição.

Analisando-se a evolução do catálogo do GKV em seus mais de cem anos de existência, nota-se que, em sua origem, o núcleo da atenção estava na cobertura monetária do risco de adoecer; depois, na atenção curativa; e, mais recentemente, foi estendido a medidas

preventivas individuais. Ações de prevenção coletivas ainda hoje são pouco desenvolvidas pelas Caixas⁹.

O catálogo em detalhe

Além da atenção médica ambulatorial e hospitalar – que serão examinadas em detalhe no capítulo IV –, os segurados têm direito a uma série de outras ações médico-sanitárias, descritas a seguir.

- *promoção, prevenção e diagnóstico precoce*

Entre as medidas de promoção e prevenção à saúde estão incluídas medidas individuais – mesmo em regime de internação – e coletivas: informação e educação em saúde para a prevenção de doenças; profilaxia de grupo e individual para saúde bucal; medidas de promoção em regime de internação em casas de repouso – *Kur* ou ‘casas de cura’ –; e estadia preventiva em casas de repouso para mães – *Müttergenesungskuren*^{10;11}.

A prática preventiva é principalmente individual, conquanto tenha sido aberta recentemente às Caixas a possibilidade da definição de parcerias com outros atores dos programas de saúde coletiva e permitida a sua participação no financiamento. A ênfase é no diagnóstico precoce, no início introduzido para câncer – uma consulta anual para as mulheres, a partir dos 20 anos, e para os homens, a partir dos 40 anos –, tendo sido ampliado desde 1989 para doenças cardiocirculatórias, renais e diabetes. Todos os segurados, a partir dos 35 anos, têm direito a uma consulta bianual para diagnóstico precoce destas doenças mediante indicação médica¹². As crianças, além do esquema de vacinação, têm direito a nove consultas preventivas e de acompanhamento até completarem seis anos de idade e, depois, a mais uma, na pré-adolescência.

As ações de promoção da saúde são efetuadas principalmente mediante ‘programas’ ou ‘treinamentos’ de saúde sobre temas clássicos de prevenção individual. Oferecem-se cursos: de prevenção de doenças cardiocirculatórias, para deixar o vício do fumo, para gestantes, de ginástica para a coluna, de combate ao estresse, de relaxamento, hidroginástica, nutricionais etc., que podem ser prestados pelas próprias Caixas ou por profissionais credenciados¹³. São também realizadas campanhas específicas, como, por exemplo, de prevenção ao uso de drogas e de acidentes de trânsito com crianças. Afora isso, as Caixas fazem atividades de promoção à saúde e prevenção de acidentes nas empresas, em parceria com elas¹⁴.

Igualmente considerada medida preventiva é a atenção prestada nos casos em que se verifique estar o “estado de saúde do segurado debilitado, o que em prazo previsível levará ao adoecimento” (BMA, 1994). Nestas situações constatadas pelo médico, o segurado tem direito a cuidados em casa de repouso tipo SPA – *Vorsorgekur*¹⁵, em regime de internação ou ambulatorial. No SPA ambulatorial, o segurado frequenta banhos, ginástica, massagens em estação termal ou balneário pago pela Caixa e recebe pequeno adicional para viagem e hospedagem. No outro caso, estes cuidados são recebidos em regime de internação em casa de repouso – *Kurhaus*. Todos os segurados com indicação médica têm direito a três semanas de *Spa* a cada quatro anos¹⁶. Medida semelhante é prevista também para a diminuição do estresse de mães com filhos pequenos – *Müttergenesungskuren*.

Desde 1993, além destas medidas de promoção e prevenção, as Caixas têm a possibilidade de repassar recursos para incentivar grupos de auto-ajuda e entidades não-lucrativas de promoção e reabilitação da saúde. A incorporação de semelhantes medidas de promoção e prevenção no catálogo obrigatório é, como referido acima, recente. Conquanto, ainda em 1988, a Lei da Reforma da Saúde de 1988 tenha introduzido medidas de promoção e ampliado as de prevenção, uma parte destas medidas de promoção foi abolida com o *Sparpaket* de 1996. Observando a evolução do catálogo de serviços, Alber (1992) identificou a tendência de deslocamento de riscos de curto prazo – medidas curativas – para os de longo prazo – medidas preventivas. Todavia, fica difícil afirmar esta tendência por causa do recente corte em certas medidas de promoção, ainda que também não seja possível negá-la, pois foram introduzidas ao mesmo tempo novas medidas de profilaxia individual e de grupo em saúde bucal.

- *assistência odontológica*

A atenção odontológica inclui medidas preventivas de saúde bucal, de diagnóstico precoce, curativas e de reabilitação – inclusive ortodontia para menores de 18 anos¹⁷. A maioria das ações odontológicas está incluída no catálogo¹⁸ e a atenção é, em geral, gratuita, podendo ser utilizada sem necessidade de desembolso por parte do segurado – *Sachleistungen*. Faz-se exceção para próteses e ortodontia, na quais os pacientes têm expressiva participação nas despesas, que são restituídas em 80% para tratamento ortodôntico e em 50% dos gastos para próteses dentárias. Para tal, o orçamento do tratamento deve ser previamente aprovado pela Caixa. Como estímulo ao maior cuidado individual com os dentes, os segurados que visitam o dentista regularmente – uma vez ao ano – têm direito à restituição de 60% dos gastos com próteses.

Nos últimos anos, a participação dos pacientes nas despesas com próteses dentárias sofreu alterações tanto na forma como no montante. Em 1997, pela última lei de contenção – objeto de análise no capítulo VII – a participação percentual das Caixas nessas despesas foi substituída pelo subsídio fixo por tipo de próteses.

Os segurados têm direito à livre escolha. Do mesmo modo que na atenção médica ambulatorial, o segurado pode optar pelo profissional de sua preferência entre os credenciados, que são a grande maioria.

Medidas de profilaxia de grupo devem ser realizadas pelas Caixas em jardins de infância e escolas para crianças até 12 anos, em parceria com os departamentos locais de saúde e Associação de Dentistas das Caixas¹⁹. Entre as medidas individuais está o direito dos segurados, até os 18 anos, ao selamento de fissuras dos molares e de consultas semestrais para a prevenção de cáries (profilaxia individual). Como estímulo ao comparecimento a estas sessões preventivas, o segurado que se apresentar regularmente às consultas de profilaxia obtém redução, no tocante a sua participação financeira, de 20% a 30% em futuras próteses²⁰.

De modo predominante, a profilaxia na assistência odontológica tem sido realizada através de consultas de rotina individuais. Apenas em época recente, as medidas de profilaxia de grupo receberam maior ênfase e foram introduzidas como obrigatórias. Assim, embora os gastos com assistência odontológica sejam dos mais altos em comparação com os demais países, a saúde bucal infantil na Alemanha é pior do que em países com gastos menores ou de igual nível (Alber, 1992:153). O recente destaque dado à introdução de ações profiláticas individuais e coletivas – altamente positivas no sentido de evitar as cáries e garantir a preservação dos dentes – busca dar resposta a esta situação problemática, mas tem também um componente de contenção, uma vez que as medidas de profilaxia substituiriam a necessidade futura de próteses dentárias das crianças de hoje.

A ampliação das ações profiláticas obrigatórias foi acompanhada de restrições na garantia de próteses dentárias. O direito a estas – inclusive coroas – para segurados nascidos a partir de 1979 foi abolido com o *Sparpaket*, em 1996, permanecendo apenas nos casos inevitáveis de acidentes, doenças sistêmicas ou graves da mastigação. Além disso, em 1997, a participação financeira das Caixas em 50% das despesas de próteses dentárias dos outros segurados foi substituída por taxa fixa, a ser paga pelas Caixas, por tipo de prótese. Concomitante a isso, novas medidas de profilaxia foram mais uma vez introduzidas. Com a terceira etapa da reforma da saúde foram introduzidas novas medidas de profilaxia individual para crianças entre 2 e 4 anos, para controle da flora e da transmissão de bactérias entre pais e filhos. Foram adotadas ainda outras medidas profiláticas individuais a serem cumpridas

durante consultas anuais para adultos, segurados a partir dos 18 anos de idade, como, por exemplo, a utilização de flúor e de medidas para diminuir a flora bacteriana (*Drucksache* 822/96:58-60).

Caso os segurados utilizem essas medidas, espera-se que não venham a necessitar de próteses. No entanto, se uma profilaxia bem feita, simultânea à mudança de hábitos alimentares e à adequada higiene bucal, diminui a incidência de cáries, isto não significa que a necessidade futura de próteses será abolida. Estas medidas enquadram-se no mote da coalizão governamental de aumento da responsabilidade individual e de reforço ao princípio da subsidiariedade. Seria responsabilidade de cada um assumir um estilo de vida saudável, pressupondo-se que essa escolha está isenta de constrangimentos socioeconômicos.

A despeito de as medidas profiláticas compartilharem objetivos restritivos, sua introdução não tem efeito imediato de contenção de custos. Como as medidas preventivas são de caráter individual, sua implementação produz aumento de gastos, em razão de haver mais uma consulta periódica e/ou mais um exame para diagnóstico precoce por segurado²¹.

- *assistência farmacêutica*

Os medicamentos necessários à atenção ambulatorial também estão incluídos na cesta. A distribuição é feita diretamente pela rede de farmácias privadas e é afiançada por meio de contratos estabelecidos entre as Caixas e as Associações das Farmácias. Para receber um medicamento, o segurado apresenta a receita em qualquer farmácia e paga a taxa de copagamento, que é escalonada conforme o número de doses contido na embalagem. Os medicamentos são pagos pelas Caixas diretamente às farmácias.

Tradicionalmente existe pouco controle sobre os preços de medicamentos na Alemanha e os remédios são considerados caros em comparação com outros países europeus (Alber, 1992:131s)²². Em 1989 foi criado um sistema de definição de preços máximos – *Festbetrag* – para grande parte dos medicamentos a serem pagos pelas Caixas às farmácias. Se o preço do medicamento for mais elevado do que o valor máximo fixado, o médico deve informar ao paciente que o está receitando e o segurado deve arcar com a diferença. O preço da maioria dos medicamentos incluídos no sistema, porém, foi ajustado ao valor fixado logo após a primeira definição de preços máximos e a maioria não ultrapassa hoje o preço máximo.

Em 1995, dentre os medicamentos prescritos, 60% estavam englobados neste sistema, correspondendo a 56% das despesas do GKV com assistência farmacêutica (AOK, 1996:32). Medicamentos novos com patente ainda válida foram recentemente (1996) excluídos do sistema de *Festbetrag*, o que significa total liberdade da indústria para a

definição de preços dos novos lançamentos, mesmo que tenha sido efetuada apenas pequena alteração molecular.

Existe também pouco controle sobre a qualidade dos medicamentos prescritos. Inúmeros daqueles proscritos em países como Inglaterra ou EUA por seus efeitos duvidosos são licenciados na Alemanha (Schwabe & Paffrath, 1996). Em 1993 foi aprovada a elaboração de uma ‘lista positiva’²³ com todos os medicamentos passíveis de pagamento pelas Caixas, a qual excluiria preparações de efeitos duvidosos ou não comprovados e associações espúrias. Por pressão da indústria farmacêutica²⁴, esta lista – inquestionável instrumento para a melhoria da qualidade da assistência farmacêutica prestada pelas Caixas – foi abolida antes mesmo da sua elaboração mediante projeto de lei enviado pela coalizão governamental ao Parlamento. Além da melhoria na qualidade das prescrições, a lista positiva representaria grande potencial de economia. Em 1995, os gastos com estes medicamentos de efeito não comprovado ou com associações consideradas inadequadas²⁵ foram de 7 bilhões de marcos (Schwabe & Paffrath, 1996:13).

A prescrição de genéricos vem crescendo de modo gradual; representava, em 1995, 38,6% das prescrições, o que corresponde a 29,8% dos gastos das Caixas com medicamentos. Estima-se um potencial de economia de 2 bilhões de marcos anuais caso fossem realizadas todas as prescrições possíveis com genéricos (Schwabe & Paffrath, 1996:13). Entretanto, nenhuma nova medida para estimular o uso de genéricos tem sido promovida.

A assistência farmacêutica é o único setor da atenção em que há expressiva participação financeira direta dos paciente mediante as taxas de co-pagamento. Ao aviar uma receita na farmácia, o paciente paga a taxa fixa escalonada conforme o tamanho da embalagem – grandes, médias e pequenas.

Os valores do co-pagamento, assim como o volume de medicamentos englobados no esquema, foram sucessivamente ampliados nos últimos anos²⁶. Ao mesmo tempo, a implementação das regras de participação dos usuários nos gastos tornou-se cada vez mais complicada. Antes de 1988 existia taxa fixa no valor de 2 marcos para qualquer medicamento. Em 1989, apenas os medicamentos não incluídos no sistema de preços máximos fixados pelas Caixas estavam submetidos a esta regra e o valor do co-pagamento passou para 3 marcos por medicamento aviado. Em 1993, o estímulo à prescrição de medicamentos com preços máximos fixados caiu, sendo o co-pagamento estendido a todos as especialidades farmacêuticas.

Estabeleceu-se também escalonamento segundo o preço (3, 5 e 7 DM), o qual foi reformulado em 1994 para corresponder ao tamanho da embalagem, mas com os valores

anteriores (Klauber et al., 1996:525). Em 1996, com o *Sparpaket*, os valores foram majorados em um marco, passando a 4, 6 e 8 marcos para embalagens com número de doses pequeno, médio e grande, respectivamente (aumentos de 14,3 a 33,3%). Em 1997, os valores de co-pagamento foram majorados de modo drástico em 5 marcos, passando para 9, 11 e 13 marcos.

O co-pagamento de medicamentos é pouco efetivo no controle do consumo. Não é proveitoso no sentido de provocar demanda mais parcimoniosa por parte dos segurados, a qual é basicamente secundária – os medicamentos são prescritos pelos médicos e somente estes são pagos pelas Caixas. Controles são efetivos apenas quando afetam o modo de prescrição médica, estimulando a mais adequada possível – como seria o caso da ‘lista positiva’ – e coibindo o emprego desnecessário de medicamentos²⁷. Os pacientes pouco podem interferir no mercado de medicamentos através da mudança de seu comportamento enquanto ‘consumidores soberanos’. É difícil para estes, na qualidade de leigos, avaliarem a necessidade de emprego dos medicamentos prescritos e buscarem alternativas de igual eficácia, porém, mais econômicas.

A introdução de co-pagamento na assistência farmacêutica é, portanto, mero mecanismo de contenção de gastos do GKV, com o deslocamento dos mesmos para o bolso dos pacientes. Entre os pacientes, os mais idosos são os mais prejudicados, porque em geral dispõem de renda mais baixa e empregam maior número de medicamentos - dado apresentarem, com frequência, co-morbidade. Segurados maiores de 60 anos são medicados de forma duradoura com três medicamentos em média e, embora representem apenas 22% da população, são responsáveis por 54% dos gastos com assistência farmacêutica do GKV. Os pacientes entre 80-84 anos consomem em média 37 embalagens anuais (Klauber et al., 1996:499).

Em 1995, a participação financeira direta dos pacientes na assistência farmacêutica foi de 3 bilhões de marcos, correspondendo a 8,6% (em 1994, fora de 8,8%) dos gastos do GKV no setor (Schwabe & Paffrath, 1996:526 e 545). A assistência farmacêutica e a atenção odontológica são os itens do catálogo nos quais maiores restrições foram introduzidas e onde mais se faz notar a política de contenção. A participação financeira direta dos pacientes nestas duas áreas da atenção foi elevada de forma considerável por meio da exclusão de ações do catálogo, pelas quais os segurados passarão a desembolsar pagamento integral, e pela majoração das taxas de co-pagamento.

A ampliação da participação dos usuários nos gastos com medicamentos e tratamento dentário afeta negativamente a base de financiamento solidária do sistema, ao transferir os gastos da responsabilidade dos contribuintes para os pacientes. Ao mesmo tempo, favorece os

empregadores, corroendo a paridade no financiamento dos gastos com doença, pois cada deslocamento de despesas para os segurados significa menor pressão e/ou diminuição sobre as taxas de contribuição.

- *meios de cura – Heilmittel – e meios de ajuda – Hilfsmittel*

Os segurados têm direito à grande maioria das ações sanitárias prestadas por outros profissionais da área da saúde quando prescritas pelos médicos, os chamados meios de cura – *Heilmittel* – integrantes do catálogo obrigatório. O tratamento com outros métodos terapêuticos – *Heilmittel* – diferencia-se do emprego de medicamentos, pois tem como base ações externas sobre o corpo das pessoas. Inclui principalmente ações terapêuticas físicas como ginásticas especiais para doentes, massagens, banhos medicinais, fisioterapia, assim como fonoterapia e terapias ocupacionais.

Estas ações somente podem ser prestadas por prestadores credenciados. Para o credenciamento destes profissionais e serviços exige-se a conclusão da formação específica, experiência profissional mínima de dois anos na área e instalações adequadas. As Caixas, em conjunto, decidem quais as profissões passíveis de serem credenciadas. Novas ações podem passar a ser oferecidas após a aprovação pela Associação Conjunta de Médicos e Caixas.

Com a lei da Reforma da Saúde introduziu-se, desde 1989, a participação dos pacientes com mais de 18 anos nas despesas com estas ações. Até 1997, a taxa de pagamento para *Heilmittel* era de 10% dos gastos. A partir de julho de 1997 passou a 15%.

Outro dos componentes do catálogo, os meios de ajuda – *Hilfsmittel* – visam assegurar o sucesso do tratamento médico ou compensar uma deficiência²⁸. Os principais são lentes e aparelhos de audição, próteses corporais e aparelhos ortopédicos. Os segurados têm direito aos aparelhos prescritos pelos médicos, assim como a sua adaptação ou substituição. Para óculos, são garantidas apenas as lentes, excluindo-se as armações por serem consideradas artigo de consumo²⁹. A partir dos 14 anos, as lentes podem ser substituídas a cada mudança de pelo menos 0,5 dioptria. Lentes de contato são pagas em caso de extrema necessidade médica. Havendo deficiência física são garantidos equipamentos sofisticados, como próteses com mecanismos microeletrônicos e cadeiras de rodas motorizadas.

Assim como para os medicamentos, foram introduzidos preços fixos para os meios de ajuda com a Lei da Reforma da Saúde- GRG, em 1989. Estes teriam por objetivo evitar a participação financeira dos pacientes e estimular os produtores a oferecer produtos no preço fixado (BMA, 1994:190).

- *cuidados domiciliares*

O segurado, além de tratamento médico, tem direito a cuidados domiciliares. Quando estes podem reduzir o tempo de internação hospitalar, o segurado recebe cuidados básicos, terapêuticos e ajuda para serviços domésticos durante até quatro semanas por agravo.

Esse direito existe apenas se outro co-habitante não puder prestar os cuidados ao doente, que será assistido então por um serviço ou pessoa contratada pela Caixa ou por iniciativa do segurado. Parentes próximos não podem ser remunerados.

- *reabilitação*

Integram o catálogo obrigatório as ações de reabilitação para prevenir, eliminar, ou melhorar deficiências e a ‘dependência de cuidados’. A atenção reabilitadora pode ser prestada pelo médico em seu consultório, ou, caso não seja suficiente, oferecida na forma de um SPA/*Kur* ambulatorial para reabilitação, em moldes iguais aos do SPA preventivo. Sendo a forma ambulatorial insuficiente, é possível utilizar a reabilitação em regime de internação hospitalar – *Rehabilitationskur* –, feita em clínicas de reabilitação contratadas pelas Caixas. Em geral, a possibilidade de reabilitação hospitalar restringe-se a quatro semanas no intervalo de três anos. As regras de co-pagamento da internação para reabilitação são idênticas às daquelas das internações em geral. Maiores de 18 anos – tratamento infantil é isento – pagam pequena taxa diária por, no máximo, 14 dias ao ano.

Se a reabilitação é direcionada para restabelecimento da capacidade de trabalho do segurado, esta passa a ser competência do seguro de aposentadoria, é garantido pelo provedor competente e, quando sua necessidade é decorrente de acidente de trabalho, é responsabilidade do seguro social de acidentes. Os segurados têm direito ainda, pelo GKV, a terapias para o trabalho e provas de esforço para definição da capacidade de trabalho, quando estas não forem atribuições de outro ramo do seguro social (BMA, 1994:164).

- *transferências financeiras*

Além de ações médico-sanitárias, os segurados têm também direito a benefícios em espécie: auxílio-doença, licença-maternidade, auxílio-parto, auxílio-funeral (para segurados que se filiaram ao sistema até 1989³⁰) e auxílio doméstico – *Haushaltshilfe*.

O auxílio-doença é pago pelo GKV a partir da sétima semana de licença para tratamento de saúde por, no máximo, 78 semanas para a mesma doença³¹ a cada período de três anos. Seu valor, até 1996, era de 80% do salário de contribuição. Nas seis primeiras semanas, a continuidade do pagamento do salário é encargo do empregador –

Entgeltfortzahlung – e, desde 1969, é igual para operários e empregados, correspondendo a 100% do salário habitual sem dias de carência.

Em 1996 reduziu-se o auxílio-doença para 70% do salário de contribuição e o pagamento nas seis primeiras semanas de afastamento foi legalmente estipulado como, no mínimo, 80% do salário habitual. Porém, a redução dos salários pagos no caso de doença não se concretizou por pressão dos trabalhadores nas negociações dos acordos coletivos setoriais, embora concessões tivessem que ser feitas, como se verá na discussão do *Sparpaket*.

As mulheres empregadas, além da necessária atenção médica durante a gravidez e o parto como todas as seguradas, têm direito à licença-maternidade por seis semanas antes do parto e oito semanas depois. Uma parcela do salário correspondente ao período da licença maternidade é pago pelas Caixas e outra pelos empregadores³². Seguradas não empregadas recebem pequeno auxílio-parto (RVO, p.195-200).

Afora o direito da trabalhadora ou trabalhador à remuneração no caso de afastamento do trabalho para tratar de filho doente, o GKV garante outro benefício monetário: *Haushaltshilfe*, ajuda financeira para realização das tarefas domésticas no caso de afastamento da casa por motivo de adoecimento (inclusive, internação em casa de repouso ou para parto) da mãe ou pai de filhos de até 14 anos, na ausência de outro adulto no lar que possa cumprir estas tarefas (mães / pais que moram sozinha/os ou que o par trabalha).

2. Pluralidade das Caixas: composição e organização do GKV – *gegliederte Krankenversicherung*

A organização do Seguro Social de Doença alemão tem, como característica, a pluralidade de instituições responsáveis pelo asseguramento e articulação das mesmas. Isto é, a proteção não é organizada com base em um único seguro. É composta por diferentes provedores de seguros articulados em associações específicas. A pluralidade de Caixas tem origem na forma histórica de constituição do GKV e sua continuidade foi garantida pela adscrição compulsória de grupos populacionais diferenciados conforme a inserção ocupacional nos diversos tipos de Caixas.

A existência de regras específicas para o asseguramento de distintos grupos ocupacionais e/ou com status diferenciados, como, por exemplo, operários – *blue collar* – e empregados – *white collar* -, mineiros e marítimos, o que levou à constituição e/ou manutenção de Caixas de Doença – *Krankenkassen* – separadas, organizadas por ramo de

produção, empresa, profissão ou região. Atualmente, conforme especificado na introdução deste capítulo, as Caixas de Doença são classificadas em oito tipos: **Locais**, de **Empresas**, de **Corporações de Trabalhadores Manuais**, **Rurais**, **Substitutas para Empregados**, **Substitutas para Trabalhadores**, de **Marítimos** e de **Mineiros**. Esta tipologia define a forma de organização das Caixas, que se agrupam em associações correspondentes.

Até 1995, a adscrição às Caixas era compulsória, já que a lei definia em qual delas um indivíduo deveria assegurar-se, segundo sua inserção na produção. Os operários – *blue collars* – eram obrigados a afiliar-se à Caixa Local de sua região. Às Caixas de Empresas e de Corporações pertenciam os respectivos trabalhadores. Os ‘empregados’ desfrutaram o privilégio de optar entre uma Caixa Substituta e uma Local. Outras Caixas Substitutas tinham clientelas restritas a certas profissões, que eram definidas em seus estatutos.

A Lei da "Estrutura da Saúde" de 1993 aboliu a diferença de tratamento de empregados e operários ao ampliar o direito de eleição da Caixa. Desde janeiro de 1996, os novos segurados podem escolher entre Caixas Locais e Substitutas à qual desejam filiar-se. Caixas de Corporações e de Empresas decidem pela abertura ou não para admissão de segurados fora de seu círculo estrito de trabalhadores. As Caixas Rurais, dos Mineiros e Marítimos, permaneceram com a clientela tradicional legalmente adscrita. A partir de 1997, passou a vigorar a possibilidade de troca de Caixa para segurados antigos.

Mesmo com as restrições acima descritas, a liberdade de escolha da Caixa foi ampliada para a maioria dos segurados. No momento presente, cerca de 80% dos contribuintes podem optar pela Caixa que quiserem sem restrições.

Ainda que o pluralismo de Caixas permaneça como característica do GKV, ao longo do tempo houve importante processo de concentração. Paralelamente à inclusão de parcelas cada vez mais ampliadas da população ao GKV, a quantidade de Caixas diminuiu de modo drástico no transcorrer dos anos e aumentou o número de segurados por Caixa. As cerca de 21 mil Caixas existentes no início do século (1913/14) sofreram brusca redução nos anos 20, passando para 7,7 mil em 1924/25. Em 1949/50, quando da constituição da República Federal Alemã, existiam cerca de 2 mil Caixas e, desde então, este número continuou a diminuir (Alber, 1992:49s). Nos últimos 25 anos, o número de Caixas foi reduzido a menos da metade.

Se, por um lado, o processo de concentração facilitou a tarefa de representação de interesses das Associações de Caixas frente aos prestadores e produziu possível redução de custos de administração, por outro, a quantidade de membros por Caixa é de tal ordem que dificulta cada vez mais a identificação ativa dos segurados com suas Caixas (Alber, 1992:66;

68). Com a expansão das Caixas, a administração autônoma perdeu as características originais de proximidade com os segurados e suas funções de acompanhamento e aconselhamento, tornando-se estruturas cada vez mais burocráticas. No presente, as Caixas são grandes organizações burocráticas, cujos dirigentes/representantes quase não podem mais ter relação direta com as bases (Alber, 1992:29). Os cargos de gestão, antes ocupados por sindicalistas engajados, são preenchidos por gerentes profissionais que tanto poderiam ocupar este como outro cargo em qualquer associação de prestadores (Alber, 1992:29).

Recentemente, o processo de concentração das Caixas acelerou-se. A possibilidade de fusão das Caixas foi facilitada pela Lei da "Estrutura da Saúde" - GSG, de 1993, e a partir de 1994, as Caixas Locais, as de Empresas e as de Corporações passaram por esse processo com o intuito de diminuir custos operacionais e colocar-se em melhores condições para enfrentar a competição pela conquista de segurados.

Ao longo do tempo, a diversidade de Caixas, associada à adscrição compulsória de segurados, produziu dessemelhanças nas taxas de contribuição pagas pelos segurados às diferentes Caixas e resultou em privilégios de certos grupos. Caixas menores, com uma estrutura de riscos dos segurados menos favorável e localizadas em regiões onde os salários são mais baixos, tinham com frequência taxas de contribuição mais elevadas do que outras de clientela compulsória mais vantajosa. Desigualdades na utilização dos serviços por conta da estrutura de riscos e receitas mais baixas em razão dos menores salários obrigam-nas a estipular taxas de contribuição mais elevadas para poderem arcar com os gastos em saúde de seus associados, uma vez que o catálogo de serviços é semelhante³³.

As diferenças entre as Caixas expressam-se também em conflitos entre elas, traduzindo divergência parcial de interesses e concorrência por segurados voluntários, o que sempre existiu. Os conflitos mais marcantes ocorrem entre as Caixas Locais-AOK e as Substitutas. As Caixas Locais – tradicionais Caixas de operários – têm estrutura de riscos menos vantajosa e, por isso, condições financeiras menos favoráveis. As Caixas Substitutas – em especial, algumas de grupos específicos de empregados em melhor situação financeira – podem oferecer facilidades adicionais e, em geral, negociam contratos de remuneração generosos com os médicos, pagando preços mais altos e buscando, em contrapartida, atendimento diferenciado para seus segurados. Estas conquistaram, assim, parcela maior de segurados voluntários.

Em outubro de 1996, atuavam apenas 543 Caixas na região ocidental; entre estas, 12 **Locais**, 467 de **Empresas**, 29 de **Corporações**, 18 **Rurais**, 7 **Substitutas para Empregados**, 8 **Substitutas para Operários**, a dos **Marítimos** e a dos **Mineiros**.

Tabela 11 – Caixas do Seguro Social de Doença por tipo – Alemanha, 1970-1995

Ano	Local	Empresa	Corporação	Rural	Substitutas	Total*
Região da Alemanha Ocidental						
1970	399	1.119	178	102	15	1.815
1975	314	965	164	19	15	1.479
1980	272	655	156	19	15	1.319
1985	270	754	155	19	15	1.215
1990	267	692	152	19	15	1.147
1991	264	694	151	19	15	1.135
1992	259	680	148	19	15	1.123
1993	257	673	145	19	15	1.111
1994	223	653	139	19	15	1.051
1995	84	633	122	19	15	875
1996	12	467	29	18	15	543
Região da Alemanha Oriental**						
1991	12	37	23	2	0	74
1992	12	61	25	2	0	100
1993	12	71	24	2	0	110
1994	12	66	21	2	0	101
1995	8	57	18	2	0	85
1996	8	47	14	2	0	71

O número de Caixas refere-se ao início do ano, exceto para 1970, correspondente ao final do ano, e para a região ocidental, em 1996, que corresponde ao mês de outubro.

* O total, para a região ocidental, inclui a Caixa dos Marítimos e a Caixa dos Mineiros em todos os anos. ** Caixas com sede na região oriental.

Fonte: BMG, 1995. *Daten des Gesundheitswesens*, p.280; *Bundesarbeitsblatt*, 1997, n.2 para o ano de 1996 região ocidental.; BMG, 1996, Tab. 10.3 para o ano de 1996, região oriental.

As principais Caixas de Doença são as Caixas Locais, com 23 milhões de segurados, e as Substitutas para Empregados, com 20 milhões, garantindo proteção à maioria da população. Às Caixas Locais estão associados cerca de 40% dos segurados do GKV e às Substitutas para Empregados, por volta de 35%. As Caixas de Empresas e de Corporações, por tradição mais numerosas e menores, são responsáveis por 12% e 6% dos segurados do GKV, respectivamente.

Tabela 12 – Número de segurados* por tipo de Caixa – GKV – Alemanha, 1985-1994

Ano	Local	Empresa	Corpor.	Rural	Marít.	Min	Sub.Op.	Sub.Emp.	Total
Região da Alemanha Ocidental									
1985	24.217	7.113	3.195	1.565	104	1.505	913	17.342	55.954
1989	22.882	6.742	3.002	1.392	79	1.401	1.034	18.199	54.732
1990	23.276	7.028	3.058	1.341	74	1.379	1.097	18.578	55.832
1992	23.358	7.128	3.143	1.301	73	1.317	1.227	19.617	57.165
1994	23.224	6.902	3.276	1.214	69	1.248	1.298	20.154	57.386
Região da Alemanha Oriental									
1992	7.988	1.129	567	26	12	459	67	4.562	14.810
1994	7.337	1.023	824	31	10	392	80	4.627	14.324

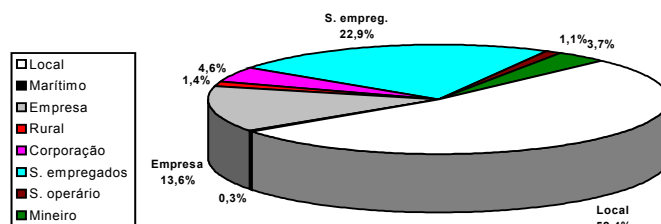
* Em milhares.

Fonte: BMG, 1995. *Daten des Gesundheitswesens*, p. 285. Número de segurados corresponde a 1.10 de cada ano.

Refletindo mudanças na própria estrutura produtiva – diminuição da proporção de trabalhadores industriais e expansão do setor serviços –, a cobertura das Caixas Locais e

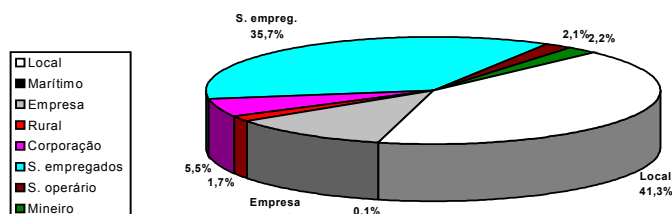
Substitutas modificou-se ao longo do tempo. As Caixas Substitutas para Empregados tiveram sua clientela ampliada, assegurando de modo progressivo maior parcela da população, e as Caixas Locais perderam importância relativa, pois seu número de segurados cresceu mais lentamente. Assim, como se pode observar nos gráficos abaixo, enquanto 52% dos contribuintes³⁴ estavam filiados às Caixas Locais e apenas 23% às Substitutas em 1970, estas proporções eram de 41% e 35%, respectivamente, em 1994.

Gráfico 5 – Proporção dos contribuintes por tipo de Caixa - Alemanha Ocidental - 1970



Fonte: BMG, 1995. *Danten des Gesundheitswesens*, p.284.

Gráfico 6 – Proporção dos contribuintes por tipo de Caixa - Alemanha Ocidental - 1994



Fonte: BMG, 1995. *Danten des Gesundheitswesens*, p.284.

As Caixas Substitutas para Empregados são as maiores, tendo mais de dois milhões de beneficiários em média. As Caixas Locais, tradicionalmente menores devido a sua forma de organização regional, contam hoje, em média, com mais de 2 milhões de segurados, em consequência do processo de fusão que empreenderam em nível estadual desde 1996.

Tabela 13 – Média do número de segurados por Caixa. Alemanha Ocidental, 1985-1996

Ano	Local	Empresa	Corporação	Rural	Sub oper.	S. Empr	Total
1985	89.000	9.400	20.600	82.400	114.000	2.477.000	46.000
1990	87.200	10.200	20.100	70.600	137.100	2.654.000	48.700
1995	291.700	10.200	27.200	66.800	-	-	65.384
1996*	2.066.000	13.627	114.586	70.500	-	-	105.361

* Base da estimativa: número de segurados segundo o microcenso de abril de 1995 e o número das Caixas em 1996, segundo *Bundesarbeitsblatt*, n.2, 1997.

Fonte: BMG, 1995. *Daten des Gesundheitswesens*, p.280, 285. Para 1995, *Statistisches Bundesamt*, 1995-a p.47, cálculos próprios. Os dados estão agregados para as Caixas Substitutas.

Tabela 14 – Proporção de segurados por tipo de Caixa. Alemanha, 1985-1996

Ano	Local	Empresa	Corporação	Rural	Marítimo	Mineiro	Sub oper.	S. empr.	Total
Região da Alemanha Ocidental									
1985	43,3	12,7	5,7	2,8	0,2	2,7	1,6	31,0	100
1989	41,8	12,3	5,5	2,5	0,1	2,6	1,9	33,3	100
1990	41,7	12,6	5,5	2,4	0,1	2,5	2,0	33,3	100
1992	40,9	12,5	5,5	2,3	0,1	2,3	2,1	34,3	100
1994	40,5	12,0	5,7	2,1	0,1	2,2	2,3	35,1	100
Região da Alemanha Oriental									
1992	53,9	7,6	3,8	0,2	0,1	3,1	0,5	30,8	100
1994	51,2	7,1	5,8	0,2	0,1	2,7	0,6	32,3	100

Fonte: BMG, 1995. *Daten des Gesundheitswesens*, p. 285; cálculo próprio. Segurado aqui significa o total dos beneficiários do GKV, inclusive dependentes.

Tabela 15 – Proporção dos contribuintes por tipo de Caixa. Alemanha Ocidental, 1970-1994

Ano	Local	Empresa	Corporação	Rural	Marítimo	Mineiro	Sub oper.	S. empr.	Total
1960	57,0	13,3	3,5	1,7	0,3	5,2	-	*19,0	100
1970	52,4	13,6	4,6	1,4	0,3	3,7	1,1	22,9	100
1975	48,3	12,7	4,7	2,8	0,2	3,2	1,1	27,0	100
1980	46,7	12,1	5,1	2,5	0,2	2,9	1,2	29,3	100
1985	44,8	11,6	5,2	2,2	0,2	2,7	1,5	31,8	100
1990	43,2	11,8	5,2	1,9	0,1	2,5	1,7	33,6	100
1994	41,3	11,4	5,5	1,7	0,1	2,2	2,1	35,7	100

O termo ‘contribuintes’ inclui aposentados e exclui dependentes.

* Dados agregados para as Caixas Substitutas de Empregados e de Operários.

Fonte: BMG, 1995. *Daten des Gesundheitswesens*, p.284. Para 1960: Alber, 1992:67.

- **Caixas Locais – AOK – Allgemeine Ortskrankenkassen**

As Caixas Locais pertencem todos os segurados obrigatórios para os quais não existem Caixas específicas – os operários, blue collars – e são organizadas regionalmente, sob a regulação dos governos estaduais. Até a década de 1980, eram constituídas em âmbito municipal ou por grupos de municípios próximos (*Kreis*). Originalmente, as Caixas Locais eram especializadas, constituídas por profissão ou ramo de produção, mas ocorreu um processo de fusão no início do século, tendo sido dirigidas aos operários em geral. Estas Caixas Locais unificadas tiveram, desde seu início, o apoio dos sindicatos e da social-democracia.

Em 1994, 40% de todos os beneficiários do sistema (47% dos segurados obrigatórios) eram membros de Caixas Locais. As Caixas Locais contam com baixo número de contribuintes voluntários. Apenas 25% de todos os contribuintes voluntários são membros de Caixas Locais. Cerca de 60% dos membros voluntários do sistema contribuem para Caixas Substitutas (*Statistisches Bundesamt - STBA*, 1995:11).

Deste modo, enquanto 21% dos contribuintes das Caixas Substitutas para Empregados são voluntários, a participação de membros voluntários entre os contribuintes das Caixas Locais é de apenas 7%. A proporção de aposentados entre os membros das Caixas Locais (34%) é também mais elevada do que entre os contribuintes das Caixas Substitutas para Empregados (19%) (*Bundesarbeitsblatt*, 2/1997:tab.66).

As Caixas Locais apresentavam taxas de contribuição diferenciadas, bem como importantes dificuldades financeiras em alguns locais como decorrência de sua forma de organização regional; porém, a partir de 1994, passaram por processo de concentração como estratégia de fortalecimento frente à anunciada competição – ampliação da liberdade de escolha das Caixas a partir de 1996/7. Assim, unificaram-se regionalmente, estando o seu número reduzido a quase um terço no início de 1995.

Em 1996, as Caixas Locais implementaram uma estratégia de unificação em nível estadual. As 84 Caixas Locais existentes em 1995 fundiram-se em 18 Caixas. Atualmente existe apenas uma Caixa Local por Estado, com exceção dos Estados *Nordrhein-Westfalen* e *Sachsen-Anhalt*, cada qual com duas Caixas Locais (BKK 1997:2)³⁵.

Este processo de concentração tende a avançar, em especial, pelas dificuldades financeiras de Caixas Locais da região oriental, que estão à beira da ruína ante as imposições da nova legislação, que as pressiona a aumentar as taxas de contribuição. A tendência atual seria a de criação de Caixas por grandes regiões, uma vez que o processo de estadualização já se completou. A fusão de Caixas facilitaria ainda mais as transferências financeiras entre regiões com distinto desenvolvimento econômico, o que é consoante com o princípio da solidariedade (Am Orde, 1997-a)³⁶.

- **Caixas de Empresas - BKK – Betriebskrankenkassen:**

As Caixas de Empresas asseguram os seus trabalhadores. Podem ser criadas pelos empresários para uma ou mais de suas empresas. Para a criação da Caixa de Doença, as empresas devem ocupar, no mínimo, 1.000 trabalhadores com obrigatoriedade de seguro, contar com a aprovação da maioria dos trabalhadores e a autorização da repartição competente. Criada uma Caixa, todos os segurados obrigatórios ocupados na empresa passam automaticamente a ser seus membros (Alber, 1992:25).

Por agregarem apenas os trabalhadores de cada empresa, o número médio de segurados por Caixa de Empresa é o menor, cerca de 13 mil. Em 1994, embora as 653 Caixas de Empresas existentes representassem 62% do total de Caixas, apenas 11% do conjunto de

beneficiários eram segurados de uma Caixa de Empresa. Estas Caixas também passaram por um processo de fusão, tendo reduzido o seu número em 28% entre 1994 e 1996.

- *Caixas de Corporações – IKK - Innungskrankenkassen*

As corporações de profissionais podem também criar Caixas para seus associados³⁷. Das Caixas de Corporações participam os trabalhadores ocupados em empresas de trabalhadores profissionais – *Handwerksbetrieb* – cujos proprietários sejam membros da corporação. As regras de criação são similares às das Caixas de Empresas. É exigido um mínimo de associados por corporação (1.000 segurados obrigatórios, aprovação dos associados e autorização) (SGB V §157-8). Em 1995 existiam 122 Caixas de Corporações, com a média de 27.200 segurados por Caixa. No entanto, estas Caixas também aderiram à estratégia de fusão no último ano e, em 1996, seu número foi reduzido a 29, passando cada Caixa a contar, em média, com 114 mil segurados.

- *Caixas Rurais – LKK – Landwirtschaftliche Krankenkassen*

As Caixas Rurais são organizadas pelas cooperativas rurais e delas fazem parte os pequenos e médios proprietários rurais que trabalham em regime de economia familiar e os membros de suas famílias que trabalham na mesma propriedade. Os pequenos e médios proprietários rurais foram dos últimos segmentos populacionais incluídos no GKV. As primeiras Caixas foram criadas no início dos anos 70 com subsídios da União, que permanecem até hoje. Por não terem sido incluídas na competição, o número de Caixas Rurais tem-se mantido constante; estas sempre foram, em geral, maiores e sua clientela permanece compulsória e fechada. Em 1995, na região ocidental, existiam 19 Caixas Rurais, com cerca de 66.800 beneficiários por Caixa.

- *Caixas dos Marítimos e dos Mineiros – See-Krankenkasse e Bundesknappschaft*

Paralelamente a estas Caixas organizadas em nível regional – a filiação foi tradicionalmente adscrita por região – existe ainda uma Caixa para os trabalhadores de minas e outra para marítimos, organizadas em nível nacional. Em 1994, a Caixa dos Marítimos contava com 69 mil beneficiários e a Caixa dos Mineiros com 1,3 milhões de beneficiários. Estas Caixas, assim como as Rurais, mantêm suas clientelas restritas e têm particularidades em seu financiamento. Recebem subsídios especiais por protegerem grupos populacionais com características específicas, como é o caso dos mineiros, que têm maior risco de doenças profissionais e cujo setor passa por importante reestruturação, em razão tanto da substituição do carvão por outras formas de energia quanto dos baixos preços internacionais do produto, que tornam o carvão alemão não competitivo mesmo internamente.

- **Caixas Substitutas – EAN – *Ersatzkassen der Angestellten* e EAR - *Ersatzkassen der Arbeiter***

As Caixas Substitutas têm sua origem vinculada às Caixas de Auxílio Independentes – *Freie Hilfskassen* –, existentes à época da lei do Seguro Social de Doença, no final do século passado, às quais permaneceram filiados os trabalhadores não obrigados de asseguramento. Reconhecidas em 1909 como Caixas Substitutas, foi-lhes adscrita legalmente determinada clientela de empregados. Até 1935, estas Caixas eram de Direito Privado, mas a partir de então foram transformadas em entidades de Direito Público (Seffen, 1973). Por tal origem, as Caixas Substitutas guardam até hoje características especiais, como é o caso da sua administração apenas pelos segurados, geridas de forma paritária, diferente da maioria das entidades provedoras de seguro social.

Estas Caixas, no início, eram mais apreciadas tanto pelos patrões, porque eles não precisavam contribuir, como pelos trabalhadores, por serem autogeridas. Desde o início do século, porém, os trabalhadores organizados – social-democracia e os sindicatos – afastaram-se destas Caixas, atuando mais nas Caixas Locais³⁸ (Oliveira, 1995:123). Atualmente existe certo conflito e disputa entre Caixas Locais e Substitutas. As primeiras, tipicamente de operários, defenderiam interesses mais gerais da massa trabalhadora, e as Caixas Substitutas, privilégios de alguns grupos ocupacionais.

Em número de oito, as **Caixas Substitutas para Operários** são organizadas regionalmente ou por ramo de produção e, até 1996/7, só podiam filiar operários, tendo pouca expressão pelo baixo número de segurados.

As **Caixas Substitutas para Empregados**, ao contrário, são organizadas nacionalmente, com taxa de contribuição única para todo o país. São em número de sete (*Barmer, Deutsche, Hamburg-Münchener, Handels-, Hanseatische, Kaufmannische, Techniker*). A afiliação às Caixas Substitutas não é obrigatória. Os trabalhadores classificados como empregados desfrutam da liberdade de escolha, podendo inscrever-se em Caixa Local ou em Caixa Substituta. Até a entrada em vigor da Lei da Estrutura da Saúde, em 1996, as Caixas Substitutas podiam definir o círculo de afiliados em seus estatutos. Atualmente, estão abertas a todos os segurados e são obrigadas a aceitar qualquer contribuinte.

Nos últimos anos, o número de segurados das Caixas Substitutas aumentou de modo marcante. Em 1970, apenas 23% dos contribuintes – ativos e aposentados – eram afiliados a Caixas Substitutas para Empregados; já em 1994 seus contribuintes correspondiam a 36% do total. (Observe-se que comparações realizadas em anos anteriores a 1990 referem-se apenas à

região ocidental.) As Caixas Substitutas para Operários tiveram também sua clientela bastante ampliada. Ainda que o número de afiliados às Caixas Substitutas para Operários não seja alto, sua participação dobrou de 1970 (1, 1%) a 1994 (2, 1%), por conta da nova legislação que, em 1989, liberou os operários com salários superiores ao limite de contribuição da obrigatoriedade de asseguração.

As Caixas Substitutas foram sempre as mais ricas por conta de suas receitas mais elevadas e, por isso, capazes de oferecer maiores privilégios. Hoje, porém, evidencia-se uma diferenciação entre elas. As maiores têm em geral estrutura de riscos semelhantes às das Caixas Locais e apenas algumas Caixas menores com clientelas restritas a setores profissionais mais qualificados garantem alguns privilégios aos seus segurados.

Outra diferença entre as Caixas Locais e Substitutas é a vinculação com os sindicatos, que decorre da adscrição, até há pouco tempo, de clientelas específicas. A Central Sindical DGB tem pouca influência nas Caixas Substitutas, pois estas são reduto tradicional do DAG, o sindicato dos empregados que não é filiado à DGB. A DGB ocupa menor número de assentos no Conselho de Representantes, exercendo pouca influência na direção das Caixas Substitutas. Este é um dos fatores que contribuíram para a rivalidade entre as Caixas. Em razão das dificuldades de renovação dos ocupantes destes cargos, torna-se difícil para a DGB aumentar aí sua influência, o que poderia levar as Caixas a uma atuação política mais coadunada (Am Orde, 1997).

O pluralismo de provedores de seguro social e a sua articulação – *gegliederte Krankenversicherung* –, mesmo após a drástica concentração dos últimos anos, ainda é característica do GKV. A articulação entre as Caixas Locais, de Empresas e de Corporações, outra característica básica do sistema, é garantida através da sua organização em associações, nos níveis estadual e nacional, como órgãos de direito público. As Caixas Locais, depois de sua fusão e unificação em cada estado em 1996, organizam-se, desde então, apenas em nível nacional. As Caixas Substitutas, por sua vez, sempre se organizaram somente em nível nacional e suas associações – das Caixas Substitutas para Empregadores e das Caixas Substitutas para Operários – são de direito privado. São estas Associações de Caixas estaduais/nacionais que negociam com os prestadores – associações de médicos credenciados, sociedades de hospitais e outros – os contratos de atenção e as formas de remuneração e preços, dentro dos limites estipulados pela legislação. Representam também as Caixas na Ação Concertada em Saúde e compõem comissões conjuntas com prestadores, constituindo-se dos mais importantes atores setoriais.

3. Administração autônoma – *Selbstverwaltung*

No seguro social, o Estado estipula as condições gerais de funcionamento do sistema, mas não administra diretamente as entidades provedoras de seguro. As Caixas de Doença, assim como as instituições dos outros ramos do seguro social, não são competência imediata da administração estatal. Constituem instituições de direito público, reguladas pelo Estado, cuja administração é de responsabilidade dos empregadores e trabalhadores. A administração das entidades provedoras de seguro social é, assim, autônoma.

As Caixas de Doença desfrutam de autonomia financeira e organizacional, estando subordinadas, porém, à regulação e vigilância estatais. A regulação é imprescindível para a garantia de princípios de justiça social. Desse modo, autonomia administrativa na área social significa liberdade de ação para a execução de tarefas legalmente definidas.

Oficialmente, o princípio de **administração autônoma**³⁹ proporcionaria a possibilidade de colaboração imediata dos participantes na conformação e aperfeiçoamento do assegurado em caso de doença. Ademais, contribuiria para a promoção de parcerias sociais e da ordem social. Ao constituírem-se órgãos de administração autônoma – *Krankenkassen* -, a competência de condução seria transferida do Estado para os envolvidos (BMA, 1994:123). A administração autônoma seria a forma de organização adequada para intermediar as necessidades dos endereçados dos benefícios sociais e expressar os interesses específicos de grupo. Os instrumentos à disposição no sistema parlamentar, de legislação e controle de orçamento, não seriam suficientes para garantir a atenção voltada aos interesses do cidadão. Os órgãos da administração autônoma, com a participação direta dos envolvidos, estariam mais aptos a cumprir esta função. (Ferner, 1976, 188).

Desde a criação do seguro social, suas entidades provedoras são instituições separadas da administração estatal direta. O princípio de administração autônoma foi tomado como modelo para a organização das entidades provedoras do Seguro Social de Doença, associações cooperativas de auto-ajuda organizadas pelos trabalhadores com a finalidade de prestar auxílio a seus membros em caso de doença, existentes à época de criação do Seguro Social de Doença⁴⁰.

As regras para a administração autônoma, composição dos órgãos de representação, forma de eleição e amplitude da autonomia modificaram-se ao longo do tempo, mas a existência de instituições separadas da administração estatal direta, com dirigentes escolhidos pelos pares, foi mantida, com exceção do período nazista. Em 1933, com o nacional-socialismo – a ditadura nazista –, a administração autônoma foi abolida. As Caixas sofreram

intervenção e seus dirigentes passaram a ser nomeados por órgãos governamentais. Criados para substituir os órgãos da administração autônoma, conselhos consultivos com a participação de empregados e empregadores foram compostos por pessoas nomeadas e não eleitas, tendo pouca possibilidade de influência. Ao término da guerra, a partir de 1948, a administração autônoma foi restaurada inicialmente na zona de ocupação francesa e restabelecida nas zonas de ocupação inglesa e americana apenas em 1951 (Seffen, 1973:13s).

Em termos institucionais, a administração autônoma significa a constituição das Caixas como entidades de direito público, não lucrativas. Em termos funcionais, internamente, significa independência administrativa – liberdade para elaboração do estatuto, do orçamento, contratação de pessoal etc. – e financeira, com a possibilidade de definição das taxas de contribuição. Externamente, a possibilidade de negociação de contratos com os prestadores e o controle sobre os serviços prestados significa independência na relação com os segurados.

Os órgãos de gestão das Caixas são, em geral, compostos de forma paritária, constituídos por representantes dos empresários e trabalhadores eleitos por seus pares a cada seis anos⁴¹. Os órgãos de gestão das Caixas Substitutas – *Ersatzkassen* – são compostos apenas por representantes dos segurados. Nas Caixas dos Mineiros, dois terços dos membros destes conselhos são representantes de trabalhadores e um terço, de empresários⁴².

Até 1995, as Caixas eram administradas por uma Assembléia de Representantes e uma Direção, ambas formadas por representantes eleitos. Com a Lei da Estrutura de Saúde – GSG – de 1992 ocorreu uma reestruturação da administração autônoma na tentativa de aumentar a competência das instâncias representativas. A partir de 1996, estes dois órgãos foram substituídos por um Conselho de Gestão, com número menor⁴³ de membros honorários, não remunerados, e uma direção remunerada, composta no máximo por três membros, escolhida pelo Conselho⁴⁴ a cada seis anos. Com tal mudança, o Conselho de Gestão passou a ter competência mais ampla e melhor especificada sobre as questões mais significativas, buscando-se atingir maior interferência dos representantes na condução das Caixas tanto na definição da política geral de atuação da Caixas, voltada aos interesses dos segurados, quanto no controle de sua execução pelos gerentes contratados. O Conselho de Gestão elege, controla e fiscaliza a direção, assim como define estatuto, orçamento e taxas de contribuição⁴⁵.

As mudanças introduzidas pela Lei da Estrutura da Saúde - GSG nos órgãos de administração das Caixas objetivavam, ao mesmo tempo, promover uma administração mais empresarial. Os dirigentes remunerados passaram a ter mais competências, com maior possibilidade de intervenção. As mudanças centralizaram as estruturas de administração, o

que pode ser exemplificado pela redução do número de representantes e ampliação de competências da direção remunerada.

Além da administração de cada Caixa, integram a administração autônoma as Associações de Caixas, as Associações de Médicos Credenciados das Caixas e associações conjuntas formadas por prestadores e Caixas. As Caixas Locais, de Empresas e de Corporações organizam-se em nível estadual e federal em associações. As Caixas Substitutas e as Caixas Rurais têm representações apenas em nível federal. Os médicos credenciados organizam-se por regiões/estados e em nível federal.

Outro dos órgãos da administração autônoma é a Comissão Federal de Médicos e Caixas – *Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen* –, constituída de modo paritário por representantes das Associações de Médicos Credenciados e das Associações de Caixas e responsável pela definição da forma e extensão da atenção médica ambulatorial⁴⁶. Recentemente, as atribuições destas comissões conjuntas foram ampliadas, podendo decidir sobre questões referentes à atenção prestada também por outros profissionais – como apontado no capítulo VIII, análise da terceira etapa da reforma da saúde.

A autonomia da administração está condicionada pela legislação vigente, que define seu âmbito de ação, o catálogo de serviços, as condições para criação de uma Caixa, além do que adscribe clientelas, obriga o asseguramento em geral e, no caso dos médicos, a afiliação compulsória às associações de médicos credenciados.

O princípio de autonomia administrativa não significa autonomia irrestrita das Caixas em suas políticas de gastos e financiamento, âmbitos que são legalmente regulados. O Estado define no Livro da Legislação Social – Código Social – os espaços de atuação das Caixas. As Caixas têm autonomia administrativa financeira, inclusive para a definição das taxas de contribuição, de gestão de pessoal e, por meio de suas associações, de estabelecimento de contratos com as organizações dos prestadores, cujas condições são igualmente legisladas. Por ser um seguro social e ter como um de seus princípios constitutivos a solidariedade, o catálogo de serviços é único e definido legalmente, com restrita possibilidade de oferta de serviços diferenciados pelas Caixas.

A atuação das Caixas é vigiada pelo Estado que fiscaliza a observância do cumprimento das responsabilidades legalmente atribuídas através de órgãos dos Departamentos de Saúde ou do Trabalho e Ordem Social em nível estadual e do Ministério da Saúde e do Departamento Federal de Seguros – *Bundesversicherungsamt* – em nível federal.

Os órgãos competentes dos Executivos Estaduais vigiam e fiscalizam Caixas de atuação local ou regional restrita (ao no máximo três estados), as respectivas Associações Estaduais de Caixas e as Associações Estaduais de Médicos das Caixas. O Departamento Federal de Seguros – BVA- *Bundesversicherungsamt* – exerce vigilância sobre Caixas Substitutas, de Marítimos e Mineiros devido à sua adscrição nacional e Caixas de Empresas com atuação em mais de três estados. Fiscaliza ainda a atuação da Associação Federal de Caixas Rurais. O Ministério da Saúde, por suas vez, vigia a atuação das Associações Federais das outras Caixas, da Associação Federal dos Médicos das Caixas e dos Serviços Médicos das Associações Federais das Caixas (BMA, 1994:198).

A abertura de nova Caixa e a vigência dos estatutos, nos quais são definidas as atribuições de cada Caixa, estão condicionadas à aprovação da repartição competente. Além disso, a contabilidade também pode ser analisada por órgãos de fiscalização, caso se faça necessário.

Eleições

As eleições para o Conselho de Gestão das Caixas de Doença, bem como para os outros ramos do seguro social, são denominadas eleições sociais – *Sozialwahlen*. Estas são livres e secretas, sendo realizadas a cada seis anos. Segurados e empregadores elegem os seus representantes de forma separada com base em uma lista de candidatos. Eleitores são todos os contribuintes maiores de 16 anos, podendo candidatar-se aqueles que atingiram a maioria, ressalvando-se que os funcionários das Caixas não são elegíveis.

A apresentação de candidatos pode ser feita pelos sindicatos (membros da *Deutscher Gewerkschaftsbund-DGB*, *Deutsche Angestellten-gewerkschaft-DAG* e *Christlicher Gewerkschaftsbund-CGB*) e associações de trabalhadores que preencham determinadas condições e cujos objetivos da organização não sejam restritos à participação neste tipo de eleições (BMA, 1994:689). Estas associações têm alguma importância apenas para as Caixas Substitutas, que têm em seu conselho somente representantes de segurados⁴⁷. Nas outras Caixas, as listas de candidatos representantes dos trabalhadores são apresentadas em geral pela Central Sindical DGB e compostas por representantes dos sindicatos-membros. Pelo lado dos empregadores, as associações de empresários e suas federações são responsáveis pela apresentação das listas de candidatos.

Além das organizações, segurados e empresários podem apresentar "listas livres", caso contem com a assinatura de certa proporção do número de segurados. Estas "listas livres" obtiveram algum sucesso nos últimos anos em Caixas pequenas.

As eleições são regulamentadas pelo Ministério do Trabalho e Ordem Social. A votação é realizada por meio de cartas com postagem gratuita. Se apenas uma lista é apresentada, ou o número de candidatos do conjunto de listas não ultrapassa o número de vagas, os integrantes das listas são considerados eleitos, ou seja, não há eleições (chamada *Friedenswahl* – eleição de paz). Esta é uma prática bastante comum, que leva parte dos segurados a desconhecer a existência de eleições. Desse modo, se a estrutura é formalmente democrática, a participação dos segurados é baixa. Apenas 40% dos segurados sabem que são realizadas eleições (*Dt. Bundestag*, 1990:345; Braun, 1992). Além disso, os eleitores têm pouca informação sobre a posição dos candidatos e votam comumente em listas com algum nome conhecido, dificultando a renovação.

Em 1993, por exemplo, para um conjunto de cerca de 1.400 Caixas dos vários ramos do seguro social (doença, previdência e acidentes de trabalho) que deveria realizar eleições, somente 27 Caixas o fizeram, de modo geral, as maiores. A participação, mesmo baixa – cerca de 40% dos segurados eleitores correspondentes enviaram o seu voto –, não foi menor que em anos anteriores⁴⁸.

A divulgação das eleições é considerada pela própria Central Sindical DGB como não suficiente. Nos últimos anos, a Central Sindical DGB tem buscado divulgar as eleições sociais e estimular a participação através de propaganda em rádios e por meio de cartazes. Os resultados, porém, têm sido pouco expressivos, o que tem levado a Central Sindical a repensar as formas de mobilização eleitoral (Am Orde, 1997-a).

Problemas da administração autônoma

O princípio de administração autônoma apresenta alta aceitação. Nenhum dos principais atores sociais setoriais questiona esta forma de organização. Mesmo assim, diversos problemas são apontados.

Com o crescimento das estruturas burocráticas das Caixas e a profissionalização de sua gerência – cujos cargos foram ocupados por administradores de empresas com experiência no setor privado e/ou por administradores de serviços de saúde – ocorreu um distanciamento da gestão das Caixas por parte dos trabalhadores, ao mesmo tempo que foi enfraquecendo a influência de seus representantes. A renovação dos representantes e dos membros da direção, por sua vez, era baixa. Após eleitos, muitos permaneciam nos cargos até chegarem próximos à aposentadoria, tornando-se os mesmos quase que postos vitalícios. A delimitação dos prazos de mandato só veio a ser feita com a ‘Lei da Estrutura da Saúde de 1993’ (Am Orde, 1997-a).

A administração autônoma, ainda que desfrute de certa independência, representa uma forma mediada de intervenção estatal⁴⁹. Tanto suas competências como o grau de autonomia são definidos a cada momento pela legislação em vigor⁵⁰. Contudo, o GKV é um dos ramos do seguro social que apresentou tradicionalmente maior grau de autonomia (Seffen, 1973). Se comparada ao ramo de aposentadorias, sua autonomia é muito maior. Neste ramo, as taxas de contribuição foram sempre definidas pelo Parlamento, enquanto que, no GKV, as próprias Caixas tinham essa atribuição.

Para Waneck (1994:122), a forma de organização das Caixas não corresponderia, de fato, ao tipo de administração autônoma cooperativa de segurados (*Genossenschaft*); seria muito mais uma administração estatal indireta, complementada por elementos de condução externa através dos sindicatos e associações de empresários.

Em relação à definição do catálogo de serviços – ações médico-sanitárias e transferências financeiras – a autonomia das Caixas sempre foi restringida, contida dentro de certos limites. O espaço das Caixas, em termos da decisão quanto aos benefícios a oferecer, esteve sempre determinado pelo grau de possibilidade da oferta ou não de ações adicionais àquelas definidas legalmente como obrigatórias. Inclusive, ações classificadas como adicionais foram progressivamente incorporadas ao catálogo obrigatório. A aparente restrição da liberdade de ação das Caixas neste campo é resultado de um processo de redução de privilégios e de obtenção de maior equidade. A maior intervenção estatal possibilitou, assim, a passagem progressiva da definição dos direitos segundo o mérito para uma definição conforme a necessidade.

Os principais problemas da administração autônoma são: a moderada competência de ação das Caixas, o pouco interesse dos sindicatos pelas Caixas e a baixa legitimação democrática de seus órgãos de administração. Estas deficiências podem ser encadeadas. A relativa falta de poder das Caixas tem produzido desinteresse dos sindicatos, tornando pouco atraente o trabalho nos órgãos de administração, o que contribui, por sua vez, para a baixa competência das Caixas. Nestas condições, as Caixas seriam, de fato, entidades administrativas e não organizações políticas (Reiners, 1989:37).

O problema principal é a falta de poder das Caixas. Estas careceriam de poder tanto externa como internamente. Externamente em relação aos prestadores de serviços e ao Estado e internamente por conta da composição múltipla do sistema – das rivalidades existentes entre os diferentes tipos de Caixas – e da forma de organização dos órgãos de administração (Reiners, 1989:37).

Por este motivo, os órgãos da administração autônoma, como referido acima, foram recentemente reestruturados. A mudança nos órgãos de gestão, em vigor desde 1996, foi defendida pela Central Sindical-DGB, preocupada em garantir a atuação mais efetiva de seus representantes na gestão das Caixas e a participação dos mesmos no debate de questões substantivas da política de atenção e não apenas em querelas gerenciais menores.

As Caixas, embora ocupem lugar importante na estrutura de poder setorial – afinal, financiam centenas de bilhões de marcos de ações médico-sanitárias anuais –, são considerados como tendo pouca força frente aos prestadores. Elas se gerem, mas não controlam o sistema de atenção médica, cuja gestão seria responsabilidade conjunta de Caixas e prestadores de serviços. As atribuições das Caixas correspondem, em sua maioria, a funções administrativas, atuando quase exclusivamente como administradoras financeiras (Reiners, 1989:34). Quer dizer, as Caixas garantem, na forma de contribuições, os meios financeiros necessários, ao passo que as associações de médicos, os hospitais e outros prestadores de serviços são responsáveis pelo tipo e qualidade da atenção médica ofertada.

A competência das Caixas na condução da prestação dos serviços é restrita. Na atenção hospitalar, as Caixas têm pouca possibilidade de intervenção na distribuição dos investimentos no setor – a cargo dos governos estaduais – e são obrigadas a contratar todos os hospitais incluídos no plano estadual de hospitais, em cuja elaboração participam de forma subordinada. Na atenção ambulatorial médica e odontológica, assim como para outros métodos terapêuticos e de ajuda, teriam maiores possibilidades de influência, pois seria permitido colocar diferentes ênfases em um ou outro tipo de serviços na negociação anual de preços – dentro de condições legalmente definidas (Reiners, 1987:31). Neste caso, é apontada uma assimetria de poder entre médicos e Caixas, desfavorável para as últimas. Embora as Associações de Caixas negociem preços separadamente, estão proibidas de negociar contratos com grupos de médicos; são obrigadas a fazê-lo com a Associação de Médicos das Caixas, a qual, ao mesmo tempo que garante a atenção, detém o monopólio da atenção ambulatorial.

Até 1989, a interferência das Caixas sobre a formação dos preços de medicamentos era mínima. Com a definição, naquele ano, de taxas fixas máximas para o pagamento de medicamentos através da Lei da Reforma da Saúde – GRG, suas possibilidades de intervenção foram ampliadas, em especial na área de genéricos. No caso de novos medicamentos, esta possibilidade inexistia, pois os mesmos são excluídos da negociação de preços⁵¹. Esta influência, porém, restringe-se aos preços, sendo difícil influir na qualidade das prescrições.

No setor ambulatorial, a possibilidade de controle de qualidade dos serviços prestados também é baixa. Uma vez que é vedado às Caixas a administração de serviços próprios, estas não têm controle sobre a prestação dos serviços. Os médicos têm total autonomia na decisão do tipo, qualidade e quantidade das ações prestadas (Wanek, 1994:137).

As Caixas apresentariam também deficiência de poder em relação ao Estado. Esta crítica, formulada de modo mais enfático pelos liberais, é acompanhada de propostas de privatização no sentido da introdução de mecanismos de mercado no sistema. A regulação estatal, contudo, é necessária para a garantia da solidariedade e uniformidade de direitos ao interior do sistema. Uma forte regulação estatal, com minuciosa definição de um catálogo de serviços homogêneos, garante o não privilegiamento de certos grupos. Para Reiners (1989:39), o problema da relação GKV-Estado estaria em que o Estado tem delegado tarefas ao GKV para resolver seus próprios problemas financeiros. Em diversas leis de contenção de gastos do sistema de seguro social, promulgadas desde a década de 1970, contribuições pagas por outros ramos do seguro social foram reduzidas e responsabilidades financeiras da União foram transferidas para o GKV, como, por exemplo, a diminuição das contribuições dos aposentados ou de desempregados.

A falta de poder das Caixas – interna – seria também decorrente da própria forma de constituição do sistema, produzindo disputas e falta de parceria entre as próprias Caixas. Até 1996/1997, a adscrição compulsória de clientela diferenciadas por profissão e status – operários e empregados – produziu importantes disparidades financeiras entre as Caixas. Aquelas socialmente mais fracas – segurados de menor renda, estrutura etária mais elevada, maior número de dependentes –, como se verá na discussão do financiamento – tinham necessariamente taxas de contribuição mais elevadas para poder garantir o catálogo de serviços estipulado legalmente. Algumas Caixas Substitutas podiam definir sua clientela, de tal forma que afixavam para si um círculo de segurados mais favoráveis – de mais baixo risco. Com a ‘Lei da Estrutura da Saúde’ de 1992 foi introduzida uma compensação financeira da estrutura de riscos entre as Caixas, cujos resultados já se fazem notar em termos de aproximação das taxas de contribuição. Os resultados da liberdade de escolha das Caixas ainda não podem ser avaliados, pois apenas a partir de 1997 tornou-se possível uma troca de Caixa pelo segurado.

A administração autônoma também não é garantia de administração participativa ou democrática. Mesmo que, em seu conjunto, grande número de representantes faça parte dos órgãos de co-gestão⁵², é restrita a possibilidade de influência de um segurado na qualidade de eleitor, individualmente, sobre a política da Caixa. Na maioria das vezes, não ocorrem

eleições de fato, pois, como referido acima, sindicatos e empregadores – cada qual por seu lado – acordam previamente a composição dos órgãos de representação, apresentando chapa única. Esta prática é implicitamente aceita pelos sindicatos por facilitar a manutenção da posição de poder, de seu número de representantes (distribuição de cadeiras entre os diversos sindicatos).

Como referido acima, grande parte dos segurados desconhece a existência de eleições. Em geral, os representantes tanto de empregadores como de segurados permanecem por longo tempo em seus cargos. Os próprios representantes de segurados são bastante céticos quanto a sua possibilidade de influência (Braun, 1989). Os administradores das Caixas, em virtude de seu conhecimento e da possibilidade de ativação do aparato de administração a seu favor, detêm forte ascendência sobre o órgão de representação (Braun, 1992; Waneck, 1994:121).

Além disso, a própria composição paritária dos órgãos de representação impediria a representatividade adequada da comunidade de segurados. Setores de representantes de trabalhadores questionam a composição paritária e reivindicam maior representação dos trabalhadores, argumentando que os empregadores estão sobre-representados e, por não integrarem a comunidade de segurados, seus interesses seriam totalmente diversos daqueles dos segurados (Braun, 1992)⁵³. Uma representação apenas dos empregados não se encontra, porém, na pauta de reivindicações da principal Central Sindical, a DGB⁵⁴.

Para os defensores da composição paritária, mesmo que esta restrinja as possibilidades de participação dos segurados e dificulte a tomada de decisão, proporcionaria a necessária abertura de diálogo entre trabalhadores e empregadores em decorrência de seu caráter partilhado. Seria consoante com uma ‘economia social de mercado’, referência dos conservadores ao modelo alemão (Seffen, 1973). A composição paritária expressaria de forma clara aquele compromisso entre classes que teria caracterizado a constituição dos modernos *welfare states*.

A composição paritária, na prática, levaria ao bloqueio da tomada de decisão pela contraposição de interesses opostos. Em períodos de expansão, tais parcerias sociais tenderam a dar melhores resultados. Pela participação conjunta também neste tipo de fórum – além daqueles que tratam mais diretamente dos conflitos capital-trabalho –, trabalhadores e empregadores estiveram obrigados a debater certos temas e a chegar a acordo.

Em tempos de restrições aflora a oposição de interesses. Suas contradições ficam evidentes, tornando precária a interlocução entre os ‘parceiros sociais’ e emperrando a tomada de decisões. Foi o que aconteceu durante a discussão das últimas leis de contenção propostas

pela coalizão governamental para o setor saúde e, anteriormente, no debate para criação do seguro de cuidados de longa duração – *Pflegeversicherung* -, nos quais as Caixas não conseguiram se posicionar oficialmente devido aos impasses criados em virtude de importantes divergências entre os representantes de patrões e empregados em seus órgãos de direção. Para os representantes dos empresários, as propostas governamentais eram insuficientes no sentido de atender seus interesses de controle dos custos sociais do trabalho e, para os trabalhadores, um acinte em termos das restrições envolvidas e da instituição, na prática, de financiamento não paritário com perdas para os trabalhadores (Am Orde, 1997-a).

Haveria ainda a falta de interesse do público em geral e dos meios de comunicação pela administração autônoma. Para a mídia, este seria tema desinteressante pela baixa influência política dos órgãos da administração autônoma. Por sua vez, este fato produziria, nos segurados, o completo desconhecimento da existência destes órgãos, ou mesmo a impressão de que os órgãos de administração autônoma, compostos por representantes, seriam apenas uma forma de garantir postos para funcionários (*Deutscher Bundestag*, 1990:345).

Alguns autores e representantes sindicais consideram que uma possível forma de democratização da administração autônoma seria torná-la mais comunitária mediante a maior integração dos inúmeros grupos de auto-ajuda, os quais são de iniciativa dos pacientes, tornando a administração autônoma mais aberta a inovações e mais voltada para as preocupações dos pacientes (Braun, 1992:260; Am Orde, 1997-a)⁵⁵. A abertura dos conselhos de representantes para estes grupos, contudo, poderia alterar a relação de forças em seu interior, diminuindo a influência dos sindicatos. Conflitos culturais também influenciam nesta aproximação; muitos destes grupos têm posturas menos conservadoras, o que dificulta a comunicação com os representantes mais tradicionais (Am Orde, 1997-a).

Mesmo com as limitações de atuação das Caixas, seus órgãos de representantes poderiam ter atuação mais voltada para questões relativas ao estado de saúde da população. Poderiam, por exemplo, definir uma forma de abordagem mais apropriada ao enfrentamento de afecções freqüentes entre seus segurados. Este tipo de atitude não é muito comum, em parte, por falta de qualificação adequada dos representantes dos segurados, em parte, por falta de interesse dos representantes patronais, sempre preocupados em manter as taxas de contribuição baixas (Am Orde, 1997).

A melhor qualificação dos representantes dos segurados ligados à DGB é tida, pela mesma, como capaz de possibilitar influência efetiva na política das Caixas e na política de saúde, por meio da introdução de formas inovadoras de atenção e pela construção de estratégias mais voltadas para os interesses dos segurados. A elaboração de novas abordagens

que ofereçam atenção integral para além da atenção medicamentosa individual no enfrentamento das doenças crônicas, por exemplo, é preocupação da Central Sindical-DGB (Betina Am Orde, entrevista). A Central Sindical DGB busca qualificar seus quadros na administração autônoma por meio de cursos específicos. Nos anos 80, intensificou seu programa de formação para dirigentes e representantes nos Conselhos das Caixas (Braun, 1992:68s) e recentemente renovou este programa. Foram realizados cursos que dizem respeito a questões da política de atenção à saúde, referentes a visões inovadoras sobre esse tema – por exemplo, de doenças crônicas, como alergias –; houve outro módulo concernente a questões gerenciais, importantes para o exercício do controle sobre a direção contratada das Caixas; e, por fim, um módulo acerca da dinâmica de grupo e do comportamento em situações de conflito. Tal programa está em desenvolvimento. É vagaroso, porém, o processo de reorientação e qualificação dos representantes no sentido do desenvolvimento de uma compreensão ampliada da atenção e da necessidade de empenho na promoção de uma atenção integral e não apenas pautada pela incorporação de novas tecnologias (Am Orde, entrevista p.5)⁵⁶.

Também tem sido sugerido melhor relação entre segurados e Caixas, que é atualmente assimétrica. Conforma-se como subordinação impessoal entre burocracia e cliente e não como a de um membro e sua organização. Isso se explica pelo fato de os segurados, até 1996/7, terem sido afiliados compulsoriamente a uma Caixa, com desconto automático das contribuições nos salários – o que impossibilita o boicote – e se evidencia no controle do acesso a certos benefícios – em especial, o benefício-doença –, havendo sanções no caso de não cumprimento de certas regras (Waneck, 1994).

Nos últimos anos, todavia, observa-se certa preocupação no sentido do estabelecimento de relação mais personalizada das Caixas com seus segurados, traduzida em leis quanto à obrigatoriedade de as Caixas prestarem maiores esclarecimentos aos segurados e de consideração da situação individual na análise para concessão de benefícios. Com a liberdade de escolha das Caixas pelos segurados e a competição entre elas, evidencia-se a tendência de uma administração dirigida à ‘satisfação do consumidor’.

A medida da autonomia da "administração autônoma" é questão em reiterada discussão. Atualmente, a defesa de maior autonomia tem diferentes conteúdos, o que será visto na discussão das reformas recentes. Para as Caixas, por um lado, contém o sentido de abertura da possibilidade de maior controle sobre os prestadores e de maior liberdade para o estabelecimento de contratos – mais favoráveis para as Caixas e, supostamente, para os

segurados –; por outro lado, para os liberais, significa desregulamentação por meio de introdução de mecanismos de mercado.

A ampliação da autonomia, conforme defendido pelas Caixas, faz supor a possibilidade de expansão de sua influência sobre o próprio sistema de atenção à saúde, em termos de maior liberdade para estabelecer contratos mais favoráveis com os prestadores, em particular na atenção ambulatorial, monopolizada pelas associações de médicos credenciados.

Na última reforma, a coalizão liberal-conservadora incorporou a reivindicação das Caixas por maior autonomia em seu discurso. Sob o mote ‘precedência para a administração autônoma’ – *Vorfahrt für die Selbstverwaltung* – regras unificadas de controle sobre os prestadores foram abolidas ao mesmo tempo que a introdução de mecanismos para a competição entre as Caixas foram acompanhadas por fortes restrições à autonomia das Caixas quanto à definição das taxas de contribuição. As leis recentes de Reordenação da Saúde – NOG - (1997) e de Alívio das Contribuições (1996) constrangeram a liberdade de as Caixas definirem as taxas de contribuição, intervindo drasticamente em uma área que, embora sempre tenha sido regulada, era competência das Caixas de Doença.

Esta intromissão, no entanto, é aparentemente paradoxal, pois o objetivo é um só: a estabilização das taxas de contribuição por meio de medidas de contenção. Prepara-se o retraimento da atuação estatal na área social, mas impondo política de restrição às Caixas. As próprias Caixas passam a ser obrigadas a implementar medidas restritivas, como é o caso do aumento compulsório dos valores de co-pagamento, questões estas analisadas no capítulo VIII.

4. Financiamento

O financiamento do Seguro Social de Doença é garantido através de contribuições compulsórias de empregados e empregadores⁵⁷. De acordo com o princípio da solidariedade, as contribuições mensais dependem da capacidade financeira dos segurados, correspondendo a certa proporção dos salários. O valor das contribuições não é escalonado segundo os grupos de risco; independe do estado de saúde, idade, sexo ou número de dependentes do segurado.

O Seguro Social de Doença – GKV – é financiado quase exclusivamente pelas contribuições (96%). Ao contrário dos países onde a proteção é garantida via um Sistema Nacional de Saúde com financiamento fiscal, a participação estatal no seguro social é exceção. A União contribui apenas para o financiamento do auxílio maternidade e subsidia as Caixas Rurais e as contribuições de estudantes e participantes do serviço militar obrigatório.

As contribuições para o conjunto das Caixas são formalmente paritárias⁵⁸ – pagas 50% pelo empregador e 50% pelo trabalhador, com exceção das Caixas Rurais, e são descontadas dos salários até certo limite, definido legalmente: corresponde a 75% do salário de contribuição para o sistema de aposentadorias e é reajustado anualmente.

Em 1997, a taxa média de contribuição do GKV foi de 13,4%, sendo 6,7% destes pagos pelos empresários e 6,7% pelos trabalhadores, descontados dos salários até o limite do salário de contribuição. Este limite era de 6.150 marcos mensais (cerca de US\$ 3.700)⁵⁹ para a região ocidental e 5.325 marcos para a região oriental, valores acima dos quais, ao mesmo tempo, os assalariados são dispensados do asseguamento obrigatório.

Conforme o tipo de contribuinte vigem regras específicas. Trabalhadores ativos e seus empregadores contribuem cada qual com a metade da taxa de contribuição. Os aposentados contribuem para o seguro doença com uma taxa que corresponde à taxa média nacional do conjunto das Caixas e é paga 50% pelo aposentado e 50% pela previdência social⁶⁰. Para cálculo das contribuições dos aposentados leva-se em conta o total da renda recebida até o limite de contribuição, incluindo-se outros tipos de pensão ou remuneração de trabalho (BMA, 1994:150).

Para as Caixas Rurais, as contribuições são feitas apenas pelos segurados, uma vez que se trata de pequenos proprietários. Estes pagam o total de suas contribuições e a dos familiares empregados. Para esse cálculo há definição legal de classes de contribuições. A União financia parte das despesas com saúde das Caixas Rurais⁶¹ (BMA, 1994:150).

Para o cálculo das contribuições dos segurados voluntários – ativos e aposentados – é considerado o conjunto de suas rendas até o limite do salário de contribuição obrigatória. Estipula-se também uma contribuição mínima mensal. Quer dizer, segurados voluntários cuja renda não alcança certo teto são obrigados a contribuir com a mensalidade definida como mínima para cobrir o asseguamento.

Do mesmo modo, é também fixada legalmente uma renda mínima para cálculo das contribuições dos segurados voluntários profissionais autônomos. Esta corresponde a 75% do salário limite para desconto de contribuições⁶².

A definição do valor das contribuições é responsabilidade dos Conselhos de Administração de cada Caixa. Alterações das taxas de contribuição são decididas por consenso pelos representantes de empregadores e empregados integrantes destes conselhos. Para entrar em vigor, a decisão deve ser homologada pelo órgão estatal de vigilância. Como será visto adiante, a autonomia das Caixas em relação à definição das taxas de contribuição

foi reduzida nos anos 90. Com o pacote econômico de 1996 foi imposta uma diminuição, criando-se sérias dificuldades para sua elevação com as novas leis de 1997.

As taxas de contribuição são definidas pela administração autônoma de cada uma das Caixas, de tal forma que as receitas de contribuição possam cobrir as despesas previstas. As Caixas são instituições não lucrativas e funcionam em sistema de cobertura dos gastos correntes⁶³. As contribuições devem ser calculadas de modo que as receitas cubram as despesas e garantam reserva definida legalmente. Se, por um lado, aumentos de despesa implicam necessariamente a equivalente elevação das taxas de contribuição, por outro, os superávits acarretam a obrigatoriedade de reduções. Isto é, caso as receitas sejam insuficientes ou a reserva muito alta, as contribuições devem respectivamente subir ou baixar.

Uma das características do GKV é a existência de grande intervalo entre taxas de contribuição de distintas Caixas. Isto é, as taxas de contribuição são diferenciadas entre as Caixas em decorrência da afiliação compulsória de grupos ocupacionais a tipos específicos de Caixas, o que cristalizou grupos de segurados com riscos diferenciados. A estrutura de riscos dos segurados de uma Caixa é determinante de suas necessidades financeiras, quando mantida a oferta de serviços de saúde constante. Em geral, velhos utilizam mais do que jovens, mulheres mais do que homens, pessoas de baixa renda mais do que as de alta renda, aposentados mais do que outros grupos de segurados e doentes crônicos mais do que doentes agudos (SVR, 1987:51).

Mais comumente, o valor das taxas de contribuição é condicionado ao nível de renda e depende da composição etária e por sexo, da morbidade, do número de dependentes e da conseqüente utilização diferenciada.

O diferente potencial de receitas de uma Caixa pode ainda ser agravado por outros fatores tidos como definidores de grupos de risco. Não há, porém, consenso na literatura sobre quais fatores devem ser incluídos. Os dados do GKV também não permitem a análise mais apurada da influência de cada um destes fatores sobre o nível e tipo de utilização, pois não são trabalhados nestes níveis de desagregação⁶⁴. A discussão e o conhecimento da influência desses fatores na diferenciação das taxas de contribuição é fundamental para a compreensão do mecanismo de compensação financeira entre as Caixas da estrutura de riscos de seus segurados, introduzido com a Lei da Estrutura da Saúde – GSG, em 1993. Em vista disso, serão discutidos a seguir: influência do nível de renda nas taxas de contribuição, distribuição etária e por sexo e proporção de dependentes e a distribuição diferenciada dos segurados, segundo estas características, entre os diversos tipos de Caixas.

- *nível de renda*

Por sua centralidade no trabalho assalariado, as potencialidades de financiamento do seguro social têm relação direta com a situação do mercado de trabalho, o nível de emprego e o valor dos salários. O potencial financeiro de uma Caixa é definido essencialmente pelo nível dos salários de contribuição de seus membros. O volume financeiro disponível por Caixa corresponde à multiplicação da taxa de contribuição pela soma da parcela de renda de seus contribuintes inferior ao limite do salário de contribuição. Isto é, as potencialidades financeiras de uma Caixa dependem imediatamente da inserção ocupacional de seus membros. Quanto mais altos forem os salários de seus membros, mais elevado será o potencial financeiro de uma Caixa e, sob iguais condições de utilização, menores poderão ser suas taxas de contribuição.

São observadas expressivas diferenças entre a média dos salários de contribuição dos membros dos diversos tipos de Caixas e, para um mesmo tipo de Caixas, entre as diversas regiões. O potencial financeiro disponível de uma Caixa dependerá da estrutura econômica e de ocupação na região ou ramo definidos para adscrição de clientela. Este é um fator estrutural sobre o qual as Caixas não têm possibilidade de intervenção. As Caixas Locais são as mais desfavorecidas, dispondo de potencial de arrecadação abaixo da média.

As importantes diferenças econômicas regionais existentes na Alemanha fazem com que Caixas com clientela adscrita regionalmente disponham de volumes financeiros muito diferenciados. Em regiões economicamente mais fracas ou cuja economia passa por crise, a renda dos segurados é mais baixa e, por conseqüência, as taxas de contribuição são mais elevadas (Stegmüller, 1996: 88; Wynsong & Abel, 1990).

Nas últimas décadas, acentuaram-se as disparidades no potencial de receitas por tipo de Caixas, em razão das diferenças de renda entre os segurados. Enquanto a diferença na média dos salários de contribuição por membro entre as diversas Caixas era de 23% em 1970, esta diferença representava, em 1992, 42% (35.199 marcos, menor renda média por segurado por ano; 50.515 marcos, maior renda média) (Stegmüller, 1996: 90).

- *distribuição etária*

É reconhecido que, em geral, o estado de saúde de um segurado piora com a idade. Segundo os resultados do microcenso de 1995, 12,3% da população entrevistada considerava-se doente ou sofrera acidente. Quer dizer, estava impossibilitada do pleno exercício das atividades habituais (frequentar a escola, realizar atividades profissionais ou tarefas caseiras) por causa de seu estado de saúde. Enquanto entre as pessoas abaixo de 40 anos 7,6%

consideravam-se doente, na faixa etária de 40 a 65 anos esta proporção era de 13,2%. No grupo acima de 65 anos, esta proporção duplicava-se uma vez mais, atingindo 25,4% dos integrantes desta faixa etária (Hein, 1996:624).

A distribuição etária varia de forma marcante entre as Caixas. Algumas apresentam composição etária muito mais favorável do que outras, o que implica diferenças nas necessidades financeiras das mesmas. As Caixas de Corporações mostram estrutura etária mais favorável. Mais de 40 % de seus contribuintes têm menos de 30 anos, enquanto a média do GKV é de 30%. Seu potencial financeiro, porém, é baixo. As Caixas de Empresas têm potencial financeiro alto, no entanto sua estrutura etária é desfavorável: exibe um percentual de contribuintes com maior risco de adoecer (entre 40 e 60 anos) sensivelmente mais alto do que a média do GKV. Já o grupo de contribuintes das Caixas Locais tem composição desfavorável nos dois sentidos: a média dos salários é mais baixa e a estrutura etária é mais alta, com proporção maior de membros acima de 40 anos do que a média do conjunto das Caixas (Stegmuller, 1996:93s).

A estrutura etária afeta o valor das taxas de contribuição não apenas diretamente em decorrência do risco de adoecer ou de portar doenças crônicas. Idades mais avançadas também significam em geral rendas mais baixas, especialmente no caso de aposentados. A distribuição de aposentados entre as Caixas, como foi apresentado na análise da distribuição dos segurados por tipo, é muito diferenciada. Isto acarreta implicações significativas em relação ao balanço financeiro das Caixas, sendo a mais óbvia que é maior o volume de despesas de uma Caixa quanto maior o número e proporção de segurados-aposentados filiados. Outra é que quanto maior o volume de despesas, maior a taxa de contribuição. Afora isso, as receitas provenientes dos segurados aposentados são mais baixas, pois as aposentadorias são inferiores aos salários (correspondem, no máximo, a 70% dos salários brutos de contribuição) e as taxas de contribuição são médias nacionais, 50% pagas pela previdência, 50% descontada da aposentadoria.

A influência da proporção de aposentados entre os segurados de uma Caixa no nível de utilização e, em consequência, na determinação de maiores gastos e respectivamente mais altas taxas de contribuição é compensada, desde 1978, por meio de um mecanismo da equiparação financeira deste peso entre as Caixas e incorporado em 1993 à compensação financeira de estrutura de riscos – RSA.

- *distribuição por sexo*

Estudos de utilização dos serviços de saúde conforme o sexo têm demonstrado que os gastos de saúde *per capita* das mulheres são mais elevados do que os dos homens. A maior utilização está ligada à morbidade condicionada pelo sexo e difere conforme a idade considerada na análise (Schneider, 1994). As contribuições femininas para o Seguro Social de Doença – GKV – são mais baixas, porque as mulheres contribuintes de modo usual – porém injusto – recebem salários mais baixos. Assim, elas contribuem com menores quantias, sendo responsáveis, no entanto, por gastos mais elevados do que os homens. Deste modo, a distribuição desigual de contribuintes homens e mulheres entre as Caixas certamente provoca impacto no valor das taxas de contribuição, produzindo diferenciações.

A distribuição dos contribuintes por sexo entre as Caixas depende da participação diferenciada de homens e mulheres no mercado de trabalho, que se reflete na estrutura do GKV, organizado tradicionalmente segundo a adscrição compulsória de segurados em diferentes tipos de Caixas conforme sua inserção ocupacional⁶⁵. Assim, a participação de mulheres entre as Caixas varia de forma expressiva. As Caixas Substitutas para Empregados são as únicas com maior proporção de contribuintes mulheres do que homens. Nas Caixas Substitutas para Operários e nas Caixas de Corporações, a grande maioria (mais de 75%) dos contribuintes é de homens. Na região oriental a proporção de mulheres contribuintes é maior do que na região ocidental.

Além disso, a distribuição das mulheres segundo faixa etária também é diferenciada entre as Caixas. Nas Caixas Substitutas para Empregados, a proporção de mulheres até 30 anos é maior do que a média para as Caixas Locais. Esta faixa etária engloba em geral maior proporção de solteiras, por conseguinte, com menor número de dependentes.

- *proporção de dependentes*

Em razão de os familiares dependentes serem isentos de contribuição, cada dependente significa peso financeiro adicional para a Caixa, uma vez que se inclui um segurado sem o correspondente aporte financeiro.

Como descrito no capítulo anterior, para o GKV como um todo, a proporção de dependentes em 1995 era de 38% dos segurados, sendo mais baixa na região oriental (22%) do que na ocidental (31%), em particular por conta da maior participação de mulheres no mercado de trabalho e, conseqüentemente, da existência de maior número de mulheres contribuintes na região oriental.

As diferenças entre as Caixas em relação ao número de dependentes também são importantes. As Caixas de Mineiros e Rurais são as mais prejudicadas neste sentido, uma vez que têm alta proporção de aposentados, apresentando maior número de dependentes do que de contribuintes ativos. Considerado o conjunto de contribuintes, estas proporções são menos desfavoráveis. As Caixas Rurais têm 63 dependentes e as Caixas dos Mineiros 50 dependentes para cada 100 contribuintes (BMG, 1996:10.1).

É interessante observar que existe correlação entre a proporção de contribuintes mulheres e a proporção de dependentes de uma Caixa. Caixas com maior proporção de mulheres contribuintes têm em geral menor proporção de familiares dependentes. A relação do número de dependentes também é diferenciada entre os segurados voluntários e os segurados obrigatórios.

Na região ocidental, a proporção de dependentes entre os segurados voluntários é expressivamente maior para todas as Caixas, exceto para as Caixas Rurais. Isto mostra que há cálculo econômico na adesão das camadas de maior renda ao sistema solidário. Na ultrapassagem do limite de renda de seguro obrigatório, quando da escolha da permanência no GKV ou a eleição de seguro privado, os contribuintes com dependentes optam por permanecer filiados ao GKV, aproveitando-se assim deste aspecto da solidariedade do GKV. O seguro privado implicaria o pagamento de prêmios individuais para cada um dos integrantes da família. Por outro lado, isto também deve significar que homens bem remunerados e solteiros preferem assegurar-se privadamente, aproveitando-se dos baixos prêmios por conta de sua idade e estado de saúde.

RSA – compensação financeira da estrutura de riscos

A influência de fatores de risco no valor das taxas de contribuição de cada Caixa foi reconhecida e se incluiu, um mecanismo de compensação financeira da estrutura de riscos – *Risikostrukturaausgleich-RSA* – entre as Caixas, criado com a Lei da Estrutura de Saúde - GSG – e em vigor desde 1993.

Na compensação financeira da estrutura de riscos – RSA – foram inscritos como fatores: o nível de renda, a estrutura etária, a distribuição por sexo e o número de dependentes, bem como a proporção de aposentados já compensada anteriormente. Esta foi uma das mais importantes medidas introduzidas no sentido de prevenir, ainda que não totalmente, a seleção de riscos. Semelhante mecanismo garante o não esfacelamento da solidariedade, consequência previsível da introdução da competição entre as Caixas.

Além dos fatores incluídos na RSA, analisados acima, atualmente há intensa discussão sobre a consideração de outros critérios no mecanismo de compensação de riscos. Como um dos principais problemas da RSA, no sentido de falhar na compensação de riscos, indica-se a não consideração direta da morbidade com a inclusão de algum critério correspondente, como por exemplo a proporção de doentes crônicos. Inquéritos populacionais têm demonstrado importantes diferenças de morbidade entre os diversos tipos de Caixas. Os membros das Caixas Locais e os das de Empresas referem mais freqüentemente a presença de agravos à saúde e doenças crônicas do que os membros das Caixas Substitutas (Wynsong & Abel, 1990:47s). Teme-se que, em situação de intensificação da competição entre as Caixas, a distribuição desigual do peso de outros fatores de risco entre as mesmas possa levar à conformação de formas diversas de seleção de riscos por meio de mecanismos, no mínimo, sub-reptícios de seleção de certos grupos segundo a morbidade. Outro aspecto reclamado, não considerado, pode ser tido como não muito grave – a proporção de segurados dispensados do co-pagamento por sua baixa renda (*Härtefälle*) – pois o nível de renda é um dos critérios incluídos. O argumento é que gera impacto negativo nas receitas de co-pagamento.

Afora isso, a compensação financeira da estrutura de riscos foi implementada separadamente entre as regiões oriental e ocidental. As Caixas da região oriental defrontam-se com dificuldades crescentes. Suas despesas são similares às das Caixas da região ocidental, mas suas receitas são menores – o nível de renda de seus segurados é mais baixo tanto por causa da defasagem dos salários em relação à região ocidental quanto pelos altos níveis de desemprego. A região oriental devido aos salários mais baixos apresenta taxas de contribuição mais altas. Para amenizar o problema e evitar que isto se transforme em mais uma desvantagem competitiva da região, que possui alto nível de desemprego, será instituída uma compensação financeira de caráter nacional, tendo por base a renda. Está programado um aumento, para 1999, de 0,1 ponto percentual nas contribuições de todas as Caixas da região ocidental para subvencionar as Caixas da região leste. Com isso, as taxas de contribuição da região leste deverão baixar 0,4 pontos percentuais e alcançar o nível médio da região ocidental (*Arbeits und Sozialpolitik 11/12 /1997 Trend & Facts*, p.8; BMG-Pressemitteilung, 1998 nr.24). O valor anual da subvenção dos contribuintes da região ocidental para a região leste, por este meio, é estimado em 1,2 bilhões de marcos.

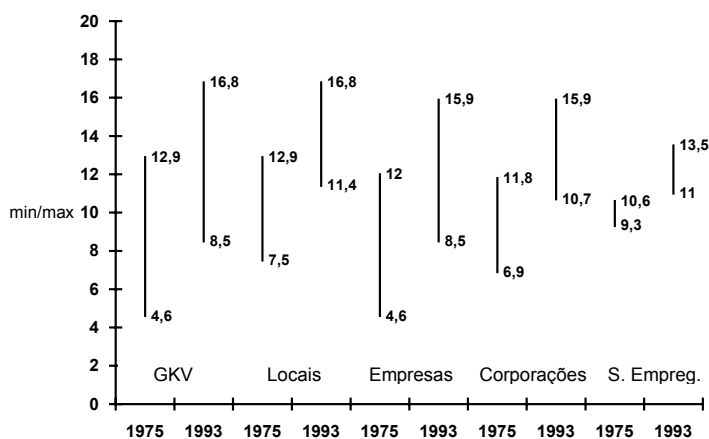
Taxas de contribuição por tipo de Caixa

Em virtude da existência destas diferenças na estrutura dos segurados até recentemente, uma das características do GKV era o grande intervalo existente entre as taxas de contribuição das distintas Caixas. Esta é consequência importante da forma de organização do Seguro Social de Doença. A centralidade da organização do sistema no trabalho assalariado e no lugar ocupado pelo trabalhador no processo de produção com a adscrição de clientelas por tipo de Caixa, mais do que garantir privilégios – diferenciando a proteção de distintos grupos – produziu taxas de contribuição diferenciadas entre as Caixas.

Estas expressivas diferenças nas taxas de contribuição entre as Caixas contradizem o princípio da solidariedade, segundo o qual, cada um deve contribuir proporcionalmente a sua renda. Segurados com igual renda, mas adscritos a diferentes Caixas, contribuem com montantes díspares. Além disso, a diferenciação das taxas de contribuição é o principal indicativo de que a solidariedade tradicionalmente não se exerce entre o conjunto de segurados, mas apenas ao interior de cada grupo de segurados de uma Caixa.

Como se observa na tabela abaixo, as diferenças nas taxas de contribuição entre as Caixas individuais foram sempre muito importantes. Desde os anos 70, a mais alta taxa de contribuição de uma Caixa é mais do que o dobro da mais baixa. Em 1975, a maior taxa de contribuição correspondia a 2,8 vezes a menor. Em 1993, a maior taxa de contribuição foi de 16,8% e a mais baixa de apenas 8,5%. Ao interior de cada tipo específico de Caixa, as maiores diferenças encontram-se entre as Caixas de Empresas. Já as Caixas Substitutas para Empregados apresentam o menor intervalo de variação, pois têm adscrição nacional e, em geral, são grandes (têm alto número de filiados).

Gráfico 7 – Mais alta e mais baixa taxa de contribuição por tipo de Caixa
Região Ocidental, 1975 - 1993



Fonte: SVR, 1994:331.

Tabela 16 – Mais alta e mais baixa taxa de contribuição por tipo de Caixa. Região Ocidental, 1970-1993

Ano	GKV		Locais		Empresas		Corporações		Subs. Empreg.	
	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.
1970	4,5	10,5	6,5	10,5	4,5	10,0	5,7	9,0	8,2	9,2
1975	4,6	12,9	7,5	12,9	4,6	12,0	6,9	11,8	9,3	10,6
1980	7,0	14,2	9,8	14,2	7,0	13,8	9,5	13,0	10,0	11,4
1985	6,0	14,4	10,3	13,9	6,0	14,0	9,5	14,4	10,4	12,3
1990	8,0	16,0	10,8	15,6	8,0	16,0	9,8	15,4	10,4	12,9
1992	8,0	16,5	10,4	16,5	8,0	14,9	9,8	14,7	10,2	12,3
1993	8,5	16,8	11,4	16,8	8,5	15,9	10,7	15,9	11,0	13,5

Fonte: SVR, 1994:331.

Evolução das Taxas de Contribuição

Para a análise da evolução das diferenças das taxas de contribuição entre os tipos de Caixas, serão utilizadas as taxas médias por tipo de Caixa porque possibilitam visão mais abrangente. A observação da evolução das diferenças após 1993 também será feita a partir das taxas médias por motivo de disponibilidade de dados.

A tabela abaixo mostra a evolução das taxas médias por tipo de Caixa desde 1970 até 1996. As diferenças das taxas médias são muito menores do que aquelas das Caixas individuais demonstradas acima, mas nem por isso menos importantes.

Tabela 17 – Taxas de contribuição médias anuais do GKV e principais tipos de Caixas. Região Ocidental, 1970-1996*

Ano	GKV	Locais	Empresas	Corpor.	Subst.	Subst.	Dif.	Dif.
	total**				Operários	Empreg.	> e <	2 e 6
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		
1970	8,20	8,15	7,51	7,82	8,07	8,89	1,38	-0,74
1975	10,47	10,64	9,43	10,38	10,17	10,69	1,26	-0,05
1980	11,38	11,70	10,49	11,21	11,01	11,22	1,21	0,48
1982	12,00	12,39	10,90	11,73	11,40	11,94	1,49	0,90
1984	11,44	11,80	10,13	11,07	10,60	11,51	1,67	0,29
1986	12,20	12,69	10,76	12,01	11,49	12,10	1,93	0,59
1988	12,90	13,46	11,45	12,79	11,95	12,69	2,13	0,77
1990	12,53	13,13	11,10	12,28	11,23	12,32	2,03	0,81
1991	12,20	12,75	10,48	11,94	11,01	12,04	2,27	0,71
1992	12,74	13,46	11,33	12,54	11,10	12,37	2,36	1,09
1993	13,41	14,05	11,86	13,27	12,39	13,18	2,19	0,87
1994	13,23	13,66	12,07	12,90	12,43	13,30	1,59	0,36
1995	13,24	13,57	12,20	12,71	13,18	13,29	1,37	0,28
1996***	13,43	13,85	12,58	13,13	13,01	13,43	1,27	0,42

* E diferenças em número de pontos percentuais. Na coluna 7, as diferenças entre a maior e menor taxa de contribuição média anual; na coluna 8, entre taxas médias de contribuição das Caixas Locais e das Caixas Substitutas para Empregados, as mais importantes em termos de cobertura populacional. ** GKV-Gesetzliche

Krankenversicherung, taxas médias de contribuição do conjunto das Caixas, inclusive Caixa dos Mineiros e Caixa dos Marítimos.*** Referente a junho.

Fonte: SVR, 1994:330; BMG, 1995-a *Daten des Gesundheitswesens*, p.310. Para 1995 e 1996 BMG, 1996 T.10.11.

Nos anos 70, as maiores diferenças das taxas médias de contribuições ocorriam entre as Caixas Substitutas para Empregados, provavelmente por conta da oferta de benefícios adicionais e das Caixas de Empresas. Nos anos 80, a maior diferença é observada entre estas últimas e as Caixas Locais, que desde 1990 apresentam invariavelmente as taxas médias de contribuição mais elevadas.

A diferença das taxas médias de contribuição entre os diversos tipos de Caixas aumentou gradualmente a partir dos anos 80, alcançando seu ápice no início dos anos, com mais de 2 pontos percentuais em decorrência da progressiva unificação do catálogo e da manutenção de grupos de segurados fechados com estrutura de riscos diferenciada.

Só passou a ocorrer aproximação das taxas de contribuição entre as Caixas após a introdução da compensação da estrutura de riscos – RSA –, a partir da vigência da Lei da Estrutura da Saúde – GSG – em 1993.

Com a implementação do mecanismo de compensação da estrutura de riscos entre as Caixas – RSA ocorreu sensível redução destas diferenças. Este mecanismo promoveu aproximação das taxas de contribuição a partir de 1993, como mostra a tabela acima. Desde 1993 observa-se lenta, porém constante, redução das diferenças das taxas de contribuição médias. O intervalo de variação entre a maior e a menor taxa média de contribuição diminuiu de 2,36 para 1,27, diferença de 1,36 pontos percentuais, entre 1992 e 1996.

Ainda que entre as Caixas Locais e as Caixas Substitutas para Empregados – as de maior cobertura populacional – as diferenças fossem menores, nota-se também claramente os efeitos do mecanismo de compensação financeira de riscos entre as Caixas sobre estas diferenças. A diferença, que alcançava em 1992 cerca de 1 ponto percentual, em 1995 fora reduzida a um terço. É exatamente no sentido deste resultado de aproximação das taxas de contribuição que se pode afirmar que a Lei da Estrutura da Saúde reforçou a solidariedade ao estabelecer a compensação financeira de riscos.

Mesmo com estas aproximações, em janeiro de 1997 permaneciam importantes diferenças nas taxas de contribuição entre as Caixas. Entre as Caixas Substitutas, as taxas de contribuição variavam entre 11,5 e 14 pontos percentuais. Para as Caixas Locais, a maior taxa era de 14,9% e, a menor, de 13% (Die BKK 1/97:2).

Notas

¹ Neste estudo, consideram-se ‘características básicas’ a administração autônoma, a pluralidade do sistema e o *Sachleistungsprinzip*, ainda que sejam referidos como ‘princípios’ nas publicações oficiais, para diferenciá-los dos ‘princípios instituintes’ do seguro social – solidariedade, subsidiariedade e equivalência.

² Um problema acarretado por este princípio é a não transparência em relação aos custos, não sendo estimulado o uso mais econômico dos serviços de saúde. Os pacientes não tomam conhecimento de seus gastos com saúde e desconhecem as ações contabilizadas pelos médicos, ignorando mesmo o preço do remédio que ‘compraram’/receberam na farmácia. Como se verá posteriormente, um dos mecanismos de seguro privado introduzido através do *Dritte Stufe* foi a possibilidade de opção pela restituição de despesas.

³ Com o *Dritte Stufe* este procedimento foi modificado. A negociação de preços – quando isto é possível – passou a ser feita diretamente entre paciente e dentista, e a Caixa paga apenas a taxa fixa por tipo de prótese ao dentista.

⁴ Já em 1903, uma lei complementar duplicou o período de licença saúde para 26 semanas. Em 1919, a licença maternidade foi tornada obrigatória para todas as contribuintes e, posteriormente, alargada muitas vezes.

⁵ Em 1974, foram reconhecidos os direitos a receber o auxílio-doença e afastar-se do trabalho no caso de filho doente, bem como ajuda financeira para cuidados domésticos, no caso de doença da mãe com filhos pequenos – *Haushaltshilfe*. Ainda em 1974, foram uniformizadas as ações de reabilitação e a relação com os prestadores de serviços desta área, homogeneamente regulada. Em 1975, a realização de aborto e esterilização legais às expensas do GKV foram permitidas (BMA, 1994:118; Alber, 1992:28s). Em 1989 foi incluído o pagamento de cuidados de enfermagem domiciliares para pessoas idosas e doentes crônicos com perda de algum grau de autonomia para realização das atividades rotineiras (posteriormente transformado em *Pflegeversicherung*).

⁶ O cartão magnético, instituído com a Lei de Estrutura da Saúde de 1992, foi implantado plenamente até o final de 1994. Com validade de cinco anos, substituiu as guias de atendimento – *Krankenschein* – e, com elas, eliminou o emprego de recursos administrativos necessários para impressão, preenchimento etc., porém permitiu o acesso direto a especialistas, produzindo aumento deste tipo de demanda.

⁷ Em janeiro de 1997, os valores de co-pagamento por dia de hospitalização eram de 12 marcos (US\$7) na região ocidental e 9 marcos (US\$5,3) na região oriental. Para *Kur*, eram de 25 marcos e 20 marcos (US\$14,7 e 11,7) respectivamente. As regras serão discutidas em mais detalhe adiante, na análise das medidas de contenção.

⁸ Existem diferenças apenas na garantia de benefício-doença e ajuda domiciliar – *Haushaltshilfe* – para os segurados rurais e um benefício extra, para os marítimos, de alojamentos especiais – *Seemannsheim*.

⁹ Ações de vigilância em saúde e controle coletivo competem a departamentos específicos de saúde.

¹⁰ Além disso, as Caixas podem também colaborar em ações para prevenção de doenças e de acidentes nos locais de trabalho e fazer parcerias com as repartições de saúde competentes.

¹¹ Desde 1993 é proibido às Caixas cobrirem despesas de medidas profiláticas para viagens ao exterior, como, por exemplo, profilaxia de malária ou imunização contra a febre amarela. Algumas Caixas haviam incluído estas medidas anteriormente em seu catálogo.

¹² Além dos exames clínico, laboratoriais (sangue, glicose, creatinina, urina) e ECG, quando necessário, espera-se, com estas consultas, que o médico defina o perfil de risco do segurado e o oriente para assumir um estilo de vida mais saudável (BMA, 1994:177).

¹³ As Caixas Locais – AOK, por exemplo – contavam em 1995 com 1.900 profissionais empregados, que realizaram 57 mil cursos em todo o país, em especial cursos de ginástica para a coluna, para parar de fumar, de emagrecimento, para gestantes, para a prevenção de doenças cardiovasculares, assim como hidroginástica, tendo havido a participação de cerca de 750 mil pessoas. Além disso, 700 nutricionistas ofereceram cursos sobre obesidade, alimentação balanceada e outros, específicos para alergia e diabetes (AOK, 1996).

¹⁴ Esta é uma atividade secundária, pois a prevenção, tratamento e reabilitação de acidentes de trabalho é de competência específica do seguro de acidentes de trabalho.

¹⁵ A estadia em *Kurhaus* para recuperação da saúde ou prevenção do surgimento de agravos é prática tradicional na Alemanha. Banhos; massagens e exercícios compõem o programa. Inúmeros balneários e estações termais especializaram-se nesta forma de atenção (e ramo da economia). Muitas destas clínicas funcionam como SPAs médicos sofisticados e são usados como medida de promoção da saúde individual e como local para recuperação, bem como de aquisição de novos hábitos. Após o tratamento de doença grave – câncer de mama, por exemplo –, tal estadia constitui a oportunidade de atenção integral, em que se une o atendimento médico clássico à psicoterapia individual e/ou de grupo, com técnicas alternativas de combate ao estresse, como yoga ou *tai chi chuam*, e medidas educativas para mudança de hábito alimentares, como cursos de culinária natural, além dos banhos e ginásticas habituais.

¹⁶ Até 1996 eram quatro semanas a cada três anos, períodos estes reduzidos com o pacto econômico *Sparpaket* de 1996.

¹⁷ O tratamento ortodôntico para maiores de 18 anos foi abolido em 1993 pela Lei da Estrutura da Saúde.

¹⁸ Estão excluídos alguns materiais de restauração e cerâmica para próteses, assim como certos procedimentos, como os implantes de dentes. Para prótese define-se um número máximo de dentes por semi-arcada e de pontes por arcada.

¹⁹ Somente com a Lei da Reforma da Saúde de 1989 tornaram-se obrigatórias medidas de profilaxia de grupo para escolares. Até então, as medidas de profilaxia eram essencialmente individuais. Definiam-se consultas regulares semestrais para crianças até 12 anos e, a partir daí, anuais, inclusive na vida adulta.

²⁰ Até a NOG – Lei de Reordenação da GKV –, em 1997, as taxas de redução eram de 10 a 15 %.

²¹ Com a profilaxia individual para adultos introduzida com as leis de 1997 – NOG – estimam-se gastos adicionais de 290 milhões de marcos, que seriam compensados com a economia decorrente da concomitante exclusão de próteses de porcelanas (*Sozialpolitische Umschau*, 11/1997:42).

²² O que não quer dizer que todos sejam mais caros que no Brasil. O preço do Tramadol (medicamento contra dor utilizado em pacientes com câncer) era DM 43,35 (R\$ 26) em 1995, na Alemanha; seu idêntico genérico, DM 27,64 (R\$16) (Klauber et al., 1996:515). No Brasil, em 1997, custava R\$ 39 (em dose máxima, um frasco é consumido em dois dias de emprego).

²³ Uma lista negativa, como as restrições acima enumeradas, arrolaria apenas os medicamentos não passíveis de remuneração. A lista positiva é mais adequada, pois cada inclusão requer a análise do medicamento citado. No caso da negativa, tudo o que não está na listagem, cada nova especialidade introduzida no mercado, é passível de prescrição e de pagamento pelas Caixas, como acontece atualmente.

²⁴ A indústria farmacêutica, na Alemanha, é potente. A indústria química e o setor de máquinas e equipamentos constituem as especializações tradicionais da indústria alemã (Teixeira, 1993:73).

²⁵ Entre estes medicamentos, muitos são receitados no Brasil, como, por exemplo, combinações de corticóides tópicos, medicamentos contra hemorróidas, colagogos, combinações de antiácidos, expectorantes etc.

²⁶ Entre 1988 e 1997 foram realizadas seis alterações, tendo sido quatro até 1995 (Schwabe & Paffrath, 1996:524). O aumento foi mais drástico em 1997, como será visto na análise das reformas. Até então, ainda que os segurados ‘comprassem’ ou, melhor dizendo, recebessem os medicamentos nas farmácias, em geral desconheciam seu valor.

²⁷ De fato, a medida mais efetiva de controle de custos na assistência farmacêutica foi a definição do orçamento máximo setorial, com previsão de penalidades financeiras para os médicos caso fosse ultrapassado, como ocorreu com a Lei da Estrutura da Saúde.

²⁸ Tanto para *Hilfsmittel* como *Heilmittel*, podem ser excluídos por portaria os meios que sejam de muito baixo custo ou cuja eficácia é duvidosa.

²⁹ Até 1997, as Caixas pagavam 20 marcos para armações de óculos.

³⁰ O auxílio funeral por morte do contribuinte é de 2.100 marcos e, no caso da morte de familiar, de 1.050 marcos (1997).

³¹ Após este período pode-se ter acesso a benefícios do sistema de aposentadorias.

³² Desde 1968, o benefício pago pelas Caixas durante as 14 semanas está congelado em 25 marcos/dia; o restante do salário é pago pelos empregadores. Estes reclamam que, o que seria complemento, tornou-se o principal. Atualmente, os empregadores pagam cerca de ¾ do auxílio maternidade, segundo a Associação Alemã de Empregadores-DBA (DBA, 1994:21). Afora isso, as mulheres têm direito a ajuda durante 18 meses por ocasião do nascimento de filho. Em 1996, esta era de 600 marcos mensais no máximo (escalonada segundo a renda familiar) e extensivo a mães e pais trabalhadores. Quer dizer, o/a trabalhador/a tem direito a licença sem vencimentos por este período com garantia do emprego (licença-educação ou férias-educação: *Erziehungsurlaub/ Erziehungsgeld*).

³³ Como as Caixas não podem solicitar falência, recorrem ao aumento das taxas de contribuição, que devem ser calculadas de modo a cobrir as despesas das Caixas. A administração autônoma, tradicionalmente responsável pela definição dessas taxas, foi cerceada em sua autonomia, na última reforma, com as Leis de Reordenação da Saúde de 1997, objeto de análise deste trabalho.

³⁴ Em razão das diferenças entre as Caixas quanto ao número de dependentes assegurados, como pode ser observado nas tabelas, as proporções de segurados e contribuintes são distintas. A apresentação de dados referentes a uns ou outros tem como motivo a disponibilidade dos mesmos.

³⁵ Este processo de concentração, embora em novos moldes, não é recente. A concentração progressiva das Caixas é característica da evolução do sistema. No início do século existiam mais de 20 mil Caixas, com baixo número de segurados por Caixa (em 1913, a média era de 636 contribuintes ativos por Caixa) (Alber, 1992:25). O processo recente de fusão teve a oposição de muitos dos representantes nos Conselhos de Administração. Com a diminuição do número de Caixas, a quantidade de postos de representantes foi reduzido à metade, a cada duas Caixas fundidas.

³⁶ Uma fusão de Caixas de diferentes regiões sofreria maior resistência. As Caixas na região oriental estão em pior situação financeira e sua incorporação é tida como temerária por alguns representantes de Caixas de regiões mais ricas, pois consideram que, para financiá-las, as taxas de contribuição teriam que subir muito, o que acarretaria problemas quanto ao posicionamento das novas Caixas na competição (Betina Am Orde, 1997, entrevista – responsável pela área de política social da DGB).

³⁷ Atualmente, a possibilidade de criação de novas Caixas é restrita às empresas e às corporações.

³⁸ As Caixas Independentes passam a ser defendidas por funcionários do governo e por legisladores, tornando-se, com o tempo, Caixas Substitutas dos Empregados. Os empregados, em parte, não estão representados na DGB, a maior central sindical, e sim na DAG – Sindicatos dos Empregados Alemães, menos atuante e combativo.

³⁹ Considero o termo administração autônoma é mais adequado do que autogestão para a tradução do conceito *Selbstverwaltung* dado o conteúdo específico de autogestão como controle e administração da empresa por trabalhadores. Administração autônoma implica não apenas autonomia administrativa, como a constituição de entidades separadas do aparato estatal direto.

⁴⁰ Esta tradição era tão forte que tal característica foi mantida, mesmo no contexto de Estado autoritário e de ausência de direitos políticos para os trabalhadores em que foi criado o seguro estatal de saúde. A incorporação desta forma de organização foi também condição para a aprovação da proposta bismarckiana no Parlamento (Siegerist, 1943).

⁴¹ É interessante observar aqui a diferença de paridade dos Conselhos de Administração das Caixas e os Conselhos de Saúde do SUS. No SUS, a paridade é entre usuários e prestadores de serviços. Nas Caixas de Doença alemãs, há paridade de empregadores e trabalhadores enquanto contribuintes do sistema em igual proporção. Os representantes dos empresários não são os mesmos dos prestadores privados de saúde ou dos produtores de insumos. Seu interesse aí não é como empresário do setor, mas como patrão que controla a utilização das contribuições sociais que paga.

⁴² Estas diferenças decorrem da forma de instituição e evolução dos distintos tipos de Caixas. No caso das Substitutas, por serem sucessoras das Caixas independentes, foram organizadas e administradas pelos próprios trabalhadores e incorporadas posteriormente ao sistema.

⁴³ Os representantes de empregadores e trabalhadores exercem esta função de forma paralela as suas atividades profissionais normais. Têm liberação legal apenas para participar das reuniões, para as quais recebem diárias e passagens.

⁴⁴ A redução do número de membros seria uma forma de facilitar a qualificação dos representantes no sentido de formá-los para atuação mais efetiva em termos de política de saúde. Braun (1989) chegara a esta conclusão ao avaliar uma pequena enquête realizada entre integrantes dos órgão de administração autônoma.

⁴⁵ Agradeço a Betina Am Orde, responsável pela área de política social da DGB – Central Sindical, pelas informações prestadas em entrevista realizada em Düsseldorf, na sede da DGB, em maio de 1997, que me permitiram compreender melhor o funcionamento da administração autônoma.

⁴⁶ Outras comissões conjuntas são: de arbitragem, de admissão de médicos, de definição da pontuação dos serviços prestados. Note-se que a paridade nestas comissões é entre as Caixas provedoras de seguro (compradores de serviços) e os médicos credenciados na qualidade de prestadores de serviços.

⁴⁷ As Caixas Substitutas são reduto tradicional da DGA, o sindicato dos empregados, pois são tradicionalmente Caixas de empregados, tendo a DGB pequena participação nas mesmas.

⁴⁸ A baixa participação nas eleições é preocupação antiga. O processo de eleições por carta foi instituído nos anos 70 como forma de facilitar a participação no processo eleitoral. Em 1953, provavelmente na primeira eleição do pós-guerra, a participação nas eleições sociais foi de 42% e havia caído para 20% em 1968 (Seffen, 1973:7).

⁴⁹ A discussão sobre a medida da autonomia da administração autônoma é recorrente. A questão é se esta significaria renúncia de dominação do Estado – renúncia de exercício do poder – ou apenas forma mediada de gestão estatal.

⁵⁰ A questão da contradição entre fóruns participativos ou corporativos e o Parlamento resolve-se aqui pela definição, pelo Parlamento, não apenas das competências, mas do grau de autonomia da administração autônoma. É no Parlamento, em última instância, que as questões são resolvidas. Nas leis de contenção mais recentes isto fica claro. Há direção e hierarquia. Para o bem e para o mal, a coalizão governamental governa.

⁵¹ Este últimos são os mais caros, e têm predileção acentuada nas prescrições médicas. Ora tornou-se maior na região oriental.

⁵² Cerca de 15 mil em 1989 (Braun, 1989:166).

⁵³ Em decorrência das dificuldades de acordo, boa parte dos trabalhadores com assento nos órgãos de representação consideram que a composição deveria ser alterada (Braun, 1992).

⁵⁴ Uma participação dos empregadores com apenas um terço dos representantes é reivindicação antiga. Não se defende a retirada dos empregadores, pois também se considera ser esta uma forma de eles assumirem mais de perto responsabilidades ou, pelo menos, de serem obrigados a interessar-se e discutir questões mais práticas na área social (Reiners, 1989:43).

⁵⁵ A incorporação destes grupos é mais uma forma de ampliar o diálogo do que democratização propriamente dita. A organização dos grupos de auto-ajuda também tem passado por críticas semelhantes quanto a problemas de representatividade, tais como centralização e burocratização (Braun, 1992:262).

⁵⁶ Como o número de representantes é grande, a DGB ocupa-se da formação dos representantes em nível nacional e, por sua vez, as representações estaduais o fazem em seu âmbito.

⁵⁷ Contribuir significa ‘cooperar com outrem nos meios para a realização de algo’. Tanto contribuem os trabalhadores uns com outros, como os empregadores com os empregados.

⁵⁸ Desde 1949, com a lei *Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz*, as contribuições são paritárias.

⁵⁹ O câmbio variou muito no último ano; assim, as conversões em dólar são apenas para referência mais simples ao leitor. Opta-se, neste trabalho, por uma taxa aproximada de 1,6 marcos por dólar (a variação foi até 1,8). Considerando as taxas médias de contribuição, cada trabalhador contribuiu com US\$257 por mês.

⁶⁰ A partir de 1997, a taxa de contribuição dos aposentados passou a ser a mesma que a dos outros segurados daquela Caixa por causa da plena vigência de compensação financeira da estrutura de riscos e liberdade de escolha das Caixas.

⁶¹ Em 1993, a União cobriu 51,3% dos gastos destas Caixas.

⁶² Profissionais/ocupados autônomos são considerados como não necessitados da proteção da comunidade solidária do Seguro Social de Doença. Sua entrada no sistema desde a GRG é vetada. Podem, porém, assegurar-se voluntariamente, caso tenham sido segurados do GKV no período imediatamente anterior ao início de sua atuação como autônomos.

⁶³ A possibilidade de ir à falência não existe.

⁶⁴ Outros grupos são também apontados como apresentando maior risco – por exemplo, desempregados, trabalhadores de tempo parcial, inválidos, beneficiários da assistência social, aposentados por invalidez – e outros ainda, são tidos como risco grave – hemofílicos, pacientes de diálise e infectados com HIV.

⁶⁵ A participação feminina no mercado de trabalho na Alemanha pode ser considerada baixa se comparada com os países nórdicos. Em 1996, na Alemanha, 55% das mulheres entre 15 e 64 anos eram ativas economicamente, enquanto na Dinamarca esta proporção era de 70% (*Der Spiegel*, 16/1998). Esta é uma diferença cultural relacionada à influência da igreja na conformação da proteção social, em defesa da família e, em especial, do papel da mulher como mãe. A estrutura de apoio para mães que trabalham fora é menor na Alemanha. Apenas recentemente foi colocado como meta – a ser alcançada sob responsabilidade dos municípios – a garantia de vaga em jardim de infância (apenas um período) para todas as crianças a partir de três anos. É consensual que as mães devem permanecer em casa e cuidar dos filhos até que estes completem essa idade. Neste período, o emprego é garantido e às mães é dada pequena ajuda financeira.

IV. SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE

1. Atenção ambulatorial

A atenção ambulatorial proporcionada pelo GKV caracteriza-se pela liberdade de escolha do médico por parte dos segurados, bem como por oferta constituída de modo exclusivo por médicos credenciados e por relações da oferta e demanda reguladas mediante negociações de grupo entre Associações de Médicos das Caixas e Caixas (Alber, 1992:89).

À diferença do setor hospitalar, no qual a maioria dos prestadores é pública, a oferta no setor ambulatorial é quase exclusivamente privada, prestada por médicos credenciados em consultórios próprios. As Praxis – consultórios – são pequenas empresas privadas de caráter lucrativo, cuja prestação de serviços, tida como de interesse público, é regulada pelo Estado. O *mix* público-privado no setor ambulatorial caracteriza-se por financiamento público, prestação privada dos serviços e regulação desta pelo Estado.

Pelo lado da demanda vige a liberdade de escolha e, pelo lado da oferta, o monopólio da corporação médica, afirmado por contrato de garantia da atenção médica ambulatorial – *Sicherungsstellungsauftrag* – efetuado entre Caixas e Associações de Médicos das Caixas. A condução e regulamentação da atenção é feita através de negociações de grupo por meio das associações conjuntas de médicos e Caixas (órgãos da administração autônoma conjunta).

A liberdade de escolha dos médicos pelos segurados é ampla. A quase totalidade dos médicos em exercício da prática ambulatorial é credenciada pelas Caixas (97%). O segurado pode escolher qualquer médico credenciado, seja clínico geral ou especialista. Para consulta com especialistas, não é obrigatório o encaminhamento pelo clínico geral – *Hausarzt*. Esta é diferença importante em relação a outros países em que a assistência ambulatorial é também prestada por médicos profissionais autônomos em seus próprios consultórios, como, por exemplo, Inglaterra e Holanda. Nestes países, a consulta com médicos especialistas decorre do encaminhamento do clínico geral.

Até 1993 havia uma restrição à troca de médico em curto espaço de tempo. Novo médico poderia ser escolhido apenas a cada três meses. A visita a outro profissional no período estava condicionada a encaminhamento do médico inicialmente procurado.

Utilizavam-se autorizações para atendimento médico – *Krankenschein*. Cada segurado recebia uma caderneta, ao começo do ano, com quatro autorizações primárias para médico e quatro para dentistas. Com a implantação do cartão magnético do segurado em 1994, esta pequena barreira foi abolida. Atualmente, o acesso é direto, com a periodicidade desejada. Deste modo, a introdução do cartão do segurado produziu redução drástica do número de encaminhamentos, bem como aceleração da tendência, já evidenciada, de utilização primária da atenção prestada por médicos especialistas (DGB, 1996-c:429). Mesmo assim, a maioria dos segurados tem médico da família¹ – *Hansarzt* –, que é mais procurado nos casos de doenças crônicas (Alber, 1992:89).

Os médicos credenciados são profissionais autônomos em exercício da "prática liberal" da medicina e prestam serviços em consultórios próprios. Os consultórios médicos (*Praxis*) apresentam características de pequenas empresas. A imagem do médico com seu estetoscópio e esfigmomanômetro desapareceu há muito. Os consultórios hoje ocupam por volta de quatro a cinco auxiliares (em geral, mulheres) e dispõem de diversos equipamentos. Grande parte dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos é efetuada no consultório, como também alguns dos exames laboratoriais e a quase totalidade da coleta de material.

O crescimento do pessoal empregado por consultório nos últimos anos está ligado à ampliação da capacidade técnica dos consultórios e do grau de especialização dos médicos. Pessoal mais qualificado tornou-se essencial ao manejo dos equipamentos. Consultórios melhor equipados têm, como contrapartida, aumento da participação dos custos (de investimento e operacionais) no seu faturamento. Entre 1963 e 1971, os custos correspondiam a cerca de 35% do faturamento, no entanto, esta parcela, em 1985, era de 54%. Desde o início dos anos 70, a participação dos custos no faturamento dos consultórios médicos cresceu de forma constante, atingindo em média 59,2%, em 1994 (Gerlinger 1994:47; Alber, 1992:92; KBV, 1996 Tab.D1)².

As Associações de Médicos das Caixas – *Kassenärztliche Vereinigung* - Kven, organização de afiliação compulsória dos médicos credenciados – são mandatárias, por lei da incumbência de garantia da atenção médica ambulatorial (*Sicherstellungsauftrag*). Um contrato de garantia da atenção é estabelecido entre as Caixas e associações estaduais de médicos credenciados (5 SGB, V, §72). É vedada a prestação de serviços médicos diretamente pelas Caixas e restrita a possibilidade de prestação de ações ambulatoriais pelos hospitais. As associações detêm, desta forma, o monopólio deste setor da atenção.

Deste modo, as Associações de Médicos Credenciados ocupam posição-chave na atenção à saúde da Alemanha. São os únicos responsáveis pela atenção ambulatorial. Coordenam as atividades dos outros prestadores de serviços e exercem forte influência sobre a divisão de trabalho entre as outras áreas de assistência à saúde (Backer et al., 1989:102).

Os consultórios médicos credenciados – gerais ou especialistas – são a porta de entrada do sistema. O acesso a ações prestadas por outros profissionais de saúde e setores da atenção – com exceção da atenção odontológica – está subordinado a prescrições médicas. Psicólogos, psicoterapeutas, fonoaudiólogos, massagistas e outros profissionais de cura – *Heilberufen* – só podem ser consultados quando assim ordenado pelo médico, da mesma forma que a decisão sobre a necessidade de internação. A atenção hospitalar é condicionada ao encaminhamento pelo médico de consultório.

A utilização primária de iniciativa de um segurado desencadeia uma série de ações e gastos subseqüentes ordenada pelos médicos credenciados. Eles prescrevem medicamentos, outros métodos terapêuticos e meios de ajuda, autorizam benefício-doença e fazem o encaminhamento de grande parte das internações hospitalares³. Embora a participação dos gastos ambulatoriais no conjunto de gastos do GKV esteja em torno de 20%, a ação dos médicos credenciados exerce forte influência sobre o desenvolvimento dos gastos totais em saúde. Sua ação desencadeia um volume de gastos cerca de três vezes maior do que os despendidos no setor ambulatorial.

Estima-se que cerca de 70% dos gastos do GKV – incluídos os gastos do setor ambulatorial – são desencadeados pelos médicos credenciados (SVR, 1994, T.508 e T.461), o que caracteriza a demanda por serviços de saúde como basicamente secundária ou induzida⁴ isto é, não definida pelo paciente/consumidor. A expansão progressiva da atenção não é, portanto, decorrente da demanda primária, mas principalmente daquela estimulada pelos próprios prestadores.

Credenciamento

Entre cada médico e Caixas não há contrato ou credenciamento individual. Essa relação é mediada pelas Associações de Médicos das Caixas, associações não lucrativas de direito público, geridas autonomamente pelos médicos. A associação é compulsória. O credenciamento é feito por meio de participação nas associações, que têm a função de representar os médicos junto às Caixas, negociar a remuneração, receber os honorários e distribuí-los a cada médico, conforme a participação no conjunto de serviços prestados.

Durante muito tempo, a possibilidade de credenciamento foi irrestrita. Os médicos eram credenciados quase que automaticamente depois de completarem a formação. Nos anos 60, os médicos passaram a ter garantia de credenciamento na região e especialidade de sua preferência – via associação às KVen – se o desejassem (Wanek, 1994:134s). Aboliu-se, em 1960, a norma fixada para relação número de segurados por médico, por ter sido considerada contrária aos preceitos constitucionais de liberdade do exercício das atividades profissionais. Até 1955, esta relação era de um médico para cada mil segurados, em 1955 foi reduzida a um médico para cada 500 segurados. A decisão assumida pelo tribunal constitucional de eliminar a regra para essa relação destituiu as Caixas de importante mecanismo de controle do número de médicos participantes do sistema.

A falta de critério na admissão de médicos levou a sérias distorções quanto a sua distribuição espacial. Em 1976, tentou-se um procedimento de condução da admissão de médicos. As Associações de Médicos das Caixas – KVen – foram obrigadas a negociar planos estaduais de necessidade com as Caixas e criar estímulos ao estabelecimento de médicos em regiões desassistidas, a fim de combater deficiências na assistência das populações rurais e periféricas. A partir de 1980 implementaram-se mecanismos regionais de controle do número de credenciamentos. Em 1986, após rápido crescimento do número de médicos credenciados, nova legislação admitiu a interdição do credenciamento para certos grupos de médicos em regiões com sobreassistência, caso o número de médicos já credenciados ultrapassasse em mais de 50% o normativamente necessário à garantia da atenção na região. O que poderia ocorrer, no entanto, para o máximo de 50% das regiões de planejamento (Wanek, 1994:135).

Estas novas regras possibilitaram alguma condução do credenciamento, mas não conseguiram efetividade completa. Passou a vigorar legislação mais restrita em meados de 1993, com a Lei de Estrutura da Saúde – GSG. Estabeleceu-se novo limite máximo para credenciamentos, até 10% maior do que o definido como necessidade para cada região. Com a nova legislação, as comissões regionais de admissão passaram a ser obrigadas por lei a interromper as admissões no caso de oferta excessiva de médicos – ‘sobreatenção’ – na especialidade em questão. Anteriormente, esta decisão ficava a critério das comissões regionais. Ao mesmo tempo, a definição de ‘sobreatenção’ – excesso da oferta de médicos credenciados – tornou-se mais estreita, ponderada em 10% da densidade média nacional de médicos por habitante. Redução importante, pois, desde 1980 e até então, era julgado excesso quando o número de médicos ultrapassasse em 50% essa quantidade. A regra que obrigava deixar aberta a admissão para 50% das especialidades também foi abolida. Com efeito, a

partir de 1989 as admissões deveriam ainda ter por base uma relação médico segundo a especialidade por habitante e outra de médicos especialistas/generalistas a ser futuramente definida por lei (Gerlinger, 1997:148)⁵.

Em 1993 houve uma onda de credenciamentos condicionada pela GSG – Lei de Estrutura da Saúde. A GSG restringiu o número de credenciamentos futuros, mas deixou lacuna de alguns meses para a entrada em vigor da restrição, o que produziu um *boom* de credenciamentos. O número de médicos credenciados elevou-se em cerca de 10% naquele ano, taxa igual à do conjunto dos quatro anos anteriores.

A solicitação de credenciamento é feita pelo médico interessado à Associação de Médicos das Caixas da respectiva região e julgada por uma comissão de admissão constituída paritariamente por representantes das Caixas e da Associação. Além do credenciamento, outra possibilidade para participação na atenção ambulatorial das Caixas é a autorização. Esta forma de participação é pouco freqüente e é utilizada para cobrir a falta de especialistas em determinada região. Médicos especialistas que trabalham em hospitais são autorizados a exercer atividades ambulatoriais para o GKV.

A oferta

No setor ambulatorial observam-se tendências à especialização progressiva, ao aumento da oferta – o número de médicos credenciados cresce mais rápido que a quantidade de segurados –, à expansão do volume de ações produzidas – impulsionada pelo modelo de remuneração por unidades de serviço - e o crescimento dos gastos *per capita* paralelos à estabilidade da participação dos gastos ambulatoriais no conjunto dos gastos do GKV, em torno de 17%.

Em 1996 havia na Alemanha 343.556 médicos, dos quais 279.335 em exercício da atividade profissional. Entre os médicos em exercício da prática médica, 40% (112.660) atuavam no setor ambulatorial e 48% (135.341) trabalhavam em hospitais. A distribuição de médicos entre os setores ambulatorial e hospitalar alterou-se nas últimas décadas⁶. Até 1975, maior número de médicos exercia atividades de consultório comparativamente ao setor hospitalar. Pode-se observar na tabela a seguir que 53% dos médicos em atividade trabalhavam nos consultórios em 1970.

Tabela 18 – Médicos segundo exercício da atividade profissional*

Ano	Em Exercício da Atividade Profissional				S/Exercício	Total
	Ambulatório	Hospital	Outros	Total		
Alemanha Ocidental						
1970	49.827	40.712	8.901	99.440	12.098	111.538

1980	59.777	67.964	11.711	139.452	24.672	164.124
1990	75.251	96.203	23.800	195.254	47.324	242.578
Alemanha						
1991	94.798	121.247	28.193	244.238	53.565	297.803
1996	112.660	135.341	31.334	279.335	64.221	343.556

*Em 31 de dezembro.

Fonte: KBV, 1996: A2, A3; para 1996: *Ärzte Zeitung* 21/03/97.

A relação de médicos por habitante na Alemanha é alta. Em 1995, o número de médicos em exercício profissional por 1.000 habitantes era de 3,36. Se forem levados em conta todos os médicos registrados, a relação sobe para 4,09 médicos por mil habitantes. Em comparação com outros países industrializados, como se pode observar na tabela abaixo, esta relação é das mais altas.

Tabela 19 – Médicos por mil habitantes, 1992

País	
Itália	5,21
Suíça	3,40
Áustria	3,20
Alemanha	3,13
França	2,77
Suécia	2,54
Estados Unidos	2,32
Grã Bretanha	1,41
Brasil*	1,56
Rio de Janeiro*	4,35

* Profissionais cadastrados nos conselhos regionais de medicina em 1991⁷.

Fonte: KBV, 1996, T.A5; Boletim SAS, ano 1, nº3, 1994.

Todavia, a relação de médicos credenciados por habitantes não é alta. Na Alemanha existe separação estrita entre os setores ambulatorial e hospitalar. A maioria dos médicos exerce atividade em um dos setores: ou trabalha como assalariado em hospitais ou tem consultório próprio⁸. Somente médicos de consultório têm *status* de credenciados e, como menos da metade dos médicos exerce atividade em nível ambulatorial, esta proporção é menor.

Embora tenha aumentado progressivamente, a relação médicos credenciados por habitante na Alemanha situa-se entre as menos elevadas, em comparação com outros países em que vigem sistemas de credenciamento, exceto a Grã Bretanha. Como mostra a tabela abaixo, na Alemanha Ocidental havia 1,19 médicos credenciados por mil habitantes em 1990, enquanto estas taxas eram mais elevadas na França⁹ (1,9), na Áustria (1,45) e na Bélgica (1,46). Na Grã-Bretanha, a disponibilidade de médicos credenciados por habitantes é menor: representa a metade daquela da Alemanha e menos de um terço da observada na França.

Tabela 20 – Médicos credenciados por mil habitantes. Países selecionados 1980-1992

País	1980	1985	1990	1991	1992
------	------	------	------	------	------

Alemanha Ocid.	0,97	1,10	1,19	1,21	1,24
França	1,41	1,64	1,90	1,92	1,94
Áustria	-	-	1,45	1,41	-
Bélgica	1,11	1,41	1,46	1,46	1,48
Grã Bretanha	0,50	0,56	0,59	-	-

Fonte: BMA, 1995:210.

O nível de especialização dos médicos credenciados vem aumentando de modo gradativo. Enquanto em 1970 mais da metade dos médicos (55%) era de clínicos gerais, em 1990 esta proporção baixou para 42%. Há décadas, a taxa de crescimento do número de especialistas credenciados tem sido mais elevada que a de médicos generalistas. Embora pediatras, ginecologistas e internistas exerçam funções similares às de generalistas, são contabilizados como especialistas. Desde a segunda metade da década de 1980, o nível de credenciamento para estas especialidades gerais tem sido abaixo da média para o conjunto de especialistas, o que corrobora a tese da progressiva especialização da atenção ambulatorial.

Quadro 5 – Evolução do número de médicos credenciados, proporção de especialistas e segurados do GKV. Alemanha Ocidental, 1970-1993. Alemanha, 1990-1995

Região Ocidental						
Ano	Médicos de Consultório	Médicos Credenciados	Dif. Ano Ant. %	% Creden.	% Clin. Gerais	Segurados GKV – 1.000
1970	48.830	46.302	-	95	55	53.531
1975	52.913	49.928	-	94	50	-
1980	59.777	56.138	-	94	44	55.565
1985	67.363	63.694	-	95	43	54.447
1990	75.521	71.711	2,6	95	42	54.361
1991	77.547	74.063	3,3	96	41	55.199
1992	80.520	77.276	4,3	96	41	56.036
1993	88.844	85.769	11,0	97	39	
Alemanha						
1990	92.290	88.811	-	96	43	
1991	94.798	91.621	3,2	97	43	70.858
1992	98.067	94.883	3,6	97	42	71.479
1993	107.376	104.556	10,2	97	42	
1994	109.346	106.240	1,6	97	41	72.009
1995	110.949	107.497	1,2	97	40	72.156

Fonte: (1 e 2) Região Ocidental SVR, 1994:353; Alemanha KBV, 1996 A8; 3) KBV, 1996 A2 A3; % clínicos gerais SVR, 1994:350 e KBV, 1996 A8; cálculos próprios.

A rigidez da tabela de honorários médicos foi fator de estímulo à especialização. Os serviços eram remunerados a preços fixos e as necessárias alterações de preços e compatibilização dos valores das diversas ações entre si eram morosas, em virtude das dificuldades de negociação entre médicos e Caixas, o que produziu estímulo à prestação dos serviços mais sobrevalorizados - em geral aqueles que empregam equipamentos.

Novas ações técnicas são em geral incorporadas à tabela de honorários com preços altos pois a primeira geração de equipamentos é mais cara. Com o passar do tempo, sua

execução pode ser delegada a auxiliares de consultório, o que, juntamente com o abatimento do investimento, torna a prestação gradualmente menos onerosa. Assim, após determinado período de tempo, estes serviços tornam-se sobrevalorizados, e deveriam ser reduzidos. Porém, dada a morosidade destas alterações, os preços definidos no catálogo permaneciam estáveis ainda que devessem ser reduzidos regularmente¹⁰. Acontecia o contrário com as ações médicas clínicas diretas: quanto mais tempo demorava o reajuste de preços – pelo progressivo aumento do preço do trabalho – mais desvalorizadas ficavam. Assim havia forte estímulo à prestação de serviços médicos técnicos (entenda-se, com auxílio de equipamentos) e à incorporação de tecnologias e novos equipamentos diagnósticos e terapêuticos (Behaghel, 1994:154).

Como resultado a longo prazo, deste processo as especialidades médicas na base da escala de rendimentos são aquelas cujas atividades estão constituídas especialmente por ações médicas pessoais, ou seja, exame físico e aconselhamento. A perda de atratividade econômica destas atividades faz-se sentir na progressiva redução da proporção de clínicos gerais.

Expansão da atenção ambulatorial

Durante os anos 80, a crescente concorrência entre médicos foi acompanhada por acréscimo tanto da quantidade de ações produzidas como do número de casos contabilizados¹¹, apesar da estagnação do número de segurados. Para o conjunto das Caixas ‘Primárias’¹² número de casos contabilizados no período aumentou em 13%, o que foi provocado não pela utilização primária, de iniciativa dos segurados – que declinou em 1,3% –, mas pelo maior número de encaminhamentos e retornos solicitados pelos médicos.

Como o número de médicos aumentou no período, houve paralelamente a redução do número de casos contabilizados anualmente por médico (-12,2%). O número de pontos – unidades de serviços – contabilizadas por médico, todavia, elevou-se em 18%, o que resultou em forte aumento do número de ações prestadas por segurado (50%) e caso tratado (55%) (Klose, 1993:107s).

Esta análise exemplifica a influência do médico tanto na definição dos gastos no setor ambulatorial como na determinação da utilização. Enquanto a utilização primária diminuiu levemente, o volume de ações por contato primário, por iniciativa dos médicos cresceu em 55%. A crescente concorrência entre os médicos – devido ao aumento do número

de médicos credenciados –, paralela à estabilização do número de contribuintes e estimulada pelo sistema de remuneração por unidades de serviço, produziu multiplicação da contabilização de ações – pontos/unidades de serviços – por caso, assim como de encaminhamentos e retornos.

A expansão do volume de ações prestadas pode ser explicada por problema de distribuição. O menor número de casos em cada consultório levaria a um afã na contabilização de ações pelo médico com o intuito de manutenção de sua remuneração, pois esta é determinada pelo volume de ações prestadas. A crescente concorrência levaria ainda a aumento dos investimentos em cada consultório, a fim de prestar serviços mais sofisticados. A multiplicação de ações seria necessária para cobertura destes custos, conseqüência do cálculo econômico empresarial. Além de relacionada ao aumento da concorrência entre os médicos, a expansão do volume de ações prestadas é influenciada pela progressiva especialização da atenção. A crescente participação de especialistas entre médicos credenciados levaria à ampliação do volume de ações. Com a especialização, o espectro de serviços prestados modifica-se, havendo intensificação dos custos e ampliação do número de pontos contabilizados por caso tratado.

Outra explicação possível seria o aumento das exigências da demanda. O velho aforismo: "a oferta condiciona a demanda" não se traduziu imediatamente em aumento da utilização primária, que não aconteceu, mas poderia ter resultado em demanda por ações de maior valor em cada contato, por sua vez estimulada pela propaganda (em sentido lato) de oferta mais sofisticada, em vista da crescente especialização (Klose, 1993:110).

Estes outros fatores têm provavelmente uma parcela de contribuição para a determinação da expansão do volume de ações. Contudo, esta análise deixa claro que o problema dos gastos crescentes, no caso da atenção ambulatorial, não se encontra no aumento do número de casos nem em abuso dos segurados na utilização dos serviços de saúde. A constante expansão da atenção ambulatorial no período foi decorrente do comportamento dos médicos: a ampliação do volume de ações prestadas por caso tratado e do número de encaminhamentos e retornos solicitados. Comportamento este decorrente do modo de remuneração e de alocação de recursos setorial, estímulos claros à expansão do volume de ações prestadas.

Produção de serviços do setor ambulatorial

As estatísticas oficiais contabilizam as ações ambulatoriais enquanto casos, por trimestre. Um caso é o conjunto de contatos de um paciente com mesmo médico durante um trimestre. Isto é, cada paciente é considerado como apenas um caso em cada trimestre, independente do número de contatos que teve com o mesmo médico. Se o paciente procurar outros médicos no trimestre, cada novo contato com médico diferente é também contabilizado como um caso. Em outras palavras, um segurado pode consultar diferentes médicos no período sendo contabilizado como um caso para cada médico.

Não apenas o volume de ações por segurado tem-se tornado progressivamente maior. O número de tratamentos ambulatoriais por segurado – casos trimestrais – vem também aumentando gradualmente. Enquanto a concentração de tratamentos por segurado foi de 4,8 em 1985, esta frequência tinha alcançado 6,9 casos por segurado ao ano em 1995, correspondendo a aumento de 44% no período. Esta evolução segue tendência internacional como se observa na tabela 22.

Deste modo, embora o número de médicos credenciados tenha crescido de maneira expressiva e o número de segurados, permanecido constante, a quantidade de casos tratados por médico não diminuiu proporcionalmente, como seria de esperar. Oscilou entre 4.200 e 4.600 casos por médico ao ano, voltando a atingir o nível de 1980 em 1995. Entre 1980 e 1990, este aumento teve lugar, conforme apresentado acima, em razão do aumento de encaminhamentos realizados pelos próprios médicos: crescimento da utilização secundária (Klose, 1993). A partir de 1993, com a implantação do cartão magnético do segurado, houve intensificação da procura direta do segurado por especialistas.

Tabela 21 – GKV – atenção ambulatorial – casos tratados, casos por segurados, casos por médico credenciado, valor em marcos remunerado por caso e variação (percentual em relação ao ano imediatamente anterior) – Alemanha Ocidental

Ano	N.º Casos em Milhares	Dif. %	N.º Casos/ Segur.**	N.º Casos/ Contrib.	Dif. %	N.º Casos/ Médico	Dif. %	DM/ Caso	Dif. %
1980	252.069			7,1		4.522		57,59	
1985	268.347	2,0	4,8	7,4	1,4	4.256	-0,8	69,89	2,3
1986	276.621	3,1	5,0	7,6	2,4	4.282	0,6	70,87	1,4
1987	285.631	3,3	5,2	7,8	2,5	4.322	0,9	71,22	0,5
1988	303.797	6,4	5,5	8,2	5,5	4.483	3,7	70,22	-1,4
1989	305.398	0,5	5,6	8,2	-0,1	4.395	-2,0	73,43	4,6
1990	320.828	5,1	5,8	8,5	3,1	4.505	2,5	76,01	3,5
1991	334.986	4,4	5,9	8,7	2,3	4.586	1,8	79,87	5,1
1992	347.624	3,8	6,1	8,9	2,3	4.625	0,9	83,47	4,5
1993	355.861	2,4	6,2	9,0	1,8	4.412	-4,6	85,60	2,5
1994	368.762	3,6	6,4	9,3	3,4	4.333	-1,8	86,25	0,8
1995*	400.760	-	6,9	9,9	6,2	4.546	4,9	-	-

* Inclui Berlim Oriental

Fonte: KBV, 1996: B5, C4, C3; cálculos próprios.

Não é fácil avaliar a frequência de contatos médicos realizados pelos segurados do GKV em virtude da relação entre a contabilização dos contatos e a forma de remuneração. Ou são contabilizadas as unidades de serviço, e então o número de ações ambulatoriais é elevado, ou são contabilizados os casos, o que reduz o número, mas não expressa a concentração de consultas médicas.

A OECD¹³ apresenta duas séries históricas de contatos médicos *per capita* com dados semelhantes para a maioria dos países, mas díspares para a Alemanha. Provavelmente, na série que apresenta relações mais baixas desde 1991, o número de casos é avaliado como consulta, além de fazer referência à Alemanha unificada. Na tabela a seguir estas duas séries para a Alemanha e para o ano de 1994 estão justapostas, não sendo válida a comparação entre 1992 e 1994.

Segundo dados da OECD, o número de contatos médicos *per capita* na Alemanha é alto. Entre os 24 países da OECD, apenas Japão e Itália – também a Austrália, se a outra série for levada em conta – apresentariam frequência de consultas por habitante aproximadamente tão elevada quanto a Alemanha. O Japão exibe a mais alta concentração de contatos médicos por habitante/ano. Embora esta venha decrescendo lentamente desde a segunda metade dos anos 70, o número médio de consultas era de 12,9 em 1988. Na Itália, a frequência de contatos médicos aumentou durante os anos 80. Em 1975 ocorriam, em média, sete contatos e, em 1988, 11 contatos médicos/habitante/ano.

Considerando-se a segunda série histórica, a concentração de consultas na Alemanha – média de seis contatos por habitante/ano – aproxima-se do padrão dos países da OECD. A concentração de consultas na maioria dos países da OECD é, em geral, alta. Nos anos 90, em mais da metade dos países da OECD, a média de contatos médicos por habitante/ano está acima de cinco¹⁴.

Tabela 22 – Contatos médicos *per capita* – países selecionados

País	1975	1980	1985	1990	1992	#1994
Japão	14,9	14,4	12,7	*12,9	-	16,3
Itália	7,0	8,0	10,1	*11,0	-	-
Alemanha Ocidental	10,9	11,5	11,5	*12,9	12,8	-
Alemanha or.	-	-	-	-	10,4	-
Alemanha #					5,7	6,1
França	4,8	5,4	6,7		**8,0	6,3
Suécia ¹⁵	2,6	2,6	2,7	2,8	2,9	3,0
Grã Bretanha	4,5	5,1	5,0	5,8	-	
EUA	5,1	4,8	5,2	5,5	5,9	6,0

Segundo OECD, 1997 *Health Data for Windows*, a comparação entre 1992 e 1994 não é válida pois mudou a forma de contabilização. *1988; **1991

Fonte: OECD, 1993 T.5.3.1; Schneider et al., 1994 p.574 e OECD, 1997 *Health Data for Windows*.

O aumento do número de casos tratados por habitante/ano na Alemanha segue o padrão de outros países. Segundo os dados da OECD (1997), o número de contatos médicos por habitante/ano tem aumentado de modo gradual entre seus países. Durante os anos 90, a tendência ao aumento da concentração de consultas médicas permanece, embora a evolução seja mais lenta. Entre os 17 países para os quais são apresentados dados para os anos 90, observa-se leve aumento no número de contatos médicos *per capita* em 12 países; nos outros, esta relação mantém-se quase estável ou se nota pequena redução na concentração de consultas durante a primeira metade dos anos noventa¹⁶.

Renda dos médicos

Em 1995, a renda média bruta anual dos médicos credenciados – sem o desconto do imposto de renda –, na Região Ocidental, foi por volta de 200 mil marcos (cerca de US\$ 130 mil), relativa a faturamento médio de 370 mil marcos por consultório (em torno de US\$ 218 mil), 80% deste correspondente à prestação de serviços às Caixas. Esta renda, em comparação com outros grupos profissionais, é extremamente alta. Os médicos credenciados ocupam alto posto na escala de renda do conjunto dos profissionais liberais. Até 1983, a renda dos médicos profissionais liberais era inferior apenas à dos dentistas, os quais permanecem como profissionais liberais de maior renda (Gerlinger, 1994:84s). Desde 1986, essa renda é superada também por auditores econômicos e contadores juramentados¹⁷.

Em relação ao conjunto dos trabalhadores assalariados, a renda dos médicos era, em 1991, cerca de 3,7 vezes maior do que a renda média do trabalho assalariado. Em 1967, esta relação era de 6,7 vezes. Desde então houve constante diminuição desta relação, especialmente forte até o início dos anos 80.

Isto não significa, porém, que tenha ocorrido um enfraquecimento correspondente do poder de compra dos médicos. A importante diminuição desta diferença deve-se, em particular, à evolução relativamente mais acelerada dos rendimentos do trabalho assalariado. Seria equívoco considerar-se ter havido aproximação entre os rendimentos do trabalhadores assalariados e os dos médicos (Gerlinger, 1994:83s). Apesar de maior taxa de crescimento da renda do trabalho assalariado no período, a diferença absoluta entre ambos os níveis de renda aumentou fortemente. O ganho absoluto dos médicos em termos de poder de compra foi claramente superior ao ganho dos trabalhadores assalariados¹⁸.

Tabela 23 – Renda* média anual dos médicos de consultório em comparação com a renda bruta média de trabalhadores assalariados, Alemanha Ocidental, 1963-1993

Ano	Médicos	Trab. Assalar.	Difer. 1-2	Relação 1/2
1963	49.756	9.124	40.632	5,45 : 1
1967	80.149	11.962	68.187	6,70 : 1
1971	113.543	18.098	95.445	6,27 : 1
1975	149.247	26.421	122.826	5,65 : 1
1979	156.276	33.852	122.424	4,62 : 1
1983	156.921	40.932	115.989	3,83 : 1
1987	176.180	46.589	129.591	3,78 : 1
1991	202.582	54.805	147.777	3,70 : 1
1993	190.588	59.995	130.593	3,18 : 1

* Renda média nominal em marcos.

Fonte: Adaptado a partir de Gerlinger, 1994:82 e Gerlinger, 1997:117.

Recentemente, com o aumento progressivo do número de médicos credenciados, observa-se leve redução da renda média dos médicos individualmente, em especial, desde o início dos anos 80.

Tabela 24 – Evolução da renda dos médicos: renda média individual a preços constantes Alemanha Ocidental, 1976-1987

Ano	PNB 1980=100	Índice Custo de Vida
1976	271.796	270.805
1978	265.251	267.499
1980	273.574	273.574
1982	265.224	258.331
1984	258.544	256.672
1986	252.461	256.291
1987	247.562	258.467

Fonte: adaptado a partir de Behaghel, 1994:183.

Embora continuem em posição vantajosa, o nível de renda dos médicos tem declinado. Conforme a tabela acima, pode-se observar redução do nível real da renda média dos médicos, de 1976 a 1987, entre 4 e 9%, conforme o índice de deflação empregado. Embora os resultados deste tipo de cálculo sejam influenciados pela escolha do ano-base, não seria exagerado afirmar que ocorreu estagnação da renda individual dos médicos e mesmo leve redução.

Desde o final dos anos 70, as rendas dos médicos credenciados não apenas cresceram mais moderadamente como aumentaram as desigualdades na distribuição de rendimentos

entre os médicos de áreas gerais intensivas em ações clínicas (clínicos gerais e pediatras) e especialidades mais orientadas para o emprego de outras tecnologias. Mesmo que remuneração menos favorável dos médicos clínicos não seja novidade, aumentou a defasagem de renda entre este grupo e as especialidades médicas intensivas em capital desde o final dos anos 80. Enquanto a renda líquida dos clínicos gerais correspondia, em 1979, a 87% da renda dos médicos especialistas, representava apenas 72% em 1992 (Gerlinger, 1997:287).

Para Behaghel (1994), a diminuição da renda média dos médicos nas últimas décadas seria resultado do enfraquecimento do poder dos médicos. Enfraquecimento relativo, porque, mesmo com a redução da taxa de crescimento da renda, os médicos alemães permanecem como os mais bem remunerados entre os países da OECD, com exceção dos EUA. Para Alber (1992:104), a alta renda garantida aos médicos na Alemanha seria decorrente das vantagens estruturais que as Associações de Médicos das Caixas detêm no sistema de regulação do setor ambulatorial.

Pode-se afirmar, portanto, que as diversas medidas de contenção a longo prazo tiveram, como efeito, uma redução na renda dos médicos. Embora seus efeitos pareçam insignificantes se analisadas cada uma das leis, com o passar do tempo observam-se efeitos incrementais cumulativos das pequenas alterações. Através da consideração de curtos períodos de tempo, a dinâmica política de curto prazo se esvanece. Isto mostra que, para poder evidenciar os efeitos das leis de contenção sobre a corporação médica, é necessário analisá-las em seu conjunto (Behaghel, 1994:151; Döhler & Manow-Borgwardt, 1992:65). Por outro lado, na análise de longo prazo fica difícil identificar tais alterações como decorrentes da intenção direta do legislador, pois, paralelamente, em contexto recessivo, as possibilidades de ganho diminuem.

Durante a década de 80, o comportamento das Associações de Médicos das Caixas foi estrategicamente moderado, como maneira de evitar cortes mais profundos ou intervenções mais drásticas. No entanto, a renda média individual dos médicos diminuiu mais por conta do forte crescimento do número de médicos credenciados do que por restrições no orçamento do setor ambulatorial. Os gastos do setor ambulatorial continuaram a crescer, porém, em geral, de forma mais moderada do que em outros setores. Se nos anos 80 pode-se falar de retraimento da posição dos médicos frente às Caixas, estes foram vitoriosos na terceira etapa da reforma da saúde, tendo sido então contemplados com a definição prévia do valor de cada ponto e com a abolição de tetos máximos setoriais, em contrapartida à criação de nova modalidade de remuneração, cujo propósito seria desestimular a multiplicação de ações.

Sistema de remuneração e de pagamento

Originalmente o sistema de remuneração do setor ambulatorial era baseado em modelo de capitação¹⁹. Durante os anos 60 – período de crescimento econômico e de estabilidade da situação financeira das Caixas –, os médicos realizaram antigo interesse: a remuneração por unidades de serviço. Desde 1965, o sistema de capitação passou a ser gradualmente substituído pelo pagamento por unidades de serviços a partir da definição de tabela de honorários médicos – *Gebührordnung-GOA*. Pelo novo sistema, os médicos passaram a dispor da possibilidade de elevar seus ganhos por meio da maximização da contabilização de ações (Deppe, 1987:44).

Este sistema de remuneração por unidades de serviço gerou forte expansão dos gastos no setor ambulatorial e, em particular, da renda de cada médico. Entre 1967 e 1975, seus honorários cresceram mais de 11% ao ano. A evolução da renda dos médicos desacelerou somente com as políticas de contenção na segunda metade dos anos 70 (Wanek, 1994:136).

O sistema de remuneração das ações ambulatoriais encontra-se em processo de reformulação, tendo passado por importantes modificações em curto espaço de tempo. Até 1995, o sistema de remuneração era calcado de modo exclusivo em uma infinidade de unidades de serviço. A cada unidade de serviço era atribuído um valor em número de pontos e cada médico recebia o correspondente ao volume das unidades contabilizadas. Neste sistema, uma consulta médica é constituída por uma série de subações, como, por exemplo: exame completo de sistema orgânico, aconselhamento, esclarecimento das medidas terapêuticas, exame corporal relacionado aos sintomas, exame corporal completo, injeção subcutânea, inalação, repetição da receita etc. Para cada destas ações ou subações é atribuído um valor fixo em número de pontos. O cálculo dos honorários que um médico receberá pelo trabalho realizado consiste na soma do volume total de pontos correspondentes às ações produzidas, multiplicado então pelo valor monetário de cada ponto, negociado regionalmente pelas Associações de Médicos Credenciados com as Caixas²⁰.

Desde 1977, com a negociação ou a definição legal de orçamento global para o setor – acoplando-se a evolução dos gastos ao crescimento da renda dos segurados –, o valor monetário de cada ponto passou a ser dependente do maior ou menor volume de ações prestadas pelo conjunto dos médicos. Isto é, o aumento do volume de serviços prestados ocasiona redução do valor de cada ponto.

O valor e o preço das ações médicas são definidos mediante negociações de grupo em três níveis entre Caixas e Associações de Médicos das Caixas. A estrutura de preços é definida em nível federal, a partir da valoração relativa das ações, umas em relação às outras. A remuneração global para a atenção ambulatorial é negociada em cada estado. A distribuição dos honorários entre os médicos credenciados é efetuada segundo norma de distribuição de cada associação regional.

- *valoração dos honorários – EBM*

Para a definição do valor das unidades de serviços há uma tabela única de ações ambulatoriais em âmbito federal, EBM - *Einheitliche Bewertungsstab* (norma única de valoração) (KBV, 1994)²¹. Nesta tabela são listadas mais de sete mil diferentes ações médicas e laboratoriais, agrupadas em ações básicas e por especialidades, cujo valor é determinado em números de pontos.

Através da EBM discriminam-se as ações passíveis de remuneração, bem como a estrutura de preços. A cada ação é adscrito um valor em número de pontos, o qual decorre da comparação das ações entre si. Os pontos correspondem à relação de valor entre as ações. A EBM inclui ainda regras para contabilização de diferentes ações para o mesmo caso, isto é, a compatibilidade ou não de diferentes ações para sua remuneração.

A EBM é acordada em nível nacional, conforme especifica o Livro das Leis Sociais do Código Social – SGB e faz parte do contrato 'guarda-chuva' estabelecido para garantia da atenção ambulatorial, sendo formulada por uma comissão de valoração – *Bewertungsausschuss* – composta paritariamente pelas Associações Nacionais de Caixas e pela Federação Nacional de Médicos Credenciados – KBV (sete membros para cada).

- *preços*

Os preços são acordados em nível estadual. Em geral, Caixas e KVen negociam anualmente o volume da remuneração total para o setor ambulatorial em cada estado. A remuneração global pode ser calculada, segundo a lei, com base em taxas fixas, unidades de serviços, taxas por caso ou *per capita* (SGBV, §85). O montante de recursos alocados pelas Caixas ao setor ambulatorial em cada estado é distribuído entre o conjunto dos médicos credenciados conforme o volume de ações que cada um presta.

A negociação em nível estadual ocorre, em geral, entre a Associação de Médicos das Caixas e cada uma das Associações de Caixas em separado. Deste modo, a mesma ação prestada para segurados de diferentes Caixas pode ter preço distinto. A evolução do valor

monetário de cada ponto tem sido influenciada pela competição existente entre Caixas Substitutas e Locais. As Associações de Médicos habitualmente procuravam negociar, em primeiro lugar, com as Caixas Substitutas, as quais, por usufruírem melhores condições financeiras, apresentavam maior disposição a concessões, para então utilizar estes resultados como norma das negociações subsequentes. As Caixas Locais viam-se obrigadas a seguir os contratos das Substitutas tentando, assim, não perder sua atratividade para os segurados que desfrutavam da liberdade de escolha da Caixa (segurados voluntários e empregados)²².

Como os preços são usualmente negociados em nível estadual, observam-se expressivas diferenças regionais. Estas, historicamente, têm relação com as distintas estruturas financeiras e de riscos dos segurados de cada Caixa, assim como com diferenças econômicas regionais, uma vez que as receitas de contribuição são dependentes da economia da região (Brenner, 1990:23).

A negociação prévia de volume global de gastos ambulatoriais faz com que os preços finais sejam definidos apenas após a sua prestação. Ou seja, o valor monetário de cada ponto será dependente da quantidade de ações prestadas pelo conjunto dos médicos daquele estado no período.

Os orçamentos acordados são repassados para as Associações Estaduais de Médicos Credenciados. Assim como estas são responsáveis pela garantia da atenção ambulatorial, o são também pela distribuição dos recursos entre os médicos, de acordo com o volume de ações prestadas.

O volume global de honorários acordados é transferido pelas Caixas às KVen em parcelas trimestrais. A distribuição dos honorários é efetuada pelas Associações Estaduais de Médicos das Caixas, segundo norma de distribuição que deve considerar o tipo e volume de ações prestadas pelo médico. A partir de julho de 1997, como se verá adiante, a norma de distribuição estipula teto máximo de pontos que podem ser remunerados em média para o conjunto de casos tratados por um médico.

Mecanismos para controle da eficiência

A remuneração dos médicos com base em unidades de serviço sob a condição de limitação de teto para o volume global de honorários, faz com que as KVen procurem controlar a extensão do volume de ações prestadas. Para tanto foram estabelecidas formas de monitoramento econômico. Provas de economicidade – "*Wirtschaftlichkeitsprüfungen*" – são realizadas por comissão constituída por representantes dos médicos e Caixas. Estas

comissões examinam se o volume de serviços prestados por um médico situa-se em margem tolerável de desvio da média do conjunto dos médicos para aquela especialidade e, da mesma forma, se o volume de prescrições (medicamentos e outros métodos terapêuticos), encaminhamentos para internação e atestados de dispensa para o trabalho mantêm-se dentro dos limites recomendados anualmente (*Richtgrößen*) (SGB V §84, 106). Desde 1989, a partir da GRG – Lei da Reforma da Saúde –, são também efetuadas provas amostrais mais detalhadas de 2% dos médicos a cada trimestre (*Stichproben*).

Caso o volume de ações prestadas ultrapasse certa proporção da média, estão previstas sanções. O aconselhamento tem precedência sobre as sanções. Apenas em casos extremos (desvios maiores que 50% da média), os honorários são reduzidos ou restituições são exigidas (Alber, 1992:100). Estas provas têm sido realizadas com maior ou menor ênfase nos diversos estados, o que tem produzido disparidades evidenciadas pela comparação do número médio de unidades de serviço contabilizadas por caso.

Em virtude destas atividades de controle, as Associações de Médicos das Caixas são muitas vezes vistas pelos médicos não como representantes de seus interesses mas como órgãos de controle de sua remuneração²³.

Estas provas pouco significam em termos de controle da eficiência da prestação de serviços no setor ambulatorial. Apenas fiscalizam abusos individuais – desvios da média em relação à quantidade de serviços prestados –, mas não têm efetividade sobre o comportamento do conjunto dos médicos. Não há uma norma de eficiência previamente definida. A norma de comparação nestas provas é uma média da prestação de serviços pelo conjunto dos médicos para aquela especialidade. Ao analisar apenas os desvios para mais em relação à média, estas provas são inadequadas para diagnosticar e/ou controlar comportamento pouco parcimonioso coletivo, do conjunto de médicos de determinada especialidade. Em outras palavras, caso todos os médicos apresentem comportamento similar em termos de multiplicação do volume das ações prestadas, a média aumenta e o controle da eficiência não se realiza.

Ter como norma a média é ainda mais problemático, se for ponderado que a modalidade de sistema de pagamento através de unidades de serviço acoplada a teto orçamentário setorial, por longo tempo vigente, impelia os médicos coletiva e individualmente a agirem como *homo economicus*. Neste sistema cada médico era forçado a produzir e contabilizar o maior número de ações possíveis; se não o fizesse, seus rendimentos seriam diminuídos. A remuneração seria baixa como resultado do menor número de ações

produzidas e, principalmente, do baixo preço de cada uma, em virtude da redução do valor de cada ponto decorrente do comportamento do conjunto dos médicos.

Além disso, estas provas não contribuem para o controle da qualidade das ações prestadas. As Caixas, em geral, têm pouca possibilidade de verificação da qualidade da atenção ambulatorial prestada. Os médicos definem as necessidades dos pacientes e têm quase completa autonomia na decisão de quais ações são adequadas e necessárias para a atenção de cada segurado (Wanek, 1994:137). Um dos problemas da atenção ambulatorial é a insuficiência de mecanismos de controle de qualidade existentes. O exercício predominante da prática ambulatorial em consultórios individuais não propicia a troca entre pares, mecanismo indireto de melhoria e controle da qualidade da atenção prestada. A prática isolada impede ou pouco estimula formas tradicionais de intercâmbio entre pares, como aquelas praticadas em hospitais: a discussão de casos clínicos, a formação de grupos de estudo ou a solicitação de parecer de outro profissional.

Evolução do sistema de remuneração

O sistema de remuneração realizado tradicionalmente por meio de unidades de serviço, foi alterado nos dois últimos anos. A valoração das ações segundo determinado número de pontos foi mantida, tendo sido introduzido o pagamento de complexos de ações que englobam diversas unidades de serviço e, a partir de julho de 1997, orçamentos por consultórios – diferenciados conforme a especialidade e definidos com base no número de pacientes tratados em cada trimestre – e da delimitação de volume máximo de ações *per capita*. Estas mudanças do sistema de remuneração – parte dos mecanismos de controle de gastos adotados nas reformas recentes – serão apresentadas a seguir.

a) Complexos de ações

No início de 1996, o sistema de pagamento foi reformulado, passando a vigorar um sistema que prevê a inclusão de pagamentos globais para complexos de ações associado à continuidade das unidades de serviços para as outras ações. A concordância com esta reforma do sistema de pagamento significou importante mudança na posição da Associação Federal de Médicos Credenciados (KBV) em relação à defesa tradicional do sistema de pagamento por unidades de serviço.

O objetivo da reforma seria reduzir os estímulos à multiplicação de ações, condicionados pelo sistema de remuneração. Ao mesmo tempo, tinha-se por objetivo a

alteração do desequilíbrio existente entre a remuneração de ações com maior dispêndio de tempo – anamnese, exame físico e orientação – e de ações com emprego de tecnologia, a fim de alcançar balanço mais favorável às primeiras (Metzinger & Woggon, 1997:12)²⁴.

Nas últimas reformas da EBM têm sido oferecidos incentivos financeiros à realização de procedimentos clínicos. A tendência das reformulações anteriores do sistema de remuneração ambulatorial consistiu em negociação de preços mais elevados para utilização de novas tecnologias e exames diagnósticos, enquanto que ações que demandavam maior utilização de tempo e contato direto com o paciente (exames clínicos e aconselhamento) tiveram seus preços relativamente diminuídos (Powell, *apud* Guia, 1996:163). Isto provocou a defasagem dos valores remunerados destas ações, o que se tentou contrabalançar nas duas últimas reformas da EBM, quando os valores em número de pontos destas ações foram aumentados e os novos complexos de ações clínicas (de contato com os pacientes) tiveram valoração relativa mais alta do que o conjunto das unidades de serviço que os compõem.

Expressiva parte das ações passou a ser remunerada de forma global. Ações típicas de cada especialidade foram agrupadas em complexos de ações específicos para cada especialidade – *Ordinationsgebühr* –, que podiam ser contabilizados apenas uma vez por trimestre para cada caso tratado. O complexo de ações podia ser contabilizado à medida que uma das ações integrantes do complexo fosse prestada e independente de quais e em que quantidade ações do complexo fossem prestadas ao mesmo paciente em cada trimestre. Além disso, para cada novo contato médico-paciente, uma taxa básica de consulta era paga. As ações consideradas como não delegáveis nem racionalizáveis, como, por exemplo, uma visita domiciliar, assim como ações mais custosas, em especial, as com alto emprego de equipamentos, continuaram a ser pagas por unidades de serviço. Para a valoração de cada um dos complexos e ações foi levado em consideração tanto o dispêndio de tempo, como a utilização de equipamentos (Gerlinger, 1996:46).

O resultado imediato, porém, ao contrário da pretendida contenção da quantidade das ações foi, pelo contrário, uma explosão no volume de ações contabilizadas. Nos primeiros meses de 1996, o volume das ações prestadas cresceu em média 30 a 40%. Os complexos de ações passaram a ser contabilizados com a mesma ânsia das unidades de serviço. Para muitos médicos, o complexo de ações passou a ser considerado como remuneração básica de cada caso. Além dos complexos de ações – *Ordinationsgebühr* –, ações relativas a aconselhamento e exame físico também aumentaram consideravelmente, em particular as contabilizadas por profissionais das especialidades gerais. Pediatras e clínicos gerais foram os que mais ampliaram a contabilização do número de pontos. As ações que continuaram a

ser remuneradas por unidade de serviço também sofreram ampliação, porém sua participação no conjunto do aumento foi pequena (Gerlinger, 1996:46; Balast, 1996:440).

Com a existência de orçamento fixo predefinido, o aumento do volume de ações contabilizadas levou, mais uma vez, à redução drástica do valor monetário remunerado por ponto prestado. Médicos que não participaram do afã contabilista, ou especialidades cujos custos fixos são altos sofreram diminuição em seus proventos. A disputa alocativa ao interior da corporação médica – em particular, entre clínicos gerais e especialistas – intensificou-se²⁵.

b) Praxisbudgets

Em julho de 1997 entrou em vigor novo mecanismo para a remuneração dos médicos credenciados. Orçamentos por consultório – *Praxisbudget* – passaram a ser definidos a partir do cálculo de teto máximo de pontos contabilizáveis em média por caso tratado por especialidade²⁶. O novo sistema de remuneração leva em conta os custos diferenciados por especialidade, o volume de casos atendidos por médico, qualificações especiais de cada médico e diferenças regionais²⁷.

A nova forma de remuneração tem por objetivo interromper, mais uma vez, a expansão acelerada do volume de ações prestadas. Do ponto de vistas dos médicos, visa alcançar a estabilidade do valor monetário dos pontos correspondentes às unidades de serviço, em queda progressiva desde a introdução dos orçamentos globais para o setor ambulatorial definidos pela legislação. Pretende-se a redução do volume total de pontos contabilizados, o que elevaria, em conseqüência, o valor monetário de cada ponto. A estabilização desse valor possibilitaria a cada um dos médicos a previsão de suas receitas, pois conheceriam de antemão os preços dos serviços que prestam (Bundes *Ärztelkammer* & KBV, 1997:b-691).

Pressupõe-se que as verbas atualmente disponíveis para o setor ambulatorial são suficientes para cobrir as necessidades de atenção e remunerar de modo adequado os serviços prestados, da mesma forma que se supõe aceitável a atual estrutura de custos da atenção ambulatorial. Três premissas orientam a lógica do novo sistema. Pondera-se que todos os médicos, independente da especialidade, têm direito a rendas similares por trabalho de intensidade comparável. A segunda premissa é a de que quem trabalha mais deve receber mais. Quer dizer o faturamento de consultório permanece acoplado à quantidade de serviços prestados. E, por último, que a EBM – tabela de valores – deve permanecer como a forma de valoração das ações (Metzinger & Woggon, 1997:13).

Em termos gerais, a lógica de cálculo está sumariada no quadro apresentado abaixo. Para o cálculo do orçamento inicialmente são computados os custos da prestação de serviços baseados em dados de anos anteriores e sem considerar a remuneração do trabalho médico. Como os custos diferem segundo especialidade – entre outros fatores, em razão do emprego diferenciado de equipamentos – são calculados os custos médios por especialidade. Não é estabelecida uma norma para estrutura de custos. A implícita aceitação da estrutura atual de custos implica que o novo sistema de remuneração desconsidera ser necessário uma gerência econômica mais racional dos consultórios.

Estimado o conjunto dos custos globais supostamente necessários, estes são subtraídos da verba global destinada à remuneração da atenção ambulatorial pelo conjunto das Caixas – atualmente, cerca de 40 bilhões de marcos anuais – definindo-se, assim, a parcela da verba destinada à renda dos médicos. Este resultado, dividido pelo número de médicos credenciados, corresponde à renda média fictícia de cada médico – cerca de 135 mil marcos por ano para a Alemanha como um todo –, quer dizer, à expectativa de renda dos médicos credenciados decorrente da prestação de serviços às Caixas.

Somando-se a renda média aos custos por especialidade, tem-se a norma de faturamento por especialidade. Mediante a divisão deste faturamento pelo número de casos tratados por especialidade – para este cálculo, são tomados os números de casos ocorridos em 1995²⁸ –, obtém-se o valor em marcos de cada caso tratado. Este valor médio por caso tratado é, então, transformado em pontos, obtendo-se a norma do número de pontos por caso. O cálculo foi feito tendo como base a média do valor dos pontos vigente em 1994, separadamente para Região Oriental e Ocidental. O orçamento trimestral de cada *Praxis* é calculado através da multiplicação da norma de pontos de cada caso pelo número de casos tratados no período. Este volume de pontos é o limite máximo que será remunerado.

**Quadro 6 – Esquema de cálculo de orçamento para os médicos credenciados –
Praxisbudget – decorrente da prestação de serviços a segurados do GKV**

1.	Custos (conforme especialidade) x n.º de médicos.	= Custo total
2.	Verba global GKV ambulatorial – custo total	= Renda global dos médicos
3.	Renda dos médicos / n.º de médicos	= Renda média por médico
4.	Renda média por médico + custos	= Norma de faturamento
5.	norma de faturamento / n.º de casos (base 1995)	= Norma de valor de cada caso em marcos
6.	Norma de valor de cada caso em marcos / fator de correção	= Norma do número de pontos por caso
7.	Norma do número de pontos por caso x n.º de pacientes atendidos no período	= <i>Praxisbudget</i>

Fonte: Adaptado de Balast, 1996:442.

O orçamento por consultório é, na verdade, o teto máximo em número de pontos que será remunerado em média para o conjunto dos casos tratados. A norma de pontos definida

por caso não é limite para cada caso tratado em particular; multiplicada pelo número de casos, define um volume global de pontos por consultório. Dentro deste teto, o médico tem liberdade de prestar as ações que considerar mais adequadas, portanto, maior quantidade de ações para alguns casos, menor para outros. Caso o número de ações prestadas – leia-se total de pontos – para o conjunto de seus pacientes seja inferior ao teto, o médico recebe menos. Se ultrapassar o teto máximo, não recebe o valor excedente correspondente.

Esta é a lógica geral do novo mecanismo imaginado para controlar a expansão do volume de ações prestadas. Considera-se que, deste modo, os médicos não seriam mais estimulados – seriam liberados da "necessidade econômica" – à contabilização excessiva de ações e que, ao mesmo tempo, serão remunerados adequadamente para prestar ações compatíveis às necessidades médicas de seus pacientes.

O novo sistema de honorários exige dos médicos novo posicionamento: maiores ganhos dependerão de atitude empresarial do médico no sentido de *Minimalprinzip*, a prestação o mais econômica possível de serviços médicos. Na decisão pelo serviço a ser prestado ou ação a realizar, o médico terá que sempre levar em conta os custos (Arzte Zeitungen, 30.04.97).

O mecanismo promove redistribuição de rendas entre as diversas especialidades médicas. O pressuposto embutido na lógica de cálculo do orçamento, o de renda idêntica para os médicos de qualquer especialidade, implica a redistribuição ao interior da corporação, favorecendo os médicos que exercem atividades gerais (*Hausarzt*). Isto não significa, porém, remuneração homogênea para o conjunto dos médicos, pois esta varia conforme o número de casos tratados. E, como será examinado a seguir, permanecem as diferenças regionais, tendo sido introduzidas uma série de particularidades e exceções, como, por exemplo: orçamentos adicionais foram previstos para determinadas ações; foram excluídos do orçamento certas ações preventivas, remuneração básica de ações de clínica geral e cirurgias ambulatoriais (*Bundesärztekammer & KBV*, 1997: B-692).

Este esquema representa a lógica da nova concepção para remuneração ambulatorial²⁹. No processo de discussão, problemas foram levantados e introduzidas exceções, na busca de consenso e de suposto aperfeiçoamento.

Os orçamentos são calculados regionalmente – regiões correspondentes à abrangência de atuação das Associações de Médicos das Caixas, em geral, estaduais. Em âmbito nacional define-se apenas a proporção média de participação dos custos no faturamento dos consultórios por especialidade.

Inicialmente pretendia-se uniformidade dos orçamentos para todo o país. Verificou-se, porém, a existência de fortes disparidades regionais. Estas diferenças pouco têm a ver com o estado de saúde das populações regionais, estando mais relacionadas a diferenças na densidade da oferta e ao maior ou menor controle da quantidade das ações prestadas. Em alguns estados, nos quais o controle anterior da expansão do volume de ações pelas Associações de Médicos das Caixas tiveram certa efetividade, os orçamentos calculados segundo a média nacional foram tão altos que dificilmente poderiam ser atingidos.

Se, por um lado, esta definição regional passa a representar de modo adequado sua estrutura de atenção, por outro, cristaliza importantes desigualdades regionais; os médicos de diferentes regiões dispõem de orçamentos expressivamente diferenciados para tratar pacientes com problemas de saúde similares (Balast, 1996:444s).

Como referido acima, os orçamentos são diferenciados por especialidades, os custos médios são calculados por grupos de médicos. Em âmbito nacional é calculada a proporção média de participação dos custos no faturamento de cada consultório. Os grupos definidos são: clínicos gerais, oftalmologistas, anestesistas, cirurgiões, ginecologistas, otorrinolaringologistas, internistas, pediatras, neurologistas, ‘médicos dos nervos’, psiquiatras, ortopedistas, urologistas. Para algumas especialidades e casos concluiu-se ser impossível elaborar o orçamento e estas foram excluídas do esquema³⁰.

Foi criada uma classificação – modelo semáforo – para a inclusão das ações no esquema. Algumas ações tidas como não passíveis de igual distribuição entre os médicos de cada especialidade ou que só podem ser prestadas por médicos com treinamento específico ao interior de mesma especialidade não foram incluídas ou o foram parcialmente no teto orçamentário de caso globais por consultório³¹.

As ações correspondentes ao orçamento normal fazem parte de uma lista verde. As ações integram o orçamento normal quando constituem ações-padrão da especialidade e são prestadas pela maioria dos médicos da especialidade ou quando são raras e têm baixo valor. A lista amarela é constituída pelas ações que dependem de qualificação adicional, prestadas apenas pelos médicos da especialidade e que são julgadas especiais com base em alguma necessidade especial da atenção. Orçamentos adicionais específicos para as mesmas são definidos para cada médico. As ações desta lista poderão também ser contabilizadas caso este orçamento adicional seja ultrapassado e o limite do orçamento normal ainda não tenha sido atingido. O contrário porém não é válido. Ações que ultrapassem o orçamento normal não são remuneradas com excedentes do orçamento adicional. E, finalmente, fazem parte de lista

vermelha aquelas que são excluídas do orçamento: ações altamente especializadas e custosas; ações inovadoras incentivadas (cirurgias ambulatoriais), remuneração básica para clínicos gerais e ações prestadas a pacientes que optaram pela restituição de gastos³².

Com a exclusão das ações acima discriminadas dos orçamentos globais, estes também foram diminuídos em proporção correspondente, sendo reservado um montante à parte dos recursos ambulatoriais globais para aquelas ações. Os médicos podem ainda solicitar ampliação de seus orçamentos adicionais no caso de acompanhamento de pacientes HIV positivos e de enfermidades oncológicas. Apenas as ações listadas podem ser incluídas nos orçamentos adicionais. Ultrapassados o orçamento adicional e o normal, as ações excedentes não são remuneradas. Para evitar que passem a ser contabilizadas privadamente, no caso da exigência de pagamento das ações integrantes da EBM – catálogo de remuneração médica do GKV – diretamente ao médico, prevê-se a formulação de procedimentos para estabelecimento de sanções.

O sucesso do esquema depende da inclusão do maior número possível de ações. Reconhece-se que, quanto maior o número de exceções, maior a probabilidade de que o controle da expansão visado não se realize. O volume de ações incluído no novo esquema varia entre as diversas especialidades. Alcança 88% das ações para oftalmologistas e apenas 45% das ações para anestesistas, por exemplo. Mesmo com todas as exceções, entre 70 a 80% das ações médicas presumivelmente estão incluídas no novo esquema.

Na opinião da corporação médica, a inclusão de 80% das ações em orçamentos – normais e adicionais – garantiria o controle da espiral ascendente de expansão do volume de ações prestadas (*Bundesärztekammer & KBV*, 1997: B-691).

Outra distinção quanto à contabilização do número de pontos é feita ainda conforme o volume de pacientes atendidos por médico no período. Consultórios com baixo número de pacientes têm seu número de pontos aumentados em 10%, ao passo que aqueles com maior número de casos atendidos por médico têm o número de pontos por caso reduzido em 10 a 20%³³. Além disso, a contabilização de pontos por caso é diferenciada entre atendimentos de segurados aposentados e de segurados ativos, sendo a dos primeiros expressivamente mais alta em razão da co-morbidade presente em idades mais avançadas.

A introdução do novo sistema de remuneração por médicos e Caixas tem como objetivos: melhoria na distribuição dos honorários entre as várias especialidades, a limitação da quantidade das ações prestadas e a estabilização do valor de cada ponto. O maior perigo para o alcance destas metas é que o esquema funcione como estímulo à multiplicação do

número de casos ao prever a remuneração conforme o número de casos tratados em cada período, pois quanto maior o volume de casos tratados, maior o número de pontos contabilizados.

O escalonamento do número de pontos de acordo com o volume de pacientes atendidos visa prevenir possível expansão do número de casos contabilizados. Ao mesmo tempo, considera-se que o peso dos custos – principalmente, o dos custos fixos – sobre os consultórios pequenos é maior e, respectivamente, que estes custos diminuem à medida da ampliação do número de pacientes. Este escalonamento buscaria também corrigir, em parte, tal imprecisão.

Outros riscos do novo modelo, além da expansão do número de casos contabilizados – quanto maior o número de casos, mais alta a remuneração –, são o racionamento, por parte do médico, das ações prestadas por caso tratado e a contabilização privada de ações (pagamento por fora). A possibilidade de racionamento é restrita aos limites do teto orçamentário. O *Praxisbudget* é teto máximo por consultório médico. Se o volume de ações – pontos – for menor, a remuneração também será. Assim o esquema, “quanto menor o número de ações prestadas a cada paciente, maior o valor remunerado por unidade de serviço” somente é válida dentro destes limites³⁴.

Outro perigo é a maior quantidade de encaminhamentos a outros médicos e para internação hospitalar quando o teto do consultório estiver esgotado. Isto porque são os médicos de ambulatório que resolvem sobre a necessidade de internação e, sempre que encaminhados, os pacientes são internados. Tal fato produziria transferência de gastos ambulatoriais para o setor hospitalar.

A maioria destes riscos foi discutida na Comissão de Valoração. Para grande parte deles, porém, foi apenas acordado que é necessário tomar atitude caso isso ocorra. Outras medidas ‘preventivas’ não foram formuladas até o momento.

Embora tenham sido previstos mecanismos de controle, é provável que o raciocínio econômico-inflacionista dos médicos tente impor-se, encontrando subterfúgios para a ampliação do número de casos. Os mais cépticos prevêem uma ciranda de encaminhamentos. (Metzinger & Woggon, 1997:14). Isto levaria a nova expansão do volume de serviços contabilizados – volume de pontos – e conseqüente diminuição do valor de cada ponto. Não vigorando uma delimitação do orçamento global para o setor, os gastos ambulatoriais sofreriam nova expansão, podendo então vir a ocorrer explosão. Os próprios médicos

consideram ser necessário introduzir medidas adicionais para o controle da expansão do número de casos (*Bundesärztekammer & KBV, 1997: B-694*).

Foi acordado, de forma genérica, na Comissão de Valoração que as Associações de Médicos das Caixas ficam obrigadas a adotar medidas adicionais de controle se o número de casos aumentar mais do que 5% em comparação a igual período do ano anterior (Metzinger & Woggon, 1997:14)³⁵.

Os conflitos distributivos entre os médicos continuam. Mesmo antes de sua implementação, a nova forma de remuneração vem sofrendo críticas de diferentes grupos de médicos. Certas especialidades consideraram-se prejudicadas na definição do número de pontos por caso. Pediatras e internistas reclamam aumento do número de pontos por caso tratado³⁶. Os médicos julgam que, com os orçamentos por consultório, a EBM, enquanto descritora de preços, perde completamente a validade, uma vez que passa a ser utilizada apenas para a contabilização do conjunto dos pontos, sendo o pagamento, na verdade, feito por casos globais. A diretoria da KBV, recentemente eleita – o presidente permanece o mesmo –, pretende fazer revisão de todos os cálculos.

Para a Federação das Associações de Médicos das Caixas – KBV –, o orçamento por consultórios é a resposta da corporação médica à orçamentação dos gastos ambulatoriais realizado pelas Caixas. A delimitação do volume de pontos que o novo esquema prevê seria pressuposto necessário para o retorno à negociação de valor monetário fixo por ponto. Sem esta delimitação seria impossível abolir a definição legal de orçamento fixo para o setor. A partir da entrada em vigor dos *Praxisbudget* com as leis da terceira etapa da reforma – NOG –, a remuneração dos médicos credenciados realizar-se-á com base novamente em valor monetário negociado para cada ponto (*Bundesärztekammer & KBV, 1997:B-694*).

Com as Leis de Reordenamento – NOG – de 1997, os médicos e dentistas são os principais vitoriosos. Para os médicos foram abolidos os orçamentos ambulatorial, de medicamentos e de outros método de cura. No lugar de tetos máximos de gastos anuais para cada um destes setores, passou a vigorar uma estimativa flexível do volume de gastos totais – *Richtgrösse* –, cuja ultrapassagem, além de ser pré-negociada, não é seguida de sanções. O valor dos pontos passa a ser prefixado. Ou seja, a expansão do volume de serviços – o aumento do número de ações prestadas e do número de casos tratados pelo conjunto dos médicos, até determinado limite – não leva à diminuição do valor de cada ponto e, conseqüentemente, do valor de cada ação. Deste modo, na terceira etapa da reforma da saúde,

a política de clientela atingiu expressividade ímpar: médicos e dentistas foram os grandes beneficiados.

Este e outros prováveis efeitos da terceira etapa da reforma da saúde sobre o setor ambulatorial serão discutidos adiante no capítulo referente à análise das medidas aprovadas.

Alocação de recursos para o setor ambulatorial

O orçamento dos gastos ambulatoriais é controlado desde 1977. Tendo por base o orçamento do ano anterior, o atual não deve ultrapassar a taxa de evolução do conjunto dos salários de contribuição.

A predefinição do orçamento não interfere na escala de pontos. O número de pontos de cada ação não varia, mas sim o valor de cada ponto conforme a quantidade global de ações prestadas. Dado um orçamento fixo, quanto maior o número de pontos executados (ações) pelo conjunto dos médicos em cada estado, menor será o valor de cada ponto. Este cálculo é realizado a cada três meses para os serviços prestados no período anterior, de modo que o médico, quando presta o serviço, não conhece o preço que será pago pelo mesmo.

Como a definição da forma de remuneração é competência de Associações de Caixas e de Médicos Credenciados e os contratos de remuneração são periodicamente renovados, ocorrem variações na forma de remuneração. Em alguns períodos foram negociados preços fixos por pontos, o que diminui a possibilidade de previsão e controle dos gastos pelas Caixas. Entre 1979 e 1981 foi definido um valor monetário fixo para cada ponto, não tendo validade o mecanismo de definição do teto máximo. E entre 1989 a 1992 ações foram excluídas dos tetos. Ou seja, nestes períodos, quanto maior o volume de pontos contabilizados, maior o volume dos gastos totais setoriais.

Desde a metade dos anos 70, diversas medidas para controle de gastos foram implementadas. Três períodos distintos podem ser caracterizados: 1976-88 – controle de gastos voluntariamente negociado; 1989-92 – determinação legal de negociação de orçamentos para o controle de gastos; 1993-1995 – definição legal do orçamento (Schwartz & Busse, 1996). Nos itens a seguir, a política de controle de gastos específica para o controle ambulatorial será apresentada, seguindo este esquema.

- *fase de negociação voluntária para controle de gastos ambulatoriais*

Em 1976, a Associação Federal de Médicos das Caixas – *Kassenärztliche Bundesvereinigung* (KBV) –, organização compulsória dos médicos credenciados, e as

Associações das Caixas acordaram o limite do crescimento do setor ambulatorial à proporção de acréscimo do conjunto dos salários de contribuição (*Grundlohnsumme*). Ou seja, a taxa de aumento anual dos gastos do setor ambulatorial não poderia ultrapassar a taxa de aumento das receitas de contribuição, desconsiderando-se os aumentos das taxas de contribuição.

Este princípio de política de gastos orientada pelas receitas tornou-se oficial em 1977, com a primeira lei de contenção de custos (*Kostendämpfungsgesetz*), a qual marcou o fim da era de livre barganha entre prestadores e Caixas.

Ao mesmo tempo foi criada a Ação Concertada em Saúde com a participação dos prestadores, sindicatos, associações patronais, governo e Caixas. A Ação Concertada em Saúde tinha a forma de conferência de consenso público permanente. Mais arena do que ator este fórum tem como função analisar a situação, levantar problemas e formular recomendações para a racionalização dos gastos e aumento da eficiência e efetividade do sistema de saúde. Uma de suas principais tarefas é a definição de taxas de crescimento de preços e quantidades para todos os setores da atenção. Sua composição, através de grupos com interesses conflituosos e a inexistência de mecanismos de sanção, tornou difícil essa tarefa. As sessões semestrais tornaram-se momentos mais de reafirmação de posições do que de disposição para a negociação.

Com esta mesma lei foi instituída a escala/padrão de valores unificados (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab-EBM*) para o conjunto das Caixas, por meio da qual foi definido valor em pontos para cada uma das ações prestadas pelos médicos credenciados. A EBM é definida por comissão composta por representantes dos médicos e das Caixas.

Schwartz & Busse (1996:97s) caracterizam o período entre 1976 e 1988 como de negociação voluntária entre médicos e Caixas. Os acordos anuais entre médicos e Caixas possibilitaram claro controle das taxas de crescimento, tendo estas sido mantidas próximas à evolução das taxas de contribuição. As Associações de Médicos das Caixas teriam atuado de forma flexível, evitando intervenções mais drásticas do legislativo através da "auto-contenção" e garantindo, assim, sua posição na constelação de poder setorial (Lauer-Kirschbaum, 1994:224).

A posição retraída dos médicos na defesa de seus honorários pode ser compreendida como estratégia para acordo com as Caixas, visando o estabelecimento de regras de controle do número de médicos (Wanek, 1994:136; Hofeman & Reidegel, 1986:739). As KVen pretendiam controlar o ingresso de novos médicos no sistema como forma de proteger os honorários individuais.

Uma vez que qualquer restrição de novos credenciamentos teria que ter o acordo das Caixas, a posição mais retraída dos médicos na negociação de seus honorários tinha, como contrapartida, a expectativa de concordância das Caixas com tais restrições pretendidas pelos médicos. Deve ser interpretada como “um gesto de boa vontade frente ao governo federal e Caixas, no qual a interdependência entre questões de admissão e honorários são expressadas” (Wanek, 1994:137). Para Wanek (1994:139), médicos e Caixas tinham interesse comum na restrição dos credenciamentos, tendo as medidas de controle sido implementadas de forma harmônica.

- *fase de negociação obrigatória de orçamentos*

Em 1989, a estratégia de sucesso do passado tornou-se obrigação legal com a Lei da Reforma da Saúde – GRG. As Associações de Médicos das Caixas e Caixas foram obrigadas a negociar teto máximo para o orçamento do setor ambulatorial de modo a garantir a estabilização das taxas de contribuição. De fato, o orçamento foi legalmente predeterminado.

O espaço de liberdade deixado foi apenas em relação a algumas ações tidas como inovadoras e ações preventivas para as quais foram abertas exceções quanto à possibilidade de aumento. As Associações de Médicos e as Caixas utilizaram tão bem estas lacunas que os orçamentos cresceram mais do que as receitas de contribuição (Schwartz & Busse, 1996:100). Em 1989, os gastos ambulatoriais cresceram 4,6%, enquanto o conjunto dos gastos do setor diminuiu 3,3%, diferença de 7,9 pontos em termos percentuais (veja tabelas no próximo item).

Este fato desperta a atenção para um dos problema da definição legal do orçamento, que é a relutância, por parte dos médicos, para a introdução de novas ações e inovações nas formas de prestação de serviços. Os médicos não se dispõem a negociar a admissão de novas ações que sejam contabilizadas nos orçamentos predefinidos. Exigem que sejam acordados orçamentos adicionais, o que ocasiona a perda do controle orçamentário (Schwartz & Busse, 1996:103).

Assim, a introdução da negociação obrigatória dos orçamentos não teve tanto sucesso como o processo anterior de acordos voluntários. Esta afirmação é especialmente correta quando se comparam os quatro ou cinco anos anteriores à vigência do orçamento setorial. De 1985 a 1988, os gastos ambulatoriais evoluíram mais lentamente do que as receitas de contribuição e do que os gastos totais.

A GRG significou também diminuição da autoridade própria das organizações corporativas da administração autônoma. Restringiu o poder das Associações de Médicos das Caixas e o das Caixas ao regular estritamente as relações entre as mesmas.

A definição de orçamento limitado para o setor ambulatorial produziu a intensificação dos conflitos alocativos ao interior das Associações de Médicos das Caixas entre os médicos das diferentes especialidades, em particular entre clínicos gerais e especialistas, levando à diminuição da legitimidade dessas organizações (Schwartz & Busse, 1996:104).

Além da delimitação do orçamento, a assimetria entre o aumento do volume de honorários pagos às diferentes especialidades e o da quantidade de médicos credenciados contribuiu para a intensificação da disputa.

Entre 1989 e 1992, a expansão do volume de remuneração foi desigual entre as diversas especialidades. Enquanto para algumas especialidades – clínicos gerais, internistas e oftalmologistas – o aumento da remuneração por médico permaneceu próximo à taxa de inflação (14%), para outras foi até quatro vezes maior, como, por exemplo: laboratoristas (54%), anestesistas (47%), radiologistas (32%), dermatologistas (26%), cirurgiões (25%) (Schwartz & Busse, 1996:101).

Como o orçamento é limitado, mas a remuneração é proporcional ao número de ações prestadas, cada médico individualmente busca elevar a sua parcela de participação no orçamento através da prestação de maior número de serviços³⁷. Embora este comportamento seja racional para cada um dos indivíduos, coletivamente seria mais racional limitar o número de ações e, desse modo, aumentar o preço individual de cada uma delas (dilema do prisioneiro). As Associações Estaduais de Médicos Credenciados, enquanto instituições corporativas, tentam agir como agentes de racionalidade coletiva ao controlar aumentos excessivos da quantidade de ações produzidas por médico em comparação com a média das ações prestadas por médico da mesma especialidade (Schwartz & Busse, 1996:102).

As ações cujo volume aumentou mais aceleradamente foram os procedimentos técnicos diagnósticos: ressonância magnética, histologia e citologia, angiografia, ultrasonografia, tomografia computadorizada e exames laboratoriais especiais. Estes têm a vantagem, em sua valoração quanto aos pontos, de ser contabilizada a amortização dos investimentos; assim, quanto maior a utilização, menor o custo de cada ação e, respectivamente, maior o ganho líquido (Schwartz & Busse, 1996:103).

- *fase de definição do orçamento por lei /Orçamentos fixados por lei – 1993-96*

Com a “Lei da Estrutura de Saúde” – GSG –, os orçamentos estaduais para o setor ambulatorial passaram a ser definidos legalmente por período de três anos (1993-5). As Associações de Médicos das Caixas e Caixas perderam a liberdade de negociar acerca do volume do mesmo. Sua taxa de crescimento foi fixada, passando a ser a mesma da taxa de aumento do conjunto dos salários de contribuição. Quer dizer, passou a ser igual ao aumento das receitas de contribuição, desconsiderados, é claro, aumentos das taxas de contribuição.

Em 1993, a GSG – Lei da Estrutura de Saúde – produziu desaceleração dos gastos da atenção ambulatorial. Suas taxas de crescimento em 1993 e 1994 foram mais baixas do que nos anos anteriores. O impacto porém foi bem menor do que sobre outros setores. Em 1993, enquanto os gastos do GKV como um todo diminuíram, os gastos do setor ambulatorial continuaram a aumentar. Em 1995, os gastos do setor ambulatorial voltaram a subir a taxas similares às anteriores, esvanecendo-se os efeitos das últimas medidas de contenção. Em 1996 evoluíram mais rapidamente do que as receitas de contribuição.

As mudanças propostas para a regulação do setor ambulatorial pela GSG, especialmente quanto à remuneração, levaram mais uma vez à intensificação dos conflitos ao interior da corporação médica, em particular, entre clínicos gerais e especialistas. Durante a fase de regulamentação da lei ficou clara a profunda divisão interna e a incapacidade da Federação de Médicos das Caixas (Gerlinger, 1995-a:55). A lei previa que, a partir de 1996, os orçamentos poderiam ser novamente negociados entre médicos e Caixas. Posteriormente, a validade do orçamento setorial foi prorrogada por mais um ano.

Em 1997, a Lei de Reordenação 2.NOG extinguiu os tetos orçamentários, procedimento com validade a partir de 1998. Os tetos fixos e as sanções correspondentes foram substituídos por volumes orçamentários orientadores, o que significa que sua ultrapassagem não implica sanções. Ao mesmo tempo foi reaberta a possibilidade de definição prévia do valor monetário de cada ponto.

Evolução dos gastos ambulatoriais: comparação com os gastos totais e receitas de contribuição

Em comparação com a evolução do conjunto de gastos, enquanto os gastos ambulatoriais cresceram mais rapidamente do que os gastos totais entre 1980 e 1984, os gastos totais aumentaram 21,8%, e os gastos ambulatoriais apenas 13,7% entre 1985 e 1988. A partir de 1989, embora a evolução dos gastos ambulatoriais tenha sido mais favorável do

que, por exemplo, a dos gastos hospitalares, suas taxas de crescimento nos primeiros quatro anos ultrapassam levemente aquelas dos gastos totais.

A participação dos gastos ambulatoriais no conjunto dos gastos totais também se amplia nos anos imediatos à vigência da GRG (1989 e 1990). Somente em 1994 volta a atingir a posição de 1988.

Tabela 25 – Evolução dos gastos do GKV e do volume de rendimentos do trabalho assalariado em %. Região Ocidental, 1980-1994

Período*	Var. Gastos Totais	Var. Gastos Ambulatoriais	Var. Gastos Hospitalares	Var. Renda Trabalho**
1980-1984	19,7	21,5	29,9	20,5
1984-1988	21,8	13,7	20,4	14,9
1988-1992	29,2	30,1	32,7	26,2
1992-1994	8,7	7,3	13,3	6,8

* A divisão dos períodos está relacionada à entrada em vigor das leis GRG, em 1989, e GSG, em 1993. A taxa de inflação entre 1988 e 1992 foi de 14%. ** *Grundlohnsumme*: Variação do volume de rendimentos do trabalho assalariado – operários e empregados – sobre os quais é obrigatório o pagamento de contribuições. Até 1989 refere-se apenas a *Grundlohnsumme*; a partir de então, inclui rendas concernentes a pagamentos de contribuições isoladas (*Einmalzahlungen*).

Fonte: BMA, 1990; BMG, 1995-a, *Kurztabellen*; cálculos próprios; BMG, 1995:315.

Em comparação com a evolução dos rendimentos base do desconto das contribuições entre 1980 e 1988, a evolução dos gastos ambulatoriais (35,2%) acompanha o crescimento das rendas de contribuição obrigatória (35,4%), como pode ser observado na tabela acima. Entre 1988 e 1992, a evolução é claramente desfavorável. Os gastos ambulatoriais crescem mais de modo mais acelerado que os rendimentos de contribuição obrigatória em cerca de 4 pontos percentuais. Entre 1992 e 1994, período de definição por lei do percentual de crescimento do orçamento setorial, os gastos voltam a aproximar-se da evolução dos rendimentos, permanecendo, porém, em nível levemente superior.

Tabela 26 – Evolução das receitas de contribuição, gastos totais e gastos ambulatoriais – Alemanha Ocidental, 1980-1996

Ano	Receitas de Contribuição		Gastos Totais		Gastos Ambulatoriais		Diferenças	
	Milhões DM	(2) var. %	Milhões DM	(4) var. %	Milhões DM	(6) var. %	Dif. 6-2	Dif. 6-4
1980		8,3		10,8		8,7	0,4	-2,1
1981		8,9		7,3		7,4	-1,6	0,1
1982		6,1		0,9		2,6	-3,5	1,7
1983		2,1		3,6		5,0	2,9	1,4
1984		2,2		7,9		6,5	4,3	-1,4
1985	106.905	6,1	114.108	5,0	19.660	3,9	-2,2	-1,1
1986	113.990	6,6	119.867	5,0	20.295	3,2	-3,4	-1,8
1987	120.873	6,0	124.997	4,3	20.966	3,3	-2,7	-1,0
1988	128.188	6,1	134.376	7,5	21.650	3,3	-2,8	-4,2

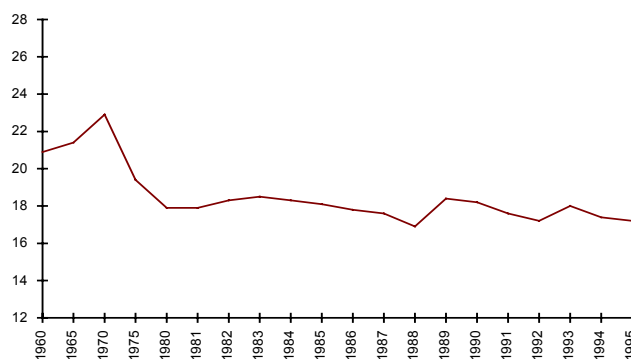
1989	134.894	5,2	129.927	-3,3	22.652	4,6	-0,6	7,9
1990	141.864	5,2	141.654	9,0	24.371	7,6	2,4	-1,4
1991	147.717	4,1	159.814	12,8	26.737	9,7	5,6	-3,1
1992	161.342	9,2	176.876	10,7	28.935	8,2	-1,0	-2,5
1993	177.999	10,3	175.362	-0,9	29.888	3,3	-7,0	4,2
1994	184.513	3,7	192.120	9,6	31.072	4,0	0,3	-5,6
1995**		9,3		13,1	32.686	7,7		
1996**		1,1				2,1		

*Gastos e receitas em milhões de marcos. Os dados correspondem a receitas e despesas líquidas *Reineinnahmen* e *Reinausgaben*. ** Os dados para 1995 e 1996 correspondem a despesas totais e receitas brutas. Os dados oficiais não estavam ainda disponíveis, por isso a tabela está parcialmente completa.

Fonte: BMA, 1990; BMG, 1995-a, *Kurztabellen*, para 1995; BMG, para 1996; T. 10.9 e T.10.8 para 1996.

Como se pode observar no gráfico e na tabela abaixo, a participação dos gastos ambulatoriais no conjunto das despesas do GKV mais elevada durante os anos 70, apresentou gradual redução nos anos 80. Desde então tem-se mantido estável oscilando entre de 17 e 18% desde 1980. Sintomaticamente, esta participação aumenta em 1989 e 1993, anos em que entraram em vigor as últimas leis de contenção.

Gráfico 8 - Participação dos gastos ambulatoriais no conjunto dos gastos do GKV – Alemanha ocidental, 1960-1985



Fonte: SVR, 1994 T.469; BMG, 1995 e 1996. *Statistisches Taschenbuch Gesundheit* Tab.10.8.

Tabela 27 – Participação dos gastos ambulatoriais no conjunto dos gastos do GKV – Alemanha ocidental, 1960-1995

Ano	%
1960	20,9
1965	21,4
1970	22,9
1975	19,4
1980	17,9
1981	17,9
1982	18,3
1983	18,5
1984	18,3
1985	18,1
1986	17,8
1987	17,6
1988	16,9

Ano	%
1989	18,4
1990	18,2
1991	17,6
1992	17,2
1993	18,0
1994	17,4
1995	17,2

Fonte: SVR, 1994 T. 469; BMG, 1995-; BMG, 1996. *Statistisches Taschenbuch Gesundheit* Tab.10.8.

- *evolução dos gastos ambulatoriais durante os anos 70*

Os gastos ambulatoriais contribuíram para o aumento dos gastos nos anos 60, mas não nos anos 70. Durante os anos 70, a participação dos gastos ambulatoriais no conjunto dos gastos do GKV diminuiu, tendo atingido 17,9% em 1980. Neste período, os gastos ambulatoriais evoluíram mais vagarosamente que o conjunto dos gastos, o que não permite afirmar que não tenham sofrido expansão (Behaghel, 1994:152).

Durante longo tempo, a expansão do volume de ações aliada ao sistema de remuneração por unidades de serviço possibilitou aos médicos a ampliação de seus rendimentos, levando-os a ocupar a posição máxima na escala de rendimentos. Tal fato não passou despercebido à população. A opinião pública, já nos anos 70, considerava muito altos os rendimentos dos médicos, julgando-os desproporcionais (Stone, 1980). Esta disparidade nos rendimentos era avaliada como resultado de distribuição desigual do poder de negociação entre prestadores de serviços – médicos – e demandantes por serviços – Caixas (Behaghel, 1994:153).

Todavia, este não era o único problema. A distribuição espacial e entre as especialidades era considerada desigual. Ao final dos anos 60, notava-se uma distribuição regional díspar de médicos. Postos vagos não eram preenchidos especialmente em áreas rurais e na periferia das grandes cidades. Resultava disto que os médicos montavam as suas Praxis onde mais lhe agradava, sem restrições quanto à possibilidade de credenciamento. Nos anos 70, embora os gastos ambulatoriais não pudessem ser tidos como os mais problemáticos, correções eram vistas como necessárias. Por um lado, havia a distribuição inadequada de médicos tanto espacial como entre as diversas especialidades. Por outro, existia forte dominância das KVen frente às Caixas, o que lhes possibilitava garantir altos rendimentos. O crescimento de gastos com medicamentos e outros métodos de cura e ajuda – a maioria, sob a responsabilidade de prescrição pelos médicos – era também considerado problemático (Behaghel, 1994:157).

- *por que os gastos crescem mais aceleradamente a partir do final dos anos 80?*

Nos anos 80, as Associações de Médicos das Caixas mantiveram posicionamento mais retraído na negociação dos honorários, como estratégia para se resguardar de maior intervenção sobre eles: a ameaça seria a introdução do sistema de pagamento por capitação.

Na segunda metade dos anos 80, os médicos credenciados passaram a reivindicar medidas para controlar e restringir o credenciamento de médicos, buscando evitar redistribuição do bolo com mais participantes. As medidas restritivas de admissão de médicos tiveram baixa implementação, o que levou os médicos a intensificarem a pressão por remuneração mais elevada de cada unidade de serviço. As possibilidades de sucesso desta nova estratégia dos médicos foram ampliadas pela forma de competição entre as Caixas após a unificação ainda mais restrita do catálogo de serviços, a partir da vigência da GRG, em 1989.

As Caixas Substitutas, até então, ofereciam serviços/benefícios adicionais, apresentando vantagens em comparação com as Caixas Locais na competição pelos segurados voluntários. Com a unificação do catálogo, as Caixas Substitutas perderam tais vantagens em relação às AOKs e, ao mesmo tempo, também aumentou o número de segurados voluntários, pois os operários com salários superiores ao limite máximo de contribuição deixaram de ser segurados obrigatórios e passaram a ser segurados voluntários, ou seja, passaram a desfrutar liberdade de escolha. Com isso, a nova estratégia das Caixas Substitutas consistiu em negociar com as KVen contratos de remuneração mais vantajosos com os médicos. Em 1992-1993, as Caixas Substitutas excluíram algumas ações do teto orçamentário e passaram a remunerá-las por unidades de serviços a valores prefixados. As Caixas Substitutas, como foi visto, dispunham, em geral, de estrutura de segurados mais vantajosa – mais baixo risco e melhor remunerada – o que lhes possibilitava serem mais magnânimas na negociação de preços³⁸.

Os gastos ambulatoriais aumentaram mais durante a fase de negociação obrigatória (1989-1992) do que na fase anterior, de negociação voluntária dos orçamentos ambulatoriais, também porque as ações preventivas ficaram de fora dos orçamentos fixos, sendo remuneradas a preços previamente definidos.

Associações de Médicos das Caixas – *Kassenärztliche Vereinigung*

As Associações de Médicos das Caixas foram criadas em 1931. Com a crise econômica de 1929, as finanças das Caixas também foram afetadas, tendo sido baixada uma

lei de emergência, ao final de 1931, na tentativa de alcançar equilíbrio entre receitas e despesas. A evolução dos honorários médicos foi vinculada às receitas de contribuição das Caixas. Nesta mesma lei, o credenciamento individual de médicos, vigente até então, foi substituído pela filiação compulsória à Associação de Médicos Credenciados. A nova associação, gerida pelos próprios médicos, passou a receber o conjunto dos honorários e a distribuí-los entre os médicos segundo o sistema de capitação vigente – pagamento que permaneceu inalterado (Wanek, 1994:130s). Em 1930, outra lei de emergência havia majorado as taxas de co-pagamento para medicamentos e meios de cura.

O monopólio dos médicos de consultório na atenção ambulatorial tem origem na Alemanha nazista. Em 1933, logo nas primeiras semanas da ditadura nacional-socialista, a relação de poder entre médicos e Caixas foi alterada em favor dos médicos. A administração das Caixas foi expurgada de 'judeus e *Andersdenkenden*³⁹ⁿ', e os lugares livres, ocupados por membros do partido nazista. Os serviços ambulatoriais próprios das Caixas, criados durante as greves médicas de 1923/4, foram imediatamente fechados. Qualquer atividade de cura foi vinculada ao status profissional médico. A Confederação de Médicos das Caixas recebeu a incumbência de garantir a atenção ambulatorial. Os médicos, enquanto prestadores privados, alcançaram assim a criação de seu monopólio na atenção ambulatorial. A posição dos médicos alemães naquele período pode ser ilustrada pela adesão a organizações nazistas. Em 1935, cerca de um terço dos médicos não judeus era filiado à associação de médicos nazistas.

Em 1955 a nova legislação reafirmou as Associações de Médicos das Caixas – entidades de direito público com afiliação obrigatória – como detentoras da competência de garantir a atenção ambulatorial à população e controlar a prestação econômica de serviços. A criação de serviços próprios das Caixas ficou condicionada à aprovação das Associações de Médicos (Wanek, 1994:133). Sem a possibilidade de administrar serviços próprios ou contratar outros prestadores – ambulatórios hospitalares ou policlínicas –, as Caixas ficaram despojadas de qualquer mecanismo para colocar os médicos sob competição (Wanek, 1994:134). Além de ser vedado às Caixas prestar atenção ambulatorial em serviços próprios, não eram permitidos o estabelecimento de contratos e o credenciamento de médicos isoladamente ou em grupos.

Como contrapartida à garantia do monopólio, os médicos aceitaram procedimentos de arbitragem em caso de conflitos e a exclusão da possibilidade de greves. Com isso, nem os médicos poderiam negar-se a atender algum paciente, nem as Caixas poderiam excluir os médicos da atenção.

A atenção ambulatorial é o setor da atenção em que os arranjos corporativos característicos do sistema alemão – através dos quais o Estado delega a regulação de determinado setor da sociedade aos atores imediatamente envolvidos – são mais difundidos. As Associações de Médicos das Caixas – Kven –, enquanto forma de agregação dos prestadores de ações ambulatoriais, exercem o papel principal. Negociam o volume e a remuneração dos serviços a serem prestados com as Caixas provedoras do seguro social, garantem que seus afiliados – os médicos credenciados – prestarão os serviços conforme legislado e contratado, além de repartirem o total dos honorários, a elas pagas pelas Caixas, entre os médicos credenciados conforme os serviços prestados.

A posição dos médicos nas últimas décadas ter-se-ia enfraquecido. Ocorreu diminuição de renda e hierarquização ao interior da corporação, havendo maiores conflitos pela repartição dos honorários em virtude do controle dos gastos setoriais paralelamente ao aumento do número de médicos, em decorrência da redução das receitas das Caixas por causa do crescimento econômico mais lento desde os anos 70. Além disso, a posição das Caixas foi fortalecida através da legislação.

Para Behaghel (1994:150), as mudanças da legislação nos últimos anos – embora não tenham reduzido despesas – produziram dois efeitos principais sobre a corporação de médicos credenciados: o grau de liberdade de ação das KVen frente às Caixas foi gradualmente reduzido e foram alterados o espaço de ação e a estrutura dos estímulos a cada médico. O espaço de ação do médico individual não foi alterado diretamente pela legislação. É decorrência de novos mecanismo de regulação sobre as KVen, que passaram a controlar mais fortemente as atividades de cada um dos médicos em razão da ameaça latente de coerção. Os órgãos governamentais de vigilância têm o direito de intervir sobre as atividades dos médicos credenciados caso os órgãos da administração autônoma não implementem as diretrizes legisladas em prazo legalmente determinado.

Mesmo assim, os médicos profissionais liberais de consultório detêm posição importante na distribuição de poder ao interior do sistema de saúde. Sua posição de força lhes possibilita definir preço, quantidade e qualidade dos serviços prestados sem qualquer controle efetivo de outras instâncias (Wanek, 1994:137s). Esta posição de força se expressa tanto frente aos pacientes como ante às Caixas e decorre especialmente da forma de organização compulsória na Associações de Médicos das Caixas que funcionam como monopólio na prestação e monopólio de representação dos médicos credenciados. Este monopólio possibilita aos médicos uma alta capacidade de implementar seus interesses, especialmente

hoje, com a dispersão das Caixas em competição entre si por mais segurados (Stegmüller, 1996:184).

A forma regulada de organização dos médicos credenciados, por sua vez, tem como vantagem a produção de forte coesão e capacidade de implementação dos acordos realizados entre a direção das associações de médicos e de Caixas, ao garantir compulsoriamente a adesão dos médicos e ao responsabilizar as KVen pela administração financeira setorial.

As Associações de Médicos das Caixas têm forte ascensão sobre seus associados. Se esta forma de organização, por um lado, pode ser de certo modo caracterizada como um ‘monopólio dos prestadores’, por outro, facilita a negociação das Caixas com os médicos e garante a continuidade da atenção – *Sicherstellungsauftrag* – sem maiores preocupações. Note-se ser esta forma de organização da prestação ambulatorial fortemente regulada, muito distinta de monopólios econômicos ou de outros setores. A quebra do monopólio, diante da possibilidade de negociação da prestação de serviços com grupos de médicos sem a interferência das KVen, conforme defendido pelas Caixas, significaria também maiores dificuldades administrativas para estas, pois teriam que exercer controle individual sobre os serviços prestados, coisa que hoje, mal ou bem, é realizado pelas KVen. Além disso, a garantia da atenção ambulatorial poderia ser atingida.

O monopólio das KVen, por outro lado, dada a concorrência entre as Caixas, pode vir a significar garantia de atenção mais uniforme para o conjunto dos segurados. O problema da negociação da prestação de serviços ambulatoriais separadamente com grupos de médicos é a possibilidade de, com isto, as KVen virem a negar-se à assinatura dos Contratos de Garantia da Atenção Ambulatorial. Mesmo que fossem negociados separadamente apenas os contratos anuais sobre honorários, as Associações de Médicos das Caixas – KVen - provavelmente considerar-se-iam como tendo deixado de ser responsáveis pela garantia do conjunto da atenção ambulatorial.

A dominância dos médicos frente às Caixas, mesmo de forma individual, é bem ilustrada com as recentes descobertas de acordos realizados entre dirigentes locais de Caixas e médicos, burlando as recomendações legais e definindo preços e formas de contabilização de ações fora dos ditames legais. Recentemente, desde o segundo semestre de 1997, as Associações Nacionais das Caixas – *Spitzeverbände* – criaram um grupo técnico e jurídico para investigar formas de fraude na contabilização de ações para cobrança das Caixas. Iniciaram com os cardiologistas, uma das especialidades mais bem remuneradas, e descobriram que, muitas vezes, os médicos burlaram a contabilização de ações com o

conhecimento e, por vezes, o consentimento de dirigentes locais das Caixas (Der Spiegel, 21.05.98).

As investigações, com o auxílio da procuradoria pública, continuarão para outros grupos de médicos bem remunerados. Foram identificadas adulterações por parte dos médicos, mas não se trata exatamente de casos de corrupção dos funcionários das Caixas. Seria mais falta de responsabilidade financeira destes funcionários com o dinheiro dos contribuintes. Estas investigações foram deslanchadas pelas Caixas após a aprovação da proposta governamental para a terceira etapa, que restringiu a possibilidade de majoração das taxas de contribuição. As próprias Caixas estariam sendo coagidas a buscar maior eficiência. As investigações resultarão na criação de novos mecanismos de controle que incluirão cláusulas contratuais e regras mais claras, mecanismos de aferição das contas e a introdução de críticas no sistema para detecção de possíveis fraudes (Der Spiegel, 21.05.98).

2. Atenção hospitalar

Na Alemanha, a atenção hospitalar é de responsabilidade pública. Os estados são responsáveis pelo planejamento hospitalar, cabendo-lhes a definição da necessidade de leitos e sendo igualmente de sua competência os investimentos hospitalares.

Em regra, não é possível o acesso direto ao hospital; só ocorre nos casos de emergência e para pacientes particulares. Para a admissão hospitalar é preciso o encaminhamento feito por médicos credenciados, facultando-se ao paciente a escolha do hospital. É bastante comum que estes encaminhem os pacientes ao hospital para esclarecimento diagnóstico, pois temem perder o cliente se o conduzirem a especialistas credenciados, vistos como concorrentes (Alber, 1991:111).

A quase totalidade dos hospitais é contratada pelas Caixas. Até bem pouco tempo, as Caixas eram obrigadas a contratar todos os hospitais incluídos no plano estadual. A partir de 1989, com a entrada em vigor da GRG, as Caixas têm o direito de rescindir contratos com hospitais, segundo determinados critérios, o que significa que podem incentivar a desativação de leitos de modo indireto.

Nos hospitais, os médicos têm autonomia para definir sobre a extensão e qualidade dos serviços prestados. Lugar importante na hierarquia médica é ocupado pelo médico-chefe, o dirigente de uma enfermaria – clínica/departamento, sendo responsável pela atenção de todos os pacientes do setor e depositário de total autonomia na definição dos métodos de

tratamento. Embora seja empregado ou funcionário público, detém uma série de vantagens financeiras. Desfruta de remuneração especial, pois contabiliza todos os serviços prestados em seu nome, recebendo percentagem dos serviços pagos diretamente pelos pacientes.. Os pacientes das Caixas têm liberdade de escolha quanto a serem tratados pelo médico-chefe – *Wahlleistungen* – desde que efetuem, em contrapartida, um pagamento extra. Como atividade paralela, o médico-chefe tem permissão para prestar atenção ambulatorial, o que é também contabilizado na sua remuneração.

Capacidade instalada hospitalar e produção de serviços

- *indicadores gerais*

Em 1994, existiam na Alemanha 2.237 hospitais com 618.200 leitos, representando a relação de 7,6 leitos por 1.000 habitantes. Naquele ano foram produzidas 14,6 milhões internações, o correspondente à taxa de internações anual de 18% dessa população; estes permaneceram internados, em média, 12,7 dias.

A grande maioria dos leitos (92,1%) situa-se em hospitais gerais de médio e grande porte. Os restantes 7,9% correspondem a instalações hospitalares para tratamento exclusivamente psiquiátrico ou psiquiátrico e neurológico. O tempo médio de permanência nos hospitais psiquiátricos é de 52,3 dias, período maior do que a permanência nos hospitais gerais, que era de 11,9 dias em 1994.

Os hospitais, em sua quase totalidade, são contratados pelo conjunto das Caixas. Apenas 79 hospitais, correspondendo a 2.793 leitos, não tinham contrato de prestação de serviços com as Caixas em 1994.

Na Alemanha, além dos hospitais referidos acima, outras instituições atuam em regime de internação: casas de repouso – *Kur* – e clínicas de reabilitação. Em 1994 havia 1.329 casas de repouso e reabilitação, com 173 mil leitos, tendo sido cuidados 1,7 milhões de pacientes, que permaneceram internados 31 dias, em média (StBA *apud* Reister, 1996-a:22)⁴⁰.

O setor hospitalar é dos mais importantes ramos da economia, com gastos anuais totais de 96 bilhões de marcos (1994). Em média, um milhão de pessoas (974.881) estiveram empregadas no setor hospitalar (hospitais e casas de repouso e reabilitação – *Kur*) em 1994. Destes, cerca de 10% (104.722) eram médicos (Reister, 1996:222). A necessidade de pessoal no setor hospitalar tem aumentado. Nos tempos atuais, estima-se que trabalham no setor hospitalar mais pessoas do que na indústria automobilística (BMG, 1995: 296, 299).

Tabela 28 – Atenção hospitalar*. Indicadores básicos. Alemanha (BRD) – 1991-1994

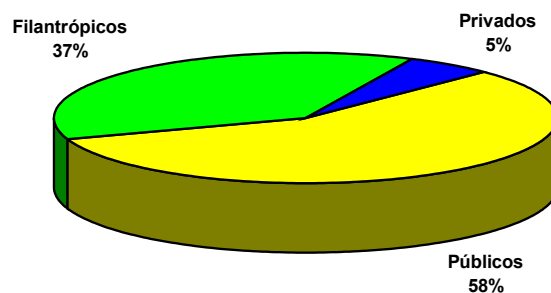
	1991	1992	1993	1994	% Variação 1994/1991	% Variação Anual
Nº Hospitais	2.411	2.381	2.354	2.337	-3,1	-1,0
Nº Leitos	665.565	646.995	628.658	618.176	-7,1	-2,4
Leitos/10.000 Hab	83,2	80,3	77,4	75,9	-8,8	-3,0
Nº Internações	13.924.907	14.233.471	14.385.416	14.626.639	+5,0	+1,7
Intern./10.000 Hab	1.741	1.766	1.772	1.796	+3,2	+1,1
Dias Intern. (1.000)	203.552	198.028	189.935	185.178	-9,0	-3,1
T.M.P.	14,6	13,9	13,2	12,7	-13,4	-4,7
Taxa de Ocupação	83,8	83,6	82,8	82,1	-2,1	-0,7

* Os dados referem-se ao conjunto de hospitais: gerais e especializados, inclusive hospitais psiquiátricos.

Fonte: StBA, *Wirtschaft und Statistik* 6/1996:383.

- *leitos por tipo de prestador*

Os leitos em hospitais gerais na Alemanha são predominantemente públicos. Em 1994, 57% dos leitos existentes eram públicos e 37% filantrópicos. Apenas 5% eram leitos privados. Entre 1991 e 1994 ocorreu leve redução do número de leitos públicos e leve aumento dos leitos privados, porém sem alterar expressivamente estas proporções (Reister, 1996)⁴¹. É interessante observar que o tempo médio de permanência nos hospitais públicos é mais baixo do que para os outros prestadores⁴². Isto provavelmente está relacionado ao sistema de pagamento segundo diárias uniformes, que estimulariam os hospitais privados a deixar seus pacientes por mais tempo internados, garantindo maior receita.

Gráfico 9 - Leitos em hospitais gerais por tipo de prestador. Alemanha – 1994

Fonte: StBA, *Wirtschaft und Statistik* 6/1996.

Tabela 29 – Leitos em hospitais gerais por tipo de prestador. Alemanha – 1994

Prestadores	Nº	%	TMP
Públicos	327.071	57,42	11,6
Filantrópicos	212.030	37,22	12,1
Privados	30.537	5,36	13,0
Total	569.638	100	11,9

TMP = tempo médio de permanência em dias.

Fonte: StBA, *Wirtschaft und Statistik* 6/1996.

Diferentemente dos hospitais gerais, os leitos em clínicas de reabilitação e prevenção em regime de internação – *Kur* – são, na sua maioria, privados (65%). Apenas um quinto dos mesmos (19%) são públicos e os restantes 15% são filantrópicos.

Tabela 30 – Leitos em instalações para reabilitação e prevenção em regime de internação hospitalar, por tipo de prestador. Alemanha – 1993

Prestadores	Nº	%	TMP
Públicos	29.921	19,2	29,9
Filantrópicos	23.821	15,3	33,8
Privados	101.889	65,5	30,6
Total	155.631	100,0	30,9

TMP = tempo médio de permanência em dias.

Fonte: BMG, *Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe*, 1995:238.

- *hospitais gerais por porte*

A maioria dos leitos situa-se em hospitais de médio e grande porte. Cerca de 80% dos leitos gerais estão instalados nos 1.051 hospitais, com 200 leitos ou mais.

Tabela 31 – Leitos em hospitais gerais por porte. Alemanha – 1994

Porte	Nº	%	TMP
Abaixo de 100	25.471	4,5	11,8
100-199	77.760	13,7	12,5
200-499	249.177	43,7	11,8
500 e mais	217.230	38,1	11,7
Total	569.638	100	11,9

TMP = tempo médio de permanência em dias.

Fonte: StBA, *Wirtschaft und Statistik* 6/1996.

Os hospitais privados são, em geral, de menor porte, com média de 84 leitos, bastante inferior à média de 273 leitos dos hospitais gerais. Observa-se tendência ao aumento do número de leitos por hospital. Os hospitais para agudos tornaram-se maiores. Em 1970, o número médio era de 187 leitos por hospital, passando para 261 em 1989. Hospitais de maior porte são considerados mais econômicos e, em alguns países, isto tem sido estimulado.

- *evolução da capacidade instalada e da produção de serviços hospitalares*

O setor hospitalar tem-se caracterizado por utilização crescente e declínio da capacidade instalada de leitos. Na primeira metade da década de 90, o número de internações e da proporção de pacientes internados no conjunto da população aumentou pouco a pouco, de forma concomitante à redução do número e da relação leitos/habitante, em decorrência do processo de desativação de leitos. Observa-se ainda tendência ao encurtamento gradual do tempo médio de permanência e conseqüente redução do volume total de dias de internação.

Entre 1991 e 1994, paralelamente ao aumento em 5% do número de internações, ocorreu clara redução do número e da densidade de leitos. Esta aparente contradição entre

aumento do número de internações e desativação de leitos pode ser explicada pela notável redução em 13,4% do tempo médio de permanência. Enquanto os pacientes permaneciam internados 14,6 dias em média em 1991, essa média em 1994 correspondia a 12,6 dias. O incremento do número de internações não foi suficiente para compensar os efeitos do encurtamento da permanência. Apesar deste aumento, o total de dias de internação diminuiu em 9% desde 1991, correspondendo a 185 milhões de dias em 1994. O que provocou pequena redução das taxas de ocupação paralelamente à desativação de leitos (Reiste, 1996).

As alterações ocorridas neste período foram mais pronunciadas na região correspondente à ex-Alemanha Oriental, podendo ser observado uma aproximação ao padrão ocidental dos indicadores de atenção hospitalar da Região Oriental. Conquanto em 1991, ano da unificação alemã, o número de leitos por habitante e o tempo médio de permanência fossem mais altos na Região Oriental do que na Região Ocidental, esta situação inverte-se em 1994, ocasião em que os indicadores da Região Oriental passam a situar-se em patamares levemente abaixo dos indicadores da Região Ocidental.

Dos 47.400 leitos desativados no período, 31.300 eram situados na Região Oriental, correspondendo à diminuição de 21,9%. Em 1991, a relação leitos por 10.000 habitantes na Região Oriental (89,8) era mais alta do que na parte ocidental (81,6), mas passou, em 1994, para 71,7, ficando abaixo da densidade de leitos da Região Ocidental (76,9). O mesmo movimento ocorreu com os tempos médios de permanência. Enquanto o tempo médio de permanência na Região Ocidental diminuiu de 14,3 para 12,7 dias, na Região Oriental foi reduzido de 16,1 para 12,4 dias no período.

O aumento do número de internações por habitante também foi mais acentuado na Região Oriental. Ainda que a taxa de internação na Região Oriental tenha permanecido mais baixa, nesta região houve elevação de 10% na utilização, aumento este muito maior do que o observado na parte ocidental, de apenas 1,7%. Em 1991, o número de internações por habitante na Região Oriental foi de 15,2% e na Região Ocidental de 18%, tendo subido, em 1994, para 16,8% e 18,4% respectivamente.

Tabela 32 – Indicadores de atenção hospitalar* por região. Alemanha – 1991-1994

Indicadores	1991	1992	1993	1994	% Variação 1994/1991	% Variação Anual
Leitos/10.000 Hab						

Indicadores	1991	1992	1993	1994	% Variação 1994/1991	% Variação Anual
Alemanha	83,2	80,3	77,4	75,9	-8,8	-3,0
Região Oeste	81,6	80,0	77,9	76,9	-5,7	-1,9
Região Leste	89,8	81,3	75,3	71,7	-20,2	-7,2
Intern/10.000 Hab						
Alemanha	1.741	1.766	1.772	1.796	+3,2	+1,1
Região Oeste	1.794	1.806	1.807	1.824	+1,7	+0,6
Região Leste	1.524	1.600	1.625	1.677	+10,0	+3,2
T.M.P.						
Alemanha	14,6	13,9	13,2	12,7	-13,4	-4,7
Região Oeste	14,3	13,8	13,2	12,7	-11,1	-3,8
Região Leste	16,1	14,2	13,2	12,4	-23,0	-8,3
Taxa de Ocupação						
Alemanha	83,8	83,6	82,8	82,1	-2,1	-0,7
Região Oeste	86,2	85,4	83,9	82,7	-4,2	-1,4
Região Leste	74,9	76,5	77,8	79,4	+6,1	+2,0

* Os dados referem-se ao conjunto de hospitais: gerais e especializados, inclusive hospitais psiquiátricos.

Fonte: StBA, *Wirtschaft und Statistik* 6/1996:383.

Na Região Oriental, a intensidade da redução do tempo médio de permanência não foi suficiente para contrabalançar os efeitos da drástica desativação de leitos sobre as taxas de ocupação, tendo ocorrido aumento da mesma em 6% entre 1991 e 1994. Mesmo assim, a ocupação de leitos na Região Oriental (79,4%), em 1994, permaneceu pouco abaixo daquela na parte ocidental (82,7%).

- *leitos por especialidade*

Mais da metade do total de leitos hospitalares instalados em 1994 destinavam-se a internações gerais de medicina interna e cirurgia (55%), sendo 11% específicos para atendimento psiquiátrico.

A tabela a seguir mostra a distribuição de leitos por especialidade nas duas regiões da Alemanha, assim como a relação de leitos segundo a especialidade por habitantes e a evolução dos mesmos entre 1991 e 1994. Em 1991, a relação de leitos por habitante em geral e segundo a maioria das especialidades era mais alta na região oriental do que na ocidental. A situação inverte-se em 1994, em razão da desativação mais intensa de leitos na região leste.

Tabela 33 – Leitos por especialidade 1991-1994. Número de leitos por especialidade – Alemanha. Leitos/10.000 habitantes por região

Especialidade	Alemanha		1991		1994	
	1991	1994	Oeste	Leste	Oeste	Leste
Medicina Interna	200.911	190.248	25,0	25,5	23,4	23,2
Cirurgia	155.782	151.340	19,7	18,8	18,9	17,3
Psiquiatria	92.364	71.062	11,3	12,6	9,3	6,5
Ginecologia e Obstetrícia	66.377	59.476	7,8	10,2	7,3	7,1
Pediatria	31.708	26.217	3,1	7,6	2,9	4,6
Ortopedia	25.293	24.996	3,1	3,3	3,1	2,9
Urologia	19.022	18.986	2,4	2,2	2,4	2,2
Otorrinaringologia	16.978	16.212	2,1	2,2	2,0	1,9
Oftalmologia	9.735	8.691	1,2	1,1	1,1	1,0
Neurocirurgia	4.658	5.263	0,7	0,3	0,7	0,5
Cirurgia Buco-Maxilar	2.969	2.891	0,4	0,4	0,4	0,3
Medicina Nuclear	585	660	0,1	0,0	0,1	0,0
Outros						
Total	665.561	618.176	81,6	89,8	76,9	71,7

* Os dados referem-se ao conjunto de hospitais: gerais e especializados, inclusive hospitais psiquiátricos.

Fonte: StBA, *Wirtschaft und Statistik* 6/1996:385.

Entre 1991 e 1994 foram desativados 47.385 leitos e fechados 74 hospitais na Alemanha⁴³. Como se pode verificar na Tabela 6, cerca da metade dos leitos desativados (21 mil) entre 1991 e 1994 eram leitos psiquiátricos, reduzidos em 23% de seu total. Foram ainda desativados 10 mil leitos de Medicina Interna, 7 mil leitos destinados à Ginecologia e Obstetrícia e 5 mil leitos Pediátricos, estes com a segunda maior redução proporcional (17%).

A desativação de leitos nos últimos anos acompanha uma tendência internacional. A redução do número de leitos na Alemanha Ocidental, porém, tinha sido até então pequena. Entre 1980 e 1990, a relação de leitos por habitantes em hospitais para tratamento de casos agudos diminuiu em apenas 3,2%. Proporção baixa se comparada com outros países, como, por exemplo, Dinamarca, Noruega e Suécia, onde esta redução alcançou cerca de 20% (Jelastopulu & Arnold, 1994:25).

A tendência à desativação de leitos para casos agudos e psiquiátricos não é recente. A fase de expansão da capacidade instalada do setor hospitalar, observada em décadas anteriores, manteve-se até a metade dos anos 70. Desde então vem ocorrendo leve redução no número de leitos, tendência esta que se acentuou nos anos 90.

Tabela 34 – Leitos hospitalares para casos agudos, psiquiátricos, e instalações para reabilitação e prevenção (*Kur*). Alemanha Ocidental – 1960-1989⁴⁴

Ano	Agudos	Psiquiátricos	Reab. e Prev.
1960	399.839	95.922	32.059
1965	422.199	105.299	51.062
1970	457.004	116.862	60.244
1975	489.756	118.241	86.276
1980	476.652	110.833	91.045
1985	462.124	96.578	91.520
1989	452.283	89.396	102.961

Fonte: BMG, *Daten des Gesundheitswesens, Ausgaben* 1993:259.

Como se observa na Tabela 7, o número de leitos em hospitais para agudos, aumentou progressivamente entre 1960 e 1976. Desde 1977, o número de leitos em hospitais para agudos vem diminuindo, tendo alcançado em 1989 um patamar inferior a 1970. Movimento similar aconteceu com o número de leitos em hospitais exclusivamente para tratamento psiquiátrico e/ou neurológico. O número de leitos em instalações para reabilitação e para cuidados preventivos em regime de internação hospitalar – *Kur* –, em contrapartida, continuou a crescer, embora a expansão venha sendo mais lenta a partir de 1980. Nos anos 90 volta a acelerar-se, tendo o número de leitos nas casas de repouso para prevenção e reabilitação crescido 20% em três anos.

A desativação de leitos em geral, e de leitos psiquiátricos em particular, foi muito mais intensa na ex-Alemanha Oriental, que reduziu à metade o número destes leitos. Ao contrário de 1991, a relação número de leitos por habitantes em 1994 era menor na Região Oriental para todas as especialidades, com exceção para Pediatria.

Mesmo com a desativação mais acentuada de leitos nos últimos anos, a Alemanha mantém a proporção mais elevada de leitos por habitante entre os países selecionados da OECD apresentados na Tabela 8. Alemanha, Luxemburgo, Áustria e Suíça são os países que mostram maior densidade de leitos para casos agudos, entre 6 e 7 leitos por mil habitantes.

Tabela 35 – Leitos para casos agudos por mil habitantes. Países da OECD, 1970-1995

Países	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Alemanha	7,5	7,7	7,5	7,5	7,4	7,1	7	6,9
Austrália	6	6,4		4,5	4,3	4,3		
Áustria			7	6,9	6,7	6,6	6,6	6,6
Bélgica	4,8	5,5	4,9	4,9	4,8	4,8	4,8	
Canadá		4,6	4	3,9	3,8	3,6		
Dinamarca		5,6	4,6	4,4	4,2	4,1	4	
Espanha			3,4	3,4	3,3	3,1	3,2	
EUA	3,9	4,2	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,3
Finlândia	4,8	4,9	4,3	4,8	4,6	4,6	4,5	4
França		6,2	5,2	5,1	5	4,9	4,7	4,6
Holanda	5,5	5,2	4,3	4,2	4,2	4,1	4	3,9
Irlanda			4,3	4,1	4,1	4	3,8	3,7
Islândia		5,6	3,4	3,4	3,4	3,3	3,3	3,4
Itália		7,6	6,1	5,6	5,5	5,5	5,3	
Luxemburgo			7	6,9	6,8	6,9	6,7	
Noruega		5,4	3,8	3,6	3,5	3,4	3,3	3,4
Portugal	4,3	4,1	3,6	3,6	3,7	3,6	3,6	3,4
Reino Unido		2,9	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	2
Suécia		5,1	4,1	3,9	3,7	3,4	3,2	3,1
Suíça	7,1	7,1	6,5	6,4	6,3	6,1		

Dados da OECD, a partir de 1991, referem-se à Alemanha unificada e, antes disso, apenas à Região Ocidental.

Fonte: OECD, 1997 *Health data for Windows*.

Se computado o conjunto dos leitos, a posição da Alemanha na comparação internacional modifica-se. Como pode ser observado na tabela 36, maior número de países apresenta relação leito/habitantes mais elevada. Suíça, Noruega, Holanda, Luxemburgo e Finlândia dispõem de dez leitos ou mais por habitante.

Na Alemanha considera-se que a quantidade de leitos disponíveis para cuidados de longa duração (*nursing home beds ou Pflegebetten*)⁴⁵ não é suficiente. Assim, paralelamente ao excesso de leitos para casos agudos, haveria escassez de leitos para pessoas dependentes de cuidados de enfermagem (Alber, 1992:110).

Tradicionalmente considera-se que a oferta condiciona a demanda, o que significa dizer, neste caso, que a existência de número elevado de leitos na Alemanha é estímulo a maior produção de internações e ou dias de internação. Presume-se que exista conexão, nem sempre observada, entre a densidade de leitos e o volume de internações. Isto é especialmente válido para Alemanha e Luxemburgo, mas não, por exemplo, para o Reino Unido, que apresenta a mais baixa densidade de leitos agudos (2,1), porém, é um dos campeões na taxa de internações por habitante (21%) (Jelastopulu & Kaiser, 1996).

Tabela 36 – Leitos por mil habitantes – totais, agudos, psiquiátricos e para cuidados de longa duração (*nursing home beds*). Países selecionados da OECD – 1994

Países	**Totais	Agudo	Psiquiatria	Longa
Alemanha	9,7	7,0	1,3	3,8
Áustria	9,4	6,6	0,8	1,9
Bélgica	7,6	4,8	1,7	1,1
Canadá	5,4	–	0,5	0
Dinamarca	5,0	4,0	0,4	–
Espanha	4,0	3,2	0,5	0,3
EUA	4,2	3,3	*0,5	*1,9
Finlândia	10,0	4,5	1,5	–
França	9,0	4,7	1,4	1,3
Holanda	11,3	4,0	1,6	3,5
Irlanda	5,0	3,3	1,7	5,2
Itália	6,5	5,3	0,7	–
Luxemburgo	11,1	6,7	1,3	2,6
Noruega	13,5	3,3	0,7	8,4
Portugal	4,3	3,6	0,7	–
Reino Unido	4,9	2,1	0,9	3,3
Suécia	6,5	3,2	0,7	1,1
Suíça	*20,8	*6,1	*1,6	*11,8

* Dados de 1989 para EUA; para a Suíça, total e de longa duração, dados de 1991, e *nursing home beds* e agudos, dados de 1993; ** Leitos para todos os tipos de internação.

Fonte: OECD, 1997 *Health data for Windows*.

A desativação de leitos nos países de industrialização avançada tem sido uma das medidas empregadas para conter custos setoriais⁴⁶. Não é possível, porém, estimar objetivamente a necessidade real de leitos e há o perigo de se desativar mais leitos do que aqueles que seriam necessários à atenção⁴⁷. Além disso, paralelamente à suposta sobrecapacidade de leitos para casos agudos – em comparação com os EUA (3,3 leitos/mil habitantes), por exemplo –, seria preciso a instalação de mais leitos para alguns procedimentos e/ou condições específicas: geriátricos, centros de transplantes, de cirurgia cardíaca, clínicas para AIDS (Jelastopulu & Kaiser, 1996:210). Novos leitos para cuidados de longa duração em serviços específicos são necessários também para evitar internações desnecessárias de pessoas com perda de autonomia e dependentes de cuidados de enfermagem em hospitais para agudos – mais caros.

- *crescimento das taxas de internação por habitante*

Na Alemanha vem ocorrendo leve porém gradual crescimento das taxas de internação. Em 1995, o número de internações por cem habitantes para a Alemanha como um todo passou de 17, 1% para 18%, em especial por conta do crescimento das internações na Região Oriental. Na Região Ocidental, esta taxa tem permanecido quase estável, próximo a 18%. Na maioria dos países da OECD, assim como na Alemanha, houve crescimento das taxas de internação durante os anos 80. Já nos anos 90 observa-se estabilização destas taxas ou leve redução em diversos países, embora em cerca da metade daqueles selecionados

persista a tendência à leve elevação. Reino Unido e Áustria destacam-se por apresentarem crescimento expressivo nos últimos anos.

Tabela 37 – Taxas de internação – hospitais de agudos. Países da OECD, 1970-1995

Países	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Alemanha	13,4	16,3	17,6	17,1	17,4	17,4	17,6	18,0
Austrália	17,4	19,8		16,6	16,4	16,3	16,2	
Áustria			21	21,6	22	22,3	22,5	23,1
Bélgica			16,9	17,4	17,7	17,7		
Canadá		14,6	12	12,2	11,4			
Dinamarca	14,3	17,6	20,6	20,5	20,9	19,9	19,7	
Espanha			9,6	9,8	9,9	10	10	
EUA	14,3	15,9	12,5	12,3	12,2	11,9	11,8	11,7
Finlândia			16,3	18,1	18,8	19,1	19,8	20,0
França		17,5	20,9	21,3	21,2	20,9	20,3	20,3
Holanda	9,7	11,2	10,3	10,3	10,3	10,3	10,4	10,3
Irlanda	15,6	17,2	14,9	14,8	14,2	14,9	14,6	14,8
Islândia			17,6	17,9	18,3	18,3	17,8	18,1
Itália	15,1	17,7	15	14,4	15	15,4	15,5	
Luxemburgo		15,3	18,4	18,5	18,8	18,5	18,4	
Noruega	12,3	14,3	14,8	14,7	14,8	15	14,4	14,5
Portugal	6,7		10,6	10,7	11,1	11	11,3	11,1
Reino Unido		11,1	16,8	17,7	18,2	19	19,9	21,2
Suécia	14,4	15,6	16,6	16,9	17,3	17,2	16,9	16,2
Suíça		13	13,9	14	14,9	14,2		

Fonte: OECD, 1997, *Health data for Windows*. Os dados da OECD a partir de 1991 referem-se à Alemanha unificada e anteriormente apenas à região ocidental.

Taxas mais baixas de internação por habitante em comparação internacional podem ser explicadas pela existência de maior articulação entre o setor hospitalar e ambulatorial. Em países como Holanda, Suécia e Canadá, o tratamento especializado ambulatorial é realizado nos hospitais ou nos países em que os médicos de consultório trabalham também em hospitais acompanhando seus pacientes (Jelastopulu & Arnold, 1994:31).

A existência de instalações especializadas em cuidados de longa duração contribui igualmente para taxas de internação mais baixas. Até a implementação do seguro de cuidados de longa duração – para pessoas incapacitadas, sem possibilidade de cuidar-se sozinha, e para pacientes fora de possibilidades terapêuticas – ocorriam internações hospitalares desnecessárias por pressão dos familiares de pessoas idosas ou inválidas, à medida em que a internação em outro tipo de instituição – um asilo, por exemplo – teria que ser paga pelos familiares em caso da impossibilidade do próprio, enquanto que a internação hospitalar é paga pelas Caixas. Um dos propósitos da implementação do seguro social obrigatório de cuidados de longa duração consistiu na redução dos gastos hospitalares.

A atenção ambulatorial na Alemanha serviria de filtro para a admissão hospitalar, uma vez que a internação hospitalar só pode ser feita através do encaminhamento por médico

de ambulatório, exceto para casos de emergência. A concorrência entre os médicos de ambulatório, todavia, estimula o encaminhamento dos pacientes a um hospital e não para especialista porque após o tratamento hospitalar é certo o retorno do paciente ao médico geral, ao passo que este corre o risco do não retorno do paciente ao encaminhá-lo ao especialista.

O aumento das taxas de internação está relacionado principalmente a internações de curta duração e a reinternações de pacientes idosos. A proporção de internações entre pessoas mais idosas tem aumentado nos últimos anos. Cerca de 50% do total de dias de internação são utilizados por maiores de 50 anos, embora este grupo corresponda a apenas cerca de 25% dos segurados. O tempo médio de permanência aumenta com a idade, por isso a participação das pessoas mais idosas é maior entre os dias de internação do que em relação ao número de internações (Alber, 1991:111). Além disso, tem-se elevado o número de internações de pessoas que se dirigem primariamente ao hospital. Isto seria decorrência da escassez da oferta de atendimento de emergência ambulatorial, questão que tem sido objeto de discussão e que promoveu a abertura de alguns serviços nos últimos anos.

Da mesma forma, o progressivo aumento do número de internações por habitante é condicionado pela forma de remuneração da atenção ambulatorial. Em razão da remuneração por unidades de serviços e da definição de teto máximo de gastos ambulatoriais negociado anualmente entre as associações de médicos das Caixas e as Caixas, quanto maior o número de unidades de serviço prestadas pelo conjunto dos médicos, mais baixo o valor de cada ponto. Assim, se o paciente necessitar de cuidado especializado, o médico prefere encaminhá-lo ao hospital, pois isto não influenciará em sua remuneração. Caso o paciente seja encaminhado a especialista, mais unidades de serviço serão produzidas, o que implica a redução do valor do número de pontos e a conseqüente redução da remuneração.

- *redução do tempo médio de permanência*

Na maioria dos países, assim como na Alemanha, a desativação de leitos é acompanhada por redução do número de dias de internação. A evolução contraditória entre a diminuição do número de dias de internação e o aumento da taxa de internações é explicada, em parte, pelo concomitante encurtamento dos tempos médios de permanência -TMP. Isto é, tem sido cada vez menor o número de dias em que os pacientes permanecem em tratamento sob regime de internação no hospital. Observa-se redução progressiva dos tempos médios de permanência em todos os países da OECD desde os anos 70⁴⁸.

Na Alemanha, o tempo médio de permanência tanto para os hospitais em geral como para os hospitais de agudos vem-se reduzindo de maneira gradual. A permanência média nos

hospitais para agudos na Alemanha era de 13,4 dias em 1990. Em 1995, esta média tinha sido reduzida em dois dias, passando para 11,5 nos hospitais gerais, o correspondente à classificação anterior de agudos. Esta evolução nos anos 90 é mais acentuada do que na década de 80, quando a permanência média em dez anos foi reduzida em apenas 1,5 dias.

Tabela 38 – Tempo médio de permanência. Hospitais de agudos. Países selecionados da OECD – 1960-1995

Países	1960	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Alemanha	21,6	18,3	14,9	13,4	13,4	12,9	12,3	11,9	11,4
Austrália		8,9	7,8		6,8	6,9	6,8	6,8	6,7
Áustria			14,5	9,3	8,8	8,5	8,2	8	7,9
Bélgica		15,6	10	8,7	8,5	8,2	8		7,8
Canadá			10,2	8,6	8,1				7,5
Dinamarca		12,5	9,1	6,6	6,5	6,3	6,3	6,1	6
Espanha				9,4	9,3	9,2	9,1	9	8,8
EUA	7,6	8,2	7,6	7,2	7,2	7,1	7	6,7	6,5
Finlândia	12,5	12,8	8,8	7	7	6,1	5,7	5,6	5,5
França		16	9,9	7	6,7	6,5	6,1	6,4	5,9
Holanda	20,1	18,8	14	11,2	10,9	10,6	10,4	10,1	9,9
Irlanda		13,3	9,7	6,9	6,8	6,7	6,9	6,9	6,7
Islândia				7	6,6	6,4	6,4	6,3	5,9
Itália					9,5	9,3	9,2	9	8,8
Luxemburgo			13	11	10,8	10,3	10,2	9,9	9,8
Noruega		14,8	10,9	7,8	7,4	6,9	6,8	6,6	6,5
Portugal		15,3		8,4	8,3	7,9	7,7	7,7	7,9
Reino Unido			8,5	5,7	5,4	5,1	4,9	4,8	4,8
Suécia		11	8,5	6,5	6,2	5,8	5,5	5,3	5,2
Suíça			15,5	13,4	13	12,1	12,1	12	12

Fonte: OECD, 1997 *Health data for Windows*. Os dados da OECD a partir de 1991 referem-se à Alemanha unificada e anteriormente apenas à região ocidental.

Embora a duração média das internações na Alemanha venha encurtando, o tempo médio de permanência na Alemanha é dos mais altos entre os países selecionados. Todavia, a comparação internacional de TMP é complicada, pois a duração das internações depende não apenas da morbidade e de diferentes estilos de tratamento prevalentes em cada país, como também da divisão de trabalho entre setor ambulatorial e hospitalar e a existência de adequadas instalações para cuidados de longa duração.

Do mesmo modo que apresentado acima para taxas de internação mais reduzidas, os tempos médios de permanência podem ser mais curtos em virtude da boa articulação com a atenção ambulatorial e a existência de lares e instalações adequadas para cuidados de longa duração para pessoas com perda da autonomia, garantindo-se seus cuidados, conforme o grau de dependência, fora dos hospitais. Ambos fatores evitam internações desnecessárias, bem como contribuem para a redução dos tempos médios de permanência⁴⁹.

Na Alemanha estima-se que 20% das internações hospitalares seriam evitáveis. Estudo recente do Serviço Médico das Caixas, efetuado em 40 hospitais, considerou que até

24% dos casos internados em enfermarias de medicina interna poderiam ser tratados em ambulatório, caso houvesse instalações adequadas, como consultórios especializados em determinadas doenças ou serviços para regime de internação parcial (MDS- *Medizinischer Dienst der Krankenkasse*, 1997).

A diminuição dos tempos médios de permanência não leva à redução proporcional dos gastos hospitalares. Para Jelastopulu & Arnold (1994), a esperança de redução dos gastos hospitalares com a diminuição dos tempos médios de permanência seria infundada. Os primeiros de cuidado são mais intensivos em custos, não sendo muito alto o ganho com a redução dos últimos dias. Os custos ficam concentrados nos primeiros dias, quando há exigência de mais recursos e maior quantidade de pessoal para a prestação dos cuidados.

Além disso, internação em tempo médio mais curto não indica por si só maior eficiência, nada informa a respeito da qualidade dos cuidados nem sobre a gravidade dos casos. O tempo médio de permanência constitui tema freqüente na discussão da economia da saúde, porém não se deve superestimar a potencialidade deste indicador para avaliar a eficiência da atenção hospitalar. Permanência elevada concomitante à taxa de internação baixa – como é o caso da Holanda – pode expressar produtividade adequada.

- *indicadores de produtividade – taxa de ocupação*

Como se pode observar na Tabela 12, a taxa de ocupação na Alemanha é das mais altas entre os países da OECD, o que indicaria boa produtividade hospitalar⁵⁰. Na maioria dos países, assim como na Alemanha, observa-se redução das taxas de ocupação paralela à desativação de leitos e à diminuição dos tempos médios de permanência. Na Alemanha, é provável que esta situação esteja relacionada à concomitante diminuição do número de dias de internação.

De todo modo, como a taxa de ocupação oscila conforme as estações do ano, a alta taxa de ocupação significaria que a quantidade de leitos atualmente existente seria suficiente, caso não ocorram internações desnecessárias. As internações para cuidados de longa duração em hospitais de agudos não podem ser classificadas como desnecessárias, uma vez que tais pacientes necessitam de cuidados; inadequada é a ocupação de um leito em hospitais de agudos por este tipo de paciente. Neste caso, a desativação de leitos para agudos teria que ser acompanhada pela instalação de mais leitos em clínicas de repouso.

Tabela 39 – Taxa de ocupação. Hospitais de agudos. Países selecionados da OECD, 1970-1995

	1995	1990	1980	1970
Alemanha	81.3	86.4	83.3	86.8

Austrália	n/a	n/a	66.3	72.0
Áustria	75.9	78.1	n/a	n/a
Bélgica	n/a	81.9	77.7	n/a
Canadá	n/a	78.6	80.4	n/a
Dinamarca	n/a	81.6	75.8	n/a
Estados Unidos	63.0	66.8	75.4	78.0
França	75.4	77.3	79.0	n/a
Holanda	71.2	73.3	83.5	89.8
Hungria	71.9	74.9	83.3	89.0
Itália	n/a	69.3	69.0	74.9
Luxemburgo	n/a	79.4	76.2	n/a
Noruega	79.4	79.7	79.3	n/a
Portugal	72.6	66.7	n/a	68.7
Reino Unido	n/a	n/a	75.1	n/a
Suécia	75.9	72.2	72.1	n/a
Suíça	n/a	79.0	77.9	n/a

Fonte: OECD, 1997 *Health data for Windows*. Os dados da OECD, a partir de 1991, referem-se à Alemanha unificada e antes disso apenas à Região Ocidental.

- *rotatividade dos leitos*

Como era de esperar, a rotatividade dos leitos na Alemanha vem aumentando, em especial desde a segunda metade dos anos 80, em virtude de a quantidade de leitos ter declinado e aumentado levemente a taxa de internações. Entre 1985 e 1995, o número de internações por leito aumentou 44%, passando de 18 internações ao ano para 26 em 1995. Mesmo assim, não é das mais elevadas porque o tempo médio de permanência é mais longo entre os países selecionados.

Tabela 40 – Rotatividade de leitos hospitalares de agudos

Países	1995	1990	1980	1970
Alemanha	26.0	23.5	16.4	13.7
Áustria	35.1	30.8	19.1	16.1
Bélgica	n/a	23.0	26.0	22.0
Canadá	n/a	22.9	22.0	24.0
Dinamarca	n/a	42.6	28.4	24.0
Espanha	n/a	28.4	17.3	n/a
Estados Unidos	33.0	34.0	35.0	34.0
França	n/a	23.1	17.7	16.0
Holanda	26.3	23.8	21.7	17.5
Hungria	32.3	26.8	25.5	26.0
Itália	n/a	21.9	20.7	17.4
Japão	n/a	7.8	7.6	8.8
Noruega	43.6	39.2	29.0	n/a
Portugal	33.5	30.1	21.0	13.7
Reino Unido	n/a	n/a	27.8	20.0
Suécia	39.0	17.1	12.9	15.0
Suíça	n/a	21.5	18.3	n/a

Fonte: OECD, 1997 *Health data for Windows*. Os dados da OECD a partir de 1991 referem-se à Alemanha unificada e anteriormente apenas à Região Ocidental.

Gastos hospitalares

O setor hospitalar é intensivo em custos e pessoal. Desde 1975, os gastos hospitalares correspondem a mais de 30% dos gastos do GKV com cuidados de saúde. Em 1960, estes gastos correspondiam a apenas 18%. A maioria destes gastos correspondem a gastos com pessoal (70%). A dinâmica da elevação de gastos até a segunda metade dos anos 80 foi dependente tanto do aumento do número de internações como da ampliação da oferta de leitos e do aumento constante de preços. O desenvolvimento da tecnologia médica tem levado a uma série de intervenções mais complexas, às quais estão relacionados procedimentos diagnósticos e de cuidados de custo mais alto.

Em 1994, os gastos hospitalares foram de 96 bilhões de marcos. Dois terços corresponderam a gastos com pessoal, o que segue o padrão internacional. Na maioria dos países industrializados, cerca de 70% dos gastos hospitalares referem-se a gastos com pessoal (Jelastopulu & Arnold, 1994:26).

Atualmente, os gastos hospitalares seriam o vilão da história dos custos crescentes. Responsáveis por cerca de um terço dos gastos do GKV, estariam na mira das tesouras. Argumenta-se que o setor hospitalar teria sido protegido da política de contenção de custos em decorrência da duplicidade de competências setoriais. Como a regulamentação da atenção hospitalar é competência dos estados da federação, qualquer legislação sobre o setor, para vigorar, deve ser aprovada também pelo Conselho dos Estados – *Bundesrat*. No entanto, os gastos hospitalares cresceram de modo mais lento na última década, acompanhando o ritmo do crescimento dos gastos em geral. Enquanto os gastos hospitalares cresceram 6,7% em média ao ano na década de 70, esse índice foi de 1,4% entre 1980 e 1990 (OECD, 1995:19).

Embora tenha ocorrido esta importante desaceleração da elevação dos gastos na área, a participação dos gastos ambulatoriais no conjunto dos gastos do GKV sofreu pequena redução no mesmo período, o que comprova ter sido menor o controle sobre gastos hospitalares, existindo certa proteção do setor frente às políticas de contenção.

Entre 1991 e 1994, os gastos hospitalares cresceram na Alemanha como um todo em 20,3%. Na Região Oriental, elevaram-se em 52%, passando de 9,8 bilhões para 14,9 bilhões de marcos, em especial pelo aumento de gastos com pessoal (57%) e manutenção (434%). Mesmo assim, os gastos por caso tratado permaneceram mais baixos nos novos estados (5.309 DM) do que na Região Ocidental (6.183 DM) (Reiste, 1996:387).

A participação dos gastos hospitalares no conjunto dos gastos em saúde diminuiu levemente na maioria dos países da OECD entre 1980 e 1993, em particular como resultado

de deslocamento de ações para o setor ambulatorial. Tal participação varia muito entre os países, independente do modelo de organização do sistema de proteção – sistema nacional de saúde universal ou seguro social.

Tabela 41 – Participação dos gastos hospitalares⁵¹ nos gastos totais em saúde. Países selecionados da OECD – 1993

Países	1993
Alemanha	37,6
Áustria	29,9
Bélgica	35,2
Canada	48,2
Dinamarca	58,7
Espanha	45,5
EUA	44,8
França	44,4
Holanda	54,4
Itália	49,0
Japão	29,2
Luxemburgo	27,9
Noruega	67,4
Portugal	32,4
Reino Unido	43,0
Suíça	49,8

Fonte: OECD, 1995 *apud* Jelastopulu e Kaiser, 1996:210.

A proporção dos gastos hospitalares no conjunto dos gastos com saúde na Alemanha, se comparada com outros países, não é alta. Em cotejo realizado por Jelastopulu e Kaiser (1996) entre 20 países da OECD no ano de 1990, esta proporção era mais baixa do que na Alemanha Ocidental em apenas cinco países: Luxemburgo, Áustria, Japão, Bélgica e Portugal. Com proporção de 37%, a Alemanha situava-se, por exemplo, abaixo da Grã Bretanha (43%) e da Itália (49%), países com sistema de saúde organizado de forma hierárquica com porta de entrada na atenção ambulatorial geral (capitação e *gatekeeper*). Em outro estudo, (OECD, 1995:26), entre 22 países da OECD, a Alemanha Ocidental ocupava o 18º lugar no *ranking* da proporção de gastos com internações, organizado de forma decrescente.

A partir destas comparações pode-se dizer que a participação dos gastos hospitalares no conjunto dos gastos em saúde na Alemanha é baixa. Todavia, para confrontação adequada, seria imprescindível conhecer também a composição dos gastos em saúde quanto a outras ações e analisar em maior detalhe os sistemas de atenção.

As diferenças expressivas na participação dos gastos hospitalares nos diversos países reflete principalmente dessemelhanças na divisão do trabalho entre os setores ambulatorial e hospitalar⁵². Na Alemanha, a profunda separação da atenção hospitalar e ambulatorial e a sua conseqüente falta de articulação têm sido reiteradamente apontadas como importante

problema da organização do sistema de atenção enquanto fonte de ineficiências. Esta separação, na Alemanha, decorreu de interesses profissionais e econômicos da corporação médica – a atuação dos médicos de hospital na atenção ambulatorial é extremamente restringida pelas Associações de Médicos das Caixas – e fez com que quase todas as possibilidades terapêuticas estivessem disponíveis igualmente em nível ambulatorial, o que explicaria a baixa participação dos gastos hospitalares.

Mecanismos de regulação

Em comparação ao setor ambulatorial, o hospitalar caracteriza-se, por baixo grau de organização dos níveis intermediários de negociação e fraca coordenação e agregação dos interesses envolvidos.

Os prestadores hospitalares organizam-se parcialmente em associações de caráter privado, as Sociedades de Hospitais, tanto locais como federal. Ao contrário da Câmara Médica e associações de médicos credenciados, estas são associações livres de caráter privado, que não têm poder de diretiva sobre seus associados ou direitos assegurados pela via legal. Estas sociedades, em razão da diversidade de prestadores – públicos, privados, filantrópicos – apresentam baixa capacidade de auto-regulação, de articulação e de imposição de seus interesses (Franke, 1989:58; Alber, 1991).

Assim, a área hospitalar caracteriza-se por baixa organização de interesses em nível intermediário, o que dificulta a tomada de decisões – concertação de interesses – neste patamar, fazendo-se necessária a negociação das Caixas com cada um dos hospitais. Esta baixa organização de interesses dos prestadores hospitalares não significa, porém, posição secundária da atenção hospitalar no sistema de atenção ou na disputa pelos recursos setoriais. A principal implicação disso está na dificuldade de implementação dos consensos produzidos nesse nível, o que restringe as possibilidades de mudanças setoriais.

As decisões setoriais exigem difícil processo de produção de consenso entre União e Estados. O planejamento e regulamentação da atenção hospitalar é competência exclusiva dos estados. Toda a legislação referente à atenção hospitalar – garantia da atenção, planejamento e financiamento – deve ser aprovada obrigatoriamente pelo Conselho de Estados – *Bundesrat*.

Apesar de sua baixa capacidade de imposição de interesses próprios, o setor hospitalar possui força oriunda de outras razões. Uma delas está na importância do hospital para a estrutura de atenção: encontra-se no final da cadeia do processo de atenção e é setor

cuja defesa tem forte apelo moral por evitar a morte de forma imediata e aliviar o sofrimento. Outra, seria a posição de importância do setor hospitalar na política regional, por ser responsabilidade dos estados a garantia da atenção hospitalar e da competência estadual o seu planejamento.

Os principais atores no setor são os governos estaduais, responsáveis pelo planejamento das necessidades hospitalares, e os dirigentes hospitalares encarregados da negociação de preços. Existe também uma associação de diretores de hospitais.

Planejamento hospitalar

No início dos anos 70, o setor hospitalar alemão foi avaliado de forma ampla como necessitado de modernização. A remuneração dos serviços prestados não cobria os custos e os necessários investimentos não eram realizados, apesar dos recursos extras alocados por estados e municípios. Por consenso, a modernização do setor foi julgada como tarefa premente de responsabilidade pública. Com a lei de financiamento hospitalar de 1972, os investimentos hospitalares passaram a ser responsabilidade da União e dos estados, com participação dos municípios ou associações de municípios. O setor foi modernizado, avaliando-se como positivos os resultados da implementação da lei. Esta lei, conforme apresentado na discussão sobre os gastos em saúde, produziu um dos pontos de inflexão na análise do aumento dos gastos com saúde. Foi neste período que ocorreu importante elevação dos gastos com saúde, tendo sido acelerado o aumento da participação dos gastos hospitalares no conjunto dos gastos.

Embora já na primeira metade dos anos 70 uma discussão sobre excesso de capacidade hospitalar tivesse início, somente em 1984 foram incluídas medidas mais restritivas com a lei da "nova ordem hospitalar", visando à desativação de leitos. Esta lei definiu novas regras para o financiamento e planejamento hospitalar.

O planejamento hospitalar é incumbência dos estados. Por meio de lei específica, em nível estadual, são definidos o tipo e o número necessário de hospitais e leitos. Deste modo, os estados orientam a qualidade e a quantidade da oferta. Não existem normas nacionais a serem seguidas para definição de necessidades. Os estados devem garantir também, ao menos até o momento (1996), os meios financeiros necessários para os investimentos hospitalares, definidos nesse plano. A inclusão de um hospital no plano significa o seu credenciamento imediato pelas Caixas⁵³. A administração estadual define quais hospitais que serão beneficiados por recursos públicos.

No entanto, o planejamento hospitalar não tem efeitos de plano imperativo, aos quais todos devam submeter-se. Funciona mais como planejamento indicativo, que se implementa através de estímulos financeiros. Para Franke (1989:45), porém, o planejamento hospitalar adquiriria caráter bem próximo do imperativo ao impedir que os hospitais excluídos do plano sejam credenciados pelas Caixas.

O planejamento hospitalar baseia-se mais na utilização dos leitos existentes do que na definição de necessidade de leitos correspondentes ao estado de saúde da população. Um indicador importante na definição de necessidades é a densidade de leitos por habitante. A necessidade de leitos é calculada com base no total de dias de internação esperados – estimado a partir do número de casos e tempo médio de internação – e a taxa de ocupação de 85%.

Embora a legislação federal apenas dê indicativos das bases de formulação do plano hospitalar estadual, uma série de resoluções judiciais têm limitado os graus de liberdade dos estados no planejamento hospitalar, o qual procede sob amplo controle legal. O primeiro passo na formulação do plano é a definição de quais hospitais preenchem as características de corresponder às necessidades, ter capacidade de produção e ser eficientes.

Segundo a legislação, para que um hospital possa ser incluído no plano, deve responder às necessidades médicas de atenção, ter capacidade de produção das ações necessárias (estar devidamente equipado), ser econômico e eficiente (ter taxa de cuidados – diárias – favorável). No caso de ser avaliado positivamente maior número de hospitais/leitos do que a capacidade de leitos estimada como necessária, uma escolha "segundo o interesse público" é feita pela repartição competente. A lei de financiamento hospitalar de 1984 estipulou a preservação da diversidade de prestadores tanto neste tipo de decisão como no caso de desativação de leitos. Isto pode, por vezes, significar que um hospital com características menos positivas seja indicado para garantir este critério.

A participação no processo de planejamento hospitalar é diferenciada entre os estados. Em geral existem Comissões estaduais para o planejamento hospitalar, das quais participam, além da administração estadual, as Sociedade de Hospitais, as Caixas e representantes dos seguros privados. Embora seja buscada a formação de consenso entre os diversos atores, o processo é considerado não muito transparente, e quem detém a última palavra na definição do plano é a administração estadual.

O planejamento hospitalar estadual tem sido criticado pelas Caixas e pelo governo federal. Seria responsável por oferta desproporcional de leitos, o que – associado ao princípio

do sistema de remuneração hospitalar, vigente até a GSG, que estipulava que as taxas de cuidado deveriam cobrir os custos totais – produziria internações desnecessárias uma vez que incentivaria a ocupação de todos os leitos.

Financiamento hospitalar

O financiamento hospitalar é de responsabilidade dos Estados da Federação e das Caixas. No debate recente sobre as reformas setoriais, a forma de financiamento hospitalar tem sido denominada dual, pois os investimentos são responsabilidade dos governos estaduais e compete às Caixas a manutenção hospitalar através do pagamento das internações. Dado que a oferta induz à demanda, a desvantagem deste modelo seria que não tem responsabilidade sobre os novos gastos induzidos quem financia os investimentos. Os estados financiam novos equipamentos, cuja utilização deve ser paga pelas Caixas. Vigem assim dois mecanismos autônomos, com diferentes perspectivas temporais: o planejamento hospitalar com perspectiva de médio e longo prazo e a negociação de diárias com perspectiva de curto prazo. A proposta em discussão, em parte já legislada pela GSG, é de que também os investimentos hospitalares passem a ser responsabilidade das Caixas. Isto significará nova sobrecarga financeira das Caixas (estimada em cerca de 5 bilhões anuais). Para assumir esta responsabilidade, as Caixas exigem ser liberadas de gastos 'estranhos' à atenção, como, por exemplo, licença-maternidade.

Mudança na legislação neste sentido, ao mesmo tempo em que alivia os orçamentos estaduais dos gastos com investimentos hospitalares, enfraquece a posição dos estados na política setorial, pois, sem os investimentos, os estados não disporão mais de importante mecanismo para direcionar/promover a implementação do plano hospitalar de sua responsabilidade. Esta mudança pode ser entendida também como desresponsabilização governamental quanto à atenção hospitalar.

- *investimentos*

Os investimentos hospitalares eram da competência da União até 1984. Esta deveria responsabilizar-se por um terço dos mesmos, o que não vinha acontecendo desde a metade dos anos 70. Em 1984, (*Krankenhaus-Neuordnungsgesetz*) estes custos passaram a ser responsabilidade exclusiva dos estados. Isto significou sobrecarga financeira para os orçamentos estaduais e, por vezes, a não realização de investimentos necessários (Franke, 1989:52).

Apenas os hospitais incluídos no plano – sejam estes estatais ou não – estão aptos a pleitear e receber investimentos públicos. Aqueles não incluídos, não são contemplados com recursos para investimento e não podem cobrar taxas mais altas de cuidados dos segurados do GKV que as pagas a hospitais similares planejados.

Sistema de pagamento

- *diárias globais*

Até recentemente, os custos de manutenção de um hospital deviam ser cobertos pelos serviços prestados através das taxas de cuidado – diárias – pagas pelas Caixas. Com isto, na negociação anual do valor das diárias de cada hospital, o cálculo das diárias partia da análise dos custos hospitalares totais do ano anterior, da estimativa de alguma taxa de evolução para os mesmos e sua divisão pelo número de dias de internação previstos. Calculava-se diária média única a ser paga para qualquer paciente internado, independente da afecção a ser tratada ou procedimento a ser realizado.

Este sistema de pagamento da atenção hospitalar sofreu intensas críticas. O sistema seria estímulo irrecusável para prolongar a permanência hospitalar, uma vez que cada um dos dias de internação é remunerado da mesma forma e os montantes não são nada desprezíveis: mais de 500 marcos, em média, por dia.

Se, por um lado, o sistema de pagamento de diárias globais é de fácil administração e não representa estímulo à ampliação de unidades de serviço, por outro, estimula o aumento da permanência, pois abre a possibilidade para os hospitais de compensarem os altos custos dos primeiros dias de internação com número correspondente de dias de custos mais baixos ao final do tratamento (Alber, 1991:120).

Até a GSG, a remuneração das internações hospitalares era feita mediante taxas diárias globais de cuidado, que incluíam todos os gastos com pessoal, tratamento, manutenção e administração hospitalar. A partir de 1984, estes custos passaram a ser calculados com antecedência, com o objetivo de que os gastos não previstos fossem assumidos pelos próprios hospitais. Apenas os custos claramente relacionados com a atenção poderiam ser incluídos nos cálculos das taxas de internação. Desse modo, os prestadores também passaram a ser, responsáveis por parte do financiamento (Franke, 1989:55).

O volume e preço de serviços prestados – *Pflegesätze* – é decidido por meio de negociação entre prestadores de serviços hospitalares e Caixas. Até 1984, o valor das taxas de cuidado era definido pelas Secretarias estaduais de Saúde. A partir de então, a hierarquia

foi substituída pela negociação. As taxas de cuidados cobriam completamente os custos e eram reajustadas sempre que necessário, o que quase significava ter orçamento sem limite; inclusive, a palavra limite não era utilizada. Orçamentos passaram a ser definidos apenas a partir das políticas de contenção⁵⁴.

O preço dos serviços prestados – as taxas diárias globais de cuidados – é negociado em nível local entre hospitais e Caixas. Os orçamentos de cada hospital são negociados anualmente entre as Caixas – através de suas associações e cada um dos hospitais, independente de sua propriedade ser estatal ou privada. Note-se não ser esta tarefa fácil, pois as receitas hospitalares provêm das inúmeras Caixas do seguro social e dos seguros privados

Em geral, comissões de negociação são formadas pelos hospitais e Caixas em nível local, que negociam os preços para cada um dos hospitais em reuniões conjuntas. Pelo lado das Caixas, é comum a AOK – a Caixa Local – tomar a frente das negociações (Alber, 1991:117). A sociedade estadual de hospitais e a associação estadual de seguros privados também podem tomar parte nas negociações. O objeto de negociação é o orçamento de cada hospital, elaborado com base no número de dias de internação do ano anterior.

Desde a Lei da Reforma da Saúde de 1988 – GRG –, os preços acordados devem passar pela concordância tanto da secretaria estadual de saúde quanto das associações estaduais de Caixas e dos seguros privados, o que teria alterado a correlação de forças em favor das Caixas (Alber, 1991:118).

Para a negociação de orçamentos e diárias 'justas', adequadas às ações médicas, devem ser realizadas comparações entre hospitais com estrutura de atenção equivalente. A organização de cotejo entre hospitais é encargo, em âmbito nacional, da Sociedade Alemã de Hospitais e das Caixas. As Caixas deverão realizar a confrontação e elaborar um catálogo comparativo de hospitais.

Para dar suporte à negociação dos orçamentos e das taxas de cuidados, o governo estadual tem como responsabilidade a criação de comissão estadual – e/ou regionais –, composta paritariamente por representantes dos hospitais e Caixas: entre os seis representantes das Caixas, inclui-se um representante dos seguros privados.

O sistema de pagamento e o processo de negociação de preços é definido por lei federal: portaria federal sobre as taxas de cuidados – *Bundespflegesatzverordnung*.

- *pagamentos por casos globais e procedimentos*

A partir de 1993, com a Lei da Estrutura de Saúde – GSG –, foi abolido o princípio da cobertura dos custos hospitalares através das taxas de internação, implementando-se remuneração relacionada à parte dos procedimentos realizados – sistema de pagamento prospectivo diagnóstico relacionado – e definindo-se a transferência gradual da responsabilidade dos investimentos hospitalares dos governos estaduais para as Caixas.

Substituiu-se o princípio pelo qual o orçamento e as taxas diárias de cuidados deveriam cobrir os custos totais de cada um dos hospitais. As remunerações deveriam passar a estar mais diretamente relacionadas às ações médicas – *medizinische Leistungsgerecht* – realizadas (Tuschen & Walzik, 1994:645).

Com a Lei da Estrutura de Saúde – GSG –, diversificaram-se o sistema de pagamento hospitalar e as formas de remuneração. Adotou-se um sistema de pagamento misto – pagamentos por procedimentos e diárias diferenciadas por tipo de clínica/enfermaria. Uma parte das internações hospitalares passou a ser remunerada mediante taxa global por caso relacionada ao diagnóstico ou por meio de taxa especial relacionada ao procedimento (pagamentos especiais), vinculada ao pagamento adicional de diária básica, correspondente a 80% da taxa diária de cuidado da clínica correspondente.

Em primeira etapa, foram estabelecidos 40 pagamentos globais por caso – *Fallpauschalen* –, relativos a 26 enfermidades e 104 remunerações especiais – *Sonderentgelte*, e introduzidas diárias diferenciadas por enfermaria e diárias básicas. Os pagamentos globais por casos remuneram, como a denominação indica, o conjunto de ações de um caso de internação hospitalar. Similar ao pagamento por procedimentos empregado no Brasil, tem por base os *DRG-Diagnostic Related Groups* americanos. As remunerações especiais referem-se apenas aos custos de determinados complexos de ações, em especial cirurgias, aos quais é vinculado o pagamento de 80% da diária por enfermaria.

Para internações não incluídas nos casos globais e remunerações especiais são negociadas diárias diferenciadas por enfermaria/clínica e uma diária básica para todo o hospital. A diária básica cobre os custos não diretamente médicos – inclusive hotelaria –, e a diária especializada cobre o custo da atenção médica e de enfermagem.

Com a GSG foi também introduzida a possibilidade de tratamento pré e pós-internação e regime de internação parcial, assim como a realização de cirurgias ambulatoriais.

Como mecanismo para evitar altas precoces e/ou reintegrações desnecessárias como consequência do sistema de pagamento por procedimentos, caso um paciente seja reinternado

em decorrência de complicação, não há nova remuneração até o limite da permanência normatizada para o procedimento (Vollmer, 1994).

Estima-se que os 40 diagnósticos listados para pagamentos por casos globais correspondam a cerca de 20% das internações (Werner & Seidel, 1996:63). Com a complementação prevista de mais 22 *Fallpauschalen*, esta participação aumentará em apenas mais 2 ou 3%. De fato, cerca de três quartos do total das internações continuam a ser remunerado por diárias – *Restbudget*.

Os tempos médios de permanência normatizados para os pagamentos relacionados a diagnóstico cobrem os tempos de permanência observados em estudo realizado para 1994 na cidade de Hamburg. De fato, caso fossem utilizados, haveria pequeno aumento do total de dias de internação (Werner & Seidel, 1996:64). Em relação ao faturamento, porém, a introdução de pagamentos diagnóstico-relacionados significará perda para os hospitais com diárias mais altas. À medida em que os valores das *Fallpauschalen* forem calculados com base nas médias do conjunto dos hospitais, a contabilização de gastos de internação em taxas globais por caso significará pequena vantagem para os hospitais de atenção geral básica e perdas para os hospitais de nível terciário – assistência máxima – cujas diárias são mais altas. Estes seriam obrigados a reduzir custos.

A ampliação do catálogo de diagnósticos para pagamento por casos globais é tida como problemática. O atual catálogo incluiria apenas diagnósticos cujo tratamento não é muito diversificado e que apresentam baixa mortalidade hospitalar. (Werner & Seidel, 1996:

A implementação da nova modalidade de pagamento denotará maior esforço administrativo tanto dos hospitais quanto das Caixas: utilização de documentação adicional, novos mecanismos de controle etc. Até então eram negociadas diárias globais para cada hospital, independente do diagnóstico ou clínica responsável pela internação. Isto abrangia um número de valores de diárias aproximado ao igual número de hospitais. Com o novo sistema, a diversidade de itens contabilizáveis multiplica-se por dez (Werner & Seidel, 1996).

Além desta crítica, a constituição de sistema misto, em que a maior parte das internações continua a ser paga através de diárias uniformes – ainda que diversificadas por clínica –, produz dificuldades para a separação entre as ações a serem pagas por um e outro sistema e podem possibilitar deslocamento não desejado de custos de uma para outra modalidade (duplo pagamento, por exemplo).

Com o decreto federal para as taxas de cuidados hospitalares de 1995 – *Bundespflegesatzverordnung* – as alterações do sistema de pagamento introduzidas pela GSG

foram regulamentadas. O novo sistema deveria entrar em vigor, para todos os hospitais, no início de 1996. Porém, a implementação foi transferida para 1998 após avaliação da experiência feita até então em alguns hospitais.

A lista de procedimentos e remunerações especiais, assim como sua valoração em números de pontos – similar à atenção ambulatorial – é definida em nível federal. O valor de cada um dos pontos é negociado em nível estadual. Os preços pagos são, portanto, diferenciados conforme o Estado em que ocorre a prestação.

A lei GSG previu estímulo para que os hospitais aderissem ao novo sistema de pagamento antes de 1996, liberando-os das restrições aprovadas na negociação de seus orçamentos, ou seja, o pagamento dos serviços prestados continuou a cobrir custos dos hospitais.

O novo sistema de pagamento não significou a substituição imediata das diárias globais. Até o momento (1997), estima-se que entre 20% e 25% (16-20 bilhões de marcos) das internações hospitalares sejam remuneradas conforme ao novo sistema de pagamento. Atualmente (1997) existem 73 procedimentos globais – *Fallpauschalen* – e 147 remunerações especiais (Presseamt, 1997:39).

Não há consenso a respeito do destino do sistema de pagamento hospitalar. A ampliação ou não do catálogo de procedimentos constitui objeto de conflito. As Caixas, com exceção da AOK, exigem imediata ampliação do catálogo de diagnósticos e procedimentos. A coalizão governamental propõe que esta seja elaborada por Caixas e Hospitais sem a participação governamental. Os hospitais manifestam-se de modo contrário. A AOK estima que a ampliação do catálogo de procedimento pode levar ao aumento de gastos e sugere que esta modalidade de pagamento seja restrita a certa percentagem do conjunto das remunerações hospitalares. O SPD, na sua proposta para a terceira etapa da reforma da saúde – recusada no Parlamento – havia sugerido a substituição do pagamento global por caso/procedimento pela sistemática de remuneração definida em nível nacional, com taxas de cuidado diferenciadas por tipo de clínica/enfermaria.

Em março de 1996, a Comissão de Intermediação entre o parlamento e o Conselho dos Estados aprovou a "lei para estabilização dos gastos hospitalares", que definiu por mais um ano – 1996 – um teto máximo para os gastos hospitalares⁵⁵. O conjunto dos gastos hospitalares do GKV em 1996 tem por base os gastos do ano anterior, acrescidos de aumento correspondente aos aumentos salariais do serviço público (CDU/CSU und FDP, 1995-a). Ao contrário das delimitações orçamentárias anteriores (1993-1995), não é definida taxa de

aumento de gastos para cada um dos hospitais. Foi determinado um teto que não deveria ser ultrapassado, com reduções para mais e para menos do valor das diárias conforme a variação dos gastos em relação ao teto. Nas definições anteriores, muitas exceções foram incluídas, o que produziu elevação dos gastos no setor maior do que a evolução da receita do GKV. Em 1996, uma exceção foi prevista apenas no caso de serviços adicionais prestados decorrentes de investimentos aprovados no plano hospitalar e que não podem ser compensados por desativação paralela da capacidade instalada.

Para 1997, a proposta do CDU/CSU e FDP visaria subordinar definitivamente os gastos hospitalares ao objetivo de estabilização das taxas de contribuição. Conforme esta proposta, a delimitação de teto orçamentário máximo por hospital seria substituída por remuneração global em nível estadual: a definição de teto máximo estadual de gastos hospitalares do GKV. Até então, a restrição do orçamento de cada um dos hospitais, mais do que limitação de gastos, teria funcionado como garantia de cobertura de custos de cada um dos hospitais, cristalizando a atual estrutura da atenção. Impediria a evolução da atenção em cada um dos hospitais e mutilaria as necessárias mudanças estruturais do setor (Tuschen, 1996:96). Através deste novo mecanismo, e delimitadas por ele, pretende-se estimular inovações setoriais pela competição entre os hospitais em cada Estado.

Na proposta, o orçamento global da atenção hospitalar deverá ser negociado entre a Associação Estadual das Caixas e a Sociedade Estadual de Hospitais. Caso o teto definido seja ultrapassado após a negociação das Caixas com cada um dos hospitais, um mecanismo de corte em duas etapas é previsto. Na primeira etapa, denominada prospectiva, as remunerações de todos os hospitais são reduzidas em igual percentagem. O desconto terá por base o total dos pagamentos, não sendo alterados os valores de cada um dos serviços. Esta taxa de redução será informada pelas Caixas quando da negociação das taxas de cuidados com cada hospital. Apenas a remuneração por procedimentos globais e especiais não serão computadas, neste cálculo. Se no transcorrer do ano o teto for novamente ultrapassado, apenas os hospitais responsáveis pelo aumento de gastos sofrerão nova redução proporcional de suas remunerações (BT Drucksache13/3062).

A proposta de definição de orçamento hospitalar global em nível estadual não tem a concordância das Sociedades de Hospitais. Ponderam que o sistema de sanções previsto culpabilizaria o conjunto dos hospitais e levaria a uma série de equívocos. O nível de cortes não poderia ser previsto, o que incentivaria os hospitais, por temor aos cortes, a negociar taxas de cuidados mais altas. Os cortes lineares, efetuados em nível estadual, atingiriam da mesma maneira tanto hospitais com preços exorbitantes como aqueles que prestam mais

serviços, isto é, sejam os aumentos justos ou injustos. As Caixas, por sua vez, apóiam a proposta por considerá-la eficaz tanto para o controle dos gastos como por permitir mudanças no setor.

Percepção de problemas / perspectivas para os hospitais

Na discussão interna sobre quais os setores da atenção que seriam responsáveis pelos déficits financeiros, o setor hospitalar tornou-se o vilão, uma vez que a participação da atenção hospitalar no conjunto dos gastos é a maior e tem aumentado nos últimos anos. A corporação médica, em especial, insiste nesta versão. Os médicos não têm interesse em discutir os gastos com assistência farmacêutica – também expressivos –, pois estes são de sua responsabilidade, uma vez que só são garantidos os medicamentos prescritos.

O tempo médio de permanência hospitalar, avaliado como muito longo em comparação internacional é um dos argumentos sobre a necessidade das reformas e da existência de ineficiências no sistema de atenção. O exemplo recorrente é o dos EUA, onde o tempo médio de permanência tem continuamente diminuído desde a metade dos anos 80, com a introdução do sistema de pagamentos prospectivos por caso tratado.

Um dos condicionantes da duração do tempo médio de permanência seria a forma de pagamento hospitalar, com base em diárias uniformes por hospital e calculadas de modo a cobrir custos. Embora os tempos médios de permanência em comparação internacional sejam realmente mais altos do que na maioria dos países e possam ser considerados como campo efetivo de intervenção para maior eficiência, sua redução não terá o impacto por muitos esperado.

Schwartz & Busse (1994) chamam a atenção de que tempos médios de permanência – TMP – não necessariamente implicam economias na atenção. Para estes autores, a estimativa de que o tempo mais longo de permanência representa ineficiência do sistema, contribuindo de maneira importante para os gastos e que sua diminuição seria positiva para a atenção, funda-se em conhecidas ‘afirmações enganosas’:

- O encurtamento em um dia do TMP leva à economia de gastos correspondente à diária média.
- A duração da permanência hospitalar pode ser reduzida, sem que aumentem os gastos do setor ambulatorial.
- O TMP pode ser reduzido, sem que produza intensificação dos cuidados e perda da qualidade para os pacientes e familiares.

Estudos recentes realizados nos EUA mostram que os custos médios por dia de internação têm aumentado paralelamente ao encurtamento dos TMP e/ou sido repassados para o setor ambulatorial. A alta apressada gera a necessidade de prestação de número maior de cuidados ambulatoriais pós-internação⁵⁶.

A alta hospitalar precoce acarreta, em geral, a sobrecarga dos familiares ou amigos que necessitam revezar-se nos cuidados domiciliares ao paciente⁵⁷, o que nunca é levado em conta na análise de custos. De fato, o encurtamento drástico dos TMP é forma de repasse de despesas para os pacientes no que tange aos cuidados domiciliares e aos medicamentos.

Por sua vez, o deslocamento de gastos para o setor ambulatorial é bem claro no caso das cirurgias ambulatoriais. Recentemente, inúmeras técnicas menos invasivas têm propiciado a realização de diversos procedimentos nos consultório médicos, que anteriormente eram prestados apenas em nível hospitalar, o que produz evidente deslocamento de gastos e, ao mesmo tempo, estimula a realização de volume maior destes serviços pelas facilidades que apresentam⁵⁸. Para os pacientes, a inegável menor invasividade das técnicas cirúrgicas não significa que possam voltar de imediato a suas atividades ou que não apresentem algum grau de dependência, carecendo de cuidados.

A redução dos TMP não leva à diminuição correspondente do conjunto dos gastos hospitalares, uma vez que os cuidados são intensificados nos dias restantes. Em geral, o mesmo conjunto de exames e procedimentos passa a ser realizado em período menor de dias. Na verdade, a principal economia que pode existir diz respeito aos custos referentes aos serviços de hotelaria correspondentes aos dias de internação cortados, e estes não representam parcela importante dos gastos.

Além disso, a redução dos TMP não tem produzido redução correspondente do conjunto dos gastos hospitalares não apenas pela intensificação dos cuidados nos dias de internação, mas porque tem sido acompanhada por aumento importante no número de internações; desse modo, o número total de dias internações não se reduz na mesma intensidade.

Dados estes deslocamentos, Schwartz & Busse (1994) alertam ainda para o possível impacto negativo sobre a qualidade da atenção, em decorrência da implementação de fortes estímulos ao encurtamento dos tempos de permanência em um sistema no qual os gastos ambulatoriais são estritamente orçados, como foi o caso da Alemanha durante muitos anos.

Perspectivas

Considera-se que os hospitais deveriam passar a ter futuramente atuação mais empresarial, em razão de um suposto aumento da concorrência entre os mesmos. Maior consciência dos custos, maior flexibilidade e agilidade em responder às novas demandas, em suma, maior autonomia administrativa são preconizadas como pressuposto para reação mais rápida aos novos desafios do financiamento e da prestação de serviços (Badura & Feuerstein, 1994; Knieps, 1995; Sieben, 1995)⁵⁹. Como possíveis estratégias de sobrevivência são recomendadas a especialização, a diversificação e a não hospitalização (Bodura & Feuerstein, 1994).

Maior especialização no sentido de oferecer atenção integral é tendência que já pode ser observada. Esta opção seria interessante em particular para doenças crônicas, como AIDS ou doenças cardíacas. Maior especialização dos hospitais, acoplada à articulação do tratamento ambulatorial, levaria à concentração de forças, à condução coordenada do tratamento de cada paciente. Assim, esta estratégia, além de garantir o espaço do hospital no mercado da saúde, promoveria melhor qualidade da atenção. Para tal é preciso uma forma de organização da atenção inovadora, mais voltada para o paciente, com a coordenação de suas trajetórias de atenção, a articulação de todos os envolvidos – os diversos serviços e profissionais, o próprio paciente e seus familiares (*Patient orientiert e Patientmanagement*). A hospitalização deveria passar a ser entendida como etapa da atenção e a internação hospitalar como espaço também de orientação e aconselhamento de pacientes crônicos, em um *continuum* de atenção integral (Bodura & Feuerstein, 1994:291).

Outra estratégia seria a ampliação do espectro de ações: realização de ações pré e pós-internações – *vor und nach-stationär* -; cirurgias ambulatoriais; atenção hospitalar em tempo parcial – *teilstationär* –, como hospital-dia. A ampliação das ações ofertadas consistiria em iniciativa adequada especialmente em regiões onde inexistente oferta ambulatorial suficiente em algum tipo de especialidade médica. Outra possibilidade de diversificação seria a prestação de aconselhamento de saúde, campo atualmente em expansão. Aconselhamento adequado comprovadamente encurta tempos de permanência e evita reinternações, além de melhorar a imagem pública do hospital.

Para pequenos hospitais, a outra opção seria a não hospitalização. A transformação dos hospitais em policlínicas, com redução de seus leitos, passando a ter como principais atividades o tratamento hospitalar parcial, o hospital-dia, e a prestação paralela de atenção

ambulatorial. Esta seria alternativa adequada ao tratamento de pacientes por longo prazo, pois nem o hospital nem os consultórios isolados são a melhor opção para tal.

Estas não seriam apenas estratégias para os hospitais garantirem a sua sobrevivência, estando também relacionadas a problemas da atenção hospitalar. Os hospitais de agudos são os serviços de saúde mais atingidos pelo tecnicismo, e a desumanização da atenção é risco cada vez maior. A organização/conformação dos hospitais é pouco orientada para os pacientes. Estas novas possibilidades poderiam contribuir para a garantia de atenção integral.

Notas

¹ Os clínicos gerais são denominados de *Hausarzt*, cuja tradução literal seria ‘médico do lar’. Utilizarei a denominação médico **da** família ou clínico geral para referir-me a esta categoria. Médico **de** família não seria adequado, pois este termo é habitualmente relacionado a uma determinada forma de exercício da prática médica, cujas funções não são idênticas às do *Hausarzt*, especialmente no que se refere à obrigatoriedade de sua utilização primária.

² A ampliação da capacidade técnica por consultório pode ser bem observada na evolução do valor das instalações dos consultórios médicos, o qual, desde o início dos anos 70, tem aumentado de modo constante. Atualmente, os custos de instalação de consultório são altos: em média, 300 mil marcos, sendo 250 mil para clínicos gerais e 450 mil para ortopedistas (Gerlinger, 1994:55s).

³ Os médicos de consultórios seriam responsáveis pelo desencadeamento de cerca da metade dos gastos com internações hospitalares, as quais podem também ser determinadas pelos serviços de emergência.

⁴ O termo ‘demanda induzida pelo prestador’ foi cunhado por Evans (1974 *apud* Almeida, 1995:60). A “*idéia central é que os médicos ajustam a demanda de serviços às suas necessidades de rendimento, pressupondo inclusive a indução de utilização de mais serviços adicionais(...), numa perspectiva de aumentar o retorno financeiro*” (Almeida, 1995:60).

⁵ A implementação destas mudanças teria dupla função. Por um lado, controlar os gastos setoriais ao restringir a oferta e, por outro, garantir estrategicamente o apoio dos médicos já credenciados à nova lei. As restrições para novos credenciamentos possibilitariam proteção à renda dos médicos já credenciados. Menor disputa na divisão de mesmo bolo.

⁶ O setor ambulatorial é tradicionalmente forte na Alemanha. Com a tecnicidade da atividade médica maior proporção de médicos passou a atuar no setor hospitalar.

⁷ Esta justaposição de dados referentes ao Brasil fica como curiosidade, uma forma de dar ao leitor um parâmetro mais próximo. A relação de médicos registrados por 1.000 habitantes na Alemanha (4,09) é similar àquela do Rio de Janeiro (4,35).

⁸ Esta é a regra geral. Alguns médicos de consultório também tratam seus pacientes durante as internações, ao passo que médicos de hospital, por vezes, exercem atividades como especialistas autorizados, assim como os médicos-chefe das enfermarias não são estritamente assalariados; tanto podem contabilizar no hospital de modo privado como exercer atividades em consultório próprio.

⁹ Também porque médicos especialistas são vinculados aos hospitais.

¹⁰ As importantes reduções nos preços de métodos diagnósticos por imagem, como ultra-sonografia e tomografia computadorizada, exemplificam bem esta situação

¹¹ Utilizarei a denominação casos contabilizados e não consultas médicas, porque um caso inclui outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos e pode representar mais de uma visita ao médico.

¹² A seguinte análise, realizada por Klose (1993), refere-se apenas às Caixas chamadas primárias – denominação utilizada para referência às Caixas criadas por Bismarck através da *RVO-Reichsversicherungsordnung* -, ou seja, não inclui as Caixas Substitutas.

¹³ Em 1996 faziam parte da OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development* – vinte e seis países. A organização abrange, além dos países da Europa ocidental e nórdicos, EUA, Canadá, Japão, Austrália, Nova Zelândia e, recentemente (1994), o México e a República Tcheca (dezembro de 1995).

¹⁴ Apenas no México e na Turquia, a média de contatos é menor do que três. Portugal, Finlândia, Dinamarca, Espanha e Suécia mantêm média igual ou maior do que três desde 1994.

¹⁵ Diferenças na concentração estão condicionadas pela organização do sistema de atenção. Na Suécia, grande parte da atenção ambulatorial geral é prestada através de centros de saúde, e as enfermeiras têm maior competência, realizando consultas de enfermagem de maior resolatividade. Em 1992, enquanto os médicos de centros de saúde atenderam cerca de 10 milhões de consultas, as enfermeiras atuaram em 21 milhões.

¹⁶ Em razão da disponibilidade de dados, esta observação concerne à primeira metade dos anos 90.

¹⁷ Analisam as contas de empresas em relação ao pagamento de impostos.

¹⁸ Entre 1963 e 1991, enquanto os rendimentos do trabalho assalariado aumentaram 46.000 marcos, a renda dos médicos aumentou em 150 mil! O ponto de partida para os trabalhadores assalariados é extremamente baixo em comparação com os médicos.

¹⁹ Em sistema de remuneração por capitação, genericamente, os médicos recebem orçamento básico por período para responsabilizar-se pelo atendimento de determinado número de segurados. O orçamento tem por base um valor *per capita* pago independentemente da atenção prestada.

²⁰ Existe toda uma ciência para contabilização das ações prestadas a mesmo paciente, pois o sistema tem aspectos críticos embutidos, impedindo a contabilização de ações consideradas como não podendo ser prestadas em mesmo caso. As revistas médicas sempre trazem esclarecimentos sobre em que casos determinadas ações podem ser contabilizadas, quais ações são incompatíveis em mesmo caso etc.

²¹ A EBM foi criada em 1977. Anteriormente havia uma tabela de ações e preços para cada tipo de Caixa em separado. Nos dias de hoje, a EBM é composta pela *BMA-Bewertungsstab Ärzte* para o conjunto das Caixas, com exceção das Caixas Substitutas, para as quais é válida a *E-GO-Ersatzkassengebührordnung*.

- ²² Este tipo de concorrência entre as Caixas produziu inflação nos preços e não a sua redução, como preconizam os defensores de maiores estímulos à competição.
- ²³ Para Alber (1992:100), a constituição destas comissões conjuntas de controle na reforma de 1977, teria levado à perda de legitimidade das KVen frente a seus associados. Este estranhamento pode ser observado empiricamente pelo número crescente de sociedades médicas em oposição as KVen.
- ²⁴ Os contatos médico-paciente na Alemanha são curtos e freqüentes.
- ²⁵ Suas *Praxis* estariam indo à falência, gritaram os radiologistas, mas, como afirma Gerlinger (1996), a redução de 6 ou 7% em renda líquida anual de 300.000 marcos não coloca ninguém na miséria! Uma medida de emergência foi tomada, tendo sido definidos orçamentos-teto parciais para a contabilização dos complexos de ações (Metzinger & Woggon, 1997:13).
- ²⁶ Embora a denominação do novo esquema de remuneração seja *Praxisbudget*, o que significa orçamento por consultório, no caso de consultórios com mais de um médico, o teto de pontos é calculado para cada um dos médicos. Além disso são previstos adicionais de até 35% conforme o número de participante, como forma de estimular a criação de consultórios coletivos, pois os custos fixos diminuem consideravelmente.
- ²⁷ O novo esquema foi decidido pela *Bewertungsausschuss* em novembro de 1996 (*Bundesärztekammer & KBV*, 1996: B-2618), e incluído na 2. *Neueordnungsgesetz* de junho de 1997.
- ²⁸ O ano de 1995, como base para o número de casos por médico contabilizados por especialidade, apresenta índice mais alto do que os dois anos anteriores e também mais alto do que para a década de 80. Isto significa que as bases de cálculo foram das mais favoráveis possíveis.
- ²⁹ O cálculo dos orçamentos por consultório é bastante complexo e inclui uma série de outras particularidades que não serão aqui tratadas. Em geral baseia-se em dados de 1994 e 1995.
- ³⁰ Especialidades cuja prestação de serviços depende quase exclusivamente de encaminhamentos – radiologistas, medicina nuclear e médicos laboratoristas – foram excluídas da orçamentação. Cirurgiões de face e buco-maxilar foram excluídos por constituírem grupo pequeno e não ser possível cálculos adequados. Médicos de consultório, que tratam seus pacientes também durante a internação hospitalar – *Belegärzte* –, pela sua atividade ambulatorial e hospitalar também foram excluídos do esquema (Balast, 1996:443).
- ³¹ Além disso, o orçamento anteriormente existente para exames laboratoriais (análise de provas corporais) foi mantido.
- ³² Aqui contam ainda taxas de deslocamento pagas ao médico no caso de visitas domiciliares. Com a exclusão do orçamento das ações prestadas em sistema de restituição de despesas, corre-se o risco de que os médicos passem a estimular seus pacientes a optar por esta cláusula em seus contratos com as Caixas, argumentando que só assim poderão prestar todas ações medicamente necessárias a cada caso, com o intuito de ampliar seus rendimentos. São ainda excluídas do orçamento as ações prestadas por serviços ambulatoriais de emergência organizados pelas KVen.
- ³³ Na verdade, três categorias de caso foram definidas: até 50% da média regional de casos por médico no ano de 1995 para aquela especialidade (adicional de 10% no número de pontos por caso); entre 50% até 150% da média de casos por médico em 1995 (desconto de 10% no número de pontos por caso); e a mais do que 150% (desconto de 20% no número de pontos por caso). Se o número de pontos por caso fosse 100, os primeiros casos seriam contabilizados como 110 pontos cada um, os segundos como 90 pontos e os terceiros como valendo como 80 pontos cada um.
- ³⁴ *Weniger ist mehr*, sob o pressuposto que cada um dos médicos se mantenha dentro dos limites correspondentes.
- ³⁵ 5% foi a taxa de crescimento do número de casos no ano anterior.
- ³⁶ Para internistas, um caso vale 834 pontos para paciente aposentado e 485 pontos para segurado não aposentado. Para clínico geral 1077 pontos e 481, respectivamente. Os internistas consideram-se melhor equipados e qualificados e reclamam revisão.
- ³⁷ Apenas cerca de um quarto do aumento no número de ações pode ser explicado pela ampliação da cesta, especialmente alguns exames para diagnóstico precoce introduzidos pela GRG (Schwartz & Busse, 1996:102).
- ³⁸ Esta situação se modifica a partir da GSG, ao se introduzir o sistema de compensação financeira da estrutura de riscos. Tal medida teve exatamente este objetivo: a partir da ampliação da liberdade de escolha das Caixas pelos segurados, evitar a competição ‘selvagem’, ou seja, equilibrar as condições de competição entre as Caixas.
- ³⁹ *Andersdenkenden*: pessoas com opiniões divergentes ao nacional-socialismo.
- ⁴⁰ A descrição e análise realizada a seguir considerará apenas as instituições classificadas como hospitais. Os serviços de internação para prevenção e reabilitação têm apresentado evolução diferente daquela dos hospitais. Encontram-se em expansão, tendo crescido o número de instituições, leitos e internações ainda durante os anos 90. O número de leitos destes serviços aumentou 20% entre 1991 e 1994.
- ⁴¹ Esta redução de leitos públicos pode ser explicada pela maior desativação de leitos ocorrida nesse período na Região Oriental, onde os leitos eram todos públicos.
- ⁴² Isto é, não se poderia falar em maior ineficiência dos hospitais públicos, como sói acontecer por aqui.
- ⁴³ De 1990 a 1993 foram fechados 93 hospitais e 60 mil leitos desativados (Jelastopulu & Kaiser, 1996:210).

⁴⁴ Novo sistema de informações hospitalares foi implantado a partir de 1990. A classificação por tipos de hospitais foi modificada, não sendo possível comparar com os anos anteriores, motivo pelo qual os dados são apresentados separadamente.

⁴⁵ Não se emprega a denominação fora de possibilidades terapêuticas, pois os pacientes/pessoas que precisam de cuidados não são necessariamente terminais ou sem possibilidades terapêuticas. Em geral são pessoas idosas que necessitam cuidados de enfermagem, mas não precisariam de internação para tratamento.

⁴⁶ Na Itália, em 1995, as regiões foram obrigadas por lei a desativar ou reestruturar hospitais com menos de 120 leitos (em asilos, em clínicas de reabilitação etc.). Na Bélgica, em 1986, foi disposto que um hospital deveria ter, no mínimo, 150 leitos e, até 1992, mais de 30% dos hospitais tinham sido desativados ou transformados em asilos (Jelastopulu & Kaiser, 1996:211).

⁴⁷ Como é o caso de listas de espera para cirurgias especializadas na Grã Bretanha e para cirurgias eletivas na Dinamarca e Suécia (Jelastopulu & Kaiser, 1996:210).

⁴⁸ Com exceção da Espanha, onde o TMP aumentou no início dos anos 90, em todos os outros países estas médias diminuíram.

⁴⁹ A existência de outros serviços que substituem internações, como o hospital-dia, também contribuem para a redução dos TMPs.

⁵⁰ Maior taxa de ocupação, o que indicaria boa produtividade hospitalar, pode pelo menos em parte estar relacionada a estímulos inadequados do sistema de pagamento por diárias globais, que induz a permanência do paciente por mais longo tempo no hospital, uma vez que nos últimos dias os gastos são em geral menores.

⁵¹ Interessa chamar a atenção para o fato de que esta participação é calculada mediante a inclusão de todos os tipos de gastos em saúde, mesmo os de medicamentos, atenção odontológica, tratamento com outros profissionais não médicos. Não se trata apenas de relação entre gastos ambulatoriais e hospitalares, como freqüentemente apresentado nas estatísticas brasileiras.

⁵² Participações mais altas estão provavelmente relacionadas ao atendimento especializado efetuado em nível hospitalar, o que possibilita uso mais racional de recursos e pode contribuir para a redução dos gastos em saúde, pois coíbe a duplicação/expansão da oferta de equipamentos de grande porte no setor ambulatorial.

⁵³ Para os hospitais não incluídos no plano estadual é necessário o estabelecimento de contrato especial com as Caixas. O número de hospitais com essa forma de contrato é pequeno.

⁵⁴ A definição de tetos orçamentários parece incompreensível para nós brasileiros, acostumados à definição de orçamentos para a saúde que nunca se cumprem, ficando os gastos sempre aquém do orçado. Anteriormente, na Alemanha, as receitas eram guiadas pelas despesas e não ao contrário. Não eram definidos orçamentos. As Caixas pagavam os serviços consumidos por seus segurados aos prestadores e, caso estas despesas ultrapassassem as receitas disponíveis, as taxas de contribuição eram majoradas, cobrindo os déficits. Oito dos doze países membros estabeleceram tetos orçamentários: Bélgica, Alemanha, Irlanda, Itália, Espanha, Portugal, Reino Unido e Dinamarca. O controle mais difundido é sobre os orçamentos hospitalares e foi o que teve maior impacto: os tempos de permanência diminuíram, estoques foram racionalizados, alternativas aos cuidados hospitalares foram iniciadas (Abel-Smith, 1996:26).

⁵⁵ Atualmente, na Europa, o modelo de controle de gastos em saúde mais comum é a definição de tetos orçamentários sejam estes globais ou por setores de atenção. A prática de controle dos orçamentos hospitalares é difundida na União Européia: onze dentre os doze países, com exceção da Grécia, controlam os orçamentos hospitalares (Abel Smith, 1996:26).

⁵⁶ Para cada dia de internação reduzido são produzidos 0,7 contatos médicos ambulatoriais a mais (Schneider et al., 1993 *apud* Schwartz & Busse, 1994).

⁵⁷ O que na Alemanha não é insignificante nem simples de ser resolvido, pois as famílias são pequenas, muitas pessoas moram sozinhas e raramente contratam empregados domésticos, mesmo que em tempo parcial. Para nós brasileiros, a redução dos tempos médios de permanência neste sentido poderia não ser tão desvantajosa e trazer outra possível vantagem: diminuição do risco de infecções hospitalares. Por outro lado, o risco de ocorrerem complicações fora do hospital também não pode ser desprezado.

⁵⁸ Não se trata apenas de demanda reprimida ou não atendida. O estímulo à realização de maior número de ações desnecessárias não pode ser desprezado. Veja a discussão sobre fatores determinantes da evolução dos gastos em saúde.

⁵⁹ Como possibilidade para a obtenção de maior autonomia, é mencionada a alternativa de transformação dos hospitais em sociedades limitadas (SVR, 1992).

V. GASTOS EM SAÚDE

A análise dos gastos em saúde é imprescindível para a avaliação das reformas setoriais em razão da dominância do problema dos gastos no debate. Os argumentos sobre a necessidade de reforma do seguro social de doença alemão fundam-se em aspectos financeiros. Desde os anos 70, quando foi difundida a tese da ‘explosão de custos’ em saúde, diversas medidas foram implementadas com o objetivo de conter custos e gastos.

Nos últimos anos, ao longo do processo de reforma – objeto de análise do presente trabalho –, embora as soluções não tenham significado apenas medidas diretas de controle de gastos, o mote desencadeador de cada uma das três etapas da reforma foram os gastos nominais crescentes expressos em déficits e, em especial, o aumento contínuo das taxas de contribuição. Na discussão sobre a necessidade de reformas, outras deficiências do sistema são trabalhadas, quase sempre a partir do argumento de que sua resolução contribui para o controle da expansão de gastos. A melhoria da qualidade da atenção, embora aventada, é subordinada à potencialidade da suposta contenção de gastos.

Sem dúvida, a questão principal dessa discussão tem sido o incremento dos gastos. Daí a necessidade de exame detalhado dos gastos em saúde na Alemanha para apreciar tanto a pertinência e magnitude do problema como os resultados das reformas, o alcance dos objetivos de contenção, isto é, o impacto das medidas implementadas sobre a evolução dos gastos. Para esta análise far-se-á, de início, breve comparação dos gastos totais em saúde em âmbito internacional. Em seguida serão analisados os gastos totais em saúde na Alemanha, em seus diversos componentes. Esse exame da evolução dos gastos totais em saúde permite uma primeira aproximação à magnitude dos gastos em saúde na Alemanha.

Embora o objeto deste trabalho seja o seguro social de doença – GKV –, a análise dos gastos totais é importante, pois são os únicos para os quais é possível cotejo com os dados internacionais, que se referem, em geral, a gastos totais, cuja análise permite ainda a observação da participação das diferentes fontes de financiamento, com parcelas públicas e privadas, esclarecendo a importância do GKV na garantia dos cuidados de saúde e possibilita o debate inicial acerca da tese da tendência à privatização dos gastos e da proteção à saúde.

Seguindo-se à análise dos gastos totais, mostrar-se-á a evolução dos gastos do seguro social de doença alemão – GKV, esmiuçada por tipo de gastos. O exame dos gastos do GKV

permitirá avaliar a participação dos diferentes setores da atenção na produção dos gastos e o impacto das medidas de contenção sobre os mesmos.

Finalmente, será discutida a metáfora da ‘explosão dos gastos’ para julgar a pertinência de se tomar a questão dos gastos como principal problema setorial. A evolução das receitas e da participação dos gastos do GKV no PNB servirá de base a esta qualificação.

1. Gastos em saúde – comparação internacional

Toda comparação internacional quanto a gastos em saúde é imprecisa não só por problemas de disponibilidade de informações e dificuldades na confrontação de valores monetários, mas em vista das especificidades dos dados em saúde de cada país. Há disparidade de definições e de itens incluídos no conjunto de gastos em saúde – bens, serviços, produtos, transferências financeiras – e na forma de coleta e consolidação dos dados.

Além disso, a abrangência da proteção e o nível e a qualidade da atenção garantidos em cada país são diferenciados, tornando difícil chegar-se a conclusões precisas sobre a obtenção de maior ou menor eficiência em determinado sistema. As confrontações de dados internacionais, deste modo, servem como aproximação e ilustração de situações problemáticas. Igualmente delicado é estabelecer afirmativas contundentes a partir da análise dos grandes agregados nacionais, em razão de gerarem informações homogeneizadas. O mais sensato é apresentar tais informações apenas para complementar a descrição geral¹. Com este intuito, um breve cotejo será aqui realizado.

A OECD tem coletado e divulgado de modo sistemático os dados sobre proteção, atenção e gastos em saúde dos países membros. Na busca de aprimoramento, este órgão tem elaborado estimativas que buscam compensar diferenças em termos do custo de vida e viabilizar melhor confrontação. Este é o caso do cálculo dos gastos em saúde *per capita* com base na paridade do poder de compra², que resolve diferenças de tamanho da população e contribui para a diminuição de vieses monetários.

A forma mais simples e comum de comparação internacional de gastos em saúde é a efetuada por meio da taxa de participação dos gastos em saúde no PNB – produto nacional bruto, por ser uma proporção e desconsiderar gastos nominais; desse modo, facilita a confrontação e indica a importância das despesas em saúde para as economias nacionais. Para tanto, optar-se-á, na medida da disponibilidade de dados, pelo cotejo com os países do grupo G-7, do qual a Alemanha faz parte. Por vezes serão apresentados dados de outros países da OECD, dando-se preferência àqueles com sistemas de proteção à saúde similares ao alemão³.

Gastos totais em saúde *per capita* com base na paridade do poder de compra

Os quadros a seguir ilustram a situação dos gastos totais em saúde *per capita* na Alemanha em termos comparativos internacionais. Nos quadros abaixo, os países da OECD estão agrupados por intervalos de gastos *per capita* para os anos 85 e 1990 e valorados enquanto altos, médios-altos, médios-baixos e baixos. A Alemanha situa-se entre os países com gastos em saúde *per capita* mais elevados, situação inalterada nos dois cortes temporais apresentados. Nesta classificação, chama a atenção a mudança de posição da Espanha e de Portugal, que passaram a integrar o grupo dos países com gastos médios-baixos ao aumentar de forma expressiva seus gastos em relação aos outros países no cotejo, entre 1985 e 1990.

Quadro 7 – Níveis de gastos totais em saúde *per capita* com base na paridade do poder de compra. Países da OECD, 1985

Nível**	Países
Alto US\$ 1,001 e mais	EUA, Canadá, Suíça, Suécia, Alemanha e França
Médio – alto US\$ 751 a 1,000	Austrália, Áustria, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Bélgica, Islândia, Finlândia, Itália, Dinamarca e Japão
Médio – baixo US\$ 501 a 750	Irlanda, Reino Unido, Nova Zelândia
Baixo até US\$ 500	Turquia, Grécia, Portugal, Espanha

* *Purchasing power parity*, em dólares americanos, a preços correntes, para todos bens e serviços. ** Intervalos definidos pela autora.

Fonte: OECD, 1993-b *Health Policy Studies* n.3, v.II, p.67.

Quadro 8 – Nível de gastos totais em saúde *per capita* com base na paridade do poder de compra. Países da OECD, 1990

Nível**	Países
Alto US\$ 1.501 e mais	EUA, Canadá, Suíça, Suécia, França e Alemanha
Médio alto US\$ 1.001 a 1.500	Austrália, Áustria, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Bélgica, Islândia, Finlândia, Itália, Dinamarca, Japão
Médio baixo US\$ 501 a 1.000	Irlanda, Reino Unido, Nova Zelândia, Espanha e Portugal
Baixo Até US\$ 500	Turquia e Grécia,

* *Purchasing power parity* (GDP-PPP) em dólares americanos, a preços correntes, para todos os bens e serviços.

** Intervalos definidos pela autora.

Fonte: OECD, 1993-b *Health Policy Studies* n.3, v.II, p.67.

Renuncia-se aqui à análise detalhada acerca dos diversos países, em razão da sua complexidade diante do largo espaço temporal e dos fatores intervenientes. A evolução dos gastos em saúde nos distintos países está referida tanto ao próprio ritmo do desenvolvimento econômico como um todo quanto à incorporação de tecnologias no setor, reformas nos sistemas de proteção e de atenção à saúde e às mudanças demográficas e epidemiológicas.

A tabela a seguir mostra a evolução dos gastos totais *per capita* nos países selecionados, em período mais longo de tempo, e a sua variação na década de 1980. A Alemanha pode ser considerada com altos gastos *per capita*, situando-se na quarta ou quinta posição, em ordenação decrescente, nas diversas décadas. Em 1990, a Alemanha ocupava a quarta posição entre os 24 países da OECD, com gastos *per capita* inferiores aos do EUA, Canadá e Suíça, sendo seguida de perto por França e Suécia⁴. Já em 1995, segundo outra fonte (OECD 1997, *Health Data for Windows*), estas posições haviam-se modificado. A Alemanha mantinha a quarta posição, porém antecedida por EUA, Suíça e Luxemburgo e seguida por Canadá e França. A Suécia reduziu seus gastos *per capita* no período, passando a ocupar a 15ª posição no *ranking* dos países da OECD.

Tabela 42 – Gastos totais em saúde *per capita* com base na paridade do poder de compra*. Países selecionados, 1960-1990

Países	1960	1970	1980	1985	1990	var. 80-85	var. 85-90
EUA	143	346	1.063	1.711	2600	61,0%	52,0%
Canadá	109	147	743	1.244	1.811	67,4%	45,6%
Suíça	96	268	939	1.224	1.640	30,4%	34,0%
Alemanha	98	216	811	1.175	1.522	44,9%	29,5%
França	75	203	698	1.083	1.528	55,2%	41,1%
Áustria	69	163	683	984	1.383	44,1%	40,5%
Suécia	94	271	855	1.150	1.455	34,5%	26,5%
Itália	51	153	571	814	1.296	42,6%	59,2%
Japão	27	127	517	792	1.175	57,4%	48,4%
Reino Unido	79	147	458	685	985	49,6%	43,8%

* *Purchasing power parity*, em dólares americanos a preços correntes, para todos bens e serviços.

Fonte: OECD, 1993-b, *Health Policy Studies* n.3, v.II, p.67.

O desenvolvimento dos gastos totais *per capita* na década de 1980 mostra a evolução mais rápida na primeira metade do período, quando os gastos cresceram entre 40 e 50% na maioria dos países selecionados. Já entre 1985 e 1990, a evolução dos gastos sofreu leve desaceleração. Embora a Alemanha permaneça entre os países com gastos mais elevados em termos de evolução dos gastos *per capita*, é o segundo país de menor crescimento dos gastos nesses anos, entre os países selecionados, sendo precedido apenas pela Suécia.

Na tabela abaixo é apresentada a evolução dos gastos *per capita* em países selecionados para a primeira metade da década de 1990. Os dados são mostrados em tabelas separadas, pois, afora referirem-se a diferentes fontes secundárias, os dados da Alemanha, a partir de 1991, correspondem à Alemanha unificada, o que impede comparações com os anos anteriores. Até 1990, os dados eram relativos à região ocidental.

Tabela 43 – Gastos totais em saúde *per capita* com base na paridade do poder de compra*. Países selecionados, 1991-1995

Países	1991	1995	% var.91-95
EUA	2.905	3.644	25,4
Canadá	1.830	2.069	13,1
Suíça	1.949	2.412	23,8
Alemanha	1.635	2.134	30,5
França	1.651	1.972	19,4
Áustria	1.402	1.634	16,5
Suécia	1.457	1.360	-6,7
Itália	1.445	1.507	4,2
Japão	1.162	1.581	36,1
Reino Unido	1.006	1.246	23,9

* *Purchasing power parity*, em dólares americanos, a preços correntes para todos os bens e serviços.

Fonte: OECD, 1997, *Health Data for Windows; National expenditure on health – Total expenditure on health – \$ per capita, purchasing power parity*.

Na primeira metade dos anos 90, o crescimento dos gastos em saúde *per capita* segundo dados da OECD nos países selecionados foi ainda mais lento do que aquele ocorrido entre 1985 e 1990. Mesmo nos EUA, embora apresentem a terceira taxa mais elevada, os gastos cresceram mais lentamente do que no período anterior. Notadamente, a mais forte contenção ocorreu na Suécia, onde os gastos *per capita* em saúde sofreram redução de 7% no período. Para a Alemanha, este cotejo não é adequado em virtude da unificação. Mesmo assim vale a pena observar que, na Alemanha, os gastos totais *per capita* crescem mais acentuadamente do que no período anterior, porém mais lentamente do que entre 1980 e 1985.

Gastos totais em saúde

Ao contrário do que pode parecer à primeira vista, o cotejo dos gastos totais em saúde entre países desenvolvidos – ou de industrialização avançada – não indica o grau de eficiência dos sistemas de atenção à saúde nem o nível de garantia da proteção à saúde. A exposição de cada um dos grandes agregados nacionais elude a diversidade das contabilizações nacionais e da abrangência da proteção em saúde nos países, não sendo adequado inferir, a partir disso diretamente, o nível de proteção, o grau de eficiência ou de qualidade da atenção.

A apresentação de gastos totais em saúde mostra, além de sua magnitude, a importância do setor saúde na economia de cada país, por englobar o consumo de cuidados, produtos e serviços de saúde dos domicílios privados – inclusive os de iniciativa própria dos consumidores – e os gastos em saúde de instituições governamentais e não governamentais, investimentos públicos e privados, pesquisa e desenvolvimento tecnológico (exceto da indústria farmacêutica). Além disso, grandes agregados nacionais baseiam-se, ao menos parcialmente, em estimativas que podem mudar conforme a situação. As consideráveis variações das estatísticas oficiais quanto à inclusão de produtos e serviços como gastos e/ou

consumo em saúde⁵ e a abrangência dos sistemas de proteção em termos da cobertura e nível de complexidade e qualidade garantidas dificultam análise mais apurada.

Muitos dos países integrantes da OECD que fomentaram políticas de contenção de gastos nos anos 80 tiveram êxito na implementação de restrições, limitando os gastos em saúde a certa proporção do produto nacional bruto. Durante os anos 80, como exposto na tabela abaixo, a evolução dos gastos totais em saúde na maioria dos países da OECD foi mais lenta do que na década de 1970. Em quatro países – Suécia, Irlanda, Portugal e Dinamarca – ocorreu redução da participação dos gastos totais em saúde no PNB. A Alemanha foi o único país a estabilizar a participação dos gastos totais em saúde no PNB, com variação de 0,1 pontos percentuais, passando de 8,6%, em 1982, para 8,7%, em 1992.

No entanto, não existe padrão homogêneo de evolução dos gastos em saúde entre os países da OECD. No Canadá, Finlândia, Grécia, Islândia, Itália e Noruega, o acréscimo da participação dos gastos em saúde no PNB foi mais elevado nos anos 80 do que nos de 1970, e nos EUA, continuou o mesmo da década anterior. Estes aumentos na Itália e Grécia ocorreram por políticas deliberadas de expansão de cobertura e ampliação do direito à saúde – reformas sanitárias no sentido do termo que vínhamos utilizando no Brasil. Na Finlândia, esse índice reflete um artifício do tipo de indicador utilizado, pois o país sofreu queda do PNB a partir de 1990, com a perda das exportações para a URSS⁶.

Tabela 44 – Evolução dos gastos totais em saúde (% do PNB). Países da OECD, 1972-1992

Países	1972	1982	1992	% var. 1982/1972	% var. 1992/1982
EUA	7,6	10,3	14,0	+36	+36
Canadá	7,2	8,4	10,1	+17	+20
Finlândia	6,0	6,8	9,4	+13	+38
França	6,2	8,0	9,4	+29	+17
Suíça	5,5	7,5	*9,3	+36	—
Austrália	5,8	7,7	8,8	+31	+14
Áustria	5,4	8,0	8,8	+48	+10
Alemanha**	6,5	8,6	8,7	+32	+1
Holanda	6,7	8,4	8,6	+25	+2
Islândia	5,7	6,9	8,5	+21	+23
Itália	5,9	6,9	8,5	+17	+23
Noruega	5,9	6,8	8,3	+15	+18
Bélgica	4,3	7,4	8,2	+65	+11
Suécia	7,5	9,6	7,9	+28	-18
Nova Zelândia	5,3	6,9	7,7	+30	+12
Luxemburgo	4,6	6,9	7,4	+50	+7
Irlanda	6,7	8,4	7,1	+25	-15
Reino Unido	4,7	5,9	7,1	+26	+20
Espanha	4,4	6,0	7,0	+36	+23
Japão	4,8	6,8	6,9	+42	+3
Dinamarca	6,3	6,8	6,5	+8	-3
Portugal	4,1	6,3	6,0	+24	-5
Grécia	3,9	4,4	5,4	+13	+23

* O modo de contabilização de gastos em saúde na Suíça mudou, sendo inadequado o cotejo entre 1982 e 1992.

** região ocidental.

Fonte: OECD, 1994:37 (Tab. 4.1);

Na tabela abaixo são apresentados dados também divulgados pela OECD para a década de 1990, sendo para 1995 os mais recentes. Referem-se a fontes secundárias distintas e são díspares⁷, motivos pelo quais não podem ser comparados com os anteriores.

Tabela 45 – Gastos totais como % do PNB, 1990 e 1995

Países	1990	1995
EUA	12,7	14,2
Canadá	9,2	9,7
França	8,9	9,9
Suécia	8,8	7,2
Suíça	8,4	9,8
Holanda	8,3	8,8
Alemanha	-	10,4
Alemanha ocidental	8,2	*8,6
Austrália	8,2	8,6
Itália	8,1	7,7
Islândia	8,0	8,2
Finlândia	8,0	7,7
Noruega	7,8	8,0
Bélgica	7,6	8,0
Áustria	7,1	7,9
Nova Zelândia	7,0	7,1
Espanha	6,9	7,6
Luxemburgo	6,6	7,0
Irlanda	6,6	6,4
Portugal	6,5	8,2
Dinamarca	6,5	6,4
Japão	6,0	7,2
Reino Unido	6,0	6,9
Grécia	4,2	5,8

* 1994

Fonte: OECD 1997, *Health Data for Windows*. Os dados apresentados para 1995 são estimativas preliminares. Para região ocidental, 1994, segundo *Presse und Informationsamt der Bundesregierung. Sozialpolitische Umschau n.64/1997*.

A partir de 1991, os dados da OECD para a Alemanha – apresentados acima – dizem respeito aos gastos em saúde como proporção do PNB para a Alemanha unificada, o que torna a comparação com os anos anteriores inadequada. A partir da unificação, a proporção dos gastos em saúde no PNB cresceu, uma vez que a produção econômica na Região oriental é menor, a renda *per capita* é mais baixa e os gastos em saúde relativamente altos, próximos àqueles da região ocidental, o que puxa os índices para cima. Na Alemanha Oriental, a participação dos gastos em saúde no PNB é bem mais elevada do que na Ocidental. Em 1993, por exemplo, os gastos do seguro social de doença - GKV – na região representavam 10,7% do PNB correspondente (BMG, 1996:9.4).

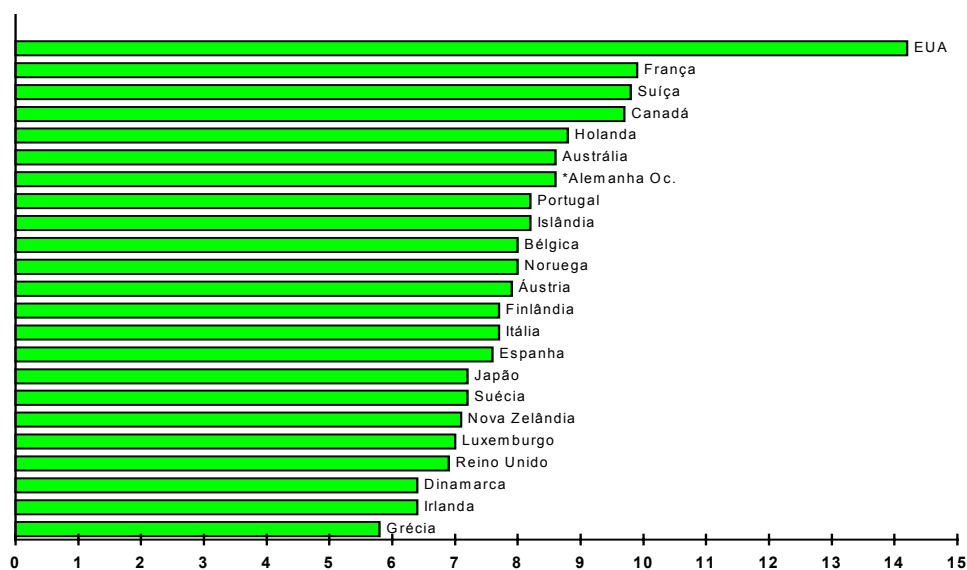
O aumento da participação dos gastos totais em saúde no PNB nos anos 90 é também creditado às necessidades de recuperação da rede de atenção da Região oriental, bem como de equiparação do seu consumo de serviços e ações ao padrão ocidental. Com a integração da região oriental, a cota de participação dos gastos em saúde teria aumentado e a Alemanha, empobrecido – o PNB *per capita* diminuiu (Ä.Z. 02.04.1997). Na descrição da evolução dos

gastos totais em saúde na Alemanha, detalhada mais adiante, será possível observar os setores da atenção responsáveis por tais aumentos.

Pelos dados da OECD acima apresentados, a participação dos gastos em saúde no PNB na Alemanha teria passado de 8,2 para 10,5%, entre 1990 e 1995. O maior crescimento dessa participação ocorreu nos primeiros anos da década: entre 1990 (região ocidental) e 1992 (Alemanha unificada), seu crescimento foi de dois pontos percentuais, passando de 8,2 para 10,2. A simultaneidade do aumento da participação dos gastos em saúde com os primeiros anos da unificação corrobora a hipótese de que o aumento da participação dos gastos no PNB seria decorrente do empobrecimento relativo da população alemã em razão da unificação e não por questões específicas relativas aos gastos em saúde.

Quando considerada apenas a região ocidental, conforme dados divulgados pelo governo central (*Sozialpolitische Umschau n.64/1997*), a elevação da participação dos gastos em saúde no PNB é pequena: inferior a meio ponto percentual. Assim, em 1995, na região ocidental, os gastos totais em saúde ficaram em 8,6% do PNB, ocupando no *ranking* internacional a décima posição, como mostrado no quadro abaixo.

Gráfico 10 - Gastos totais como % do PNB, 1995



Fonte: OECD 1997, *Health Data for Windows*. Os dados apresentados para 1995 são estimativas preliminares. Para região ocidental, 1994, segundo *Presse und Informationsamt der Bundesregierung. Sozialpolitische Umschau n.64/1997*

Nos EUA, na década de 1990, ocorreu estabilização da participação dos gastos em saúde no PNB a partir de 1992, permanecendo em torno de 14,1%. O aumento dos gastos *per capita* paralelo à estabilidade de participação no PNB provavelmente deve-se ao crescimento do PNB total no período, mais rápida do que os gastos em saúde (OECD, 1994 e 1997).

A situação da Suécia é que mais chama a atenção pela importante variação nos gastos desde os anos 80, o que se repete nos anos 90. Nesse país, que iniciou os anos 90 com forte recessão e um governo conservador, tem sido implementada uma drástica política de ajuste, que controlou a inflação e produziu diversas mudanças e cortes nos benefícios sociais. Na saúde, os orçamentos hospitalares – de oferta quase totalmente do setor público – foram contidos, apresentando baixa variação desde a segunda metade dos anos 80. No setor ambulatorial, o pagamento por unidade de serviço foi substituído por um sistema de remuneração por capitação. Um processo de descentralização foi deslançado, estabelecendo-se mecanismos de ‘competição pública’ para hospitais e centros de saúde em alguns condados (Almeida, 1995:233s).

Na Suécia, para o asseguramento à saúde e aposentadorias foram introduzidas contribuições dos trabalhadores, somadas às dos empregadores anteriormente existentes. Além disso, foi empreendida importante reforma da previdência social. Desde 1994, um novo governo social-democrata assumiu o poder, tendo sido creditado o resultado eleitoral à desaprovação popular da política dos conservadores de contenção nos setores sociais. Os social-democratas deram curso à política de estabilização e existe previsão de equilíbrio das contas públicas para 1998. Atualmente, os social-democratas anunciam novas prioridades nos setores sociais, em particular, políticas de emprego, até mesmo público. Permanece em aberto como serão julgadas no futuro as mudanças empreendidas nesta década, se apenas como modernização necessária ao *welfare state* universal, que até então caracterizou o modelo sueco, ou se representam distanciamento de seus princípios. Os mais otimistas consideram que ‘novo modelo sueco’ está sendo construído: combate aos déficits das contas públicas e ao desemprego sem prejuízos das camadas sociais mais pobres e sem atingir o cerne do *welfare state* social-democrata. Os mais críticos apontam a diminuição do nível de garantia de benefícios sociais como fator que pode levar à perda do apoio da população ao *welfare* (Michelsen, 1997:63s).

Quanto ao Reino Unido chama a atenção o acréscimo da participação dos gastos em saúde no PNB exatamente no período em que foram introduzidos mecanismos de mercado no setor público: o chamado *internal market*.

A participação dos gastos em saúde no conjunto do PNB é influenciada pelas circunstâncias econômicas. Diferentes desempenhos em relação aos gastos com saúde nos diversos países no período podem ser parcialmente atribuídos à evolução da economia. Além da questão da reunificação, outra possível explicação para a evolução dos gastos totais em saúde na Alemanha, mais acelerada nos anos 90 do que nos de 1980, é a relação dos mesmos

com a evolução da economia⁸. A Alemanha Ocidental, por conta do processo de reunificação, experimentou crescimento econômico de 5,7 e 5,0% do PIB nos anos 90 e 1991, respectivamente (BMG, 1996:Tab 9.1). A recessão foi assim postergada para 1993, quando a evolução do PIB foi negativa: -1,8% (tabela a seguir). Esta evolução da economia, por si só, pode justificar de modo parcial a evolução dos gastos totais como proporção do PNB mais acelerada nos anos 90 do que nos anos 80. Um aumento dos gastos em saúde nos dois primeiros anos, acompanhando o ritmo do PIB, colocaram-nos em patamar mais alto⁹. Nível este, cuja manutenção nos anos posteriores de baixo crescimento da economia, refletiu-se em maior participação dos gastos em saúde no PNB.

Tabela 46 – Variação anual do produto interno bruto*. Alemanha, 1970-1995

Ano	Região Ocidental	Região Oriental	Alemanha
1970	5,0		
1975	-1,3		
1980	1,0		
1985	2,0		
1986	2,3		
1987	1,5		
1988	3,7		
1989	3,6		
1990	5,7		
1991	5,0		
1992	1,8	7,8	2,2
1993	-1,8	7,2	-1,2
1994	2,4	8,5	2,9
1995	1,6	5,6	1,9

* Real a preços de 1991. O PIB nominal em 1995, na Alemanha como um todo, foi de 3,5 trilhões de marcos, cerca de 2 trilhões de dólares, sendo que 11% do mesmo foi produzido na região oriental, cuja população de 15,5 milhões correspondia a 19% da população total de 81,8 milhões de habitantes.

Fonte: BMG, 1996 9.1.

Importa observar que, embora os gastos totais na Alemanha aumentem sua participação no PNB mais rapidamente nos anos 90 do que nos de 1980, não ocorre o mesmo com os gastos do seguro social de doença – GKV, cuja participação no PNB permaneceu estável.

Evolução da participação dos gastos públicos nos gastos totais em saúde

A tabela abaixo mostra a importância do financiamento público para os gastos em saúde na maioria dos países da OECD desde os anos 70¹⁰. Progressivamente, maior número de países da OECD tem 70% ou mais de seus gastos em saúde financiados pelo setor público, tendência que se mantém durante os anos 90. O ano em que maior número de países da OECD atinge ou ultrapassa esta proporção é 1996.

Tabela 47 – Evolução da participação dos gastos públicos nos gastos totais em saúde, em %. Países da OECD, 1970-1996

	1970	1980	1990	1996
Alemanha	73.3	79.2	76.8	78.3
Austrália	56.7	62.9	68.1	66.5
Áustria	63.0	68.8	75.0	74.9
Bélgica	87.0	83.4	88.9	87.7
Canadá	70.2	75.7	74.6	71.4
Coréia	n/a	31.5	50.6	*40,0
Dinamarca	86.3	85.2	82.3	79.4
Espanha	65.4	79.9	78.7	76.3
EUA	37.8	42.4	40.8	47.0
Finlândia	73.8	79.0	80.9	74.5
França	74.7	78.8	74.5	80.7
Grécia	53.4	82.2	82.3	82.9
Holanda	84.3	74.7	72.7	77.0
Irlanda	81.7	82.2	74.7	*80,8
Islândia	81.7	88.2	86.6	83.5
Itália	86.9	80.5	78.1	69.9
Japão	69.8	71.3	77.6	*78,4
Luxemburgo	n/a	92.8	93.1	*92,8
Noruega	91.6	85.1	83.3	82.5
Nova Zelândia	80.3	88.0	82.4	75.9
Portugal	59.0	64.3	65.5	59.8
Reino Unido	87.0	89.4	84.1	84.3
Suécia	86.0	92.5	89.9	80.2
Suíça	63.9	67.5	68.4	71,9
Turquia	37.3	27.3	40.0	* 50,0

* Dados referentes a 1995; para a Turquia, 1994.

Fonte: OECD *Health Data 97 – Health Data for Windows*.

No ano de 1996, em 20 dentre os 25 países da OECD apresentados acima, os gastos públicos representavam 70% ou mais dos gastos em saúde. Em 50% destes, os gastos públicos correspondiam a mais de 80%.

Mantém-se, portanto, a predominância dos gastos públicos no conjunto dos gastos em saúde durante os anos 90, embora se possa observar na tabela acima, a partir dos anos 80, redução da participação dos gastos públicos no conjunto dos gastos em saúde em cerca da metade dos países da OECD, dados estes tidos como comprobatórios do êxito das políticas de contenção. Na maioria dos países em que ocorreu, a redução foi leve, com queda menor do que cinco pontos percentuais para o período de 15 anos. Mesmo com estas diminuições na maioria dos países, a proporção dos gastos públicos em 1996, no conjunto dos gastos em saúde, foi mais elevada do que em 1970.

Nos anos 90, Suécia, Itália, Nova Zelândia, por conta de suas políticas de contenção e de incentivo à provisão privada, mostraram redução mais expressiva da participação dos gastos públicos, diminuindo-a em cerca de 12 pontos percentuais. Em menor número de

países houve elevação da participação dos gastos públicos, em especial naqueles de participação inicial menos elevada, como Japão, Suíça e EUA.

Na Alemanha, ainda que a participação dos gastos públicos no conjunto dos gastos não seja das mais altas, nunca tendo atingido 80%, mantém-se acima de 70% desde 1970, mostrando pouca variação desde 1980. Na década de 1990, segundo os dados apresentados, houve leve acréscimo da participação dos gastos públicos no total de gastos em saúde.

Relação entre renda e gastos em saúde

Os países mais ricos tendem a gastar mais em saúde do que os mais pobres, mas não existe relação direta entre o nível de gastos em saúde e a renda *per capita*. Como mostra a tabela abaixo, mesmo sem qualquer análise estatística pode ser observado uma tendência a maiores gastos em saúde conforme aumenta a renda *per capita*. Assim, os seis países de maior renda *per capita* – EUA, Suíça, Luxemburgo, Alemanha, Japão e Canadá – são aqueles onde se observam gastos *per capita* em saúde mais elevados, com exceção do Japão. Alcançado um certo nível de gastos não há, entretanto relação progressiva direta entre a renda *per capita* de um país e gastos em saúde seja enquanto gastos *per capita* seja como participação no PNB (OECD,1994).

As expressivas diferenças de gastos em saúde entre países com níveis de renda e cobertura similares pode ser explicada pelos distintos desenvolvimentos históricos institucionais nos diferentes países, com especificidades na organização do sistema de atenção e formas de relacionamento com os prestadores, o que será detalhado no próximo capítulo.

Entre os países da OECD, não é possível estabelecer relação entre a proporção de gastos públicos e a renda *per capita*. Em termos internacionais, nos países da OECD – os países de maior renda *per capita* –, o direito à proteção à saúde é amplamente difundido e a atenção é financiada de modo predominante de forma pública. Não há nada que corrobore a vigência prática da proposição conservadora, que apela à subsidiariedade e prega a desresponsabilização do Estado: ‘quem pode, deve pagar’. Ainda que o apelo à responsabilidade individual esteja presente, os dados mais recentes continuam a mostrar forte participação dos gastos públicos no total das despesas com saúde. Como reiterado no quadro abaixo, o financiamento público é a forma dominante de garantia de acesso aos cuidados de saúde nos países da OECD.

O exemplo dos EUA é, por sua vez, suficientemente forte para comprovar que um sistema financiado predominantemente de forma privada tende a produzir gastos mais

elevados e que estes são de mais difícil controle¹¹. Como se pode observar no quadro abaixo, os EUA são o país com maior renda *per capita* e, concomitantemente, com gastos em saúde mais elevados. Embora as diferenças de renda com os países subseqüentes sejam pequenas, os gastos em saúde são, no mínimo, 50% maiores.

Quadro 9 – Renda *per capita*, gastos em saúde *per capita* e como % do PNB e proporção de gastos públicos em saúde. Países da OECD, 1992

Países	PNB per capita	Saúde per capita	Gastos em Saúde	Gastos Públicos
Gastos em saúde	PPP	PPP	% PNB	% Total
EUA	23.200	3.147	14,0	45,7
Suíça	22.300	2.146	9,3	67,9
Luxemburgo	21.800	1.764	7,4	91,4
Alemanha	20.400	1.900	8,7	71,5
Japão	19.700	1.285	7,0	71,2
Canadá	19.100	1.939	10,8	72,7
França	18.600	1.794	9,4	74,8
Bélgica	18.200	1.526	7,9	88,9
Áustria	18.100	1.402	8,8	75,6
Holanda	17.000	1.545	8,6	76,6
Dinamarca	17.800	1.210	6,6	82,0
Noruega	17.600	1.693	8,0	94,8
Itália	17.500	1.553	8,5	75,2
Islândia	17.100	1.510	8,0	85,2
Austrália	16.800	1.468	7,9	67,6
Suécia	16.700	1.327	7,9	85,6
Reino Unido	16.300	1.170	7,1	84,4
Finlândia	14.500	1.392	9,4	79,3
Nova Zelândia	14.400	1.090	7,7	79,0
Espanha	12.900	959	7,5	80,5
Irlanda	12.400	975	7,1	76,1
Portugal	9.800	812	6,0	69,8
Grécia	6.300	480	5,4	76,1

Fonte: OECD, 1994:38.

A comparação internacional dos gastos em saúde mostra ainda não ser possível estabelecer qualquer relação ou comprovar a tese difundida pelos conservadores de que haveria conexão entre nível de gastos em saúde e posição de um país na competição internacional (Aaron,1996). Os países com menor competitividade – que pode ser expresso, grosso modo, pelo nível de exportações – apresentam, em geral, gastos mais baixos e os de melhor posição, maiores gastos em saúde como proporção do PNB, exceto o Japão, como se pode observar nas tabelas a seguir.

Tabela 48 – Maiores nações exportadoras, 1996

Países	Exportações em bilhões de dólares
EUA	625
Alemanha	521
Japão	413
França	290
Grã Bretanha	259
Itália	251
Canadá	201
Holanda	197
Hong Kong	181
Benelux	167
China	151
Coréia do Sul	130
Singapura	125
Taiwan	116
Espanha	102
México	96
Suécia	84
Suíça	80
Malásia	78
Rússia	70

Fonte: *Sozial Politische Umschau Nr. 212/1997.*

A Alemanha é responsável por cerca de 10% das exportações mundiais. Mais da metade destas têm como destino os países da União Européia. O mesmo ocorre com as importações alemãs: 55% têm como origem os países europeus.

2. Gastos totais em saúde na Alemanha

A contabilização de gastos totais em saúde inclui, além de todos aqueles relacionados com assistência médico-sanitária, despesas com pesquisa e formação na área da saúde e todo o consumo de bens e produtos relativos à saúde. Na Alemanha, os gastos totais em saúde são em geral computados levando em conta as despesas com benefícios em espécie – transferências financeiras aos indivíduos em consequência de adoecimento –, pois estes são responsabilidade do GKV. Pela disponibilidade de dados, tomar-se-á como base na análise a seguir, os gastos totais em saúde, inclusive transferências financeiras. A maioria das descrições serão concernentes à região ocidental, uma vez que estas permitem observar a evolução dos mesmos ao longo do tempo.

Em 1994, último ano com dados globais divulgados oficialmente, os gastos totais em saúde, inclusive transferências financeiras, foram de 470 bilhões de marcos – cerca de 280 bilhões de dólares, correspondendo a 14,2% do PNB. Destes, 84,5% – 397 bilhões de marcos – são relativos à região ocidental e 15,5%, à região oriental. A participação da região oriental

no conjunto dos gastos, contabilizada a partir de 1991, ainda vem aumentando lentamente – por volta de 1% em 1993 e 1994.

Gastos totais por tipo

Como se pode notar na tabela abaixo, o núcleo duro dos gastos em saúde na Alemanha são as ações curativas. Em 1994, 58,5% do total dos gastos em saúde – 274,5 bilhões de marcos – foram despendidos em tratamento médico-odontológico – ambulatorial, hospitalar, medicamentos, próteses etc. A estes, seguem-se os gastos com auxílio-doença e reabilitação, um volume de 129 bilhões de marcos. Entre os gastos com assistência, 38,7% foram destinados ao setor hospitalar, 30,2% à atenção ambulatorial e 21,6% a medicamentos e outros métodos terapêuticos. Além disso, foram despendidos 15,1 bilhões de marcos, ou seja, 5,5% dos gastos de assistência, com próteses dentárias e 4% com internações em casas de repouso (*Kur*) (StBA, 1997:106).

Os gastos com transferências financeiras e reabilitação – benefícios que sucedem ao episódio de doença – foram de 129,1 bilhões de marcos, correspondendo a 27,5% do total. Destes, 38,3% (49,4 bilhões) foram efetuados na forma de pagamentos de auxílio-doença pelos empregadores. Com o pagamento de aposentadorias precoces por invalidez foram gastos 35,6 bilhões, além de 19,1 bilhões com medidas de reabilitação.

A participação dos gastos com transferências financeiras – auxílio-doença e aposentadorias por invalidez – e reabilitação profissional tem diminuído de modo gradativo no conjunto dos gastos. Enquanto esta participação correspondia em 1970, para a Alemanha Ocidental, a 38% do conjunto dos gastos, em 1994 havia atingido 27,4%. Desde a criação do catálogo do GKV, conforme assinalado na discussão sobre este tema, as transferências financeiras perderam pouco a pouco a importância no conjunto dos gastos em virtude da ampliação dos catálogo de serviços, em particular, os de ações médico-sanitárias.

Apenas pequena parcela dos gastos totais em saúde, cerca de 7,4%, equivaleu a despesas com medidas preventivas e de acompanhamento. Mais do que com medidas preventivas, estes gastos foram realizados na forma de cuidados, no valor de 21 bilhões. Já os Serviços de Saúde – *Gesundheitsdienst* – públicos e privados gastaram 6,9 bilhões de marcos. De fato, os gastos com prevenção e diagnóstico precoce corresponderam, no máximo, a cerca de 2,3% dos gastos totais em saúde¹², pois a maior parte deste dispêndio refere-se a gastos com medidas de acompanhamento e cuidado para idosos e deficientes (*betreuende Maßnahmen*).

Com a formação dos profissionais da área de saúde em universidades e com pesquisa médica, foram gastos 8,2 bilhões (1,7%) nas universidades e institutos. Outros gastos não classificáveis nesta tipologia – em especial, gastos administrativos e investimentos dos provedores de seguros – foram da ordem de 22,7 bilhões de marcos.

Tabela 49 – Gastos totais em saúde por tipo de gasto. Alemanha, 1994

Tipo de gasto	Milhões DM	%
Medidas preventivas e de acompanhamento	34.793	7,4
Tratamento	274.714	58,5
Reabilitação e transferências financeiras	129.140	27,5
Ensino e pesquisa	8.185	1,7
Outros*	22.741	4,8
Total	469.573	100,0

*Em especial, gastos com administração e investimentos.

Fonte: StBA, 1997:106, em milhões de marcos.

Fluxos financeiros

Os dados gerais disponíveis permitem uma breve análise dos fluxos financeiros em saúde. Os recursos podem ser agrupados em três fontes primárias: orçamento fiscal, empregadores e orçamento dos domicílios privados.

Em 1994, em um primeiro nível, partindo-se da origem dos recursos empregados em despesas de saúde, obtém-se que 20,1% dos gastos em saúde foram financiados com recursos dos orçamentos fiscais – estatais. Empregadores públicos e privados financiaram 38,5% do conjunto dos gastos em saúde e 40,6% dos recursos foram provenientes dos orçamentos dos domicílios privados na forma de contribuições aos seguros e pagamentos diretos de ações.

Em um segundo nível de análise dos fluxos financeiros, 56,1% dos recursos provenientes de impostos são utilizados na prestação de ações de saúde seja para o pagamento de ações prestadas seja com despesas de investimento e manutenção de serviços públicos de saúde. Dos recursos provenientes dos empregadores públicos e privados, 62% são destinados ao pagamento das contribuições dos empregadores aos diversos seguros – saúde, acidentes, previdência – e 30% correspondem aos benefícios em dinheiro pagos diretamente pelo empregador, em especial, a continuidade do pagamento de salários nas seis primeiras semanas de doença a cargo do empregador. Os recursos provenientes dos orçamentos dos domicílios privados, por sua vez, na maior parte (81%) destinam-se ao pagamento das contribuições aos seguros sociais e privados e uma quinta parte (19%), ao pagamento de ações e compra de medicamentos e similares.

Enquanto destino final, 24,5% dos recursos, (115 bilhões de marcos) retornaram aos domicílios privados na forma de transferências financeiras e 75,5% foram empregados em ações e produtos de saúde – 332 bilhões de marcos (StBA, 1997:109).

Gastos totais em saúde segundo fonte de financiamento

Outra forma de analisar os gastos em saúde é conforme às instituições que arcam com os mesmos – *Ausgabenträger* –, em segundo nível de agregação para fontes¹³. Nas estatísticas oficiais, neste nível são consideradas fontes de financiamento: o Seguro Social de Doença, empregadores públicos e privados – desembolsos diretos –, orçamentos fiscais, orçamentos dos domicílios privados – desembolso direto –, previdência social, seguro social de acidentes e seguros privados de saúde. Os dados apresentados na tabela a seguir são agrupados de forma a evitar superposições. Assim, as contribuições de empresários e trabalhadores estão contabilizadas apenas nos respectivos seguros sociais.

Tabela 50 – Evolução dos gastos totais* em saúde segundo ordenadores de despesas Alemanha, 1970-1994

	Região Ocidental								BRD
	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	Δ	1994
Orçamento públ.	9.871	26.069	40.492	43.528	49.266	52.763	52.322	530	63.046
GKV	24.712	88.427	139.843	157.858	173.953	172.398	184.643	747	224.971
Previdência Soc.	6.561	11.853	20.089	21.838	22.882	27.031	28.573	435	35.947
Seg. Soc. Acid.	2.520	6.270	9.163	10.689	12.405	14.025	14.571	585	15.415
Seg. Privado	3.616	8.815	17.188	18.837	21.040	22.102	23.440	648	24.754
Empregadores	16.495	37.968	53.354	57.565	61.773	62.198	61.539	373	69.114
Domicílios	5.899	13.434	23.571	26.630	28.535	29.516	31.717	538	36.326
Total	69.674	192.836	303700	336.945	369.854	380.033	396.985	570	469.573

* Gastos totais em milhões de marcos, inclusive transferências financeiras (auxílio-doença), em valores correntes. Foram contabilizados gastos por fonte pagadora para evitar superposições. No orçamento público não estão computados os gastos em saúde dos empregadores públicos (auxílio-doença, contribuições).

Δ - Aumento dos gastos por fonte de financiamento entre 1970 e 1994, tomando-se 1970 = 100.

Fonte: Statistisches Bundesamt, 1996. *Gesundheitswesen. Fachserie 12, Reihe S.2 Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1993. Stuttgart: Metzler-Poeschel; StBA, Wirtschaft und Statistik 2/1997*, p.106.

Tabela 51 – Distribuição dos gastos totais* em saúde, segundo ordenadores de despesas. Alemanha, 1970-1994

Fonte	Região Ocidental							BRD
	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1994
Orçamento público	14,2	13,5	13,3	13,4	13,3	13,9	13,2	13,4
GKV	35,5	45,9	46,0	47,9	47,4	45,4	46,5	47,9
Previdência social	9,4	6,1	6,6	6,7	6,2	7,1	7,2	7,7
Seg. Soc. Acidente	3,6	3,3	3,0	2,9	3,4	3,7	3,7	3,3
Subtotal público	62,6	68,8	68,9	70,9	69,9	70,0	70,6	72,3
Seg. Priv. saúde	5,2	4,6	5,7	5,1	5,7	5,8	5,9	5,3
Empregadores	23,7	19,6	17,6	16,3	16,7	16,4	15,5	14,7
Domicílio privado	8,5	7,0	7,8	7,6	7,7	7,8	8,0	7,7
Subtotal privado	37,4	31,2	31,1	29,0	30,1	30,0	29,4	27,7

Fonte: Statistisches Bundesamt, 1996. *Gesundheitswesen. Fachserie 12, Reihe S.2 Ausgaben fuer Gesundheit 1970 bis 1993. Stuttgart: Metzler-Poeschel; StBA, Wirtschaft und Statistik 2/1997**, inclusive beneficios em espécie.

- *gastos públicos*

Os gastos em saúde na Alemanha são predominantemente públicos. A participação dos gastos públicos no conjunto dos gastos em saúde foi de 72,3% em 1994. Estes recursos são, na sua maioria (81%), provenientes de receitas de contribuição dos diversos seguros sociais. O Seguro Social de Doença – GKV – arca com cerca da metade (47,9%) do conjunto de todos os gastos em saúde. A previdência social e o seguro social de acidentes são responsáveis, respectivamente, por 7,7 % e 3,3% dos gastos totais. O sistema de previdência, paralelamente aos gastos com aposentadorias por velhice, gastou 35,9 bilhões de marcos com medidas relacionadas à saúde em 1994. Destes, 25,2 bilhões destinaram-se ao pagamento de aposentadorias por invalidez e 6,8 a medidas de reabilitação em casas de repouso – *Kur*. O seguro social de acidentes do trabalho, em 1994, financiou 15,4 bilhões de marcos em medidas relacionadas à saúde, em especial com pagamentos e aposentadorias aos acidentados (4,7 bilhões), tratamento (3,7 bilhões) e prevenção (1,2 bilhões).

Os gastos públicos provenientes das receitas de impostos, – sem considerar os gastos dos empregadores públicos com despesas relativas à saúde de seus empregados –, correspondem a 13,4% apenas do conjunto dos gastos. União, Estados e Municípios gastaram 63 bilhões de marcos com medidas ligadas à saúde em 1994. Destes, 17,2 bilhões corresponderam a medidas para reabilitação social e profissional, 16,8 bilhões foram pagos a cuidados de enfermagem de longa duração (*Pflege*) pela assistência social e 11,3 bilhões de marcos destinaram-se ao financiamento de hospitais públicos e hospitais universitários. Os orçamentos públicos são ainda responsáveis por gastos com formação do pessoal da área de saúde (8,2 bilhões) e com os centros de saúde públicos (*Gesundheitsdienst*) responsáveis por programas preventivos, com os quais foram gastos, em 1994, 3,9 bilhões DM- *deutsche Mark*.

Se a estes gastos públicos forem agregados os gastos dos empregadores públicos, pensões precoces dos servidores, seguros adicionais no serviço público e mais gastos dos hospitais públicos, sem descontar as receitas provenientes das internações, os gastos públicos corresponderiam a 150,7 bilhões DM, ou seja, 32% do total dos gastos em saúde seriam pagos com recursos dos orçamento públicos (StBA, 1997:108).

A observação da região ocidental – apresentada na tabela anterior - permite analisar a evolução da participação das diversas fontes de financiamento no conjunto dos gastos em saúde nas últimas décadas. Embora a participação de receitas fiscais tenha diminuído levemente desde os anos 70, a proporção do conjunto dos gastos públicos aumentou de modo gradual, tendência que permanece nos anos 90.

Enquanto, em 1970, 62,6% dos gastos eram públicos, em 1980 esta proporção era de 68,8% e, em 1994, de 70,6%. Maior participação dos gastos públicos no conjunto dos gastos é resultado principalmente da crescente participação do GKV no financiamento e da redução da participação direta dos empregadores. Em 1970, o Seguro Social de Doença financiava 35,5% das despesas totais de saúde e, em 1994, 46,5%. Corresponde à década de 1970 o maior aumento da participação do GKV no conjunto dos gastos, período em que ocorreu forte expansão dos gastos do GKV por conta da modernização da atenção.

- *gastos dos empregadores*

Os gastos de empregadores públicos e privados com a manutenção e recuperação da saúde de seus trabalhadores, sem considerar suas parcelas de contribuição aos seguros sociais, foram de 69,1 bilhões de marcos em 1994, o que equivaleu a 14,7% do total dos gastos em saúde. Cerca de 70% destes gastos foram despendidos na forma de pagamento de salários nas seis primeiras semanas de doença no valor de 49,4 bilhões de marcos. Outros 12,3 bilhões de marcos foram gastos pelos empregadores públicos como ajuda para tratamento de saúde de seus empregados. Além disso, 4,8 bilhões foram empregados em aposentadorias precoces por invalidez para servidores públicos, assim como 2,1 bilhões para o financiamento dos Serviços de Saúde – *Gesundheitsdienst* – das empresas (StBA, 1996 e 1997).

Como a análise de proporções é um exame em termos relativos, o aumento da participação dos gastos públicos é acompanhado por redução dos gastos privados. Aqui é marcante a alteração da participação dos empregadores no financiamento dos gastos em saúde. Os gastos a seu encargo são os que evoluem mais lentamente desde os anos 70. Como se pode observar na tabela acima, enquanto os gastos do GKV aumentaram 7,4 vezes entre 1970 e 1994, as despesas diretas dos empregadores subiram 3,7 vezes. Um dos motivos para a participação decrescente dos empregadores no financiamento direto do conjunto dos gastos em saúde foi a diminuição da importância dos gastos com transferências financeiras no conjunto dos gastos em saúde. Este é o principal item de despesas contabilizado para esta fonte, uma vez que nesta análise não estão sendo levados em conta os pagamentos de contribuições sociais.

- *gastos dos domicílios privados*

Além das contribuições aos seguros sociais e de saúde, públicos ou privados, estima-se que os orçamentos domiciliares são responsáveis por 7,7% do conjunto dos gastos de saúde, despendidos através do pagamento direto de despesas de saúde¹⁴.

A participação dos gastos por conta dos domicílios privados – tanto para aqueles intermediados pelos seguros privados de saúde como aqueles diretamente desembolsados pelos indivíduos – sofreu redução nos anos 70 e, a partir dos anos 80, aumentou gradualmente, retornando em 1994 ao nível de 1970. Se analisados os dados apenas a partir de 1980, poder-se-ia falar sobre leve tendência à privatização dos gastos em saúde. Os níveis desta participação alcançados em 1994, porém, são semelhantes àqueles do período de expansão. Assim, a tese da privatização progressiva dos gastos em saúde, segundo estes dados, não pode ser corroborada.

Gastos totais em saúde segundo fontes, por tipo de gasto

A análise dos gastos totais em saúde por tipo de gasto e fontes, permite observar a importância das fontes de financiamento para cada um dos tipos de gastos em saúde e identificar a especialização das fontes por tipo de gasto.

Tabela 52 – Gastos totais* em saúde por fonte de financiamento e tipo de gasto. Alemanha, 1994

	Prevenção Orientação	Tratamento	Reabilit. e Transf. Financ.	Ensino e Pesquisa	Outros	Total
Orçamento Público	32,9	22,7	31,3	13,1	—	100
GKV	4,7	81,8	8,1	—	5,4	100
Previdência Social	0,7	18,9	77,3	—	3,1	100
Seg. Soc. Acidentes	7,6	23,7	42,4	—	26,3	100
Seg. Privado Saúde	-	70,3	8,7	—	21,0	100
Empregadores	3,1	17,8	79,1	—	—	100
Domicílios Privado	—	100	—	—	—	100
Total	7,4	58,5	27,5	1,7	4,9	100

* Inclusive benefícios em espécie.

Fonte: StBA, 1997, *Wirtschaft und Statistik*.

Esta análise reafirma a importância do financiamento público dos gastos em saúde, exceção feita para os gastos com transferências financeiras, em grande parte (46%) de responsabilidade dos empregadores, públicos e privados. Os orçamentos públicos e os seguros sociais são responsáveis por 94% dos gastos com medidas de prevenção e orientação, 76% das despesas com tratamentos e 56% das despesas com reabilitação e auxílio-doença. Já as despesas com formação de pessoal e pesquisa médica são exclusivamente públicas.

Tabela 53 – Gastos públicos: participação nos diversos tipos de ação. Alemanha, 1994

Tipo	%
Prevenção e Orientação	94
Tratamento	76
Reabilitação e Transferências Financeiras	56
Ensino e Pesquisa	100
Outros	77

Fonte: StBA, 1997, *Wirtschaft und Statistik*.

Entre os gastos com tratamento em saúde, todos os tipos de ações de saúde são também financiados de modo predominante pelo setor público: 88% da atenção hospitalar, 83% da atenção em casas de repouso – *Kur* –, 72,3% da atenção ambulatorial e 66% da assistência farmacêutica e outros métodos terapêuticos. Apenas as prótese dentárias são financiadas em mais de 50% de forma privada.

Tabela 54 – Gastos com tratamento médico-odontológico por tipo de fonte. Alemanha, 1994

	Ambulatório Médico- Odontológico	Hospitalar	Kur	Medicamentos e Outros	Próteses Dentárias
Orçamento Público	3,3	10,6	1,1	0,3	—
GKV	67,2	75,0	19,7	66,0	46,4
Previdências	0,0	—	62,2	—	—
Seg. Soc. Acidente	1,8	2,0	0,3	—	0,2
Subtotal Público	72,3	87,6	83,3	66,3	46,6
Seg. Privado Saúde	6,8	7,1	—	4,3	10,8
Empregadores	5,0	4,5	4,8	2,9	7,2
Domicílios Privado	15,8	0,8	11,8	26,4	35,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: StBA, *Wirtschaft und Statistik* 2/1997, 103*.

A maior parte dos gastos totais com tratamento – como era de esperar – é encargo do GKV. O sistema de Seguro Social de Doença cobre 75% dos gastos hospitalares, 67% dos gastos com atenção ambulatorial médica e odontológica e 66% dos gastos com medicamentos, meios de ajuda e outros meios de cura, o que inclui óculos, massagens, banhos, aparelhos ortopédicos etc.

Os domicílios privados cobrem diretamente apenas 16% da atenção médico-odontológica ambulatorial e participam de modo mínimo da atenção hospitalar. Menos de 1% da atenção hospitalar é paga diretamente pelos doentes. O tratamento hospitalar preventivo de repouso – *Kur* – (entre Spa e casa de repouso no bom sentido do termo) é financiado especialmente pela previdência social: 62%. A participação direta dos domicílios privados é importante para medicamentos e outros métodos terapêuticos e de ajuda e próteses dentárias. Estima-se que os indivíduos pagam diretamente cerca de um quarto dos medicamentos e mais de um terço das próteses dentárias.

Esta tabela também ilustra bem a importância da participação do GKV na atenção à saúde e reitera o alto grau de proteção social contra o risco de doença da população alemã. Quando se analisa a participação dos gastos do GKV nos gastos totais em saúde – menos de 50% – pode-se avaliar como baixa a participação do seguro social de doença no financiamento dos gastos em saúde, ou supor-se apressadamente que o resto dos gastos são cobertos pelos domicílios privados. Levando-se em conta, porém, apenas gastos com

tratamentos de saúde, 66% dos mesmos são de responsabilidade do GKV. Se considerados o conjunto dos gastos públicos, esta proporção é ainda maior: 76% dos gastos com tratamentos de saúde e 87% da atenção hospitalar especificamente (dados de 1994).

Gastos totais em saúde excluídas transferências financeiras

Uma particularidade da contabilização oficial dos gastos em saúde na Alemanha é a inclusão dos gastos com transferências financeiras – auxílio-doença, aposentadorias por invalidez etc. – nos gastos totais em saúde. Como o Instituto Federal de Estatísticas – *Statistisches Bundesamt* – não divulga dados dos gastos totais em saúde relacionados apenas às ações e serviços de saúde é difícil efetuar uma análise dos mesmos, uma vez que cada fonte consultada apresenta diferentes resultados.

Tabela 55 – Proporção de gastos* públicos e privados em saúde. Alemanha Ocidental, 1980-1992

Fonte	1980	1985	1990	1992
Estatais	12,0	11,8	12,1	11,3
Contribuições Sociais	70,0	68,7	66,6	67,7
Sub-Total Público	82,0	80,5	78,7	79,0
Pagamento Direto	10,1	11,5	12,3	12,0
Contrib. Seguros Privados	6,7	6,9	7,7	7,9
Outros	1,1	1,2	1,2	1,1
Sub-Total Privado	18,0	19,6	21,2	21,0

* Gastos com atenção, sem benefícios em dinheiro.

Fonte: Schneider et al., 1995, 538-542.

Segundo Schneider et al. (1995), tomando-se em conta os gastos totais em saúde, excluídos aqueles com transferências financeiras e com ensino e pesquisa, a participação dos gastos privados em saúde teria aumentado levemente entre 1980 e 1992, tanto pelo acréscimo dos pagamentos diretos efetuados pelas pessoas no ato da utilização quanto dos prêmios pagos aos seguros privados. Ainda conforme a esta fonte teria ocorrido diminuição da participação do GKV nos gastos em saúde, o que forneceria indícios positivos para a tese de tendência à privatização dos gastos em saúde na Alemanha. Na verdade, se examinados os dados do StBA, mais confiáveis por serem submetidos a tratamento uniforme ao longo do tempo, os gastos sob encargo direto dos domicílios privados sofreram aumento menos acelerado do que o conjunto dos gastos em saúde, como é demonstrado na tabela anterior, quando estimados os gastos de 1970 como base 100.

Gastos totais em saúde por habitante

A análise dos gastos *per capita* permite observar a evolução dos gastos em saúde independente do aumento populacional. Na tabela abaixo é exibida a variação dos gastos

totais em saúde por habitante nas últimas décadas, excluídos os efeitos inflacionários, uma vez que são utilizados preços constantes.

Tabela 56 – Evolução dos gastos totais* em saúde por habitante, por tipo de gasto. Alemanha, região ocidental, 1970-1994

Gastos por Habitante	1970	1980	1990	1994	80/70	90/80	94/ 90	1994
					var. %	var. %	var. %	DM***
Gastos Totais	1.149	1.755	2.072	2.367	52,7	18,1	14,0	6.014
Gastos Prevenção e Orientação	61	102	134	170	31,4	25,0	26,9	441
Atenção Ambulatorial Méd. e Odont.	190	249	310	360	31,1	24,5	16,3	1.085
Medicamentos, Meios Ajuda e Cura	128	254	350	395	98,4	37,8	12,8	750
Gastos por Paciente Internado**	1.519	1.797	2.076	2.392	18,3	15,5	15,2	7.218

* Em marcos alemães (DM), a preços constantes 1970 =100. ** Todos os tipos de internações. *** Moeda corrente, em marcos de 1994.

Fonte: *StBA Wirtschaft und Statistik* 2/1997:112.

Como já afirmado, durante os anos 70 ocorreu forte expansão dos gastos para todos os tipos de ações. A atenção hospitalar, próteses dentárias e medicamentos são os que mais contribuem com esta expansão. Nos anos 80 observa-se desaceleração com crescimento dos gastos *per capita* de 18%. Nos anos 90, os gastos voltam a expandir-se de modo mais acelerado. Os gastos totais em saúde por habitante acresceram nos anos 90 mais rapidamente do que nos anos 80. Os gastos *per capita*, em apenas quatro dos anos 90, cresceram 77% da taxa de crescimento de toda a década anterior. Os motivos deste aumento serão analisados ao tratar dos gastos do GKV.

3. Gastos do seguro social de doença alemão – GKV

O Seguro Social de Doença alemão, como discutido no primeiro capítulo, caracteriza-se pela estabilidade e contínua expansão. Expansão em duplo sentido: de cobertura, através do processo de inclusão progressiva de trabalhadores de novos ramos da economia – característica geral da evolução dos sistemas de proteção social constituídos segundo os princípios de seguro social – e de ampliação do catálogo de ações e benefícios.

A evolução dos gastos do GKV reflete este processo e sua análise por tipo permite visualizar a ampliação progressiva do catálogo de ações e benefícios e, ao mesmo tempo, os efeitos das medidas de contenção.

Os efeitos das medidas de contenção são por vezes paradoxais: a primeira reação é elevação dos gastos para então seguir-se uma queda. A seqüência típica é aumento brusco, -

prévio à entrada em vigor da lei - redução acentuada e retorno à expansão gradual. No período de debate imediatamente anterior à implantação da medida de contenção observa-se acréscimo dos gastos no item de despesas em questão. Logo, com sua implantação, ocorre diminuição por período curto, para então voltarem a subir os gastos.

Em 1995 – último ano de dados publicados –, os gastos totais¹⁵ do GKV na Alemanha como um todo foram de 262,8 bilhões de marcos (US\$ 175,2 bilhões). Destes, 83% corresponderam a gastos da região ocidental, que foram de 217 bilhões de marcos (US\$ 145 bilhões). Nesta mesma região, 172,7 bilhões de marcos (US\$ 115 bilhões) destinaram-se ao pagamento de ações médico-sanitárias e 17,6 bilhões (US\$ 11,7 bilhões), a transferências financeiras aos segurados¹⁶.

Na região oriental, os gastos foram de 45,5 bilhões de marcos, sendo 34,9 bilhões utilizados em ações de saúde e 3,6 bilhões em benefícios em espécie. A diferença no volume de gastos entre as duas regiões é decorrência, principalmente, do número de segurados em cada região, uma vez que os gastos por segurado são similares. Os gastos por segurado, em 1995, foram de 3.454 DM na região oriental e de 3.700 DM na região ocidental, diferença de apenas 7%. As diferenças de gastos entre os dois países diminuíram rapidamente desde 1991, tendo os dispêndios da região oriental se aproximado do padrão da região ocidental. Em 1991, os gastos por segurado na região oriental foram de apenas 1.608 DM, contra 2.811DM na região ocidental (BMG, 1996 T.10.4 e 10.9, cálculos próprios)¹⁷.

Distribuição dos gastos do GKV por setores de atenção – região ocidental

Em primeira aproximação, são apresentados com detalhe na tabela abaixo, para análise dos gastos por tipo, as diversas rubricas para 1993 dos gastos do GKV. Esta tabela permite observar a variedade de ações e benefícios do GKV e a distribuição de gastos por grandes áreas e, em particular, os gastos com prevenção.

Os gastos do GKV concentram-se em ações curativas individuais, notadamente hospitalares e ambulatoriais. As medidas de promoção e prevenção representam ínfima parcela dos mesmos. A atenção ambulatorial – médico-odontológica e por profissionais diversos – é responsável por 25,8% dos gastos, e a atenção hospitalar, por 35,1%. Embora a rubrica prevenção e ajuda/orientação seja responsável por 4,7% dos gastos, 70% destes gastos são com cuidados domiciliares e ajuda maternidade, como exposto na tabela abaixo.

Tabela 57 – Gastos* do GKV por tipo, Alemanha ocidental 1993

Ações e Benefícios	1993	%
1. Prevenção e Ajuda	8.085	4,7
1.1 Serviço Médico	549	
1.2 Promoção	496	
1.3 Diagnóstico Precoce	986	
1.4 Kur Preventiva	455	
1.5 Ajuda-Maternidade	2.590	
1.6 Cuidado Domiciliar	3.009	
2. Tratamento Ambulatorial	44.446	25,8
2.1 Médico	30.192	
2.2 Odontológico	10.516	
2.3 Outros Profissionais.	3.738	
3. Tratamento Hospitalar	60.587	35,1
3.1 Internações	58.215	
3.2 Transporte de Pacientes	2.372	
4. Kur Pós-Hospitalização	1.588	0,1
5. Medicamentos e Meios de Ajuda	29.291	17,0
6. Próteses Dentárias	4.913	2,8
7.1 Kur para Reabilitação	288	
7.2 Terapia de Trabalho	133	
8. Auxílio-Doença**	12.018	7,0
9. Auxílio Domiciliar	1.477	0,1
10. Gastos Não Divisíveis	9.572	5,5
Total	172.398	100

* Em milhões de marcos. ** Inclusive auxílio maternidade.

Fonte: *StBA-Statistisches Bundesamt*, 1996. *Gesundheitswesen. Fachserie 12, Reihe S.2 Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1993. Stuttgart: Metzler-Poeschel.*

Nas tabelas e gráfico abaixo, os gastos são agregados por setores de atenção de forma distinta da anterior e permitem analisar a evolução da participação dos diferentes tipos de gastos no conjunto das despesas do GKV, o que será apresentado a seguir¹⁸.

atenção médica ambulatorial

A atenção médica ambulatorial em 1995 foi responsável por 17,2% das despesas do GKV. Os gastos médico-ambulatoriais apresentam participação decrescente com pequenas oscilações desde os anos 70, quando alcançavam 22,9%. Desde 1980, variam em cerca de um ponto percentual, permanecendo entre 18 e 17%. Esta estabilidade da participação dos gastos médicos ambulatoriais deve-se tanto à participação progressivamente maior de outros setores da atenção como à evolução de seus gastos, em geral inferior à média anual para o GKV como um todo. Na última década (1986-1995), os gastos do setor ambulatorial progrediam mais vagarosamente (51,8%) que o conjunto dos gastos (57,9%). A evolução mais lenta deste setor, na maioria dos anos, foi compensada com a dos anos em que entraram em vigor leis de contenção. Em 1989 e 1993, enquanto o GKV como um todo reduziu seus gastos, aqueles com atenção médica ambulatorial continuaram a crescer (tabela seguinte).

A participação estável dos gastos com atenção médica ambulatorial no conjunto das despesas do GKV é utilizada, pela corporação médica, como argumento de não necessidade de inclusão do setor ambulatorial em medidas de contenção. A Lei da Reforma da Saúde – GRG – de 1988 não afetou os gastos ambulatoriais, pois outros setores foram prioritários. Em 1993, é possível observar os efeitos da GSG – Lei da Estrutura da Saúde. As medidas produziram desaceleração dos gastos da atenção ambulatorial, embora tenham tido menor impacto do que sobre outros setores. As taxas de aumento dos gastos do setor ambulatorial, bastante menores que nos anos anteriores, contribuíram para a redução dos gastos do GKV como um todo, ainda que estes não tenham sido reduzidos, como ocorreu em outros setores.

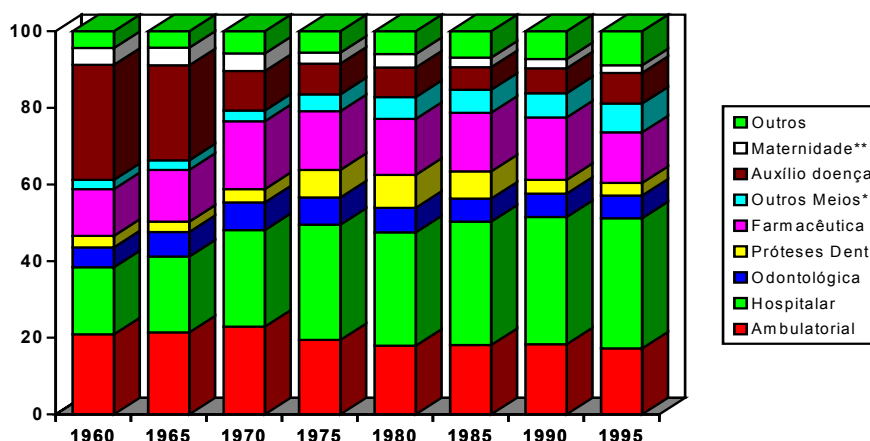
Tabela 58 – Distribuição dos gastos do GKV por setores de atenção e benefícios selecionados. Alemanha, região ocidental, 1960-1995

Atenção	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Ambulatorial	20,9	21,4	22,9	19,4	17,9	18,1	18,2	17,6	17,2	18,0	17,4	17,2
Hospitalar	17,5	19,8	25,2	30,1	29,6	32,2	33,2	32,4	32,1	33,9	34,4	34,0
Odontológica	5,2	6,4	7,2	7,1	6,4	6,0	6,1	6,0	6,1	6,3	6,1	5,9
Próteses Dent.	3,0	2,7	3,5	7,2	8,6	7,1	3,6	3,7	4,1	3,0	3,2	3,3
Farmacêutica	12,2	13,5	17,7	15,3	14,6	15,3	16,3	16,1	16,1	13,8	12,8	13,2
Outros Meios*	2,4	2,5	2,8	4,4	5,7	6,0	6,3	6,4	6,5	6,8	7,2	7,5
Auxílio-Doença	30,0	24,8	10,3	8,0	7,7	5,9	6,5	7,5	7,3	7,3	7,3	8,0
Depend. Severa	–	–	–	–	–	0,1	1,2	1,4	1,5	1,6	–	–
Maternidade**	4,4	4,6	4,6	2,9	3,5	2,5	2,4	2,2	2,1	2,2	2,1	2,0
Outros	4,4	4,3	5,8	5,6	6,0	6,9	7,3	6,9	7,1	7,2	7,9	8,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* Outros meios: inclui outros método de cura e meios de ajuda. ** Maternidade inclui: ações médicas e transferências financeiras.

Fonte: BMG, 1996:10.8.

Gráfico 11 - Distribuição dos gastos do GKV por setores de atenção e benefícios selecionados. Alemanha, região ocidental, 1960-1995



* Outros meios: inclui outros método de cura e meios de ajuda. ** Maternidade inclui: ações médicas e transferências financeiras.

Fonte: BMG, 1996:10.8.

- *auxílio-doença*

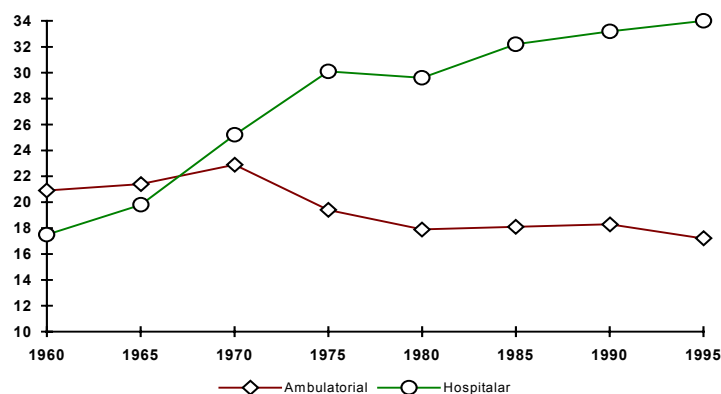
Como exposto na tabela e gráficos acima, os gastos com transferências financeiras perderam importância, decrescendo sua participação no conjunto das despesas do GKV por conta de evolução menos acelerada que a do conjunto dos gastos. A maior alteração ocorreu nos anos 70, quando a participação do auxílio-doença passou de 30%, em 1960, para 10,3%, em 1970.

Em 1980, os gastos com auxílio-doença atingiram seu nível mais baixo de participação, apenas 5,9%. Nos anos 90, esta proporção voltou a subir levemente, alcançando 8% em 1995. Esta recente mudança não passou despercebida à coalizão governamental que decretou – apesar dos protestos – a redução do benefício em setembro de 1996, que foi uma das medidas do Sparpaket, como será discutido adiante¹⁹.

- *atenção hospitalar*

A importância da atenção hospitalar na atenção médica reflete-se na sua participação nos gastos. Atualmente, este é o setor da atenção que despense maior quantidade de recursos. Os gastos com atenção hospitalar, ao contrário do auxílio-doença, tiveram aumento progressivo de sua importância, em especial até 1975, quando alcançaram 30% do conjunto das despesas do GKV. Em 1995, 34% dos gastos destinaram-se ao pagamento da atenção hospitalar proporcionada aos segurados do GKV. Na última década, os gastos com atenção hospitalar aumentaram de modo mais acelerado (62,1%) do que as despesas do GKV como um todo (57,9%). Por sua elevada participação, o setor hospitalar é tido como o vilão atual para os defensores da contenção de gastos na Alemanha.

Gráfico 12 - Participação dos gastos ambulatoriais e hospitalares no conjunto dos gastos do GKV - Alemanha Ocidental, 1960 - 1995



Fonte: BMG, 1996:10.8.

- *assistência farmacêutica*

Os gastos com assistência farmacêutica em 1995 foram responsáveis por 13,2% do conjunto dos gastos. Desde os anos 70, com a relativa redução das transferências financeiras aos segurados, os gastos com medicamentos ocupam o terceiro lugar em importância na participação, após os setores hospitalar e ambulatorial. Na última década, a participação dos gastos com medicamentos no conjunto dos gastos do GKV aumentou de modo gradual até 1992. Em 1993, esta participação diminuiu, passando de 16,1 para 13,8, em virtude da redução real em 19% do montante despendido com medicamentos no ano.

O mecanismo da GSG – Lei da Estrutura da Saúde –, que fixou teto orçamentário para prescrições e impôs sanções aos médicos caso fosse ultrapassado, surtiu efeitos ainda em 1994. Em 1995, as sanções, por influência da corporação médica, foram afrouxadas e os gastos com medicamentos voltaram a aumentar mais do que o conjunto dos gastos, o mesmo tendo ocorrido em 1996.

A assistência farmacêutica é apontada como o setor da atenção em que a introdução de medidas de controle de qualidade melhor poderiam ter efeitos de eficiência – reduzindo gastos, sem produzir restrições na atenção garantida. Em 1995, as prescrições de medicamentos de efeitos duvidosos – não comprovados, associações espúrias etc. – foram responsáveis por 23% dos gastos com medicamentos e outros produtos distribuídos pelas farmácias, alcançando faturamento de 7 bilhões de marcos aproximadamente, o montante do déficit do GKV no ano para a Alemanha como um todo²⁰.

- *outros meios de tratamento e ajuda*

Os outros meios – métodos terapêuticos (*Heilmittel*) e meios de ajuda (*Hilfsmittel*) – envolvem grande diversidade de ações, com evolução diferenciada de gastos. Em seu conjunto, esta rubrica foi responsável em 1995 por 7,5% dos gastos do GKV. Uma observação de longo prazo mostra que estas despesas cresceram sempre acima da média do conjunto dos gastos. Isto produziu expressivo aumento da participação – mais de 70% – desta rubrica no conjunto dos gastos do GKV, nos últimos vinte anos, tendo passado de 4,4%, em 1975, para 7,5%, em 1995. Na última década, estas foram as despesas de crescimento mais acelerado. Elevaram-se em 104% quase o dobro do aumento dos gastos do GKV. Este crescimento é decorrente da inclusão progressiva de novas ações terapêuticas e da difusão das referidas profissões, disponibilizando o acesso para maior número de segurados, bem como da maior sofisticação de meios de ajuda utilizados.

O baixo acréscimo de gastos com outros meios verificados em 1993 foi consequência da GSG, que fixou tetos máximos para a prescrição pelos médicos de outros métodos terapêuticos, a mesma medida utilizada para o controle de medicamentos. Desde 1994 têm sido negociados tetos máximos de gastos para estas ações em nível estadual, juntamente com os gastos para medicamentos; isto, porém, não tem sido efetivo para o controle de gastos, que continuam a subir mais velozmente que o conjunto dos gastos desde 1994.

- *atenção odontológica*²¹

Em 1995, a atenção odontológica em seu conjunto representou 9,2% dos gastos do GKV. Sua participação, que chegou a 15% em 1980, tem decrescido a partir de então por conta de restrições introduzidas, em particular, para as próteses. Estas, desde 1993, correspondem apenas a um terço dos gastos com assistência odontológica.

A participação dos gastos com atenção odontológica, excluídas as próteses²², no conjunto dos gastos do GKV tem-se mantido em torno de 6% desde os anos 80. Isto é, na última década, estes gastos aumentaram no mesmo ritmo que o conjunto dos gastos.

O acesso a próteses dentárias foi ampliado na segunda metade dos anos 70, o que produziu forte elevação de sua participação no conjunto dos gastos, chegando a 8,6% em 1980. Entre 1975 e 1985, os gastos com próteses representaram mais de 50% da atenção odontológica como um todo.

Na última década, por conta de restrições introduzidas – via cortes e aumento da participação dos usuários – os gastos com próteses dentárias oscilam fortemente, atingindo a mais baixa taxa de crescimento no somatório da década. A observação da evolução dos gastos com próteses dentárias mostra bem os efeitos de contenção das Leis da Reforma da Saúde, em 1989, e da Lei da Estrutura da Saúde, em 1993. As restrições impostas produziram diminuição imediata de 50% e 28%, respectivamente.

Pode-se observar também uma reação preventiva, que provocou antecipação de gastos. Em 1988 foram anunciadas restrições que vigorariam a partir de 1989. Como a decisão por uma prótese é em geral eletiva, o anúncio desencadeou corrida aos consultórios, provocando forte aumento no volume de gastos com próteses em 1988, seguido de redução em 1989 de cerca de 50%. O efeito de contenção, na verdade, é bem menor do que isto. Se comparados os gastos de 1989 com os de 1987, o efeito das restrições introduzidas seria apenas de 23%²³. Os efeitos de contenção porém não foram muito duradouros; passados um ou dois anos, as despesas com próteses voltaram a elevar-se mais rapidamente do que os gastos do GKV em geral.

- *dependência severa*

As ações domiciliares ou em regime de internação relativas a cuidados de longa duração foram introduzidas no catálogo do GKV em 1989. Com a criação de um ramo de seguro social específico para estes cuidados, as respectivas despesas com segurados por dependência severa passaram a ser contabilizadas no novo ramo do seguro social desde o segundo semestre de 1995.

Tabela 59 – Variação anual em % dos gastos do GKV em setores de atenção selecionados – Alemanha, região ocidental, 1986-1995

Atenção	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Δ%
Ambulatorial	3,2	3,3	3,3	4,6	7,6	9,7	8,2	3,3	4,0	3,6	51,8
Hospitalar	7,0	4,6	0,7	3,4	9,3	10,2	9,8	5,6	7,7	3,8	62,1
Odontológica	7,6	2,9	4,4	0,0	6,2	11,7	11,3	2,5	4,7	1,3	52,6
Próteses Dent.	-10,0	-8,9	53,6	-49,6	-0,4	16,0	21,9	-28,2	15,5	7,1	17,0
Farmacêutica	6,2	7,2	8,2	-1,1	8,0	12,1	10,6	-19,5	4,9	7,4	44,0
Outros Meios*	10,9	8,7	13,5	12,1	7,7	15,0	12,0	1,1	13,4	10,0	104,4
Auxílio-Doença	7,8	7,5	5,3	-0,1	13,2	16,7	7,9	-0,9	7,6	14,2	50,8
Maternidade**	-8,0	-5,3	12,7	3,2	14,0	6,5	6,5	3,0	0,7	2,9	29,7
Total Ações	4,9	4,3	7,7	-3,8	8,9	13,0	10,7	-1,1	7,5	4,9	57,9

* Outros meios: inclui outros métodos de cura e meios de ajuda. ** Proteção à maternidade inclui: ações médicas e transferências financeiras.

Δ - corresponde à evolução dos gastos na década

Fonte: BMG, 1996:10.7; para os anos de 1986 a 1989 cálculos próprios.

Evolução dos gastos do GKV por setores de atenção – região oriental

Como se pode observar na tabela abaixo, durante os anos 90, o crescimento dos gastos do GKV para todos os setores de atenção e benefícios na região oriental foi mais rápido do que na região ocidental, em razão do processo de adequação e acomodação ao padrão de ações e gastos ocidentais. Mesmo com esta evolução mais acelerada, os gastos do GKV por segurado na região oriental ainda permanecem mais baixos que a média nacional.

Pode-se dizer que ocorre acomodação da oferta e da demanda. A oferta organiza-se para produzir e contabilizar os gastos no padrão ocidental, os profissionais de saúde aprendem a utilizar exames e medicamentos e contabilizar as unidades de serviço e os segurados tomam conhecimento dos benefícios e ações a que têm acesso e passam a utilizá-los²⁴. Isto se evidencia no caso de ações integrantes dos chamados meios de ajuda – lentes, aparelhos de audição e ortopédicos –, cujos gastos por segurado foram cerca de 10% maiores que na região ocidental em 1993, embora os gastos médios totais por segurado tenham sido 20% mais baixos²⁵.

É obrigatório ressaltar que a grande variação observada em 1992, por relação a 1991, na tabela abaixo, é em parte também decorrente de prováveis dificuldades e problemas de contabilização em 1991, primeiro ano da unificação do sistema de seguro social de doença.

Tabela 60 – Variação anual em % dos gastos do GKV em setores de atenção selecionados. Alemanha, região oriental, 1992 -1995

Atenção	1992	1993	1994	1995
Ambulatorial	33,4	16,4	13,2	7,7
Hospitalar	29,4	12,3	14,2	4,2
Odontológica	49,1	6,2	6,7	2,8
Próteses Dent.	127,7	55,8	13,3	-1,6
Farmacêutica	37,0	3,8	10,8	8,5
Outros Meios*	68,0	15,9	16,6	10,1
Auxílio-Doença	75,4	31,4	18,0	23,0
Maternidade**	14,7	1,7	4,6	11,3
Total Ações	44,6	7,4	13,9	7,5

* Outros meios: inclui outros método de cura e meios de ajuda. ** Proteção à maternidade inclui: ações médicas e transferências financeiras.

Fonte: BMG, 1996: 10.8.

Variação dos gastos do GKV em 1996

Em 1996, repetindo o desempenho de 1995, os gastos do GKV aumentaram novamente mais do que as receitas de contribuição. Na região ocidental, os principais aumentos ficaram por conta das medidas de promoção (15,8%), próteses dentárias (11%) e outros meios terapêuticos e de ajuda (9,2%). Na região oriental, as maiores taxas de aumento foram relativas a despesas com outros meios terapêuticos e de ajuda (11,7%), estadias em casa de repouso – *Kur* – (7,4%) e próteses dentárias (9,2%).

Tabela 61 – Variação em % dos gastos do GKV em relação ao ano anterior, por ações selecionadas

Ações	Occidental			Oriental	
	1995	1996	1997	1996	1997
Cuidados Domiciliares*	22,6	14,7	-11,3	-4,7	-10,7
Promoção e Serv. de Saúde Pública	26,3	15,8	-38,0	-4,2	-30,7
Próteses Dentárias	7,1	11,0	2,2	9,2	9,2
Outros Meios Terapêuticos e de Ajuda	10,0	9,2	-3,8	11,7	-5,7
Odontológica	1,3	7,8	1,6	5,7	-1,5
Assistência Farmacêutica	7,4	6,9	-3,9	4,9	7,2
Transporte de Doentes	8,8	4,6	1,62	7,0	1,3
Ambulatorial	3,6	3,0	2,1	-2,0	3,1
Kur	14,5	2,9	-17,1	7,4	-21,7
Hospitalar	3,8	-0,3	2,3	5,4	3,4
Auxílio-Doença	14,2	-2,0	-21,2	2,8	-18,6
Gastos Administrativos	2,5	7,0	1,5	5,2	-5,3
Total Ações	4,9	3,2	-1,9	3,9	-1,9
Receitas de Contribuições	0,7	3,3	1,7	4,8	3,0

* De curto prazo, para doenças agudas.

Fonte: *Rechnungsergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung* – www/bmgesundheit. Apresentado no modelo do *Sozialpolitische Umschau* 25.11.96 Boletim do *Presse- und Informationsamt der Bundesregierung*. Os dados foram atualizados.

Os gastos com auxílio-doença diminuíram em 1996, ao contrário das outras ações. As reduções no auxílio-doença, alcançadas em especial pelas Caixas Locais, de Empresas e dos Mineiros, teriam sido consequência de manejo mais adequado dos casos

(Ä.Z.7/8.03.1997). É provável que também sejam efeitos do *Sparpaket* de setembro de 1996, que reduziu o auxílio-doença, pago pelo GKV, em 10%.

A evolução dos dispêndios foi diferenciada entre as Caixas. Em 1996, os gastos por contribuinte nas Caixas Substitutas aumentaram 3,6% na região ocidental e 3% na região oriental, enquanto suas receitas de contribuição cresceram apenas 1,1%. Os gastos das Caixas Locais tiveram aumento maior: 6,4% na região ocidental e 2,4% na Oriental, contra pequeno aumento de receitas de contribuição de 0,7% e 1,5%, respectivamente.

Em 1996, os aumentos com próteses dentárias foram dos mais importantes. Ficaram em 9% nas Caixas de Empresas e 11,3% nas Caixas Locais. Para outros meios terapêuticos e de ajuda – *Heil-* e *Hilfsmittel* –, as Caixas Locais empregaram recursos 10% mais elevados que no ano anterior, e as Substitutas de Operários, 7,3% (FR,04.03.94).

No primeiro semestre de 1996, os gastos com medicamentos aumentaram muito, o que motivou a recomendação de restrições nas prescrições por parte das Associações de Médicos Credenciados a seus associados. De fato ocorreu modificação no comportamento dos médicos, tendo sido reduzidas as prescrições no último trimestre de 1996. Ainda assim, os aumentos dos gastos com medicamentos ficaram em 7% (Caixas Locais) e 6% (Caixas Substitutas) (FR.04.03.94).

A forma de apresentação da evolução dos gastos da tabela anterior – especial seleção de ações apresentada em boletins informativos governamentais – serviu para justificar medidas de contenção introduzidas com a Lei de Alívio da Contribuições do *Sparpaket*, em setembro de 1996, e completadas depois com as leis da terceira etapa da reforma, em 1997 – ‘Leis de Reordenação da Administração Autônoma e da Auto Responsabilidade no GKV’.

Se isto, por um lado, mostra a vigilância contínua exercida pelos órgãos governamentais sobre a evolução dos gastos do GKV, pouco informa acerca da pertinência e impacto das restrições, mesmo se considerados apenas os enunciados objetivos governamentais de contenção. Maiores taxas de aumento para certa ação não implicam necessariamente maior responsabilidade daquela ação para o aumento dos gastos em seu conjunto. Esta depende do grau de participação de determinada rubrica no conjunto dos gastos. Assim, embora as despesas com cuidados domiciliares e promoção tenham apresentado maior crescimento entre as rubricas selecionadas, não podem ser responsabilizadas pela evolução dos gastos. Esta resultou muito mais dos gastos com assistência farmacêutica, outros meios e atenção odontológica, cujas participações no conjunto das despesas do GKV são importantes.

Embora nem todas tenham sido aprovadas, medidas restritivas foram sugeridas para cada uma das áreas/tipos de ações com maiores taxas de aumento de gastos, o que evidencia e explicita o caráter essencialmente restritivo da terceira etapa da reforma da saúde. Propôs-se a abolição dos cuidados domiciliares para tratamento de casos agudos²⁶; as medidas de promoção foram excluídas, embora a participação desta rubrica no conjunto dos gastos fosse mínima; as taxas de co-pagamento para medicamentos foram majoradas; próteses dentárias foram abolidas para todos os segurados nascidos depois de 1978. Para os outros métodos terapêuticos foi proposto, mas retirado posteriormente, que se tornassem ações opcionais, oferecidas ou não pelas Caixas²⁷.

Gastos administrativos

A preocupação a respeito dos gastos com administração tem adquirido maior importância com o avanço das medidas de contenção e da competição entre as Caixas. Os gastos administrativos seriam mais diretamente influenciáveis pelas próprias Caixas através da adoção de medidas gerenciais. A atuação mais eficiente das Caixas no sentido do controle da gastos administrativos poderia colocá-las em vantagem na competição por segurado.

Os gastos do GKV com administração apresentaram evolução similar àquela do conjunto de gastos, mantendo quase constante um percentual de participação. A participação dos gastos com administração oscilou entre 4 a 5% dos gastos totais do GKV nas últimas décadas. Sua maior participação ocorreu em 1990, quando alcançou 5,14%. Os gastos administrativos variam entre as Caixas e regiões. Em 1995, os gastos administrativos das Caixas Locais foram de 5,3%, na região ocidental, e de 6,4%, na região oriental (AOK, Bilanz 1995:49). Para *Techniker Krankenkasse*, uma das Caixas Substitutas para Empregados – de clientela restrita e das mais ricas –, estes gastos foram de 4,3%.

Tabela 62 – Percentagem de gastos do GKV com administração. Alemanha ocidental, 1970-1995

Ano	%
1970	4,89
1975	4,46
1980	4,18
1985	4,61
1990	5,14
1995	4,45

Fonte: BMG, 1996 T.10.9, cálculos próprios.

A comparação internacional de gastos administrativos, assim como para os gastos em saúde em geral, é difícil em virtude da imprecisão nas definições, disponibilidade de informações e amplitude do universo abarcado na análise²⁸. Uma referência pode estar na

confrontação com os seguros privados de saúde na própria Alemanha. Os gastos administrativos dos seguros privados, em 1992, representaram 15% das receitas com prêmios e 12,7% do conjunto de suas receitas. A partir deste cotejo é possível estimar os gastos administrativos das Caixas como não excessivos. Além disso, para comparação mais adequada com o GKV, os lucros deveriam ser somados aos gastos administrativos dos seguros, o que melhoraria ainda mais a posição do GKV (Schwartz & Busse, 1994:413).

O aumento dos gastos administrativos é a provável consequência inadequada de maior competição entre as Caixas, uma vez que esta, mais do que estimular o aumento da eficiência, poderia levar a acréscimo de gastos administrativos das Caixas, em especial com *marketing* e serviços personalizados de atendimento ao cliente. Pelos dados oficiais expostos na tabela acima, isto ainda não estaria sendo verificado, mesmo que tenha havido alteração neste tipo de gastos. Os dispêndios mais elevados com propaganda e serviços mais personalizados voltados ao cliente podem ter sido compensados com a economia de recursos administrativos proporcionada pelo processo de fusão das Caixas.

GKV – Relação entre receitas e despesas

A justificativa imediata das medidas de contenção reside nos reiterados déficits apresentados pelas Caixas, uma vez que as despesas têm crescido com frequência mais rapidamente do que as receitas de contribuição. Na última década pode-se observar ciclos bianuais de déficits e superávites resultantes das reformas introduzidas. Déficit recorrentes, ao final da década de 1980, desencadearam a ‘Lei da Reforma da Saúde’ de 1988, cujos efeitos se fazem notar nos dois anos imediatamente posteriores.

Em 1991 e 1992, os gastos voltam a superar as despesas. As medidas da ‘Lei da Estrutura da Saúde’, implementadas no início de 1993, produziram redução dos gastos em 1993 e superávites neste ano e no subsequente. Em 1995 e 1996 houve novos déficits e foram implementadas medidas de contenção no segundo semestre de 1997. Neste ano, seus efeitos sobre a contenção já puderam ser avaliados. Após um déficit de quase 7 bilhões de marcos no ano de 1996, o GKV fechou 1997 com superávit de 1,1 bilhões (resultados preliminares).

Tabela 63 – Receitas, despesas e saldo financeiro do seguro social de doença alemão – GKV. Região ocidental, 1970-1997 e saldo total e região oriental, 1991-1997

Ano	Receitas	Despesas	Saldo Oeste	Saldo Leste	Saldo Total
1970	26.116	25.179	937	-	
1980	88.452	89.834	-1.382	-	
1985	11.831	114.108	-2.277	-	

1986	118.507	119.867	-1.361	-	
1987	125.074	124.997	77	-	
1988	132.639	134.376	-1.737	-	
1989	139.682	129.927	9.755	-	
1990	147.753	141.654	6.099	-	
1991	154.221	159.814	-5.593	2.773	-2.820
1992	167.778	176.876	-9.098	-256	-9.354
1993	184.421	175.362	9.059	1.355	10.414
1994	194.181	192.120	2.061	116	2.177
1995	212.233	217.352	-5.119	-1.836	-6.955
1996	219.700	224.340	-4.640	-2.140	-6.780
1997	220.750	219.350	1.400	-300	1.100

* Em milhões de marcos correntes.

Fonte: BMG, 1996 T.10.9; para 1996 e 1997, <http://www.bmggesundheit.de> em 11.06.98.

Os déficits, assim como a evolução dos gastos por item, são diferenciados entre as Caixas. Recentemente, o fundo de compensação da estrutura de riscos dos segurados – RSA – entrou no rol dos motivos de déficits. As Caixas, obrigadas a fazer repasses para o Fundo, responsabilizam-nos por suas dificuldades financeiras. Em 1996, as Caixas Substitutas apresentaram déficit de 3,3 bilhões de marcos (700 milhões na Região Leste), tendo participado com 16 bilhões na RSA. As Caixas Locais, em decorrência das diferenças na estrutura de riscos de seus segurados, receberam montante similar e apresentaram déficit de 2 bilhões. As Caixas de Empresas, que transferiram 1,4 bilhões para o fundo de compensação, acusam a RSA por seu déficit de 400 milhões de marcos (FR.04.03.97).

4. O problema dos gastos em saúde: explosão dos custos ou erosão das receitas?

O debate sobre o problema dos gastos no setor saúde é impregnado pela instrumentalização política na apresentação de dados. Kühn (1995) pergunta-se como é possível utilizar a metáfora "a explosão de custos", que sugere acontecimentos catastróficos, por um período de vinte anos. "Como alguma coisa pode explodir durante 20 anos?" A utilização desta metáfora, por si só, sugere certa arbitrariedade. Se analisados os artigos que difundiram a "explosão de custos" na Alemanha, na metade dos anos 70, a 'explosão' pode ser em parte atribuída a dois simples artifícios estatísticos. Um deles é o valor do ano base selecionado. Quanto mais baixo o valor do ano base, maior o crescimento. O outro é a relação entre as ordenadas. Quanto menor o intervalo na escala utilizada no eixo das ordenadas e menor o espaçamento nas abcissas, mais abrupta parece ser a subida da curva. Assim, uma função linear levemente ascendente foi apresentada como tendência exponencial.

Uma tendência de gastos levemente crescentes foi transformada em explosão (Kühn, 1995:146).

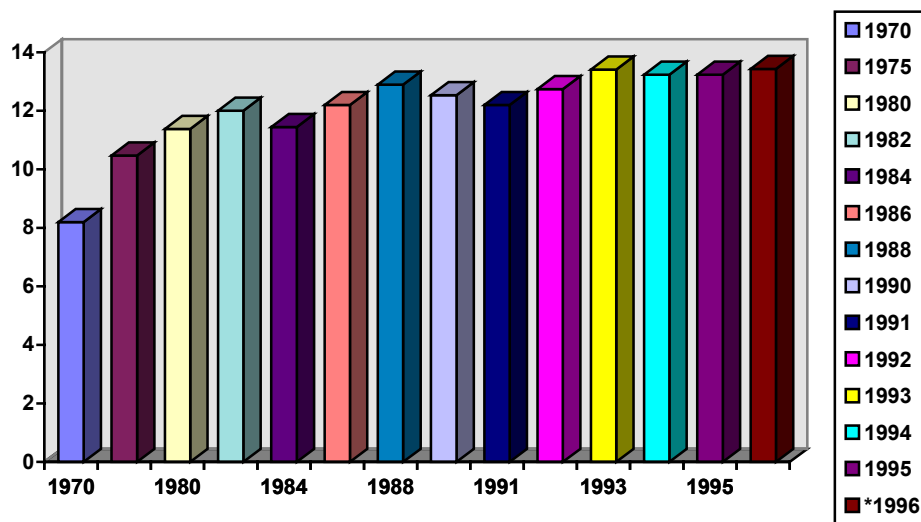
Embora tenha ocorrido aumento gradual dos gastos em saúde, apenas no período entre 1970 e 1975 ocorreu forte aumento, para o qual a metáfora da ‘explosão dos custos’ poderia ser empregada. Se comparada a evolução dos gastos em relação ao PIB, após este período observa-se certa estabilização dos gastos do GKV. De fato o que ocorreu e detonou a discussão sobre a contenção foi o aumento contínuo das taxas de contribuição do Seguro Social de Doença, como mostrado na tabela abaixo. Nos últimos vinte anos, as taxas médias de contribuição aumentaram gradualmente, tendo crescido três pontos percentuais. Passaram de 10,47%, em 1975, para 13,45%, em 1996. Desde os anos 70, embora o objetivo político-econômico das medidas de contenção de gastos em saúde tenha sido a estabilização das taxas de contribuição, esta não foi atingida.

No debate sobre as possibilidades de melhora da posição da Alemanha na competição econômica internacional – *Standort Deutschland* –, a diminuição dos custos sociais do trabalho, entre os quais se incluem as contribuições para o Seguro Social de Doença, tem sido considerada um dos fatores centrais. Daí a ênfase na estabilização/redução das taxas de contribuição (Deppe, 1996:6). Para Kühn (1995), a tematização do problema das contribuições como "explosão de custos" levou a uma tipologia de soluções voltada para os gastos, concentrada sobre os segurados – os pacientes. Se a questão fosse do alcance de maior eficiência, as soluções centrar-se-iam no controle dos prestadores de serviços, buscando elevar a economicidade do sistema.

O gráfico e tabela a seguir mostram a evolução das taxas de contribuição do seguro social de doença, de 1970 a 1996, na região ocidental. O gráfico ilustra bem o aumento mais brusco das taxas na segunda metade dos anos 70. Nos anos 80, as contribuições continuaram a crescer, porém, em decorrência da série de leis de contenção apresentam ciclos de redução e elevação.

Gráfico 13 Gráfico 10 – Taxas médias de contribuição do GKV. Região Ocidental 1970-1996

* Referente a junho de 1996.



Fonte: SVR, 1994:330; BMG, 1995-a *Daten des Gesundheitswesens*, p.310. Para 1995 e 1996 BMG, 1996 T.10.11.

Tabela 64 – Taxas médias de contribuição do GKV. Região Ocidental

Ano	GKV total**
1970	8,20
1975	10,47
1980	11,38
1982	12,00
1984	11,44
1986	12,20
1988	12,90
1990	12,53
1991	12,20
1992	12,74
1993	13,41
1994	13,23
1995	13,24
1996*	13,43
1998***	13,56

*Referente a junho de 1996. *** Referente a janeiro.

Fonte: SVR, 1994:330; BMG, 1995-a *Daten des Gesundheitswesens*, p.310. Para 1995 e 1996 BMG, 1996 T.10.11.

Participação da renda do trabalho assalariado na economia

O problema não seria tanto de incremento de gastos e mais de erosão das receitas. A modalidade de financiamento do sistema alemão através da arrecadação de contribuições faz com que as receitas das Caixas – limitadas aos rendimentos do trabalho assalariado – estejam imediata e diretamente ligadas à conjuntura econômica e à situação do mercado de trabalho.

Para diversos autores (Kühn, 1995-a; Deppe, 1996-a; Steffen, 1996; Gerlinger & Schönwälder, 1996; Stegmüller, 1996), o aumento das taxas de contribuição foi

essencialmente condicionado pelo descompasso entre a evolução do PNB e os rendimentos do trabalho assalariado, o qual se expressa na redução da participação da cota de salários na renda popular – *Volkseinkommen*²⁹ que consiste na parcela do produto nacional bruto à disposição para distribuição³⁰. A renda popular corresponde, em termos simples, à parcela do PNB constituída pela soma de todos os rendimentos provenientes dos salários, ordenados, juros, aluguéis e lucros. A cota de participação dos salários na renda popular aumentou continuamente até o início dos anos 80, alcançando o seu ápice em 1982 e, a partir de então, tem declinado gradualmente, com uma única exceção. A participação dos rendimentos do trabalho assalariado na renda nacional foi, em 1982, de 76,9% e caiu, em 1993, para 72,1%. Em 1995, a participação da cota de renda bruta decorrente do trabalho assalariado como proporção da renda nacional caiu para 69%, estando atualmente abaixo do nível dos anos 70 (Steffen, 1996). Este declínio da participação da massa salarial na renda nacional tem como contrapartida o aumento da participação das rendas decorrentes da atividade empresarial, do trabalho autônomo e de capital³¹.

Semelhante diminuição da participação dos rendimentos do trabalho assalariado na renda popular ocorre mesmo quando são excluídas diferenças decorrentes da mudança da estrutura de ocupação para o cálculo da cota de participação dos rendimentos do trabalho assalariado (Schäfer, 1996 e 1996-a)³².

Desde o início dos anos 80, o volume total dos salários tem crescido mais lentamente do que o produto nacional bruto – PNB, o que se expressa na diminuição da cota de participação dos rendimentos do trabalho assalariados na renda popular. Se a participação da renda do trabalho assalariado no produto nacional bruto diminui, significa que a potencialidade de financiamento do Seguro Social de Doença não aumenta proporcionalmente conforme o aumento do PNB. Assim, mesmo que os gastos em saúde evoluam no mesmo ritmo de crescimento do PNB – situação que pode ser amplamente desejável – as taxas de contribuição terão que ser majoradas. Isto é, com a diminuição relativa da renda do trabalho assalariado, a base financeira do sistema GKV, centrada nas contribuições sobre o trabalho assalariado, sofreu erosão, compensada pelo aumento das taxas de contribuição. A manutenção de receitas condizentes a um volume de gastos iguais ou crescentes implicou o aumento das taxas de contribuição, uma vez que o funcionamento das Caixas tem, como princípio, o equilíbrio entre despesas e receitas.

Tabela 65 – Cota de participação dos rendimentos do trabalho assalariado na renda popular (*Volkseinkommen*)³³. Alemanha Ocidental, 1960-1993

Ano	Salários
1960	60,1
1970	68,0
1975	74,2
1980	75,8
1981	76,8
1982	76,9
1983	74,6
1984	73,4
1985	73,0
1986	72,1
1987	72,6
1988	71,5
1989	70,3
1990	69,6
1991	69,6
1992*	70,7
1993*	72,1
1994	70,1
1995	69,0

* Dados preliminares.

Fonte: Kühn, 1995-a; para o ano de 1994 Deppe, 1998; para o ano de 1995 Steffen, 1996.

A argumentação de empresários de que os custos do trabalho aumentaram por conta da elevação das taxas de contribuição para os diversos ramos do seguro social, o que levaria à piora de sua posição na competitividade internacional, tem pouco fundamento. São de interesse, na verdade, os custos totais do trabalho – a participação da parcela do conjunto dos salários brutos, no qual os custos sociais estão incluídos, na economia como um todo. Esta cota de participação dos rendimentos do trabalho na renda nacional tem diminuído, o que significa dizer que os custos totais do trabalho foram reduzidos apesar da elevação das taxas das contribuições sociais. Além do que, a evolução real da renda do trabalho na última década tem sido muito modesta. Acordos coletivos têm sido fechados nos níveis de inflação e índices maiores têm resultado, por vezes, de contrapartidas compensatórias para os empregadores.

Importante fator adicional para erosão das receitas do seguro social de doença – GKV – foi o aumento progressivo do desemprego. Afora a redução da base de contribuição que os proventos menores implicam, a base de cálculo para as taxas de contribuição pagas pelo seguro-desemprego ao GKV foi diminuída. Enquanto na Alemanha Ocidental, em 1981, existiam 1,3 milhões de desempregados, esta população ultrapassara, em 1996, a casa dos 4 milhões em todo o país.

O alto nível de desemprego na Alemanha, como exposto na tabela abaixo, ao contrário da maior parte dos países da OECD, é fenômeno relativamente recente, em especial

da década de 1990³⁴. A taxa de desemprego alemã, mesmo sendo mais baixa que nos outros países, encontra-se em alta desde a metade dos anos 80. Em março de 1997 estava em 9,7% e continuava a crescer. No início dos anos 90 (1990 a 1993), por conta do impulso decorrente da unificação, as taxas de desemprego foram contidas. O maior número de postos de trabalho na Alemanha Ocidental foi atingido em 1992, quando 29,1 milhões de pessoas encontravam-se ocupadas, incluídos os autônomos. De lá para cá (1996), o número de postos de trabalho foi reduzido na região ocidental em 900 mil e, na região oriental, entre 1991 e 1996, em 1,3 milhões. O problema na região oriental é mais grave, pois em alguns dos cinco novos estados, a taxa de desemprego ultrapassa 20%. Estima-se que, de 1989 a 1995, foram extintos 3,34 milhões postos de trabalho na região oriental, ao passo que, no mesmo período, foram criados 800 mil novos postos na região ocidental (*Sozialpolitische Umschau*, 1997:158 e 1996:330).

Tabela 66 – Taxas de desemprego em países selecionados

Países	1970-1980	1980-1990	1994	1995	1996	1997*
Alemanha**	2,5	5,7	8,4	8,2	9,0	9,7
Bélgica	4,6	10,4	10,0	9,9	9,8	9,6
Dinamarca	4,3	7,4	8,2	7,2	6,9	6,3
França	4,1	9,0	12,3	11,7	12,4	12,5
Grã Bretanha	3,8	9,5	9,6	8,8	8,2	7,3
Itália	6,5	9,3	11,4	11,9	12,0	12,2
Japão	1,7	2,5	2,9	3,1	3,4	3,3
Holanda	3,9	9,9	7,1	6,9	6,3	5,7
Noruega	1,1	3,0	5,4	4,9	4,8	4,7
Áustria	1,8	4,2	3,8	3,9	4,4	4,4
Suécia	2,1	2,4	9,8	9,2	10,0	10,9
Suíça	0,4	0,6	4,7	4,2	4,7	5,5
Espanha	5,2	17,9	24,1	22,9	22,2	21,4
EUA	6,2	7,0	6,1	5,6	5,4	5,2
União Européia	4,2	9,3	11,1	10,8	10,9	10,9

* Relativo ao mês de março de 1997; todas as outras taxas são médias dos períodos. ** A partir de 1994, as taxas se referem à Alemanha como um todo.

Fonte: Eurostat, International Labour Office e OECD apud *Sozialpolitische Umschau*, 1997: n.254.

Diversas outras alterações no mercado de trabalho contribuíram para a erosão de receitas do GKV. Além do desemprego crescente, o aumento da participação dos trabalhadores por tempo parcial e das mulheres no total de contribuintes compulsórios, grupos cujos salários são em geral mais baixos, também teve repercussões sobre o potencial de arrecadação do GKV. Na região ocidental, entre a população ocupada com obrigatoriedade de asseguamento, a proporção de trabalhadores em tempo parcial passou de 8%, em 1980, para 12,8%, em 1995³⁵. A proporção de mulheres, por sua vez, passou de 38,6%, em 1980, para 42%, em 1995 (*Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung*, 1996). Ao mesmo tempo aumentou o número de relações de trabalho dispensadas de contribuições sociais (Schönbach, 1997:65). Outro fator que pesou para essa situação foram os reajustes

insuficientes dos salários limites de contribuição. Desde a metade dos anos 80, o salário limite de contribuição foi reajustado a uma taxa ainda inferior à taxa média da lenta evolução dos salários.

Além disso, as receitas foram corroídas pela transferência de ônus de outros ramos do seguro social para o GKV. Para críticos das reformas propostas pela coalizão governamental, a participação crescente do GKV nos gastos seria também resultado de estratégia governamental de empurra-empurra – *Verschiebungsbahnhof* – de gastos de outras áreas do sistema de seguro social, em especial da previdência e seguro desemprego, assim como de ações que seriam da responsabilidade estatal direta para o sistema de Seguro Social de Doença.

Nos últimos anos, como estratégia para equilibrar as finanças de outros ramos do seguro social, foi estreitada a base de cálculo para as contribuições de aposentados e desempregados e beneficiários da assistência social pagas pela previdência social, seguro desemprego e municipalidades, respectivamente, ao GKV, produzindo, em consequência, redução das receitas das Caixas. Além disso, benefícios tidos como estranhos a um seguro-doença – *Fremdleistungen* –, que seriam de responsabilidade estatal e deveriam ser financiados com recursos fiscais, teriam sido incluídos como responsabilidade das Caixas.

A partir de 1995, as contribuições para o Seguro Social de Doença dos beneficiários da assistência social e seguro desemprego foram reduzidas. A base de cálculo das contribuições para a saúde, pagas pelo Ministério do Trabalho para os beneficiários de seguro desemprego, foi reduzida de 100% para 80% do último salário bruto. Ao mesmo tempo, as Caixas foram obrigadas a aumentar as contribuições de seus segurados para a previdência e para o seguro desemprego durante a vigência do auxílio-doença. Estima-se impacto negativo destas medidas sobre as receitas do GKV, por volta de 5 bilhões anuais, o equivalente ao déficit do GKV na região ocidental em 1995 (AmOrde, 1996:47; CDU/CSU und FDP, 1996-a; Gerlinger & Schönwälder, 1996).

Gastos em saúde como proporção do PNB

De fato, se analisada a evolução dos gastos do sistema de Seguro Social de Doença GKV em relação ao PNB é difícil apontar uma contínua explosão de gastos. Após o período de intensa expansão – de ampliação de serviços, clientela e gastos – entre 1970 e 1975, os gastos do GKV, como proporção do produto nacional bruto, permaneceram quase constantes, apresentando oscilações de apenas 0,5% em sua participação no PNB. A média da

participação dos gastos do GKV no PIB, entre 1976 e 1985, foi de 5,77%. Entre 1986 e 1995, a média desta participação ficou em 5,88% (Steffen, 1996:3).

Para os gastos totais em saúde, a tendência à elevação também não é acentuada. Embora haja discordância entre dados apresentados por diferentes fontes e autores, o aumento dos gastos totais em saúde entre 1980 e 1993 não ultrapassa 1% do PNB, como se pode constatar na tabela abaixo³⁶. A tabela apresenta valores segundo distintas fontes com o intuito de demonstrar a estabilidade de gastos a partir do final dos anos 70, independente da fonte utilizada.

Tabela 67 – Gastos totais em saúde e do GKV, como proporção do PNB (inclusive e exclusive transferências financeiras), segundo diversas fontes – Alemanha Ocidental, 1970-1994

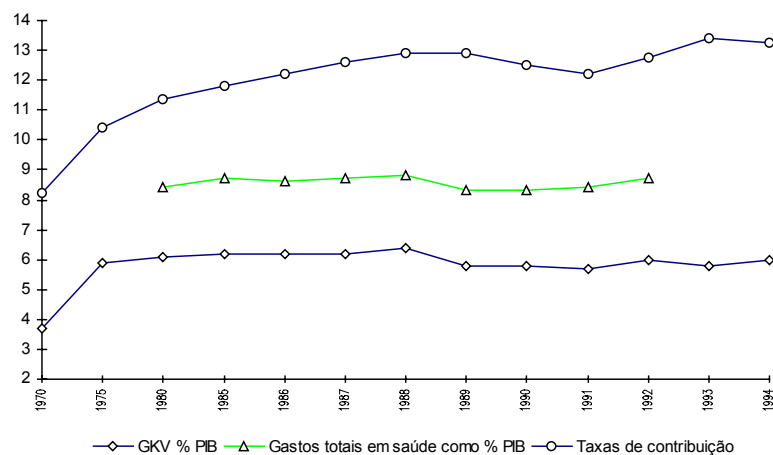
Ano	Totais (1)	Totais (2)	Totais (3)	Totais (4)	GKV (5)	GKV (6)	GKV (7)
1970	10,3	6,5	-	6,5	3,53		3,7
1975	13,1	9,1	-	8,3	5,66		5,9
1980	13,1	9,2	8,4	8,0	5,82	6,01	6,1
1985	13,0	9,6	8,7	8,5	5,93	6,14	6,2
1986	-	9,5	8,6	8,6	5,89	6,09	6,2
1987	-	9,6	8,7	8,6	5,94	6,14	6,2
1988	13,1	9,8	8,8	8,8	6,07	6,29	6,4
1989	12,4	9,3	8,3	8,3	5,69	5,74	5,8
1990	12,4	9,2	8,3	8,4	5,48	5,76	5,8
1991	12,7	9,5	8,4	8,8	5,68	5,96	5,7
1992	13,1	9,9	8,7	9,3	5,95	6,18	6,0
1993	13,2	10,0	8,6	9,5	5,84	6,04	5,8
1994	13,4	10,2	8,6	-			6,0

(1) Inclusive gastos com auxílio-doença e outras transferências financeiras, a preços correntes; (2) exclusive benefícios-doença, a preços correntes; (3) gastos totais, excluídas as transferências financeiras, segundo Kühn, 1995-a (4) gastos totais, excluídas as transferências financeiras, a preços constantes 1970=100; (5) gastos do GKV exclusive auxílio-doença, a preços correntes; (6) gastos do GKV inclusive auxílio-doença, a preços correntes; (7) gastos do GKV excluídas as transferências financeiras a preços constantes 1970=100.

Fonte: (1)(2) *Statistische Bundesamt*, 1989, 1993, 1995 e 1997; (3)(5) Kühn, 1995-a; (6) *Statistisches Bundesamt*, 1996, cálculos próprios; (4)(7) BMG, 1996 T. 9.4. Ainda para a coluna 3: ano de 1993 segundo Stegmüller, 1996:258, e ano de 1994, segundo *Presse und Informationsamt der Bundesregierung. Sozialpolitische Umschau n.64/1997*.

Não é possível, portanto, caracterizar a evolução dos gastos em saúde na Alemanha – sejam estes totais ou do seguro social - como em contínua explosão (Kühn, 1995-a; Deppe, 1996; Steffen, 1996; Gerlinger, 1996; Stegmüller, 1996). O que se observa é estabilidade da participação dos gastos do GKV no PNB. Mesmo para os gastos totais, na região ocidental, a participação no PNB é quase estável, tendo aumentado apenas um ponto percentual em vinte anos.

Gráfico 14 – Evolução das taxas de contribuição e das participações dos gastos totais em saúde e do GKV no PNB - Alemanha, Região Ocidental, 1970-1994



Fonte: Kühn, 1995-a; BMG, 1996 T. 9.4. Ainda para: o ano de 1993, segundo Stegmüller, 1996:258, e ano de 1994, segundo *Presse und Informationsamt der Bundesregierung. Sozialpolitische Umschau n.64/1997*.

Resumindo, as taxas de contribuição permaneceriam estáveis se a participação da renda do trabalho assalariado e o nível de ocupação durante o mesmo período também tivessem sido sustentados no mesmo patamar, dado ter permanecido quase constante a participação dos gastos do GKV no produto nacional bruto desde 1975/1980. O problema principal, assim, é menos de descontrole de gastos – interno aos sistemas de seguro e de atenção à saúde – e mais de erosão das receitas.

Embora exista aparente consenso de que os custos sociais do trabalho devam diminuir, não há identidade de interesse entre trabalhadores e empresários quanto à necessidade de diminuição das taxas de contribuição. Esta redução não favorece igualmente ambas as partes. É vantajosa especialmente para os empresários. Para os trabalhadores – mais especificamente, os pacientes –, a redução das taxas de contribuição tem, como resultado mais provável, uma sobrecarga de gastos. Ocorreria deslocamento do financiamento dos gastos para o bolso dos segurados através do co-pagamento ou outra forma de privatização dos riscos, obrigando-os a arcar com o pagamento das duas parcelas de redução das taxas de contribuição: referentes ao empregador e ao empregado (Steffen, 1996).

Se o problema é de receitas, seria necessário então ampliar a base de arrecadação, e é isto que defendem os setores mais à esquerda, os quais propõem, além do combate ao desemprego, a ampliação da inclusão através do seguro obrigatório de todos os trabalhadores no seguro social e o aumento do salário limite de contribuição em reforço à solidariedade (DGB, *Bündniss90/dieGrünen*). O aumento das receitas base para o cálculo de

contribuições levaria à redução das taxas de contribuição, principal objetivo sempre renovado para as reformas. A escolha, porém, como se verá, não tem sido esta e sim, principalmente, o deslocamento dos gastos para os domicílios privados. As principais medidas aprovadas estão em claro descompasso com os diagnósticos mais apurados sobre o problema da expansão dos gastos em saúde. Não se dirigem para soluções que ampliem a receita, cuja erosão – embora denunciada e explicada com diferentes ênfases por conservadores e setores de esquerda – é amplamente reconhecida e tampouco resolvem déficits na prestação ou melhoram controles sobre prestadores, principais responsáveis pela dinâmica de evolução dos gastos em saúde.

A expansão dos serviços sociais pessoais é apontada como parte da solução para o problema da produtividade crescente – por meio da qual, o conjunto dos bens materiais é produzido por parcela menor da força de trabalho, produzindo desemprego. A expansão de gastos sociais, considerando-se que estes podem ser produzidos de forma eficiente, seria um possível resultado positivo do aumento da produtividade do trabalho (Kühn, 1996). Para outros autores ainda, se o problema é a base da arrecadação, a solução estaria em mudança radical: a modificação do modelo de seguro social para um sistema universal financiado com recursos fiscais (Offe, 1990; Mayntz & Scharpf, 1995)³⁷. Uma proposta também formulada com o intuito de diminuir custos sociais do trabalho via abolição das contribuições sociais (Biedenkopf, 1993)³⁸.

A expansão de gastos na década de 1970

Apenas no início dos anos 70, verificou-se uma evolução abrupta dos gastos de saúde em curto espaço de tempo. O expressivo aumento dos gastos das Caixas na primeira metade dos anos 70 foi decorrente de situação especial de expansão e melhoria da proteção à saúde (Alber, 1992:46). Como consequência dessa expansão, as taxas de contribuição passaram de 8,2%, no ano de 1970, para 10,4%, em 1975, e a participação dos gastos do GKV no PNB aumentou de 3,7 para 5,7% no mesmo período³⁹.

No período de 1970 a 1975, por iniciativa da coalizão social democratas/liberais então no poder, foi deslançado um processo de modernização e recuperação da estrutura de atenção – novos investimentos e ampliação de pessoal –, em particular, no setor hospitalar⁴⁰. Os gastos hospitalares triplicaram no período. Como grande parte da modernização foi financiada pelas diárias hospitalares – quase em sua totalidade pagas pelas Caixas –, o impacto sobre as taxas de contribuição foi imediato.

Decisiva para a expansão de gastos foi a ampliação progressiva do catálogo obrigatório de serviços, característica do período pós-segunda guerra mundial. Foram

promulgadas leis ampliando benefícios e garantindo novas ações, bem como a estadia hospitalar sem limite de prazo. Ações preventivas e para o diagnóstico precoce de doenças tornaram-se parte do catálogo obrigatório. A garantia de próteses dentárias foi ampliada⁴¹. O catálogo das Caixas Locais (e outras obrigatórias) foi equiparado ao das Caixas Substitutas. Expandiu-se a cobertura populacional com a criação das Caixas Rurais. A remuneração por unidades de serviço, garantida aos médicos desde 1965 e forte estímulo à expansão do volume de ações por eles prestadas, continuava também a produzir conseqüências (Stegmüller, 1996:254).

De igual modo, a metáfora da explosão de custos não seria adequada neste caso. Mais do que decorrência do aumento de custos, a ampliação dos gastos foi decorrente da expansão da atenção garantida pelas Caixas; tanto que o GKV passou a responder por 44% dos gastos totais em saúde em 1975, participação quase um terço maior do que em 1970 (35%) (Stegmüller, 1996:254).

A dinâmica expansiva de gastos do GKV entre 1970 e 1975, para Stegmüller, deve ser compreendida no contexto de ampliação da proteção à saúde do período 1965-1975, quando foi garantida em alto nível a maior parte da população⁴². Uma dinâmica específica que não se repetirá, pois o ciclo da expansão se esgota necessariamente com a universalização - a garantia real da proteção para a maior parte da população, com a oferta e acesso a serviços em qualidade e quantidade suficientes.

Outras causas apontadas para o déficit

Elucidar o problema da erosão das receitas não implica afirmar a inexistência de problemas na evolução dos gastos. A evolução dos gastos manteve dinâmica própria induzida pela oferta e de forma independente e paralela ao estreitamento da base de financiamento do seguro social de doença, decorrente da tendência à crise econômica evidenciada desde a metade dos anos 70, que marcou o fim do período de prosperidade do pós-guerra – o chamado ‘milagre alemão’, com suas elevadas taxas de crescimento – e levou a perdas reais dos trabalhadores assalariados e ao aumento do desemprego.

Problemas na organização da atenção e a falta de maior controle sobre os prestadores, assim como a não implementação de medidas anteriormente acordadas, são também apontados como responsáveis pelos déficits atuais do GKV. Entre os problema organizacionais são referidos a falta de articulação entre a atenção ambulatorial e hospitalar, as formas de remuneração dos prestadores – em especial, da atividade ambulatorial por meio de unidades de serviço –, o reduzido controle sobre o mercado farmacêutico, entre outros. A

não implementação da GSG, em particular, no que concerne à elaboração da relação de medicamentos com exclusão de medicamentos de efeito duvidoso – lista positiva⁴³ – seria outro dentre os motivos ponderados como responsáveis pelo déficit atual. Estima-se que a exclusão de medicamentos de efeito duvidoso da lista de medicamentos, cuja prescrição é passível de pagamento pelo GKV, produziria a economia anual de 7 bilhões de marcos. Em 1995, por exemplo, foram gastos com medicamentos de efeito não comprovado 7,1 bilhões de marcos – expectorantes, medicamentos de uso externo para varizes e reumatismo, estimuladores da circulação cerebral (Gerlinger & Schönwälder, 1996:128; Schwabe/Paffrath, 1996:15). A lista positiva, prevista na GSG, foi abolida por lei.

Ainda em relação à assistência farmacêutica, medicamentos com direito à patente registrados a partir de 1995 passaram a ser excluídos do sistema de preços fixos pagos pelas Caixas, o que significa ausência de controle sobre seus preços (Steffen, 1996:5). Além do mais, interesses clientelísticos fizeram que não fossem implementadas certas sanções monetárias contra médicos. Ao final de 1995, o teto máximo orçamentário fixado por lei para o setor ambulatorial foi alterado, tendo sido alocados mais 840 milhões de marcos no setor.

5. Crescimento dos gastos em saúde: mitos, retórica, consensos

O principal objetivo das reformas recentes dos sistemas de proteção e atenção à saúde nos países centrais na última década tem sido a contenção de gastos. Mesmo que em diversos países – como é o caso da Alemanha – não se possa falar em ‘explosão de custos’, esta tem sido a metáfora empregada para a necessidade de reformas ‘neo-eficientistas’.

A expansão dos gastos em saúde não é uma particularidade do sistema de saúde alemão, nem fenômeno recente. É observada na grande maioria das economias desenvolvidas – em particular, desde os anos 50 –, concomitante à extensão das formas de proteção à saúde após a universalização dos direitos sociais de cidadania.

A elevação progressiva dos gastos com assistência à saúde no pós-guerra é inquestionável. Contudo, esse fato tem sido encarado como problema apenas em tempos recentes. Os gastos em saúde tornaram-se uma preocupação quando, a partir da metade dos anos 70, o crescimento econômico alterou-se, ficando mais lento. Como alta proporção destes gastos eram públicos e foi mantido o nível de impostos, o baixo crescimento econômico reduziu as receitas governamentais, gerando pressões por contenção (Aaron, 1996:51; Almeida, 1995 e 1996).

A novidade atual está na sua consideração como problema por amplos setores. O aumento gradual dos gastos em saúde tem sido ponderado no mundo contemporâneo como problema, tanto por governos conservadores como por social-democratas. A questão tornou-se objeto privilegiado de estudo para economistas da saúde, tendo sido publicada vasta literatura que enfoca seus diferentes aspectos. O que não existe, é consenso acerca das razões da expansão de custos e gastos e, principalmente, sobre a importância relativa de cada um dos fatores arrolados neste complexo processo de determinação. Dependendo da influência atribuída aos fatores envolvidos, soluções diversas são apontadas. Diferentes autores enfatizam distintos aspectos, tornando-se difícil separar o que é ideologia – como o estrito interesse de contenção – e análise distanciada, pois o campo dos recursos públicos é sempre prenhe de disputas.

O crescimento da parcela dos gastos públicos tem merecido maiores cuidados do que o do conjunto dos gastos em saúde. O aumento dos gastos totais não teria maior importância se não pressionasse as despesas governamentais, uma vez que – sejam altos ou baixos – representariam apenas o prestígio de determinado setor – o de saúde – no conjunto da economia, não exercendo influência na competitividade internacional. Mesmo para os gastos públicos, não há qualquer relação entre o seu patamar e a posição de um país na competição internacional. Os gastos em saúde são avaliados como tendo peso quanto à competitividade apenas quando os gastos públicos afetam o balanço dos orçamentos governamentais – o equilíbrio fiscal –, ou no caso de o volume de gastos privados alterar os níveis de poupança e investimentos privados (Aaron, 1996:50).

No caso da Alemanha, os gastos públicos são, na sua maior parte, financiados por contribuições sociais vinculadas aos salários. Por sua vez, empresários reivindicam a redução dos custos sociais do trabalho, sob a alegação de que as taxas de contribuição social devem ser estabilizadas ou reduzidas para que os custos do trabalho sejam contidos, de modo que a Alemanha melhore a sua já excelente posição na competição internacional⁴⁴. Carece de melhor fundamentação, todavia, a argumentação de empresários de que os custos do trabalho foram acrescidos por conta da elevação das taxas de contribuição, ou que estão pagando mais pelos prêmios de seguro saúde de seus empregados ou, ainda, que são obrigados a pagar seguro saúde para seus empregados, o que não ocorreria em outros países⁴⁵ e levaria à piora de sua posição na competitividade internacional.

Na Alemanha, como apresentado na seção precedente, a cota de participação dos rendimentos do trabalho no PNB tem diminuído. Situação similar tem ocorrido nos EUA, onde a proporção do PNB destinada à compensação dos empregados manteve-se quase

constante, embora a proporção dos gastos com saúde no PNB tenha aumentado, entre 1960 e 1991, em oito pontos percentuais (Aaron, 1996:50). Além disso, a comparação internacional dos gastos em saúde mostra que não é possível estabelecer relação ou comprovar a tese, muito difundida pelos conservadores, de que haveria conexão entre nível de gastos em saúde e posição de um país na competição internacional. Os países com menor competitividade, em geral apresentam gastos mais baixos e, os de melhor posição, maiores gastos em saúde como proporção do PNB, com exceção do Japão⁴⁶.

A base ampliada de defesa da inevitabilidade de contenção é possível não apenas por imposições de políticas de controle dos déficits públicos, com as quais diversos governos têm se defrontado, mas também pela forma de exposição do problema como exigência intrínseca, decorrente da natureza específica dos gastos em saúde. Os defensores mais aguerridos da contenção buscam alicerçar-se em raciocínios fundamentados em aspectos econômicos, e por vezes até biológicos, apresentados como neutros para a sustentação de políticas neo-eficientistas.

Os argumentos aparentemente mais imparciais fundam-se em análises custo-benefício⁴⁷. Em termos economicistas, a contenção de gastos em saúde seria essencial. Uma vez que a maioria dos gastos em saúde é despendida em assistência médica e que, atingido determinado nível, o aumento dos gastos não traz maiores incrementos à expectativa de vida e/ou à qualidade de vida da população, tornar-se-iam necessárias medidas racionalizadoras (Médici, 1994:33)⁴⁸. Motivo menos nobre seria o de os preços em saúde tenderem a subir mais do que os índices de preços.

Semelhantes raciocínios não são desprovidos de fundamento. Constituem referências necessárias à formulação de políticas de saúde intersetoriais que tenham por objetivo melhorar a saúde das populações. Considerando-se o processo saúde e doença como socialmente determinado, o nível de atenção à saúde surge como um dos fatores em segunda instância que podem influenciar no adoecer e morrer das populações. É sempre difícil avaliar o impacto das ações de saúde sobre o estado de saúde, isto é, sobre os resultados de saúde, uma vez que se reconhece o importante impacto de mudanças nas condições de vida, de ações de redistribuição de renda e mesmo de ações ambientais, nutricionais e educacionais sobre o estado de saúde das populações (McKeown; Wilkinson, 1997, Pearce, 1997).

Mesmo assim, verifica-se correlação positiva entre gastos em saúde e esperança de vida. O que não poderia ser de outra maneira, em virtude de haver correlação positiva entre renda *per capita* e expectativa de vida, afora o fato de os países mais ricos tenderem a gastar mais em saúde. Contudo, a relação entre gastos em saúde e esperança de vida ao nascer não é

direta. No caso de gastos muito baixos, não pode ser evidenciada; apenas quando os gastos atingem determinado patamar, a correlação positiva aparece. No outro limite, o de gastos mais altos, a correlação também desaparece. Todavia, estes limites não são consensuais⁴⁹.

A perda desta correlação no limite superior pode ter explicação mais ou menos óbvia. Mesmo que não se possa precisar qual, existe um limite biológico para a extensão da vida humana. Alguns autores trabalham com 85 anos como a taxa de expectativa de vida a que se pode chegar. Taxas mais elevadas só seriam possíveis no caso de ruptura das fronteiras do conhecimento atual (Olshansky, Bruce & Cassel, 1993). Alcançada certa idade avançada, maiores gastos com assistência médica não seriam capazes de estender ainda mais a vida. Poderiam, entretanto, aumentar o nível de conforto ou a qualidade de vida dos indivíduos.

O problema deste argumento é sua utilização apenas como base para a exigência de contenção de gastos em saúde e não de novas concepções para as políticas de saúde. Embora exista limite biológico para o prolongamento da vida – difícil de ser determinado – há evidências de que a erupção das doenças crônicas pode ser retardada para idades mais avançadas (Fries, 1984; Kühn, 1995-b) e que a qualidade de vida na velhice – assim como em qualquer idade – apresenta distinções de classe social (House, Kessler & Herzog, 1990)⁵⁰. Quando as restrições crônicas são analisadas de forma diferenciada conforme o status sócio-econômico conhece-se que a duração e a qualidade de vida dos seres humanos não está determinada por um destino biológico ou demográfico. A tese da piora da qualidade de vida nos anos de vida prolongados às custas do progresso médico é válida para as populações pertencentes aos extratos sócio-econômicos inferiores. Este conhecimento implicaria direcionar as políticas de saúde no sentido da promoção da saúde de forma coletiva e do alcance de maior equidade em resultados de saúde. A formulação de políticas intersetoriais fundadas no conceito ampliado de saúde – como aquele incorporado à constituição brasileira – ou mesmo a introdução de ações preventivas de escopo menos abrangente não implicam, de forma imediata, a redução de gastos e, por isso, são preteridos. A operacionalização do enfoque ampliado pressuporia até nova abordagem para gastos em saúde, mas não está dado previamente se maiores ou menores.

Na discussão internacional quanto aos gastos e custos crescentes da atenção médica, diversos fatores são levados em conta. A expansão dos gastos é ponderada com maior frequência como sendo motivada pela extensão de cobertura da proteção à saúde e ampliação da oferta de serviços médico-sanitários; pelo envelhecimento populacional e transformação na estrutura de morbi-mortalidade, pela cronificação das doenças; pelo desenvolvimento da

tecnologia médica e intensificação dos cuidados; pela variabilidade das condutas médicas; e, enfim, pela dominância dos prestadores. A seguir, cada um destes aspectos será examinado e, quando for pertinente, assinalado como são enfocados na Alemanha.

Extensão de cobertura

Na maioria dos países da OECD, a atenção à saúde, assim como a educação, foi e é julgada um direito de todos os cidadãos. Entende-se que a garantia do direito à saúde não pode ser deixada ao mercado privado, no qual cada um compra conforme sua disponibilidade de recursos financeiros. O propósito principal da extensão dos seguros sociais de saúde compulsórios ou de sistemas nacionais de saúde com a universalização do direito à saúde foi prevenir a situação em que pessoas permaneçam sem cuidados em decorrência da falta de condições financeiras para pagá-los quando da necessidade de sua utilização. A universalização do direito à saúde decorreu de processos históricos sociais nos quais a mobilização dos trabalhadores organizados pela melhoria das condições de vida foi de fundamental importância⁵¹.

Em termos estritamente econômicos, a proliferação de seguros saúde, sejam estes públicos ou privados – em países onde o acesso universal não é garantido –, pode ser entendida como necessidade originada pelos altos custos do estado da arte dos cuidados de saúde, cujo consumo passou a representar participação elevada nos gastos familiares. Pagá-los no ato da utilização significa, para a maioria das famílias, a ruína financeira: raspar a poupança e/ou endividar-se, ou mesmo, para os velhos, o consumo dos bens adquiridos ao longo da vida. O exemplo dos EUA mostra ser impossível para a maioria das famílias pagar, sem subsídios, os prêmios de seguros privados competitivos no mercado, um dos motivos pelo qual a universalização da cobertura vem sendo planejada mesmo nesse país.

A exigência de asseguramento decorre da característica essencial do cuidado de saúde: é raro que sua necessidade possa ser prognosticada. Atualmente, os cuidados de saúde são onerosos demais para que possam ser pagos no ato com os próprios recursos do usuário e muitas famílias não têm condições de custear prêmios de seguros privados. Os seguros privados, cujos prêmios são definidos com base no risco de adoecer, oneram de maneira excessiva aqueles que mais necessitam de proteção – idosos e doentes crônicos, sem falar nos menos favorecidos economicamente.

Com isto, foram criados sistemas de proteção mediante seguros sociais compulsórios ou de sistemas públicos nacionais de saúde que estenderam, pouco a pouco, a cobertura ao conjunto da população, universalizando a proteção. Entre os membros tradicionais da OECD,

quase todos os países – com exceção dos EUA e Suíça⁵² – experienciaram um processo de universalização, ou quase, da cobertura de esquemas públicos de proteção à saúde. Em sua maioria, essa proteção foi universalizada antes dos anos 70 (Abel-Smith, 1996:20).

A expansão de gastos segue-se à extensão da cobertura como consequência direta da facilitação do acesso e do aumento do número de possíveis consumidores. O seguro obrigatório, contudo, não produz maiores gastos que o consumo por meio de seguros privados. A curto prazo, o seguro obrigatório tende a aumentar gastos, mas estes sistemas propendem a ser mais vantajosos, a longo prazo, em termos financeiros. Por facilitar o controle, os gastos dos seguros compulsórios vêm a ser menores do que os produzidos pelo seguro voluntário privado. O exemplo dos EUA mostra que a solução via mercado implica prêmios e gastos mais altos que os do seguro compulsório regulado. Colocar o seguro da saúde no domínio dos gastos públicos tem possibilitado às autoridades públicas encontrar formas de controlar custos.

O Reino Unido foi um dos países em que a cobertura universal foi garantida mais cedo pela via legal. Nos anos 50 argumentava-se que a universalização levaria a consumo descontrolado. Mas já no início dos anos 60 observou-se que a participação dos gastos totais em saúde no PNB tinha sido reduzida. Esta proporção tem-se mantido, até o momento, em níveis mais baixos, quando comparada a outros países no mesmo patamar de industrialização (Lobato, 1996:82). Isto teria sua razão no fato de a grande proporção dos gastos com saúde ter sido financiada pelo setor público (Abel-Smith, 1996:20).

Envelhecimento populacional

Embora o envelhecimento populacional seja tradicionalmente apontado e evocado pela sua visibilidade como o principal argumento da necessidade de controle de gastos, diversos autores têm demonstrado que este fator não influencia de forma determinante a dinâmica atual de evolução dos gastos em saúde (Scitovsky, 1988; Fuchs, 1984 *apud* Abel-Smith, 1996; Schwartz & Busse, 1994; Gerdtham, 1993)

Nas justificativas de medidas de contenção comumente apresentadas por governos conservadores, empresários e liberais afirma-se ser imperativo o controle de gastos, pois a evolução demográfica levaria à contínua expansão dos gastos em saúde, que se tornariam impagáveis ou impossíveis de serem financiados de maneira solidária, ao produzir uma população cada vez mais idosa e existindo proporção cada vez maior de velhos. O desenvolvimento demográfico seria o componente que detonaria a explosão de gastos em saúde. Somente profundas intervenções no sistema poderiam evitar semelhante desastre!

Nos países industrializados, o envelhecimento demográfico é resultado de longo processo, de mais de um século, de redução gradual da mortalidade e de queda da natalidade. A redução da mortalidade por si só não faz aumentar a proporção de velhos em uma população, mas, sim, produz ganhos de vidas humanas em todas as idades, em particular, entre os mais jovens, aumentando a proporção destes em um primeiro momento. O que pesa de modo decisivo para o envelhecimento da população é a queda da fecundidade. A mudança da estrutura etária populacional, com a acumulação progressiva de proporção de pessoas em idade mais avançada, somente sucede no declínio da mortalidade se houver diminuição concomitante no número de nascimentos (Berquó, 1980:34).

O argumento não é de todo desprovido de fundamento, mas não tem o mesmo sentido para o seguro social de doença e para a previdência social, na qual a relação contribuintes/beneficiários declinaria pouco a pouco, fazendo com que um número decrescente de jovens fosse obrigado a financiar proteção a um número de velhos progressivamente maior.

O envelhecimento populacional acarreta conseqüências sobre as condições de saúde e o bem-estar, em razão de aumentar o risco de adoecimento e repercutir sobre os indicadores de mortalidade. Os estudos sobre transição demográfica demonstram o rápido crescimento da proporção de mortes por doenças crônico-degenerativas – em particular, as cardiovasculares e os tumores – paralelamente ao claro declínio das doenças infecciosas e parasitárias.

Isto não significa, porém, que a mortalidade por estas doenças venha aumentando de modo gradual. Considerada a proporção de mortes, observa-se que ocorre aumento da importância das doenças crônico-degenerativas em virtude da redução das doenças infecciosas e parasitárias. Quando se relaciona a mortalidade com a população e se avalia o risco de morrer por uma destas causas, verifica-se ter havido redução para a maioria das causas, não apenas para as infecciosas e parasitárias. Estudos sobre a mortalidade adulta nas economias desenvolvidas têm demonstrado que taxas específicas por idade para diversas doenças crônico-degenerativas estão declinando à proporção que aumenta o número dessas doenças. Tais pesquisas mostram que, quando a mortalidade cai, as taxas específicas também declinam nos grupos etários até 60 anos tanto para as doenças infecciosas como para as crônico-degenerativas (Murray, Yang e Qiao, 1992 *apud* Possas, 1993)⁵³.

As taxas de mortalidade por doenças crônicas e degenerativas não têm aumentado progressivamente. Nas economias desenvolvidas, por exemplo, algumas doenças cardiovasculares têm inclusive declinado e seu desfecho advém em idades mais avançadas⁵⁴.

Ocorre é que em faixas etárias mais elevadas, as taxas de mortalidade por doenças crônico-degenerativas é maior (Possas, 1993).

Também se leva em conta o fato, há muito reconhecido, de as pessoas necessitarem mais cuidados de saúde ao envelhecer. Em diversos países tem sido demonstrado que os gastos com atenção à saúde são três vezes maiores para homens entre 65 e 74 anos do que para aqueles entre 15 e 44 anos. Além disso, idosos com 75 anos ou mais gastam o dobro do que os membros do grupo entre 65 e 74 anos (Sandier, 1987 *apud* Abel-Smith, 1996:20). Na Alemanha os gastos *per capita* com pessoas maiores de 65 anos constituem o dobro daqueles com pessoas entre 45 e 65 anos (Schwartz & Busse, 1994:409).

Maiores gastos em saúde para as idades mais avançadas, todavia, não estão diretamente relacionados ao envelhecimento populacional, mas à intensificação dos cuidados nos últimos anos de vida das pessoas. Cerca de um quinto dos gastos em saúde é efetuado no último ano de vida da pessoa, independente de sua idade. Estudos mostram que o aumento dos custos concernentes aos cuidados de saúde relacionados à idade pode ser explicado, quase que na íntegra, pelos custos dos cuidados de saúde prestados às pessoas que morrem no espaço de um ano e que estas despesas estão concentradas no último ou nos dois últimos meses de suas vidas (Fuchs, 1984 *apud* Abel-Smith, 1996:21). Assim, não se pode afirmar que quanto mais velha a população maiores serão os gastos em saúde. Os gastos em saúde concentram-se no último ano de vida, mas não são diretamente relacionados à idade.

Ao contrário do que se acredita, os gastos com idosos de 80 anos e mais podem ser mais baixos do que aqueles com pessoas menos velhas (65 a 79 anos). Uma pesquisa feita nos EUA mostrou que os gastos com pessoas que morrem com 80 anos e mais representam apenas 80% dos gastos efetuados com pessoas que morrem entre 65 e 79 anos. Em idades muito avançadas, o gasto não apenas é menor, como a composição do gasto também é diferente, pois se concentra em cuidados domiciliares – médicos e enfermagem – (Scitovsky, 1988). Os resultados deste estudo mostram que o adoecimento grave de pessoas de idade não muito avançada leva a emprego mais intensivo de tecnologias onerosas do que para as de idade avançada, além de sugerirem que a elevação da expectativa de vida para além dos 80 anos poderia resultar em diminuição dos gastos em saúde, ou pelo menos que os gastos em idades avançadas não aumentam progressivamente com a idade⁵⁵.

Os efeitos das mudanças demográficas sobre os gastos com cuidados de saúde foram freqüentemente superestimados. Pesquisas mais recentes feitas para os países de industrialização avançada têm demonstrado a pequena participação do fator envelhecimento na evolução dos gastos em saúde. Em 20 anos, este foi responsável por apenas 8% do

crescimento dos gastos do Serviço Nacional de Saúde Britânico. Estimativas para Holanda e França apontam ser o envelhecimento populacional responsável por apenas 0,3% de aumento dos gastos de saúde por ano (Abel-Smith, 1996:17). Na Suécia, a evolução demográfica foi responsável por menos de um quarto do aumento dos gastos com saúde entre 1970 e 1985. Contabilizado por ano, o aumento de gastos explicados pelo fator demografia foi de apenas 0,8% e, para o período de 1985 a 2005, estima-se redução no impacto das mudanças demográficas para 0,3% ao ano (Gerdtham, 1993). Nos anos 80, demonstrou-se que as mudanças demográficas na Alemanha condicionam aumento de 0,2% na utilização e de 0,5% nos gastos em saúde ao ano (Schwartz & Busse, 1994:409).

A pouca influência atual e futura do envelhecimento populacional nos gastos em saúde na Alemanha é bem ilustrada quando se observa a evolução demográfica nas últimas décadas. Como se pode verificar na tabela abaixo, a proporção de pessoas com 65 anos e mais mantém-se estável, em torno de 15%, desde 1975⁵⁶. Em vista desta estabilidade, não é de se esperar impacto explosivo do envelhecimento populacional sobre os gastos em saúde⁵⁷.

Tabela 68 – Proporção de pessoas com 65 anos e mais*. Países selecionados – 1960-1990

Países	1960	1976	1990
Alemanha	10,2	14,7	15,3
Áustria	12,2	15,1	15,1
Canadá	7,6	8,7	11,5
Eua	9,2	10,7	12,6
França	11,6	13,5	14,0
Itália	9,2	12,5	15,3
Japão	5,7	8,1	12,0
Reino Unido	11,7	14,2	15,7
Suécia	11,8	15,4	17,8
Suíça	10,7	13,4	15,0

* % da população total.

Fonte: OECD, 1993-b, *Health Policy Studies*, n.3, v. II, p.15.

Para concluir, pode-se afirmar que os efeitos da evolução demográfica sobre o aumento dos gastos em saúde, ainda que relevantes, não são tão importantes quanto parecem em análise mais apressada (ou ideologicamente mais intencionada). Os efeitos do envelhecimento populacional tendem a reduzir-se conforme se completa o ciclo da transição demográfica – previsto, na Alemanha, para 2030. Além disso, a curva de custos com os idosos não sobe linearmente ou exponencialmente de acordo com o alcance de idades mais avançadas. Depois dos 80 anos há redução dos gastos com atenção à saúde, em particular daqueles com cuidados invasivos. Os outros gastos sociais para garantir necessidades específicas de pessoas mais idosas não são de responsabilidade do sistema de saúde. Embora o crescimento da parcela da população de idade avançada possa vir a influenciar de forma

expressiva os gastos com cuidados sociais mais amplos⁵⁸, o envelhecimento não será fator importante no crescimento dos gastos com cuidados de saúde.

Na Alemanha, a questão do envelhecimento populacional é tema de discussão acirrada principalmente em outras áreas da proteção social, em particular, no que toca às aposentadorias. O argumento utilizado por defensores de cortes no sistema é o de que estaria ocorrendo a quebra do contrato intergeracional, fundante dos seguros sociais. Os jovens atuais não estariam dispostos a pagar contribuições cada vez mais altas para sustentar os atuais velhos, uma vez que teriam perdido a confiança no sistema e, com isto, não teriam a expectativa de garantia futura de benefícios similares àqueles que hoje bancam através de suas contribuições para os aposentados.

No setor saúde, os projetos de lei para a reforma do GKV também justificam – ainda que de modo parcial – a urgência de reformas com base na evolução demográfica. Segundo estimativas do Conselho de Experts para a Ação Concertada em Saúde, o envelhecimento populacional será responsável por cerca de 10 a 15% do aumento de gastos para os próximos dez anos, estimado em 135% (SVR, 1994:14). Cálculos sobre a evolução da taxa média de contribuição do GKV prognosticam elevação das mesmas, condicionadas pela evolução demográfica, em apenas 1,3 pontos percentuais entre 1993 e 2005. Assim, mesmo no caso de a evolução demográfica ser o único fator implicado no aumento das taxas de contribuição, este seria de apenas 1,3 pontos percentuais em 27 anos⁵⁹. O que não é suficiente para justificar a exigência de mudanças estruturais (Gerlinger & Schönwälder, 1996).

O envelhecimento da população alemã influi apenas indiretamente sobre os gastos em saúde. Nas últimas décadas ocorreu intensificação dos cuidados em saúde para grupos populacionais mais velhos, o que provocou impacto importante sobre os gastos. Os gastos em saúde correspondentes às pessoas de idade mais avançada aumentaram nos últimos 20 anos com maior rapidez do que para os mais jovens.

Evidencia-se melhor isto quando são comparados os gastos com saúde entre aposentados e os outros integrantes do GKV. Em 1970, a parcela de gastos dos aposentados no conjunto dos gastos do GKV era de 26,7%, apenas levemente mais alta do que a cota de participação de segurados aposentados no GKV (26,1%). Em 1992, a ligeira elevação na utilização de serviços de saúde da quota de aposentados (27,6%) produzia 41,7% dos gastos. Essa evolução mais acelerada do que a sua participação numérica no conjunto de segurados demonstra ter ocorrido intensificação dos cuidados com esta parcela da população. Os gastos com os aposentados aumentaram, em especial, os referentes a medicamentos e internações

hospitalares. Em 1992, 54,3% dos gastos com medicamentos e 52,2% dos gastos com internações hospitalares corresponderam ao tratamento de aposentados (SVR, 1994:92s).

Os gastos médios *per capita* por contribuinte ativo e aposentados têm sofrido progressivo distanciamento. Em 1970, os gastos *per capita* dos contribuintes ativos eram, em média, só ligeiramente superiores àqueles com os segurados ativos (1,076), correspondendo à relação de 1:1. Em 1994, os gastos médios por contribuinte aposentado eram quase o dobro dos gastos por contribuinte ativo. A relação passou a ser de 1:1,8. Para esta diferença contribuem tanto a diminuição do número de dependentes dos segurados ativos como a intensificação dos cuidados dos aposentados (BMG, 1995. *Daten des Gesundheitswesens*).

Conquanto o tratamento de aposentados incorra em maiores gastos, não se pode responsabilizar o envelhecimento populacional pela elevação dos gastos com saúde na Alemanha. O acréscimo de gastos ocorre mais pelo aumento da intensidade de cuidados, ou seja, os gastos médios por aposentado são cada vez mais altos. A intensificação dos cuidados significa que número maior de ações e/ou mais caras estão sendo dispensadas aos contribuintes aposentados, o que está relacionado tanto a mudanças e emprego da tecnologia médica quanto à forma de prestação de serviços de saúde, fatores analisados a seguir.

Discutir com profundidade o fator envelhecimento populacional é de interesse não apenas para evitar conclusões errôneas e para o afastamento de medidas adequadas por distanciamento dos componentes mais importantes na determinação da evolução dos gastos em saúde, mas também para desmascarar a aparente neutralidade de determinados argumentos empregados na defesa de cortes na área social⁶⁰. Sob o termo envelhecimento populacional subentende-se, em geral, a elevação da expectativa de vida, objetivo amplamente desejado. Como é ambicionado e inevitável e aparece como característica biológica, a contenção seria necessidade inerente à natureza. Confere-se assim aparente imparcialidade ao argumento de inevitabilidade da contenção com base no envelhecimento demográfico.

Para Schwartz & Busse (1994), a reclamação sobre os gastos crescentes devido ao envelhecimento da população é irônica inversão de valores. No século XIX, a aspiração era que todas as pessoas alcançassem o seu limite biológico. Agora que este foi atingido ou está próximo na Alemanha, lastima-se como estado de calamidade ou situação de emergência.

Além disso, na Alemanha, o impacto das mudanças demográficas sobre os gastos em saúde pode ainda ser menor se for considerado o movimento migratório e a maior taxa de natalidade entre os imigrantes. A maioria das estimativas de projeções de evolução demográfica discutidas de modo ampliado levam em conta um movimento migratório muito

baixo. Caso o movimento migratório seja devidamente ponderado, as estimativas indicarão claro rejuvenescimento populacional (Birg, 1993 *apud* Schwartz & Busse, 1994).

A discussão sobre o envelhecimento populacional como justificativa para a necessidade de contenção das despesas em saúde é exemplo claro de como diferentes interesses expressam-se não apenas no tratamento diverso de um problema, mas na própria visão do problema. O envelhecimento populacional e o aumento simultâneo das doenças crônicas são peças de retórica utilizadas com frequência como argumento para a necessidade de racionamento das despesas com saúde. O envelhecimento populacional e a incidência mais elevada de doenças crônicas levariam a gastos crescentes, demandando tecnologias cada vez mais onerosas e tornando a atenção à saúde um sorvedouro sem fundo de recursos. Além do mais, o progresso técnico apenas prolongaria a vida. Os anos a mais de vida conquistados seriam de qualidade precária em virtude de padecimentos e limitações decorrentes de doenças crônicas. Dada esta visão do problema, a seqüência lógica seria perguntar-se: Por que se deveria despender tantos recursos com idosos se o tempo de vida ganho é de tão baixa qualidade?

A tese de que se necessita de cuidados em demasia com o avanço da idade é, em especial, atrativa em períodos de restrições financeiras e utilizada por neoconservadores que sempre consideraram os sistemas de *welfare* muito caros ou prejudiciais ao livre desenvolvimento das forças de mercado. O aumento da expectativa de vida é um triunfo da sociedade, mas para políticos de saúde neoconservadores tornou-se um iminente desastre (Olshansky, Carnes & Cassel, 1993).

Com a consideração do envelhecimento populacional como responsável por gastos crescentes e pelas conseqüentes dificuldades de financiamento e surgimento de déficits, ‘naturaliza-se’ o problema do incremento dos gastos. Este estaria determinado por um ‘destino biológico’. A ênfase no aspecto do envelhecimento populacional tem, como conseqüência, a conclusão de que realmente não é possível financiar de modo solidário os gastos em saúde, pois os gastos seriam incontrolláveis e sua evolução independeria: da ação de prestadores; dos modos de organização da oferta; de determinado desenvolvimento e de incorporação das tecnologias no setor; ou, mesmo, de outras medidas mais ampliadas de promoção da saúde. O aumento seria incontrollável e o problema insolúvel. Desse modo, a única opção seria cortar, racionar, pois não seria possível gastar tanto para tão poucos resultados. A naturalização leva à inevitabilidade do racionamento. O que atende a exigências ideológicas neoconservadoras, mas não corresponde nem aos problemas setoriais nem as necessidades reais dos pacientes.

Desenvolvimento da tecnologia médica

Assim como o envelhecimento populacional, o emprego de novas tecnologias médicas tem sido avaliado como das principais causas detonadoras da explosão de gastos em saúde. A expansão tecnológica é ponderada como fator principal para o constante aumento de gastos em saúde, porque a introdução de novas tecnologias produz frequentemente o aumento de gastos mais do que a sua redução. Costuma-se equiparar as novas e mais caras tecnologias ao progresso médico – apesar de representarem apenas uma faceta deste – e se conclui que, em breve, este tornar-se-á inacessível, não podendo mais fazer parte de esquemas de seguro solidário.

Análise mais apurada mostra, porém, que nem o progresso médico nem a introdução de novas tecnologias leva de forma inexorável ao aumento de gastos. Para Schwartz & Busse (1994:416), não é tanto o emprego de novas tecnologias que forçosamente provoca a elevação de gastos, mas a forma como estas são introduzidas. Com isto, os autores contra-argumentam a proposição de que o progresso médico tornar-se-á impagável. Na verdade, o que produz sem apelação a elevação de gastos é o emprego de tecnologias sem comprovação, não padronizadas, adicionais às tecnologias anteriores na maioria das vezes e, em geral, sem reflexão suficiente no que diz respeito ao uso individual.

Uma tecnologia pode ser onerosa em decorrência dos altos custos iniciais do equipamento, da exigência de pessoal especializado para empregá-la, do longo processo de pesquisa ou porque, uma vez introduzida, é utilizada de forma inadequada.

As mudanças da tecnologia médica que têm contribuído para a intensificação dos cuidados, associada à complexidade dos pacientes, têm sido descritas como os principais fatores do aumento dos custos hospitalares. Contudo, estes aumentos não podem ser atribuídos aos avanços do progresso técnico setorial em si, mas sim a dimensões do desenvolvimento tecnológico, aos objetivos pelos quais é impulsionado e à forma específica de incorporação das tecnologias do setor saúde. Há evidências também de que não é tanto a introdução dos mais recentes e onerosos avanços tecnológicos que encarecem os cuidados de saúde, gerando a necessidade de aumento dos orçamentos destinados à saúde, mas sim as mudanças incrementais da tecnologia médica. Um estudo americano sobre custos hospitalares mostrou que um terço da intensificação do cuidado foi ocasionada por novas tecnologias e dois terços por pequenas melhorias tecnológicas e mudanças nos padrões de prática médica: maior número ou maior complexidade de ações empregadas em determinada condição patológica. Assim, o aumento de custos pode ser atribuído à tecnologia, porém não resulta necessariamente dos avanços tecnológicos implementados há pouco tempo.

Parte do problema é que novas e caras tecnologias podem ser empregadas de modo que não produzam melhoria de resultado das ações de saúde. Tecnologias mais onerosas podem substituir outras mais antigas, e os resultados de sua utilização, serem os mesmos do emprego da anterior, ou ainda serem apenas agregadas, sem substituir as usadas antes. Novos métodos diagnósticos podem ser utilizados sem a introdução de abordagens terapêuticas adequadas ou sem influenciar a melhoria do processo terapêutico. Uma melhora na qualidade do diagnóstico não conduz de maneira automática à melhora da terapia, porque, com frequência, esta não existe ou não é efetiva⁶¹.

Um dos principais problemas com a introdução de novas tecnologias na área da saúde é que podem ser adotadas sem que repercutam em resultados positivos para a saúde dos pacientes, gerando até um impacto negativo sobre a eficiência e efetividade da atenção, pois grande parte é difundida mesmo que seu emprego não tenha sido avaliado de modo rigoroso quanto à eficácia e qualidade. A avaliação de tecnologias é prática pouco difundida e, em geral, restrita aos medicamentos. A maioria é introduzida antes de avaliação crítica e das recomendações de comissões de experts ou de sociedades de especialistas.

Muitas tecnologias hoje utilizadas nunca foram avaliadas. Não é raro o abandono ou a restrição do emprego de tecnologias após longos períodos de uso por ter sido comprovado sua inefetividade ou a possibilidade de produção de graves danos (Abel-Smith, 1996:28)⁶². Quando são avaliadas, o processo é tão demorado que são implementadas antes de as recomendações terem sido elaboradas. Além disso, estas recomendações costumam derivar de estudos produzidos sob encomenda pelos próprios produtores de equipamentos, por médicos e instituições científicas cooperantes. Em virtude de estarem articulados aos interesses dos produtores, o objetivo destes estudos é mais comprovar a utilidade do que avaliar de maneira crítica a qualidade e fazer recomendações de emprego.

Assim, é comum que a difusão de novas tecnologias decorra não de avaliação crítica, mas de clima favorável da opinião médica e pública de que determinada tecnologia ou procedimento responde a necessidades médicas. No entanto, a definição informal destes novos padrões não é suficiente para dar garantia de qualidade e nem leva à substituição dos procedimentos anteriores (Schwartz & Busse, 1994:415).

Outra razão para que a avaliação de tecnologias seja tão pouco difundida está na dificuldade de estabelecer seu uso apropriado e eficiente. As metodologias são caras e complexas, envolvendo aspectos éticos muitas vezes cruciais. Afora isso, não somente os produtores de equipamentos, mas também os prestadores de serviços têm interesse no emprego não padronizado de tecnologias. Neste caso, equipamentos capital-intensivos – isto

é, caros –, cuja amortização apenas é possível com a produção de volume de ações, são usados por estarem disponíveis e não porque seu uso resultará em melhor qualidade da atenção.

Na União Européia, são requeridas hoje evidências de efetividade apenas para medicamentos. A responsabilidade para estabelecê-las é do produtor e as indicações para o uso devem ser aprovadas pelas autoridades competentes. Nos EUA, a *Food and Drugs Administration-FDA* tem avaliado equipamentos e alguns procedimentos⁶³.

A necessidade de controle da utilização de tecnologias não decorre só de preocupações com os gastos, mas principalmente com a qualidade da atenção prestada. Para a decisão de implementação de nova tecnologia em saúde não basta saber se o método é seguro e se afere com acuidade ou realiza aquilo a que se propõe. A questão vital é em que medida o novo procedimento contribui para a melhoria dos resultados e para quais pacientes. Muitas das tecnologias médicas podem ser efetivas unicamente quando aplicadas a pacientes em determinadas situações.

Economistas da saúde alertam para o fato de que, em outro ramos industriais, a maioria das inovações tecnológicas levam à racionalização e, com isto, à economia de custos, o que não ocorreria no setor saúde em razão de a demanda em saúde não ser orientada pelos preços: todas as ações são ofertadas pelos seguros sociais, – no caso da Alemanha, pelo GKV –, quase sem participação financeira direta dos pacientes (Meyer, 1994 *apud* Schwartz & Busse, 1994:415; Burger & Kasper, 1998). Esta explicação é o continente de determinado tipo de solução: os pacientes devem pagar para que os preços sejam controlados.

O aumento de gastos que segue a introdução de novas tecnologias não se deve à garantia pública da atenção. Por um lado, o próprio mercado em saúde é imperfeito. Como apresentado na discussão sobre mercado e saúde, a demanda em saúde é inelástica, não acompanha diretamente a variação de preços. Mesmo em raciocínio economicista, a sinalização via preços não seria mecanismo adequado ao controle da demanda em saúde, em razão das características específicas do bem saúde. Por outro lado, o aumento de gastos com a introdução de novas tecnologias não é peculiaridade do setor saúde; para entender o processo pelo qual produzem aumento de gastos, importa não confundir gastos (*cost*) – cujo significado é o conjunto das despesas – e preços. Em qualquer setor da economia, mudanças tecnológicas diminuem preços, mas costumam acarretar acréscimo de gastos.

Para Aaron (1996), não é adequado afirmar que a produção de ações de saúde é anômala, pois a introdução de nova tecnologia não leva à diminuição de gastos. Isto não seria particularidade do setor saúde. Uma comparação com a indústria de computadores torna claro

que a introdução de novas tecnologias tem levado a reduções notáveis dos preços de produtos, quase que mês a mês, mas a difusão do uso dos computadores tem produzido enorme aumento dos gastos nesta área.

Uma nova tecnologia pode, por vezes, diminuir os preços – uma retirada da vesícula biliar via laparoscópica, reduzindo o tempo de permanência, por exemplo –, mas implica aumento de gastos, uma vez que a disponibilidade de equipamentos e o fato de o procedimento ser menos invasivo, envolvendo menor risco, estimula aumento do volume de procedimentos produzidos.

De mais a mais, uma característica do setor saúde é que a introdução de novas tecnologias não envolve a substituição de mão-de-obra. Não substitui trabalho – recursos humanos – por capital – equipamentos. Além disso, como os métodos diagnósticos e terapêuticos inovadores somam-se aos já existentes, as novas tecnologias muitas vezes abrangem mais pessoal e profissões que possam operar e interpretar os novos meios tecnológicos, o que encarece a atenção. Assim, por não substituir trabalho por capital, a produtividade do setor saúde avança de forma mais lenta do que em outros setores (Médici, 1993:32)⁶⁴.

Destacam-se ainda os interesses dos produtores – indústrias farmacêuticas, de equipamentos e insumos médicos – na difusão de novas tecnologias. Os produtores, no afã de abrir novos mercados e aumentar o consumo, criam novas exigências em saúde. Entretanto, a utilização de novas tecnologias não é imposta por parte dos pacientes, que as exigiriam estimulados pelo marketing de produtores e prestadores. A maioria dos pacientes (66%), julga que seu médico deve resolver acerca do emprego de equipamentos e tecnologias (Schwartz & Busse, 1994:416). Para os pacientes, o mais importante, mesmo na Alemanha, continua a ser a qualidade da interação pessoal médico-paciente e não o emprego de equipamentos. Mesmo assim, nas situações em que medidas terapêuticas efetivas existem, os pacientes não desejam renunciar à tecnologia.

Diversidade de condutas médicas

Outro problema ligado ao emprego da tecnologia, é a falta de claro conhecimento de quais ações devem ser produzidas, quais os recursos que devem ser empregados para o tratamento de determinado paciente. O processo de trabalho em saúde é artesanal: ‘A medicina é arte e não técnica’, diriam uns. ‘Não existem doenças, existem doentes’, diriam outros e apelariam à autonomia no exercício da profissão contra qualquer protocolo ou norma de conduta obrigatória.

A multiplicidade nos padrões de prática médica é citada como problema que produz ineficiências na atenção à saúde. Em inúmeras situações há variedade de opções quanto ao procedimento a ser empregado. Estas, em geral, envolvem delicadas escolhas: entre a intervenção cirúrgica e o manejo medicamentoso ou entre este e a simples observação por certo período⁶⁵. A diversidade de condutas – decorrente da forma de produção do conhecimento médico, do tipo de processo e objetos de trabalho, ou melhor, da falta de condutas normatizadas –, aliada a formas específicas de remuneração médica, como o pagamento por unidade de serviço, acarreta a inevitável tentação para intervir e produzir ações desnecessárias (Abel-Smith, 1996: 29).

Há desconhecimento sobre se um cuidado de saúde é efetivo, apropriado e eficiente no uso dos recursos ou não e é ainda mais difícil estimar os benefícios prospectivos para um paciente individual. No setor saúde, gasta-se relativamente pouco com testes de produtos finais ou no estudo do que os consumidores realmente desejam. Muitos dos serviços oferecidos podem ser desnecessários, incluindo-se aí, afora o emprego excessivo, aqueles inefetivos ou inadequados (Abel-Smith, 1996:29).

Ações inapropriadas são aquelas referentes a tratamentos cujos prováveis riscos excedem os prováveis benefícios ou aquelas cujo emprego efetivo diz respeito a condição diferente da apresentada pelo paciente. As estimativas de ações desnecessárias no Canadá variam entre 30 e 60% dos gastos em saúde, ao passo que, nos EUA, estima-se que 30% dos cuidados são inadequados. É provável que estas proporções sejam superestimativas, uma vez que os estudos feitos englobam uma parcela das ações em saúde e porque não levam em conta que, no caso da abolição das ações desnecessárias, seriam substituídas por outras (Abel-Smith, 1996:29).

Abel Smith (1996:30) questiona também se o médico está em condições de conhecer o que é necessário e apropriado. Embora o conhecimento médico seja julgado científico, é muito mais comum que seja presumido ou inferido do que provado. A aceitação de tratamentos quase sempre resultou de relatórios de médicos baseados em suas experiências com pequeno número de casos e não de cuidadosos estudos populacionais aleatórios.

Apenas recentemente têm sido desenvolvidos estudos para definir protocolos de condutas. Estes podem contribuir para diminuir a variabilidade de condutas médicas e o volume de ações desnecessárias e inapropriadas daí decorrentes, aumentando a qualidade ao definir quais tratamentos e quais etapas do tratamento são necessárias e eficientes, tendo por base os seus resultados. Isto não significa dizer que a Medicina poderia operar sem variações com base em especificações precisas. Os casos individuais, bem como as condições em que o

serviço é prestado, variam, o que, por sua vez, não impede que orientações mais especificadas possam ser aplicadas.

Dominância dos prestadores

Nem o envelhecimento populacional nem a difusão de tecnologias médicas onerosas explicam de maneira convincente porque a carga dos custos de saúde varia de modo tão amplo entre países em níveis similares de desenvolvimento. Importante fator para explicar tais diferenças está na história institucional do asseguramento à saúde nos diversos países.

Para Abel-Smith (1996), o elemento mais importante para explicar a ‘explosão de custos em saúde’ em análise de perspectiva de longo prazo é resultado da interação histórica entre prestadores e consumidores, que resultou na precedência dos primeiros como conseqüência do poder político da profissão médica.

As atuais estruturas dos sistemas de saúde e formas de abordagem para o controle de gastos dependem de modo expressivo da força política relativa aos grupos de prestadores e de como suas relações de poder com os governos evoluíram ao longo do tempo. Embora originalmente os próprios consumidores tenham se organizado para prover o próprio asseguramento, os prestadores passaram a ter o domínio desta relação por interferência dos governos. Para Abel-Smith, os prestadores de serviços seriam os responsáveis pela escalada de preços. Resumindo o seu argumento: os primeiros seguros-saúde organizados pelos trabalhadores (consumidores) para garantir acesso a cuidados custeáveis preocupavam-se em controlar custos⁶⁶. Isto levou a uma competição e pressão insuportáveis para os prestadores. Frente a consumidores organizados, os prestadores articulavam-se para defender seus interesses, dando resposta às pressões competitivas dos seguradores que ameaçavam suas rendas e práticas. Quando o conflito tornava-se insuportável, os governos intervinham, quase sempre a favor dos prestadores, anulando as medidas de controle de custos propostas pelos consumidores. Desse modo, os prestadores teriam passado a decidir quais cuidados seriam necessários.

A relevância dos prestadores na determinação dos aumentos contínuos de gastos com saúde é também decorrente de uma das características do bem saúde: a assimetria de informações – a ignorância do consumidor. O paciente sofre o desconforto, mas desconhece e pouco opina sobre o que deve ser feito. Esta decisão é deixada ao médico. O paciente tem dúvidas sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico. O médico decide o que deve ser consumido, e inúmeras indústrias se desenvolveram para prover o que o médico precisa para os pacientes ou para persuadi-lo de que seus produtos são essenciais (Abel Smith, 1996:30).

O diferente desenvolvimento histórico institucional explica em grande parte as expressivas diferenças nos gastos *per capita* e nos gastos totais como proporção do PNB entre os EUA e os principais países europeus. Nos EUA, desenvolveram-se de múltiplas formas a atenção e o asseguramento quase exclusivamente privado e, em boa parte, organizados pelos próprios prestadores de serviços, com pouco controle sobre gastos e voltado à classe média⁶⁷.

O contraste com os países europeus é imenso. Na Europa, os seguros sociais foram desenvolvidos para operários e o controle de gastos tinha o intuito de manter acessíveis os níveis dos prêmios. Em diversos países, os pagamentos a hospitais e médicos foram negociados pelos governos e/ou seguros sociais com as associações de prestadores. A distribuição de hospitais foi planejada, e a introdução de equipamentos de grande porte programada, evitando-se duplicação. Em muitos países, controles sobre preços de medicamentos e esquemas estritos de referência para especialistas pelos clínicos gerais foram desenvolvidos, efetuando-se o pagamento a médicos segundo um modelo de capitação (Abel-Smith, 1996:26)⁶⁸.

Resumindo, pode-se afirmar que o desenvolvimento institucional contribui para esclarecer por que razão os países com nível de vida e renda *per capita* semelhantes apresentam participação de gastos totais em saúde no PNB tão diferenciada. O desenvolvimento institucional explicita as diferenças nos gastos totais, mas não a proporção de gastos públicos. Esta explicação não é suficiente para analisar os determinantes da garantia de maior ou menor proteção social, que deve ser buscada nos processos históricos sociais mais amplos, em particular, o nível de organização, a capacidade de mobilização, a formulação de estratégias e a construção de alianças da classe trabalhadora (Esping-Andersen, 1985). Trata-se apenas, em primeiro nível de aproximação, de análise da alocação de recursos da economia nacional no setor saúde e não da alocação dos recursos públicos entre diversos setores.

Este conjunto de considerações sobre os diversos fatores que influenciam a evolução dos gastos em saúde sugere, em primeiro lugar, a partir de evidências razoáveis, que não é necessário que se tornem impagáveis a assistência à saúde e o progresso médico (no bom sentido das expressões ‘alívio do sofrimento’ e ‘prolongamento da vida com boa qualidade’). O envelhecimento populacional não leva de modo inexorável ao aumento dos gastos em saúde.

Sugere também que maior eficiência na prestação de serviços de saúde pode ser alcançada através do controle de produtores e prestadores. Os prestadores de serviço influenciam não apenas diretamente, mas também os outros produtores da área da saúde: a

indústria de equipamentos médico-hospitalares; de medicamentos, materiais e insumos médico-hospitalares; assim como os provedores de seguro (as seguradoras). Todos estes grupos exercem forte influência no consumo de ações médico-sanitárias. Adequadas avaliações para a admissão de novas tecnologias e produtos em saúde, normatização de condutas, mudanças nas formas de remuneração e contratação dos prestadores podem contribuir decisivamente para uma prestação de ações em saúde mais econômica, sem perda da qualidade. Políticas que tiverem por finalidade o alcance de maior eficiência, deveriam incluir estas modalidades de medidas de racionalização da oferta. Como será visto a seguir, a meta das políticas de contenção, porém, é a redução dos gastos em saúde e não o alcance de maior eficiência ou a melhoria da qualidade da atenção prestada. O objetivo de estabilização das taxas de contribuição para desonerar o fator trabalho, mais facilmente leva a cortes e deslocamento de gastos para os segurados do que a diminuição dos custos, uma vez que este é propósito subordinado.

Notas

¹ Que, diga-se de passagem, mesmo as mais isentas não são neutras.

² O instrumento mais acurado de conversão de moedas para a comparação internacional do consumo ou de gastos em saúde é o PPP-*Purchasing Power Parity*, paridade do poder de compra. Esta unidade de valor é calculada pela OECD (1993-b:62) como média geométrica de dois ou mais *sets* de preços de mais de cinquenta funções de gastos. O PPP é a taxa de conversão de moedas que equaliza o preço da mesma cesta de bens e serviços em todos os países, eliminando diferenças nos níveis de preços entre eles. Este cálculo reduziria também os efeitos das flutuações das taxas de câmbio.

³ Os países foram selecionados de modo a contemplar tanto os mais desenvolvidos economicamente, integrantes do G-7, como a abarcar distintos modelos de provisão da proteção à saúde: a Áustria representa o modelo de seguro social, ao lado da Alemanha e França; a Suécia, representa o social-democrata, com sistema de proteção à saúde universal, ao lado do reino Unido; e a Suíça, com predominante sistema de mercado via seguros privados, ao lado dos EUA. Outras vezes, foram incluídos mais países.

⁴ Ocupava, ao mesmo tempo, a quarta posição no *ranking* mundial. Embora não sejam apresentados dados para todos os países, os países da OECD são os de maior renda, gastando-se em geral mais em saúde, ao passo que se pode afirmar que nos países de menor renda os gastos *per capita* são mais baixos.

⁵ A inclusão de distintos serviços e ações na contabilização de gastos e dos artifícios de cálculo que produzem pode ser ilustrada com o exemplo dos gastos hospitalares na Suécia. Neste país, tais gastos, depois de 1985, sofreram importante redução por conta da reclassificação das despesas com instituições para cuidados de deficientes mentais, não mais incluídos entre gastos hospitalares (OECD, 1993-a:99)..

⁶ De fato, na Finlândia, em 1980, a participação de gastos de saúde no PNB era de 6,5%; em 1985, de 7,3%; e em 1990, de 8,0%. Entre 1990 e 1991 a queda do PNB nesse país foi de 7% e, entre 1991 e 1992, a queda foi de 4%. Isto por si só não seria explicação suficiente, pois outros países, como Reino Unido, Austrália e a Suécia, que tiveram dos mais baixos crescimentos dos gastos em saúde também mostraram crescimento do PNB negativo entre 1989 e 1991 (OECD, 1994:39).

⁷ As disparidades são provavelmente decorrentes de diferentes bases de cálculo, ou seja, se tomados valores correntes ou valores constantes, que também mudam conforme o ano base considerado.

⁸ A OECD (1994:39), ao discutir a evolução dos gastos totais para o conjunto de seus países membros, levanta a hipótese de que estiveram menos pressionados a conter custos, aqueles que sofreram recessão econômica menos severa entre 1990 e 1992, o que levaria a aumento dos mesmos. Este poderia ser o caso da Alemanha, pois não sofreu recessão nos anos referidos. Embora os gastos totais tenham aumentado, os gastos do GKV foram controlados, permanecendo quase estável sua participação no PNB.

⁹ É necessário lembrar que os gastos com saúde dos domicílios privados são estimativas realizadas a partir de subtrações de contabilizações econômicas mais gerais, e que a distribuição dos gastos em saúde dos domicílios privados por tipo é feita a partir de pesquisas amostrais de consumo (StBA, 1995, *Wirtschaft und Statistik*, n.12, p.917). Pode-se supor a existência de um viés que induza, ao menos parcialmente, o consumo em saúde a acompanhar o aumento do consumo em geral.

¹⁰ Também em 1960, na maioria destes países, os gastos públicos correspondiam a mais de 50% dos gastos em saúde, mas apenas em oito deles alcançavam 70%.

¹¹ Mesmo os países onde o crescimento dos gastos totais em saúde nos anos 90 foi mais rápido, apresentaram evolução mais lenta na proporção de gastos públicos com saúde do que aquela observada para os seus gastos totais, corroborando a hipótese de que gastos públicos são mais fáceis de controlar (OECD, 1994:39).

¹² Neste cálculo foram considerados 6,9 bilhões gastos em *Gesundheitsdienst* – centros de saúde – e 3,9 bilhões em prevenção e diagnóstico precoce. Tais centros, além de medidas preventivas, realizam medidas de acompanhamento, o que indica serem ainda menores os gastos com medidas preventivas. A participação destes gastos no total é baixa, porém o volume financeiro não é desprezível: cerca de 6,6 bilhões de dólares.

¹³ As fontes não seriam as instituições mas contribuições para elas. O GKV é provedor de seguro coletivo à saúde cuja fonte de financiamento é a contribuição de empregadores e trabalhadores.

¹⁴ Estes gastos são na verdade contabilizados a partir de subtrações das estatísticas econômicas gerais. A diferenciação dos mesmos por tipos de despesas tem por base pesquisas amostrais de consumo e renda.

¹⁵ Os gastos totais do seguro social de doença, além dos gastos com ações de saúde e benefícios em dinheiro incluem os gastos administrativos e outros, como transferências financeiras entre as Caixas para a compensação da estrutura de riscos.

¹⁶ Benefícios em espécie: auxílio-doença, auxílio-maternidade, auxílio-parto e auxílio-funeral.

¹⁷ Tanto o seguro social como a forma de organização do sistema de saúde da Região Ocidental foram introduzidos na região oriental. Possíveis vantagens do modelo oriental de organização de serviços não foram consideradas. Mesmo a preservação das policlínicas, tidas como mais eficientes na prestação da atenção ambulatorial do que consultórios privados individuais, não foi estimulada. Foi previsto um prazo para sua extinção, depois prorrogado. Atualmente, apenas no estado de Brandemburg sobrevivem algumas policlínicas.

¹⁸ As diferenças de participação de alguns setores de atenção com a tabela anterior decorrem da forma de agregação diversa. Este é o caso das despesas hospitalares com parto, agregadas no item proteção à maternidade na tabela a seguir, e dos gastos hospitalares com *Kur*, separados por tipos na tabela anterior, por exemplo.

¹⁹ Para maiores detalhes acerca do *Sparpaket*, vide Stotz e Giovanella, 1996.

²⁰ Não é possível afirmar que apenas o corte destes medicamentos evitaria todo o déficit pois não foi calculada a influência do co-pagamento nestes dados. O faturamento é superior aos gastos do GKV, uma vez que os valores do co-pagamento não foram subtraídos.

²¹ Estima-se que os gastos totais com atenção odontológica na Alemanha sejam dos mais altos do mundo. Em 1990 representavam 0,9% do PNB enquanto nos EUA eram de 0,62% e na Grã Bretanha de 0,32% do PNB. Os gastos *per capita* calculados segundo preços com paridade de poder de compra eram o dobro dos da União Européia e 50% mais altos do que nos EUA (BMA, 1994:182).

²² Os gastos com próteses são apresentados em separado não apenas em razão de sua importância, mas também por sua forma de remuneração diferenciada e por serem objeto de medidas de contenção distintas.

²³ A participação dos gastos com próteses no conjunto dos gastos do GKV, em 1988, foi de 7,5%, e em 1989, 3,9%.

²⁴ Ocorre também consumo inicial mais elevado de ações, anteriormente não supridas ou supridas com produtos mais antiquados.

²⁵ Os hospitais também alteraram a sua oferta. A de leitos passou a ser similar àquela da Região Ocidental, como apresentado no capítulo sobre a descrição do setor hospitalar. Já os gastos por segurado com psicoterapia foram cerca da metade daqueles da região oriental, o que pode indicar tanto menor oferta de profissionais como falta de costume de utilização ou de encaminhamento pelos médicos. Dignos de nota são ainda os gastos com medicamentos por segurado, que ultrapassam levemente os respectivos gastos na região oriental. Isto poderia ser resultado de diferenças no estado de saúde: morbidade mais elevada. Atualmente, a região oriental apresenta indicadores piores do que na Região Ocidental, pois ocorreu uma defasagem de melhoras na região oriental desde a metade dos anos 70 para cá, diferença de três anos na expectativa de vida ao nascer, por exemplo. Mas isso também poderia ocorrer em decorrência de novos hábitos de prescrição dos médicos da região oriental, que passaram a prescrever proporcionalmente mais novos e caros medicamentos.

²⁶ Este tipo de benefício havia sido introduzido para conter gastos hospitalares como contribuição para a redução de dias de internação.

²⁷ Tais medidas não atingem o cerne do catálogo de ações nem os principais prestadores. Assim, ainda que os gastos com atenção odontológica tenham subido bastante em 1996, não foram alvo de medida específica.

²⁸ É quase impossível fazer comparação razoável dos gastos administrativos do GKV com correspondentes similares em outros países. Os dados internacionais referem-se à participação dos gastos administrativos nos gastos totais; seria inadequado, portanto, confrontá-los com gastos do Seguro Social de Doença. Em cotejo internacional com base em estimativas feitas pela OECD, a participação dos gastos administrativos no total de gastos em saúde na Alemanha é das mais altas entre os países da OECD. Os autores, porém, chamam a atenção para o provável nível mais elevado deste tipo de gastos nos EUA e das dificuldades para a confrontação (OECD, 1995:32, *Health Policy Studies*, n.7). Nos EUA, em 1987, os gastos administrativos dos seguros privados eram de 11,7% (Schwartz & Busse, 1994:413). Donaldson & Gerard (1992:30), referem para o mesmo caso 13,4%.

²⁹ Brutto-Lohnquote: participação da renda proveniente do trabalho assalariado – não autônomo –, inclusive contribuições dos empregadores para o seguro social, na economia popular em percentagem. A renda popular – *Volkseinkommen* – inclui rendimentos pessoais provenientes do trabalho assalariado e autônomo, além de atividade empresariais. *Volkseinkommen*, por sua vez, corresponde a mais de 70% do PNB. No Brasil, a participação da massa salarial no PIB é menor que 30% (Kjeld Jakobsen. FSP.02.05.98, f.1-3).

³⁰ É o PNB menos amortizações e impostos indiretos e mais as subvenções (Kühn, 1995-a).

³¹ Os rendimentos do trabalho autônomo cresceram nos anos 80 e 90. Enquanto em 1980, a renda disponível em um domicílio de um autônomo era 2 vezes àquela de um operário, em 1994 esta relação havia subido para 3 vezes. Paralelamente aumentaram os lucros e foram reduzidos os impostos sobre as rendas provenientes da atividade empresarial e elevados os impostos sobre os rendimentos do trabalho, tudo isto contribuindo para a redução da cota de rendimentos do trabalho assalariado, base para desconto das contribuições (Stegmüller, 1996: 69)

³² Poder-se-ia supor que a participação da renda do trabalho assalariado teria sido reduzida por um aumento do trabalho autônomo, por exemplo. Ao considerar-se mudanças na estrutura da ocupação este argumento perde validade.

³³ A renda popular – *Volkseinkommen* – inclui os rendimentos pessoais provenientes do trabalho assalariado e autônomo e atividade empresariais e corresponde a mais de 70% do PNB.

³⁴ Outra característica alemã é a baixa taxa de desemprego entre jovens. Graças ao sistema dual de formação profissional, nas empresas e escolas profissionais, a Alemanha apresenta a penúltima taxa dentre as mais baixas, 7,6% para jovens de 15-19 anos e 9,5% para menores de 25 anos, entre 19 países da OECD. Na Espanha estas taxas eram de 50% e 41% e na Itália 36% e 35% (dados de 1995 e 1996) (*Sozialpolitische Umschau*, 1996: n.322 e n.298).

³⁵ O total de pessoas ocupadas em tempo parcial é maior. Em 1995, 5,3 milhões de pessoas trabalhavam em tempo parcial, correspondendo a 16,3% do conjunto da população assalariada. Destes, 90% eram mulheres (*Sozialpolitische Umschau*, 1996:n.242).

³⁶ Esta tabela com tantas referências objetiva ilustrar a diversidade de resultados que potencializa o cômputo de grandes agregados de dados nacionais, baseados parcialmente em estimativas.

³⁷ No caso do Brasil, observa-se que o modelo universalista não seria extemporâneo, mas sim avançado. Autores que apontam o problema do desemprego como estrutural –mudanças na esfera do mercado de trabalho, não apenas na redução de postos de trabalho, mas também maior rotatividade, períodos mais frequentes de desemprego etc. – indicam como melhor alternativa para a proteção os sistemas universais baseados em contribuições fiscais. Também para defensores da redução dos custos sociais do trabalho, um sistema universal de base fiscal é apontado para reduzir custos sociais do trabalho e melhorar a posição de competitividade do país.

³⁸ Estas questões, embora relacionadas e muito interessantes, não são, porém, o foco deste trabalho.

³⁹ Apenas para este período, a metáfora de explosão de gastos seria condizente.

⁴⁰ Os hospitais foram melhor aparelhados com a compra de equipamentos eletrônicos de grande porte. Unidades de terapia intensiva foram criadas. Postos de trabalho para técnicos e médicos foram ampliados nos hospitais (Deppe, 1987:45s). O financiamento hospitalar também foi modificado. Os investimentos passaram a ser de responsabilidade apenas dos Estados, tendo a União se retirado.

⁴¹ Foram incorporados ao catálogo novas medidas de proteção à maternidade, assim como de diagnóstico precoce para câncer, para lactentes e pré-escolares e de reabilitação, por exemplo.

⁴² Os anos 60 até início dos anos 70, correspondem a um período de forte expansão em diversas áreas sociais. Na Alemanha não aumentaram apenas os gastos do GKV, mas, entre 1960 e 1975, cresceu o conjunto dos gastos sociais em 11 pontos percentuais em relação ao PIB. Neste período, o sistema de previdência passou por dificuldades em decorrência de uma redução da relação contribuintes/aposentados. Na reforma então realizada foi definida a redução dos repasses da previdência social para o Seguro Social de Doença dos aposentados, o que teria levado o GKV a sofrer dificuldades financeiras (Behaghel, 1994:156).

⁴³ Atualmente não existe relação de medicamentos; apenas são listados os excluídos, ou seja, há lista negativa. A proposta é a elaboração da relação de medicamentos de efeitos comprovados e passíveis de pagamento: uma lista positiva.

⁴⁴ A Alemanha ocupa o segundo lugar no volume financeiro de exportações; situa-se após os EUA e antes do Japão.

⁴⁵ Especialmente nos países asiáticos. Para a Coreia do Sul é interessante observar que ampliou a cobertura da proteção social à saúde, em 1989, para 100% da população, segundo dados da OECD. Mantém, porém, um dos níveis mais altos de participação direta dos usuários: cerca de 40% (OECD *Health Data for Windows*, 1997).

⁴⁶ Se fosse para estabelecer uma relação, seria mais fácil fazê-la ao contrário: quanto maior o nível de gastos em saúde, melhor a posição de um país na competição internacional.

⁴⁷ Este é o caso da discussão sobre o estabelecimento de prioridades e a definição de cestas mínimas. Como, por exemplo, as recomendações do Banco Mundial (1993) para países pobres: os gastos devem ser apenas com ações preventivas, sem qualquer dispêndio com ações que aliviem o sofrimento das pessoas, pois não resultariam em redução dos anos de vida perdidos.

⁴⁸ No Brasil, em qualquer aspecto que se considere em termos internacionais – seja como proporção do PNB, seja *per capita* –, o volume de gastos em saúde é baixo. Isto é, este argumento não pode servir de base para a formulação de qualquer política de saúde no Brasil.

⁴⁹ Para Médici, os limites em que há correlação ótima – maiores ganhos com saúde – seriam provavelmente entre US\$30 e 500, dados do Banco Mundial para 1990.

⁵⁰ Estes autores encontraram por exemplo que as pessoas entre 35 e 40 anos do extrato econômico mais baixo apresentaram um nível de doenças crônicas e restrições similar àquele da população de 75 anos e mais do estrato sócio-econômico mais elevado. O que demonstra que nos grupos sociais de maior renda já ocorreu uma compressão da morbidade em idades mais avançadas.

⁵¹ A universalização do direito à saúde é parte do processo de construção dos chamados *welfare states*. Para uma boa discussão e compreensão sobre a origem e expansão dos *welfare states* veja Fleury, 1996.

⁵² A Suíça vem caminhando nesta direção e, mesmo nos EUA, têm sido formuladas propostas governamentais para garantir a universalização. A Turquia tem planos para alcançá-la antes do próximo milênio.

⁵³ Possas (1993) adverte que não se deve tirar conclusões apressadas destes estudos, aplicando-os aos países em desenvolvimento com o intuito de defender que não é preciso preocupar-se com o aumento de doenças crônico-degenerativas, como fazem os organismos internacionais que propõem cestas mínimas.

⁵⁴ As mortes por doenças cardiovasculares no Brasil ocorrem em idade precoce, além de as taxas de mortalidade serem mais elevadas do que nos EUA, por exemplo (Chor et al., 1995).

⁵⁵ Afirmações como esta são evidentemente muito precipitadas. O estudo teria que ser replicado e não é possível prever quais tecnologias estarão disponíveis no futuro.

⁵⁶ Entre 1960 e 1975 observou-se aumento importante desta proporção – quase 50% – mesmo período em que ocorreu maior aumento dos gastos em saúde.

⁵⁷ Em 1995, a Alemanha era o país da OECD cuja população apresentava menor grau de dependência. Este indicador é calculado tomando-se a população de 0 a 19 anos somada ao grupo de 65 anos, dividindo-se o resultado pelo número de pessoas de 20 a 64 anos. O indicador para a Alemanha era de 58,3, enquanto para o Reino Unido era de 70,1 e para Suécia de 73,4 (OECD *Health Data for Windows*, 1997). Este baixo grau de dependência é consequência do número reduzido de crianças e jovens. Em 1990, a Alemanha era o país da OECD com a menor proporção de pessoas da 0 a 19 anos: apenas 21,7%, contra 25,9 para o Reino Unido, 24,5% para a Suécia, 27,8% para a França e 26,4% para o Japão (OECD, 1993-b:14).

⁵⁸ Na Alemanha, ainda que a proporção de pessoas com 65 anos e mais possa ser considerada estável, nos últimos anos houve aumento da proporção da população em idades mais avançadas. O grupo de 80 anos e mais elevou-se de 2,1%, em 1975, para 3,8%, em 1990, e o grupo de 75 anos e mais passou de 4,8% para 7,2% da população total no mesmo período (OECD, 1993-b:16s). Para dar conta das novas necessidades deste grupo populacional foi criado novo ramo do seguro social para cuidados de enfermagem de longa duração, cujos benefícios são definidos com base no grau de dependência / autonomia de cada postulante, como referido no capítulo 1.

⁵⁹ A estimativa foi realizada adotando por pressuposto que as receitas das Caixas advindas das contribuições seriam suficientes para cobrir os gastos.

⁶⁰ As medidas de contenção baseadas neste tipo de argumento não objetivam alcance de maior eficiência do sistema. Referem-se quase sempre apenas à introdução de restrições. Para defensores ferrenhos de cortes, o envelhecimento populacional seria o grande argumento de que a atenção integral não poderá mais ser garantida de forma pública e solidária, impondo a exigência de definição da cesta mínima.

⁶¹ Exemplo típico é o emprego da densitometria óssea para o diagnóstico em massa da osteoporose em mulheres, que onera, mas não altera o tratamento. Na Alemanha, mesmo em situação de controle de gastos com a fixação de tetos orçamentários, a propaganda possibilitou que este procedimento, em curto espaço de tempo, fosse responsável por 1% de todos os gastos ambulatoriais.

⁶² Radiografar fetos foi prática difundida nos anos 30, abandonada depois que se demonstrou que poderia causar leucemia. A amnioncentese foi amplamente utilizada até que se descobriu que poderia causar danos ao feto e a sua utilização foi restringida. Mastectomias totais foram amplamente utilizadas até ser reconhecido que cirurgias localizadas produzem os mesmos resultados.

⁶³ Os produtores poderiam ser obrigados – assim como para medicamentos – a provar a efetividade e os resultados do emprego. Mesmo assim permaneceria o problema, que é o emprego mais ampliado do que o indicado, quando a tecnologia é difundida. Estudos teriam que mostrar se esta difusão poderia vir a anular a esperada melhoria de resultados (Abel-Smith, 1996:28).

⁶⁴ A produtividade do trabalho em saúde tem aumentado em poucos setores, como, por exemplo, nos serviços auxiliares de análises clínicas (Médici, 1994).

⁶⁵ Em certas situações, os pacientes optam pela observação. Em estudo realizado nos EUA, pacientes com severos sintomas relacionados à próstata optaram pela observação quando lhes foi dada a chance de escolha informada (Abel-Smith, 1996:29).

⁶⁶ Argumenta ainda que as mutualidades voluntárias foram criadas para garantir alguma renda durante os episódios de doença de seus associados. Os médicos foram chamados para controlar as fraudes e atestar a doença. Depois, os médicos convenceram que seus remédios poderiam reduzir os gastos com o auxílio-doença. Mas é difícil de dizer quais cuidados de saúde reduziram o absentismo por doença ou reduziram os gastos com auxílio-doença.

⁶⁷ O processo legislativo americano também ajuda a explicar estas diferenças. Diversas iniciativas de controle de custos não foram adiante por fortes pressões dos grupos de interesses diretamente sobre os legisladores (Abel-Smith, 1996:27).

⁶⁸ Há evidências de que países cujos sistemas de saúde se organizam com base nestes mecanismos, gastam comparativamente menos com saúde, como é o caso tradicional da Grã Bretanha.

PARTE II

**O PROCESSO DE REFORMA DO SEGURO SOCIAL
DE DOENÇA-GKV NOS ANOS 90**

VI. POLÍTICAS DE CONTENÇÃO: O PROCESSO DA ‘REFORMA DA SAÚDE’ E SUAS TRÊS ETAPAS

Há mais de vinte anos, a questão da contenção de gastos tem caracterizado a política de saúde alemã. Desde os anos de 1970, um dos pontos centrais da política de saúde tem sido a tentativa de estabilização das taxas de contribuição do seguro social de doença. Uma política de subordinação dos gastos às receitas foi assumida: a elevação dos gastos não deveria ser superior à evolução dos salários dos contribuintes, de modo a evitar a majoração das taxas de contribuição e, conseqüentemente, dos custos relacionados ao trabalho (BMAS, 1994:125; Alber, 1992).

O objetivo de estabilização das taxas de contribuição – justificado pela necessidade de evitar aumentos dos custos do trabalho – tem sido explícita e reiteradamente assinalado nos documentos da coalizão governamental para reformulações setoriais (BMAS, 1994; CDU/CSU/FDP, 1996-b; *Drucksache*, 13/3.608).

Deste modo, a pressão pela redução dos custos sociais do trabalho tem tornado as políticas de saúde dependentes da política econômica e dos interesses empresariais de contenção de custos sociais. As políticas de contenção de gastos em saúde expressam, nessa área, a estratégia de acumulação orientada ao mercado mundial – estratégia de modernização –, cujo objetivo é melhorar a posição do capital alemão na competição internacional (Narr & Schubert, 1994; Bieling, 1996; Deppe, 1998)¹. O capital alemão direcionado à dominação de fatias sempre maiores do mercado global veria sua posição de vice-campeão mundial das exportações ameaçada e exigiria ordem e moderação na terra natal (Deppe, 1998).

Um dos principais instrumentos das políticas de contenção de gastos no seguro social de doença alemão foi, até o final dos anos de 1980, a fixação de tetos orçamentários, limitando os gastos por setor de atenção, de forma negociada, corporativa e conduzida pelo Estado. Negociação realizada principalmente através de uma câmara setorial, a Ação Concertada em Saúde, da qual participam os principais atores sociais, e por organizações intermediárias de concertação de interesses, as Associações de Médicos Credenciados, de Caixas e de outros prestadores.

A Ação Concertada em Saúde foi criada pela primeira lei de contenção importante - ‘Lei de Contenção do GKV’ – de 1977². Consiste em um fórum de aconselhamento, do qual

fazem parte os mais importantes atores sociais e setoriais. Mais arena do que ator – dada a diversidade de atores e posições que o compõem – reúne-se duas vezes ao ano e tem por tarefa analisar dados gerais econômicos e do setor saúde, além de fazer recomendações para a racionalização no sentido da elevação da efetividade e eficiência desse setor. Trabalha, ainda, proposições para o desenvolvimento dos diversos setores de atenção, assim como para mudanças na remuneração. Estas recomendações devem ser ponderadas quando da negociação de contratos entre as Caixas e prestadores de serviços. Neste sentido, a Ação Concertada em Saúde pode ser considerada como um ator que participa da condução do sistema, cujas recomendações, decorrentes do consenso, são tomadas como orientações para as negociações entre as diversas associações. Conforme a legislação, na primeira reunião anual fazem-se recomendações para a evolução de gastos setoriais – ambulatoriais, hospitalares e medicamentos. Tais recomendações devem ser elaboradas de modo que se evitem aumentos nas taxas de contribuição. Caso a Ação Concertada não chegue a consenso, estas definições são negociadas entre as Caixas e as respectivas associações de prestadores. Na reunião de outono devem ser discutidas recomendações para aumento da efetividade e eficiência.

A Ação Concertada em Saúde é composta por 75 membros representantes dos principais atores setoriais, conforme quadro a seguir (que ao mesmo tempo, ilustra a miríade de atores setoriais).

Quadro 10 – Membros da Ação Concertada em Saúde

Organizações	Número de representantes
Caixas do Seguro Social de Doença	14
Associação Federal das Caixas Locais	(3)
Associação Federal das Caixas de Empresas	(2)
Associação Federal das Caixas Corporações	(2)
Associação Federal das Caixas Rurais	(2)
Caixa dos Mineiros	(2)
Associação das Caixas Substitutas para Empregados e Associação das Caixas Substitutas para Operários	(3)
Associação dos Seguros Privados de Doença	2
Médicos e dentistas	11
Federação das Associações de Médicos das Caixas	(3)
Federação das Associações de Dentistas das Caixas	(2)
Câmara Médica Federal	(5)
Câmara Federal de Dentistas	(1)
Sociedade Alemã de Hospitais	3
Federação das Associações de Farmácias	3
Indústria farmacêutica	4
Associação Federal da Indústria Farmacêutica	(1)
Associação de Indústrias Farmacêuticas que pesquisam	(1)
Associação de Empresários Ativos da Indústria Farmacêutica	(1)
Associação Federal dos Produtores de Medicamentos	(1)
Trabalhadores	6
Federação dos Sindicatos Alemães – DGB	(4)

Organizações	Número de representantes
Sindicato dos Empregados Alemães – DBA	(1)
Federação dos Funcionários Públicos Alemães	(1)
Federação Nacional das Associações de Empregadores Alemães	6
Governos estaduais e municipais	19
Congresso das Cidades Alemãs- <i>Deutscher Städtetag</i>	(1)
Congresso dos Distritos Alemães	(1)
Federação de Cidades e Municípios	(1)
Secretários estaduais responsáveis pelo seguro doença e atenção à saúde	(16)
Outras associações	7
Associações de deficientes	(1)
Associações beneficentes da área da cuidados	(1)
Associações de técnicos em saúde	(1)
Associações de prestadores de outros métodos terapêuticos	(1)
Associações de consumidores	(1)
Associações de casas de repouso e balneários	(1)
Associações das profissões de cuidados	(1)
Total de membros	75

Fonte: *Geschäftsordnung für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, decisões da 31ª Ação Concertada, de 14 de setembro de 1995.

Além dos membros com direito a voto, listados acima, tomam parte das reuniões da Ação Concertada em Saúde: o Ministro da Saúde – que as preside – e representantes dos Ministérios do ‘Trabalho e Ordem Social’, da ‘Família, Idosos, Mulheres e Jovens’, da Economia; e, por fim, do Gabinete do *Kanzler*.

Em 1985 foi criado o Conselho de Experts para a Ação Concertada em Saúde, que deve elaborar uma avaliação anual sobre o setor saúde. A primeira foi divulgada em 1987 e, desde então, seguiram-se outras publicadas com regularidade. O Conselho é composto por sete membros independentes, de notório saber na área da saúde ou economia, escolhidos pelo Ministro da Saúde com a participação dos membros da Ação Concertada.

Nos últimos anos, a importância da Ação Concertada em Saúde na formulação da política tem diminuído seja pela intervenção mais incisiva do legislador seja pelo acirramento de diferenças de interesses, o que tem dificultado a produção de consenso e, em consequência, a possibilidade da formulação de recomendações.

A regulação de gastos e preços através das associações ocorre ainda em mais dois outros níveis. Além da negociação direta de preços e gastos entre as associações de Caixas e as associações dos diversos prestadores, são organizadas ‘comissões conjuntas’ em níveis federal e estadual, constituídas paritariamente pelas associações das Caixas e dos Médicos das Caixas, que conformam fóruns de negociação para a garantia de atenção ambulatorial necessária, suficiente e econômica. Em um terceiro nível, a regulação é interna às próprias associações de prestadores – em especial, àquelas dos médicos –, que exercem controle sobre seus filiados para que os acordos sejam cumpridos.

Os demais instrumentos da contenção, durante os anos 80, consistiram em ampliação parcial da competência das Caixas e repetidos acréscimos dos valores de co-pagamento desembolsados pelos segurados. O deslocamento de despesas com tratamento de saúde para os pacientes foram justificados com base na concepção de que um excesso de demanda, para além das necessidades médicas, seria uma das causas principais do aumento dos gastos setoriais. O fortalecimento da ‘auto-responsabilidade’ por meio do desvio de gastos para o segurados seria, nesta concepção, medida efetiva de controle de gastos.

Desde a segunda metade dos anos 70, as coalizões governamentais – tanto a social/liberal como a democrata-cristã/liberal – promulgaram uma série de leis, as quais elevaram sucessivamente a participação dos segurados nos custos, ainda que de forma moderada, e introduziram pequenas correções na estrutura do seguro social de saúde (Gerlinger, Giovanella & Michelsen, 1997)³. Com isso, o sucesso das medidas de contenção foi de curta duração. Sucessivamente, a uma ligeira fase de redução ou estagnação das taxas de contribuição seguiu-se elevação, o que desencadeou nova lei de contenção. Processo que ficou sendo conhecido como ‘espiral de leis de contenção’. Tais intervenções, mesmo que não tenham conseguido estabilizar as taxas de contribuição, fizeram com que a elevação dos gastos públicos com saúde fosse moderada. Os gastos do sistema de seguro social de doença – GKV – mantiveram-se na faixa de 5 a 6% do PIB.

Pode-se atribuir a curta duração dos efeitos de contenção, em primeiro lugar, à qualidade dos mecanismos selecionados, os quais, até a Lei da Estrutura da Saúde, não atingiram problemas estruturais do sistema de prestação de serviços. A definição de tetos máximos por setor, um dos principais mecanismos introduzidos, cristalizou a distribuição de recursos entre os diversos setores de atenção, sem levar em conta a necessidade de realocação entre setores nem a introdução de mecanismos adequados para maior integração do sistema de atenção – em particular, entre os setores ambulatorial e hospitalar – que possibilitasse uso mais parcimonioso dos recursos. Entre outros, a reconhecida dominância dos prestadores na definição de preços e os falsos estímulos à expansão do volume de ações prestadas – como é o caso do sistema de remuneração ambulatorial por unidades de serviços – não foram enfrentados. As medidas relacionadas a problemas na organização da atenção foram, em geral, pontuais.

Os curtos sucessos das leis de contenção devem-se também ao modo de implementação dos mecanismos aprovados. A implementação foi prejudicada em virtude de: baixa competência legal das Caixas para intervir sobre a prestação de serviços; competição e conflitos entre as Caixas; reações dos prestadores, que rapidamente se adaptaram aos novos

mecanismos e encontraram brechas e formas de fazer valer seus interesses, ‘burlando’ as medidas de contenção; e, por fim, insuficiência de pressão estatal sobre o sistema de negociação (Reiners, 1993; Stegmüller, 1996).

Este foi o ritmo da política de saúde até o final dos anos de 1980. Importante corte neste ritmo foi marcado pela **Lei da Estrutura da Saúde – *Gesundheitsstrukturgesetz* – GSG** – de 1992. A lei resultou de uma “grande coalizão” setorial que uniu democratas-cristãos e social-democratas, tendo sido promulgada sem a participação do partido liberal – FDP. A orientação da política contencionista foi alterada com essa legislação, que, além de incluir componentes tradicionais de contenção, mudou o sistema de incentivos à prestação, provocou impacto sobre interesses dos prestadores e modificou um dos elementos característicos da organização da proteção segundo o modelo de seguro social, que era a adscrição diferenciada compulsória dos trabalhadores conforme sua inserção na produção, possibilitando a liberdade de escolha da Caixa de Doença para a maioria dos contribuintes.

Dando seqüência a estas leis, em junho de 1997 foram aprovadas as ‘**Leis de Reordenação do GKV-NOG**’ pela coalizão parlamentar, que constituem o cerne da ‘**terceira etapa da reforma da saúde**’, analisada em detalhe nos capítulos seguintes. Esta parte do trabalho dedica-se a relatar e analisar este processo mais recente de ‘reforma’ do seguro social de doença alemão GKV, do final dos anos de 1980 e primeira metade dos anos de 1990.

Quadro 11 – Cronologia das Principais Leis Promulgadas

	Principais Leis Promulgadas
1972	<i>Krankenhaus- Finanzierungsgesetz</i> – Lei do Financiamento Hospitalar
1977	<i>GKV-Kostendämpfungsgesetz</i> – KVKG – Lei de Contenção do GKV
1981	<i>Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz</i> – KHKG - Lei de Contenção Hospitalar
1981	<i>Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz</i> –KVEG - Lei Complementar à Contenção no GKV
1984	<i>Krankenhaus-Neuordnungsgesetz</i> – KHNG – Lei de Reordenação Hospitalar
1988	<i>Gesundheitsreformgesetz</i> – GRG – Lei da Reforma da Saúde
1992	<i>Gesundheitsstrukturgesetz</i> – GSG – Lei da Estrutura da Saúde
1996	<i>Beitragsentlastungsgesetz</i> – Lei de Alívio da Contribuições
1997	1. und 2. <i>GKV-Neuordnungsgesetz</i> – NOG – Leis de Reordenação do GKV
De 1977 a 1996	cerca de 50 leis relativas ao GKV, com mais de 7.000 parágrafos

Inicialmente serão apresentadas, de modo sucinto, a duas primeiras etapas, contextualizando processualmente a ‘terceira etapa da reforma da saúde’, tema deste estudo. Ao final, far-se-á breve análise do processo de discussão e decisão da terceira etapa da reforma propriamente dita, introduzindo os capítulos posteriores.

1. Primeira e segunda etapas da Reforma do GKV

A decisão sobre a necessidade de reforma do seguro social de doença alemão não foi imediata à posse da coalizão cristã-liberal em 1983. Apenas no outono de 1985, sob a pressão de novos aumentos das taxas de contribuição, a coalizão governamental resolveu encaminhar uma discussão, visando desenvolver uma concepção de reforma capaz de estabilizar por longo prazo as finanças do seguro social de doença – *Gesetzliche Krankenversicherung-GKV* –, cuja legislação deveria ser promulgada na próxima legislatura (Perschke-Hartmann, 1992)⁴.

A partir daí começou o processo em que a atual reforma representa a terceira etapa. Duas importantes leis de reforma do seguro social de doença alemão ocorreram antes dessa terceira etapa: a "Lei da Reforma da Saúde"- *Gesundheitsreformgesetz-GRG* -, de 1988, e a "Lei da Estrutura da Atenção à Saúde" – *Gesundheitsstrukturgesetz -GSG* – de 1992⁵.

Primeira etapa: Lei da Reforma da Saúde – *Gesundheitsreformgesetz-GRG*

Em janeiro de 1989 entrou em vigor a “Lei da Reforma da Saúde – GRG”, a primeira etapa da reforma que a coalizão liberal-conservadora buscava implementar. Através da lei pretendia-se aliviar o GKV em 14,5 bilhões de marcos anuais, tendo como prioridade máxima a estabilidade das taxas de contribuição. Metade destas economias redundariam em redução das taxas de contribuição dos segurados e a outra metade seria utilizada na ampliação e melhoria de benefícios, em particular os cuidados de longa duração para pacientes com dependência/necessidade severa (Eberle, 1998).

A ‘Lei da Reforma da Saúde’ foi considerada inicialmente como a ‘primeira’ reforma da saúde’. A diversidade e o embricamento de interesses setoriais tinham sido até então ponderados como impeditivos de reforma (BMAS, 1994). A GRG – lei proposta e aprovada pela coalizão governamental liberal-conservadora formada por CDU/CSU e FDP⁶ – tinha como motes: ‘redefinir a solidariedade’, ‘fortalecer a auto-responsabilidade’ e ‘criar mais eficiência’. A reforma visava a concentração do financiamento solidário sobre as ações medicamente necessárias – esgotando as reservas de economicidade, preenchendo déficits de assistência, ampliando a promoção da saúde e combatendo as principais doenças – além de procurar estabilizar simultaneamente as taxas de contribuição em níveis mais baixos e a longo prazo (Blüm, 1988, Ministro do Trabalho e responsável pelo seguro social de doença à época).

A maioria das medidas aprovadas, porém, permaneceu na tradição das leis de contenção. Valores de co-pagamento foram ampliados. Restringiram-se algumas ações e fixaram-se preços. O ponto central esteve na reformulação da cesta de serviços cobertos com determinados cortes em ações curativas, aumento de co-pagamento e favorecimento de ações preventivas e de promoção da saúde. Foram incluídas ações tidas como necessárias e até então não contempladas, em especial, as preventivas, como profilaxia dentária para crianças e jovens, *screening* para doenças cardiovasculares e renais para adultos⁷. Cuidados de longa duração para pacientes com grau de dependência severa passaram a ser responsabilidade das Caixas⁸.

A inclusão de medidas de promoção no catálogo de ações garantidas foi um dos aspectos considerado dos mais positivos na Lei – diga-se de passagem posteriormente abolidas em 1996. Restrições ocorreram na forma da instituição de restituição de apenas 50% das despesas com próteses dentárias, bem como a criação de subsídios fixos para óculos e aparelhos de audição.

Na assistência farmacêutica, com o intuito de controlar gastos com medicamentos, estabeleceu-se um sistema de definição de preços máximos negociados – *Festbetrag* –, a serem pagos pelas Caixas às farmácias. Segundo esta sistemática – ainda vigente – se o preço do medicamento for mais elevado do que o valor máximo fixado, o médico deve informar ao paciente que está receitando medicamento de preço superior⁹ e o segurado arcará com a diferença.

A lei reforçou ainda a competência das Caixas no controle dos serviços prestados por médicos e hospitais e a condução negociada da atenção, definindo novos campos para decisões homogêneas e conjuntas das Caixas. A possibilidade de intervenção das Caixas nas provas de economicidade realizadas por médicos e hospitais foi fortalecida. O Serviço Médico das Caixas foi reestruturado, dando direito a examinar o tipo e a extensão das ações médico-sanitárias prescritas e ou realizadas – com o objetivo de conter a expansão do volume de ações prestadas e controlar fraudes –, e foram ampliadas as competências de instâncias conjuntas compostas pelas Caixas e prestadores na definição de normas de qualidade.

Por meio da Lei da Reforma da Saúde-GRG foi também reorganizado o direito sanitário. Toda a legislação social foi agrupada e sistematicamente reordenada de forma a compor o ‘Livro V do Código Social -V SGB’.

A GRG foi criticada pela maioria dos atores sociais. Os sindicatos consideraram-na anti-social; os médicos, limite à liberdade de conduta; e os empresários, como ameaça à

indústria farmacêutica e ao *Standort-Deutschland* – posição da Alemanha na concorrência internacional. A aprovação da lei – apresentada pelo Ministro do Trabalho e Ordem Social no Bundestag – tornou-se possível em razão dos recentes aumentos das taxas de contribuição, ameaças de imposição legal de medidas ainda mais restritivas, assim como à introdução de diversas pequenas alterações (Blanke & Kania, 1996).

Embora os custos de medicamentos tenham sido fixados – *Festbetrag* – e os produtores tenham ajustado seus preços ao valor estabelecido, considera-se que as perdas da indústria farmacêutica foram compensadas pelos medicamentos não incluídos no sistema¹⁰ e que tiveram seus preços majorados, não sendo possível, na verdade, controlar esse tipo de gastos. Os segurados, por sua vez, antecipando-se às restrições e aumentos do co-pagamento, compraram óculos e completaram suas próteses antes da entrada em vigor da lei, o que produziu elevação destes gastos em 1988 (54% de aumento em relação a 1987 para próteses). Assim, em 1990, os resultados da contenção já estavam quase dissipados (Eberle, 1998; Reiners, 1993).

Ainda que tenha sido ineficaz na contenção a médio prazo, a lei produziu imediatamente o controle de gastos do GKV, que foram inferiores em 1989 aos do ano anterior, possibilitando a redução da taxa média de contribuição em 0,4 pontos percentuais em 1990, ano em que o valor alcançado foi de 12,53%, e de mais 0,3 pontos no ano seguinte, ficando em 12,2% a taxa de contribuição média em 1991.

Tabela 69 – Variação anual em % dos gastos do GKV em setores de atenção selecionados, dos salários médios e dos preços em geral* – Alemanha – Região Ocidental, 1987-1997

Atenção	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Ambulatorial	3,3	3,3	4,6	7,6	9,7	8,2	3,3	4,0	3,6	3,0	2,1
Hospitalar	4,6	0,7	3,4	9,3	10,2	9,8	5,6	7,7	3,8	-0,3	2,3
Odontológica	2,9	4,4	0,0	6,2	11,7	11,3	2,5	4,7	1,3	7,8	1,6
Próteses Dent.	-8,9	53,6	-49,6	-0,4	16,0	21,9	-28,2	15,5	7,1	11,0	2,2
Farmacêutica	7,2	8,2	-1,1	8,0	12,1	10,6	-19,5	4,9	7,4	6,9	-3,9
Outros Meios**	8,7	13,5	12,1	7,7	15,0	12,0	1,1	13,4	10,0	9,2	-3,8
Auxílio-Doença	7,5	5,3	-0,1	13,2	16,7	7,9	-0,9	7,6	14,2	-2,0	-21,2
Total Ações	4,3	7,7	-3,8	8,9	13,0	10,7	-1,1	7,5	4,9	3,2	-1,9
Salário Médio ¹¹	3,4	2,7	2,7	4,6	6,2	5,7	3,8	2,0	3,6	#1,9	-
Preços	0,1	1,1	2,9	2,7	3,7	4,1	3,7	2,8	1,7	#1,3	-

* Aumentos médios de salários; preços da cesta de uma família de quatro pessoas com renda média. ** Outros meios: inclui outros método de cura e meios de ajuda (*Heil-und Hilfsmittel*). # Diferença em relação ao primeiro semestre do ano anterior.

Fonte: BMG, 1996:10.7; para os anos de 1987 a 1989, cálculos próprios; para 1996 e 1997 (resultados preliminares) <http://www.bmgesundheit.de>; para preços e salários, Schäfer, 1996.

No entanto, o GKV apresentou novo déficit ainda em 1991. A redução da taxa, por conta do superávit do ano anterior e mais o crescimento de gastos da ordem de 10%, contra

elevação das receitas de apenas 5%, levou a que fechasse o ano de 1991 com importante déficit, esvanecendo-se o efeito de contenção.

A unificação alemã, depois da transposição do seguro social de doença para a Região Oriental, a partir de janeiro de 1991, com algumas regras de transição, teve também importantes conseqüências financeiras para o GKV. Tanto recursos fiscais como de contribuições foram aplicados na Região Oriental para adequação do sistema de atenção ao modelo ocidental. Embora preços e honorários correspondentemente mais baixos tenham sido acordados para a Região Oriental em decorrência do potencial mais baixo de arrecadação da região por conta de seu nível inferior de salários, a oferta e a utilização dos serviços e, em conseqüência, a evolução de gastos aproximaram-se rapidamente daquelas da Região Ocidental.

Quadro 12 – Receitas, despesas e saldo anual do seguro social de doença alemão – GKV, Região Ocidental, 1987-1997. Saldo total e para Região Oriental, 1991-1997*. Taxas médias anuais de contribuição (em % dos salários de contribuição)

Ano	Receitas	Despesas	Saldo Oeste	Saldo Leste	Saldo Total	Taxa Média Oeste	Taxa Média Leste
1988	132.639	134.376	-1.737			12,90	
1989	139.682	129.927	9.755			12,90	
1990	147.753	141.654	6.099			12,53	
1991	154.221	159.814	-5.593	2.773	-2.820	12,20	12,80
1992	167.778	176.876	-9.098	-256	-9.354	12,74	12,61
1993	184.421	175.362	9.059	1.355	10.414	13,41	12,62
1994	194.181	192.120	2.061	116	2.177	13,23	12,95
1995	212.233	217.352	-5.119	-1.836	-6.955	13,24	12,82
1996	219.700	224.340	-4.640	-2.140	-6.780	13,43	13,28
1997	220.750	219.350	1.400	-300	1.100	**13,56	**13,95

* Em milhões de marcos correntes. ** Janeiro de 1998.

Fonte: BMG, 1996 T.10.9 e T.10.11; para 1996 e 1997, <http://www.bmggesundheit.de> em 11.06.98.

Os efeitos de contenção da ‘Lei da Reforma da Saúde – GRG’ duraram apenas dois anos. Em 1991, o déficit da Região Ocidental alcançou 5,6 bilhões de marcos e, em 1992, o GKV ostentou o maior déficit nominal de sua história recente: mais de 9 bilhões de marcos¹².

Lei da Estrutura da Saúde – Gesundheitsstrukturgesetz - GSG

Logo depois da entrada em vigor da ‘Lei da Reforma da Saúde’ – GRG – já se avaliava que os principais problemas de organização, financiamento e prestação de serviços do GKV haviam permanecido sem solução (Wanek, 1994). A coalizão governamental apresentou pacote de contenção ao início de 1992, em seguida a novo aumento das taxas de contribuição e em decorrência do alto déficit do GKV. Após duras críticas, em contexto

econômico adverso – o *boom* da unificação havia se dissipado e o desemprego era crescente – e de pressão acentuada para redução dos custos sociais do trabalho, evitando minar sua política de modernização voltada para a competição internacional (Bieling, 1996), a coalizão governamental foi obrigada a negociar. Uma ‘grande coalizão específica’¹³ foi constituída e, em poucas semanas, formulada uma lei como resultado do compromisso com a oposição social-democrata: “Lei da Estrutura da Saúde – *Gesundheitsstrukturgesetz-GSG*”. Em menos de dois meses, a lei foi votada e aprovada quase sem alterações, mesmo contra a resistência de vários grupos (Bieback, 1993).

A "Lei da Estrutura da Atenção à Saúde" – GSG, segunda etapa da reforma, ampliou a liberdade de escolha da Caixa por parte dos segurados e criou mecanismos de compensação da estrutura de riscos entre as Caixas, visando estabelecer a competição entre elas. Adotou a orçamentação com definição de tetos máximos prefixados para cuidados hospitalares, médico-ambulatoriais e dentários para a prescrição de medicamentos, e para outros meios terapêuticos, prevendo sanções financeiras para os médicos em caso de gastos excessivos, que ultrapassassem o patamar preestabelecido. A evolução dos orçamentos setoriais foi, em geral, acoplada à taxa média de aumento da receita do conjunto das Caixas. Foi proposta a elaboração de lista positiva para medicamentos. As taxas de co-pagamento para internações hospitalares, medicamentos e próteses dentárias foram majoradas (Graf von der Schulenburg, 1994; Stegmüller, 1993 e 1996; Braun, 1995). Uma série de alterações no direito ao seguro restringiu a participação de segurados voluntários no sistema (Bieback, 1993).

O acordo entre social-democratas e democrata-cristãos possibilitou a aprovação de lei abrangente que alterou não apenas o sistema de incentivos à prestação, como também a própria organização do GKV. A lei incluiu uma série de componentes das políticas de contenção tradicionais, porém de modo mais acentuado, de acordo ao objetivo estrito de estabilização das taxas de contribuição. Os valores de co-pagamento foram aumentados e delimitados os tetos de gastos por meio da definição de orçamentos fixos para os diversos setores de atenção. Com a GSG, pela primeira vez, todos os setores de atenção tiveram tetos máximos fixados, acoplados à evolução das receitas de contribuição, e, para o caso de serem ultrapassados, foram definidas sanções financeiras (Waneck & Stegmüller, 1993).

A Lei da Estrutura da Saúde – GSG, porém, diferencia-se das leis de contenção anteriores por componentes ‘estruturais’ relativos tanto aos estímulos para a prestação como à organização da própria proteção à saúde. Além de aprovar medidas com potencialidade de impacto sobre a estrutura de atenção e interesses dos prestadores de serviços – indústria farmacêutica, médicos, hospitais –, foram modificadas as regras da organização do GKV.

As principais medidas que modificam os incentivos à prestação referem-se à assistência farmacêutica e ao setor hospitalar. A lei previa a introdução de ‘lista positiva’ de medicamentos¹⁴, os quais seriam passíveis de pagamento pelas Caixas. Com a elaboração da lista, os medicamentos de efeitos restritos e duvidosos seriam excluídos do pagamento, o que, afora a contenção dos custos, melhoraria a qualidade da assistência farmacêutica prestada, evitando supermedicalização e o volume de medicamentos inúteis ou de efeito duvidoso existentes no mercado. Paralelamente, definiu-se teto orçamentário para a assistência farmacêutica acoplado a sanções financeiras sobre os médicos. Caso estes ultrapassassem o limite de gastos previsto para medicamentos teriam que deduzir de seus orçamentos, isto é teriam seus honorários diminuídos em valor correspondente. A lista porém não foi implementada e as sanções e tetos apenas parcialmente.

Na área hospitalar, a GSG modificou o sistema de pagamento hospitalar com a substituição do sistema de remuneração mediante diárias uniformes por hospital – calculadas de modo a cobrir todos os custos do hospital –, até então vigente, por um misto de diárias por tipo de enfermaria e de pagamentos prospectivos por casos tratados. Entre outras medidas buscou-se maior articulação da atenção hospitalar e ambulatorial através da adoção de pagamentos para atenção pré e pós-hospitalar, cirurgias ambulatoriais e planejamento para equipamentos de grande porte. Com tais medidas buscava-se maior eficiência e qualidade da assistência por evitar a desnecessária duplicação de exames para mesmo paciente em nível ambulatorial e hospitalar, reduzir os dias de internação e oferta desnecessária de equipamentos.

Através da GSG, pela primeira vez no período pós-guerra, o setor ambulatorial foi alvo de claras medidas restritivas (Reiners, 1993). A GSG alterou tanto o volume como o sistema de honorários e sua distribuição entre os médicos¹⁵. Além da definição estrita de teto máximo de gastos, os honorários para ações prestadas por médicos generalistas foram reajustados de forma diferenciada, criando-se remuneração básica por caso e tendo sido aprazada para 1995 a definição de complexos de ações, alterando o sistema até então vigente de pagamentos por unidades de serviços. Nova norma foi também definida para a admissão dos médicos, restringindo a admissão de novos credenciamentos médicos – como compensação ao maior controle sobre os rendimentos imposto pela lei, para os médicos já credenciados –, a qual teve repercussões negativas sobre a renda dos médicos. Muitos médicos de hospital anteciparam seus pedidos de admissão para 1992, tendo ocorrido aumento (líquido) de 11% dos médicos credenciados no ano (Gerlinger, 1995:57)¹⁶.

As outras medidas mais importantes dizem respeito a regras de organização do GKV, envolvendo características estruturais: liberdade de escolha das Caixas pelos contribuintes e criação de compensação financeira entre as Caixas da estrutura de riscos de seus segurados, discutidas a seguir.

- *liberdade dos segurados para escolha da Caixa*

A Lei da Estrutura da Saúde – GSG faz jus à denominação por alterar uma das características da organização do seguro social. Até então, os segurados deviam afiliar-se obrigatoriamente a certo tipo de Caixa: operários às Caixas Locais, trabalhadores de empresa à Caixa da empresa, certas profissões às Caixas específicas de sua corporação. Apenas as determinadas categorias estavam abertas às Caixas Substitutas, em especial, aos empregados, que podiam escolher livremente a Caixa a qual desejavam filiar-se. A GSG possibilitou a liberdade de escolha da Caixa para a grande maioria dos contribuintes, mecanismo que entrou em pleno vigor no início de 1997. Atualmente, a maioria dos segurados (85%), com exceções, pode escolher sua Caixa e trocá-la anualmente, se assim o desejar¹⁷. A tradicional adscrição segundo o *status* de segurados a certo tipo de Caixa foi quase totalmente abolida.

A ampliação da liberdade dos segurados para escolha da Caixa a se afiliar representa importante alteração da legislação até então vigente. Todos os segurados passaram a poder escolher entre a Caixa Local da região em que moram ou trabalham e as Caixas Substitutas, possibilidade anteriormente restrita aos empregados¹⁸. Com este mecanismo rompeu-se a histórica obrigatoriedade de adscrição dos segurados a determinadas Caixas conforme sua ocupação, eliminando-se as desigualdades de tratamento no que concerne à escolha de Caixa. Com isso, desde janeiro de 1997 – data de entrada em pleno vigor dessa alteração –, todas as Caixas encontram-se em competição pelos contribuintes. Para permanecerem atraentes a seus membros e seduzir novos segurados, as Caixas necessitam mostrar suas vantagens comparativas¹⁹.

Na concepção da coalizão governamental, a implementação da liberdade de escolha, obrigaria as Caixas a conformar oferta mais atrativa, eficiente e econômica em razão da concorrência por segurados.

- *compensação financeira da estrutura de riscos – Risikostруктураausgleich-RSA*

Instaurou-se, ao mesmo tempo, o procedimento de redistribuição financeira entre as Caixas para a compensação da estrutura de riscos do coletivo de segurados de cada Caixa – *Risikostруктураausgleich-RSA*. Desse modo, a Lei da Estrutura da Saúde – GSG criou condições para a introdução da competição no interior do sistema. Enquanto a liberdade de

escolha das Caixas pelos segurados possibilitou a competição entre as Caixas, a compensação da estrutura de riscos teve por meta evitar a competição predatória.

As Caixas sempre tiveram taxas de contribuição diferenciadas em decorrência das diferenças de estrutura de riscos de seus segurados, relativas à idade, sexo, renda, número de dependentes, morbidade, proporção de aposentados etc. As transferências financeiras buscam compensar estas diferenças e colocar as Caixas em igualdade de oportunidade na competição por segurados, agora com livre escolha. A compensação financeira da estrutura de riscos – que inclui renda dos segurados, número de dependentes, idade, sexo e proporção de aposentados por incapacidade²⁰ – vige desde 1993 e provocou aproximação das taxas de contribuição das diversas Caixas. O intervalo entre a maior e menor taxa de contribuição foi reduzido, beneficiando principalmente as Caixas Locais com as transferências financeiras provenientes, em grande parte, das Caixas Substitutas.

A lógica geral do mecanismo é que as Caixas com estrutura de risco mais vantajosa do que a média – de acordo às características correspondentes aos critérios incluídos na compensação – transfiram parte de suas receitas para aquelas com estrutura de risco pior que a média. O cálculo para definição do volume de transferências financeiras é complexo e pondera a pressão diferente destes fatores sobre gastos e receitas de cada Caixa. São definidos ‘gastos padrão por grupos de segurados’ isto é, perfis de gastos padrão, diferenciados por idade e sexo a partir de médias nacionais. Estes perfis mostram a dessemelhança de gastos médios segundo idade e sexo. Com base nestes perfis de gastos, estima-se para cada Caixa o que seria a sua ‘**necessidade de receitas**’ dada a composição de seu grupo de segurado, ou seja, calcula-se um gasto padronizado por Caixa segundo o perfil de seus segurados.

Este gasto padronizado é comparado com a ‘**capacidade financeira**’ da Caixa. A ‘capacidade financeira de uma Caixa’, por sua vez, é aferida a partir da renda de contribuição de seus segurados multiplicada por ‘taxa única de necessidade de compensação’. Esta taxa resulta da divisão da necessidade total de receitas do GKV, dada a composição total dos segurados, pelas receitas de contribuição do conjunto das Caixas. Comparando-se a ‘necessidade de receitas’ com a ‘capacidade financeira’ de uma Caixa define-se a sua participação na compensação financeira (Schneider, 1994). Se a ‘capacidade financeira’ for maior que a ‘necessidade de receitas’ a Caixa contribuirá com esta diferença para o fundo de compensação e, no caso contrário, receberá transferências correspondentes à diferença.

A compensação financeira da estrutura de riscos – RSA – é administrada pelo *Bundesversicherungsamt*, órgão federal que cobra e distribui os recursos financeiros entre as Associações de Caixas, as quais se encarregam de repartir os recursos para cada Caixa associada.

Anteriormente vigia compensação da participação diferenciada dos aposentados entre as Caixas. Assim como as taxas de contribuição dos segurados eram médias nacionais, as despesas com saúde dos aposentados eram divididas entre as Caixas e essas transferências financeiras cobriam os gastos reais produzidos pelos aposentados de cada Caixa. Os gastos com aposentados eram computados em nível nacional, calculadas as médias nacionais e compensadas as diferenças.

As transferências financeiras da RSA não compensam os gastos reais de uma Caixa, apenas o fazem parcialmente, segundo os critérios acima enunciados. Estes critérios estão relacionados aos riscos e não às despesas, como na compensação anterior, o que estimularia as Caixas a buscar maior eficiência. Se as despesas reais de seus segurados forem mais baixas do que a média padrão utilizada na compensação, a Caixa recebe/permanece com os valores desta diferença. Se forem mais altas, a Caixa terá de arcar com elas, o que resulta na majoração da taxa de contribuição, tornando a Caixa conseqüentemente menos atraente para os segurados. Assim, para permanecer em boa posição na competição, a Caixa tem que buscar controlar gastos.

A compensação financeira da estrutura de riscos é importante instrumento de aproximação das taxas de contribuição, aumentando o potencial de redistribuição solidária ao interior do sistema²¹. A RSA busca desestimular a seleção pelas Caixas dos bons riscos e/ou a discriminação de grupos mais propensos a adoecer ou de menor renda. A compensação financeira, entretanto, ao desconsiderar a morbidade, não impede completamente a seleção de riscos. As despesas necessárias à atenção de doentes crônicos, hemofílicos e pacientes em hemodiálise são mais elevadas do que as transferências feitas através da compensação²².

Atualmente (1997) há intensa discussão sobre a consideração de outros grupos no mecanismo de compensação de riscos. Teme-se que, em situação de intensificação da competição entre as Caixas, a distribuição desigual do peso de outros fatores de risco entre elas possa levar à conformação de formas diversas de seleção de riscos através de mecanismos, no mínimo sub-reptícios, de seleção de certos grupos conforme a morbidade, não contemplada na RSA.

O nível de compensação de riscos alcançado pelo mecanismo de compensação implementado é motivo de discussão. Se, por um lado, Caixas que pagam ao fundo de compensação, reclamam que a compensação desestimularia a competição ou que os critérios estariam super-dimensionando riscos e produzindo transferências excessivas, por outro lado, autores alertam para o perigo da continuidade de seleção de bons riscos devido a insuficiências na compensação. Alguns autores estimam que uma compensação de riscos baseada apenas em critérios socio-demográficos como a alemã pode esclarecer apenas 10 a 25% da variação dos gastos diferenciados com utilização. Deste modo, é de pressupor que ocorrerá compensação deficiente daquelas Caixas com maior número de segurados com riscos mais elevados. Para melhorar a compensação sugere-se que seja incluída na compensação critérios como proporção de deficientes, internações hospitalares (Wynsong & Abel, 1996).

Como principais problemas da RSA no sentido de falhar na compensação de riscos, são apontados a não consideração direta da morbidade – por exemplo, a proporção de doentes crônicos – e da proporção de segurados dispensados do co-pagamento – *Härtefälle* – em decorrência de sua baixa renda. Este último aspecto pode não ser tão grave pois o nível de renda é um dos critérios incluídos. O argumento é de que tem impacto negativo nas receitas de co-pagamento.

Contudo, considera-se que, comparativamente à situação anterior a 1993, a ‘compensação financeira da estrutura de riscos’ – RSA – tornou a seleção de riscos muito mais difícil. A RSA inclui critérios que são transparentes quando da inscrição de segurado a uma Caixa: idade, sexo, renda e número de filhos. Não seria, assim, proveitoso para uma Caixa, com base em algum destes critérios, sugerir ao pretendente a contribuinte que procure a concorrência ou negar a sua inscrição por subterfúgios, pois estas características serão compensadas (Dudey & Reschke, 1997:86).

Embora a compensação financeira da estrutura de riscos tenha produzido aproximação das taxas de contribuição, reduzindo as diferenças existentes, muito provavelmente não levará à homogeneização das mesmas. Para os defensores da competição, taxas de contribuição diferenciadas são desejadas. A taxa de contribuição seria sinalizador claro de preços, indicador do desempenho de uma Caixa e parâmetro orientador para a escolha dos segurados.

A compensação da estrutura de riscos teria por objetivo permitir a implementação de nova ordem competitiva ao interior do GKV compatível com o princípio da solidariedade.

Representa, ao mesmo tempo, ampliação da solidariedade ao promover redistribuição ao interior do GKV em cada região (Oeste e Leste) (Wynsong & Abel, 1996).

- *Controles na prestação de assistência farmacêutica*

O estabelecimento de sanções monetárias sobre os médicos que ultrapassassem os orçamentos para prescrições surtiu imediato efeito. A política foi efetiva, porém, apenas no primeiro momento. Por afetar suas vendas, pelo menos dentro do própria Alemanha, as pressões da indústria farmacêutica foram tantas e tão fortes que a medida foi abolida, embora tivesse demonstrado ser positiva (Evans, 1996). Em seis meses, os gastos com medicamentos haviam sido reduzidos em 20%. Os tetos orçamentários fixos foram abolidos em 1997 e substituídos por orçamentos recomendáveis, o que será comentado adiante.

A indústria farmacêutica fez fortes objeções ao controle do volume de prescrições argumentando ser inefetivo. Mecanismos de mercado deveriam ser utilizados para este controle, impingindo aumentos de gastos aos usuários. Para a indústria farmacêutica, a melhor maneira de controlar custos seria proporcionar a competição entre as Caixas, de modo a possibilitar que os segurados escolhessem entre diferentes pacotes de prêmios e benefícios. Isto removeria a necessidade de tetos regulatórios de preços de medicamentos.

Para Evans (1996:95), esta retórica econômica serve apenas para obscurecer o óbvio: a medida afetava as vendas – as rendas da indústria farmacêutica. O controle dos responsáveis pela prescrição de medicamentos abala o volume de vendas da indústria farmacêutica e farmácias. Já o aumento dos valores de co-pagamento atinge menos o consumo, apenas transfere o gasto para o domicílios privados, ao mesmo tempo que mantém a evolução do volume de vendas²³. O autor utiliza o exemplo da política de contenção de gastos com medicamentos na Alemanha para inferir que uma medida de contenção de gastos provavelmente funciona, controla gastos, sempre que é condenada como inefetiva por aqueles cujas rendas serão contidas, mas é descrita como efetiva pelos responsáveis últimos do pagamento das contas (Evans, 1996:96).

A política de clientela ficou evidente durante a implementação da lei da estrutura da saúde. A elaboração de lista positiva, definida na GSG, não foi adiante por pressão da indústria farmacêutica. A proposição de lista alternativa pela Câmara Médica de Berlim resultou em processo instaurado por iniciativa da indústria farmacêutica. As possíveis economias para o sistema produzidas por sua introdução significariam perdas para a indústria farmacêutica e por isso este potencial de otimização do sistema não foi utilizado. No caso dos médicos, o governo aumentou posteriormente o orçamento do setor ambulatorial,

contemplando os médicos com mais 500 milhões de dólares. As sanções que os médicos sofreriam com a redução de suas rendas caso ultrapassassem o orçamento de medicamentos através de suas prescrições, foram apenas parcialmente empregadas.

Os efeitos de contenção da ‘Lei da Estrutura da Saúde’- GSG – foram imediatos. Após déficit recorde, em 1992, de 9,3 bilhões de marcos, o GKV fechou o ano de 1993 com superávit de 10,4 bilhões de marcos; dentre estes, 2,5 bilhões provenientes do desembolso direto dos segurados.

2. O processo da terceira etapa da reforma do GKV’

A ‘terceira etapa da reforma do seguro social de doença’ esteve sob discussão por longo período. A discussão foi iniciada imediatamente depois da entrada em vigor da Lei da Estrutura da Saúde – *Gesundheitsstrukturgesetz* -, em janeiro de 1993, e desenrolou-se até junho de 1997, quando a coalizão governamental teve aprovadas as suas últimas propostas.

Em ‘rodada preliminar’, entre 1993 a meados de 1996, o Conselho de Experts para a Ação Concertada em Saúde apresentou recomendações para reforma com perspectiva de longo prazo por solicitação do Ministério da Saúde; os diversos atores sociais posicionaram-se e apresentaram suas propostas; os partidos encaminharam projetos de lei ao parlamento: a coalizão liberal-conservadora e o partido social-democrata elaboraram projetos de lei, e o partido verde apresentou moção. A coalizão governamental considera como primeira lei a integrar a ‘terceira etapa’ a ‘Lei de Alívio das Contribuições’, de caráter unicamente restritivo, componente de um pacote econômico, ‘*Sparpaket* (literalmente, ‘pacote para economizar’), aprovado em setembro de 1996. As leis da ‘terceira etapa’ propriamente ditas, as Leis de Reordenação do Seguro Social de doença’ – *1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz* – foram apresentadas pela coalizão governamental ao final de 1996 e aprovadas em julho de 1997.

A seguir, será apresentada breve cronologia do processo de discussão da terceira etapa, com o intuito de situar o leitor. Nos capítulos posteriores serão discutidas as posições dos atores sociais para a reforma e analisadas as leis da terceira etapa propriamente ditas: ‘Leis de Reordenação do GKV’ de 1997.

Rodada preliminar

Em janeiro de 1993, o Ministro da Saúde solicitou um parecer especial sobre a evolução **futura** do Seguro Social de Doença – GKV ao Conselho de Experts da Ação

Concertada em Saúde-SVR²⁴, como contribuição à terceira etapa da reforma da saúde, a qual deveria apresentar **perspectiva de longo alcance**, o que evitaria a contínua intervenção do ‘legislador’ pela ausência de reformulações em curto e médio prazos (Horst Seehofer, Ministro da Saúde. In: SVR, 1994:5).

Sob a égide dos princípios básicos da solidariedade e subsidiariedade, o Conselho de Experts-SVR foi encarregado de analisar o impacto da evolução demográfica, das previsíveis mudanças na morbidade e do progresso médico tecnológico sobre a utilização e a oferta de serviços médico-sanitários. A principal tarefa consistiu em avaliar a necessidade de modificar ou diferenciar futuramente o catálogo de ações médico-sanitárias do GKV. O Conselho deveria ponderar se determinadas ações seriam excluídas do catálogo do GKV e se novas ações deveriam ser incluídas; se determinados riscos ou ações poderiam vir a ser contratados livremente ao interior do GKV; e, no futuro, se deveriam ser introduzidos limites e definidas prioridades ao interior do catálogo de ações médico-sanitárias. Além disso, proporia formas para a introdução no sistema de fortes estímulos para prevenção ligada às causas e à assunção de estilos de vida saudáveis (SVR, 1994:5)²⁵.

O Conselho de Experts, a partir desta atribuição, elaborou o relatório intitulado *‘Proteção à Saúde e Seguro-doença 2000: responsabilidade própria, subsidiariedade e solidariedade frente a um contexto em mudança’- Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – (SVR, 1994)* como contribuição ao debate entre os diversos atores sociais. Este relatório, divulgado em 1994, continha a maioria das análises solicitadas e desencadeou o debate coletivo sobre a terceira etapa, cuja discussão acirrou os ânimos. Foi criticado especialmente por apresentar diferentes sugestões para limitação da cesta de ações e benefícios garantidos, sendo considerado como a defesa da divisão da atenção em medicina de primeira e segunda classe (Engelen-Kefer, 1995). Em 1995, o SVR apresentou suas recomendações no relatório *‘Proteção à Saúde e Seguro-doença 2000: maior orientação para os resultados, maior qualidade e maior economicidade’*, no qual o peso da proposição das restrições ao catálogo foi relativizado por conta da polêmica produzida (SVR, 1995).

Em meados de 1995, o Ministro da Saúde – Seehofer – convidou os integrantes da Ação Concertada em Saúde, isto é os principais atores sociais em saúde, para discutirem a terceira etapa da reforma da saúde. Um encontro foi promovido pelo Ministério em Petersberg, a casa de hóspedes do governo federal, criando-se a expectativa entre os atores sociais de que a nova etapa da reforma seria amplamente debatida e acordada com os atores sociais mais relevantes²⁶. Aparentemente, o Ministro partilhava do consenso que seria necessário chegar a acordo no qual as diferentes reivindicações e direitos fossem tomados em

conta. Os diversos atores sociais apresentaram propostas, seguindo-se uma série de discussões – que ficaram conhecidas como *Petersberger Gespräche* –, entusiasmando os participantes pela abertura da possibilidade de diálogo²⁷.

No mesmo período, inúmeras organizações representativas dos diversos interesses na área da saúde lançaram documentos, posicionando-se sobre o que julgavam ser problemas do setor e apresentando sugestões para seu equacionamento de longo prazo. Todas as Associações de Caixas, organizações dos prestadores de serviços, Câmara Médica e diversas associações médicas, dentistas, indústria farmacêutica, trabalhadores, empresários, seguros privados, entre outros, formularam explicitamente propostas para a terceira etapa (Stegmüller, 1996).

Em 1995 considerava-se urgente a necessidade de realização da terceira etapa, pois a validade da definição legal de tetos máximos de gastos setoriais prevista pela GSG expirava ao final de 1995. Sem esta limitação ou a introdução de outros mecanismos de controle – tarefa da terceira etapa –, aumento de gastos e conseqüentes déficits mostravam-se inevitáveis (Engelen-Kefer, 1995:281).

Neste clima, ao final de 1995 e início de 1996, a coalizão liberal-cristã enviou ao parlamento projetos de lei referentes à terceira etapa da reforma da saúde. O cerne da primeira proposta governamental foi apresentado no projeto de lei ‘Lei para o Desenvolvimento da Reforma Estrutural do GKV’ – *Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung* (Drucksache, 13/3608). Outro projeto, tido como parte da terceira etapa, a ‘Lei de Reordenação da Atenção Hospitalar’ – *Krankenhausneuordnungsgesetz* – (Drucksache, 13/3062), visava implementar mudanças importantes no financiamento hospitalar, tal como a definição de remuneração hospitalar global em nível estadual, acordada entre as Associações de Caixas e Associação Estadual de Hospitais.

Os principais atores sociais posicionaram-se a respeito deste conjunto de projetos de lei lançando documentos específicos e o partido social-democrata-SPD apresentou um projeto de lei próprio no Parlamento. Estes projetos estiveram em discussão até o segundo semestre de 1996, quando foram recusados pelo *Bundesrat*, não tendo sido possível chegar a acordo.

Deste primeiro conjunto de projetos de lei, apenas um – relativo à assistência farmacêutica – foi aprovado. Por pressão da indústria farmacêutica, os medicamentos com proteção de patente foram excluídos, em janeiro de 1996, do sistema de preços máximos

acordados pagos pelas Caixas – *Festbetrag*²⁸. A indústria farmacêutica exigiu esta alteração como compensação para investimentos em pesquisa (FR., 27.08.96).

As possibilidades de aprovação da primeira proposta governamental para a ‘terceira etapa da reforma do GKV’ em seu conjunto eram avaliadas, mesmo pela imprensa conservadora, como baixas, em virtude de seu conteúdo polêmico e da forma do processo legislativo alemão. Leis que afetam competências estaduais, após aprovadas no *Bundestag* – a Câmara dos Deputados –, devem ter a concordância do *Bundesrat* – Conselho Federal²⁹.

Em resumo, no processo formal de votação, um projeto de lei passa por três leituras/discussões ordinárias no Parlamento – *Bundestag* –, indo então para o Conselho Federal – *Bundesrat* – composto por representantes diretos dos governos estaduais, em geral, os próprios governadores. Em caso de conflito no *Bundesrat*, aciona-se uma Comissão de Intermediação entre as duas Câmaras – *Bundestag* e *Bundesrat* –, na tentativa de negociar acordo, voltando então ao Parlamento, onde no caso de acordo na Comissão de Intermediação é aprovado. Se um acordo não for possível, somente pode ser aprovado pelo voto da maioria dos integrantes do *Bundestag*.

Em 1997 a coalizão governamental não detinha a maioria no *Bundesrat*, o que tornava uma aprovação dependente de acordo com social-democratas – governantes da maioria dos estados – e verdes – coligados aos social-democratas em alguns estados. Para temas de competência exclusiva da União, a concordância do *Bundesrat* não se faz necessária³⁰. Neste caso, uma lei pode ser aprovada no *Bundestag* por maioria absoluta – 50% mais um dos votos do conjunto dos parlamentares³¹.

Para estes primeiros projetos de lei governamentais para terceira etapa – Lei para o Desenvolvimento da Reforma Estrutural do GKV’ e ‘Lei da Reordenação da Atenção Hospitalar’ – era necessária a concordância do *Bundesrat*, o que possibilitou a recusa da oposição – SPD e *Grünen*. Pequenos grupos de negociação formados pela Comissão de Intermediação, com a participação de representantes da oposição e governo, não chegaram a acordo.

Não era necessária a concordância do *Bundesrat* para a lei que alterou o sistema de taxas fixas – *Festbetrag* – para medicamentos, acima mencionado, e o governo pôde fazer valer a sua maioria no *Bundestag* – *Kanzlermehrheit*.

***Sparpaket* – Lei de Alívio das Contribuições**

Antes mesmo da recusa final pelo *Bundesrat* dos projetos de lei anteriores, a coalizão governamental apresentou, em julho de 1996, nova proposta de contenção: a ‘Lei de Alívio das Contribuições’ – *Beitragsentlastungsgesetz* – constituída por um conjunto de restrições, em sua maioria cortes de benefícios.

Para além dos déficits específicos do GKV, as novidades da conjuntura mais geral no período final da aprovação da terceira etapa foram o aprofundamento do desemprego, a proximidade da unificação monetária europeia e as dificuldades da Alemanha em cumprir os critérios de Maastricht para garantir sua entrada na união monetária na primeira fase, especialmente o concernente ao déficit de público de, no máximo, 3% do PNB. Deste modo, uma das principais preocupações governamentais – talvez a principal – passou a ser o controle do déficit público a todo o custo, de modo a cumprir o critério que a própria Alemanha formulara em conjunto com os outros países e garantir o sucesso da unificação, iniciativa na qual o chanceler alemão Helmut Kohl fora protagonista. Um afã contencionista³² tomou conta do governo à medida da aproximação dos prazos para cumprimento dos critérios de Maastricht.

Ainda que os gastos do GKV não sejam gastos públicos diretos não há como desvincular a intensificação da contenção setorial daquela necessidade de combater o déficit público a toda prova, dada a simultaneidade dos processos.

A urgência de contenção assumida pela coalizão governamental, aliada à opção política de defesa de interesses empresariais gerais, mas também setoriais – clientelas governamentais específicas – impossibilitaram negociação mais ampliada para a decisão sobre a terceira etapa da reforma. A opção governamental foi por medidas primariamente restritivas e pela não negociação, o que ficou transparente na aprovação do pacote econômico/de economias – *Sparpaket* – em 1996. Os social-democratas, por seu lado, recusavam-se a negociar caso não fossem primeiro implementadas as decisões anteriores assumidas na ‘segunda etapa da reforma’ – a Lei da Estrutura da Saúde/GSG -, especialmente a elaboração da lista positiva para medicamentos e as sanções dos prestadores estipuladas pela lei.

A ‘Lei de Alívio das Contribuições’ – *Beitragsentlastungsgesetz* – integrou o programa de contenção – *Sparpaket* –, eufemisticamente denominado “Programa por maior crescimento e ocupação” (BMA, 1996), proposto pela coalizão governamental na tentativa de alcançar os critérios de Maastricht para a unificação monetária europeia³³.

O *Sparpaket* ou ‘pacote de economias’ foi lançado pelo governo federal ao final de abril de 1996, tendo como mote “sociedade e economia defrontam-se com a tarefa de preparar-se para o século XXI e garantir boa posição da Alemanha no mercado mundial” (BAS, 1996).

Explicitados pela coalizão governamental conservadora no poder, os objetivos do programa seriam: limitar os custos adicionais do trabalho – leia-se, custos sociais; fortalecer o princípio de equivalência entre contribuições e benefícios e aumentar a consciência dos segurados quanto aos custos dos serviços de saúde; flexibilizar a legislação trabalhista – o que, supostamente, possibilitaria maior nível de ocupação; fortalecer a dinâmica de crescimento econômico; e criar novos empregos, garantindo, assim, os fundamentos econômicos do Estado de Bem-Estar, de forma duradoura.

Para tal seria necessário, segundo a coalizão governamental, que, até o ano 2000, a soma do conjunto das contribuições sociais relacionadas aos salários – previdência, saúde, seguro desemprego, seguro de acidentes de trabalho e seguro para cuidados de longa duração – baixasse para menos de 40% (então, em cerca de 42%), bem como a participação estatal no PIB, para 45,8% (patamar pré-unificação). Em 1995, a participação dos gastos governamentais no PIB fora de 50,5% (BAS, 1996:8).

O pacote englobou medidas nas diversas áreas sociais: direitos trabalhistas, previdência social, seguro social de saúde, seguro desemprego, seguro social e renda-criança (*Kindergeld*)³⁴. Estas, segundo a coalizão governamental, seriam apenas correções necessárias e não atingiriam a estrutura do sistema de seguro social³⁵.

A lei correspondente ao ramo do seguro social de doença – ‘Lei de Alívio das Contribuições’ –, definiu uma série de restrições e medidas de contenção de gastos e estabeleceu em 0,4% a diminuição das taxas de contribuição, em janeiro de 1997. A redução das taxas de contribuição seria possibilitada pela diminuição de gastos decorrentes de restrições na utilização de casas de repouso – *Kur* –, do aumento dos valores de co-pagamento para *Kur* e medicamentos, e da redução em 10%³⁶ do auxílio-doença sob responsabilidade das Caixas após a sexta semana de afastamento do trabalho (*Bundesrat-Drucksache*, 464/96; Steffen-a, 1996; Hüllen & Schnelle, 1996).

O ponto mais polêmico – a restrição mais importante –, que acirrou mais os ânimos, foi a redução do valor dos salários pagos no caso de afastamento do empregado por doença, benefício a cargo do empregador nas seis primeiras semanas – primeira fase do auxílio-doença. O valor foi reduzido de 100% para 80% do salário anterior. Benefício este

conquistado para o conjunto dos trabalhadores assalariados ao final dos anos de 1960, às custas de importante mobilização e greves prolongadas³⁷. A justificativa para os cortes seria o abuso de licenças³⁸.

Além da redução do valor do auxílio-doença, os principais cortes do catálogo de serviços foram de ações de promoção da saúde e próteses dentárias, abolidas para os segurados nascidos após 1979³⁹. Jovens que completarem 18 anos a partir de 1997 não terão direito à restituição de 50% dos tratamentos com próteses dentárias. Ou seja, foi abolido este direito sob o argumento de que assim terão mais auto-responsabilidade na prevenção. Paralelamente às restrições foram introduzidas medidas odontológicas profiláticas que viriam atenuar déficits de qualidade da atenção⁴⁰.

As taxas de co-pagamento foram majoradas. Para medicamentos, se atualmente são pagos 4, 5 e 7 marcos para embalagens pequenas, médias e grandes, respectivamente, essas taxas receberão o acréscimo de 1 marco. Para a reabilitação preventiva hospitalar – Kur/SPA –, se atualmente os pacientes pagam 12 marcos por dia de internação na Região Ocidental, deverão pagar 25 marcos por dia de internação. No leste alemão, a taxa passou de 9 para 20 marcos. Até então, o seguro social de saúde pagava, no máximo, quatro semanas de *Kur* por segurado a cada três anos. Com a lei, estes períodos foram alterados: o direito à estadia foi reduzido para três semanas a cada quatro anos. Foi extinta a ajuda de 20 marcos para a compra de armação de óculos, até então paga pelo GKV⁴¹.

Outra medida incluída no *Sparpaket* consistiu na limitação das ações preventivas adicionais e de promoção da saúde oferecidas pelas Caixas, como, por exemplo, cursos para parar de fumar ou hidroginástica, programas educacionais ou subsídios para grupos de auto-ajuda⁴². Isto é, ficou proibido às Caixas oferecerem estas medidas. Apenas as medidas preventivas de maior necessidade continuarão a ser financiadas pelas Caixas. Medidas preventivas já regulamentadas e de diagnóstico precoce para grávidas, crianças e câncer, profilaxia dentária, vacinas, e *check-ups* permaneceram. Este corte é digno de nota, pois, ainda que supostos abusos com medidas de promoção da saúde possam ter sido identificados, a exclusão do catálogo faz com que inúmeras iniciativas positivas de prevenção e promoção, introduzidas após a lei da reforma de 1988 – GRG –, sejam abortadas (Stegmüller, 1996-a).

Além dos cortes mencionados, reduziu-se em 1% o orçamento para gastos hospitalares para os anos entre 1997 a 1999. Esta diminuição seria possibilitada pela entrada em vigor do seguro para cuidados de longa duração em nível hospitalar, que se tornaria responsável pelo pagamento de parte das internações para idosos.

A inclusão da lei de "alívio das taxas de contribuição" como contribuição do Ministério da Saúde às medidas de contenção do *Sparpaket* significou a ruptura de acordo anterior entre o Ministro e o SPD – o partido social-democrata – de disposição para a negociação. Os social-democratas, em certo momento, mostraram-se propensos à negociação para a aprovação da terceira etapa da reforma do sistema de seguro social de saúde. Após o lançamento do *Sparpaket*, o SPD passou a exigir, como condição para participar das negociações, que as leis fossem agrupadas e negociadas em conjunto, o que significaria a possibilidade de alteração da lei integrante do *Sparpaket*. Sem essa junção, o SPD negou-se peremptoriamente a participar da aprovação das outras lei para a terceira etapa.

Conquanto o Ministro da Saúde tenha se disposto inicialmente a negociar esta possibilidade, os parlamentares da coalizão governamental negaram-na totalmente (*Süddeutsche Zeitung*, 26.06.96). Assim, a lei de alívio das contribuições foi aprovada na íntegra e as duas leis anteriores foram rejeitadas.

Apesar dos protestos e de demonstrações maciças contra o *Sparpaket* organizadas pela Central Sindical – DGB – em diversas cidades, a coalizão governamental fez valer sua maioria no *Bundestag* (F.R.08.09.96). Em 13 de setembro de 1996, o pacote foi aprovado e, com ele, a ‘Lei de Alívio das Contribuições’, por diferença de apenas quatro votos (TAZ, 14/15.09.96).

Como se pode observar, a lei englobou apenas medidas restritivas. A principal delas disse respeito ao auxílio financeiro por afastamento do trabalho em caso de doença, cujos resultados se fizeram notar ainda em 1996. Em 1997 ocorreu declínio dos gastos do GKV com auxílio-doença – *Krankengeld* – e redução do número de dias de afastamento por motivo de doença (*Sozialpolitische Umschau*, n.269/1997).

Quanto aos salários pagos pelo empregador nas seis primeiras semanas de dispensa do trabalho por motivo de doença, o nível dos benefícios foi mantido nos acordos coletivos, na grande maioria dos ramos de produção, diante da forte resistência dos trabalhadores – operações-tartaruga, greves, manifestações de porta de fábrica e passeatas. Inicialmente, grandes firmas, como Siemens e Mercedes, ameaçaram aplicar a lei de imediato, rompendo os acordos coletivos, reação tão rápida que assustou a própria coalizão (F.R., 30.08.96; 30.09.96; 25.09.96; 04.10.96; 10.10.96; 06.12.96).

Desde o início da discussão da lei, julgava-se que, no caso do pagamento continuado de salários a cargo do empregador nas seis primeiras semanas em caso de doença, as alterações votadas demorariam a vigorar, pois, na maioria dos casos, este benefício estaria

também garantido nos contratos coletivos. Segundo a DGB – Central Sindical que engloba a maioria dos sindicatos –, somente 15% dos trabalhadores e ela filiados estariam protegidos apenas pela lei. Para a grande maioria vigem acordos ou contratos coletivos – negociados por prazos determinados, em geral, um ou dois anos⁴³. Os acordos coletivos têm precedência sobre a lei. Dentre 85% dos trabalhadores em que é feita menção no acordo coletivo quanto ao pagamento de salário em caso de doença, para 53% vigem acordos mais favoráveis que a lei, ou seja, estes trabalhadores obtêm mais do que o estipulado em lei. Muitos recebem salários iguais ao mês anterior, o que significa que as horas extras, entre outros, também são computadas. Para 10% dos trabalhadores é afirmado o direito ao pagamento continuado dos salários e é feita referência à lei. Para 22%, somente é afirmada a relação com a lei vigente.

Logo após a aprovação do *Sparpaket*, embora seja acatado que acordos coletivos não devem ser rompidos porque isso prejudicaria a ‘paz social’, grandes empresas anunciaram cortes nos ‘auxílios-doença’ a seu encargo, conforme aprovado no pacote, quebrando acordos coletivos, a começar pela Daimler-Benz (Mercedes) – a maior empresa alemã, com cerca de 220.000 empregados. A Siemens, seguiu o exemplo imediatamente. Não foram considerados os apelos do Kohl pela garantia dos contratos coletivos, buscando evitar conflitos com os trabalhadores. Os representantes da coalizão governamental mostraram-se completamente surpresos e nervosos com a aplicação da lei que haviam aprovado com unanimidade (FR,25 e 26.09.96).

Ao final de muita discussão e pressão dos trabalhadores – os trabalhadores mostraram-se firmes na defesa da continuidade do pagamento de salários integrais em caso de doença –, as avaliações das negociações de acordos coletivos no ano mostraram que a maioria dos trabalhadores garantiu a continuidade do pagamento de 100% dos salários nas primeiras seis semanas de licença por doença e, em alguns setores, foi assegurado mesmo a complementação da perda do auxílio-doença pago pelas Caixas, também reduzido pelo *Sparpaket* (Bispinck, 1997; F.R., 21.05.97). A garantia dos pagamentos, porém, na maioria dos casos, resultou de algum tipo de compensação pelos empregados. Em muitos casos, a base para cálculo dos benefícios foi reduzida, tendo sido excluídas deste as horas-extras; em outros, foram reduzidos os bônus de férias. Em alguns ramos, por solidariedade, perdas foram assumidas pelo conjunto dos trabalhadores de cada empresa, mas os doentes não foram onerados (‘os doentes não devem ser castigados’). Em geral, apenas profissões de menor importância tiveram seus benefícios reduzidos conforme a lei⁴⁴.

Os resultados da implementação dos cortes do auxílio-doença definidos pela lei mostram que, à medida em que o padrão legalmente estipulado é reduzido, se amplia o campo

para retorno de privilégios. São reatualizadas as desigualdades de direitos/benefícios entre categorias profissionais/ramos da produção conforme sua importância no processo de acumulação e grau de organização política, característica do modelo meritocrático-corporativo/conservador/seguro social de proteção social.

Logo após a promulgação e ainda antes da entrada em vigor da lei de "alívio das taxas de contribuição" – prevista para janeiro de 1997 –, as medidas de contenção foram julgadas insuficientes pelo próprio Ministério da Saúde. Ao mesmo tempo, a situação de disputa entre Caixas e governo agravou-se. As Caixas continuaram a posicionar-se contra as medidas, tidas como falsos mecanismos de condução, e recusaram a possibilidade de redução das taxas de contribuição imposta pela lei. Pressionaram por aumentos das taxas de contribuição ainda em 1996, tidos como imprescindíveis face aos déficits contabilizados. O Ministro da Saúde passou a ameaçar com novas leis e definição de teto fixo para taxas de contribuição.

Leis para a Reordenação da Administração Autônoma e da Responsabilidade Própria no Seguro Social de Doença – 1. e 2. NOG

Após a recusa do projeto de lei para a ‘terceira etapa’ – *GKV-Weiterentwicklungsgesetz* – pela comissão de intermediação entre *Bundestag* e *Bundesrat* em virtude dos vetos da oposição, a bancada parlamentar da coalizão governamental – CDU/CSU/FDP, ao final de setembro de 1996, chegou a novo acordo para a redefinição dos pontos básicos da terceira etapa da reforma da saúde. Foi lançado o documento “*Eckpunkte zur Fortführung der 3. Stufe der Gesundheitsreform*”, Diretrizes para a continuidade da terceira etapa da reforma da saúde –, definindo mecanismos mais drásticos de coação contra aumentos das taxas de contribuição. A partir do documento acordado, a coalizão governamental enviou, em outubro e novembro de 1996, dois projetos de lei ao Parlamento: “Lei 1 e 2 para a Reordenação da Administração Autônoma e da Responsabilidade Própria no Seguro Social de Doença”, “*1. und 2. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung*” (*GKV-Neuordnungsgesetz – NOG*). São estas as leis posteriormente aprovadas e que constituem o cerne da ‘**terceira etapa da reforma do seguro social de doença**’, as quais serão apresentadas e analisadas nos capítulos seguintes.

Sempre com o propósito de estabilização das taxas de contribuição, o objetivo principal da reforma do seguro social de doença passou a ser dificultar ao máximo a elevação das taxas de contribuição. Segundo a nova proposta, as taxas de contribuição somente

poderão ser majoradas caso simultaneamente também o sejam os valores de co-pagamento. Para a coalizão governamental, as medidas seriam estimuladoras de maior competição entre as Caixas. Com este mecanismo, os segurados, a partir da vigência da lei, seriam forçados à mudança de Caixas, buscando Caixas com taxas de contribuição menores e com valores de co-pagamento mais baixos. O fluxo de segurados seria facilitado através do encurtamento dos prazos de carência previsto na lei para mudança de Caixa. Na primeira versão do projeto de lei, o catálogo de ações médico-sanitárias seria reduzido. Cuidados domiciliares, gastos com transporte, *Kur*, banhos, massagens e ginástica para doentes seriam riscados do catálogo obrigatório e colocados como opcionais (F.R., 25.09.96). Posteriormente, estas ações foram mantidas na versão aprovada por pressão de prestadores, governos locais e pacientes.

O propósito geral das medidas permaneceu o mesmo: estabilizar as taxas de contribuição do GKV, reduzindo custos sociais do trabalho e a carga financeira dos empresários. Na opinião pública, expressa na mídia, a proposta governamental explicita a posição de que os segurados devem pagar a conta pela estabilização das taxas de contribuição, ao mesmo tempo em que os prestadores seriam poupados. É interessante observar que também no senso comum o problema dos gastos é relacionado aos prestadores. Este sentimento pode ser bem ilustrado com a frase que comentou a proposta da coalizão governamental em jornal de grande circulação: "Os prestadores privados de serviços de saúde de A como *Apotheker* (farmácias) a Z como *Zahnarzt* (dentistas), devem poder simultaneamente vender mais e ganhar melhor" (FR, 25.09.96)⁴⁵.

O novo pacote foi considerado o mais drástico apresentado até então (Steffen, 1996). As leis concentram-se em medidas restritivas e de deslocamento de gastos para os pacientes e levam concomitantemente ao acirramento da competição entre as Caixas. As medidas selecionadas para contenção de gastos expressam opção política. Ocorre escolha entre um leque de opções disponíveis: a alternativa selecionada é de racionalização do comportamento da demanda e de introdução de mecanismos de mercado. Embora o próprio Ministro da Saúde tenha identificado reservas de economicidade – potenciais de racionalização –, pelo lado dos prestadores, de cerca de 25 bilhões de marcos (US\$ 15 bilhões), o correspondente a 10% dos gastos do seguro social de saúde, que se estima poder vir a significar redução das taxas de contribuição em dois pontos percentuais, as medidas aprovadas não estão orientadas para a racionalização do comportamento da oferta.

A coalizão governamental mostrou-se avessa a qualquer negociação das 'Leis de Reordenação do GKV' – NOG – com a oposição⁴⁶. A coalizão governamental conseguiu esquivar-se da obrigatoriedade de concordância do *Bundesrat* para a aprovação das medidas

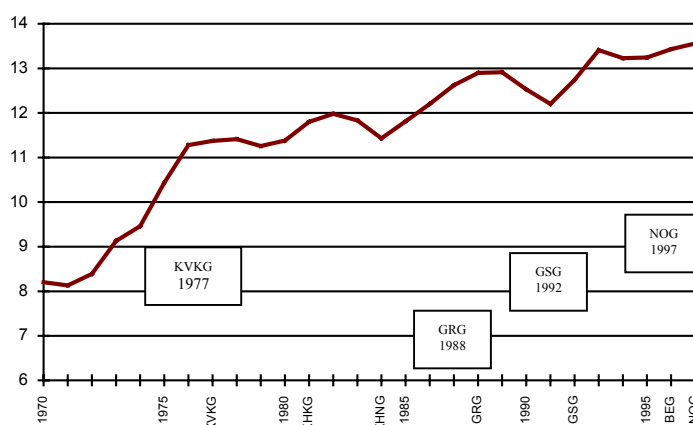
com a nova proposta enviada ao Parlamento em outubro e novembro de 1996. Tendo como exemplo o que ocorrera com o *Sparpaket*, a aprovação do novo projeto de lei foi julgada inevitável desde o início. As leis 1.e 2. NOG foram aprovadas em junho de 1997, com apenas duas alterações, e entraram imediatamente em vigor, em julho de 1997.

A expectativa de que o *Dritte Stufe* – a terceira etapa – resultaria de processo de negociação e acordos não se concretizou. Embora o período de discussão da terceira etapa tenha sido longo, o processo não foi de afinamento progressivo de propostas até a produção de acordo. Ao final, a coalizão governamental fez valer sua maioria parlamentar. Apresentou projetos, que foram aprovados com poucas alterações, elaborados de modo a dispensar qualquer acordo com a oposição no *Bundesrat* – Conselho de Estados⁴⁷. O que significa mudança no modo como o processo de reforma vinha sendo encaminhado.

Na etapa anterior, a estratégia governamental para o aprofundamento das medidas de contenção havia sido a busca de consenso entre experts e de apoio do partido social-democrata, o que levava à introdução de importantes mudanças nas propostas governamentais inicialmente apresentadas. A reestruturação da competição entre as Caixas foi possibilitada através da ‘grande coalizão específica’, formada entre social-democratas e conservadores⁴⁸.

É esta ‘terceira etapa da reforma da saúde’ que será analisada nos capítulos seguintes, começando pela apresentação e análise das propostas dos principais atores sociais em saúde para a terceira etapa.

Gráfico 15 - Taxas de contribuição médias anuais do GKV. Região Ocidental



Fonte: SVR, 1994:330; BMG, 1995-a *Daten des Gesundheitswesens*, p.310. Para 1995 e 1996 BMG, 1996 T.10.11. Para 1997 foi utilizada a taxa de janeiro de 1998; BMG, 1998 - *Pressemitteilung*, n. 13 de 13/02/98.

Notas

¹ Atualmente, a Alemanha é o segundo país em maior volume financeiro de exportações, situando-se após os EUA e antes do Japão. Em 1995, por exemplo, as exportações globais foram de 5,254 trilhões de dólares; destes, 12 % (625 bilhões) foram exportados pelos EUA e 10% (521 bilhões de dólares) pela Alemanha. A metade das exportações da Alemanha vai para países da União Européia, o mesmo valendo para as importações. A balança comercial entre EUA e Alemanha é positiva para a Alemanha (*Sozialpolitische Umschau*, n.213/1997 / 212/1997). A situação da Alemanha, pela excelente posição como potência exportadora e alto nível positivo da balança comercial, não se encontra ameaçada (Deppe, 1998). Em comparação com os outros países da União Européia, os custos do trabalho não seriam elevados demais nem teriam tido evolução recente desfavorável. Os custos do trabalho na Alemanha não seriam, portanto, desvantagem para o país na competição internacional (Hoffmann, 1996 e SVR, 1996 apud Deppe, 1998). A necessidade de redução das contribuições sociais não se impõe nem pelo lado dos gastos em saúde em relação ao PNB nem em razão dos custos do trabalho ou da posição da Alemanha na economia mundial. Observa-se, então, que a argumentação é basicamente ideológica e que se imporia mesmo não havendo imperativos econômicos.

¹ Este tipo de fórum pode ser considerado a contrapartida setorial para a Ação Concertada criada em 1967 por um governo de coalizão entre democratas-cristãos e sociais-democratas, com a participação de empregadores, sindicatos, burocratas e outras organizações para discutir e negociar questões mais gerais da economia (Offe, 1994: 237).

¹ Para Borchert (1995), as políticas de contenção dos social-democratas difeririam daquelas dos democratas-cristãos. Os social-democratas teriam maior preocupação com a manutenção da proteção social. Suas políticas visariam mais conter gastos do que interferir na estrutura do sistema. Diferentemente, as políticas de contenção conservadoras afetariam a própria estrutura da atenção.

¹ Dez teses foram então lançadas por Norbert Blüm – ministro do Trabalho e Ordem Social – e rejeitadas pela Ação Concertada em Saúde. Entre as primeiras proposições da coalizão estava a criação de Conselho de Experts para a elaboração da reforma. Seu primeiro relatório é de 1987. Com a criação desse Conselho, o Ministério buscava a legitimação das propostas governamentais (Hartmann, 1992:38). Este Conselho não é o Conselho da Ação Concertada em Saúde, criado ao final de 1992.

¹ Estes são os anos de promulgação das leis que entraram em vigor em janeiro dos anos subseqüentes – 1989 e 1993 –; por isso aparecem, por vezes, datas diferentes no texto, dependendo da referência à data da vigência ou da promulgação da lei.

¹ CDU – *Christliche Demokratische Union*, partido democrata-cristão; CSU – *Christliche Soziale Union*, partido social cristão (menos importante, é um partido regional da Bavária/Munique); FDP – *Freidemokratische Partei* partido liberal; SPD – *Sozialdemokratische Partei Deutschland*, partido social-democrata.

¹ Ações com baixo *background* científico, na opinião de Schwartz e Busse (1996:100).

¹ Estes encargos vinham sendo financiados com recursos fiscais dos estados e municípios. Em 1992 foi criado novo ramo do seguro social ligado ao GKV, mas com financiamento independente, para este tipo de proteção.

¹ Os preços da maioria dos medicamentos, porém, não são mais elevados que a *Festbetrag*.

¹ Por influência principalmente da indústria farmacêutica e do partido liberal, cerca de 60% dos medicamentos foram incluídos no sistema; anteriormente fora proposta a inclusão de 80% (Perschke-Hartmann, 1992:48).

¹ A confrontação com os salários, mais do que com as taxas de contribuição, possibilita avaliação da evolução de gastos em comparação com a das receitas potenciais. Embora estes aumentos não se refiram aos salários de contribuição, permitem comparação aproximada.

¹ Não é possível ampliar as considerações sobre o nível de déficits ao longo da história, pois maiores déficits têm a ver também com relutância em aumentar taxas de contribuição. Em anos anteriores, acréscimos de gastos poderiam ter sido cobertos por elevações nas taxas de contribuição, reduzindo-se os déficits. Melhor cotejo deveria ser feito entre a evolução dos salários dos contribuintes e a dos gastos, para identificar o descompasso entre potencial de receitas e despesas. No momento, porém, os dados não estão disponíveis.

¹ Denomina-se grande coalizão – exemplo máximo da sociedade do compromisso e da concertação – a aliança de social-democratas e democrata-cristãos, as duas grandes forças políticas/partidos da Alemanha.

¹ Lista positiva contrapõe-se à lista negativa, constituída por medicamentos excluídos do catálogo, que era até então elaborada pela Comissão Conjunta de Médicos e Caixas.

¹ As alterações introduzidas pela lei foram detalhadas no capítulo referente ao setor ambulatorial.

¹ A nova norma deveria ser a contrapartida para médicos já credenciados, que teriam mercado garantido, frente às outras restrições. Trouxe conseqüências especialmente aos médicos jovens cujas possibilidades de admissão foram diminuídas (Hungeling, 1993).

¹ Estima-se que apenas 15% dos contribuintes permanecem sem liberdade de escolha da Caixa. (Abel-Smith & Mossialos, 1994:100).

¹ As Caixas Rurais, de Mineiros e Marítimos permanecem com adscrição fechada. Para as Caixas de Corporações e de Empresas foram definidas regras especiais. Em seus estatutos, estas Caixas podem definir a abertura para asseguração àqueles não pertencentes a sua clientela tradicional de membros da corporação e empregados da empresa, respectivamente.

¹ O que implica maiores gastos em propaganda, por exemplo.

¹ Considera-se também a proporção de contribuintes com direito ao auxílio-doença por tempo diferenciado, critério relacionado especialmente a segurados voluntários.

¹ Estima-se que algumas Caixas teriam taxas extremamente altas se não houvesse um sistema de compensação. As Caixas de Mineiros, por exemplo, teriam taxas de 21% e as Caixas Locais de algumas regiões poderiam atingir taxas de 19% (Dudey e Reschke, 1997:82).

¹ O que não quer dizer que os mesmos não tenham direito à atenção. A compensação anterior para a proporção de aposentados – mas apenas para estes – era mais efetiva, pois as despesas a eles concernentes eram divididas entre as Caixas, o que talvez resultasse em mais baixa discriminação.

¹ Alguns autores sugerem que a introdução do co-pagamento para medicamentos teria possibilitado a continuidade da expansão de seu consumo. Recentemente, porém, a indústria farmacêutica tem reclamado dos valores do co-pagamento por ter havido aumento das taxas com a lei de 1997. Nos cálculos da indústria farmacêutica, seguindo o raciocínio de Evans, acima referido, os valores são tão altos que afetam o consumo.

¹ O Conselho de Experts da Ação Concertada em Saúde, composto pelo Ministro da Saúde em 12.11.92, recebeu a incumbência de: analisar a evolução da atenção médico-sanitária e suas consequências financeiras e médicas, ponderando as condições gerais de financiamento; definir prioridades para suprir déficits na atenção; desenvolver instrumentos para combater a sobreatenção existente; elaborar propostas para dados econômicos e médicos; e apresentar possibilidades de desenvolvimento futuro do GKV. O conselho é composto por sete membros com reconhecido conhecimento científico na área da saúde e em economia da saúde, além de serem independentes, isto é, sem vínculos governamentais ou com organizações setoriais, ou empregados de empresas privadas. Com mandato de quatro anos, os membros são escolhidos pelo Ministro da Saúde, que ouve os participantes da Ação Concertada (SVR, 1994:232).

¹ Ainda foi perguntado: em que medida a renda do trabalho assalariado, como base para o desconto de contribuições, espelha a capacidade de contribuição do segurado e qual seria o impacto da unificação europeia sobre demanda, oferta, preços e custos de ações de saúde (esta questão não foi trabalhada).

¹ Neste hotel, próximo a Bonn e à beira do Reno, em geral ficam hospedados os presidentes de outros países em visita à Alemanha.

¹ Entrevista com Betina Am Orde, responsável pela área de política social da central sindical DGB.

¹ Os preços são acordados entre Caixas, indústria farmacêutica e farmácias.

¹ O *Bundesrat* tem sua história ligada ao processo de constituição do Estado alemão. Com a formação do Reich, império alemão, por Bismarck, em 1871, os estados componentes mantiveram certa autonomia, garantida por um conselho de representantes. Após a segunda guerra mundial, com a criação da República Federal Alemã em 1949, na região da Alemanha ocupada por americanos, franceses e ingleses, a autonomia dos estados, em particular nas áreas de cultura e educação, foi garantida pela constituição do *Bundesrat*. Na área da saúde, a concordância do *Bundesrat* é obrigatória no que diz respeito à formação de profissionais da área e à atenção hospitalar. O *Bundesrat* – Conselho do Estados da Federação – é composto por representações dos governos estaduais; em geral, os próprios governadores tomam parte nas reuniões.

¹ Porém, se uma lei for recusada no *Bundesrat* por 2/3 dos seus integrantes, para ser aprovada no *Bundestag* deverá também ter aprovação igual ou superior a 2/3 (Am Orde, 1997:248).

¹ Esta é a maioria que garante a escolha do Chanceler – *Kanzlermehrheit* –, isto é, se a coalizão ou partido governante. Atualmente, a coalizão governamental é composta pelos partidos democrata-cristão – CDU –, social-cristão – CSU – e liberal – FDP.

¹ Deppe (1998) refere-se a pânico contencionista.

¹ Para descrição detalhada do ‘pacote’, consulte Stotz e Giovanella, 1996.

¹ Cada criança moradora na Alemanha recebe 200 marcos por mês até completar 18 anos, independente da renda.

¹ A data de lançamento do pacote foi politicamente calculada. Ocorreu logo após as últimas eleições regionais, antes do período de interregno eleitoral de dezoito meses. Eleições para Chanceler, apenas em 1998. Aqui como lá, ou lá como cá, tanto os votos têm importância nos cálculos das estratégias de ajuste como parece que os eleitores se esquecem mais ou menos rapidamente do que decidiram seus governantes.

¹ Segundo o Ministro da Saúde, a elevação dos gastos com auxílio doença seria decorrente de problemas no mercado de trabalho. As Caixas deveriam estar atentas para evitar que o auxílio-doença fosse utilizado como entrada precoce em aposentadoria. Haveria tendência a tomar 78 semanas de auxílio-doença e 32 semanas de seguro desemprego imediatamente antes da aposentadoria, possibilitando aposentadoria precoce (*Handelsblatt*, 04.07.96:5). Além disso, segundo o Ministro da Saúde, os gastos com *Kur* teriam aumentado nos últimos três anos em 50% e não seria possível encontrar explicações médicas para isto.

¹ Uma das greves mais importantes na história da luta dos trabalhadores pela continuidade do pagamento de salário em caso de doença foi a realizada entre 24 de outubro de 1956 e 14 de fevereiro de 1957 pelos metalúrgicos em Schleswig-Holstein. Após dezesseis semanas de greve, os trabalhadores conquistaram elevação da complementação do benefício-doença – de responsabilidade das Caixas – paga pelos empregadores, com reposição de 90% dos salários (IGM, 1976. Streikt-Nachrichten).

¹ Estudos com pacientes que recebem auxílio-doença mostraram ser composta de fato a maioria por doentes crônicos, além de pesarem financeiramente os cortes paralelos a aumentos de co-pagamento, significando por vezes o apelo, como último recurso, à assistência social (Braun et al., 1997).

¹ Note-se que, no Brasil, a maioria das ações cortadas não é coberta sequer pelos seguros privados.

¹ A situação da atenção odontológica é amplamente reconhecida como não sendo de qualidade adequada por se descuidar demais da prevenção.

¹ As lentes continuam a ser pagas a cada mudança mínima de 0,5 dioptrias.

¹ O argumento conservador é que as Caixas pagam até cursos de dança do ventre e de surf e que financiam o ‘parque de lazer Alemanha’! Até o início de 1997, as Caixas pagavam cursos em academias de ginástica (Süddeutsche Zeitung, 25.05.96). A possibilidade de as Caixas subsidiarem os grupos de auto-ajuda posteriormente foi mantida.

¹ Existem cerca de 64.000 comissões de tarifas na Alemanha; são regionais e por ramo de produção. Os sindicatos são organizados por setor de produção. Os contratos coletivos são acordados entre o sindicato setorial e a associação de empresários. Os empresários não são obrigados a participar na Associação. Empresários que não fazem parte de uma associação, negociam os acordos com seus trabalhadores por empresa. Após fechado o contrato coletivo por ramo de produção em cada empresa, podem ser feitos acordos específicos, desde que não firam o acordo coletivo. Em geral, nas grandes empresas, os níveis salariais acordados são superiores ao acordo coletivo.

¹ Este foi o caso, por exemplo, dos limpadores de chaminés, que não tiveram sucesso na negociação.

¹ Diversos autores (Gerlinger, 1997; Alber, 1992; Ulrich et al., 1994), afirmam que a imagem pública dos médicos não é boa. Pesquisas qualitativas sobre representações sociais mostram que o aumento dos gastos é creditado aos prestadores.

¹ Nas eleições locais em um dos estados logo após a aprovação do *Sparpaket*, a coalizão governamental manteve os índices de votação da última eleição, o que indicaria não haver necessidade de negociação.

¹ Isto também não quer dizer, como será visto adiante, que a influência de outros atores sociais não se fez presente.

¹ Antes da Constituição brasileira de 1988, afirmava-se que importantes mudanças na proteção social somente foram possíveis em períodos de regimes autoritários. Na Alemanha considera-se que estas somente são possíveis como decorrência de amplo consenso.

¹ Atualmente, a Alemanha é o segundo país em maior volume financeiro de exportações, situando-se após os EUA e antes do Japão. Em 1995, por exemplo, as exportações globais foram de 5,254 trilhões de dólares; destes, 12 % (625 bilhões) foram exportados pelos EUA e 10% (521 bilhões de dólares) pela Alemanha. A metade das exportações da Alemanha vai para países da União Européia, o mesmo valendo para as importações. A balança comercial entre EUA e Alemanha é positiva para a Alemanha (*Sozialpolitische Umschau*, n.213/1997 / 212/1997). A situação da Alemanha, pela excelente posição como potência exportadora e alto nível positivo da balança comercial, não se encontra ameaçada (Deppe, 1998). Em comparação com os outros países da União Européia, os custos do trabalho não seriam elevados demais nem teriam tido evolução recente desfavorável. Os custos do trabalho na Alemanha não seriam, portanto, desvantagem para o país na competição internacional (Hoffmann, 1996 e SVR, 1996 apud Deppe, 1998). A necessidade de redução das contribuições sociais não se impõe nem pelo lado dos gastos em saúde em relação ao PNB nem em razão dos custos do trabalho ou da posição da Alemanha na economia mundial. Observa-se, então, que a argumentação é basicamente ideológica e que se imporia mesmo não havendo imperativos econômicos.

² Este tipo de fórum pode ser considerado a contrapartida setorial para a Ação Concertada criada em 1967 por um governo de coalizão entre democratas-cristãos e sociais-democratas, com a participação de empregadores, sindicatos, burocratas e outras organizações para discutir e negociar questões mais gerais da economia (Offe, 1994: 237).

³ Para Borchert (1995), as políticas de contenção dos social-democratas difeririam daquelas dos democratas-cristãos. Os social-democratas teriam maior preocupação com a manutenção da proteção social. Suas políticas visariam mais conter gastos do que interferir na estrutura do sistema. Diferentemente, as políticas de contenção conservadoras afetariam a própria estrutura da atenção.

⁴ Dez teses foram então lançadas por Norbert Blüm – ministro do Trabalho e Ordem Social – e rejeitadas pela Ação Concertada em Saúde. Entre as primeiras proposições da coalizão estava a criação de Conselho de Experts para a elaboração da reforma. Seu primeiro relatório é de 1987. Com a criação desse Conselho, o Ministério buscava a legitimação das propostas governamentais (Hartmann, 1992:38). Este Conselho não é o Conselho da Ação Concertada em Saúde, criado ao final de 1992.

⁵ Estes são os anos de promulgação das leis que entraram em vigor em janeiro dos anos subseqüentes – 1989 e 1993 –; por isso aparecem, por vezes, datas diferentes no texto, dependendo da referência à data da vigência ou da promulgação da lei.

⁶ CDU – *Christliche Demokratische Union*, partido democrata-cristão; CSU – *Christliche Soziale Union*, partido social cristão (menos importante, é um partido regional da Bavária/Munique); FDP – *Freidemokratische Partei* partido liberal; SPD – *Sozialdemokratische Partei Deutschland*, partido social-democrata.

⁷ Ações com baixo *background* científico, na opinião de Schwartz e Busse (1996:100).

⁸ Estes encargos vinham sendo financiados com recursos fiscais dos estados e municípios. Em 1992 foi criado novo ramo do seguro social ligado ao GKV, mas com financiamento independente, para este tipo de proteção.

⁹ Os preços da maioria dos medicamentos, porém, não são mais elevados que a *Festbetrag*.

¹⁰ Por influência principalmente da indústria farmacêutica e do partido liberal, cerca de 60% dos medicamentos foram incluídos no sistema; anteriormente fora proposta a inclusão de 80% (Perschke-Hartmann, 1992:48).

¹¹ A confrontação com os salários, mais do que com as taxas de contribuição, possibilita avaliação da evolução de gastos em comparação com a das receitas potenciais. Embora estes aumentos não se refiram aos salários de contribuição, permitem comparação aproximada.

¹² Não é possível ampliar as considerações sobre o nível de déficits ao longo da história, pois maiores déficits têm a ver também com relutância em aumentar taxas de contribuição. Em anos anteriores, acréscimos de gastos poderiam ter sido cobertos por elevações nas taxas de contribuição, reduzindo-se os déficits. Melhor cotejo deveria ser feito entre a evolução dos salários dos contribuintes e a dos gastos, para identificar o descompasso entre potencial de receitas e despesas. No momento, porém, os dados não estão disponíveis.

¹³ Denomina-se grande coalizão – exemplo máximo da sociedade do compromisso e da concertação – a aliança de social-democratas e democrata-cristãos, as duas grandes forças políticas/partidos da Alemanha.

¹⁴ Lista positiva contrapõe-se à lista negativa, constituída por medicamentos excluídos do catálogo, que era até então elaborada pela Comissão Conjunta de Médicos e Caixas.

¹⁵ As alterações introduzidas pela lei foram detalhadas no capítulo referente ao setor ambulatorial.

¹⁶ A nova norma deveria ser a contrapartida para médicos já credenciados, que teriam mercado garantido, frente às outras restrições. Trouxe conseqüências especialmente aos médicos jovens cujas possibilidades de admissão foram diminuídas (Hungeling, 1993).

¹⁷ Estima-se que apenas 15% dos contribuintes permanecem sem liberdade de escolha da Caixa. (Abel-Smith & Mossialos, 1994:100).

¹⁸ As Caixas Rurais, de Mineiros e Marítimos permanecem com adscrição fechada. Para as Caixas de Corporações e de Empresas foram definidas regras especiais. Em seus estatutos, estas Caixas podem definir a abertura para asseguramento àqueles não pertencentes a sua clientela tradicional de membros da corporação e empregados da empresa, respectivamente.

¹⁹ O que implica maiores gastos em propaganda, por exemplo.

²⁰ Considera-se também a proporção de contribuintes com direito ao auxílio-doença por tempo diferenciado, critério relacionado especialmente a segurados voluntários.

²¹ Estima-se que algumas Caixas teriam taxas extremamente altas se não houvesse um sistema de compensação. As Caixas de Mineiros, por exemplo, teriam taxas de 21% e as Caixas Locais de algumas regiões poderiam atingir taxas de 19% (Dudey e Reschke, 1997:82).

²² O que não quer dizer que os mesmos não tenham direito à atenção. A compensação anterior para a proporção de aposentados – mas apenas para estes – era mais efetiva, pois as despesas a eles concernentes eram divididas entre as Caixas, o que talvez resultasse em mais baixa discriminação.

²³ Alguns autores sugerem que a introdução do co-pagamento para medicamentos teria possibilitado a continuidade da expansão de seu consumo. Recentemente, porém, a indústria farmacêutica tem reclamado dos valores do co-pagamento por ter havido aumento das taxas com a lei de 1997. Nos cálculos da indústria farmacêutica, seguindo o raciocínio de Evans, acima referido, os valores são tão altos que afetam o consumo.

²⁴ O Conselho de Experts da Ação Concertada em Saúde, composto pelo Ministro da Saúde em 12.11.92, recebeu a incumbência de: analisar a evolução da atenção médico-sanitária e suas conseqüências financeiras e médicas, ponderando as condições gerais de financiamento; definir prioridades para suprir déficits na atenção; desenvolver instrumentos para combater a sobreatenção existente; elaborar propostas para dados econômicos e médicos; e apresentar possibilidades de desenvolvimento futuro do GKV. O conselho é composto por sete membros com reconhecido conhecimento científico na área da saúde e em economia da saúde, além de serem independentes, isto é, sem vínculos governamentais ou com organizações setoriais, ou empregados de empresas privadas. Com mandato de quatro anos, os membros são escolhidos pelo Ministro da Saúde, que ouve os participantes da Ação Concertada (SVR, 1994:232).

²⁵ Ainda foi perguntado: em que medida a renda do trabalho assalariado, como base para o desconto de contribuições, espelha a capacidade de contribuição do segurado e qual seria o impacto da unificação européia sobre demanda, oferta, preços e custos de ações de saúde (esta questão não foi trabalhada).

²⁶ Neste hotel, próximo a Bonn e à beira do Reno, em geral ficam hospedados os presidentes de outros países em visita à Alemanha.

²⁷ Entrevista com Betina Am Orde, responsável pela área de política social da central sindical DGB.

²⁸ Os preços são acordados entre Caixas, indústria farmacêutica e farmácias.

²⁹ O *Bundesrat* tem sua história ligada ao processo de constituição do Estado alemão. Com a formação do Reich, império alemão, por Bismarck, em 1871, os estados componentes mantiveram certa autonomia, garantida por um conselho de representantes. Após a segunda guerra mundial, com a criação da República Federal Alemã em 1949, na região da Alemanha ocupada por americanos, franceses e ingleses, a autonomia dos estados, em particular nas áreas de cultura e educação, foi garantida pela constituição do *Bundesrat*. Na área da saúde, a concordância do *Bundesrat* é obrigatória no que diz respeito à formação de profissionais da área e à atenção hospitalar. O *Bundesrat* – Conselho do Estados da Federação – é composto por representações dos governos estaduais; em geral, os próprios governadores tomam parte nas reuniões.

³⁰ Porém, se uma lei for recusada no *Bundesrat* por 2/3 dos seus integrantes, para ser aprovada no *Bundestag* deverá também ter aprovação igual ou superior a 2/3 (Am Orde, 1997:248).

³¹ Esta é a maioria que garante a escolha do Chanceler – *Kanzlermehrheit* –, isto é, se a coalizão ou partido governante. Atualmente, a coalizão governamental é composta pelos partidos democrata-cristão – CDU –, social-cristão – CSU – e liberal – FDP.

³² Deppe (1998) refere-se a pânico contencionista.

³³ Para descrição detalhada do ‘pacote’, consulte Stotz e Giovannella, 1996.

³⁴ Cada criança moradora na Alemanha recebe 200 marcos por mês até completar 18 anos, independente da renda.

³⁵ A data de lançamento do pacote foi politicamente calculada. Ocorreu logo após as últimas eleições regionais, antes do período de interregno eleitoral de dezoito meses. Eleições para Chanceler, apenas em 1998. Aqui como lá, ou lá como cá, tanto os votos têm importância nos cálculos da estratégias de ajuste como parece que os eleitores se esquecem mais ou menos rapidamente do que decidiram seus governantes.

³⁶ Segundo o Ministro da Saúde, a elevação dos gastos com auxílio doença seria decorrente de problemas no mercado de trabalho. As Caixas deveriam estar atentas para evitar que o auxílio-doença fosse utilizado como entrada precoce em aposentadoria. Haveria tendência a tomar 78 semanas de auxílio-doença e 32 semanas de seguro desemprego imediatamente antes da aposentadoria, possibilitando aposentadoria precoce (*Handelsblatt*, 04.07.96:5). Além disso, segundo o Ministro da Saúde, os gastos com *Kur* teriam aumentado nos últimos três anos em 50% e não seria possível encontrar explicações médicas para isto.

³⁷ Uma das greves mais importantes na história da luta dos trabalhadores pela continuidade do pagamento de salário em caso de doença foi a realizada entre 24 de outubro de 1956 e 14 de fevereiro de 1957 pelos metalúrgicos em Schleswig-Holstein. Após dezesseis semanas de greve, os trabalhadores conquistaram elevação da complementação do benefício-doença – de responsabilidade das Caixas – paga pelos empregadores, com reposição de 90% dos salários (IGM, 1976. *Streikt-Nachrichten*).

³⁸ Estudos com pacientes que recebem auxílio-doença mostraram ser composta de fato a maioria por doentes crônicos, além de pesarem financeiramente os cortes paralelos a aumentos de co-pagamento, significando por vezes o apelo, como último recurso, à assistência social (Braun et al., 1997).

³⁹ Note-se que, no Brasil, a maioria das ações cortadas não é coberta sequer pelos seguros privados.

⁴⁰ A situação da atenção odontológica é amplamente reconhecida como não sendo de qualidade adequada por se descuidar demais da prevenção.

⁴¹ As lentes continuam a ser pagas a cada mudança mínima de 0,5 dioptrias.

⁴² O argumento conservador é que as Caixas pagam até cursos de dança do ventre e de surf e que financiam o ‘parque de lazer Alemanha’! Até o início de 1997, as Caixas pagavam cursos em academias de ginástica (*Süddeutsche Zeitung*, 25.05.96). A possibilidade de as Caixas subsidiarem os grupos de auto-ajuda posteriormente foi mantida.

⁴³ Existem cerca de 64.000 comissões de tarifas na Alemanha; são regionais e por ramo de produção. Os sindicatos são organizados por setor de produção. Os contratos coletivos são acordados entre o sindicato setorial e a associação de empresários. Os empresários não são obrigados a participar na Associação. Empresários que não fazem parte de uma associação, negociam os acordos com seus trabalhadores por empresa. Após fechado o contrato coletivo por ramo de produção em cada empresa, podem ser feitos acordos específicos, desde que não firam o acordo coletivo. Em geral, nas grandes empresas, os níveis salariais acordados são superiores ao acordo coletivo.

⁴⁴ Este foi o caso, por exemplo, dos limpadores de chaminés, que não tiveram sucesso na negociação.

⁴⁵ Diversos autores (Gerlinger, 1997; Alber, 1992; Ulrich et al., 1994), afirmam que a imagem pública dos médicos não é boa. Pesquisas qualitativas sobre representações sociais mostram que o aumento dos gastos é creditado aos prestadores.

⁴⁶ Nas eleições locais em um dos estados logo após a aprovação do *Sparpaket*, a coalizão governamental manteve os índices de votação da última eleição, o que indicaria não haver necessidade de negociação.

⁴⁷ Isto também não quer dizer, como será visto adiante, que a influência de outros atores sociais não se fez presente.

⁴⁸ Antes da Constituição brasileira de 1988, afirmava-se que importantes mudanças na proteção social somente foram possíveis em períodos de regimes autoritários. Na Alemanha considera-se que estas somente são possíveis como decorrência de amplo consenso.

VII. A TERCEIRA ETAPA DA REFORMA DO SEGURO SOCIAL DE DOENÇA ALEMÃO – *DRITTE REFORMSTUFE*

1. Rodada preliminar: propostas para a terceira etapa e posições dos principais atores sociais

Uma série de atores sociais participam e influenciam na formulação e implementação das políticas setoriais. Parte integrante do sistema, esta participação é regulada e baseia-se em uma forma de intermediação entre Estado e Sociedade neocorporativa, modelo segundo o qual o Estado renuncia a medidas unilaterais e delega responsabilidades para a solução de conflitos e problemas de condução a organizações hierárquicas e de pertencimento obrigatório de fato ou de direito, atribuindo-lhes funções públicas e tornando-as participantes na formulação das opções políticas (Schmitter, 1974; Lehbruch, 1996).

Uma das características do modelo de seguro social é a delegação da tarefa pública de proteção aos interessados através da regulação da participação corporativa das partes envolvidas. Não apenas trabalhadores e empregadores são responsabilizados pela proteção, compondo os conselhos de administração dos diversos ramos do seguro social, como também é incentivada a organização corporativa dos prestadores, em especial no caso da atenção ambulatorial, e delegada aos mesmos a responsabilidade de garantia da atenção.

Neste capítulo examina-se a fase inicial do processo de discussão da terceira etapa da reforma. Os preparativos do debate começaram em 1993 com a convocação do Conselho de *Experts* para a Ação Concertada em Saúde – *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* – para a elaboração de recomendações para a reforma. Paralelamente, os diversos atores sociais apresentaram suas propostas e os partidos se posicionaram. Em 1996, a coalizão liberal-conservadora e o partido social-democrata encaminharam projetos de lei ao Parlamento e os diversos atores sociais manifestaram-se a respeito. São estas propostas e posicionamentos que vêm a seguir, resumindo-se as propostas dos diferentes atores de forma que seja possível qualificá-las, não se entrando em detalhes sobre possíveis significados e conseqüências de cada proposição. Medidas específicas propostas e aprovadas serão analisadas no capítulo correspondente à discussão da reforma¹.

A apresentação tem início pelas recomendações do Conselho de *Experts* para a Ação Concertada em Saúde porque balizam as propostas dos diversos atores e, em particular, os projetos de lei da coalizão governamental. Em seguida são expostos os projetos de lei dos partidos políticos: da coalizão governamental – CDU, partido democrata cristão, CSU, união social cristã e FDP, partido liberal, do partido social-democrata – SPD – e do partido verde – *Bündnis 90/Die Grünen*². Por fim, dá-se a conhecer os posicionamentos dos atores sociais sobre estes projetos de lei, que esclarecem, ao mesmo tempo, suas posições sobre o que deveria ser a terceira etapa, o que permite não apenas identificar alinhamentos de atores e partidos, mas expor a constelação e jogo de interesses em disputa.

É interessante observar que, no modelo de seguro social, estes atores sociais gerais são também imediatamente os atores sociais setoriais em razão da delegação da tarefa pública a organizações administradas por trabalhadores e empresários. Entre os atores sociais que se manifestaram quanto à terceira etapa da reforma da saúde, foram selecionados os posicionamentos de: Central Sindical-DGB, Federação Nacional das Associações de Empregadores Alemães-BDA, Associações Federais das Caixas, Associação Federal de Médicos Credenciados-KBV e Sociedade Alemã de Hospitais-DKG.

1.1 Recomendações do Conselho de *Experts* para a Ação Concertada em Saúde – *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen - SVR*

A discussão da terceira etapa da reforma do sistema de Seguro Social de Doença alemão teve início logo após a entrada em vigor da Lei da Estrutura da Saúde – GSG – , em janeiro de 1993. O Ministro da Saúde convocou o Conselho de *Experts* para a Ação Concertada em Saúde – SVR – com a finalidade de especificar os fundamentos da reforma. As questões apresentadas pelo ministro diziam respeito: às conseqüências do desenvolvimento demográfico; às mudanças na morbidade e progresso técnico para a atenção à saúde; aos padrões de garantia de qualidade; às conseqüências do mercado interno da União Européia para o GKV; à inclusão de outras rendas na contribuição compulsória, além dos ganhos do trabalho; à introdução de catálogo complementar para determinadas ações de saúde; e aos estímulos mais fortes para a promoção de estilos de vida mais saudáveis, como, por exemplo, taxas mais altas de contribuição para fumantes ou consumidores de bebidas alcoólicas (Reiners, 1993; BMG, 1993:172).

As recomendações do Conselho de *Experts* foram apresentadas em relatório como concepções para debate ao final de 1994 e, enquanto recomendações propriamente ditas, em

relatório especial no ano de 1995. As principais recomendações referiam-se: ao estabelecimento de maior competição entre as Caixas através da ampliação de alternativas que as Caixas e os prestadores ofertariam aos segurados; à exclusão dos catálogos de serviço e/ou de ações consideradas estranhas a um seguro de saúde; à constituição de catálogos de serviços adicionais para escolha pelos segurados, tendo, como contrapartida, taxas de contribuição diferenciadas; e à oferta de taxas distintas de co-pagamento pelas Caixas. Sugeriu ainda a definição de taxa única de contribuição dos empresários – correspondente à metade da média das taxas de contribuição para o conjunto das Caixas – e apresentava modelos teóricos alternativos para mudança do atual sistema de seguro social: seguro familiar financiado por contribuições proporcionais à renda familiar total, seguro privado obrigatório e sistema nacional de saúde financiado por recursos fiscais, sem recomendar qualquer destes (SVR, 1994 e 1995).

A seguir expõem-se as recomendações do SVR mais diretamente relacionadas à reforma, ou seja, medidas cujos conteúdos foram debatidos ou incorporados às propostas apresentadas, que são aquelas relativas ao estímulo de maior competição entre as Caixas, em especial quanto à definição de cestas adicionais e opções para os segurados.

O SVR recomendou a ampliação das possibilidades de escolha pelos segurados quanto ao conteúdo de cesta adicional. Argumentou que, mesmo entre os grupos de mesma renda, as preferências são diferenciadas. Os segurados, assim como os médicos que os aconselham, valorizariam ações e serviços de diferentes formas quanto a sua utilidade e relação custo-efetividade. Os pacientes teriam preferências distintas por determinados sistemas terapêuticos, como a homeopatia, por exemplo; os médicos divergiriam quanto à necessidade de internações hospitalares para reabilitação preventiva – *Kur*. Outra situação seria aquela em que os segurados estariam dispostos a arcar com os gastos de determinados serviços. Esta seria a preferência expressa por segurados jovens, que se prontificariam a renunciar ao tratamento medicamentoso ambulatorial por julgarem poder arcar com tais gastos.

O SVR entendeu que um Seguro Social de Doença obrigatório homogêneo penalizaria aqueles segurados que buscam ter comportamento mais saudável. Sugeriu, assim, a conformação de taxas de contribuição que premiassem comportamentos mais saudáveis (SVR, 1995:137).

O Conselho de *Experts* para a Ação Concertada em Saúde – SVR propôs a definição de cesta básica – o catálogo de serviços obrigatório oferecido por todas as Caixas – da qual fossem excluídas opções adicionais e, no mínimo, ações e benefícios considerados ‘estranhos’

a um seguro saúde – *Fremdleistungen*. Como tal são avaliadas as ações que extrapolam o sentido estrito de riscos asseguráveis – riscos aleatórios que acometem todos os segurados de um grupo com a mesma probabilidade e sobre os quais os segurados não podem exercer influência. Isto é, sugeriu-se a exclusão de serviços não diretamente relacionados a doenças e às suas conseqüências e que, no decorrer do tempo, foram incluídos entre os benefícios e ações oferecidos pelas Caixas do Seguro Social de Doença. Outras restrições não foram especificadas. As sugestões para cestas adicionais são especialmente relacionadas a montantes financeiros e não ao direito ou exclusão a determinadas ações de saúde.

Como ações estranhas ao seguro de doença foram apontadas, em particular, medidas relacionadas à política de família e ao planejamento familiar, ponderando-se que outras instituições deveriam ser responsáveis por semelhantes ações. A relação destas incluía: fornecimento de métodos contraceptivos até os 20 anos de idade; esterilização e aborto sem estrita indicação médica; fecundação artificial; medidas médicas para engravidar; auxílio parto (cerca de 200 marcos por ocasião do parto para mulheres não trabalhadoras); auxílio maternidade (seis semanas antes do parto e oito semanas após o parto, correspondendo a certa parcela dos salários; o restante é pago pelo empregador); ajuda financeira para a manutenção da casa no caso de internação de mães com crianças e para segurados sob cuidados domiciliares; terapia do trabalho; benefício doença pelo adoecimento de filho (até dez dias por ano para crianças até 12 anos, para mães ou pais solteiros ou solitários, até 20 dias por ano por criança, máximo 50 dias no ano); e auxílio morte ou funeral³ (SVR, 1995:60).

Estes benefícios e ações julgados estranhos ao seguro de saúde deveriam ser financiados, segundo a recomendação do SVR, por recursos fiscais alocados pelos Estados e União. Sugeriu-se o redirecionamento da utilização das receitas arrecadadas com impostos sobre cigarros e bebidas alcoólicas, assim como a utilização de recursos atualmente empregados nos investimentos hospitalares pelos Estados. Estes últimos recursos seriam liberados caso se concretizasse o financiamento hospitalar por fonte única, passando os investimentos hospitalares a ser também financiados pelas diárias pagas pelas Caixas (SVR, 1995:60). Estimou-se que a exclusão dos benefícios relacionados à política de família do catálogo das Caixas aliviaria seus orçamentos em cerca de 3,9 bilhões de marcos anuais (SVR, 1995:60).

Este novo catálogo ‘limpo’ das ações estranhas a um seguro de saúde seria o ponto de partida para acréscimos e subtrações. A taxa de contribuição correspondente a este catálogo conformaria o parâmetro de desempenho financeiro das Caixas, de orientação para o segurado realizar a escolha de sua Caixa. Aos acréscimos e reduções deste catálogo

equivaleriam as diferentes tarifas que estariam à disposição dos segurados para escolha conforme suas ‘preferências’ (SVR, 1995:137).

Com o intuito de minorar os efeitos erosivos sobre o princípio da solidariedade no caso da definição de cesta básica e adicionais, segundo a proposta do SVR, as contribuições deveriam diminuir na proporção correspondente à fatia da cesta dispensada na escolha do catálogo. Em termos atuariais seria possível dividir a contribuição em parcela correspondente à probabilidade de adoecer – parcela de risco –, e em parcela correspondente à solidariedade, a qual subvenciona segurados cujas contribuições não são suficientes para pagar suas despesas (SVR, 1995:138). Como já examinado na discussão sobre solidariedade, a distribuição ocorre principalmente entre jovens e idosos, o que significa dizer que a parte solidária da contribuição na juventude é a contrapartida da garantia da atenção conforme a necessidade em idades mais avançadas.

A redução das contribuições referentes a renúncias ou restrições no catálogo não deveria afetar a ‘parcela solidária’. As opções oferecidas das Caixas deveriam ser controladas, evitando-se a oferta de abatimentos excessivos de tarifas como contrapartida à renúncia de serviços ou assunção pelo segurado de maiores proporções de gastos na busca da conquista dos ‘bons riscos’ pelas Caixas (SVR, 1995:138).

Na recomendação do SVR, apenas poderiam ser oferecidos contratos alternativos referentes à parcela de contribuição do segurado, única a poder ser alterada, uma vez que o segurado assumiria sozinho o risco de arcar com parcela de seus gastos com saúde caso viesse a necessitar (SVR, 1995:138). A contribuição do empregador continuaria sendo correspondente ao pacote central-nuclear. Esta seria uma maneira de defender a solidariedade do sistema e de evitar a reintrodução de privilégios por categorias profissionais, por exemplo.

As propostas do SVR consistiam mais em diferenciação quantitativa da cesta – por elevação das participações diretas dos usuários – do que em divisão qualitativa do catálogo de ações por meio da seleção de ações e o estabelecimento de catálogo obrigatório e outros de eleição. Foram recomendadas basicamente três modalidades de diferenciação da cesta. A primeira, é a escolha pelo segurado entre diferentes taxas de contribuição escalonadas conforme o índice de restituição ou segundo a franquia assumida no âmbito da restituição de gastos. A segunda opção é a renúncia a todo um setor de gastos. Outra possibilidade seria a oferta de distintos montantes de co-pagamento⁴ com contribuições proporcionais. Isto é, quanto maior o montante de co-pagamento assumido pelo segurado, menor a taxa de contribuição. Foi ainda apresentada a opção pelo estabelecimento de recompensa por baixa utilização (bônus).

A opção pela restrição na cesta tida pelo SVR como mais facilmente calculável seria a de estabelecimento de franquia. O segurado renunciaria a certa quantia anual de gastos – o valor da franquia – e teria redução correspondente em sua taxa de contribuição como contrapartida. Assumiria, por exemplo, os gastos anuais correspondentes ao valor de uma contribuição mensal que correriam por sua conta⁵, ou optaria entre taxa mínima de participação que cobrisse 75% dos gastos e máxima com cobertura total de 100% (ou qualquer outro escalonamento). Isto é, a franquia, no último exemplo, seria de 25% dos gastos produzidos pelo paciente⁶ (SVR, 1995:140).

Outra possibilidade sugerida seria a renúncia a todo um setor/categoria de gastos. O que significaria diferenciação qualitativa da cesta. Por exemplo: gastos ambulatoriais, hospitalares, medicamentos, tratamento odontológico, próteses dentárias poderiam vir a ser integralmente assumidos pelos segurados tendo como contrapartida reduções nas taxas de contribuição. O cálculo das contribuições corresponderia aos riscos médios, por idade e sexo, o que exigiria das Caixas a introdução de novas formas de cálculo, ao mesmo tempo em que promoveria maior transparência das despesas das Caixas para os segurados, afirmou o Conselho de *Experts*.

A vantagem de definir as possibilidades de escolha com base em técnicas de seguro, – segundo riscos médios –, argumentou o Conselho de *Experts*, seria a de não exigir a definição da participação de cada um dos componentes da cesta, ao mesmo tempo em que seria possível considerar a situação financeira do segurado.

A outra opção apresentada, que também significaria a introdução de elementos do seguro privado ao interior do Seguro Social de Doença, foi a restituição de parcela das contribuições como prêmio por não terem ocorrido ‘perdas ou danos’, segundo a terminologia de seguros, no caso, a utilização de serviços de saúde. A restituição de parcela das contribuições pode ser entendida como forma indireta de co-pagamento (SVR, 1994:219).

A diferenciação quantitativa da cesta em qualquer das opções apresentadas deveria ser por período mínimo de tempo determinado e ter continuidade no caso de mudança de Caixa. A escolha das ações de saúde às quais o segurado renunciaria ou despesas que assumiria deveria ser dependente de sua capacidade de financiamento, medida pelo volume de suas contribuições⁷. Esta restrição teria como intuito evitar a renúncia, pelo segurado, de mais serviços do que os que teria possibilidades de arcar financeiramente (SVR, 1995:140).

Para o SVR, as opções e os estímulos financeiros correspondentes apresentados visariam desenvolver maior ‘consciência de custos’ e ‘responsabilidade própria’ dos segurados. Pretendiam motivar utilização mais econômica dos serviços de saúde por parte

dos clientes – apenas na quantidade necessária – e obter, por consequência, a diminuição dos gastos (SVR, 1994:218). Estas opções, todavia, provocam impacto negativo sobre os segurados de renda mais baixa, idosos e doentes e não levam necessariamente à redução de gastos, como será apresentado adiante, na discussão das medidas aprovadas.

Recomendações do SVR quanto a diversificação do catálogo e de oferecimento de opções para o contrato com os segurados foram incorporadas nas propostas governamentais. A partir do segundo semestre de 1997, as Caixas poderiam oferecer aos segurados opções por assunção de franquia, restituição de despesas e prêmio por baixa utilização. A diferenciação da cesta incluída na primeira versão da Lei de Reordenação da Saúde – 2.NOG –, que tornava opcionais algumas ações, como, por exemplo, outros métodos terapêuticos – prestados por profissionais não médicos – e internações preventivas em casa de repouso – *Kur* –, foi retirada da versão final aprovada após protestos de prestadores e pacientes.

1.2 Proposta da coalizão governamental

Ao final de 1995 e início de 1996 a coalizão liberal-cristã enviou ao Parlamento projetos de lei referentes à terceira etapa da reforma da saúde. O cerne da primeira proposta governamental para a terceira etapa da reforma foi apresentado no projeto de lei “lei para o desenvolvimento da reforma estrutural do seguro doença” – *Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (Drucksache 13/3608)*, mostrado a seguir.

O propósito principal da coalizão governamental com a terceira etapa da reforma do Seguro Social de Doença era estabilizar as taxas de contribuição. Para tal sugeriu a promoção de maior **competição** no âmbito do sistema e o aumento da **responsabilidade própria** de todos os participantes. As potencialidades da administração autônoma em termos de garantia da economicidade do sistema deveriam ser exploradas a fim de colocar um ponto final na necessidade de contínua intervenção dos legisladores. Para isso seria preciso ampliar a autonomia administrativa nas áreas de serviços e contratos e tornar mais transparentes os custos dos serviços, aumentando a responsabilidade financeira dos participantes da administração autônoma (CDU/CSU/FDP, 1995; CDU/CSU/FDP, 1996-a).

Segundo a coalizão governamental, o principal problema do GKV seria a falta de responsabilidade dos diversos participantes quanto aos gastos. As Caixas não se responsabilizariam, pois existia a possibilidade de aumento das taxas de contribuição. Os segurados e prestadores não teriam preocupações com os custos, pois todos os serviços produzidos seriam pagos pelas Caixas. Maior responsabilidade seria alcançada através de:

- Ampliação do espaço de atuação da Administração Autônoma mediante a transferência da responsabilidade pelos serviços prestados e a liberalização dos mecanismos de contratação de serviços, o que promoveria o desenvolvimento de estruturas de atenção otimizadas em termos econômicos.
- Transferência da responsabilidade financeira para a Administração Autônoma e limitação das possibilidades de aumento das taxas de contribuição, obrigando Caixas e prestadores de serviços a restringirem-se aos cuidados médicos necessários e de qualidade comprovada.
- Fortalecimento da auto-responsabilidade própria dos segurados por meio de maior transparência em relação aos custos da atenção, o que protegeria o sistema solidário de exigências descabidas e de utilização incorreta (CDU/CSU/FDP, 1996 e 1996-a).

Para a coalizão governamental, os culpados diretos pelas dificuldades financeiras então enfrentadas pelo sistema (1996) seriam:

- A reforma da previdência social de 1989, que definiu a redução das contribuições dos beneficiários de seguro desemprego para o GKV feitas pelo Ministério do Trabalho, a partir de 1995, e aumentou as contribuições dos segurados que recebem auxílio-doença pagas pelas Caixas ao Seguro Desemprego e à Previdência Social, significando perda de cinco bilhões de marcos para o GKV em 1995.
- As várias exceções da Lei da Estrutura de Saúde – *GSG-Gesundheitsstrukturgesetz* –, que possibilitaram aumento dos gastos com atenção hospitalar em cerca do dobro do aumento dos salários entre 1992 e 1995. A participação do setor hospitalar no conjunto dos gastos das Caixas foi ampliada, subindo de 32,1% para 34,3% entre 1992 e 1995 nos estados da região ocidental.
- O aumento dos gastos com transporte de doentes e internações em casas de repouso (*Kur*), cujos índices foram várias vezes maiores que o correspondente ao aumento das receitas da contribuição obrigatória.

Objetivos específicos da reforma (CDU/CSU/FDP, 1996 e 1996-a)

- *garantia dos princípios básicos do sistema:*

Na justificativa da proposta, a coalizão governamental reafirmou os princípios básicos de solidariedade e subsidiariedade, enfatizando a auto-responsabilidade. Não estaria em jogo a equiparação social entre jovens e velhos, doentes e sadios, famílias e solteiros, renda alta e baixa.

A necessidade da manutenção da qualidade e da igualdade de acesso à atenção foi também asseverada, sendo estas de responsabilidade da administração autônoma das Caixas. O progresso médico deveria continuar financiável e acessível a toda população.

- *precedência para administração autônoma com taxas de contribuição estáveis – Vorfahrt für die Selbstverwaltung*

A proposta da coalizão governamental teria por meta o fortalecimento das áreas de administração autônoma do sistema, o que estaria de acordo com o princípio da subsidiariedade, o qual implica a precedência da Administração Autônoma sobre a ação estatal direta e viabiliza a participação dos interessados na conformação do sistema de saúde.

Esta maior liberdade possibilitaria competição mais intensa entre as Caixas, criando-se condições adequadas para tanto mediante a liberdade de escolha das Caixas pelos segurados e a compensação da estrutura de riscos entre as mesmas, estipuladas pela GSG. Nesta nova situação, a oferta de taxas de contribuição mais baixas pelas Caixas aos segurados resultaria de maior eficiência administrativa e não de composição mais favorável da estrutura de riscos de seus segurados (CDU/CSU/FDP, 1996 e 1996-a:15)⁸.

Por meio da competição, a pluralidade do sistema atual teria sua legitimidade aumentada, no dizer da coalizão governamental. Todavia, a competição proposta seria restrita às taxas de contribuição e às áreas de administração e de serviços aos clientes. Seriam delimitados os espaços para a competição entre as Caixas, em particular, quanto à conformação da estrutura de atenção, oferta ou exclusão de ações, contratação de prestadores e definição dos contratos com os segurados. Para a solução de possíveis conflitos foram propostos mecanismos de arbitragem (CDU/CSU/FDP, 1996 e 1996-a).

A ampliação das possibilidades da administração autônoma deveria ser acompanhada por claro fortalecimento de sua responsabilidade financeira. Os pressupostos formais para a permissão de aumento das taxas de contribuição seriam ampliados. A possibilidade de aumento deveria restringir-se à realização de avanços médicos, apenas na situação em que todas as reservas de economicidade tivessem sido esgotadas e demolida a capacidade instalada excessiva.

Segundo a coalizão governamental, as condições para o alcance de maior responsabilidade da administração autônoma quanto às contribuições financeiras dos segurados consistiriam na maior liberdade dos espaços de negociação das Caixas quanto ao estabelecimento de contratos e à oferta de serviços, competição entre as Caixas e liberdade de escolha para os segurados.

Ampliação das possibilidades de atuação da administração autônoma

- *liberalização das formas de contratação de prestadores*

Negociações homogêneas e conjuntas das Caixas e suas associações seriam restritas à definição e formas de valoração das ações médicas e odontológicas contratadas; às bases de pagamento dos serviços prestados, com implementação do cartão dos segurados; à definição de orçamento para assistência farmacêutica e outros métodos terapêuticos (*Heil*) e definição de tetos recomendáveis – *Richtgrösse* – para o setor ambulatorial; e à garantia da continuidade da atenção médica e odontológica.

Para o restante ficaria aberta a possibilidade de negociações conjuntas ou isoladas (CDU/CSU/FDP, 1996-a:16). Com isso, novas possibilidades de negociação seriam abertas, em especial, no que se refere: a regras para contratação de clínicos gerais (*Hausarzt*); a acordos de remuneração para cirurgias ambulatoriais; a regras para atenção hospitalar; à regulamentação da articulação da assistência hospitalar e ambulatorial; e aos contratos de prestação de serviços de internação para reabilitação e prevenção.

- *possibilidades na constituição de contratos com os segurados*

O atual catálogo de serviços ofertados não seria alterado e permaneceria obrigatório. Além dele, as Caixas poderiam oferecer adicionalmente opções ao estabelecimento de contratos para o conjunto de seus segurados. Esta alternativas foram definidas quanto à: restituição de contribuição no caso de não utilização de serviços; participação financeira do segurado nos gastos concomitante à restituição de despesas; taxas diferenciadas de co-pagamento; e a inclusão de alguns outros serviços também definidos pela legislação mediante taxas de contribuição adicionais. Uma seleção individual de ações médicas para mais ou para menos não seria permitida.

- *experimentação de novos modelos*

As possibilidades para experimentação de novos modelos seriam ampliadas com o objetivo de melhorar a qualidade e economicidade da atenção e estimular a capacidade inovadora dos participantes do sistema. Poderiam ser elaborados projetos de prazo determinado para a experimentação de novos métodos e formas de organização da prestação de serviços, assim como novas formas de tratamento, reabilitação e prevenção. Não poderiam ser experimentados métodos que tivessem sido recusados pelas associações nacionais de médicos ou das Caixas, nem estes modelos seriam utilizados para a investigação de questões relativas à pesquisa farmacêutica ou médica.

No setor ambulatorial, os projetos experimentais deveriam ser negociados com as respectivas Associações de Médicos das Caixas. Um direito de minorias seria também introduzido. As associações de prestadores seriam obrigadas a estabelecer contratos para a experimentação de novos modelos de atenção quando 25% de seus membros, ou 50% dos membros participantes do projeto proposto estivessem de acordo (CDU/CSU/FDP, 1996 e 1996-a).

Responsabilidade das Caixas quanto às taxas de contribuição

- *restrições ao aumento das taxas de contribuição*

A taxa de contribuição somente poderia ser majorada com a aprovação de 75% dos membros do Conselho de Administração da Caixa e após a comprovação do esgotamento de outra possibilidade. O aumento do número de votos necessários para majoração das taxas de contribuição significa a instituição de poder de veto dos empresários, uma vez que estes participam paritariamente dos Conselhos (CDU/CSU/FDP, 1996 e 1996-a).

Fortalecimento da auto-responsabilidade dos segurados

Para a coalizão governamental, o fortalecimento da auto-responsabilidade seria conseqüência da ampliação de consciência dos segurados quanto aos custos da atenção utilizada e se realizaria por meio de maior participação dos segurados nos gastos e de transparência dos custos para os segurados.

Um dos mecanismos para aumento da transparência dos custos seria a oferta, para todos os segurados, da possibilidade de escolha do sistema de reembolso de despesas – anteriormente restrita aos segurados voluntários –, sendo permitida apenas a utilização dos serviços contratados. Outro mecanismo aventado consistiu na obrigatoriedade de os prestadores de serviço informarem as ações prestadas e seus custos, a partir de 1999, caso solicitado pelos segurados⁹.

Foi proposta ainda, para 1996, a majoração para 25 marcos (20 marcos na ex-DDR) do valor do co-pagamento apenas das diárias de internação para reabilitação e prevenção.

Além disso, as importâncias referentes ao co-pagamento nos casos de tratamento hospitalar, assistência farmacêutica, internações para reabilitação e prevenção e transporte de doentes deveriam ser reajustadas automaticamente a cada dois anos, na mesma proporção do aumento de salário dos segurados nos anos correspondentes.

Regras para setores específicos

- *hospitalar*

As regras para o setor hospitalar foram propostas em projeto de lei específico, considerado como integrante da terceira etapa “lei de reordenação da atenção hospitalar” – *Krankenhausneuordnungsgesetz – (Drucksache 13/3062)*. O projeto de lei tinha por meta realizar mudanças importantes no financiamento hospitalar, tais como a definição de teto para o setor hospitalar global em nível estadual a ser acordado entre Associações de Caixas e Associação Estadual de Hospitais. Os argumentos para a reforma setorial fundaram-se na importância da participação dos gastos hospitalares, responsáveis por cerca de um terço do conjunto dos gastos (CDU/CSU/FDP, 1995).

Propôs-se a ampliação da tabela de procedimentos para pagamento global – casos globais e remunerações especiais –, com a inclusão de novos procedimentos que deveriam ser realizados pelos participantes da administração autônoma em nível estadual e federal. Os pagamentos destes procedimentos não mais seriam negociados segundo número de pontos e valor dos pontos, mas na forma de preços e em nível estadual¹⁰.

Os tetos setoriais seriam negociados em nível estadual. Hospitais e Caixas deveriam negociar remuneração global para os gastos hospitalares e respectiva taxa de crescimento anual com validade até o final de 1999 (CDU/CSU/FDP, 1995:780).

As novas associações que se fizessem necessárias para esse tipo de negociação seriam regidas pelo direito privado. Previa-se um regulamento de arbitragem para a solução de possíveis conflitos (CDU/CSU/FDP, 1995:779).

Para cada hospital seria negociada uma verba global anual para pagamento – teto máximo – que incluísse todos os gastos, tanto os de procedimentos globais por caso como as taxas por dia de cuidado hospitalar e procedimentos pré e pós-internação. Se a soma dos acordos locais de gastos ultrapassassem o orçamento global em nível estadual, ajustes com cortes lineares seriam realizados.

Se ao final do exercício fosse ultrapassado o teto estadual, os hospitais devolveriam as quantias correspondentes, o que ocorreria na negociação do orçamento do próximo ano. Para garantia da continuidade da necessária atenção hospitalar previa-se a possibilidade da compensação ser ressarcida nos dois anos subseqüentes.

Propôs-se, como medida para 1996, que os orçamentos dos hospitais, sem exceções, crescessem, no máximo, na mesma proporção dos aumentos da remuneração de pessoal empregado no setor (CDU/CSU/FDP, 1995).

Além disso, outras medidas foram propostas como incentivos à atenção pré e pós-hospitalização, à realização de cirurgias ambulatoriais pelos hospitais e à abolição do plano para equipamentos de grande porte.

- *Ambulatorial*

O setor ambulatorial foi julgado como não necessitando de regras novas para contenção de gastos no setor. A delimitação de tetos fixos deveria permanecer apenas até 1995, conforme estabelecido na Lei da Estrutura da Saúde. As Associações dos Médicos Credenciados permaneceriam parceiras no estabelecimento de contratos (CDU/CSU/FDP, 1996 e 1996-a).

- *Kur*

Cada Associação de Caixas poderia fechar ou suspender contratos com serviços de internação para prevenção e reabilitação – *Kur*. Contratos para tratamento pós-hospitalização deveriam estar de acordo com o planejamento hospitalar estadual. Como forma de compensação para os empregadores, foi previsto o desconto de dois dias de férias para cada semana de utilização de serviços preventivos de internação pelo segurado. A vigilância exercida pelo Serviço Médico sobre a necessidade dessas internações seria intensificada.

- *outros*

A remuneração para serviços de pronto socorro e transporte de doentes seria acordada entre as Caixas e os prestadores e não mais estipulada, como até então, por legislação municipal ou estadual. A remuneração para atendimentos de emergência estaria aí incluída, não mais fazendo parte da remuneração global para atendimento ambulatorial (CDU/CSU/FDP, 1996 e 1996-a).

Os principais atores sociais posicionaram-se a respeito destes projetos de lei por meio de documentos específicos e o partido social-democrata-SPD apresentou projeto de lei próprio no Parlamento. Estes projetos de lei estiveram em discussão até o segundo semestre de 1996, quando foram recusados pelo *Bundesrat*, não tendo sido possível chegar a acordo.

1.3 Proposta do partido social-democrata alemão SPD- *Sozialdemokratische Partei Deutschland*

Por sua intensa participação na elaboração da lei de 1992 – Lei da Estrutura de Saúde *GSG-Gesundheitsstrukturgesetz* –, na qual a maioria de suas propostas foram incluídas, o SPD considerava ser a atual crise financeira (1995) decorrente da falta de empenho do

Executivo na adoção das devidas providências para a implementação da GSG. Afora não terem sido implementadas as necessárias medidas, alguns artigos foram revistos e outros abolidos, como foi o caso da lista positiva de medicamentos.

Para o SPD, os principais problemas do sistema teriam sido enfrentados com a lei anterior. Propôs, assim, uma lei com o objetivo de consolidar as soluções propostas pela lei anterior a “lei de consolidação da estrutura de saúde - GSG II” (SPD, 1996).

Delimitação dos gastos em saúde

A primeira medida proposta dizia respeito à delimitação definitiva dos gastos de saúde. Os gastos por contribuinte somente poderiam crescer em proporção igual à da evolução do PIB. Esta medida foi considerada necessária em decorrência da especificidade da dinâmica de gastos em saúde. Sem delimitação, o setor não seria governável, pois a demanda pode ser fortemente influenciada pela oferta. Os prestadores podem estimular a utilização dos serviços e compensar possíveis perdas de remuneração. A definição de tetos orçamentários por tipo de gasto não seria instrumento adequado para delimitar a evolução dos gastos em saúde porque, embora possa ter sucesso na contenção a curto prazo, consolida distorções da distribuição de gastos entre os setores e inibe a criatividade do sistema (SPD, 1996).

Por seu lado, a definição de taxa máxima de contribuição é tida como instrumento inadequado ao controle de gastos desnecessários, em razão de constringer a autonomia administrativa das Caixas e restringir o direito de atenção, pois resulta provavelmente em cortes no catálogo de serviços.

Uma delimitação global e duradoura dos gastos, portanto, seria necessária. A delimitação proposta orientar-se-ia pelo crescimento global da economia. O aumento dos gastos anuais de cada Caixa por contribuinte não ultrapassaria a taxa anual de evolução do produto interno bruto. O Partido Social-Democrata alemão considerou ser este o instrumento adequado de controle de gastos. A autonomia administrativa seria garantida, inovações na estrutura de atenção possibilitadas, bem como asseguradas a liberdade de negociação no estabelecimento de contratos e as formas de remuneração e preços. Trata-se do estabelecimento de limite superior para a evolução dos gastos das Caixas que promoveria a almejada estabilização das taxas de contribuição ao acoplar este limite ao crescimento da economia como um todo¹¹.

Considerou-se que as possibilidades para a competição introduzidas pela GSG seriam estímulo suficiente para que o limite estipulado não fosse ultrapassado. Caso isto

ocorresse, a Caixa teria que comprometer-se a cobrir o déficit em prazo determinado. Reincidências seriam analisadas pelo órgão de vigilância, que indicaria as medidas necessárias a serem tomadas, com a possibilidade de fechamento da Caixa.

Reorganização da administração autônoma dos médicos

Ao contrário da coalizão governamental, que afirma não haver necessidade de mudanças no setor ambulatorial, a reformulação da atenção ambulatorial, na concepção dos social-democratas, seria um dos principais objetivos da terceira etapa. Na legislação anterior, os objetivos fundamentais para a reforma do setor ambulatorial não teriam sido atingidos.

O Partido Social-Democrata considera ser necessário fortalecer a capacidade de negociação e a eficiência das estruturas organizacionais dos órgãos de administração autônoma do sistema. No âmbito das Caixas, mecanismos para tal teriam sido introduzidos pela GSG. Os órgãos da administração autônoma dos médicos e dentistas, no entanto, não foram modificados, carecendo de reorganização.

Foi proposta uma reformulação das Associações de Médicos e Dentistas das Caixas. Estas deveriam ser transformadas em associação conjunta de médicos e dentistas, à qual seriam integrados os psicoterapeutas (médicos e psicólogos). Estas associações (estaduais e nacional) seriam compostas por diversos setores – generalistas, especialistas, dentistas e psicoterapeutas – com mandatos próprios para negociação de preços e contratos. Tarefas abrangentes como regras disciplinares e para admissão de profissionais, contabilidade e administração ficariam ao encargo da direção da associação de médicos. As associações seriam dirigidas por um conselho de administração profissional que substituiria o atual Conselho de Representantes, garantindo-se sua capacidade de negociação. Com estas medidas, o SPD pretendia quebrar o monopólio das Associações de Médicos das Caixas na garantia da prestação e promover a competição entre os prestadores, enfraquecendo a dominância dos mesmos nas negociações.

Reorganização da atenção ambulatorial

- *valorização da atenção prestada pelos clínicos gerais*¹²

Com o fortalecimento da atenção generalista, o SPD pretendia refrear a tendência à especialização e a correspondente multiplicação de ações prestadas, induzidas pela crescente especialização. Este seria encargo dos órgãos de administração autônoma das Caixas e dos médicos, que deveriam valorizar a atenção prestada pelos clínicos gerais através da definição de catálogo abrangente de ações, que somente seriam pagas aos clínicos gerais, e de

remuneração básica adequada. A remuneração dos médicos seria feita predominantemente segundo taxas globais por caso tratado, em substituição ao pagamento por unidade de serviço, ficando as últimas restritas a determinadas ações, como visitas domiciliares e preventivas.

Na proposta do SPD foi prevista ainda a separação da remuneração total feita pelas Caixas às Associações de Médicos das Caixas entre honorários de clínicos gerais e de especialistas, a partir do ano 2000. Isto seria acompanhado pela negociação da remuneração com as Caixas pelos dois grupos em separado e por normas distintas de distribuição dos honorários para médicos gerais e especialistas.

O fortalecimento da atenção ambulatorial prestada por médicos generalistas seria complementada por estímulos específicos como o financiamento, pelas Caixas, da formação continuada em medicina geral nos consultórios (*Praxis*) dos clínicos gerais.

- *promoção de formas cooperativas de atenção ambulatorial em contratos integrados.*
Flexibilização da divisão de trabalho entre médicos e hospitais

Os consultórios médicos individuais são julgados formas obsoletas da prestação de serviços de saúde face ao espectro cada vez mais ampliado do conhecimento médico, à necessidade de garantia de qualidade, às transformações na estrutura de morbidade e à exigência crescente de maior eficiência na utilização de recursos.

A criação de centros de saúde, clínicas ambulatoriais e consultórios – *Praxis* – integradas deveriam ser incentivadas. A promoção de formas cooperativas de atenção ambulatorial seria estimulada através da possibilidade do estabelecimento de contratos pelas Caixas com médicos isolados ou grupos de médicos.

- *promoção de contratos integrados*

Seria possibilitada a negociação de contratos que estipulassem orçamento global envolvendo médicos e outros profissionais para projetos que venham a promover inovações na garantia de qualidade ou na área de promoção ou que integrem atenção médica e outras atividades, como, por exemplo, serviços de orientação para doentes crônicos.

Flexibilização da divisão de trabalho entre médicos e hospitais

Para acabar com a rígida separação entre atenção hospitalar e ambulatorial são propostos mecanismos cujo objetivo seria flexibilizar a divisão de trabalho entre os médicos e hospitais, ou seja, que promovessem maior articulação entre as estruturas de atenção ambulatorial e hospitalar. A GSG introduziu medidas que afrouxaram esta separação, mas que não teriam sido devidamente implementadas, segundo o SPD. Um dos mecanismos

consistiria na possibilidade de participação dos hospitais na atenção ambulatorial especializada conforme necessidades regionais. Para tanto, os hospitais participariam também do contrato de “garantia da atenção ambulatorial”, fechados com as Associações de Médicos. Outra proposta seria a utilização conjunta de equipamentos e laboratórios por médicos de consultório e hospitais, possibilitada através de contratos negociados com as Caixas. Além disso, deveriam ser estipulados prazos flexíveis para a implementação de atendimento pré e pós-internação nos hospitais.

Reformulação da estrutura de cuidados odontológicos

Considera-se que, embora a GSG tenha enfatizado os cuidados profiláticos individuais e preventivos, a forma de prestação da atenção odontológica concentra-se em atividades curativas. A preservação dos dentes é pouco estimulada e as próteses são sobrevalorizadas. Um dos motivos seria a desatualização do catálogo de remuneração das ações odontológicas – Bema – elaborado, em grande parte, em 1962. Estipular-se-ia um prazo para a administração autônoma reformular a tabela, valorizando adequadamente as ações preventivas, assim como a preservação e restauração dentárias.

Negociação de preços de medicamentos

A determinação de preços fixos para certos medicamentos seria progressivamente substituída por preços contratuais negociados entre Caixas e indústria farmacêutica.

Consolidação da reordenação do financiamento e planejamento do setor hospitalar

Segundo os social-democratas, os objetivos da GSG em promover condução adequada de controle de custos no setor hospitalar foram apenas parcialmente atingidos. A introdução de sistema de pagamento por procedimentos não avançou decididamente. A intenção em abolir a dualidade do financiamento hospitalar não teria tido maiores conseqüências. Para condução adequada do setor, segundo o SPD, seria necessário implantar gradualmente o financiamento único e modificar o sistema de pagamento.

- *transparência do sistema de pagamento de serviços hospitalares*

Propôs-se a elaboração, em curto prazo, de nova sistemática de pagamento hospitalar com base em diárias por especialidade (diárias globais diferenciadas por enfermaria / especialidade / clínica), acordada entre Associações de Caixas e de Hospitais em nível

nacional. As Caixas deveriam negociar os preços com os hospitais de forma conjunta e homogênea, ou seja, não seria permitido que distintas Caixas pagassem preços diferentes.

- *introdução progressiva do financiamento único ou monista*

Os estados participariam por mais dez anos do financiamento dos investimentos em hospitais, período em que esta responsabilidade seria repassada de forma progressiva para as Caixas, incluído-se a necessidade de investimentos nos preços dos serviços prestados. A partir do ano 2000, parcela importante dos custos de investimentos será financiada através da nova forma de pagamento de diárias globais por enfermagem para o setor hospitalar.

Para tal, os estados estabeleceriam a necessidade de capacidade hospitalar em seu território. A implementação do plano seria definida por contrato entre Caixas e prestadores. Os hospitais atualmente contratados estipulariam determinado tempo de garantia da sua permanência no plano / contrato.

- *reforma organizacional do setor hospitalar*

Previa-se a criação de associações de hospitais, em nível estadual e federal, como instituições de direito público, de filiação obrigatória, que seriam responsáveis pelas negociações de estabelecimento de contratos com as Caixas.

Novas formas de cooperação para a promoção da saúde

O SPD propôs medidas que assegurassem a realização de ações preventivas e de promoção da saúde de forma ampliada e cooperativa entre todos os participantes do sistema.

Correção das regras de co-pagamento para medicamentos

Para aliviar os doentes crônicos de encargos exagerados seria elaborada uma lista de medicamentos para tratamento de doenças crônicas, os quais só poderiam ser vendidos em embalagem com maior quantidade e, a partir da terceira prescrição em um ano, liberados do co-pagamento.

1.4 Moção do Partido Verde – *Bündnis 90/ Die Grünen*

O partido verde posicionou-se oficialmente sobre a terceira etapa da reforma da saúde através de moção ao Parlamento no início de 1996, na qual faz uma crítica mais geral do sistema de saúde e apresenta proposições e princípios gerais a serem seguidos na reforma (*Bündnis90/Die Grünen*, 1996). Os verdes mostraram-se contrários à introdução de mecanismos de mercado no sistema e defenderam não apenas a manutenção, mas a ampliação

da solidariedade mediante a inclusão das categorias profissionais excluídas e a elevação dos limite dos salários de contribuição.

Os verdes assumiram, como princípios: a solidariedade; a atenção igualitária de todas as camadas sociais; a responsabilidade coletiva sobre a saúde, em virtude da estreita relação entre condições de vida e de trabalho e saúde; a precedência da prevenção sobre o tratamento; a participação do paciente nas decisões sobre seu tratamento por meio da promoção da competência individual, alterando a hierarquia na relação médico-paciente, democratizando-a; a atribuição de importância igual para outras profissões da área da saúde na equipe de saúde; a visão mais feminina das normas de saúde e tratamento igual para todos sem discriminação.

Para preencher estes princípios, este partido propôs uma série de medidas concretas, listadas a seguir e sugeridas para mudanças estruturais, que serão apresentadas ao final.

Fortalecimento da responsabilidade do GKV

Reforma das Caixas, transformando-as de ‘repartição pública’ em empresários ágeis da área de serviços com maior competência médica e em política de saúde¹³. Democratização da estrutura de todas as Caixas.

Restrições à competição entre as Caixas

Para que toda as Caixas iniciassem a competição em igualdade de condições, foi proposta a ampliação da compensação da estrutura de riscos. Em cada região seriam também levadas em conta as diferentes estruturas de morbidade dos segurados das Caixa para fins de compensação.

A oferta de serviços – a cesta – deveria ser idêntica para todas as Caixas. Restrições à cesta e seleção de riscos foram refutados com veemência. As Caixas diferenciar-se-iam pela eficiência e simpatia.

Igualdade de direitos e deveres para todos

Os verdes propuseram a construção de sistema mais igualitário, com a abolição de privilégios e ampliação da inclusão. Consideraram que os grupos que recebem atualmente maiores salários são os que menos contribuem solidariamente, sendo-lhes facultado não participar do sistema. Por isso propõem:

- elevação do limite superior de obrigatoriedade de participação no Seguro Social de Doença e do limite máximo para desconto da taxa de contribuição, tornando-o análogo ao salário limite de contribuição para aposentadorias;
- abolição dos privilégios dos funcionários públicos e a inclusão destes no sistema, assim como dos profissionais autônomos;
- integração, a médio e longo prazo, dos seguros privados no GKV;
- abolição dos serviços altamente personalizados prestados por médicos chefes.

Garantia de financiamento

Em relação à evolução dos gastos, apresentaram a mesma proposta que os social-democratas: a orçamentação global dos gastos deveria ser orientada pelo crescimento do PIB.

Propuseram também a revogação do co-pagamento pela sua ineficácia enquanto instrumento de condução da demanda, por ser contrário ao princípio de solidariedade e implicar desvantagens para doentes crônicos.

Equiparação de financiamento entre regiões, com base em indicadores de saúde

Como ocorre sob o pressuposto de catálogo único, as possibilidades financeiras das Caixas dependem da estrutura de riscos dos segurados e das condições socioeconômicas e ecológicas da região. Em regiões menos favorecidas, as necessidades de saúde são em geral maiores e, simultaneamente, as potencialidades financeiras das Caixas, mais baixas. Esta espiral levaria tendencialmente à subproteção nas regiões menos ricas, o que não seria compensável através do ‘fundo de compensação da estrutura de riscos’ – RSA – vigente.

Consideraram que as ações de saúde deveriam ser oferecidas em igual quantidade e qualidade a todos os cidadãos, devendo ser combatidas as desigualdades entre regiões. Para tal propuseram a transferência de parte da receita das Caixas de regiões com população mais saudável para aplicação em áreas com estrutura de morbidade desfavorável, especialmente em prevenção e promoção da saúde. Transferências estas independentes da compensação da estrutura de riscos, que seriam mantidas. Como base para estas transferências seriam elaborados relatórios homogêneos sobre a situação de saúde dos estados, a partir da definição de indicadores de saúde adequados.

Fortalecimento da responsabilidade primária dos médicos gerais – Hausarzt

Os verdes enfatizaram a necessidade de fortalecimento da atenção primária prestada por médicos generalistas, clínicos, pediatras e internistas. Consideraram fundamental a promoção das funções de coordenação, orientação e condução do tratamento por meio dos clínicos gerais.

Para assegurar esta prioridade, sugeriram a criação de orçamento em separado para a atenção prestada pelos clínicos gerais, que deveria ser gradualmente ampliado e a instituição de sistema de pagamento por capitação, complementado por unidade de serviço segundo tempo despendido (*Bündnis90/ Die Grünen*, 1996:8). Além disso, seria preciso uma legislação complementar sobre formação de clínicos gerais, que se tornaria obrigatória para especialistas que quisessem participar da atenção primária.

Propuseram ainda, para o setor ambulatorial, a criação de estruturas integradas de atenção não apenas entre médicos, mas também com outros profissionais, a criação de policlínicas e de estímulos adequados à atenção mais integral e integrada no sistema de pagamentos.

Setor hospitalar

Para o setor hospitalar foram propostas diversas medidas que ampliariam a regulação setorial e promoveriam melhor utilização da competência técnica e especializada dos hospitais, aumentando e diversificando suas funções na atenção ambulatorial com a transformação da capacidade hospitalar excedente em Centros de Saúde Integral e policlínicas.

Defenderam a continuidade da responsabilidade dos estados no financiamento dos investimentos hospitalares, a manutenção do planejamento dos equipamentos de grande porte e a definição de orçamentos por hospital baseados na qualidade da atenção prestada.

Outros aspectos que receberam atenção dos verdes foram: a elaboração de lista positiva de medicamentos que incluísse apenas aqueles de eficácia comprovada; o fortalecimento de terapias alternativas mediante a criação de padrões próprios de qualidade; o fortalecimento da promoção e prevenção, com a assunção de responsabilidades coletivas regionais que envolvessem Caixas, Associações de Médicos, Departamentos de Saúde estaduais e municipais, empregadores e grupos de auto-ajuda de modo a garantir atuação coordenada.

Além destas medidas, os verdes consideraram essenciais as mudanças de caráter estrutural implantadas a longo prazo, que resolvessem os mais importantes déficits do sistema por meio de profunda reorganização do sistema de atenção.

Atualmente haveria diluição das responsabilidades sobre o financiamento da atenção à saúde entre os diferentes ramos do seguro de doença, de acidentes, de aposentadorias, o que produziria, além da duplicação desnecessária de procedimentos, a não transparência das competências para os pacientes. Formas de articulação deveriam ser estimuladas, assim como estudada a possibilidade de as Caixas virem a ser responsáveis pelo financiamento completo da atenção à saúde.

A diversidade de responsabilidades sobre a garantia da atenção à saúde – a atenção ambulatorial a cargo das Associações de Médicos das Caixas; a hospitalar sob responsabilidade dos estados; e os cuidados de longa duração e de reabilitação a cargo de outros prestadores – impediria a construção de uma concepção global para o sistema de saúde. A garantia da atenção à saúde – abrangendo todos os setores de atenção – deveria ser assegurada através de Conselhos de Saúde regionais, que seriam responsáveis pela formulação da política de saúde. Os Conselhos, sob o comando do poder público e das Caixas, deveriam ter a participação das representações de hospitais, médicos, profissões de enfermagem e outros métodos terapêuticos, pacientes e outros prestadores. Por meio deste grêmio seriam estabelecidos os contratos globais de garantia da atenção, ultrapassando os limites do setores hospitalar e ambulatorial.

A qualidade da atenção prestada seria o principal parâmetro na prestação de serviços. Para isso sugeriu-se: uma gerência de qualidade; a definição de indicadores e padrões de qualidade; a certificação dos prestadores – hospitais, médicos e médicas credenciadas, clínicas de reabilitação – como critério que viabilizasse a escolha dos serviços pelos pacientes; e auditorias médicas especializadas.

Foi proposta, ainda, a ampliação dos direitos dos pacientes, em particular quanto às informações sobre sua saúde. Estas somente seriam disponibilizadas com o consentimento dos próprios pacientes, não podendo ser armazenadas em cartões magnéticos (*Bündnis90/Grünen*, 1996:14).

Como se pode depreender do exposto acima, os verdes, em seu posicionamento oficial sobre a terceira etapa da reforma, expressaram-se de modo mais abrangente acerca dos problemas da atenção à saúde, o que foi facilitado pela não apresentação do projeto de lei específico.

1.5 Posicionamentos conjuntos das Caixas para a terceira etapa da reforma da saúde

a) Proposta das Associações Federais das Caixas – *Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen* – para a terceira etapa da reforma da saúde

Em 1994, as Caixas apresentaram uma proposição conjunta para a terceira etapa da reforma da saúde, em documento elaborado por um grupo de trabalho constituído pelas Associações Federais das Caixas – *Spitzenverbände der Krankenkassen* –, denominado ‘Ordem competitiva solidária para um seguro social de doença voltado para o futuro’ (*Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen*, 1994), não obstante as Caixas divergirem em muitos aspectos e apresentarem interesses conflituosos em virtude de características estruturais, em especial a adscrição compulsória de clientelas e a composição paritária dos órgãos de administração.

Neste documento fizeram análise dos desafios futuros do GKV e apresentaram sua concepção da competição para o sistema, assim como medidas específicas para o controle de gastos e melhoria da atenção nos diversos setores da atenção.

Entre os desafios futuros para o GKV, as Caixas destacaram as alterações no espectro das doenças, em continuidade às tendências hoje evidenciadas de aumento das doenças crônico-degenerativas e da multi-morbididade e de mudança do paradigma na atenção médica. No novo paradigma, a visão atual da medicina oficial, em que apenas os sofrimentos corporais físicos são tratados, seria substituída por visão integrativa, na qual a pessoa seria considerada em sua totalidade. Hoje já se observa interesse crescente dos pacientes por métodos de tratamento não convencionais e estes também deveriam ser garantidos dentro de padrões de qualidade. Em suma, a concomitância de problemas somáticos psíquicos e sociais exigem orientação abrangente e interdisciplinar dos segurados.

As Caixas consideraram, como propósitos de uma reforma do GKV, a reorientação da atuação das Caixas no sentido de pautá-la pelo alcance de resultados em saúde – orientação para resultados – e a concomitante garantia futura da atenção de qualidade eficiente e adequada às necessidades de saúde dos segurados. O princípio da solidariedade deveria ser mantido, não poderia ser colocado à disposição. Futuramente cada segurado, em caso de doença, deveria ter acesso à atenção médica de alta qualidade, independente de sua capacidade de financiamento.

Neste documento de consenso, as oito Associações Nacionais das Caixas afirmaram – frente aos desafios mencionados (e mais aqueles relacionados à evolução da economia e do mercado de trabalho) – ser necessário o emprego mais eficiente dos recursos sem atingir o princípio da solidariedade.

O instrumento decisivo para aumentar a eficiência do sistema na visão das Caixas seria o desenvolvimento dos mecanismos competitivos de condução introduzidos pela ‘lei da estrutura da saúde – GSG’. Uma atenção de melhor qualidade adequada às necessidades e, ao mesmo tempo, prestada de modo a esgotar todas as reservas de economicidade e as potencialidades de racionalização do sistema estaria garantida mediante a **competição solidária** (AG-KK, 1994:15).

Pressupostos básicos para a **competição** seriam: a igualdade de chances de partida – garantida pela GSG através da compensação da estrutura de riscos e da liberdade de escolha pelos segurados – e a manutenção de catálogo único. As Caixas posicionaram-se contra a proposta de definição de cesta básica e cestas opcionais por parte do Conselho de *Experts*. Recusaram a exclusão de ações médicas do catálogo único. Consideraram, porém, que os chamados benefícios estranhos ao seguro doença deveriam ser retirados do catálogo do GKV e financiados com recursos fiscais, de preferência repassados para as Caixas que continuariam a garantir estes benefícios¹⁴. Caso se fizessem necessárias as restrições, estas deveriam ser decididas de forma homogênea pelos interessados, Caixas e prestadores, através da Comissão Nacional Conjunta de Médicos e das Caixas. Este seria o caso de ações não induzidas ou desvinculadas de necessidades de saúde, ou de eficácia duvidosa (AG-KK-*Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen*, 1994:12). Além disso, deveriam ser estipulados os padrões comuns de qualidade que deveriam ser garantidos.

Para as Caixas, os problemas de condução e de financiamento da atenção à saúde estariam relacionados à dominância dos prestadores. As causas para a evolução expansiva dos custos e para os déficits da assistência estariam na assimetria de poder entre prestadores e provedores¹⁵, pendendo para o lado da oferta, e na insuficiência da possibilidade de interferência das Caixas sobre preço, qualidade e quantidade dos serviços prestados, assim como em inadequados estímulos econômicos para os prestadores. Propôs-se, desse modo, o estabelecimento de novas relações entre Caixas e prestadores através da política de contratos competitiva, que amplie as possibilidades legais de conformação de contratos quanto às condições, estrutura e formas da prestação das ações de saúde (AG-KK, 1994, 17; AG-KK, 1995 *apud* Stegmüller, 1996:172).

As Caixas teriam assim maiores possibilidades de formular estratégias para a política de contratação, escolhendo adequadas estruturas de atenção e formas de remuneração. Para o funcionamento adequado desta ‘ordem competitiva solidária’ seria preciso aumentar a capacidade de negociação dos contratantes. Parcerias equilibradas deveriam ser formadas, evitando-se tanto o monopólio como a atomização do mercado. Especialmente para a Associação dos Médicos das Caixas, seria indispensável redefinir suas funções, possibilitando contratos mais flexíveis.

- *setor ambulatorial*

Segundo as Caixas, já há competição no setor ambulatorial tanto entre as Caixas como entre os prestadores. Pelo lado das Caixas, a competição existe quanto à remuneração médica, que tem pressionado os preços para cima; entre os médicos, pelos clientes, em decorrência do crescente aumento do número de profissionais frente a uma quantidade de segurados estáveis. A conseqüente diminuição do número de casos por médico estimularia expansão do volume de ações desnecessárias. Para fazer frente à concorrência crescente, os médicos buscam equipar cada vez mais seus consultórios e prescrever mais serviços e medicamentos. A competição existente, deste modo, ameaçaria a qualidade e a economicidade da atenção.

A competição proposta pelas Caixas estaria fundada em diferentes formas de organização da atenção. Estímulos para formas cooperativas de atenção deveriam ser introduzidos. Algumas das possibilidades sugeridas são: consultórios compartilhados e coletivos de consultórios; grupos articulados de consultórios de diferentes especialidades; novas formas de cooperação entre diferentes áreas da atenção, articulando a atenção hospitalar, ambulatorial e de reabilitação e estas com outros profissionais de saúde não médicos, formando redes integrativas de atenção.

Outra possibilidade seria a introdução de novas formas de prestação da atenção – novos modelos assistenciais. No modelo sugerido – *Hausarztmodell der AOK* – um clínico geral tomaria as funções de coordenação da atenção. O segurado escolheria um médico geral ao qual teria que sempre recorrer como primeira alternativa. O médico se responsabilizaria pela coordenação de seu tratamento, orientando-o sobre as possibilidades terapêuticas, as ações disponíveis e fazendo os encaminhamentos necessários. Neste modelo, o que se pretende seria o gerenciamento tanto médico como social do caso – *case management* (Stegmüller, 1996:179). A orientação psicossocial, a prevenção e a reabilitação seriam tarefas a cargo do médico geral e/ou sob sua coordenação, o que melhoraria a qualidade da atenção e evitaria desperdícios e a prestação de serviços desnecessários.

Uma proposta da Caixas de Empresas para a atenção integrada dos pacientes foi apresentada como possível modelo: consultórios em rede com orçamentos combinados ‘*vernetzen Praxen bei kombinierten Budgets*’¹⁶. A integração de médicos de várias especialidades e diversos profissionais responsáveis por meio de orçamentos combinados objetivaria integrar os diversos setores de atenção. A intenção seria incluir, o mais possível, os gastos com terceiros – medicamentos, outros métodos terapêuticos, exames diagnósticos – nos orçamentos combinados da rede ambulatorial, evitando o deslocamento de gastos para outros setores, como, por exemplo, encaminhamentos para investigação diagnóstica em regime de internação. Uma atenção integrada contribuiria, ao mesmo tempo, para a melhoria da qualidade e da eficiência da atenção prestada. Estas formas facilitariam a introdução de mecanismos que promovem a qualidade e a eficiência, como a elaboração de condutas padrão, discussão de casos – *Fallkonferenz* –, solicitação de pareceres, listas positivas de medicamentos etc. (Schönbach *apud* Stegmüller, 1996:181).

Aos segurados estaria garantida a livre escolha. Poderiam optar entre estas novas formas de organização da atenção e a forma tradicional. Seriam estimulados a eleger as novas formas através de vantagens financeiras, como, por exemplo, bônus de adesão – o retorno de uma parcela de suas contribuições. Além disso, os segurados viriam a optar por estas modalidades de atenção integrada em razão das vantagens que significariam em termos de qualidade e de coordenação da atenção. Assegurariam oferta coordenada abrangente de ações médicas gerais e especializadas, métodos terapêuticos e diagnósticos, além da oferta de orientação de longa duração para pacientes crônicos e na área da geriatria.

Estas novas formas de prestação e de atenção exigiriam a implementação de formas diferenciadas de remuneração, exigindo o cuidado de que a competição entre as Caixas não reproduzisse a elevação de preços, como acontecia anteriormente por iniciativa das Caixas Substitutas, as quais ofereciam remuneração mais altas para os médicos por terem melhores condições financeiras. Além disso, novos padrões e mecanismos para promover a qualidade deveriam ser introduzidos, assim como desenvolvidos padrões de condutas para diagnóstico e tratamento de doenças específicas (AG-KK, 1994:21).

As Associações de Médicos Credenciados teriam também que se abrir à competição, permitindo o desenvolvimento de diferentes formas da prestação da atenção e de remuneração, além do estabelecimento de contratos com grupos de médicos envolvidos nas novas formas de organização da atenção.

- *setor hospitalar*

Mesmo que os consultórios tenham se tornado cada vez mais especializados e equipados, o que deveria evitar internações, essa especialização tem sido acompanhada, no entanto, pelo crescimento dos encaminhamentos para internação. As Caixas precisam buscar formas adequadas de articulação entre a atenção ambulatorial e hospitalar que evitem ao máximo as internações.

Futuramente, o tratamento hospitalar em regime de internação total deveria concentrar-se ainda mais em ações complexas e as potencialidades técnicas dos hospitais utilizadas ao máximo, evitando-se a duplicação da oferta de equipamentos no setor ambulatorial e a conseqüente multiplicação de ações que induz. Assim, através de estímulos financeiros adequados, deveria ser incentivada a prestação de ações pré e pós-internação, hospital-dia e a utilização dos equipamentos hospitalares fora do regime de internação tanto por médicos de consultório como pelos profissionais empregados nos hospitais. Além das formas já citadas para melhorar a articulação entre estes setores de atenção, as possibilidades de estabelecimento de contratos com os hospitais deveriam também ser ampliadas, introduzindo-se formas diferenciadas de remuneração mais relacionadas às ações prestadas. Levanta-se ainda a possibilidade de introdução de orçamentos articulados que incluam tratamento ambulatorial e hospitalar¹⁷.

É interessante observar que, por ser esta uma proposição conjunta oficial, não apenas arestas entre as Caixas foram aparadas para possibilitá-la, mas também tiveram que ser superadas as divergências entre representantes de trabalhadores e empresários, cujo assento é garantido nos conselhos da administração autônoma.

Em síntese, a concepção de ‘competição solidária’ – conteúdo proposto de forma conjunta pelas Caixas para a terceira etapa da reforma da saúde – tem como cerne a política de contratação dos prestadores de serviços. A proposição central é o estabelecimento de novas formas de organização e a garantia da atenção no setor ambulatorial que possibilitem maior integração e articulação, as quais, por sua vez, poderiam assegurar atenção mais racionalizada e de melhor qualidade. Para as Caixas, além de o princípio da solidariedade não estar em jogo, os mecanismos de competição deveriam ser introduzidos apenas quando podem promover a eficiência e a qualidade da atenção. Com base em um padrão de asseguramento financiado solidariamente, os pacientes teriam escolha entre estruturas de atenção otimizadas frente a suas necessidades, que seriam colocadas a sua disposição na competição das Caixas entre si e na concorrência entre prestadores.

b) Posição das Caixas em relação aos projetos de lei da coalizão governamental CDU/CSU/FDP e do SPD

Em fevereiro de 1996, as Associações Federais das Caixas – *Spitzenverbände der Krankenkassen* – posicionaram-se oficialmente, de forma conjunta, em relação aos projetos de lei da coalizão governamental e do SPD¹⁸. Na declaração conjunta, as Caixas manifestaram-se especificamente sobre os principais pontos das leis, reiterando suas posições.

As Caixas apoiaram a proposta do SPD de orçamentação global do sistema através do acoplamento da evolução dos gastos anuais do GKV à evolução do PIB. Deste modo, garantir-se-ia a participação do sistema de saúde no desenvolvimento da economia nacional e, ao mesmo tempo, a introdução de limite superior para a evolução dos gastos estimularia a racionalização das formas de prestação de serviços. Restringir as receitas ao dificultar o aumento das taxas de contribuição, como propôs a coalizão governamental, apenas pressionaria as Caixas a reduzir a cesta de serviços oferecidos como forma de manter taxas de contribuição estáveis. A orçamentação por setor de gastos – ambulatorial, hospitalar etc. –, introduzida pela GSG, por sua vez, não chegou a estabilizar os gastos e dificultou a necessária articulação entre os setores (*AG-KK-Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen*, 1996:2).

A abertura de possibilidades para a competição ao interior do sistema de atenção, em especial no que concerne ao estabelecimento de contratos, foi avaliada positivamente, pois está conforme à proposição das próprias Caixas. Maior competição entre os prestadores produziria os necessários estímulos ao aproveitamento das reservas de economicidade do sistema, sem afetar o princípio da solidariedade. Do ponto de vista das Caixas, a lei da reforma da estrutura de saúde – GSG – introduziu elementos para a competição apenas entre as Caixas, não tendo sido promovida a competição entre os prestadores. Para que a concorrência produzisse os desejáveis resultados de maior eficiência, seria imprescindível alcançar situação de equilíbrio entre Caixas e prestadores nas condições para a negociação de contratos. Caixas e prestadores deveriam estar em pé de igualdade para a negociação.

A proposta governamental para o estabelecimento de diferentes contratos com os segurados foi julgada insatisfatória, por não corresponder aos interesses dos segurados, pressupor maiores despesas de administração – por exemplo, para o cálculo de diferentes taxas de contribuição – e contradizer o princípio da solidariedade ao introduzir instrumentos para a seleção de riscos. Para que as Caixas pudessem competir com os seguros privados e evitar que os ‘segurados mais favoráveis’ – jovens, sadios e bem remunerados – debandassem para os seguros privados, as Caixas reivindicaram a abertura de possibilidades para o

oferecimento de serviços adicionais em termos de auxílio funeral, outros auxílios em caso de doença e seguro no exterior (AG-KK, 1996:3).

Como premissa geral neste posicionamento, as Caixas defenderam mais autonomia: maior espaço de intervenção para a administração autônoma e renúncia da intervenção estatal. A autonomia dos provedores de seguro social seria, para as Caixas, o significado basilar do princípio da subsidiariedade (AG-KK, 1996:3).

- *setor ambulatorial*

No âmbito ambulatorial, as Caixas consideraram insatisfatórias tanto a proposta do SPD como a do CDU/CSU. Nenhuma das duas conteria uma concepção global adequada ao desenvolvimento do setor ambulatorial.

As Caixas reiteraram suas posições e manifestaram-se por: fortalecimento da atenção prestada por clínicos gerais; articulação da atenção geral e especializada; melhoria dos serviços de emergência; e articulação com a assistência hospitalar. Novos estímulos em termos de remuneração deveriam ser criados com o objetivo de diminuir a realização de ações desnecessárias e promover atuação mais econômica dos médicos na prestação e prescrição de serviços, em particular quanto a internações desnecessárias ou ineficientes.

A liberalização de contratos com os segurados, prevista pela coalizão governamental, promoveria forte concorrência entre as Caixas sem tocar no monopólio dos prestadores, no caso, os médicos organizados em suas associações estaduais e federal. A contrapartida da liberalização pelo lado dos prestadores não foi prevista. Permaneceriam inalteradas a estrutura de organização dos médicos contratados e a possibilidade de bloqueio de inovações, sendo mantida a definição unilateral do contrato de garantia de serviços pelas associações médicas estaduais (AG-KK, 1996:4).

O projeto do SPD, segundo as Caixas, atingiria de forma parcial o monopólio dos prestadores. Se contém os primeiros passos para a liberalização da oferta, não deixaria espaço para a atuação da administração autônoma das Caixas ao propor procedimentos restritos. Coações administrativas desnecessárias inibiriam inovações e a flexibilidade.

A ampliação das possibilidades de estabelecimentos de contratos com prestadores, em ambos os projetos de lei, entretanto, foi avaliada positivamente. As possibilidades das Caixas no que diz respeito a transpor o bloqueio da corporação médica às inovações pretendidas, embora de maneira limitada e insuficiente, seriam ampliadas. Novas formas de organização da atenção ambulatorial constituiriam a chave para mudanças significativas e para o alcance de maior eficiência. Enquanto os social-democratas propuseram a abertura

para novas formas de organização da atenção, a proposta governamental possibilitaria a experimentação de novos modelos sob acompanhamento científico, sem prever, porém, sua posterior aplicação para a atenção como um todo.

A avaliação realizada pelas Caixas foi bastante diplomática e, por vezes, contraditória. Afirmou-se no início que a proposta governamental não tocava no monopólio dos médicos e, logo após, que ambas as propostas, ao possibilitarem a implementação de novas formas de prestação de serviços, incluíam os médicos contratados na liberalização. Agradeceram a possibilidade de se libertarem, pelo menos parcialmente, da legislação de contratos (AG-KK, 1996:5).

- *setor hospitalar*

As propostas para o setor hospitalar foram avaliadas em seu conjunto como positivas. A limitação de curto prazo dos gastos do setor foi considerada imprescindível para evitar a piora da situação financeira em 1996. Para tal, a vinculação dos gastos à evolução das receitas de contribuição – como proposto pelo SPD – seria o mais adequado, ao passo que essa vinculação ao aumento dos salários dos empregados no setor – projeto CDU/CSU – seria problemática, pois não acompanharia a evolução das receitas de contribuição ocasionando déficits.

A orçamentação de gastos hospitalares em nível estadual – como previsto pela coalizão governamental – em período de transição do sistema de financiamento hospitalar foi vista como necessária e devendo orientar-se pelo mesmo princípio de vinculação à evolução das receitas. Os critérios propostos para aumento das verbas destinadas ao setor – progresso médico, estrutura de segurados, mudanças em outras áreas de prestação de serviços – foram avaliados como por demais abrangentes. Exceções para a ultrapassagem da vinculação deveriam ser estritamente definidas em lei.

A negociação dos orçamentos hospitalares segundo as Caixas deveria ser realizada com os grupos de prestadores, organizados segundo a natureza jurídica. Negociações com representantes dos prestadores privados, públicos, beneficentes e religiosos em separado constituir-se-iam em nível de negociação administrável e, de forma simultânea, promotor de competição mais intensa.

Foi terminantemente recusada a negociação com associação federal de hospitais a ser criada, como proposto pelo SPD. Isso significaria a formação de monopólio hospitalar em âmbito nacional, o que inibiria a capacidade de negociação das Caixas e impediria qualquer

desenvolvimento diferenciado entre os distintos tipos de prestadores – públicos, privados e filantrópicos (AG-KK, 1996:7).

A transferência da responsabilidade dos investimentos hospitalares para as Caixas foi vista com bons olhos pelas mesmas. A assunção dessa responsabilidade de forma progressiva, assim como a participação no planejamento estadual das necessidades de investimentos hospitalares, – como proposto pelo SPD – foram consideradas necessárias. A responsabilização das Caixas por estes investimentos deveria ser compensada. Os governos estaduais deveriam assumir o financiamento das ações estranhas ao Seguro Social de Doença atualmente sob responsabilidade das Caixas.

A facilitação para a rescisão de contratos com hospitais, assim como a transferência da ampliação do catálogo do sistema de pagamento por procedimentos para as Caixas foram igualmente saudados por elas. Para reduzir a sobrecapacidade hospitalar atualmente existente – em virtude da importante redução dos tempos médios de permanência – seria preciso abolir a obrigatoriedade de contratação dos hospitais contemplados no plano estadual pelas Caixas.

A abertura dos hospitais para a atenção ambulatorial, bem como a ampliação das possibilidades dos hospitais no que se refere à realização dos exames diagnósticos pré-internação, e o tratamento pós hospitalar foram julgadas como os primeiros passos para maior articulação da atenção ambulatorial e hospitalar. Para tanto recomendou-se a previsão de regulamentação para a transferência financeira entre os dois setores (AG-KK, 1996:9).

- *atenção odontológica*

As propostas do SPD e da coalizão governamental foram avaliadas pelas Associações Federais das Krankenkassen como diametralmente opostas. A coalizão governamental pretendia assegurar atenção apenas em nível básico e desejaria manter o monopólio da corporação de odontólogos – embora estes tenham, na opinião da Caixas, reiteradamente bloqueado inovações e “ameaçado uma adequada atenção dos segurados”.

As Caixas julgam muito mais necessária a ampliação do controle de qualidade no setor. O catálogo de serviços deveria ser reestruturado. A profilaxia de grupo seria incluída e o tratamento precoce estimulado, diminuindo-se gastos dispendiosos com ortodontia e ortopedia maxilar (AG-KK, 1996:6).

As Caixas exigiram que as possibilidades de estabelecimento de contratos com grupos de dentistas fossem ampliadas. Na avaliação das Caixas, a relação com os dentistas é problemática, não tendo sido possível estabelecer-se relação de parceria. A parceria contratual entre dentistas e Caixas não apresentou bons resultados, motivo pelo qual se

tornaram necessárias as estritas definições legais. A democratização e a profissionalização das associações de dentistas ligados às Caixas é considerada como necessidade urgente.

- *medicamentos*

Em relação à assistência farmacêutica, as Associações Federais das Caixas consideraram adequado o conceito desenvolvido na GSG. As alterações teriam o objetivo único de diminuir resistências à implementação do mesmo. A limitação do co-pagamento para pacientes crônicos foi apoiada, porém os procedimentos previstos foram julgados impraticáveis.

A introdução de alterações mais drásticas foi recusada pelas Caixas. Consideraram que a proposta do SPD transferiria competência para o Ministério da Saúde. Recusaram a proposta da substituição da política de preços fixos (*Festbetrag*) por preços negociados e a exclusão dos ‘novos medicamentos’ do sistema de taxas fixas. Isto significaria, a longo prazo, a dissolução do mercado de medicamentos com taxas fixas. Os reajustes deveriam ocorrer de dois em dois anos. A negociação de preços deveria ser introduzida apenas para medicamentos sem taxa fixa.

Além disso, as Caixas concordaram com a separação dos orçamentos da assistência farmacêutica e de outros métodos terapêuticos.

- *prevenção*

As Caixas posicionaram-se ainda em relação à área de prevenção. Consideraram fundamental a promoção da competência própria dos segurados, diminuindo sua dependência da atenção médica e estimulando comportamentos mais saudáveis. Neste sentido, mereceriam prioridade a oferta de ações para a ampliação da consciência sanitária e para a promoção de comportamentos mais saudáveis de grupos alvo. Medidas de prevenção de doenças condicionadas pelo trabalho deveriam também ser apoiadas. A legislação existente, porém, seria suficiente para tal. A obrigatoriedade das Caixas quanto a promover ações preventivas no âmbito de riscos relacionados ao meio ambiente foi recusada pelas Caixas. Ações deste tipo deveriam ser realizadas em cooperação com outros setores, não podendo ser obrigatórias.

1.6 Posição dos empresários: documento da Federação Nacional das Associações de Empregadores Alemães – Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände-BDA

Uma vez que os empresários não apresentaram avaliação dos projetos de lei, far-se-á uma apresentação resumida de suas proposições para a terceira etapa da reforma da saúde, divulgada em 1994.

A posição dos empresários alemães pode ser apreendida através das declarações da Federação Nacional das Associações de Empregadores Alemães – BDA-*Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände* – que reúne a maior parte dos empresários alemães (BDA, 1994). O documento intitulado ‘*Sozialstaat vor dem Umbau*’ – Estado Social frente à reorganização – apresentou a proposição geral de reformulação dos setores sociais, inclusive o seguro social de doença, divulgada logo após os resultados da eleição parlamentar de 1994, antes das negociações para formação do novo governo.

A proposição dos empregadores concentrou os argumentos da crítica liberal-conservadora à garantia do bem-estar social. A crise teria como base a “excessiva pressão das contribuições sociais e dos impostos que não seriam mais economicamente suportáveis e super tencionariam o princípio de solidariedade” (BDA, 1994:3). “Um sistema social excessivamente amplo” mutilaria o desenvolvimento econômico e corroeria as suas base financeiras (BDA, 1994:7).

Toda a argumentação dos empresários partiu da necessidade de fortalecer a posição do capital alemão na competição internacional, que teria nos custos do trabalho uma das principais desvantagens comparativas. A participação da renda do trabalho na economia, tal como os custos totais do trabalho na Alemanha, seria a mais alta do mundo e não chegaria a ser compensada pela alta produtividade do trabalho. Estes altos custos do trabalho, segundo os empregadores, seriam especialmente determinados pelos custos adicionados, uma vez que a Alemanha ocuparia o quinto lugar na comparação internacional quando considerados apenas os custos diretos, sem adicionais. Esta situação viria a ser agravada pelo progressivo envelhecimento populacional¹⁹, que traria consigo aumento dos gastos sociais adicionais (DBA, 1996:9).

O objetivo das reformas seria aliviar o fator de produção trabalho, reduzindo os custos pessoais adicionais e diminuindo os descontos obrigatórios da renda do trabalho²⁰.

Os empresários posicionaram-se pela continuidade da sua participação no financiamento da proteção social, mas consideraram que a mesma deveria ser delimitada.

“Seguro social não é seguro total para todo e qualquer tipo de risco”, afirmaram os empresários. A cobertura garantida em todo os ramos do seguro social deveria ser revisada e verificado se respondem às necessidades atuais. “Se o bem-estar geral aumenta, muitas necessidades poderiam passar a ser supridas pelos indivíduos e famílias sem necessidade de institucionalização”, argumentaram. O princípio da subsidiariedade deveria ser reatualizado.

Para os empresários, a recompensa estaria relacionada à produtividade. O princípio da equivalência deveria ser garantido, tendo sido terminantemente refutadas as propostas de benefícios desvinculados de contribuições. Salário cidadão, aposentadorias mínimas sem relação com as contribuições prévias foram recusadas. A renda mínima atualmente garantida pela assistência social deveria ser a menor possível, assegurando-se boa distância entre esta e a da remuneração do trabalho.

A maior parte dos benefícios sociais deveria ser financiada por recursos fiscais. Consideraram, todavia, que a participação dos empresários nas contribuições sociais precisava ser mantida; em caso contrário, estes perderiam espaço na discussão e definição das políticas sociais e a possibilidade de influenciar quanto aos gastos sociais. Defenderam a ampliação de sua participação paritária em todas as áreas de seguro social em que isso não ocorre, reivindicando participação paritária nos órgãos de administração autônoma das Caixas de Doença Substitutas, nos quais tradicionalmente não têm assento.

Posicionaram-se pela manutenção do financiamento via contribuições sociais. Uma privatização total dos riscos de doença através da substituição do seguro social por seguro privado não seria desejável, pois o Estado teria que cobrir benefícios para trabalhadores pior remunerados e aposentados, familiares dependentes etc., o que produziria um mix de efeitos duvidosos. Um sistema financiado por recursos fiscais como alternativa às contribuições, mesmo que viesse a significar importante redução dos custos adicionais do trabalho, envolveria maiores encargos fiscais para financiar o novo sistema²¹.

Para os empresários, a área da saúde é ramo pujante da economia e as reformas não objetivariam refrear o potencial de crescimento deste setor da economia. A questão seria quais destas ações deveriam continuar a ser financiadas por contribuições obrigatórias pagas em 50% pelos empregadores.

A continuidade de um sistema baseado em contribuições estaria condicionada à concretização de três pressupostos básicos: a manutenção do princípio da subsidiariedade, com o objetivo de ampliar a responsabilidade própria dos indivíduos; a delimitação da redistribuição através da introdução de algum tipo de contribuição complementar para dependentes – o que reforçaria o princípio de equivalência – e da manutenção da definição de

salários máximos de contribuição²², permitindo espaço para uma proteção privada sob responsabilidade dos próprios indivíduos; e a utilização dos recursos do seguro social para finalidades bem definidas.

Os empresários posicionaram-se claramente a favor da introdução de restrições no catálogo de benefícios e pela privatização de parte da proteção ao risco de adoecer. Enfatizaram a necessidade de controlar melhor a utilização, estabelecendo-se “novo equilíbrio entre os princípios de solidariedade e subsidiariedade, tendendo para a subsidiariedade em direção a maior responsabilidade individual” (DBA, 1994:3). As ações das Caixas seriam concentradas sobre os maiores riscos. O catálogo deveria ser limpo de todas as ações medicamente não necessárias e com características de bens de consumo, redefinindo-se o que passaria a ser de responsabilidade dos próprios segurados²³. Além disso, deveriam ser excluídas as ações ‘estranhas a um seguro saúde’. A participação financeira direta dos segurados deveria ser ampliada a todos os setores de atenção, inclusive o setor ambulatorial (DBA, 1994:19)²⁴.

Evidentemente defendem a competição como elemento essencial da economia de mercado. Chances de ganho e o risco de perdas estimulariam inovações. Assim, elementos de competição deveriam ser introduzidos em todas as áreas do sistema. A competição deveria ser fortalecida tanto entre as Caixas como entre os prestadores. A compensação da estrutura de riscos²⁵ e a liberdade de escolha das Caixas – introduzidas pela ‘lei da Estrutura da Saúde-GSG’ – teriam aumentado a competição entre as Caixas; na nova etapa, a competição deveria ser ampliada, possibilitando às Caixas mecanismos para competir relacionados às ações oferecidas e formas de financiamento. Pelo lado dos segurados deveria ser possibilitada a opção entre diferentes cestas. Os segurados poderiam renunciar a certos benefícios, assim como escolher ações de sua preferência. Benefícios adicionais ao catálogo nuclear seriam pagos somente pelos segurados. Em relação ao financiamento poderiam ser ofertadas pelas Caixas a possibilidade de eleição entre diversas formas de co-pagamento, restituição de contribuições, prêmios parcialmente ligados aos riscos²⁶.

Para fortalecer a concorrência entre os prestadores seria preciso que as Caixas pudessem influenciar na organização da prestação de serviços através de formas diferenciadas de contratação, negociação e de remuneração com os diversos prestadores. O Estado deveria retirar-se da regulação, deixando maior liberdade a todos os envolvidos e fortalecendo o princípio da subsidiariedade (DBA, 1994:20).

Além disso, os empresários defenderam a redução dos salários pagos durante o afastamento em caso de doença nas seis primeiras semanas – legalmente a seu encargo. O

benefício deveria ser graduado conforme o tempo de licença ou através da introdução de dias de carência não pagos (DBA, 1994:28).

A ênfase das propostas do empregadores foi claramente em medidas restritivas e que implicam a privatização pelo menos parcial do risco de adoecer. Não sugeriram medidas que possam ampliar a competição entre os prestadores ou racionalizar a oferta, referindo-se apenas à necessidade de ampliação da liberdade de ação dos envolvidos e na introdução de mecanismos de mercado para a condução do sistema.

Para Stegmüller (1994:202), a proposta da Associação Federal dos Empregadores garantiria a continuidade da tradição das políticas de contenção anteriores de deslocamento dos gastos para a responsabilidade privada dos segurados, radicalizando-a. A política de saúde foi reduzida à política econômica de diminuição do custo-Alemanha (*Standortpolitik*). As medidas de privatização através da separação das ações em diferentes cestas, do copagamento e da introdução de componentes risco-equivalentes, se implementadas, descaracterizariam o GKV enquanto seguro social.

1.7 Posição da Central Sindical Alemã DGB-Deutscher Gewerkschaftsbund

A DGB - *Deutscher Gewerkschaftsbund*, principal Central Sindical Alemã, também foi a favor de terceira etapa da reforma da saúde, pois considerava que a Lei da Estrutura da Saúde-GSG – resultado de amplo acordo – embora tivesse possibilitado melhorias na atenção e enfraquecido a posição dos prestadores não havia completado a reforma necessária. Uma terceira etapa seria necessária para eliminar os déficits de qualidade e as ineficiências ainda existentes e possibilitar definitivamente às Caixas e à administração autônoma em geral a condução dos gastos setoriais de forma adequada e independente.

A DGB também posicionou-se favorável à estabilização das taxas de contribuição. Não apenas os empregadores reclamariam sobre o nível dos custos adicionais do trabalho. Os trabalhadores também não poderiam continuar pagando contribuições cada vez mais elevadas sem que recebessem, como contrapartida, um *plus* em saúde. As contribuições crescentes teriam resultado principalmente no aumento da renda e faturamento dos prestadores – médicos, dentistas, hospitais etc. – e muito pouco em melhorias da atenção (Engelen-Kefer, 1995:281).

Não apenas a situação financeira das Caixas tornaria uma nova etapa da reforma necessária. Também os mecanismos de competição introduzidos pela GSG teriam que ser aprimorados, pois a competição estaria restrita às Caixas e, além disso, já se observaria, como

consequência da mesma, a seleção de segurados segundo riscos, uma vez que o fator morbidade não fora incluído no fundo de compensação da estrutura de riscos. As Caixas deveriam ser munidas de parâmetros que possibilitassem competição ‘construtiva’ no sentido de mobilizar as reservas de economicidade do sistema e melhorar a qualidade da atenção prestada. Para isto ser alcançado, as estruturas ao lado da oferta deveriam também adequar-se (Engelen-Kefer, 1995:282).

A discussão sobre uma terceira etapa deveria transcorrer paralelamente à implementação consequente da ‘Lei da Estrutura da Saúde-GSG. Várias medidas aprovadas não teriam sido ainda devidamente regulamentadas ou implementadas, como a lista positiva para medicamentos, a negociação de orçamentos orientadores para a assistência farmacêutica, a reestruturação da tabela de honorários médicos, no sentido de favorecer a remuneração dos clínicos gerais, e a sistemática de preços do setor hospitalar relacionada aos procedimentos realizados em substituição ao princípio de cobertura de custos.

A DGB posicionou-se firmemente pela manutenção do sistema de seguro social vigente em suas características e princípios fundamentais. A manutenção destes elementos básicos pressupôs a recusa clara das medidas que os atingem diretamente. Em seus diversos documentos foram reafirmadas como características a ser mantidas:

- Manutenção da paridade do financiamento, o que traz, entre outras, a responsabilidade conjunta dos representantes de empregadores e trabalhadores nos órgãos de administração autônoma. Todas as propostas para congelamento da taxa de contribuição apenas dos empregadores deveriam ser refutadas. A estabilidade das taxas de contribuição valeria para todos.
- Manutenção de catálogo único de ações e benefícios legalmente fixados e válido para todas as Caixas. A divisão em cesta básica e outras de escolha, assim como a eliminação de gordurinhas – *Abspecken* –, foi terminantemente recusada. Para a DGB deveria valer o que já está legislado: “o GKV somente pode financiar ações que sejam suficientes, relacionadas às necessidades e eficientes e que ao mesmo tempo não ultrapassem as necessidades” (Engelen-Kefer, 1995:282).
- Manutenção do princípio da necessidade – garantia da atenção conforme a necessidade de saúde – pois apenas este princípio pode assegurar utilização – inclusive dos avanços médicos – independente do nível de renda e do status social do paciente. Portanto, todas as formas de co-pagamento foram rejeitadas pela DGB.

- Manutenção do princípio de garantia das ações em saúde sem pagamento direto – *Sachleistungsprinzip*, benefícios *in natura* – pois apenas deste modo seria possível assegurar aos contribuintes ações passíveis de controle pelo GKV com respeito à qualidade e economicidade da prestação. Mecanismos de restituição/reembolso de despesas foram rejeitados. Não repercutiriam em controle de gastos, a qualidade da atenção não poderia ser controlada e o risco de provocarem elevação de gastos seria alto, uma vez que as Caixas não teriam mais influência sobre os mesmos por meio de contratos coletivos (Engelen-Kefer, 1995:282).

O princípio de solidariedade deveria ser reforçado por meio da ampliação da cobertura do GKV a toda população ocupada, inclusive funcionários públicos, e a elevação do salário limite para contribuição (e das contribuições) ao patamar daquele vigente na previdência e seguro desemprego (DGB, 1994 *apud* Stegmüller, 1996:206).

A DGB – tendo por base os princípios inquestionáveis acima referidos de paridade no financiamento, unicidade do catálogo de ações e benefícios, garantia da atenção segundo a necessidade e utilização sem pagamento direto – considerava ser necessário trabalhar uma concepção global para a reforma que promovesse reorientação da política de saúde, onde a melhoria dos cuidados fosse fortemente valorizada.

Esta reorientação deveria fundar-se em compreensão mais ampliada de saúde, que se aproximasse daquela formulada pela OMS. Aspectos preventivos e psicossociais deveriam ser urgentemente incorporados, abolindo-se a separação existente entre a atenção médica e aquela prestada por outras profissões da área da saúde. Além disso, deveriam ser sanadas deficiências na atenção, em particular as relacionadas ao tratamento de doentes crônicos, pois o sistema de atenção está voltado para o atendimento a doenças agudas, embora a prevalência de doenças crônicas seja crescente. Na Alemanha, os aspectos fundamentais para o tratamento de doentes crônicos seriam pouco desenvolvidos, como a integração dos setores de atenção, a continuidade do tratamento e o envolvimento da competência dos pacientes (individualmente e na forma de grupos de auto-ajuda), tornando-os ‘sujeitos’ de seus cuidados de saúde (em contraposição a uma posição de objeto forçada pela atual forma de prestação) (Engelen-Kefer, 1995:282).

Além disso, a nova etapa da reforma deveria interromper a espiral de tentativas de estabilização de gastos através de intervenções estatais pontuais. Deveria reestruturar o sistema de atenção à saúde de tal forma que continuasse a ser financiável pelas contribuições de empresários e trabalhadores sem a necessidade de contínua intervenção estatal. As

repetidas leis de contenção teriam conseguido estabilizar as taxas de contribuição apenas por curtos períodos de tempo e em níveis cada vez mais elevados. De mais a mais, o aumento progressivo de valores de co-pagamento e restrições introduzidas corresponderiam a cerca de um ponto percentual de contribuição (Engelen-Kefer, 1995:282).

- Uma concepção global para a reforma deveria ter como objetivos principais:
- possibilitar a delimitação dos gastos do GKV através da definição de orçamento global;
- definir os âmbitos de competição entre as Caixas, de modo a conduzir a aumento da economicidade do sistema e melhoria da qualidade da atenção²⁷;
- promover a articulação entre os setores hospitalar e ambulatorial e formas de atenção integradas através da flexibilização dos contratos, possibilitando melhor coordenação e continuidade do tratamento das pacientes e dos pacientes²⁸ (Am Orde, 1996:47; Engelen-Kefer, 1995:282).
- ampliar a prevenção e a promoção da saúde e o apoio a grupos de auto-ajuda.

A DGB preocupa-se sobretudo com a superação dos déficits de condução e deficiências de qualidade da atenção, com esgotamento das reservas de economicidade do sistema, por meio da eliminação das ineficiências.

No debate da terceira etapa, a discussão sobre a necessidade de melhoria da qualidade da atenção e de concepção ampliada da saúde e das políticas de saúde estaria soterrada. A discussão estaria impregnada por questões econômicas. A recessão econômica e o debate sobre a posição da Alemanha na competição internacional estaria sendo utilizado para privatizar mais uma parte do risco de adoecer. As propostas do Conselho de *Experts* para a terceira etapa seriam expressão clara disto. A DGB rejeitou veementemente as proposições do Conselho de *Experts-SVR* para diferenciação das cestas de serviços²⁹, uma vez que estas distorceriam as bases do sistema, erodindo a solidariedade e instituindo classes de atenção à saúde (Engelen-Kefer, 1995:281)³⁰.

Contribuições estáveis através de orçamentação global

Para a Central Sindical DGB, uma delimitação global dos gastos setoriais seria necessária em razão da especificidade do setor saúde enquanto ramo da economia, o qual não seria passível de condução sem delimitações político-administrativas, uma vez que, ao contrário de outros ramos, é claramente dominado pela oferta (Am Orde, 1996:50). Por isso deveria ser legalmente definido orçamento – teto máximo – para os gastos em saúde com

validade por médio prazo. A orçamentação deveria orientar-se por algum parâmetro econômico, como, por exemplo, a evolução dos salários base, e garantir a estabilidade das taxas de contribuição deste modo. Ademais, deveriam ser levadas em conta as questões médicas na delimitação dos tetos, pois avanços médicos poderiam ser responsáveis por aumentos justos das taxas de contribuição, como, por exemplo, avanços nas terapias de AIDS e câncer (Engelen-Kefer, 1995:283).

Esta delimitação dos gastos globais do seguro social de doença – GKV – poderia ser definida em nível estadual ou federal. Orçamentos setoriais por tipo de gastos, como aqueles definidos pela Lei da Estrutura de Saúde – GSG –, foram rejeitados por cristalizarem estruturas ineficientes e poderem produzir deslocamentos para outros setores. A delimitação de teto máximo global seria mais eficaz do que aquela por setor de atenção, pois as Caixas poderiam alterar as estruturas de prestação conforme suas prioridades, como, por exemplo, a promoção da atenção por clínico gerais ou o estímulo da abertura dos hospitais para procedimentos diagnósticos e cirurgias ambulatoriais.

Competição construtiva para aumento da qualidade e economicidade

Pontos fundamentais da concepção futura do GKV formulada pela Central Sindical-DGB foram as medidas para maior cooperação entre todas as instituições com responsabilidade na área da saúde. Não apenas maior integração entre os diversos setores da atenção, como também a articulação às diversas instituições e órgãos envolvidos na prevenção e promoção da saúde.

A exigência de introdução de mecanismos de competição no GKV foi avaliada positivamente pela DGB. Uma concepção de competição solidária e construtiva poderia ser “instrumento para melhoria de qualidade, promoção de inovações e diminuição de gastos, quando se a mesma for entendida como competição por alternativas de atenção qualitativamente melhores” (DGB, 1994 *apud* Stegmüller, 1996:208). Todas as alternativas para privatização mesmo que parcial de riscos – propostas por outros atores como possíveis instrumentos para a competição – foram rejeitadas.

O contexto em que a competição vai se proceder deveria ser modificado de forma que fosse aberta às Caixas a possibilidade de diversificação dos contratos de prestadores – especialmente grupos de médicos. Através da liberdade de estabelecimento de contratos com os prestadores poderiam ser oferecidas formas alternativas de atenção, respondendo a necessidades dos segurados. Estruturas integradas para atenção integral dos pacientes, com a participação de outras profissões da área da saúde, inclusive acompanhamento psicossocial e

de cuidados de enfermagem, poderiam ser estimuladas. Os segurados se ligariam por prazos definidos a determinadas redes de atenção ou centros de saúde que ofereceriam todo o espectro de ações para prevenção, tratamento e reabilitação.

Estas novas formas de organização da atenção contribuiriam para melhorar a qualidade ao evitar ações desnecessárias, a tendência a sobreprestação – ações a mais do que o necessário – e reduzir a medicalização e tecnificação dos cuidados de saúde. Deste modo, levariam a menor pressão sobre os gastos.

Para estas novas formas de organização deveria ser dada toda a liberdade para as Caixas inovarem. A separação entre a atenção ambulatorial e hospitalar deveria ser abolida e estimulados o atendimento ambulatorial especializado em hospitais e as cirurgias ambulatoriais.

As novas formas de organização da atenção propostas pela DGB e Caixas (em boa parte por influência da DGB que integra seus órgãos de administração) foram inspiradas em mecanismos de ‘managed care’. Para a DGB, administrar os cuidados significa a coordenação das responsabilidades médicas, sociomédicas e econômicas, o que não quer dizer que todas estas responsabilidades seriam delegadas aos prestadores. A responsabilidade pela disponibilização de ações de saúde não pode ser deixada para os prestadores. As Caixas deveriam atuar em conjunto com os prestadores para garantir atenção adequada (Engelen-Kefer, 1995:283).

A DGB reivindica especialmente a possibilidade de as Caixas estabelecerem contratos com grupos de médicos e dentistas, o que quebraria os possíveis bloqueios dos prestadores para introdução de mudanças na organização da atenção.

Na concepção da DGB, a estabilidade das taxas de contribuição somente poderia ser alcançada caso as Caixas passem a ter maior liberdade de atuação frente aos prestadores e disponham de instrumentos adequados para gerir a atenção.

Com a finalidade de que as Caixas pudessem vir a administrar melhor a atenção no futuro teriam que dispor dos necessários conhecimentos especializados para garantir atenção de qualidade; com este intuito, a DGB propôs a formação de uma associação do GKV que funcionaria com um pool de expertos (Engelen-Kefer, 1995:284).

Seria ainda preciso, para a DGB, trabalhar uma concepção global de política de saúde, a qual incluísse maior responsabilidade do Parlamento em relação à política de saúde, administração autônoma das associações fortalecida e mobilização dos cidadãos através de políticas de saúde comunitárias.

A política de saúde deveria ser mais orientada para resultados em saúde, tendo como objetivos diminuir riscos e promover comportamentos mais saudáveis, entre outros. Medidas preventivas relacionadas ao mundo da vida e do trabalho, assim como a promoção da saúde e o apoio a grupos de auto-ajuda foram afirmadas como ocupando posição central na concepção sindical de política de saúde³¹. Estas responsabilidades porém não seriam de exclusividade das Caixas e deveriam ser redefinidas.

Posicionamento da DGB sobre as propostas partidárias

As propostas para a terceira etapa, segundo a DGB, deveriam ser avaliadas, tendo como parâmetro sua contribuição para garantia dos objetivos de: estabilização das taxas de contribuição; aumento da qualidade e economicidade do sistema de atenção através da flexibilização e desenvolvimento das estruturas de atenção; fortalecimento do caráter solidário do GKV; e fortalecimento da promoção da saúde e da auto-ajuda (DGB, 1996:1). A avaliação da DGB sobre os projetos de lei da coalizão governamental, do SPD e da moção do partido verde teve por base estes critérios.

- ***garantia da estabilidade das taxas de contribuição***

A DGB ponderou que nenhuma das propostas dos partidos garantiria a estabilidade das taxas de contribuição. Mecanismos suficientes para isso não seriam disponibilizados. Nos projetos da coalizão governamental não seria possível reconhecer verdadeiro empenho nesta direção. Dificultar formalmente a elevação das taxas de contribuição seria falso caminho que não resolveria os problemas produtores da elevação de gastos (DGB, 1996:1). As proposições de orçamentação global dos gastos – teto máximo global – formuladas pelos verdes e sociais democratas foram avaliadas positivamente, porém o acoplamento dos gastos à evolução do PIB significaria a pré-programação do crescimento das taxas de contribuição. Ao mesmo tempo, os projetos não definiriam suficientemente mecanismos mais finos de condução.

- ***aumento da qualidade e economicidade por meio do desenvolvimento e flexibilização das estruturas de atenção***

As proposições tanto do SPD como dos verdes, na interpretação da DGB, continham instrumentos adequados para possibilitar a implementação de estruturas de atenção integradas (DGB, 1996:2), ao passo que a proposição da coalizão conteria apenas uma possibilidade parcial de flexibilização dos contratos com os prestadores na forma de projetos pilotos (experimentação de modelos), conservando a dominância dos prestadores mais do que a enfraquecendo.

Além disso, a coalizão governamental, ao restringir as situações nas quais as Caixas poderiam atuar conjunta e homogeneamente, enfraqueceria a posição das Caixas frente aos prestadores. A DGB, pelo contrário, considerou que a ação conjunta das Caixas deve ser fortalecida (DGB, 1996:4).

- *fortalecimento do caráter solidário do GKV*

O projeto governamental enfraqueceria o caráter solidário do sistema ao possibilitar a implementação de franquias, bônus pela baixa utilização e reembolso de despesas e pelo aumento dos valores de co-pagamento para *Kur* e dinamização das majorações. Estes instrumentos nem controlariam gastos nem estimulariam melhor qualidade da atenção.

- *fortalecimento da promoção à saúde e da auto-ajuda*

O projeto da coalizão governamental não refletiria qualquer preocupação neste sentido. As proposições do SPD para que uma cooperação na promoção à saúde e dos verdes para que esta se tornasse uma competição regional com participação importante do GKV foram apoiadas (DGB, 1996:4).

A DGB concordou, em geral, com as posições do SPD. As proposições do SPD e da DGB estariam em sintonia quanto: à delimitação dos gastos do GKV através de orçamentação global; o emprego da competição para melhorar a economicidade e qualidade da atenção, possibilidades para contratos mais flexíveis com os prestadores; e a rejeição de medidas que erodem a solidariedade.

Para a DGB, a democracia-cristã – através de manifestações do ministro da saúde – e o SPD não divergiriam em questões fundamentais em relação à terceira etapa e o acordo poderia ser possível. A proposta da coalizão, porém, se distanciaria desta posição, por ter incluído as recomendações dos liberais – FDP – parceiros na coalizão (Am Orde, 1996:51).

Avaliação da posição da DGB

A posição da DGB para a terceira etapa não apenas reafirmou o princípio da solidariedade, como pretendeu reforçá-lo. Uma privatização dos riscos sob a forma de racionamento de ações e exclusões ou de separação do catálogo em básico e outros de escolha, assim como via introdução de contribuições equivalentes aos riscos e bônus por baixa utilização, foi terminantemente rejeitada. Enfatizou medidas preventivas e de promoção da saúde, as quais deveriam ser ampliadas, considerados os aspectos de eficiência no âmbito de um sistema de atenção mais cooperativo e integrado. Déficits de qualidade e condução, na visão da DGB, deveriam ser sanados por meio da permissão de novas formas de atenção no

setor ambulatorial, como aquelas propostas pelas Caixas. Deste modo, seria introduzida uma competição construtiva e solidária e, por isso, aceitável.

A posição da DGB sobressaiu-se dentre as dos outros atores pela manifestação clara e explícita de defesa da solidariedade e da garantia de atenção integral de melhor qualidade; apresentou, no entanto, algumas contradições. A exigência da DGB por atenção de melhor qualidade e de orientação em saúde mais adequada, provavelmente implicaria maiores gastos, mas, ao mesmo tempo, não mostrou disposição para financiar estas melhorias. Também segundo a DGB, as taxas de contribuição deveriam ser contidas, assumindo assim esta premissa liberal-conservadora sem crítica (Stegmüller, 1996:212). A subordinação da evolução dos gastos do GKV à estabilidade das taxas de contribuição foi aceita sem discussão como orientação para a reforma.

Embora a DGB tenha criticado a centralidade do debate no problema financeiro e denunciado a falta de maior preocupação na solução de deficiências do sistema de atenção, partindo-se de uma concepção de saúde ampliada e a correspondente concepção para atenção integral, a estabilidade das taxas de contribuição apareceu como o primeiro objetivo a ser alcançado em diversos documentos (DGB, 1996; Engelen-Kefer, 1995; Am Orde, 1996). A DGB, porém, ao contrário das propostas conservadoras, explicitou que, caso fosse comprovada - através de dados confiáveis - a impossibilidade de garantia do nível de atenção reconhecido como adequado, a elevação das taxas de contribuição seria justa e deveria ser permitida.

As contradições do discurso da DGB foram, pelo menos em parte, determinadas pelos conflitos de interesse entre seus diversos sindicatos integrantes. Resultou do conflito entre a necessidade da DGB defender a posição do conjunto dos trabalhadores associados e, ao mesmo tempo, a posição de uma parte dos mesmos: os empregados no setor saúde, cujos interesses são distintos. Racionalizações na atenção poderiam estar de acordo com o interesse dos trabalhadores em geral, mas atingiria interesses diretos dos empregados do setor, afetando a própria garantia de seus postos de trabalho³². Além disso, a participação da DGB nos arranjos corporativos de administração dos órgãos do seguro social limitaria suas possibilidades de intervenção (Stegmüller, 1996:210).

O principal problema das proposições da DGB situa-se na visão de que a competição poderia ser utilizada exclusivamente para melhorar a qualidade da atenção prestada. A competição entre as Caixas, todavia, faria sentido se estas oferecessem ações e preços – contribuições – diferenciados. O que, por sua vez, seria incompatível com o princípio da solidariedade defendido reiteradamente pela DGB (Stegmüller, 1996:211).

1.8 Posição da corporação médica

A corporação médica, através de declaração conjunta da Câmara Federal dos Médicos e da Associação Federal dos Médicos das Caixas³³, posicionou-se, de modo geral, favoravelmente aos projetos de lei apresentados pela coalizão governamental para a terceira etapa da reforma do sistema de Seguro Social de Doença. Concordou com os objetivos afirmados de garantia de medicina de alta qualidade, como a atualmente prestada, e com a necessidade de conter custos. Duvidou, porém, que isto pudesse ocorrer sem restrições no catálogo de serviços. Quanto à diferenciação prevista entre catálogo obrigatório e catálogo de ações adicionais, esperava que o catálogo obrigatório garantisse as ações necessárias à atenção médica de qualidade e que suas possibilidades de financiamento não fossem ameaçadas pela ampliação de serviços adicionais supérfluos como consequência da competição entre as Caixas. Se, apesar de todos os esforços para a racionalização da prestação de serviços, os meios financeiros não fossem suficientes para garantir atenção de qualidade, o Estado deveria assumir a responsabilidade de racionamento das ações ou abrir a possibilidade para a cobertura de financiamento adicional (BÄK & KBV, 1996)³⁴.

A corporação médica posicionou-se a favor da introdução de restrições no catálogo de serviços, porém de forma limitada. Argumentou que, a longo prazo, as mudanças na estrutura da população e o progresso médico colocariam novas exigências financeiras e que sem clara delimitação do que deveria ser financiado solidariamente tornar-se-ia impossível alcançar a estabilização nas taxas de contribuição. Considerou que o catálogo de ações obrigatórias deveria estar restrito às ações correspondentes às necessidades médicas, o que significaria a introdução de restrições no atual catálogo, evitando-se que as Caixas em competição viessem a oferecer serviços supérfluos como um mecanismo de *marketing* na disputa por mais segurados. Como seria de esperar, as ações consideradas supérfluas foram aquelas prestadas principalmente por outros profissionais que integram a área da saúde, porém não são médicos, como os fisioterapeutas, os fonoaudiólogos, os massagistas etc. Para exemplificar, referiram-se ainda à fecundação artificial e à densitometria óssea (*Die Welt*, 29.05.96).

Para os médicos, a defesa de maiores restrições seria, em certa medida, uma opção pela redução dos serviços que poderiam prestar com remuneração garantida, motivo pelo qual a introdução de medidas que levariam à privatização de riscos foi pouco defendida por eles, embora se alinhassem com as posições liberal-conservadoras.

A KBV apoiou o fortalecimento da administração autônoma e prontificou-se a assumir a responsabilidade de utilização eficiente dos recursos, caso os mecanismos

adequados fossem colocados à disposição. Considerou fundamental a criação de estruturas de decisão abrangentes que incluíssem as Caixas, médicos e outros prestadores na condução do emprego de recursos e controle de despesas. O controle dos gastos não deveria ser consequência apenas da competição entre as Caixas. Reafirmaram também sua responsabilidade na garantia da qualidade da prática médica.

Aprovaram igualmente os estímulos para os segurados assumirem maior responsabilidade na utilização de serviços, o que significa dizer que se mostraram a favor do co-pagamento, embora recusassem sua introdução no setor ambulatorial.

A corporação médica defendeu a manutenção da atual estrutura de poder ao interior da administração autônoma, em especial quanto a sua própria posição. Negociações deveriam ser todas realizadas com as Associações de Médicos das Caixas e, de forma conjunta, com todas as Associações das Caixas. Posicionou-se terminantemente contra a negociação de contratos para a experimentação de novos modelos de atenção apenas com grupos de médicos e contra o credenciamento de ambulatórios ou hospitais por apenas um tipo de Caixa. Os contratos deveriam ser negociados coletivamente com as Associações Estaduais de Médicos das Caixas. A Associação Federal de Médicos das Caixas-KBV posicionou-se contrariamente a qualquer procedimento que implicasse em alguma alteração de sua atuação enquanto representante do conjunto dos médicos. Assim, posicionaram-se contrários: à possibilidade da rescisão de contratos apenas por uma Caixa isoladamente; às regras para a promoção de clínicas com leitos de curta permanência (*Praxis-clínica*), uma vez que estas previam a possibilidade de contratação de uma *Praxis* por apenas um tipo de Caixa; e à possibilidade de credenciamento de um hospital por apenas um tipo de Caixa (BÄK & KBV, 1996).

Na proposta dos médicos, as *Praxis-clínicas* deveriam ser acordadas entre as Caixas e as Associações de Médicos das Caixas e seriam instalações para assistências ambulatorial e hospitalar de curta duração prestada por médicos credenciados, com tempo de permanência máximo de dois dias, sendo cada médico responsável por, no máximo, quatro leitos.

Em relação à atenção hospitalar, a corporação médica posicionou-se favoravelmente quanto à negociação de remuneração global em nível estadual para gastos hospitalares e à negociação do pagamento por procedimentos em níveis estadual e federal. Considerou, porém, que a remuneração global não deveria estar subordinada a orçamento que predefinissem uma quantia para os gastos hospitalares. A vinculação das despesas à evolução das receitas de contribuição não poderia ser impeditiva para que a necessária atenção fosse prestada. Critérios econômicos e médicos deveriam ser avaliados simultaneamente. A ampliação do sistema de pagamento por procedimentos deveria estar subordinada à análise dos resultados

da investigação de acompanhamento da implementação do sistema. Está deveria incluir tanto a análise de indicadores de eficiência como também estimar o impacto sobre a qualidade da atenção prestada (BÄK & KBV, 1996).

Os médicos posicionaram-se ainda favoravelmente à articulação das assistências hospitalar e ambulatorial através da prestação de serviços ambulatoriais altamente especializados pelos médicos dos hospitais, evitando a duplicação de onerosos investimentos em equipamentos sofisticados. Mas foram, ao mesmo tempo, favoráveis à extinção do plano de equipamentos de grande porte.

A corporação médica mostrou-se favorável à maior intervenção das Caixas no plano estadual de hospitais e reivindicou a participação das Sociedades Estaduais de Hospitais e da Câmara Médica no planejamento hospitalar estadual. A necessidade de articulação entre as assistências hospitalar e ambulatorial foi o argumento utilizado para a participação dos médicos no planejamento hospitalar. Defendeu a ampliação do número de médicos de ambulatório que também realizam o tratamento hospitalar de seus pacientes – *Belegeärzte* ou médicos acompanhantes. Para tal, seria preciso que fossem incluídas cláusulas para a criação obrigatória dessas estruturas no planejamento hospitalar ou nos contratos com hospitais (BÄK & KBV, 1996).

A assunção apenas pela Caixas do financiamento hospitalar recebeu parecer contrário por parte dos médicos, uma vez que significaria sobrecarga a mais para as Caixas e somente deveria ocorrer caso houvesse participação compensatória dos estados em outros gastos, atualmente sob responsabilidade das Caixas, referentes a ações sem relação com sistema de seguro (*Versicherungsfremdeleistungen*).

Posicionaram-se ainda contra a inclusão das restituições de despesas com atenção ambulatorial aos segurados na remuneração global acordada com as KVen. O que foi obtido, como se verá adiante

A corporação médica, em razão de orientar-se incondicionalmente por seus próprios interesses, defendeu decididamente o contrato exclusivo de garantia da atenção ambulatorial – *Sicherstellungsauftrag* –, que lhe garantiria o monopólio na prestação, ao mesmo tempo em que assumiu posição moderada frente às restrições e racionamentos de ações, à participação direta dos usuários nos gastos e à divisão do catálogo do GKV em obrigatório e opcionais. Assim, a defesa da necessidade de novos mecanismos de competição ao interior do sistema pelos médicos mostrou-se mais como a defesa da competição das Caixas entre si, o que fortaleceria a posição dos médicos frente às Caixas. Posição esta que foi denominada de competição partida ou pela metade (Stegmüller, 1996:192).

1.9 Posição da Sociedade Alemã de Hospitais – DKG – *Deutsche Krankenhausgesellschaft*

A terceira etapa da reforma do sistema de saúde, segundo a Sociedade Alemã de Hospitais-DKG, deveria desenvolver as bases legais para as mudanças necessárias no sistema à longo prazo. A Sociedade Alemã de Hospitais – DKG –, embora tenha se posicionado a favor da proposta da coalizão governamental para a terceira etapa da reforma da saúde, teceu críticas quanto ao que denominou de medidas isoladas de contenção no setor hospitalar (DKG, 1996-a). As mudanças previstas no projeto governamental conteriam elementos suficientes para reforma abrangente de longo prazo, porém, os problemas do setor ambulatorial, não seriam resolvidos. Como o documento da Sociedade de Hospitais tratava principalmente da atenção hospitalar, suas posições quanto aos dois projetos de lei de forma conjunta serão resumidas, pois, em caso contrário, a apresentação tornar-se-ia por demais repetitiva.

O documento de tomada de posição da Sociedade Alemã de Hospitais consistiu na defesa explícita de interesses particulares. Como não poderia deixar de ser, as principais críticas dos hospitais recaíram sobre o setor ambulatorial. Para conter o crescente déficit, reformas neste setor seriam urgentes. Diversos argumentos foram utilizados para provar esta tese, em especial quanto aos gastos impulsionados pelo crescente credenciamento de médicos no setor ambulatorial e ao alto volume de gastos ambulatoriais per capita na Alemanha³⁵

. Em comparação com outros países, os gastos ambulatoriais per capita na Alemanha encontrar-se-iam muito acima da média, enquanto os gastos hospitalares, muito abaixo³⁶. O crescimento do número de médicos credenciados teria, como resultado, o aumento das internações, pois estas decorrem, na sua maioria, de encaminhamentos dos médicos do setor ambulatorial.

Os médicos vinculados ao setor ambulatorial desencadeariam a maioria dos gastos do sistema através das ações prestadas ou solicitadas (DKG, 1996:202). Assim, a continuidade do aumento do número de médicos credenciados resultaria na indesejável majoração dos gastos ambulatoriais per capita e no subsequente aumento dos gastos em outros setores, cuja conseqüência mediata seria o aumento das taxas de contribuição. Em vista disso, reivindicaram o estabelecimento de regras que controlassem a admissão de médicos no setor ambulatorial de forma mais rígida.

Urgente reforma seria essencial também no setor de emergência. Apesar da alta concentração de médicos vinculados ao sistema havia carência de serviços ambulatoriais de

emergência e a inexistência destes serviços abertos nos fins de semana provocaria internações hospitalares desnecessárias.

Em relação à liberalização de contratos com os prestadores, a sociedade de hospitais posicionou-se contra uma cisão das parcerias. Considerou que as negociações uniformes e conjuntas dos hospitais com as Associações Estaduais das Caixas deveriam ser mantidas como pressuposto à garantia de condições homogêneas de competitividade, ao passo que o estabelecimento de contratos entre cada hospital e cada tipo de Caixa apenas significaria maiores custos de administração.

A experimentação de novas formas de organização da prestação de serviços, como, por exemplo, hospital-dia, novas formas de tratamento pré e pós-hospitalar e novos sistemas de remuneração, foram bem aceitos. Estas deveriam, porém, ser negociadas com as associações estaduais de hospitais, levando-se igualmente em conta as iniciativas dos próprios hospitais.

As proposições para maior atuação dos hospitais na atenção ambulatorial foram aprovadas, bem como a promoção de cooperação e o estabelecimento de formas flexíveis de divisão do trabalho entre os setores ambulatorial e hospitalar, a participação dos hospitais na atenção ambulatorial especializada, e nas comissões de admissão de médicos. Para concretizar a maior participação dos hospitais na atenção ambulatorial, a associação de hospitais reivindicou a participação na definição dos honorários médicos ao lado das Associações dos Médicos das Caixas.

O avanço da atenção ambulatorial sobre a hospitalar, no entanto, recebeu posição contrária, ponderando-se que todos os leitos deveriam ser incluídos no plano estadual, não sendo aceitável a criação de clínicas com leitos de curta permanência, desvinculadas do planejamento hospitalar estadual.

Quanto aos investimentos hospitalares, a Sociedade de Hospitais posicionou-se contra o seu financiamento apenas através do pagamento das taxas de cuidado. Este seria irrealizável sob a condição de estabilidade das taxas de contribuição. Considerou que os investimentos para construção e ampliação de hospitais deveriam continuar sob responsabilidade dos estados. Os outros investimentos, como os voltados para compra de equipamentos e melhorias, seriam assumidos progressivamente pelos próprios hospitais e financiados pelas taxas de cuidado. Um acréscimo das taxas de cuidados para investimentos deste tipo deveria ser legalmente regulado.

Quanto à orçamentação hospitalar, a Associação de Hospitais defendeu que diferenças no volume e no padrão de serviços produzidos fossem levadas em conta tanto na definição do orçamento de cada hospital como nos casos em que este fosse ultrapassado. O financiamento dos custos de utilização deveria ser relacionado o máximo possível aos serviços prestados. Os tipos de custos que não poderiam ser vinculados às ações prestadas deveriam ser agrupados na taxa de cuidados básica. O atual sistema de pagamento por casos globais (por procedimentos) e remunerações especiais deveria ser unificado. A definição de procedimentos e de números de pontos por procedimento seriam negociadas pela administração autônoma em nível federal e, em nível estadual, a definição de valores flexíveis por ponto, com possibilidade de negociação dos mesmos em nível local. Os valores estaduais teriam validade caso não ocorresse negociação diferente em nível local.

A Sociedade Alemã de Hospitais considerou que os estados deveriam continuar tendo a responsabilidade última sobre a atenção hospitalar, porém que o planejamento deveria ser apenas macro, garantindo a autonomia e independência dos prestadores e adequada participação dos envolvidos no processo decisório estatal. Os conflitos deveriam ser resolvidos por nova comissão de arbítrio em nível federal.

Recusaram ainda medidas de controle cujos gastos administrativos adicionais tivessem que ser assumidos pelos hospitais. Assim, a conseqüente sobrecarga administrativa decorrente da substituição do princípio de “benefícios em ações de saúde” (*Sachleistung*) pela restituição de despesas e os gastos decorrentes da obrigatoriedade de informar os serviços e os custos da atenção prestada aos pacientes não deveriam recair sobre os hospitais.

Em relação ao projeto do SPD, os hospitais concordaram com a proposição de vinculação da evolução dos gastos das Caixas à evolução do PIB. Esta limitação evitaria a piora da situação financeira do sistema proporcionada pela vinculação às receitas de contribuição, e os gastos acompanhariam a evolução do padrão de vida da população. Com a redução da participação da renda do trabalho assalariado na riqueza nacional, a definição de teto máximo setorial limitado à evolução das receitas de contribuição faria com que a evolução dos gastos em saúde ficassem em descompasso com a evolução da riqueza nacional. Consideraram, porém, que esta proposta do SPD não fora levada às últimas conseqüências no projeto de lei elaborado, pois os gastos permaneceriam vinculados ao aumento das receitas próprias das Caixas (DKG, 1996:210). Seria necessário também esclarecer como este orçamento global assim definido seria repartido entre os diversos setores componentes do sistema.

A Sociedade Alemã de Hospitais posicionou-se enfaticamente contra uma associação compulsória de hospitais em nível federal, como fora proposto pelo SPD. Considerou-se a legítima representante dos hospitais e parceira da administração autônoma na garantia da atenção hospitalar, não vendo nenhum motivo para a criação de estruturas paralelas.

2. Mapa das posições dos atores. Concepções para a competição: privatização da demanda e concorrência da oferta

Desde a discussão da Lei da Estrutura da Saúde – GSG –, independentemente de posições e interesses específicos, a maioria dos atores sociais assumiu a **competição** como palavra chave para a reforma (Behrens et al., 1996; Gerlinger & Stegmüller, 1995-a). Embora com diferentes ênfases quanto aos determinantes da crise, todos os atores identificaram deficiências na condução do sistema, condicionadas por falta de adequados estímulos à administração mais parcimoniosa dos recursos disponíveis seja pelas Caixas, prestadores ou usuários. O objetivo comum das reformas propostas seria estimular a **concorrência** ao interior do sistema, mecanismo tido como adequado em termos de sua economicidade para garantir funcionamento ótimo.

A concordância quanto à necessidade da introdução de 'nova ordem competitiva' – em qualquer de suas diferentes concepções – tem como pressuposto o insucesso das políticas anteriores de contenção de gastos na estabilização das taxas de contribuição, critério único, utilizado pela coalizão governamental para a avaliação positiva das reformas.

Maior independência para a administração autônoma, alguma forma de competição e estabilização das taxas de contribuição estiveram presentes em todos os discursos. Todos os atores tinham o objetivo de estabilização das taxas de contribuição como pressuposto na apresentação de suas propostas, mas as concepções dos diversos atores sociais e dos partidos políticos para a competição a ser introduzida no seguro social de doença – GKV – foram distintas. Diferiram, em particular, no que diz respeito à privatização ou não do risco de adoecer ou à maneira e extensão em que esta se processaria, e em como deveriam ser redesenhadas as relações entre Caixas, segurados e prestadores de serviços. Isto é, quem deveria competir com quem.

As posições de atores e partidos podem ser qualificadas conforme a ênfase de suas propostas nas medidas de racionalização do comportamento da demanda ou em incentivos à racionalização da oferta, clássica tipificação utilizada por economistas da saúde para qualificar medidas de contenção. Os mecanismos de contenção são agrupados conforme busquem controlar a oferta ou a demanda em **incentivos à racionalização do comportamento da demanda** (diferenciação da cesta, diferenciação de contratos) e **incentivos à racionalização da oferta** (forma de pagamento da atenção hospitalar, sistema de remuneração ambulatorial).

Desse modo, as concepções para a competição também podem ser qualificadas de acordo com a ênfase nos objetivos que se propõem: controle da demanda ou da oferta. O alinhamento em uma ou outra posição, de modo geral, parte de análise distinta do problema. O controle centrar-se-á no lado da demanda se o problema da expansão dos gastos for considerado como ocasionado por utilização inadequada. Buscará o controle da oferta se a inadequação for localizada na prestação. Embora esta distinção pareça apenas baseada em critério técnico, tem implicações políticas importantes. As soluções, fundadas nas distintas concepções para a competição desejada, afetarão de forma muito diferenciada não apenas os grupos sociais como o próprio sistema de proteção.

Gerlinger & Stegmüller (1995) analisam as propostas dos principais atores sociais para a terceira etapa da reforma do sistema social de seguro saúde e identificam duas orientações principais para a competição almejada. Para os defensores da “**privatização da demanda**”, a nova ordem competitiva proposta expressa a perspectiva de imediata privatização dos riscos em saúde, isto é, um deslocamento de gastos para os segurados. Nesta concepção, a maior concorrência entre os prestadores é questão secundária. Por sua vez, a competição é adjetivada como solidária na concepção de “**concorrência da oferta**”. A ampliação dos mecanismos competitivos de condução – em particular, através do fortalecimento do poder de demanda das Caixas – levaria ao enfraquecimento da dominância dos prestadores. Nesta formulação, o perigo de privatização dos riscos e gastos em saúde seria afastado através da manutenção do financiamento solidário e do catálogo de serviços abrangente e único. Exemplos do primeiro grupo são as propostas do Conselho de *Experts* da Ação Concertada em Saúde – SVR e da Federação Nacional das Associações de Empresários (BDA). Os documentos das Caixas e da Central Sindical (DGB) representam o segundo grupo.

As concepções dos partidos quanto à competição a ser introduzida no sistema também são diferenciadas. As propostas apresentadas pela coalizão governamental e pelo partido social-democrata denotam claramente o posicionamento e podem ser alinhadas a uma destas concepções da competição, embora nem todas as medidas sugeridas possam ser igualmente enquadradas. A posição dos verdes, por sua vez, é mais abrangente, envolvendo outros aspectos para além da competição.

A proposta da Federação Nacional dos Médicos das Caixas, em virtude de suas particularidades, não poderia ser enquadrada nas duas genéricas concepções anteriores segundo os autores, que a denominam de “competição cortada ao meio” (Gerlinger & Stegmüller, 1995:10). A corporação médica defende a competição, mas esta deveria ocorrer

apenas entre as Caixas e não entre os prestadores. A posição dos médicos tem grande importância, pois a estrutura corporativa do sistema assegura considerável influência dos mesmos na política de saúde.

Tendo por base a tipificação da competição proposta por estes autores, a seguir serão analisadas as propostas e posicionamentos dos partidos e atores sociais em saúde apresentadas no capítulo anterior³⁷.

Concepção de privatização da demanda

Para os defensores da **privatização da demanda**, a origem do aumento de preços e gastos estaria no fraco desenvolvimento do mercado, condicionado pela ‘exagerada’ regulamentação estatal: planejamento de necessidades no setor hospitalar, plano para equipamentos de grande porte, definição de tetos orçamentários por setor da atenção e normas para o credenciamento de médicos. Na tradição liberal conservadora, a falta de mecanismos de preços na condução da oferta e da demanda e a exagerada regulamentação estatal seriam sérios impedimentos para alocação responsável e eficiente dos meios financeiros. Somente a revalorização dos princípios de mercado poderia resolver a situação, aumentando a eficiência e contendo gastos.

O problema principal para os adeptos desta concepção estaria na ausência de auto-responsabilidade financeira dos segurados, o que produziria utilização inflacionária: a expansiva utilização de ações de saúde para além das necessidades. Seria preciso uma nova relação entre subsidiariedade e solidariedade para garantir maior responsabilidade de cada um. O volume do co-pagamento, até então vigente, seria insuficiente. As quantias a serem pagas seriam muito baixas e restritas a poucas ações (BDA, 1994). Uma participação direta e significativa nos gastos pelos segurados conformaria, segundo esta concepção, o instrumento apropriado para aumentar a sensibilidade dos usuários aos custos e promover utilização responsável dos serviços de saúde (SVR, 1994:181). É por este aspecto principal que se justifica o emprego do termo privatização da demanda para qualificar esta concepção. O termo ‘privatização da demanda’ refere-se à extensão do financiamento privado (Granaglia, 1993:13 *apud* Almeida, 1995:98)

Diversos mecanismos foram propostos para o alcance de novo equilíbrio entre a subsidiariedade e a solidariedade e aumentar a auto-responsabilidade dos segurados. Esta seria alcançada tanto pela ampliação do espectro e majoração do co-pagamento, como também pela separação do atual catálogo unitário de serviços em básico e adicional, de livre escolha pelos segurados, em contrapartida à taxa de contribuição adicional.

A diferença entre estas propostas e as medidas de contenção de custos até então implementadas é que tais formas de privatização do risco de adoecer deveriam ser processadas por meio de mecanismos de competição análogos aos de mercado: a competição das Caixas entre si por segurados.

O catálogo de serviços vigente seria muito extenso e contemplaria ações desnecessárias, com caráter essencialmente de bens de consumo, o que estimularia utilização para além das necessidades. Em vista disso, o Conselho de *Experts* da Ação Concertada em Saúde propôs a redução do catálogo obrigatório de serviços e sugeriu a constituição de diferentes cestas básicas e catálogos complementares eletivos (SVR, 1994).

Os empresários, por sua vez, enfatizam principalmente a necessidade de maior participação dos pacientes nos custos da atenção. Este deveria ser introduzido para todas as ações e ter como limite 4% da renda bruta do segurado. Argumentam que esta reprivatização dos gastos em saúde aumentaria a consciência dos segurados e protegeria a comunidade solidária de abusos. Outra contribuição, nesse sentido, seria a substituição do acesso direto aos serviços por uma necessidade de pagamento por parte do segurado – *Sachleistungsprinzip* ou direito a benefício *in natura* – pelo mecanismo de reembolso de despesas.

Para os empresários, o propósito da contenção de custos é explicitamente aliviar o fator de produção trabalho. Mas, embora a ênfase seja colocada na transferência de gastos para os segurados, uma completa privatização é descartada. Os empresários consideram que o Estado seria solicitado a intervir para garantir redistribuição mínima e a proteção em saúde dos grupos impossibilitados de fazê-lo por si próprios, o que poderia vir a onerá-los com outras taxas e impostos.

O Conselho de *Experts* para a Ação Concertada em Saúde e a Federação Nacional das Associações de Empresários identificam também reservas de economicidade no lado dos prestadores. Diferentes formas de contratação, negociação e remuneração seriam os instrumentos para explorar estas reservas de economicidade. Ponderam que foram ampliadas as possibilidades de conformação de contratos com a introdução da liberdade de escolha dos segurados e a equiparação da estrutura de riscos entre as Caixas. A possibilidade do estabelecimento de diferentes cláusulas contratuais pelo lado dos prestadores significaria a negociação de formas alternativas de organização da atenção – tais como, por exemplo, cirurgias ambulatoriais, paciente-dia, a constituição de ambulatórios em hospitais ou a introdução de novas formas de articulação entre a atenção hospitalar e ambulatorial – e diferenciação das formas de remuneração – pagamento prospectivo por casos globais ou por capitação. Pelo lado dos segurados, significaria a escolha entre diferentes cestas de serviços.

A necessidade de maior competição entre os prestadores, porém, é pouco desenvolvida. Como a evolução dos gastos em saúde é entendida nesta concepção como problema induzido pela demanda, a privatização dos riscos de adoecimento através de co-pagamento e restrições na cesta de serviços seriam as respostas-chave.

A concretização das propostas de aumento da participação financeira dos usuários e de diferenciação da cesta presentes nesta concepção descaracterizaria o GKV enquanto sistema de seguro social, pois elimina parte importante do espectro de ações em saúde do financiamento solidário ao privatizar parcialmente a demanda. Apenas para uma parte das ações em saúde o princípio constitutivo do sistema 'solidariedade' permaneceria válido e passaria a vigir o princípio de equivalência de riscos, até então estranho ao sistema.

Para a coalizão governamental, todos os participantes devem entrar na ordem competitiva. Os mecanismos de preços deveriam conduzir tanto a demanda por, como a oferta de ações de saúde. A crença baseia-se no suposto do *homo economicus* de que “apenas quem está consciente que preços muito altos produzem desvantagens na concorrência, podendo significar até a sua falência, ofertará serviços e ações de preços mais adequados. Ainda, apenas quem percebe que ações médicas custam algo, as utilizará de forma econômica”. Esta é a crença governamental. Na prática, a política da coalizão liberal conservadora restringiu a competição às Caixas e repassou custos da atenção aos pacientes.

Embora a competição devesse incluir todos os participantes do sistema na visão da coalizão governamental, a concorrência entre os prestadores é pouco estimulada. A posição de dominância das Associações de Médicos das Caixas permaneceu inalterada. Novas formas de organização da atenção são restritas a projetos delimitados. O problema principal, para a coalizão governamental seria a falta de auto-responsabilidade financeira dos segurados, que produziria utilização inflacionária, ou seja, a evolução dos gastos em saúde é entendida como problema induzido pela demanda. Assim, a privatização dos riscos de adoecimento através de co-pagamento e restrições na cesta de serviços seriam respostas-chave. Para o governo, a concorrência seria a chave para administração mais eficiente das Caixas e para utilização parcimoniosa por parte dos segurados.

Concepção de concorrência da oferta

Na concepção de **concorrência da oferta** explicitada pelas propostas das Caixas e Central Sindical – DGB –, a evolução expansiva dos custos e as deficiências na qualidade da atenção seriam decorrentes de problemas na oferta, em especial, a assimetria de poder entre prestadores e Caixas – a dominância dos prestadores de serviços –, que implica a baixa

possibilidade de intervenção das Caixas quanto à conformação de diferentes alternativas para preços, qualidade e quantidade dos serviços ofertados concomitante à falta de estímulos para prestação de serviços mais eficiente (Gerlinger & Stegmüller, 1995:17s).

Mudanças nas relações entre as Caixas e os prestadores são o ponto central desta concepção. As possibilidades de intervenção das Caixas na definição das condições, estrutura e formas da prestação de serviços deveriam ser ampliadas. A competição entre as Caixas, promovida pela GSG, deveria ter sua correspondência no lado da oferta de serviços.

A modalidade de reforma decorrente desta concepção implicaria a redefinição do papel das Caixas, que deveria portar-se como compradora de serviços para a sua clientela, enquanto os prestadores concorreriam entre si na oferta de serviços a preços mais favoráveis. Isso seria especialmente necessário no setor ambulatorial para quebrar o monopólio das Associações de Médicos Credenciados, que atualmente fecham contrato comum (*Sicherstellungsauftrag*). As Caixas deveriam poder negociar com diversos grupos de médicos diferentes contratos. Nessa situação, os honorários no setor ambulatorial poderiam ser diferenciados e as Caixas teriam maior capacidade de influenciar na qualidade dos serviços prestados. O sistema de honorários médicos deveria ser modificado de modo a deixar de induzir a expansão das ações como a que ocorre com pagamentos por unidades de serviço. Com isso, eliminar-se-ia a atual assimetria de poder entre Caixas e prestadores.

Para as Associações das Caixas esta nova ordem competitiva não seria contraditória com princípios solidários. A Central Sindical, embora mais moderada, avalia também positivamente a introdução de maior competitividade. Uma competição solidária e construtiva poderia promover a melhoria de qualidade, a capacidade inovadora e a diminuição de preços.

As Caixas propõem flexibilização das formas de assistência e das formas de prestação de serviços. O objetivo seria revalorizar as atividades de coordenação dos clínicos gerais (*Hausarzt*) na orientação global em cada caso quanto ao tratamento necessário, corrigindo falhas na atenção e tornando a atenção mais eficiente. Estímulos para formas cooperativas na atenção ambulatorial – *Hausarztmodell* e *Vernetzen Praxen* – assim como entre diferentes áreas da atenção, articulando os setores hospitalar, ambulatorial e de reabilitação e estes com outros profissionais de saúde não médicos, promovendo redes integrativas de atenção, deveriam ser introduzidos.

Para a Central Sindical, formas alternativas de atenção – como o modelo de clínicos gerais das AOK – poderiam resolver, ao mesmo tempo, problemas de qualidade e economicidade, e o segurado seria o grande beneficiário de uma terceira etapa da reforma do

sistema de saúde. Os segurados seriam estimulados a consultar inicialmente o clínico geral, o qual coordenaria seu tratamento, o que levaria à melhoria da atenção e baratearia custos pela redução de ações desnecessárias e reprimiria as tendências à especialização, medicalização e tecnicismo do ato médico.

Nesta abordagem, a competição seria pela forma de atenção mais eficiente e de melhor qualidade. A concorrência entre as Caixas cumpriria a função de procura pela melhor forma de atenção, constituindo-se as Caixas em verdadeiros procuradores dos interesses dos segurados (Gerlinger & Stegmüller, 1995:20). A contratação de formas de atenção mais favoráveis pelas Caixas, por sua vez, teria como pressuposto o enfraquecimento da oferta.

Para proteger os segurados contra possíveis efeitos negativos da competição e de privatização dos riscos, o catálogo de serviços deveria ser mantido único, padrões de qualidade deveriam ser estabelecidos e os espaços de competição limitados. Ainda para a DGB, o princípio de solidariedade deveria ser fortalecido por meio da ampliação da cobertura do GKV a toda a população ocupada, inclusive funcionários públicos, e pela elevação do salário limite para contribuição ao nível daquele vigente para a previdência social e seguro desemprego (DGB, 1994 *apud* Stegmüller, 1996:206).

Maior independência para a administração autônoma seria também requisito fundamental para a implementação da competição nesta concepção. A introdução da competição implicaria aumento da responsabilidade das Caixas. O Estado permaneceria com as funções de regulação e vigilância, mas uma intervenção estatal tão freqüente, como a que ocorria até então, tornar-se-ia desnecessária.

A posição da DGB sobressai-se das dos outros atores pela manifestação clara e explícita de defesa da solidariedade e pela garantia de atenção integral de melhor qualidade, porém apresenta contradições.

O principal problema das proposições da DGB reside na visão de que a competição poderia ser utilizada exclusivamente para melhorar a qualidade da atenção prestada. A competição entre as Caixas necessariamente é competição por segurados. Em situação de competição, os segurados escolheriam uma ou outra Caixa conforme a oferta de ações e preços. A competição entre as Caixas, então, somente faria sentido se estas oferecessem ações e preços – contribuições – diferenciados. O que, por sua vez, seria totalmente incompatível com o princípio da solidariedade reiteradamente defendido pela DGB.

A posição social-democrata é também por competição solidária. A competição é adjetivada de solidária não apenas porque o princípio de solidariedade permaneceria

garantido. Como pressupostos para a competição entre as Caixas, o princípio de solidariedade teria sido ampliado: a compensação da estrutura de riscos entre Caixas e a ampliação da liberdade de escolha de uma Caixa para a maioria dos segurados tornariam o sistema em seu conjunto mais solidário. Uma solidariedade anterior interna ao grupo de segurados de cada Caixa teria sido substituída por solidariedade entre o conjunto de todos os segurados.

Permanece questão em aberto se a competição entre as Caixas pode ocorrer de forma a que se lhe possa conferir o atributo 'solidária'. Os perigos de seleção de riscos por meio da escolha dos segurados mais atrativos, de estratégias que favoreçam a oferta às custas dos contribuintes e de formas de concorrência que levem à escalada dos preços³⁸ não foram abolidos. Mesmo com a implementação da equiparação de riscos cresce a pressão para desenvolvimento de estratégias de seleção daqueles grupos de pacientes com probabilidade de maiores gastos, como, por exemplo, indivíduos HIV positivo ou portadores de doenças crônicas, em virtude de a morbidade não ter sido incluída como critério na equiparação da estrutura de riscos. Renda, idade, sexo e cota de dependentes são os critérios estabelecidos. (Para a proporção de aposentados, já existia anteriormente compensação).

As diferenças de estratégias propostas pelas diversas Caixas quanto ao nível e formas de negociação para o estabelecimento de contratos, bem como as diferenças de concepção quanto à necessidade e forma da equiparação de riscos, são exemplos de divergências que fazem duvidar que a 'competição solidária' entre as Caixas esteja de acordo com os interesses dos segurados (Gerlinger & Stegmüller 1995:21). Em outras palavras, que a competição não venha a ter conseqüências negativas para os segurados.

Para os **social-democratas**, o problema dos gastos localiza-se principalmente no lado da oferta, devendo portanto ser estabelecida uma competição entre os prestadores. Alinham-se claramente na concepção de '**concorrência da oferta**'. Os social-democratas defendem mudanças na organização da oferta e apresentam em seu projeto de lei uma série de medidas que viria quebrar o monopólio das Associações de Médicos das Caixas na garantia da prestação e promover a competição entre os prestadores, enfraquecendo a dominância dos mesmos nas negociações.

Propõem, entre outras medidas, a reformulação das associações de médicos e das representações do setor hospitalar, assim como a promoção de formas cooperativas de atenção ambulatorial, de contratos integrados entre setores de atenção e a flexibilização da divisão de trabalho entre médicos e hospitais. Demonstram sua preocupação com a privatização dos riscos e as desvantagens adicionais do co-pagamento para pacientes crônicos, propondo mecanismo para reduzir a participação financeira de doentes crônicos com medicamentos.

Embora tenham se manifestado e votado contra as majorações dos valores de co-pagamento, não rejeitam este mecanismo de forma absoluta. Não propuseram a sua extinção.

Competição partida

Os médicos credenciados ocupam posição-chave na prestação e produção de serviços – no sentido de produzir e de provocar a produção – e seriam os principais atingidos com a implementação de maior concorrência entre a oferta. A incumbência dada às associações de médicos credenciados de garantia de atenção (*Sicherstellungsauftrag*), estabelecida no *Sozialgesetzbuch*, seria colocada em questão. O monopólio da corporação médica na negociação de contratos do setor ambulatorial seria quebrado. E este certamente não seria objetivo almejado pelos médicos. Os médicos, embora mencionem a necessidade de maior competição, fazem defesa intransigente de seus interesses pela garantia de seu monopólio. Qualquer concorrência entre os médicos quanto a preços é vista como tendo conseqüências desastrosas. Qualquer definição de normas para os percursos do tratamento é entendida como perda da autonomia profissional.

Pela sua proximidade ideológica com o partido governamental – seu alinhamento com as análises das correntes dominantes sobre as causas da ‘explosão de custos’ –, a Associação Federal de Médicos Credenciados pelas Caixas – KBV – vê-se obrigada a manifestar pelo menos uma concordância verbal com a introdução de mecanismos de competição setorial. As discrepâncias de sua proposta, porém, são claras (Gerlinger & Stegmüller, 1995:22). Para garantir o seu monopólio, a manutenção do encargo de garantia de atenção ambulatorial (*Sicherstellungsauftrag*), definido no Livro das Leis Sociais, é considerada pressuposto básico ao qual não se pode renunciar. A competição não deveria levar à diminuição da solidariedade entre os médicos, afirma o documento, rejeitando o estabelecimento de modelo de compra de serviços pelas Caixas.

Negar a competição pelo lado da oferta não significa, porém, negativa completa da competição. O 'modelo de compra' das Caixas deveria ser transformado, segundo a expectativa dos médicos, em um 'modelo de venda' das Associações de Médicos Credenciados através de competição mais acentuada entre as Caixas. Os médicos defendem competição restrita ao lado da demanda, por isso denominada **competição partida** por Gerlinger & Stegmüller (1995:22s). Não podem ser alinhados na concepção de 'privatização da demanda', pois os médicos são contra a introdução do co-pagamento no setor ambulatorial, ainda que não sejam totalmente contra a inclusão de restrições no catálogo e desejem definir

quais. Uma privatização da demanda não é de seu interesse, pois poderia acarretar redução de suas rendas, uma vez que parte das ações não teria mais o pagamento garantido pelas Caixas.

A posição da Sociedade Alemã de Hospitais, por ser muito específica e referir-se quase exclusivamente ao setor hospitalar, não pode ser imediatamente alinhada nestas concepções. Por um lado, a Sociedade Alemã de Hospitais insiste em maior controle e competição no setor ambulatorial e acata as mudanças na forma de remuneração hospitalar através de pagamentos prospectivos, o que a alinharia com a posição de concorrência da oferta. Por outro lado, não se manifesta contra as medidas de privatização parcial da demanda e apoia as propostas da coalizão governamental em sua primeira versão, o que demonstra posicionar-se apenas em relação aos seus interesses específicos.

A posição do partido verde é também destacada. Diferencia-se das propostas dos outros partidos em razão de sua análise não partir do problema dos gastos. Enfoca aspectos de democratização do seguro social de doença e do sistema de atenção à saúde e problemas de desigualdades na utilização. O partido verde posiciona-se contra a introdução de mecanismos de mercado no sistema, mas concorda, ao mesmo tempo, com a competição entre as Caixas, sugerindo, todavia, a ampliação da compensação financeira da estrutura de riscos e rejeitando veementemente restrições na cesta e seleção de riscos. Os verdes aproximam-se da posição do DGB no que concerne à necessidade de ampliação da solidariedade, de ênfase na prevenção e mudanças no modelo assistencial. Alinham-se com as propostas do partido social-democrata no que concerne a questões de reorganização da atenção e ao acoplamento dos gastos do GKV à evolução da economia como um todo.

3. As leis aprovadas: Leis de Reordenação do Seguro Social de Doença – 1. e 2.NOG – *Neuordnungsgesetz*

Ao final de setembro de 1996, logo após a promulgação da "lei de alívio das contribuições"³⁹, a coalizão governamental divulgou nova proposta para a continuação da terceira etapa da reforma do Seguro Social de Doença (CDU/CSU/FDP, 1996-b1). Esta substituiu os dois projetos de lei anteriores, apresentados pelo governo para a terceira etapa da reforma da saúde: *Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der GKV e Krankenhaus-Neuordnungsgesetz* 1997. A aprovação destes projetos, por alterarem competências das unidades federadas, dependia da concordância obrigatória do *Bundesrat* – Conselho Federal⁴⁰ constituído pelos representantes dos Executivos estaduais –, no qual o partido social-democrata detém a maioria dos votos, mas ambos foram rejeitados.

A nova proposta governamental, composta por dois projetos de lei – "Leis 1 e 2 para Reordenação da Administração Autônoma e da Responsabilidade Própria no Seguro Social de Doença – *Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Neuordnungsgesetz – 1 und 2 NOG)*" –, foi formulada de modo a dispensar a aprovação pelo *Bundesrat*, o Conselho Federal, podendo, para tanto, a coalizão governamental fazer valer sua maioria no *Bundestag* – o Parlamento alemão.

Os projetos de lei apresentados passaram pelas três leituras/discussões ordinárias no Parlamento – *Bundestag* –, sendo, então, encaminhados ao Conselho Federal – *Bundesrat* –, onde foram rejeitados. Não se alcançou um acordo na Comissão de Intermediação entre as duas Câmaras e os projetos voltaram ao *Bundestag*, tendo sido então aprovados pela maioria governamental – *Kanzlermehrheit*. Em meados de novembro de 1996, as primeiras leituras foram efetuadas. O processo de discussão das leis foi mais lento do que o previsto pelo governo e sua votação final ocorreu apenas em 23 de junho de 1997. A entrada em vigor dessa legislação, prevista para fevereiro – 1.NOG – e para abril de 1997 – 2.NOG –, foi adiada, e a aprovação da maioria dos artigos das leis entrou em vigor em julho de 1997.

As leis aprovadas correspondem aos projetos de lei enviados pela coalizão governamental ao Parlamento em outubro; no entanto, mesmo tendo feito valer a maioria parlamentar, foram introduzidas duas alterações no texto final. Uma, incluiu como exceção a elevação das taxas de contribuição sem sanções no caso de serem decorrentes de repasses para

o fundo de compensação de riscos. A outra mudança consistiu na retirada dos artigos que tornavam opcionais os componentes da cesta de serviços.

A proposta segue o estilo das leis de contenção de gastos anteriores. Tem como objetivo principal a estabilização das taxas de contribuição. A coalizão governamental justifica as medidas como necessidade de limitação dos custos sociais do trabalho para a melhoria da situação das empresas alemãs na competição internacional e a redução do nível de desemprego. Para isso, a medida essencial seria a estabilização das taxas de contribuição do Seguro Social de Doença. A meta anunciada pelo governo para o ano 2000 é que o conjunto das contribuições para os seguros sociais não ultrapasse 40% dos salários (lembrando que são paritárias: 20% para o empregador e 20% para o trabalhador) (*Drucksache* 822/96)⁴¹.

A justificativa imediata para a intervenção governamental encontra-se nos repetidos déficits do seguro social de doença – GKV – e no anúncio feito por diversas Caixas acerca da elevação das taxas de contribuição em consequência disso. Em 1995, o sistema apresentou déficit de 7,0 bilhões de marcos e, em 1996, de 6,3 bilhões. Para o governo, estes déficits seriam decorrentes da falta de responsabilidade financeira das Caixas, que ultrapassaram seus orçamentos para medicamentos e outros meios de cura – *Heilmittel* –, e autorizaram gastos em excesso com remoção de doentes, *Kur*, medidas de promoção da saúde e cuidados domiciliares (*Bundesregierung*, 1996:44).

Para o governo, a experiência com a legislação de contenção de custos demonstrou que as leis anteriores foram capazes de limitar a elevação dos gastos do GKV e de suas taxas de contribuição apenas de forma passageira. Com a terceira etapa da reforma, o governo pretenderia efeitos mais duradouros, colocando a estabilização das taxas de contribuição definitivamente sob a responsabilidade dos parceiros da administração autônoma. Apenas seriam abolidos o ‘estritamente necessário seria regulado por lei’ – os ‘instrumentos de condução adequados para o controle da dinâmica dos gastos’ – e as regulamentações excessivas (BR, *Drucksache*, 822/96).

Além de incorporar em parte os projetos de lei rejeitados anteriormente, a nova proposição governamental incluiu um mecanismo coercitivo da ação das Caixas – o acoplamento da elevação das taxas de contribuição à majoração do co-pagamento e restrições no catálogo de serviços – ao tornar opcionais parte das ações prestadas por outros profissionais não médicos, medida posteriormente excluída.

Uma das leis promulgadas – NOG.1 – vincula os aumentos das taxas de contribuição por parte das Caixas à majoração automática e compulsória das atuais taxas e valores de co-

pagamento e define regra especial para desligamento da Caixa, possibilitando o desligamento imediato do segurado no caso de elevação da taxa de contribuição. Altera, ainda, as regras para dispensa de co-pagamento (*Bundestag*, 1997).

A outra lei, ‘2.NOG- 2. Lei para Reordenação do GKV’, aumenta imediatamente os valores de co-pagamento em cinco marcos e amplia as possibilidades das Caixas no estabelecimento de contratos diferenciados com os segurados, introduzindo alguns procedimentos típicos de seguro privado. Os segurados poderão optar pela restituição de despesas; pela restituição de parcela de contribuição como prêmio pela baixa utilização; e pela assunção de percentagem predefinida dos gastos, por assumir uma franquia. A lei, além de abolir diversas medidas de regulação – como o plano para equipamentos de grande porte, os tetos orçamentários fixos para gastos com medicamentos, ambulatoriais e outros métodos terapêuticos – e transferir responsabilidades da Comissão Conjunta de Médicos e Caixas, inclui uma série de medidas relacionadas aos principais setores de atenção.

Na atenção odontológica, substitui a restituição de despesas por taxas fixas para o pagamento pelas Caixas de próteses dentárias, cujos orçamentos devem ser negociados individualmente pelos segurados com seu dentista. Na atenção hospitalar, além de fixar teto máximo para gastos setoriais, introduz a contribuição anual de 20 marcos a ser paga pelos segurados nos próximos três anos, como auxílio de emergência – *Notopfer* –, para a conservação dos hospitais (BR, *Drucksache* 822/96).

A 2.NOG incorporou ainda, na última hora, a mudança do sistema de remuneração ambulatorial, acordada setorialmente – a instituição de pagamentos globais por caso tratado, os *Praxis-Budgets* (*Bundestag*, 1997-b). Esta reforma já havia sido acordada entre médicos e Caixas, tendo sido já definida a data de implementação – 1º de julho de 1997. O grande ganho dos médicos foi a abolição do teto máximo para gastos ambulatoriais e para medicamentos. O valor da unidade de serviço voltou a ser previamente fixado e foram abolidas as sanções coletivas pela ultrapassagem do orçamento de medicamentos prescritos. A condição colocada pelo governo para a abolição do limite de gastos ambulatoriais foi a definição de sistema de pagamento que controlasse a expansão do volume de ações, com contra-incentivos à expansão, o que foi contemplado no novo sistema de pagamento que definiu valores médios de unidades de serviço a serem pagas por caso, denominado *Praxisbudgets*⁴².

A 2.NOG – enviada ao Parlamento no início de novembro de 1996 pelo governo federal – tornava opcionais uma série de ações integrantes do catálogo de serviços. Esta medida, porém, foi excluída da versão aprovada.

A coalizão governamental, para justificar suas medidas, argumentou estar fortalecendo princípios básicos do GKV. Os princípios de administração autônoma e de subsidiariedade implicariam, segundo o governo, a precedência da responsabilidade dos participantes sobre a regulamentação estatal, e esta seria um dos propósitos da terceira etapa. Mas, para evitar que a maior liberdade das Caixas produzisse explosão de gastos e conseqüente aumento das taxas de contribuição, seria necessário fortalecer a responsabilidade financeira das Caixas, obrigando-as a alocar economicamente os recursos a sua disposição e a autorizar apenas as ações necessárias ao atendimento médico.

O acoplamento da decisão de uma Caixa quanto ao aumento da taxa de contribuição ao acréscimo compulsório dos valores de co-pagamento e o direito especial de rescisão de contratos pelos segurados seriam as barreiras adequadas que obrigariam as Caixas a utilizar seus recursos de modo parcimonioso e a negociar contratos mais favoráveis. A combinação de maior grau de liberdade das Caixas, a competição entre elas e a liberdade de escolha para os segurados criariam condições básicas para que as Caixas lidassem de forma responsável com o dinheiro dos segurados (BR, *Drucksache* 822/96:45s).

As medidas propostas objetivariam: fortalecer a responsabilidade dos segurados, ampliar os graus de liberdade da administração autônoma em relação ao estabelecimento de contratos com os prestadores e ao catálogo de serviços, além de aumentar suas obrigações quanto ao controle de gastos e dos serviços prestados, dificultando ao máximo o aumento das taxas de contribuição. No âmbito da experimentação de novos modelos, os parceiros da administração autônoma poderiam desenvolver novas formas de organização e remuneração da prestação de serviços. O setor hospitalar passaria definitivamente a assumir sua parte de responsabilidade na estabilização dos gastos. Na atenção odontológica, a profilaxia e a preservação dos dentes e da saúde bucal seriam privilegiadas.

Com o mote "toda a liberdade para a administração autônoma", o governo tenta retirar-se do cenário, obrigando as Caixas em competição a controlar taxas e gastos através de mecanismos coercitivos para garantir sua sobrevivência.

Primeira lei para Reordenação do GKV -1.NOG

Vinculação do aumento das taxas de contribuição ao co-pagamento

Com o intuito de restringir possíveis aumentos nas taxas de contribuição, uma medida fortemente coercitiva foi introduzida. Por meio da 1.NOG, as Caixas ficam obrigadas, no caso de decidirem pela majoração de suas taxas de contribuição, a aumentar

simultaneamente os valores de co-pagamento de seus segurados. Para cada 0,1 ponto percentual de aumento nas taxas de contribuição, as Caixas deverão majorar em 1 marco os valores de co-pagamento para medicamentos, internações hospitalares, estadas em casa de repouso – *Kur* – e transporte de doentes. No caso de co-pagamentos definidos em percentagens de participação dos usuários nos gastos, como para os chamados “outros métodos de cura” – fonoaudiologia, massagens, por exemplo – e próteses dentárias, estes aumentam em um ponto percentual⁴³.

Caso as Caixas reduzam as taxas de contribuição, os valores de pagamento também serão reduzidos. Os valores porém não poderão ser mais baixos do que os firmados por leis específicas (1.NOG artigo1)⁴⁴.

Regra especial para desligamento da Caixa no caso de majoração da taxa de contribuição

Acoplado a este mecanismo, amplia-se as possibilidades de mudança de uma Caixa para outra através da redução dos prazos para desligamento no caso de majoração das taxas de contribuição. Conforme a regra atual, os segurados têm direito de mudar de Caixa na virada do ano com prazo para rescisão do contrato anterior de três meses. Pela regra especial criada no caso de aumento das taxas de contribuição, os segurados têm o direito de desligar-se da Caixa em questão no prazo de um mês, a partir da vigência da majoração das taxas. Esta regra é válida para todos os segurados que dispõem de liberdade de escolha de Caixas⁴⁵.

Aumento dos valores de co-pagamento⁴⁶

Ao mesmo tempo, os valores de co-pagamento foram imediatamente acrescidos em 5 marcos ou 5%, conforme a forma de participação financeira dos usuários. Este foi o maior aumento já ocorrido. Até então os aumentos haviam sido quase sempre de apenas um marco a cada vez, como havia sido o caso da última majoração pelo *Sparpaket*.

Com os aumentos, os valores de co-pagamento para, por exemplo, medicamentos, passaram dos atuais 4, 6 e 8 marcos conforme o tamanho da embalagem para 9, 11, 13 marcos respectivamente. Tem-se afirmado que cerca de 20% dos medicamentos têm preços inferiores a isto, o que significa dizer que 20% dos medicamentos teriam sido na prática excluídos do catálogo. Para internações hospitalares, o valor do co-pagamento passou de 12 para 17 marcos por dia de internação, ou seja 10 dólares por dia⁴⁷. Para *Heilmittel* – outros meios de cura como massagens, irradiação, inalação, ginástica, fonoterapia e terapia ocupacional –, a taxa de participação dos usuários passou dos anteriores 10% para 15% dos custos do tratamento realizado.

Quadro 13 – Alteração dos valores de co-pagamento através das Leis de Alívio das Contribuições (1) e de Reordenação do GKV (2)

Co-pagamento modalidade	Até final de 1996	Até junho 1997	A partir julho 1997
	(1)		(2)
medicamentos*	3, 5, 7 DM	4, 6, 8 DM	9, 11, 13 DM
dia internação hospitalar - ocidental	12 DM	12 DM	17 DM
dia internação hospitalar - oriental	9 DM	9 DM	14 DM
outros métodos terapêuticos**	10%	10%	15%
custos de viagem	20 DM	20 DM	25 DM
próteses dentárias	entre 40% e 50%	entre 40% e 50%	entre 45% e 55%
próteses dentárias nascidos pós 1978	entre 40% e 50%	100%	100%
dia de internação <i>Kur</i> - ocidental	12 DM	25 DM	mantém
dia de internação <i>Kur</i> - oriental	9 DM	20 DM	mantém
alguns meios de ajuda***	não	não	20%

* De acordo com o volume da embalagem: pequeno, médio, grande. A participação financeira dos pacientes nas internações hospitalares é limitado a 14 dias ao ano. **Heilmittel, como, por exemplo, massagens, ginástica, fonoterapia. *** Bandagens, meias de compressão, palmilhas.

Todas as modalidades de participação financeira dos pacientes foram majoradas, com exceção do co-pagamento para internações preventivas em casa de repouso – *Kur* –, que permaneceu em 25 marcos por dia⁴⁸.

Com isto elevou-se o patamar de participação direta dos usuários e a tendência é de progressão. Com a vigência do mecanismo de aumento compulsório, o aumento hipotético na taxa de contribuição de 0,5 %, por exemplo, acarretaria aumento de 5 marcos em cada uma das modalidades de co-pagamento. Para medicamentos, considerando-se os aumentos definidos pela lei, significaria passar para 14, 16 e 18 marcos conforme o tamanho da embalagem⁴⁹. Isto é, o aumento de meio ponto da taxa de contribuição elevaria em 50% os valores de co-pagamento para medicamentos.

Dinamização dos valores de co-pagamento

Além do aumento automático quando da elevação das taxas de contribuição, as quantias de co-pagamento deverão ser majoradas periodicamente de dois em dois anos, em igual proporção à evolução da renda dos segurados no período. Semelhante dinamização já fora prevista nos projetos de lei anteriores. Estes aumentos vigorarão a partir de 1999 e referem-se apenas às modalidades de co-pagamento definidas em valores monetários fixos. As participações dos usuários, definidas em percentagens, não são alteradas⁵⁰.

As restrições para o aumento das taxas de contribuição viriam suprir uma deficiência da lei anterior – *Beitragsentlastungsgesetz* – que definiu a redução obrigatória das taxas de contribuição de 0,4%, em janeiro de 1997, de forma apenas pontual. Para aumentos

posteriores, não foram previstas sanções. As Caixas poderiam aumentar as taxas de contribuição imediatamente depois ou mesmo antes desta data (Steffen, 1996:7).

O partido liberal – FDP – e o Ministro da Saúde Seefer chegaram a propor, como alternativa ao aumento compulsório dos valores do co-pagamento, a opção pelo congelamento da parcela da taxa de contribuição paga pelos empresários, o que significaria assumir a despedida imediata e transparente do financiamento paritário. A proposta não foi aceita nem ao interior da coalizão governamental, mas serviu enquanto ameaça para garantir o apoio dos descontentes ao mecanismo coercitivo e ao aumento dos valores de co-pagamento.

Para o Ministério da Saúde, a medida estimularia o movimento de segurados, favorecendo a competição entre Caixas. Com este duplo mecanismo, por temor de perda de segurados e de colocar em risco sua própria existência, as Caixas seriam obrigadas a evitar ao máximo os aumentos das contribuições. O acréscimo dos valores de co-pagamento teria efeito de mobilização dos segurados maior do que apenas o aumento das taxas de contribuição. Os segurados em geral têm certa lealdade à sua Caixa e desconhecem o quanto pagam de contribuição (pois é descontada no salário, tal como nossa contribuição previdenciária), mas são obrigados a pagar o valor do co-pagamento para medicamentos cada vez que aviam uma receita na farmácia, por exemplo. Além disso, os segurados criticam mais os aumentos nos valores de co-pagamento do que a majorações das taxas de contribuição (Ulrich, Wemken & Walter, 1994:356)⁵¹. Desse modo, aumentos automáticos no co-pagamento provavelmente seriam um estímulo eficaz para os segurados mudarem de Caixa.

Embora esta restrição tenha alta probabilidade de surtir efeito a curto prazo e seja logicamente construída, não atinge o cerne da questão: problemas estruturais do financiamento (vide gastos) e déficit de condução na prestação. Dada a evolução atual de gastos, é provável que todas as Caixas, por mais que busquem ser eficientes, estarão obrigadas a majorar as taxas de contribuição a médio prazo, caso outros controles sobre os prestadores não sejam implementados. A introdução do mecanismo proposto resultará em dupla penalização dos segurados e, em particular, dos pacientes. Estes tanto pagarão taxas de contribuição mais altas como quantias maiores quando da utilização dos serviços. Além disso, este mecanismo coercitivo poderá vir a impor às Caixas, a médio prazo, a necessidade de introduzirem – por iniciativa própria– restrições à utilização de determinadas ações a fim de evitar aumentos nas taxas de contribuição.

Pelo tipo de medida proposta subentende-se que, para a coalizão governamental, as Caixas dispõem de altas reservas de economicidade. As Caixas, isoladamente, seriam

responsáveis ou estariam em condições de evitar os repetidos déficits sem ter que recorrer a aumentos das contribuições.

Boa parte do déficit é causado por excessivos gastos com medicamentos, para os quais nenhuma recomendação ou controle foi contemplada na proposta governamental. A elaboração de uma lista positiva, definida na GSG, não foi adiante por pressão da indústria farmacêutica. A proposição de lista alternativa pelo Conselho Federal de Medicina de Berlim resultou em processo instaurado por iniciativa da indústria farmacêutica, cujas custas já ultrapassam a casa dos 100 mil marcos.

Com a dinamização dos valores de co-pagamento a cada dois anos e a proibição de redução dos mesmos para um patamar inferior aos valores majorados pela lei, a coalizão governamental estipula um nível mínimo de privatização para o qual não há retorno enquanto permanecer a correlação parlamentar atual. “A precedência da Administração Autônoma” apregoada pela coalizão governamental processa-se mais uma vez dentro de limites bem definidos, que visam evitar ônus para os empresários com custos adicionais.

O tipo de medida proposto torna transparente o significado para a ‘reordenação da responsabilidade própria dos segurados’. Responsabilidade implica maior participação financeira direta dos pacientes nos gastos – deslocamento de gastos do financiamento paritário para os domicílios privados.

Além disso, a regra que obriga as Caixas a aumentarem os montantes de co-pagamento, induz as Caixas a procederem uma seleção de riscos, ou seja, a encontrar todas as formas para atrair os “melhores riscos” – segurados jovens saudáveis e melhor remunerados – e garantir balanço favorável.

Redefinição de limite de acometimento da renda familiar para a participação financeira dos segurados e regra especial para paciente crônicos

Para contrabalançar em parte os efeitos da drástica elevação dos valores de co-pagamento, a regra que define o peso máximo da participação financeira direta dos pacientes sobre a renda familiar foi alterada, tendo sido reduzido o limite máximo para participação financeira dos segurados.

Pacientes crônicos, em tratamento continuado de mesma enfermidade por período superior a um ano, o limite máximo de participação financeira foi reduzido de 2% para 1% da renda familiar anual, a partir do segundo ano de tratamento (*Bundestag*, 1997:1518).

O limite máximo definido para todos os outros segurados obrigados de co-pagamento foi de 2% da renda familiar anual. Isto significou redução da possível carga de participação de segurados de renda mais alta. Para aqueles cuja renda familiar ultrapassa o teto máximo do salário de contribuição, o peso máximo do total de co-pagamento anual – excluído o co-pagamento para tratamento hospitalar, já delimitado em 14 dias por ano – sobre a renda individual foi reduzido dos 4% então vigentes para 2%, ou seja, a quantia total anual de co-pagamento foi restrita, para o conjunto dos segurados, a 2% da renda familiar anual. Os segurados são liberados dos montantes de co-pagamento acima deste limite⁵².

Além disso, crianças até 18 anos e pessoas de baixa renda – por exemplo, casal com um filho que receba até cerca de 1.600 dólares mensais – já eram dispensadas do co-pagamento. Em 1995, cerca de um quarto dos segurados – 8 milhões de segurados de baixa renda e 12 milhões de crianças – foram totalmente liberados do co-pagamento⁵³.

Para ter direito a estas liberações parciais, o segurado deve entrar com processo em que arrola uma série de documentos comprobatórios. Os pacientes são obrigados a pagar os valores de co-pagamento, comprovar que ultrapassam o limite de renda anual e então solicitar restituição⁵⁴.

Durante a discussão do projeto de lei, apenas uma alteração foi introduzida na 1.NOG, anexando-se uma exceção para aumento de taxas de contribuição. No projeto de lei foi estipulado que o aumento automático do co-pagamento teria vigência retroativa à data de apresentação da lei ao Parlamento: 8 de outubro de 1996. No entanto, antes mesmo da aprovação da lei, no início de dezembro de 1996, e contrariando o disposto na ‘lei de alívio das taxas de contribuição’, as Caixas Substitutas decidiram aumentar suas taxas de contribuição, que foram majoradas em 0,5 pontos percentuais. O motivo apresentado para tal foram os repasses efetuados por estas Caixas – que detêm estrutura de riscos dos segurados mais favorável – para as Caixas Locais por conta das regras de compensação de riscos – RSA.

Desde a implantação do sistema de compensação de riscos, depois da entrada em vigor da Lei da Estrutura da Saúde – GSG, em 1993, as Caixas Substitutas aumentaram pouco a pouco suas taxas de contribuição por conta dos repasses realizados, tendo ocorrido redução da amplitude da diferença das taxas de contribuição entre as Caixas (vide análise da evolução as taxas de contribuição).

Com a decisão das Caixas Substitutas, a disputa entre Caixas e Ministério da Saúde agravou-se, sendo o Ministro obrigado a recuar e alterar a 1.NOG. Na versão aprovada inseriu-se uma exceção para os casos de aumento das taxas de contribuição em virtude das transferências financeiras decorrentes da compensação da estrutura de riscos entre as Caixas.

Nestes casos, o co-pagamento não será automaticamente majorado (*Bundestag*, 1997:1518). Além disso, a 2.NOG alterou a data da entrada em vigor do mecanismo, postergando-a para 11 de março de 1997 (2.NOG artigo 18).

Segunda Lei de Reordenação do GKV – 2.NOG

É extensa a segunda Lei de Reordenação do GKV – 2.NOG, contando com 19 artigos que alteram quase cem parágrafos da legislação da área da saúde; entre estas, há 57 alterações do Quinto Livro do Código Social – V SGB. A seguir serão apresentadas as medidas mais relevantes em detalhe (*Bundestag*, 1997-b).

Mudanças no catálogo de serviços

- *tentativa de transformação de ações do catálogo em opcionais*

Na primeira versão do projeto de lei, foram propostas restrições no catálogo de serviços, causando importante impacto político. Ações foram classificadas como opcionais e apresentadas como possibilidades de oferta diferenciada de serviços pelas Caixas com o objetivo de estimular a competição.

Parte das ações – principalmente as realizadas por outros profissionais, assim como a estadia preventiva em casa de repouso, *Kur* – deveriam deixar de integrar o catálogo obrigatório do GKV, ficando como opção a ser estipulada nos estatutos das Caixas. A oposição e diversos atores sociais com interesses específicos, porém manifestaram-se contrários e este item acabou sendo excluído da lei aprovada. Esta foi a principal alteração ocorrida durante a discussão dos projetos de lei da coalizão governamental.

Na primeira versão do projeto de lei da 2.NOG, diversas ações haviam sido denominadas *Gestaltungsleitungen*, significando que cada Caixa poderia decidir em que extensão e condições as ofereceria. As ações tanto poderiam ser mantidas como abolidas do catálogo. Entre as que até então compunham o catálogo obrigatório, foram definidas como opcionais: cuidados domiciliares, custos de transporte de doentes (exceção para emergências), reabilitação e *Kur* (exceção feita para *Anschlußrehabilitation* e *MütterKuren*), além de outros métodos terapêuticos (massagens, banhos com areias medicinais e lama vulcânica, ginástica para doentes, irradiações, banhos medicinais, inalações, tratamentos com luz, fonoterapia, ergoterapia, terapia ocupacional).

O financiamento das ações opcionais continuaria sendo realizado mediante as contribuições paritárias. Seriam vetados, porém, aumentos nas taxas de contribuição em

virtude da utilização destes serviços, e os gastos a eles referentes deixariam de ser levados em conta na compensação da estrutura de riscos entre as Caixas.

Impedidas de aumentar as taxas de contribuição por temor da debandada de segurados e pressionadas pela redução de receitas e pela dominância dos prestadores, as Caixas, muito provavelmente, ver-se-iam obrigadas a cortar estas ações de seu catálogo. Essa possibilidade foi enunciada publicamente por algumas delas (*Die Welt* 15.11.96, p.14).

O volume anual de gastos referente às ações transformadas em opcionais era estimado em 18 bilhões de marcos – mais de 10 bilhões de dólares. Ou seja, uma soma importante, correspondente a 7,6% dos gastos do GKV com ações de saúde e benefícios em 1996. A possibilidade, mesmo que indireta, de corte de soma tão significativa atingiu interesses variados. Uma ampla constelação de atores posicionou-se contra estes possíveis cortes – inclusive integrantes das próprias fileiras da coalizão governamental –, e a medida não foi incluída na lei aprovada. Os grupos especificamente afetados tanto de prestadores como de pacientes posicionaram-se desfavoravelmente.

Em defesa da continuidade no catálogo obrigatório das internações de caráter preventivo – *Kur*, *SPA* em casas de repouso – posicionaram-se os prestadores públicos e privados, os trabalhadores empregados neste setor, através de seus sindicatos específicos, os governos de municípios cujas economias são dependentes destes serviços e os respectivos estados. Contra os cortes em outros métodos terapêuticos, uniram-se pacientes portadores de deficiência, familiares e prestadores na defesa da manutenção das ações e organizaram manifestações de rua expressivas e marcantes.

Substituindo os artigos retirados, a lei aprovada prevê maior competência da Comissão Federal Conjunta de Caixas e Médicos Credenciados, juntamente com prestadores específicos, na definição de ações e orçamentos para a atenção com outros profissionais, cuidados domiciliares, *Kur* etc. Tal medida será detalhada adiante.

- ***ações adicionais***

As Caixas poderão ampliar as ações estipuladas no catálogo único para todos os seus segurados. A margem para a ampliação porém é bem delimitada. A Comissão Federal Conjunta de Médicos e Caixas recomendará quais poderão vir a ser oferecidas como opcionais. As Caixas podem também oferecer em seus contratos, como adicionais, ações anteriormente excluídas do catálogo, por exemplo, algumas medidas de prevenção e promoção da saúde cortadas do catálogo obrigatório pelo *Sparpaket*. Ações adicionais só poderão ser incluídas quando se tratar de ampliação dos itens constantes na cesta atual, por

exemplo, pagamento de taxa de transporte para realização de diálise ambulatorial. A ampliação da atenção ambulatorial, hospitalar e odontológica é vetada, da mesma forma que assegurar tratamento pelo médico-chefe, opção por quarto individual, auxílio-funeral mais elevado, benefício-doença adicional, e tratamento no exterior em caso de viagens. Estas seriam opções de responsabilidade individual. Ações adicionais somente poderão ser disponibilizadas por prestadores já regulamentados, isto é, os atuais tipos de prestadores.

As ações e benefícios adicionais terão como contrapartida taxas de contribuição suplementares, financiadas exclusivamente pelos segurados. Para as medidas adicionais, o pagamento da diferença na taxa de contribuição decorrente é responsabilidade exclusiva dos segurados. É explicitamente vetada a contribuição paritária dos empregadores (Presseamt, 1997:24).

- *regulação da participação financeira das Caixas em cuidados em instituições para pacientes fora de possibilidades terapêuticas*

Para pacientes fora de possibilidades terapêuticas, que necessitem de tratamento paliativo em regime de internação – *Hospizen* – em sua última fase de vida, quando esta atenção não puder ser prestada a domicílio, receberão adicional fixo diário definido nos contratos dentro de limites estabelecidos na legislação (2.NOG, art.1, §12). Atualmente, este adicional foi fixado em 250 marcos diários e corresponde a cerca de 50% da diária média nestas instituições⁵⁵. A atenção nestas clínicas é financiada por vários setores: Caixas, assistência social, seguro de cuidados de longa duração, doações e, de modo privado, pelos usuários. Até então as Caixas forneciam ajuda não regulada em lei para estas instituições (Presseamt, 1997:44). Tal medida pode ser considerada ampliação da cesta.

- *outras alterações no co-pagamento*

A proposta inicial de exclusão dos meios de ajuda (meias de compressão, bandagens, compressas etc.) do catálogo, transformou-se em 20% de participação dos usuários (2.NOG art.1 par.10). Ampliaram-se também as possibilidades de as Caixas, juntamente com os prestadores, definirem novas modalidades de co-pagamento para outras áreas de reabilitação (2.NOG, art.1 parág.14), como, por exemplo, para dependentes de drogas e geriátria, que ficariam nos níveis das internações hospitalares (14 e 17 marcos diários por, no máximo, 14 dias).

Encontra-se em aberto a possibilidade de as Caixas elevarem as quantias das atuais modalidades de co-pagamento previstas pelo Livro Quinto do Código Social V SGB. A introdução de novos itens de co-pagamento somente é viável para ações adicionais definidas

nos contratos (2.NOG, art.1, §55). Escalonamentos não são permitidos, assim como o estabelecimento de qualquer modalidade de co-pagamento para atenção de menores de 18 anos.

- *outras alterações na cesta*

Afora a majoração e as mudanças em regras de co-pagamento, o catálogo de serviços sofreu diretamente alterações que podem ser consideradas cortes quantitativos da cesta garantida. As maiores correm por conta da mudança na atenção odontológica, que incluiu novas medidas de profilaxia individual para segurados de diversas faixas etárias (acima de 18 anos, aos 10 anos mais uma consulta para diagnóstico precoce, até 6 anos profilaxia de grupo, profilaxia para crianças de 0-3 anos) e excluiu o emprego de alguns materiais para próteses e os implantes dentários (exceções para casos de doenças sistêmicas graves) do catálogo. Nesta área foram criadas taxas fixas para pagamento de próteses pelas Caixas, substituindo a participação financeira dos segurados, que variava entre 40 e 50%. Esta alteração provavelmente redundará em maiores gastos para os segurados, o que pode também ser entendido como corte no catálogo.

Modelo de parcerias para outros métodos terapêuticos – Heilmittel –, cuidados domiciliares e Kur, e reabilitação

Substituindo os artigos retirados da primeira versão da lei que tornava adicionais uma série de ações, a lei aprovada prevê maior competência da Comissão Federal Conjunta de Médicos Credenciados e Caixas, juntamente com prestadores específicos, na definição de ações e orçamentos para a atenção com outros profissionais da área da saúde, os chamados outros métodos terapêuticos, para cuidados domiciliares, *Kur* e ações de reabilitação.

O objetivo da medida seria combater as elevadas taxas de crescimento de gastos nestes âmbitos nos últimos anos. Com tal mecanismo, a coalizão governamental pretende concretizar a competência da *Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen* – Comissão Federal Conjunta de Médicos Credenciados e Caixas sobre a prescrição destas ações. Ao mesmo tempo, o procedimento proposto permitiria maior participação das organizações dos prestadores nas decisões pertinentes a suas áreas de competência (*Presseamt*, 1998:23).

As Associações Federais das Caixas e as associações dos prestadores específicos – fonoaudiólogos, massoterapeutas, fisioterapeutas e outros – acordarão recomendações gerais – *Rahmenempfehlungen* – para garantia da qualidade e eficiência da prestação dos serviços em pauta. Negociações estas nas quais os médicos tomarão parte.

Esta medida expande o modelo corporativo da prestação ambulatorial médico-odontológica a outras áreas da atenção e fortalece concomitantemente a posição dos médicos ao interior do sistema de atenção. A responsabilidade sobre estas ações é transferida em grande parte para as Caixas e prestadores.

Opções para contratos diferenciados com os segurados

São mantidas as possibilidades para estabelecimento de contratos diferenciados, constantes do projeto de lei anterior, com os segurados. Estes poderão optar entre a restituição de despesas e *Sachleistung*; pela restituição de parcela de contribuição como prêmio pela baixa utilização; e pela assunção de percentagem dos custos – uma franquia.

- ***opção por franquia***

A assunção de percentagem dos gastos pelos segurados em contrapartida a taxas de contribuição mais baixas – uma das novas possibilidades de estabelecimento de contratos prevista – ocorrerá no âmbito da restituição de gastos. As Caixas podem definir em seus contratos que os contribuintes, ao escolherem a restituição de despesas ao invés dos benefícios em ações, *Sachsleistungsprinzip*, poderão assumir parte das suas despesas com saúde sob responsabilidade das Caixas pelo período de um ano (2.NOG, art. 1, §15).

A opção por uma franquia – *Selbstbehalt* –, admissão pelos segurados de parte definida dos gastos, tem como contrapartida contribuições mais baixas estipuladas nos contratos. Cada Caixa deverá ofertar uma franquia para seus segurados e correspondente redução da taxa de contribuição. A diferenciação de contratos de forma individualizada está vetada.

Esta nova alternativa para contratação do seguro social pelo contribuinte é uma forma de asseguramento parcial, em que ele renuncia a parte da cobertura. Através disso, amplia-se a participação financeira direta dos segurados. Embora as franquias mencionadas pelos defensores deste tipo de proposição sejam baixas – foi sugerido que correspondessem ao valor de uma contribuição mensal –, trata-se de mais uma forma de privatização parcial do risco de adoecer. A redução da taxa de contribuição refere-se apenas à parcela correspondente ao segurado, já que é este que arcará com as prováveis despesas adicionais. A parcela de contribuição do empregador permanece inalterada.

Para o segurado, como somente lhe é possível a opção por uma franquia no âmbito da restituição de despesas, significa ter que pagar todos os serviços utilizados e solicitar a restituição posterior dos valores pagos que ultrapassarem a franquia contratada.

- *recompensa monetária pela não utilização*

A devolução de parcela de contribuição como recompensa pela baixa utilização, até então prevista em um modelo experimentado pelas *Ersatzkassen*, é ampliada para todas as Caixas. Para os contribuintes que foram segurados por três meses ou mais, as Caixas poderão devolver uma parcela de suas contribuições caso o contribuinte e seus dependentes não tenham utilizado serviços (BR, *Drucksache*, 822/96:71). Para efeitos da recompensa, ações de caráter preventivo – legalmente definidas –, assim como a utilização de serviços por menores de 18 anos não são consideradas. Mesmo nestas situações, a recompensa é atribuída (2.NOG, art. 1, §15)⁵⁶.

- *restituição de despesas*

A possibilidade de opção pela restituição de despesas ao invés do acesso à atenção sem pagamento, até então exclusiva dos segurados voluntários – *Freiwilligversicherte* – foi ampliada para todos os segurados. A restituição é restrita à utilização de serviços credenciados e o valor da restituição será no máximo igual ao montante pago pelas Caixas diretamente aos prestadores pelo atendimento dos outros segurados.

É de se pressupor que os segurados não optariam livremente pela restituição de gastos. Esta teria apenas a desvantagem, ao contrário do acesso atual aos serviços sem necessidade de pagamento, da obrigatoriedade de desembolso individual e solicitação da restituição.

A restituição de despesas, porém, pode ser uma opção a mais para os prestadores aumentarem suas receitas (Steffen, 1996). Estes teriam em suas mãos um instrumento para a separação gradual entre serviços básicos mais baratos e serviços opcionais mais caros e pagos privadamente. Ou para a continuidade da prestação de serviços excluídos do catálogo, em comum acordo entre médicos e Caixas, em nível nacional, por se tratar de ações consideradas não determinadas por necessidades médicas⁵⁷.

No raciocínio dos defensores deste tipo de mecanismo, o pagamento direto tornaria os custos mais transparentes para os segurados e proporcionaria o desenvolvimento de maior consciência dos segurados sobre os custos da atenção, estimulando utilização mais parcimoniosa dos serviços de saúde.

Ampliação das possibilidades de experimentação de novos modelos – Modelvorhaben

Outro tipo de medida é a ampliação da possibilidade de inovações nas formas de organização da prestação e da atenção – diferentes do legislado –, através de projetos pilotos acompanhados pela avaliação técnica de um comitê independente de *Experts*.

As possibilidades para empreender novos modelos – medida introduzida em lei anterior – serão ampliadas com o objetivo de melhorar a qualidade e economicidade da atenção e estimular a capacidade inovadora dos participantes do sistema (*Presseamt*, 1997:26). Poderão ser elaborados projetos de prazo determinado para pôr em prática novos métodos e formas de organização, financiamento e remuneração da prestação de serviços, assim como novas formas de tratamento, reabilitação e prevenção. Todavia, não poderão ser experimentados métodos que tenham sido recusados pelas associações nacionais de médicos ou das Caixas nem modelos utilizados para a investigação de questões relativas à pesquisa farmacêutica ou médica.

Os modelos experimentais devem ser negociados pelas Caixas com os prestadores e têm a duração máxima de oito anos (anteriormente, cinco), sendo livre a participação de segurados e prestadores. É fixado também um prazo para a divulgação da avaliação dos modelos experimentados com o intuito de possibilitar ou não a ampliação de seu emprego pelo conjunto do sistema (BR, *Drucksache*, 822/96:78).

No setor ambulatorial, como sempre, os projetos piloto deverão ser acordados com as Associações de Médicos das Caixas, – regionais ou nacional –, vetando-se a negociação com grupos de médicos. As Associações Nacionais das Caixas e a Associação Federal de Médicos das Caixas negociarão as linhas gerais para a experimentação de modelos, definindo pressupostos e condições para a sua realização. Um novo modelo somente poderá ser experimentado quando, no mínimo, 50% dos médicos que preenchem os requisitos para a participação no projeto proposto estiverem de acordo (2.NOG, art.1, §21).

Esta medida já integrava os anteriores projetos de lei da coalizão governamental e foi mantida, com modificações. A definição de quorum mínimo para a experimentação dos modelos foi alterada na lei aprovada. Com esta norma, foram levadas em conta as exigências dos médicos em relação ao projeto anterior (*Ärzte Zeitung*, 24.10.96). As Associações de Médicos das Caixas, organizadas em âmbito nacional e federal, colocam-se frontalmente contra a possibilidade de introdução de negociações em níveis inferiores de organização, o que poderia interferir em sua ascendência hierárquica sobre o conjunto dos médicos.

Qualquer medida que signifique possíveis fissuras no monopólio de representação do conjunto dos médicos credenciados e de garantia da atenção ambulatorial é rejeitada. No projeto de lei anterior, eram definidas duas regras para a negociação com grupos de médicos, sendo que, em uma, a participação das Associações de Médicos não era necessária, o que significava a possibilidade de pequenas fraturas – competição entre os prestadores – no monopólio da atenção ambulatorial exercido pelas Associações de Médicos das Caixas. Esta regra foi excluída da lei aprovada, na qual se estabelece que as Associações de Médicos negociarão com as Caixas as condições para participação de grupos de médicos. Esta alteração mostra mais uma vez o poder de influência da corporação médica na formulação da política de saúde. Constitui, ao mesmo tempo, mais um exemplo de como o projeto governamental descarta o controle sobre os prestadores, priorizando medidas restritivas privatizadoras da demanda.

Novas formas de organização da atenção – Strukturverträge

Outra importante medida é a permissão para negociação com os prestadores de modelos integrados de atenção das Caixas – como aqueles por elas propostos: o modelo do médico generalista, *Hausarzt AOK modell*, e consultórios em rede, *vernetzen Praxis* – entre as Associações Estaduais das Caixas e as Associações Estaduais de Médicos Credenciados. Nestes contratos de ‘estruturas de atenção e remuneração’ – *Strukturverträge* – um clínico geral ou consultórios associados em rede, escolhidos pelo segurado, responsabilizam-se pela garantia da atenção e pela qualidade e eficiência da atenção ambulatorial prestada, assim como pelo todo ou parte acordada das prescrições e encaminhamentos solicitados (2.NOG, art.1, §24).

A introdução destes novos modelos de organização da atenção – do tipo *managed care* – poderá produzir importantes alterações no sistema de atenção. É porém difícil prever em que extensão serão realizados. Em curto prazo, não serão provavelmente muito difundidos, pois dependem da adesão voluntária individual dos prestadores e dos segurados e somente serão implementados com a aquiescência e participação das Associações de Médicos das Caixas.

A lei incluiu ainda outra medida relacionada à racionalização da atenção. A definição de medidas para evitar a utilização descoordenada e repetida passa a ser responsabilidade dos parceiros da administração autônoma – médicos e Caixas (2.NOG, art.1, §26).

Mudanças na remuneração médica – valores globais por casos tratados

Como apresentado no capítulo referente ao setor ambulatorial, a 2.NOG incorporou a mudança de remuneração médica acordada entre Caixas e médicos credenciados. A lei define regras gerais que permitem a implementação dos *Praxisbudgets*. A remuneração global setorial será acordada anualmente, com base em valores fixos por unidade de serviço prestada e a distribuição dos honorários entre os médicos terá, como critérios, o número e valores médios dos casos tratados, diferenciados por especialidade. O volume regular de ações a serem prestadas por médico segundo a especialidade será definido, adotando-se como critérios os valores por caso, número de casos, atenção necessária e idade dos segurados (2.NOG, art.1, §28).

Este novo sistema, como já fora acordado, foi imediatamente implementado. Desde primeiro de julho de 1997 vige o novo sistema de remuneração dos honorários médicos, que define orçamento máximo por consultório conforme o número de casos tratados. As Associações de Médicos das Caixas e as Associações da Caixas negociaram para cada estado valores diferenciados por caso tratado conforme a especialidade. Os valores por caso tratado – todas as ações prestadas para um mesmo segurado durante um trimestre – são também diferenciadas entre aposentados e segurados ativos. Trimestralmente, para cada médico, é disponibilizado um orçamento definido em número de pontos que resulta da multiplicação do número de pontos estabelecido por caso – conforme a sua especialidade – pelo número de casos tratados. Dentro deste orçamento, o médico resolve quais serviços prestará. O orçamento é, ao mesmo tempo, um teto máximo, cujo pagamento total dependerá do volume de serviços prestados para o conjunto de casos. Se o médico prestar menos serviços em média por paciente do que o estipulado como número de pontos médios por caso, receberá apenas o valor correspondente aos serviços prestados. Se prestar em média mais serviços por caso tratado do que o estipulado, receberá somente o valor do teto.

São também previstas sanções no caso de aumento exagerado do número de casos tratados por trimestre. Se o número de casos tratados por um médico ultrapassar o acordado, estão previstas reduções nos honorários correspondentes aos casos excedentes, buscando evitar a expansão do volume de serviços prestados.

No novo esquema, a viabilidade de expansão do volume de ações está na multiplicação do número de casos tratados. A possibilidade de aumento dos gastos ambulatoriais por esta via – um *boom* de encaminhamentos – é dos principais problemas do novo sistema. Não se pode descartar, igualmente, um racionamento da prestação de serviços. Mesmo com as medidas incluídas na lei para evitar ambos os casos – redução dos valores

pagos para casos excedentes e pagamento apenas do volume de pontos prestado – estas hipóteses de aumento dos gastos setoriais totais e de racionamento de atenção em nível individual não podem ser descartadas de antemão.

Com a instituição do novo sistema de pagamento foi abolido o orçamento fixo para o setor ambulatorial, o que parece ser importante vitória dos médicos. Deste modo, para os médicos, é possível que tenham predefinido o valor do ponto individual das unidades de serviços para pagamento das ações prestadas, de fato, estabelecido pela lei. Anteriormente, com a definição de tetos orçamentários para o setor, quanto maior o volume de ações prestadas pelo conjunto dos médicos menor o valor monetário de cada ponto atribuído às unidades de serviço. O médico, ao prestar uma ação, não sabia de antemão quanto receberia por ela. Na última década, esta foi a forma de contenção da renda dos médicos, mas produziu em contrapartida uma explosão incontrolável do volume de serviços⁵⁸. A atual forma de remuneração busca coibir a expansão desenfreada do volume de ações que ocorria até então.

A coalizão governamental defende explicitamente os médicos no documento em que justifica as medidas propostas. Para a coalizão governamental, os gastos ambulatoriais não são problema, pois sua participação no conjunto dos gastos do GKV reduziu-se nas últimas décadas e a renda média dos médicos declinou. O problema estaria nas ações desencadeadas pelos médicos. Para cada \$1 marco gasto na atenção médica ambulatorial, o médico prescreve ou solicita serviços no valor de 4 marcos. Nestas ações é que as Caixas deveriam centrar seus esforços de controle (Preseamt, 1997:29).

Abolição dos orçamentos fixos para medicamentos e ‘outros métodos de cura’ e negociação de orçamento indicativo – Richtgrösse

Os tetos orçamentários fixos para a assistência farmacêutica e para ‘outros métodos terapêuticos’ foram abolidos e substituídos por orçamentos ‘recomendáveis’, norteadores. Isto é, os orçamentos não serão mais definidos previamente de forma fixa, mas apenas serão negociados montantes recomendáveis – portanto, flexíveis – que deveriam orientar a ação dos prestadores.

Deverão ser negociados entre médicos e Caixas tetos financeiros orientadores – *Richtgrösse* – por especialidade para o conjunto dos gastos desencadeados pelos médicos – medicamentos, outros métodos terapêuticos (2.NOG, art.1, §27).

Novidade nestas duas áreas é a negociação do volume de gastos desencadeados pelos médicos, diferenciado por especialidade. Estes orçamentos indicativos serão a base para a realização das provas de economicidade. Caso o volume de gastos produzidos no período por

determinada especialidade ultrapasse o recomendável, as provas de economicidade – que avaliam desvios individuais da média – serão realizadas, e os médicos responsáveis pelos excessos serão penalizados individualmente com redução de sua remuneração, caso não comprovem justa razão para maiores gastos com os serviços prescritos. Até então, as regressões da remuneração médica no caso da ultrapassagem dos orçamentos fixados incidia sobre todos os médicos no mesmo nível.

Os orçamentos indicativos, contudo, não estabelecem teto rígido para o total de gastos por setor, o que poderia resultar em aumentos de gastos nestas áreas. Em anos anteriores, sob a ameaça de cortes nas remunerações em decorrência da provável ultrapassagem dos tetos para medicamentos – caso fosse mantido o ritmo das prescrições –, os médicos mudavam seu comportamento ao aproximar-se o final do ano, reduzindo de forma significativa o volume de prescrições para manter-se nos limites do orçamento fixado⁵⁹.

Todo o processo destas negociações é longo e cheio de idas e voltas. Em caso de desacordo Comissões de arbitragem podem ser chamadas a intervir. Muitas vezes, os orçamentos –de hospitais, setor ambulatorial ou medicamentos – chegam a ser negociados quando os gastos já foram realizados, após o término do ano (Presseamt, 1997:30, Kolb, 1997; Baumann, 1997)⁶⁰.

Ampliação das competências da Comissão Conjunta de Médicos e Caixas no planejamento de necessidades

Com a Lei da Reordenação – NOG – a competência da Comissão Federal Conjunta de Médicos Credenciados e Caixas foi expressivamente ampliada através de diversas medidas. Uma delas foi a ampliação das competências desta comissão na definição do número de médicos necessários – *Bedarfsplanung* –, possibilitando a entrada de novos médicos nas *Praxis* já existentes, e a alteração dos padrões de necessidade de recursos humanos, estimulando a admissão de médicos de ambulatório que também tratam de seus pacientes em hospital – *Belegärzte* (Presseamt, 1997:32).

Estímulo à profilaxia individual e novas restrições para próteses dentárias

Em relação à atenção odontológica, novos cortes foram efetuados. Com o *Sparpaket*, excluíram-se completamente as próteses e coroas dentárias do catálogo de serviços para segurados nascidos após 1978. Na 2.NOG, uma série de restrições foram introduzidas em relação a próteses dentárias para os segurados que haviam permanecido com direito a elas. Jaquetas de cerâmica e implantes foram excluídos do catálogo, bem como limitado o número

de dentes a serem substituídos pelas próteses por arcada. A realização de profilaxia individual é promovida através de estímulos financeiros.

Novas medidas de profilaxia para grupos considerados não adequadamente cobertos foram adotadas. Ampliou-se a profilaxia para gestantes, para crianças desde o nascimento até a idade de jardim de infância – 0 a 3 anos –, assim como para adultos.

A medida mais importante em termos de possibilidade de maior privatização dos gastos com atenção odontológica consistiu na alteração da forma de participação das Caixas no financiamento de prótese dentárias. Substituiu-se a restituição de percentagem dos gastos com próteses, até então vigente – que variava entre 40 e 50% – por valor fixo para cada tipo de prótese. A taxa é paga diretamente ao segurado e a negociação de preços ocorre no âmbito privado da relação dentista-paciente. Anteriormente, o dentista fazia a proposta de orçamento que era avaliada pela Caixa e, deste modo, a Caixa tinha certa interferência na definição de preços pelos dentistas.

Os valores fixos – *Festbetrag* – serão valores gerais definidos para diversos tipos de próteses padrão e incluem as despesas com dentista e protético. A ordenação de tipos-padrão de próteses dentárias e o estabelecimento dos valores monetários será responsabilidade da Comissão Federal de Caixas e Dentistas, tendo por base as tabelas vigentes de honorários e uma série de regras estabelecidas na lei, que evitam a elevação dos gastos deste setor da atenção. Os valores serão diferenciados entre as Regiões Oriental e Ocidental (*Bundestag*, 1997-b:1522).

A taxa fixa pode variar. Seu valor é vinculado à realização de profilaxia, para a qual novas medidas são introduzidas também para adultos a partir dos 18 anos (selar, aplicação de flúor). Caso o segurado a realize de modo regulamentar adequado, as taxas fixas pagas pelas Caixas são elevadas em 20% (anteriormente, o valor restituído variava em 10%). No caso de consultas anuais regulares – a partir dos 18 anos – ou semestrais – durante a infância, nos 10 anos anteriores, o paciente recebe bônus adicional de mais 10%.

Aqui subentende-se que a realização de profilaxia individual, ademais de ser considerada preventiva da necessidade de próteses, corresponde ao exercício da auto-responsabilidade, pelo qual o segurado deve ser recompensado. É difícil prever, contudo, sua repercussão sobre os gastos. Como as medidas preventivas são predominantemente de caráter individual, redundam em aumento da utilização – consultas odontológicas mais frequentes⁶¹ – e em conseqüente acréscimo de gastos com atenção odontológica geral em curto prazo, ao passo que a redução da necessidade de próteses, se alcançada, somente o será a longo prazo.

Com estas medidas, a coalizão governamental pretenderia estimular a prevenção e responsabilidade de dentistas e pacientes. Os dentistas, por sua vez, estão completamente a favor da lei.

Os valores fixos a serem pagos entraram em vigor em janeiro de 1998. A Comissão Conjunta de Dentistas e Caixas definiu 14 classes de próteses com três categorias de preços: sem bônus, com bônus e para casos sociais. Os preços correspondem a 50% do valor de médio dos preços acordados no setor⁶².

Atenção hospitalar: limitação de gastos e desregulamentação

Sob o mote da desregulação/desestatização – *Entstaatlichungsmassnahme* – na atenção hospitalar, diversas regras legalmente definidas foram abolidas e a responsabilidade pelas mesmas transferidas para os parceiros da administração autônoma. O plano de equipamentos de grande porte⁶³ e a regra para definição da necessidade de recursos humanos foram abolidos. A definição das necessidades de pessoal hospitalar passa ser responsabilidade da administração autônoma, deixando de ser legislada⁶⁴. O desenvolvimento do sistema de pagamento hospitalar, a ampliação do catálogo de diagnósticos e procedimentos para o pagamento prospectivo de valores globais por paciente internado também passam a ser atributo conjunto de Caixas e hospitais (BR, *Drucksache*, 822/96:51). Caso as Associações das Caixas e dos hospitais não entrem em acordo, uma nova comissão de arbítrio foi prevista (Preseamt, 1997:39).

Pela lei, a evolução dos gastos hospitalares é mais rigidamente controlada. Os orçamentos hospitalares e os preços por procedimentos globais somente poderão ser majorados de acordo com a taxa de aumento dos salários básicos, ou seja, os gastos hospitalares deverão também acompanhar a evolução das receitas das Caixas e não mais a evolução dos salários do setor público. Para 1997, a taxa de majoração dos orçamentos hospitalares foi definida pela lei em 1,3% para a região ocidental e 2,3% para a Região Leste⁶⁵. A delimitação da evolução dos gastos hospitalares pela taxa de aumento das receitas de contribuição das Caixas seria uma forma de congelamento da participação atual dos gastos hospitalares no total dos gastos do GKV. Um aumento dos gastos hospitalares superior à evolução das receitas de contribuição somente será possível se justificado por novas necessidades médicas ou avanços da Medicina. Deste modo, segundo a coalizão governamental, estaria garantida a incorporação de inovações tecnológicas.

Tornaram-se mais rígidas as regras para que os hospitais individuais se mantenham nos limites dos tetos orçados. No caso de não serem atingidas as metas acordadas nos

montantes orçados – dias de internação e número de casos das tabelas de procedimentos globais e remunerações especiais –, a receita do hospital será inferior ao valor orçado. Como forma de cobrir parcialmente os custos fixos, as diárias a menos serão remuneradas em 50% do valor orçado (anteriormente o eram em 75%). Do mesmo modo, quando os hospitais prestarem mais serviços do que o prospectivamente acordado, terão seu pagamento reduzido de forma escalonada. A redução é diferenciada entre diárias – pelas quais o hospital receberá apenas 10 e 15% dos seus valores, conforme o patamar de ultrapassagem dos orçamentos – e procedimentos globais pelos quais o hospital receberá apenas 25% do preço (anteriormente, 50%)⁶⁶.

Os gastos com obras de maior porte para conservação dos hospitais – até então financiados pelos estados – serão incluído no cálculo do valor das diárias hospitalares⁶⁷. Para os anos de 1997 a 1999, por conta disto, definiu-se legalmente um aumento das diárias hospitalares e procedimentos globais em 1,1% – cerca de 1 bilhão de marcos. Os gastos extras das Caixas decorrentes deste deslocamento serão cobertos por uma taxa anual de 20 marcos, paga pelos segurados apenas durante os três primeiros anos (BR, *Drucksache*, 822/96:51)⁶⁸. Os investimentos hospitalares, para aqueles incluídos no plano estadual, permanecem como encargo dos Estados.

Informação aos segurados sobre as despesas realizadas

Em virtude da polêmica que gerou, não se pode deixar de mencionar a medida que obriga hospitais e médicos a informar os serviços realizados e os gastos efetuados a cada um dos pacientes que solicitarem. Embora pareça uma medida simples de controle, cuja implementação não acarretaria maior dificuldade, fizeram-se sentir fortes resistências tanto das Caixas como dos prestadores, sob a alegação de que não estavam dispostos a assumir os gastos administrativos adicionais oriundos desse tipo de informação.

Este é o conteúdo das principais leis para a ‘terceira etapa da reforma da saúde’. As propostas da coalizão governamental para a “continuidade da terceira etapa da reforma da saúde” foram muito criticadas, mas mesmo assim a maioria delas permaneceu na lei aprovada, acima apresentada. Os críticos mais contundentes viram no novo pacote da coalizão governamental o desmonte do sistema de seguro social de saúde: seu princípio básico de solidariedade estaria sendo ferido e haveria o perigo de uma americanização do sistema de saúde alemão. Elevação nas taxas de contribuição, cortes no catálogo, aumento progressivo da participação dos segurados nos gastos, segmentação de clientelas, atenção recebida

conforme as possibilidades financeiras individuais foram as tendências prognosticadas. Aumento da participação dos gastos de saúde como proporção do PIB e nível de saúde mais baixo seriam as últimas conseqüências (Steffen, 1996).

A Central Sindical - DGB - *Deutscher Gewerkschaftsbund* repudiou fortemente a lei. As justificativas básicas apresentadas eram de que atingiria princípios fundamentais do sistema de seguro social, ao mesmo tempo em que não incluiria efetivas respostas aos problemas existentes. A proposta da coalizão governamental havia sido considerada "o adeus ao seguro social de saúde solidário". O conceito "precedência para a administração autônoma", que até recentemente era entendido como possibilidade para uma "competição construtiva" no GKV, passou a ser entendido pela DGB, na proposta governamental, rótulo para melhor "vender dirigismo estatal e contenção de gastos às custas dos segurados" (DGB, 1996-a:11; DGB, 1996-b). A DGB considera que, com a nova lei, os princípios básicos de solidariedade e necessidade e o financiamento paritário serão atingidos. Empregadores e pessoas saudáveis seriam beneficiados; os doentes, prejudicados. A redução dos gastos financiados paritariamente teria como preço o aumento dos gastos financiados individualmente pelos segurados (DGB, 1996-b:4).

A pior e principal conseqüência da implementação das medidas propostas será, na visão da DGB, a "eliminação de um elemento central do Estado Social: a garantia de uma atenção adequada independente da situação financeira de cada indivíduo. A coalizão eliminará a médio prazo um importante componente da paz social" (DGB, 1996-a:13).

Os médicos credenciados inicialmente lançaram nota conjunta com as Caixas, criticando a primeira das duas leis aprovadas, a 1.NOG. Concordam com o objetivo de estabilização das taxas de contribuição através da renúncia a ações médicas desnecessárias e de mudanças no sistema de saúde. Contudo, os instrumentos apresentados no projeto de lei não seriam adequados. Outros caminhos deveriam ser buscados. Caixas e médicos credenciados dispor-se-iam a trabalhar conjuntamente para o desenvolvimento competitivo da estrutura de atenção, a exploração das reservas de racionalidade do sistema e a melhoria da qualidade da atenção, evitando ações desnecessárias e promovendo inovações na organização da atenção (KBV & *Spitzenverbände der Krankenkassen*, 1996).

Nesta nota, Caixas e Médicos consideraram que a obrigatoriedade de aumento do co-pagamento a cada elevação das taxas de contribuição seria injusta para os pacientes, os quais viriam a ser tratados desigualmente, de forma arbitrária, por uma ou outra Caixa. Por um lado, o direito à rescisão do contrato em curto prazo, por parte do segurado, não seria suficiente para minimizar a arbitrariedade, pois os contribuintes consideraram a possibilidade de

uma mudança de Caixa apenas em último caso. Por outro lado, a majoração do co-pagamento não viria a ocorrer necessariamente nas mesmas áreas da atenção responsáveis pela elevação das contribuições.

Uma semana após esta nota conjunta, as Caixas repudiaram declarações de um representante da KBV- Federação das Associações de Médicos das Caixas- em apoio à proposta governamental, exigindo maior participação financeira dos segurados e acusando as Caixas de pretenderem a seleção de riscos. Estas teriam apenas manifestado que, dada a pressão financeira e a inadequabilidade das medidas, viriam a ser obrigadas pelos políticos, através das propostas governamentais, a cortar determinados cuidados. A seleção de riscos estaria definida automaticamente no projeto de lei governamental. Fazer os doentes pagarem mais que os sadios – por meio da majoração do co-pagamento – seria definir a seleção de riscos no corpo da lei (F.R.15.11.96). As Caixas consideraram que a KBV perdia credibilidade enquanto seu parceiro contratual e perante a opinião pública ao se contradizer, afirmando, após a nota conjunta de desaprovação das leis, que as propostas governamentais seriam adequadas. Para as Caixas, a nova posição da KBV seria uma forma de tentar encontrar aliados no governo para a disputa sobre o orçamento de medicamentos então em pauta.

A maioria dos principais atores setoriais posicionaram-se contra a nova proposta da coalizão governamental. Apenas os empregadores declararam-se favoráveis através do posicionamento da Federação Nacional das Associações de Empregadores Alemães – BDA (1996). A Associação de Empregadores saudou o projeto de lei governamental para estabilização das taxas de contribuição do GKV. Demonstrou seu apoio ao acoplamento entre aumento das contribuições, co-pagamento e direito especial de rescisão de contratos, considerando-o mecanismo adequado de condução. A proposta governamental levaria, segundo a BDA, ao fortalecimento da administração autônoma, à ampliação da auto responsabilidade dos segurados e à intensificação da competição.

No próximo capítulo, as medidas aprovada nas Leis de Reordenação 1.e2. NOG serão discutidas em detalhe. Serão analisados seus significados e possíveis repercussões assim como sua relação com as posições dos diferentes atores.

Notas

¹ Renunciarei à análise detalhada de cada ponto, com o intuito de restringir a abrangência do estudo.

² CDU – *Christliche Demokratische Union*; CSU – *Christliche Soziale Union*; FDP – *Freidemokratische Partei*; SPD – *Sozialdemokratische Partei Deutschland*.

³ O auxílio funeral – cerca de 2.000 marcos pela morte do segurado e 1.000 marcos pela morte de segurado dependente – foi abolido pela lei da reforma da saúde de 1989 para novos segurados. Atualmente, só tem direito a este benefício as pessoas que estavam seguradas em 01.01.89 e que permaneceram segurados na data de sua morte.

⁴ Co-pagamento é entendido como pagamento direto, pelo segurado, da parcela de gastos decorrente da utilização de serviços. Indiretamente, os segurados participam do financiamento das ações mediante as contribuições mensais. Por definição, também não são considerados outros gastos não monetários decorrentes da própria utilização de serviços, como, por exemplo, o tempo despendido pelo paciente na procura do serviço.

⁵ Medida similar foi introduzida no sistema suíço a partir de 1996.

⁶ Na linguagem atuarial, franquia pode ser um montante predeterminado – como é comum em seguros de automóveis – ou uma proporção das despesas.

⁷ O Conselho de *Experts* sugere que a renúncia máxima seja correspondente ao valor da contribuição mensal.

⁸ A diferença das taxas de contribuição entre Caixas, previamente existentes, resultava principalmente da composição diversa dos segurados de cada Caixa ou tipo de Caixa quanto à estrutura etária, sexo, número de dependentes e renda dos segurados, além da diferente morbidade. Com a implementação do sistema de compensação da estrutura de riscos – RSA – houve aproximação entre as taxas de contribuição: os intervalos entre as taxas mais baixas e mais altas foram abreviados, como apresentado no capítulo correspondente.

⁹ Lá, como aqui, esta medida não vingou. No Brasil, esta medida foi regulada há alguns anos atrás por portaria ministerial, mas não foi implementada, pois feriria os contratos existentes. Na Alemanha, o argumento contra sua realização seria o dos gastos administrativos adicionais que produziriam.

¹⁰ Propunha ainda a redefinição da “portaria federal sobre taxas por dia de cuidado hospitalar”, com a revogação da regra especial, em 1996, para pessoal de enfermagem e abatimento de 5% da cota de incentivo aos hospitais para implementação do sistema de pagamento por procedimentos.

¹¹ A vantagem desse acoplamento em relação ao proposto na GSG, que restringiu o aumento dos gastos ao crescimento das receitas de contribuição, é que os gastos em saúde poderão acompanhar o crescimento da economia, mesmo que a participação da renda do trabalho não evolua da mesma forma. Isto é, garante-se que os gastos em saúde acompanhem o crescimento econômico do país como um todo. Esta delimitação não resulta diretamente em estabilização da participação dos gastos em saúde no PIB, pois a proporção de aumento dos gastos por contribuinte não é igual ao aumento dos gastos em geral uma vez que o número de contribuintes, assim como o número de dependentes, pode variar. Não garante necessariamente estabilização das taxas de contribuição, já que a evolução das receitas de contribuição pode ser diferenciada daquela da economia. Pode-se dizer que, mais do que garantir a estabilização das taxas de contribuição, a proposta do SPD visa garantir nível de gastos e atenção em conformidade com a riqueza do país.

¹² É interessante observar que não são discutidos conceitos como porta de entrada ou atenção primária.

¹³ Não no sentido de competirem entre si, mas de prestarem melhores serviços aos seus associados e de forma mais ágil.

¹⁴ Neste tipo de argumento evidencia-se reiteradamente a permanência conflitante do princípio de equivalência, característico de qualquer seguro.

¹⁵ Utilizarei a denominação provedores para os financiadores; em alemão seria *Versicherungsträger*, em inglês seria *payers*.

¹⁶ A proposta tem alguma proximidade como o modelo das HMOs americanas e suíças.

¹⁷ Em sua proposição conjunta, as Caixas referem-se de modo específico à assistência farmacêutica.

¹⁸ *ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN*, 1996. *Gemeinsame Stellungnahme zum BT Drucksache 13/3608, 13/3607, 13/3061, 13/3062*. Bonn. (Mimeo).

¹⁹ Até o ano 2030, o número de pessoas com 60 anos e mais crescerá em 55% e sua participação no conjunto da população passará de 20 para 35%. O que é superestimado, pois a proporção de pessoas com 65 anos e mais passou de 13,2% para 15% entre 1970 e 1990 (BMG, 1996,2.3). Para o seguro social de doença, isto implicaria que as taxas de contribuição médias passariam de 13,4% em 1994 para 17% (BDA, 1994:10).

²⁰ É interessante observar que uma das formas apontadas pelos empresários para conter custos seria a prevenção. Medidas preventivas, que evitassem os agravos, seriam mais humanas e menos onerosas, bem como deveriam ser prioritárias, tomando-se, em outras áreas, o exemplo do que é realizado no campo do trabalho.

²¹ Estimam que a alíquota do imposto equivalente ao nosso ICMS teria que subir de 17% para 32% para cobrir os 240 bilhões de gastos anuais do GKV.

²² Manifestam-se explicitamente contrários à elevação dos salários máximos de contribuição e à inclusão de outras rendas para desconto de contribuições.

²³ Boa parte das ações médicas garantidas pelas Caixas teriam caráter de consumo.

²⁴ Esta não deveria ultrapassar o estipulado de oneração dos orçamentos familiares para co-pagamento de 2% e para rendas até o limite de contribuições, sendo de 4% para rendas acima.

²⁵ Posicionam-se também contra a ampliação dos critérios da compensação da estrutura de riscos, pois impediria a competição entre as Caixas.

²⁶ Defendem a instituição da restituição de despesas para todos os segurados, o que lhes propiciaria maior transparência dos custos.

²⁷ Melhorar a qualidade atenção prestada por meio de instrumentos adequados (inclusive, a definição protocolos/padrões para diagnóstico e terapia).

²⁸ É interessante observar que, em grande parte da bibliografia e documentos consultados, são utilizados sempre os dois gêneros, médicos e médicas, as pacientes e os pacientes, os segurados e as seguradas. Não são empregados os genéricos masculinos. Quero ressaltar que, por facilidade de leitura, os plurais masculinos estarão sendo utilizados para referir também as profissionais, as contribuintes, em suma, as mulheres em suas diversas inserções, tendo em mente pelo menos me justificar do indesculpável machismo arraigado.

²⁹ Pejorativamente, os modelos expostos pelo SVR para diferenciação da cesta foram denominados: tipo torta – corta-se um pedaço de cada vez –; tipo pêssego – separa-se núcleo e caroço da polpa –; e tipo cebola – descasca-se aos poucos as cascas/camadas concêntricas.

³⁰ As propostas do SVR seriam ‘produtos perigosos da torre de marfim da ciência sociopolítica’.

³¹ As Caixas estariam utilizando as medidas de promoção à saúde como instrumentos de marketing, não se empenhando realmente na promoção. Como será apresentado adiante, uma das medidas incluídas no *Sparpaket* de 1996 aboliu as medidas de promoção que haviam sido introduzidas pela GRG em 1988.

³² A ÖTV – sindicato dos trabalhadores no setores público, transporte e carga – lançou documento próprio, manifestando-se contrariamente à implementação da regulação da GSG e de mecanismos de competição entre prestadores.

³³ *BUNDESÄRZTEKAMMER & KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG, 1996. Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Spitzenorganisationen der verfaßten Ärzteschaft zum Gesetzentwurf eines Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1997 und Gesetzentwurf eines GKV-Weiterentwicklungsgesetzes. 09.02.96, s/local.*

³⁴ A corporação médica em suas propostas anteriores para a terceira etapa – expressas por posições de diversas associações – mostrou-se favorável à redefinição do catálogo de serviços e sua racionalização com a criação de cestas de serviços adicionais (Stegmüller, 1996: 219s).

³⁵ A admissão de médicos no setor ambulatorial entre 1990 e 1994 (18,5%) teria sido o dobro daquela da área hospitalar (9,4%).

³⁶ Como foi visto no capítulo sobre o setor hospitalar, a participação dos gastos hospitalares no conjunto dos gastos em saúde na Alemanha de fato não é alta em comparação internacional. Se os gastos ambulatoriais forem considerados de forma mais ampla, somando-se os gastos ambulatoriais pagos aos médicos com aqueles produzidos diretamente por prescrições médicas, como, por exemplo, os gastos com medicamentos, os gastos ambulatoriais superarão os hospitalares. Este é um dos raciocínios apresentados pelos hospitais.

³⁷ Não farei análise detalhada de cada uma das medidas propostas nos projetos de lei, pois optei por analisar em detalhe apenas as principais medidas aprovadas na leis de reordenação do GKV-NOG.

³⁸ A competição entre as Caixas pelos segurados mais atraentes (p. ex.: jovens e com melhores salários) pode levar à oferta de melhores preços aos prestadores na expectativa de atendimento diferenciado. Exemplo anterior disso ocorreu entre as Caixas para empregados (*Ersatzkassen für Angestellte*) e *Ortskrankenkassen*. As primeiras, com estrutura de segurados mais favorável (volume maior de contribuições), negociaram preços mais altos com as associações de médicos contratados, o que despertou maior interesse dos médicos em atender os seus segurados e resultou em atenção mais personalizada, levando as Caixas Locais a fazer o mesmo em seguida, provocando a escalada de preços às custas dos contribuintes.

³⁹ Parte do *Sparpaket*, pacote econômico que, entre outros, reduziu o auxílio doença em 20% e aboliu o pagamento de próteses dentárias para os nascidos a partir de 1978.

⁴⁰ O *Bundesrat* – Conselho dos Estados da Federação – é composto pelas representações dos governos estaduais; em geral, os próprios governadores tomam parte nas reuniões.

⁴¹ Segundo dados divulgados pelo governo, o conjunto das taxas de contribuição somava 32% em 1982.

⁴² Esta modalidade de remuneração foi apresentada no capítulo IV na discussão sobre o setor ambulatorial. A reforma do sistema de remuneração médica foi incluída na lei talvez como garantia de cumprimento do acordo. Os médicos, alcançado o seu objetivo, já buscam alterar de novo o sistema de pagamento e livrar-se das restrições.

⁴³ Estipulou-se regra especial mais suave para as Caixas Rurais. Para cada 0,2 pontos percentuais de aumento, os valores de co-pagamento são majorados em 1,00 DM.

⁴⁴ Isto é, os valores definidos na NOG, apresentados acima. O que significa dizer que as Caixas são obrigadas a manter o nível de co-pagamento definido pela NOG e reajustado a cada dois anos como mínimo.

⁴⁵ Os segurados das Caixas dos Mineiros, dos Marítimos e Rurais permanecem sem possibilidade de mudança de Caixa. As Caixas de Empresas têm regras especiais.

⁴⁶ Este artigo e o seguinte fazem parte da 2.NOG, mas foram aqui incluídos para que o tema co-pagamento pudesse ser tratado de forma conjunta.

⁴⁷ Há limite para o co-pagamento hospitalar. Paga-se o máximo para 14 dias de internação a cada ano. O argumento para a existência de co-pagamento nas internações hospitalares é que o paciente, ao estar internado, economizaria em suas despesas diárias normais como alimentação, por exemplo.

⁴⁸ O co-pagamento para internações em Casas de Repouso, no caso de se tratar de reabilitação pós tratamento hospitalar e no caso especial de SPA para mães - *MütterKuren* -, tem valores idênticos àqueles das internações hospitalares.

⁴⁹ Respectivamente, US\$ 8,2; 9,2; 10,6 dólares americano, quantias não desprezíveis.

⁵⁰ Por serem percentuais de participação acompanham a evolução dos gastos.

⁵¹ Por outro lado, pesquisa qualitativa realizada por estes autores (Ulrich, Wemken & Walter, 1994) sobre as percepções dos segurados quanto ao co-pagamento, indicaram que o nível de tolerância para o co-pagamento de medicamentos não teria ainda sido atingido. Isto é, aumentos seriam considerados suportáveis.

⁵² A redução do limite para os contribuintes de maior renda de 4% para 2% visa evitar provavelmente que os segurados voluntários debandem para seguros privados por conta dos altos valores de co-pagamento previstos.

⁵³ Existem duas modalidades de cláusulas que vinculam o co-pagamento à renda familiar. As cláusulas sociais definem liberação total do co-pagamento para segurados cuja renda familiar não ultrapassa 40% da renda média do conjunto dos segurados (beneficiários da assistência social estão automaticamente incluídos nesta cláusula). Há possibilidade de liberação parcial para os outros segurados. Para aqueles não incluídos nas cláusulas sociais e com renda familiar menor que o limite máximo definido para cálculo das contribuições, o volume anual de co-pagamento é restrito a 2% da renda. Estes segurados são liberados da quantia de co-pagamento que ultrapassa este limite. Para segurados cuja renda familiar é maior que o limite máximo definido para cálculo das contribuições, o volume anual de co-pagamento era restrito a 4% da renda familiar anual.

⁵⁴ Procedimentos mais adequados seriam necessários para que este limite máximo de participação dos pacientes nos gastos se processe de fato, pois não é simples sua implementação.

⁵⁵ O que caracteriza esse tipo de asilo é a prestação de tratamento médico paliativo.

⁵⁶ O valor da recompensa nestes casos corresponde, em geral, a uma mensalidade anual, tomando-se como exemplo os seguros privados.

⁵⁷ Neste projeto de lei, também está prevista a exclusão de métodos de diagnóstico e tratamento que não preencham os critérios de necessidade médica e economicidade do catálogo obrigatório, a partir de definição consensual entre médicos e Caixas.

⁵⁸ Já dizia Carlos Gentile de Melo: o sistema pagamento por unidades de serviço é fator incontrolável de corrupção.

⁵⁹ É possível que os médicos tenham passado a prescrever em receitas privadas e não naquelas das Caixas. Isto é, os pacientes tiveram que arcar com a compra dos medicamentos. Assim, o orçamento fixo também não seria mecanismo adequado para controle da expansão dos gastos.

⁶⁰ Em março de 1997, por exemplo, em 14 dentre as 22 Associações de Médicos das Caixas não haviam sido negociados os orçamentos fixos para assistência farmacêutica (*Presseamt*, 1997:30).

⁶¹ O nível de aumento de gastos que a introdução de novas medidas de profilaxia pode provocar é motivo de debate. Caixas sugeriram que seria da ordem de bilhões. A coalizão afirma que os gastos serão de apenas 290 milhões de marcos, montante que seria compensado pela redução de despesas decorrente da exclusão de jaquetas de cerâmica do catálogo (*Presseamt*, 1997:42).

⁶² Para uma coroa paga-se ao segurado entre 230 (sem bônus na região oriental) e 510 marcos (para cláusulas sociais na Região Ocidental), conforme a categoria de preço. Para uma prótese total, paga-se até 950 marcos para os casos sociais (<http://www.bmggesundheit.de> em junho de 1998).

⁶³ Segundo o plano de equipamentos de grande porte, vigente desde 1990, a cobrança pelos prestadores de ações relativas à utilização de equipamentos de grande porte só poderia ocorrer com o consentimento prévio da Comissão Estadual de Equipamentos de Grande Porte (BMAS, 1994:191). O plano de equipamentos médicos de grande porte tinha como objetivo a utilização econômica e eficiente dos equipamentos e a garantia de assistência conforme às necessidades médicas dos segurados através da definição da regionalização para distribuição e utilização dos equipamentos e da distribuição adequada dos mesmos entre os setores ambulatorial e hospitalar. São tidos como de grande porte, os equipamentos para ressonância magnética, cateterismo cardíaco esquerdo - *Meßplätze*, acelerador linear, litotripsia, tomografia computadorizada. Em cada estado existe uma comissão responsável pelo plano composta pelos representantes dos hospitais médicos credenciados, Caixas e Secretarias estaduais de saúde.

⁶⁴ Busca-se com isso desacelerar a entrada de pessoal no setor. Pela norma de pessoal criada em 1993, fora prevista a criação de mais 13 mil postos de trabalho no setor hospitalar em quatro anos. Porém, até o final de 1995, já haviam sido abertos 21 mil novos postos de trabalho nos hospitais. A Sociedade Alemã de Hospitais posicionara-se a favor desta regra (*Presseamt*, 1997:40).

⁶⁵ Este aumento para 1996 foi legislado pela mesma lei em 1,106% e 0,855% para as Regiões Oriental e Ocidental respectivamente (*Presseamt*, 1997:41).

⁶⁶ Como o orçamento é acordado, em geral, de tal modo que cubra os gastos totais de um hospital no ano, mais ações prestadas significariam que os gastos adicionais seriam, no máximo, com gastos variáveis; os gastos fixos estão cobertos pelo orçamento normal.

⁶⁷ Entre 1987 e 1993, medidas para conservação dos edifícios – restauração de fachadas, elevadores etc. – foram financiadas pelos estados. Em 1993, porém, uma disputa judicial em razão da falta de clareza da lei fez com que os estados não mais fizessem os devidos repasses.

⁶⁸ Os Estados poderão resolver se assumem estes gastos; caso os assumam, os segurados não precisarão pagar taxa extra. O estado da Bavária, por exemplo, resolveu assumi-los.

PARTE III

**AVALIAÇÃO DA ‘TERCEIRA ETAPA DA REFORMA
DA SAÚDE’**

VIII. ESTRATÉGIA LIBERAL-CONSERVADORA PARA AS POLÍTICAS DE CONTENÇÃO EM SAÚDE

A despeito de terem sido denominadas ‘terceira etapa da reforma da saúde’, as ‘Leis de Reordenação do GKV’ (1.e 2.NOG) inserem-se de fato no processo de contenção de gastos das últimas décadas. Por esta razão, considero mais conveniente a expressão ‘políticas de contenção’ para as mudanças recentemente imprimidas no sistema de proteção à saúde na Alemanha¹.

A concordância quanto à necessidade de ampliar-se os mecanismos de competição ao interior do GKV – em qualquer de suas diferentes acepções – tem como pressuposto que o propósito principal da reforma é a estabilização das taxas de contribuição, sendo, portanto, o seu ponto de partida, mais o controle de gastos do que problemas diagnosticados na utilização e prestação de ações de saúde e, menos ainda, questões relativas ao estado de saúde da população. Ambas as concepções para a competição – tanto a de ‘privatização da demanda’ como a de ‘concorrência da oferta’ – presumem a estabilização das taxas de contribuição, o que implica dizer que as duas perspectivas visam o controle de gastos, lembrando, porém, que sob perspectivas distintas e com repercussões opostas sobre a equidade do sistema. Conquanto os atores que formulam a concepção da ‘concorrência da oferta’ façam diagnóstico mais amplo do que os problemas relativos ao financiamento e ao incremento de gastos e recomendações mais abrangentes; as medidas apresentadas, em sua maioria, são racionalizadoras pelo lado da oferta.

As medidas aprovadas, por sua vez, são principalmente de ‘racionalização da demanda’². Vale lembrar que, apesar do termo ‘racionalizar’ subentender o alcance de maior efetividade – melhores resultados –, as medidas racionalizadoras seja pelo lado da oferta seja pelo lado da demanda são medidas de **contenção** de gastos, como enunciado anteriormente³. Medidas racionalizadoras teriam por objetivo a elevação do nível de eficiência. Contudo, como o objetivo da eficiência, no caso das leis aprovadas, está subordinado ao propósito de contenção, a opção foi por medidas restritivas. O presumido alcance de maior eficiência deve resultar menos de melhor emprego dos recursos e mais da redução dos meios empregados – através do deslocamento de gastos para os usuários – e, com isso, em diminuição de gastos. Observados os tipos de medidas de ‘racionalização do comportamento da demanda’, os aspectos restritivos do significado de racionalização

transparecem. Estas medidas resultam, em especial, em restrições da utilização, aprofundando desigualdades.

Mesmo sem ampliar a discussão para os resultados em saúde – cujo impacto positivo seria o objetivo esperado para uma reforma sanitária – e atendo-se aos limites do sistema de proteção e atenção, a análise das medidas aprovadas deve basear-se no seu impacto sobre os problemas existentes no sistema de atenção e sobre a garantia da proteção. Deste modo, rompe-se com a perspectiva que reduz a política de saúde a aspectos econômicos.

Os principais problemas diagnosticados – como apresentado nos capítulos referentes à descrição e análise do seguro social de doença e setores de atenção – dizem respeito à: ênfase nos aspectos curativos e em sua inadequação para resolver problemas crônico-degenerativos; papel secundário da prevenção e promoção da saúde, não havendo medidas suficientes direcionadas aos grupos de maior risco; ineficiências do sistema de atenção decorrentes de estruturas inadequadas, bem como estímulos equivocados e deficiências na garantia de qualidade que não podem ser atribuídas à utilização excessivas – pagamento por unidade de serviços, tecnicismo, consultórios isolados; falta de integração do sistema de atenção, em especial a não articulação entre atenção ambulatorial e hospitalar; predominância da oferta na definição da quantidade, preço e qualidade dos serviços – assimetria das relações de poder entre Caixas e prestadores, com dominância dos últimos, em particular, os médicos; e regulação deficiente do setor farmacêutico que se expressa pela liberação de produtos de eficácia duvidosa e insuficiente controle de preços, entre outros.

Assim o sucesso ou não da introdução de mecanismos de competição e de mercado deveria ser avaliado levando-se em conta estes problemas de estrutura e de condução do sistema e não apenas suas potencialidades de controle sobre os gastos.

O aspecto principal para análise de políticas de contenção na área da saúde é a avaliação do impacto sobre a garantia da proteção social. Seus principais efeitos negativos manifestam-se enquanto redução – privatização – e aprofundamento de desigualdades nos esquemas de proteção – segmentação. O termo privatização é aqui empregado, portanto, com o significado de desproteção – erosão da garantia da cobertura do risco de adoecer coletiva e pública⁴. A questão refere-se a: ‘em que medida o risco de adoecer deixa de ser coberto publicamente e passa a ser responsabilidade direta dos indivíduos. A privatização da cobertura do risco de adoecer na Alemanha é parcial e principalmente indireta. Indireta, porque o grupo de indivíduos protegidos não foi reduzido diretamente. Parcial, pois apenas parte das despesas com cuidados de saúde foi diretamente transferida aos pacientes no ato da

utilização. A segmentação, por sua vez, implica na garantia de proteção diferenciada entre grupos populacionais – segundo diversos critérios, seja ocupação ou nível de renda; estratificando-os, cristalizando e produzindo desigualdades.

As leis aprovadas baseiam-se em uma concepção da competição que denominei ‘**privatização da demanda**’, em concordância com Gerlinger & Stegmüller (1995-a). Nesse caso, a competição expressa a perspectiva da privatização parcial da cobertura ao risco de adoecer. O que significa dizer que a reforma aprovada, além de reduzir a competição à concorrência entre as Caixas por segurados e em detrimento daquela entre os prestadores, concede prioridade a medidas de incentivo à racionalização do comportamento da demanda.

Nessa tipologia podem ser enquadrados o co-pagamento em seus diversos aspectos, o estabelecimento de franquias e o bônus pela baixa utilização. Considero como adequada a qualificação de ‘privatização da demanda’ atribuída à reforma aprovada, pois a ampliação do co-pagamento é a medida central da proposta, menos pela majoração imediata – tão elevada que isoladamente é suficiente para cobrir mais da metade do déficit existente – e mais por ser o mecanismo principal para coibir a elevação das taxas de contribuição. A obrigatoriedade de elevação do co-pagamento é usada como sanção para o caso de majoração das taxas de contribuição. Neste sentido, o co-pagamento torna-se mecanismo coercitivo para a estabilização das taxas de contribuição.

A lei aprovada inclui também medidas que podem ser enquadradas na tipologia de **racionalização da oferta**, em especial as relativas ao sistema de pagamento das prestações sanitárias ambulatoriais (pagamentos prospectivos por caso tratado – *Praxisbudget*) e aquelas referentes às possibilidades de modificação das formas de organização da atenção. Ainda que de modo pouco abrangente, as leis facilitam a diferenciação dos contratos das Caixas com os prestadores por meio da experimentação de novos modelos de organização, financiamento e remuneração, como também pelas chamadas novas ‘estruturas organizacionais’. Em ambos os casos, os contratos somente poderão ser negociados com as Associações de Médicos das Caixas, restringindo bastante as possibilidades de diversificação.

A tentativa de implementação de novos modelos que permitem desvios da legislação em vigor, por sua vez, é restrita a projetos pilotos de prazo limitado. Já as formas inovadoras de ‘estruturas organizacionais da atenção’ – modelos do médico generalista, *Hausarztmodell*, e consultórios em rede, *Vernetzen Praxen* – são definidas na lei e admitem menos flexibilidade. A experimentação destas inovações é permitida somente no contexto de estabilização das taxas de contribuição, devendo contribuir para tal. Com alguns pressupostos

similares ao modelo de *managed care* americano, estas novas formas organizacionais podem vir a ser difundidas como estratégia das Caixas em competição para oferecer preços baixos e garantir sua parte no mercado, tendendo a imprimir mudanças no modelo assistencial.

Outra série de medidas aprovadas pode ser qualificada de **desregulação** e de deslocamento de competências para a administração autônoma. Assim, certas formas de controle legal foram diretamente abolidas, tais como o plano para equipamentos de grande porte, a regra para definição de necessidade de recursos humanos no setor hospitalar, os tetos orçamentários fixos para gastos com medicamentos, ambulatoriais e outros métodos terapêuticos. Simultaneamente, várias responsabilidades foram transferidas para a Comissão Conjunta de Médicos e Caixas. Deste modo, em diversos aspectos da atenção, o controle passou a ser responsabilidade da administração autônoma, deixando de ser definido pela legislação.

A principal mudança em termos de **deslocamento de competências** foi a expressiva ampliação das responsabilidades da Comissão Federal Conjunta de Médicos Credenciados e Caixas. Esta Comissão, existente há mais de 75 anos, é a responsável pela definição concreta do catálogo de serviços. Sua atuação, porém, tem sido mais no sentido de discutir a inclusão de inovações do que de avaliar a assistência individual curativa e as condutas médicas⁵. A ampliação das competências da ‘administração autônoma conjunta’⁶ é condição para a efetivação de várias medidas aprovadas. Suas diretrizes e decisões conformarão o fundamento da homogeneidade e uniformidade no GKV, concepções sobre as quais a diferenciação de modelos de atenção poderá ser desenvolvida conforme suas especificidades (Schwartz & Busse, 1997).

Além de assumir responsabilidades em substituição à parte das regulamentações abolidas, esta Comissão tem competências ampliadas em diversos aspectos da atenção. A lei altera onze artigos ou parágrafos do Código Social relativos a esta Comissão. Entre outras, ampliou suas competências na definição do número de médicos necessários – *Bedarfsplanung* – e na delimitação de ações e orçamentos para a atenção com outros profissionais, cuidados domiciliares, Kur, juntamente com os prestadores específicos. A Comissão Federal Conjunta de Médicos e Caixas recomendará ainda quais ações poderão vir a ser oferecidas como opcionais dentro dos estritos limites legais definidos⁷.

Se é verdade que se ampliam os espaços de atuação da chamada administração autônoma simultaneamente à retração das responsabilidades do Estado, esse processo é em si mesmo comandado pelo Estado, ao definir as condições da atuação da administração dentro

de limites estritos de contenção. A responsabilidade pública transferida para provedores e prestadores reforça o esquema (neo)corporativo característico da organização do seguro social de doença alemão, mas ao mesmo tempo são definidas condições estritas para sua atuação. Em síntese, transferem-se competências para outros agentes de regulação e redefinem-se os propósitos e objetivos da regulação⁸.

A delegação de competências estatais para os órgãos de administração autônoma conjunta não significa que tenham sido ampliados diretamente os espaços de negociação e os graus de liberdade de ação destes organismos. As possibilidades de ação são canalizadas de antemão segundo os objetivos políticos da coalizão governamental. A política estatal contém uma série de precauções / dispositivos legais que devem garantir que a introdução da competição incorra na privatização do risco de adoecer e que os interesses do prestadores não sejam substancialmente refreados.

A renúncia ao esgotamento de todas as reservas de economicidade e ao potencial de racionalização do sistema⁹ – um dos itens da perspectiva política liberal conservadora – foi clientelisticamente motivada¹⁰. A condução estatal direcionou-se, antes de tudo, à privatização do risco de adoecer, como será discutido. Esta opção corresponde não apenas a exigências de um modelo de modernização voltado para o mercado mundial; também diz respeito à uma visão de sociedade fragmentada, na qual agiriam exclusivamente indivíduos isolados, por sua vez auto-responsáveis, e na qual o sistema de proteção organizar-se-ia em base ao princípio da subsidiariedade (Gerlinger, Giovanella & Michelsen, 1997)¹¹.

Com a lei da ‘terceira etapa da reforma da saúde’ intensifica-se a competição entre as Caixas em contexto financeiro restrito, o que induzirá as mesmas a implementar estratégias para seleção de riscos e de restrições no volume de ações oferecidas. Deste modo, o Estado intervém diretamente na modelagem do GKV por caminhos administrativos. Assim, não é possível falar apenas em uma ‘corporativização’ do sistema de saúde – ou em ‘precedência para administração autônoma’ –, pois este conceito obscurece a dimensão da política liberal-conservadora de direcionamento das ações dos atores. O Estado, enquanto arquiteto da ordem política, transfere competências às Caixas e Associações de Médicos Credenciados – organizações de direito público –, porém define os limites e âmbito em que a ação pode se desenvolver de forma rígida e detalhada¹².

Para análise mais detalhada dos significados e possíveis repercussões das principais medidas aprovadas pela lei, feita a seguir, estas serão ordenadas segundo critérios de

racionalização da demanda e da oferta. Em primeiro lugar, discutem-se os significados da competição no setor saúde e objetivos dos reordenamentos propostos.

1. Competição

A crítica à ampliação da competição no seguro social de doença – GKV – não se esgota na crítica ao modelo de competição do governo conservador. Fundamentalmente, a competição é incompatível com o princípio de solidariedade que rege o sistema. Em situação de competição, o que move os participantes são os ganhos econômicos. No caso das Caixas, estes implicam a disputa por segurados, buscando atrair grupos de pessoas mais lucrativos e evitar os que representem prováveis perdas – grupos com maior probabilidade de adoecer ou portadores de doenças.

A lógica da competição é a seguinte: colocadas as Caixas em relações competitivas, estas procurarão tornar-se atrativas ao máximo para aqueles segurados que signifiquem maiores ganhos – mais saudáveis e melhor remunerados – e, ao mesmo tempo, evitarão ao máximo aqueles que apresentem maior risco de adoecer ou com morbidade mais elevada. Nesse caso, o objetivo de melhoria da qualidade da atenção tem seus valores invertidos, em especial na atenção a pacientes crônicos. A necessária definição de grupos de riscos para uma melhor atenção, aos quais devem ser oferecidas ações concentradas de prevenção e diagnóstico precoce, não tem correspondência com a lógica que os exclui e seleciona negativamente.

Por meio da competição tende a ocorrer a privatização de riscos, uma vez que, para garantir menores preços no mercado, os estímulos são para que se cobre mais dos grupos de maior risco e se amplie a participação direta dos pacientes. As desigualdades nas chances de adoecer e de oportunidades em decorrência do estado de saúde já existentes tendem a ser sedimentadas ou aprofundadas, ao mesmo tempo em que se quebra a solidariedade entre saudáveis e doentes (Gerlinger & Stegmüller, 1995:27).

Diversas características do bem ‘saúde’ fazem com que os mecanismos de mercado não sejam adequados ao controle de sua prestação e distribuição, tornando imprescindível a regulação estatal (Donaldson, & Gerard, 1992)¹³. Em termos morais pode-se considerar saúde como um bem especial – bem de mérito – que não deveria ser comprado ou negociado no mercado pois não existe mercadoria equivalente para a satisfação da necessidade saúde. O

meio de troca – o dinheiro –, equipara diferentes qualidades, quantificando-as. Saúde, porém, não é bem quantificável.

Nos tratados de economia da saúde são assinaladas tradicionalmente diversas especificidades do bem saúde que tornam o mercado setorial imperfeito: a assimetria de informações entre prestadores e consumidores; as externalidades que ocasiona – o não cuidado da saúde de um pode trazer malefícios para os outros, da mesma forma que o cuidado individual pode trazer vantagens para o grupo –; a inelasticidade da demanda para situações graves – por se tratar da sobrevivência, esta não diminui com o aumento de preços e o demandante está disposto a alocar o máximo que puder disponibilizar; a imprevisibilidade da demanda do ponto de vista individual; entre outros (Donaldson & Gerard, 1992; Iunes, 1994; Arrow, 1963) Além disso, não há garantia de resultados; o produto não pode ser devolvido, nem o serviço refeito.

As relações entre oferta e procura no setor saúde apresentam particularidades que as distinguem de outros mercados. Em virtude da predominância dos prestadores – em particular, os médicos –, não pode ocorrer o suposto equilíbrio legitimado das interações entre oferta e procura. Menos ainda, vigorar a soberania do consumidor. Especificidades do bem saúde fazem com que grande parte da demanda seja definida pelo prestador e não pelo consumidor. A demanda (primária) dos pacientes, enquanto consumidores, por ações de saúde é inespecífica, vindo a ser de fato definida mediante aconselhamento do médico: ‘demanda induzida pelos prestador’ (Evans, 1974; Rice, 1983; Cromwell and Mitchel, 1986 *apud* Donaldson & Gerard, 1992). Os médicos dominam o sistema de saúde como nenhum outro grupo em seu ramo específico (Reiners, 1996:102). Detêm socialmente o direito de definir doenças e a liberdade de abordar o sofrimento de acordo com seu conhecimento, podendo decidir, em grande parte, a demanda pelos serviços que irão prestar. Além disso, a demanda por ações de saúde, avaliadas as necessidades de saúde, é inelástica em relação aos preços; a necessidade de consumo não cresce diretamente com a redução de preços nem diminui com preços crescentes; pois a necessidade em saúde independe dos preços. Assim, o sistema de saúde não pode ser regulado ou conduzido pelos mecanismos da oferta e procura.

Esta posição dominante dos prestadores expressa-se não apenas em nível individual – na relação médico-paciente –, mas também na relação médicos – Caixas. Desse modo, a eliminação da predominância da oferta – desigualdade nas relações de poder entre Caixas e prestadores de serviços – é pressuposto importante para a contenção mais efetiva de gastos, dado que os prestadores têm grande influência nessa definição. É difícil, porém, garantir que esta possa ser alcançada por meio da introdução dos mecanismos de competição propostos.

Os prestadores poderiam aproveitar a concorrência entre as Caixas por formas de atenção e mover os preços para cima (Gerlinger & Stegmüller, 1995:28).

Outro perigo introduzido pelo aprofundamento da competição é o distanciamento ainda maior entre a atuação das Caixas e os objetivos em saúde. Com a escolha da competição, os gastos precisam ser aferidos segundo o ponto de vista da amortização dos riscos em curto prazo, o que levará a baixo interesse na implementação de medidas preventivas, cujos rendimentos só podem ser contabilizados a longo prazo. Ações preventivas provavelmente serão oferecidas mais com o objetivo de atrair grupos de segurados mais bem informados com maior poder de compra do que o de promover a saúde.

Ao contrário do suposto pela coalizão governamental, maior competição ou a vigência de mecanismos de mercado não configuram garantias de oferta de preços mais baixos. Exemplo mais gritante disto são os gastos em saúde nos EUA – os mais altos do planeta –, onde os mecanismos de mercado são muito difundidos (Behrens et al., 1996; Stone)¹⁴. Com base na experiência norte-americana, diversos autores demonstram a inadequação dos mecanismos de competição para alcance de maior efetividade, eficiência e capacidade inovadora do sistema de atenção à saúde (Morone, 1996; Stone, 1996; Schlesinger, 1996).

Cortes de ações não rentáveis – nem por isso menos importantes – ou introdução de outras mais caras – às vezes necessárias – são alterações mais fáceis de ocorrer do que o alcance de maior eficiência (Gerlinger & Stegmüller, 1995:29). Além disso, a concorrência por segurados faz crescer de modo desproporcionado os custos de administração e *marketing*, o que atenta contra a eficiência (Reiners, 1996)¹⁵. Igualmente, não é possível deixar de notar que a qualidade pode ser descuidada na pressão da concorrência por menores preços (Nolan, 1996:93). Um catálogo de serviços único não é suficiente para a manutenção da qualidade. O segurado, transformado em consumidor no mercado da saúde, tem poucas condições para avaliar a qualidade dos serviços prestados.

Poder-se-ia considerar a ampliação da liberdade dos segurados para a escolha das Caixas, junto com a compensação financeira da estrutura de riscos, em termos genéricos, como forma de competição administrada – *managed competition*. Conforme proposto por Enthoven (1993 *apud* Ugá, 1997), o ponto central, da *managed competition* é a idéia de competição regulada publicamente entre provedores de seguros-saúde, os quais devem garantir o asseguramento que preencha critérios mínimos de abrangência de ações e benefícios assegurados, qualidade dos serviços e base financeira.

Segundo a formulação clássica de Enthoven para o estabelecimento de mercados em saúde com competição gerenciada, as seguradoras que precisam vender em mercado competitivo procurariam oferecer os melhores produtos e apresentar os menores preços possíveis para vender o máximo de seguros (Enthoven e Kronick, 1989 *apud* Stone 1996; e *apud* Almeida, 1995:127s e 138s). As seguradoras concorreriam entre si, ofertando produtos atrativos para os consumidores e oferecendo preços baixos (prêmios), que os consumidores pudessem pagar. Por sua vez, os consumidores de planos de saúde seriam movidos por um cálculo de utilidade máxima, escolhendo os planos de saúde mais baratos.

A competição entre as Caixas é regulada, porém distancia-se do modelo de Enthoven formulado para regular mercado de seguros privados de saúde. A proposta alemã aproxima-se do modelo de ‘competição gerenciada’ por objetivar, assim como neste modelo, alterar o comportamento dos segurados (Schlesinger, 1996:177), no sentido de que busquem filiar-se aos seguros menos onerosos. Diferencia-se, porém, da *managed competition* pois um elemento central da reestruturação da demanda neste esquema é o papel atribuído a um terceiro agente, principal responsável por esta reestruturação. No modelo de competição administrada, a demanda previamente pulverizada é reestruturada através da introdução de um terceiro agente, que intermedia as relações entre as seguradoras e os clientes potenciais, concentrando-os em grandes grupos mais informados e com maior poder de barganha (Ugá 1997). No caso alemão, a competição é fortemente regulada, mas os contribuintes devem agir individualmente, mudando de Caixa movidos pelos preços ofertados (taxas de contribuição diferenciadas)¹⁶.

Dado o grau de imperfeição do mercado de atenção à saúde¹⁷, mecanismos de competição são reconhecidamente pouco adequados a este setor. É a intervenção estatal que garante o funcionamento do mercado e não a competição. O próprio funcionamento do mercado em saúde pressupõe extensiva intervenção estatal (Donaldson & Gerard, 1992:26). O Estado deveria intervir, gerindo a competição por meio de mecanismos de condução, incentivos e subvenções. Organismos estatais deveriam informar melhor os consumidores para que estes pudessem decidir de forma racional frente à oferta concorrente, graduar riscos e compensar contribuições, definir regras para o funcionamento do mercado e estabelecer mecanismos de vigilância para evitar fraudes e competição espúria (Morone, 1996:53).

As proposições de gerenciamento da competição, resultam do reconhecimento de que um livre mercado em saúde não pode funcionar. As forças de mercado seriam empregadas no âmbito de regras cuidadosamente desenhadas (Enthoven, 1993 *apud* Schlesinger, 1996). Mas não com o objetivo de negar o mercado. Pelo contrário buscam

possibilitar o funcionamento do mercado da saúde. O que, ao mesmo tempo, significa dizer que estes mecanismos visam transformar as condições de funcionamento imperfeito do mercado de saúde. O ‘bem especial saúde’ por meio destes mecanismos deve transformar-se em bem de consumo qualquer. Neste novo mercado em condições de funcionamento, a concorrência levaria à oferta de melhores produtos a preços mínimos, produzindo felizes consumidores.

O exemplo dos EUA permite identificar as diversas estratégias utilizadas pelas seguradoras para manter seus preços baixos; entre outras, através da negociação favorável de preços com seus prestadores – médicos e hospitais –, a cobertura pela apólice restrita apenas a ações tidas como absolutamente necessárias e por meio da participação financeira dos paciente (Stone, 1996:36). Todos estes esquemas podem reduzir preços. A principal estratégia, porém, para a redução dos preços dos seguros é **a seleção de riscos** (Stone, 1996:37).

Se o empresário de planos de saúde pode escolher previamente os segurados que produzirão poucos gastos quando possuidores da apólice, aumentará com isto os lucros visados¹⁸. Selecionados os riscos, a inclusão de grupos de risco mais elevado vai depender do pagamento de prêmios mais altos ou da exclusão de determinadas doenças da apólice e, com mais frequência, de afecções com início anterior à compra da apólice. A seleção de riscos em casos extremos significa a recusa do asseguramento, a rejeição do postulante¹⁹.

É pouco provável, no entanto, que na Alemanha venha a ocorrer seleção de riscos semelhante. Além da baixa aceitação, diversos mecanismos de regulação funcionam como barreiras para impedir que isto possa acontecer. As Caixas são legalmente proibidas de indagar sobre o estado de saúde dos pretendentes a contribuinte e de incluir cláusulas de exclusão de doenças prévias ou de doenças em geral em seus contratos. Também, e principalmente, em razão da compensação financeira da estrutura de riscos que reduz os estímulos para as Caixas selecionarem riscos, uma vez que suas receitas com segurados com riscos relativamente mais baixos e renda proporcionalmente mais altas serão redistribuídas para Caixas com contribuintes com riscos relativamente mais altos e renda mais baixas.

As Caixas em competição, contudo, estarão inegavelmente pressionadas à seleção de riscos, pois esta é a estratégia mais eficiente de conter preços e, com isso, atrair mais clientes. Estratégias indiretas de seleção de riscos podem vir a ser empregadas, bem como estratégias diferenciadas de *marketing* para atrair contribuinte jovens – ficar com a azeitona da empada ‘*Rosinenpickerei*’ –, por um lado, pela inclusão de ofertas de atividades esportivas, cursos,

por exemplo, e, por outro, pela criação de formas camufladas para desencorajar ou expulsar pacientes crônicos, tais como dificuldades ao acesso à atenção especializada, filas de espera para atendimentos etc.²⁰

Os efeitos da competição entre as Caixas por segurados serão atenuados de maneira considerável pelo mecanismo de compensação financeira da estrutura de riscos criado pela Lei da Estrutura da Saúde – GSG. A obrigatoriedade da compensação financeira funciona como estímulo contrário à seleção dos bons riscos pelas Caixas. Este mecanismo, considerado o pressuposto fundamental para competição não-destrutiva – ‘núcleo técnico da nova ordem competitiva’ (Jacobs & Reschke, 1994) – refreia, ainda que não completamente, a competição predatória entre as Caixas. A introdução da compensação financeira da estrutura de riscos – RSA – teve por meta a promoção da igualdade de condições para a entrada das Caixas em competição. Esta igualdade, porém, não é totalmente garantida, pois os critérios selecionados para a compensação não dão conta da equiparação completa dos riscos. O diferente risco de adoecer foi indiretamente contemplado através dos critérios de idade, sexo, mas a estrutura real de morbidade dos segurados não foi diretamente considerada. No sistema de compensação de riscos não foi incluído qualquer critério que considere, por exemplo, a proporção de segurados portadores de determinadas doenças crônicas ou infectados por HIV – situações que produzem pressão diferenciada sobre as despesas.

Há também diferenças entre as Caixas quanto à proporção de segurados dispensados de co-pagamento, o que significa maiores encargos e redução das receitas por esta fonte para as Caixas com maior número destes segurados. A compensação de diferenças do nível de renda não daria conta desta perda de receitas. Além disso, a manutenção da coexistência de diferentes bases geográficas para cálculo de taxas de contribuição – regionais, para a maioria das Caixas, e nacional, para as Caixas Substitutas – produz vantagem para as últimas, pois possibilita que diversidades de gasto regionais sejam compensadas entre o conjunto dos segurados, mantendo taxas de contribuição mais baixas, enquanto as outras Caixas não têm esta possibilidade. Além disso, a definição da compensação de riscos de modo diverso para as Regiões Ocidental e Oriental coloca esta últimas em situação de desvantagem.

É difícil, por um lado, estimar em que medida o esquema de compensação financeira da estrutura de riscos implementado na Alemanha dá conta de tornar as vantagens financeiras decorrentes da seleção de riscos pouco atraentes, isto é, compensa realmente o diferencial de riscos²¹. Por outro lado, se as transferências forem excessivas, é possível que ocorra seleção inversa. A estratégia pode vir a ser atrair grupos que, conforme a compensação de riscos, passam a ser vantajosos – como segurados de determinados grupos etários ou com maior

número de dependentes – por redundarem em maiores transferências financeiras do fundo de compensação²², ou seja, por selecionarem grupos que tenham maior subsídio relativamente aos custos esperados.

Outra estratégia dos provedores de seguros em competição é a difusão de normas de distribuição compatíveis com o funcionamento do mercado, através de propaganda e *marketing*, para convencer a opinião pública que o asseguramento deve ser bem de consumo e não um direito social e que os mais saudáveis e bem posicionados não têm obrigação social ou moral em contribuir para a proteção dos mais favorecidos (Stone, 1996:41s). As normas de justiça distributiva em um mercado e no seguro social são totalmente diversas. Em mercado competitivo, bens e serviços são distribuídos de acordo com a capacidade de compra dos indivíduos. A demanda nada mais é do que a disposição e capacidade das pessoas para pagar alguma coisa. No mercado, ninguém tem o direito moral de possuir algo que não possa ou queira pagar. A proteção social – e o Seguro Social de Doença, em particular –, visa exatamente contrapor-se a este mecanismo de distribuição do mercado, garantindo bens, serviços e ajuda financeira independente da capacidade de pagamento dos indivíduos.

O seguro social de doença alemão tem tradição solidária forte, que se expressa inclusive na utilização freqüente do termo solidariedade pelo cidadão comum (Ulrich, 1996). A ampliação de mecanismos de mercado ao interior da proteção pode afetar a tradição solidária não somente pelo estímulo à seleção de riscos que representa, mas também pela difusão de valores distintos daqueles da solidariedade. As seguradoras – Caixas – em competição podem vir a estimular os segurados a buscar menores preços, e, ao mesmo tempo, divulgar que os relativamente mais sadios podem conseguir menores preços, caso se afastem dos relativamente mais doentes. Difundiriam, assim, normas de distribuição de mercado, reforçando concepções de equivalência, incompatíveis com aquelas da solidariedade²³.

A competição direciona a alocação de recursos em saúde para grupos com maior capacidade de pagamento, mais bem informados sobre as possibilidades de utilização, com maior capacidade de articulação e que dispõem de rede social e, ao mesmo tempo, apresentam o mais baixo risco de adoecer (Kühn, 1995:3)

Se as estratégias de mercado das Caixas por menores preços funcionarem, não se poderia ainda descartar a possibilidade de ocorrer a longo prazo uma estratificação das Caixas segundo o nível de risco e morbidade. A existência de tal estratificação certamente não é novidade no seguro social de doença alemão, uma vez que, pela tradição, as Caixas tinham clientelas fechadas adscritas por profissão, o que tem certa correlação com o risco de adoecer.

A competição anteriormente existente entre Caixas Locais e Substitutas, pela adesão dos ‘empregados’ e segurados voluntários, já denotava este tipo de estratégia para atrair segurados de baixo risco e rendas altas – *cream-skimming*²⁴. A compensação da estrutura de riscos deveria romper com este tipo de competição.

Outra estratégia utilizada nos EUA pelas seguradoras em competição para alcançar preços mais baixos são os modelos de atenção administrada – *managed care*. As novas formas, propostas na lei, de estruturas organizacionais da atenção – médico generalista da AOK e consultórios em rede – têm pressupostos similares com este modelo. Estas formas organizacionais podem vir a ser difundidas como estratégia das Caixas em competição para oferecer preços baixos e garantir sua parte no mercado. Para Stone (1996:44), o modelo de *managed care* foi uma das estratégias empregadas pelas seguradoras em competição para redução de suas despesas com a atenção prestada – médica, hospitalar, farmacêutica. Seria a contrapartida da ‘competição gerenciada’ que, ao contrário, visa alterar o comportamento dos segurados (Schlesinger, 1996:177). Segundo Ugá (1997:124), “o modelo de *managed care* reorganiza a **oferta** de serviços de saúde, enquanto o esquema de *managed competition* reestrutura a **demanda**”.

Nos EUA, em um sistema de *managed care*, a maioria das decisões dos médicos acerca de internações e medicamentos passa a ser vigiada, o que significa controle importante sobre os próprios médicos. O médico geral funciona como porta de entrada do sistema – *gatekeeper* –, decidindo sobre os encaminhamentos para especialistas e internações hospitalares. Decisão sobre a qual o pessoal administrativo da seguradora também intervém. Por este meio, os funcionários do seguro têm a última palavra sobre qual o tratamento a realizar ou procedimento a solicitar. Uma característica central do *managed care* é a revisão prospectiva da solicitação do médico e a autorização ou recusa para realização de um procedimento.

Nos modelos de atenção baseados no *managed care*, o médico perde a autoridade para qualquer decisão clínica para além de rotinas estabelecidas. O que é problemático porque, ao contrário do esperado, pode atentar contra a qualidade da atenção. Embora os médicos tradicionalmente desfrutem de autonomia no exercício da profissão, que lhes garante a posição dominante na relação com o paciente, a intervenção direta da seguradora²⁵ com o objetivo de controlar as despesas médicas ao máximo possível – para conter seus preços (prêmios), garantindo sua parcela no mercado e elevar seus lucros – pode resultar em restrições da assistência que afetam a qualidade da atenção e prejuízos do doente em termos de cura ou alívio do sofrimento. Se as seguradoras estão sob pressão para reduzir custos,

garantir lucros e oferecer prêmios competitivos, a qualidade dos cuidados – em particular, daqueles aspectos que não podem ser diretamente observados pelos pacientes – pode sofrer (Nolan, 1996:93).

Para Morone (1996:49s), os mecanismos de ‘atenção gerenciada’ – *managed care* – produziram importantes mudanças no mercado de saúde nos EUA. O *managed care* ao submeter os médicos a estruturas empresariais clássicas tornou possível o desenvolvimento da atenção médica enquanto grande empresa. Nos EUA, a competição levou a um processo de concentração vertical – seguradoras assumiram o setor de prestação, hospitais, clínicas e consultórios – e de concentração horizontal não apenas do setor de seguros privados (Almeida, 1995:139), mas também da propriedade dos serviços médicos, englobando os diversos setores de atenção e constituindo novo complexo médico-industrial (Relman; Starr *apud* Almeida, 1995:133s). Propiciou assim, a acumulação setorial, tendo sido constituídas grandes empresas médicas que negociam ações na bolsa a valores crescentes e que possuem poderoso setor administrativo (Morone, 1996:57)²⁶. Para Morone (1996), com a maior competição ao interior do GKV corre-se o risco de abrir as portas do sistema de saúde alemão para a medicina empresarial, para a ‘medicina McDonald’s’, com estratégias de *marketing*, controle e pacotes prontos de soluções²⁷.

Um dos resultados da competição entre Caixas que já se pode observar é o processo recente de fusão de Caixas, tornando-as cada vez maiores. Caixas pequenas têm menor probabilidade de sobrevivência na competição. A fusão pode reduzir custos administrativos e, ao garantir um grupo maior de segurados, permite um *mix* mais adequado de riscos²⁸.

Embora as Caixas não sejam empresários cuja ação é orientada pelo lucro, têm interesse na própria sobrevivência enquanto organização. O processo de concentração das Caixas através de fusões, ocorrido nos últimos anos, contribui para fortalecer esta tendência. Quanto maior a Caixa, tanto maior o capital e número de postos de trabalho em jogo. Os interesses de suas burocracias pela sobrevivência das Caixas como organização as impulsionarão a tentar garantir e/ou ampliar a sua fatia no mercado pela oferta de menores preços, cuja possibilidade envolve a formulação de estratégias similares às acima apontadas, procedimentos estes que atentam contra os princípios da solidariedade.

Vale também lembrar que a competição não é total novidade para o GKV (Stone 1980; Light, 1985; Wynsong & Abel, 1990). Para Knieps (1997:58), a tensão entre competição e solidariedade seria constitutiva do sistema. A concorrência entre as Caixas por

contribuintes saudáveis teria contribuído para problemas de condução no GKV tanto quanto a monopolização ou cartelização dos prestadores.

O estabelecimento de diferentes contratos por tipo de Caixa com prestadores, nos quais era definidos distintos valores monetários para remuneração das unidades de serviço, em nível estadual, foi uma das formas em que a competição entre as Caixas se exerceu, trazendo efeitos indesejados. As Caixas Substitutas e Locais sempre competiram na afiliação de segurados voluntários e empregados. As Caixas Substitutas, *Ersatzkassen*, em razão de sua melhor situação financeira – por contarem com uma clientela de segurados de maior renda e de menor risco – que as AOK, Caixas Locais, negociavam preços mais elevados com os médicos – entre 15 a 20% mais altos –, viciando-os.

Diante destas diferentes condições financeiras, as Associações de Médicos das Caixas – *Kven* – procuravam negociar os contratos de remuneração primeiro com as Caixas Substitutas. Estas sempre se prontificavam a estabelecer contratos mais favoráveis para os médicos, na expectativa de melhor atendimento para seus segurados. As Caixas Locais viam-se obrigadas a seguir os contratos das Substitutas, tentando não perder sua atratividade para os segurados que desfrutavam da liberdade de escolha da Caixa – segurados voluntários e empregados.

A partir da introdução da compensação da estrutura de riscos – *RSA-Risikostrukturausgleich* – esta prática foi desestimulada, pois a mesma teria repercussão direta de aumento das taxas de contribuição²⁹. A competição anteriormente existente no GKV entre Caixas Locais e Substitutas tinha por base não apenas o status diferenciado de seus segurados como também estava ligada à inserção diferenciada dos sindicatos nos órgãos de administração das mesmas³⁰.

A influência da competição existente entre Caixas Substitutas e Locais sobre a evolução do valor monetário dos pontos para remuneração da atenção ambulatorial exemplifica possíveis resultados deletérios da competição. Este tipo de competição produziu inflação e não redução de preços, como preconizam os defensores de maiores estímulos à competição.

Entre os médicos, enquanto prestadores individuais, a concorrência tem aumentado progressivamente. Alguns dos resultados da competição pelo lado da oferta pode ser bem ilustrada pelo exemplo do que sucedeu em virtude da concorrência crescente entre os médicos, o que levou a aumento contínuo do número de ações prestadas por cada médico na tentativa de manter sua parcela de participação no mercado, dado que o número destes têm

aumentado continuamente, enquanto o número de segurados mantém-se relativamente estável.

A introdução de mecanismos de competição não é novidade alemã. Durante a década de 1980, mecanismos de concorrência foram introduzidos em diversos países, afora os EUA, que até hoje não dispõem de sistema abrangente de proteção ao risco de adoecer e desenvolveram diversos mecanismos de mercado, que encontram grande difusão (Almeida, 1995:126). Esses mecanismos são diversos, ainda que tenham por base uma concepção geral semelhante, a de que mecanismos de mercado poderiam conter gastos e produzir maior eficiência na prestação de serviços. Resultam tanto de escolhas políticas distintas como do arcabouço institucional e formas de organização da atenção prévios.

Assim, a reforma alemã diferencia-se tanto do modelo britânico de competição para o estabelecimento de um ‘mercado interno’, como do modelo sueco de ‘competição pública’ ou do relatório Dekker holandês³¹.

O modelo britânico de mercado interno tem por base, essencialmente, a separação entre financiamento e prestação de serviços até então sob responsabilidade única, passando a ser estabelecidos contratos entre as autoridades financiadoras e os prestadores: “A essência do conceito está na distinção nítida entre o papel de produtor da atenção sanitária (prestador) e o de comprador de serviços médicos, mas ambas atividades continuam a ser desenvolvidas no âmbito público, ainda que por atores bem diversos” (Almeida, 1995:140). A competição se daria entre os prestadores – em especial, os hospitais, que são públicos, na grande maioria – pelos recursos públicos que lhes seriam destinados conforme o poder de atração de pacientes.

O modelo sueco, por sua vez, de ‘competição pública’ como o nome indica é uma forma de competição apenas entre prestadores públicos. A operação e a propriedade das instituições prestadoras permanece pública e o paciente desfruta de livre escolha de médicos e outros prestadores. Os orçamentos são flexíveis, ligados às parcelas do mercado atendida por prestador avaliado individualmente (Saltman & von Otter, 1992). A proposta de ‘competição pública’ relaciona a remuneração das diversas organizações prestadoras à sua capacidade de atrair pacientes, aumentando a influência dos pacientes sobre a prestação e concentrando esforços relativos a mudanças nos serviços (Almeida, 1995:146s). A competição dar-se-ia não por dinheiro, mas por parcelas do mercado atendido. O modelo objetivaria alcançar simultaneamente: alto padrão de atendimento ao cliente para os pacientes – *patient service* –, eficiência econômica e responsabilidade social. Além da competição entre prestadores, o

modelo propõe mudanças internas aos serviços, buscando democratizá-los mediante técnicas de planejamento participativo no intuito de aproximá-los aos interesses de seus clientes (Burkitt & Whyman, 1994:281s)³².

Na Alemanha, já vige clara separação entre prestadores e financiadores, pois as Caixas não dispõem de serviços médicos próprios e contratam médicos e hospitais. Os hospitais, mesmo sendo predominantemente públicos, têm seus custos correntes financiados pelos serviços produzidos. As Caixas compram serviços de prestadores contratados – públicos, filantrópicos, privados. Os prestadores – mesmo públicos – só prestam serviços mediante a garantia de pagamento. Desse modo, também a assistência social compra consultas ou internações - inclusive nos hospitais públicos - para seus beneficiários. Nada é grátis.

A competição proposta na Alemanha não é entre prestadores, mas entre provedores de seguro social – as Caixas. Neste sentido, seria mais próxima da reforma holandesa, país no qual a proteção também está fundamentada em modelo de seguro social. Na reforma holandesa foi proposta uma forma de ‘competição gerenciada’ que deveria envolver tanto seguradoras como prestadores de serviços³³. A reforma objetivou estabelecer a competição entre todas as seguradoras – Caixas de seguro social e seguros privados. Definiu uma diferenciação na cesta, possibilitando a introdução de uma cesta opcional. Estratificou a proteção, dividindo o asseguração em básico obrigatório, financiado solidariamente, e outro complementar, pago apenas pelo segurado. Além disso, as seguradoras poderiam contratar seletivamente os prestadores, o que promoveria competição entre eles, estimulando-os a oferecer melhores preços (Almeida, 1995:149s; Nolan, 1996:92, Abel-Smith & Mossialos, 1994:124).

Esta modalidade de competição, embora envolvendo instrumentos complexos de regulação, assume – no caso de ser totalmente implementada³⁴ – a privatização do risco de adoecer ao assegurar o financiamento solidário para apenas parte da proteção³⁵. No caso alemão, embora esteja aberta a possibilidade de privatização parcial por meio de mecanismos indiretos e apesar de os valores de co-pagamento terem sido majorados, manteve-se o catálogo único, sem restrições no que tange à assistência médica, financiado solidariamente. Na Alemanha a competição é pública, ocorre apenas entre as Caixas do seguro social, diferente da Holanda, onde as seguradoras privadas estão incluídas na competição e no esquema de compensação de riscos, o que abriria a possibilidade de maior privatização³⁶.

2. “Privatização da demanda”

Privatização dos riscos de adoecer por meio do co-pagamento

O termo co-pagamento – *Selbstbeteiligung* – significa que segurados de um sistema no qual o acesso é direto, afora contribuírem para o seguro social, participam diretamente dos custos das prestações sanitárias individuais com valor monetário fixo por tipo de prestação ou percentagem predefinida sobre o valor das prestações contratadas pela Caixa³⁷. Isto é, co-pagamento é entendido como pagamento direto pelo paciente de parcela de gastos decorrentes da utilização de serviços, pois indiretamente os segurados sempre participam do financiamento das ações através de suas contribuições mensais³⁸.

A introdução do mecanismo de co-pagamento tem dois objetivos. Um, considerado subalterno, seria o alívio financeiro do sistema ocasionado pela aporte monetário que proporciona e o outro, principal, de condução da demanda, de controle da utilização.

O co-pagamento é uma forma de racionalização do comportamento dos usuários através da instituição de taxa moderadora, que parte do princípio de que todos deveriam participar diretamente dos gastos com saúde, pois isto poderia conduzir a mudanças no comportamento dos consumidores. Os indivíduos reduziriam utilizações desnecessárias e valorizariam mais o que consomem. O comportamento dos usuários seria alterado especialmente em situações em que não corre risco de vida e na utilização de formas alternativas de atenção, situações em que haveria elasticidade da demanda em relação aos preços (Ulrich, 1996:163; Riege, 1993:214)³⁹.

Na introdução de mecanismos de co-pagamento, o legislador defronta-se com um dilema. Ou os valores são tão baixos que não influenciam nos dispêndios do sistema ou, no caso de serem capazes de produzir contenção de gastos, tão altos que provocam repercussões sociais – problemáticos efeitos redistributivos e sanitários – ao transferir gastos para os orçamentos familiares.

A principal questão em relação à introdução do co-pagamento está, portanto, na possibilidade de instituir um sistema que, ao mesmo tempo, produza diminuição de gastos e seja socialmente suportável ou justo. Diversos autores consideram ser impossível elaborar um esquema simultaneamente justo e eficiente na contenção de gastos (Reiners 1988:73; Ulrich, 1995:291; Nolan, 1996; Geißler, 1980)⁴⁰.

Para que o mecanismo de co-pagamento fosse efetivo como forma de condução da demanda – controle da utilização –, no sentido de promover a redução do uso em situação de oferta de serviços mantida constante, seria preciso que os valores estipulados fossem tão altos que se tornariam incompatíveis com um seguro social. Não seriam socialmente suportáveis, pois a garantia da atenção passaria a estar condicionada à capacidade individual de pagamento por parte do paciente (Geißler, 1980; Reiners, 1993). Efetividade de condução e suportabilidade social são comprovadamente incompatíveis para este mecanismo.

A baixa suportabilidade social dos pagamentos diretos é amplamente reconhecida. Estudos realizados pela OECD em diversos países demonstraram – independente das diferentes estruturas institucionais – que o desembolso direto por parte do paciente é a forma de financiamento mais regressiva que existe. Isto é, os mais pobres pagam relativamente mais (Nolan, 1996:93). Os efeitos adversos sobre o nível de equidade são amplamente reconhecidos (Newhouse, 1984 e Lohr & Brook, 1986 *apud* Ugá 1997). Os próprios defensores da introdução do co-pagamento reconhecem que a medida afeta diferenciadamente os grupos de renda, prejudicando aqueles menos favorecidos; tanto que, em geral, são introduzidos escalonamentos e/ou os grupos de menor renda são dispensados dos pagamentos.

A instituição do co-pagamento como medida moderadora da utilização parte do pressuposto que a demanda em saúde é excessiva – ações desnecessárias seriam consumidas por iniciativa do paciente – e é elástica, ou seja reduz-se com a elevação dos preços.

Todavia, a demanda por ações de saúde é pouco elástica (a elasticidade porém, varia segundo a faixa de renda do usuário em potencial, como assinalado a seguir). Além de ser predominantemente secundária – definida pelo médico e não pelo paciente –, quando primária, é geralmente imperativa. Situações graves demonstram bem esta inelasticidade. Por se tratar de questão de sobrevivência, a demanda não diminui com o aumento de preços, alocando o demandante o máximo de recursos financeiro que tiver disponível ou disponibilizável. Quando, porém, há insuficiência da renda, a demanda torna-se elástica. E o que é pior, quanto mais baixa a renda, maior a elasticidade da demanda por serviços de saúde. Para grupos de baixa renda, a demanda é elástica em relação aos preços e o patamar da impossibilidade absoluta é rapidamente atingido, o que significa dizer que pacientes necessitados ficarão sem a assistência devida⁴¹.

Por um lado, a elasticidade da demanda para grupos de menor renda demonstra que um sistema de co-pagamento é incompatível com a idéia de ser de modo concomitante socialmente justo e promover a diminuição de gastos. Por outro lado, o escalonamento de

valores conforme a renda com o objetivo de contrapor-se a esta tendência, se completamente eficaz, eliminaria o desejado efeito de contenção⁴² (Reiners, 1988:74; Pfaff, Busch & Rindsfusser, 1994:151s). Assim, a introdução do co-pagamento, em lugar de racionalizar o comportamento dos usuários, mais provavelmente contribuirá para conter a demanda necessária – resultando em subatenção para determinados grupos – do que aquela supérflua, referente à sobreutilização (OECD, 1995-a:55; Rodriguez, 1989 *apud* Ugá, 1997:83).

A instituição do co-pagamento pode alterar a demanda⁴³, porém afeta os grupos sociais de forma diferenciada. Experimento realizado nos EUA mostra que o número de contatos primários com o médico decresce com a elevação do valor do co-pagamento (Manning et al., 1987 *apud* Wasem, 1998). Quando o contato ocorre, os gastos não são diferenciados entre pacientes com co-pagamento alto e baixo. Neste estudo, não foram identificadas repercussões negativas sobre o estado de saúde de segurados ‘médios’. Todavia, no que diz respeito a níveis de pressão arterial, acuidade visual e cáries, observou-se que uma cobertura total melhoraria o estado de saúde dos segurados 20% mais pobres (Keeler *apud* Schmidt & Malin, 1996:144). Além disso, nota-se diminuição de gastos – redução da utilização – apenas entre grupos de segurados com gastos mais baixos (Schmidt & Malin, 1996:146)⁴⁴.

O co-pagamento tem efeito de condução da demanda no sentido de reduzi-la apenas entre os mais pobres, o que não é defensável em termos médicos (Rosenbrock, 1997). A participação financeira direta dos segurados no ato da utilização não é desvantagem apenas para segurados de menor renda ou pacientes crônicos. A elasticidade de preços tem peso especialmente alto para o segmento dos aposentados, cuja renda em geral é mais baixa. O aumento dos valores de co-pagamento atinge em particular as pessoas mais idosas. Enquanto a participação financeira direta anual de pacientes entre 25 e 30 anos fica, em média, em 25 marcos, pacientes entre 70 e 75 anos de idade precisam pagar, em média, 143 marcos, consideradas as diversas modalidades de co-pagamento (DOK 5 – 01.03.1997:167).

A maioria dos gastos está relacionada a uma fração pequena dos segurados, isto é a utilização é concentrada em certos grupos. Segundo Berg (1986 *apud* Reiners, 1988:74), 1% dos segurados produz 38% dos gastos hospitalares e 39% dos gastos com próteses dentárias. Na Alemanha, a maioria dos gastos está associada a doenças de longa duração e cerca de 50% dos gastos das Caixas são decorrentes da utilização de serviços de saúde por 7% dos segurados (Gut, 1983 *apud* Reiners, 1988:74). A utilização dos serviços de saúde é, portanto, extremamente mal distribuída.

Segundo outra estimativa, 10% dos segurados produziram 50% dos gastos e apenas 25% dos segurados seriam responsáveis por 90% das despesas⁴⁵ (Pfaff & Busch, 1997:21). Ou seja, grande parte dos gastos em saúde é produzida por pessoas doentes que não poderiam e nem deveriam abdicar de sua atenção. A contenção de custos produzida pelo co-pagamento atingiria um grupo de pessoas especialmente necessitado de proteção: idosos e doentes severos (Reiners, 1988 e 1993; Pfaff & Busch, 1997; Pfaff, Busch & Rindsfüßer, 1994:112).

Estimativas realizadas em 1993 com os valores de co-pagamento vigentes à época, mostram nitidamente como o comprometimento da renda é diferenciado por sexo e faixa etária. Para todas as faixas etárias, o comprometimento, além de aumentar com a idade, é maior para as mulheres contribuintes do que para os homens. A estimativa da renda comprometida⁴⁶ em 1993, para mulheres variou entre 0,38% – para o grupo etário de 18 a 24 anos – e 1,42%. Este máximo foi atingido pelas mulheres de 60 a 64 e 65 a 74 anos. Para os homens, foi de 0,22% da renda anual no grupo de 18 a 24 anos e de 1,35% da renda no grupo de 65 a 74 anos (Pfaff, Busch & Rindsfüßer, 1994:263s). O co-pagamento representa vantagem relativa para os mais jovens, especialmente homens jovens.

Além disso, o estado de saúde e o risco de adoecer – e, por sua vez, a necessidade de cuidados de saúde – estão fortemente relacionados com a renda (Mielck, 1994)⁴⁷. Desse modo, a cobrança direta dos usuários transfere renda dos doentes e menos favorecidos financeiramente para os mais saudáveis e melhor posicionados na escala de rendimentos.

Dadas estas características da demanda em saúde, ou seja, necessidades em saúde independentes dos preços dos serviços e elasticidade relativa, diferenciada conforme a renda, as medidas de co-pagamento, ao mesmo tempo que provocam impacto negativo de forma mais acentuada sobre os grupos de menor renda, resultam no deslocamento de gastos para o bolso dos pacientes.

Como o co-pagamento é desembolso direto no ato da utilização, os grupos que mais necessitam de atenção – seja em intensidade ou frequência – são os que mais pagam – idosos, doentes crônicos e pacientes severos. Entre estes, os mais atingidos são de renda mais baixa. O co-pagamento é, portanto, uma forma de privatização parcial do risco de adoecer que atinge principalmente os mais necessitados de atenção. Ocorre, assim, deslocamento de gastos para os pacientes, para os domicílios privados. Se os gastos são transferidos significa que não ocorreu de fato contenção de gastos (OECD, 1995-a:55; Pfaff & Busch 1997:22).

A participação financeira direta dos segurados produz desvio dos gastos do financiamento solidário do GKV para os domicílios privados, afetando a paridade de

financiamento. Os principais beneficiados são os empregadores, que têm sua parcela de contribuições reduzida. Embora no GKV existam regras abrangentes de dispensa do co-pagamento para grupos de baixa renda e seja definido um limite de comprometimento da renda – reduzido no caso de doenças crônicas pela última lei –, um deslocamento de gastos para o bolso do paciente é inegável. As regras para limite de comprometimento da renda familiar com despesas em saúde protegem os grupos de menor renda contra a subutilização e fixam limite para a parcela de financiamento não solidário, mas não interferem no deslocamento de gastos para os domicílios privados dos pacientes. Este fere a paridade do financiamento e afeta o princípio da solidariedade no que concerne às transferências entre doentes e sadios.

O sistema de compensação para garantir maior aceitabilidade e ‘suportabilidade social’ do co-pagamento pode ser julgado abrangente. O limite de comprometimento da renda anual com pagamentos diretos pelos pacientes é estipulado em 2% e para doentes crônicos em 1%⁴⁸ e famílias de menor renda, crianças e menores de 18 anos são dispensadas do co-pagamento. Atualmente estão dispensadas de co-pagamento 21,4 milhões de pessoas – entre estas, em torno de 12 milhões de crianças –, correspondendo a cerca de 30% dos segurados. Em época mais recente, após novos aumentos de co-pagamento estipulados pela lei, o Tribunal Federal de Justiça Social reafirmou a suportabilidade social e considerou o co-pagamento para medicamentos legal (BMG, Pressemitteilung 10.06.98). Na região oriental, como a renda é mais baixa – mesmo com a definição de valores monetários diferenciados –, o número de segurados dispensados de co-pagamento é maior. Como os acréscimos do co-pagamento visam especialmente cobrir o déficit, maior proporção de isentos na região oriental reduz os efeitos de contenção. Tanto é que, enquanto a região ocidental apresentou um superávit ao final do ano de 1997, a região oriental isoladamente permaneceu em déficit.

O problema principal com a introdução do co-pagamento – é sempre bom lembrar – é o mesmo daquele de qualquer medida de ‘racionalização do comportamento da demanda’. Aplicam-se medidas destinadas a conter custos sobre o paciente, quando o aumento de custos é produzido na verdade por fatores relativos à oferta, da qual os pacientes têm conhecimento e influência bastante limitados (Geißler, 1980; Reiners, 1993).

Afora ser mecanismo pouco valioso de condução do sistema, a introdução de mecanismo de co-pagamento pode também ser considerada pouco eficaz para a contenção de gastos (OECD, 1995-a: 55; Reiners, 1988:72). a própria experiência alemã confirmaria a ineficiência do co-pagamento para reduzir gastos.

Além da diminuição direta dos gastos ou aumento da receita, outro argumento defendido para a introdução de co-pagamento nos serviços de saúde, e para a restituição de parcela de contribuição refere-se ao desenvolvimento de maior consciência de custos por parte dos segurados e ao aumento da "responsabilidade própria" do segurado.

É no sentido do 'desenvolvimento de maior consciência de custos por parte dos segurados' que a elevação dos valores de co-pagamento é empregada como medida coercitiva para as Caixas e, evidentemente, para seus segurados, no caso de majoração das taxas de contribuição. Esta elevação seria o elemento sinalizador de preços para a demanda – os segurados – fazer a escolha de Caixas/seguradora. Na perspectiva da coalizão governamental, portanto, na medida em que os contribuintes – transformados em consumidores de seguros sociais através da competição – devem orientar-se pelos preços, o co-pagamento pode ser sinalizador mais efetivo de preços do que as taxas de contribuição, pois a maioria dos segurados desconhece o valor de suas contribuições.

O nível de conhecimento das quantias e taxas de contribuição pelos entrevistados é baixo. Em pesquisa realizada por Ulrich, Wemken & Walter (1994), apenas a metade dos entrevistados pôde informar algo sobre suas contribuições e somente um terço dos segurados soube informar suas taxas de contribuição atuais. Além disso, a maioria dos segurados considera adequada sua taxa de contribuição, corretos os aumentos ocorridos nos últimos anos⁴⁹ e acredita que estas taxas continuarão a crescer.

Pesquisas qualitativas com segurados têm demonstrado que, embora aumentos nas taxas de contribuição signifiquem maiores dispêndios para os contribuintes do que os montantes de co-pagamento, a avaliação dos entrevistados quanto à majoração do co-pagamento é mais crítica do que os aumentos das taxas de contribuição (Ulrich, Wemken & Walter, 1994; Ulrich, 1996). Existe, porém, certa aceitabilidade entre os segurados quanto aos mecanismos de co-pagamento⁵⁰. Parte dos segurados é favorável à existência do co-pagamento, levando em conta que algumas taxas poderiam ainda ser majoradas, mas que já teriam alcançado seu limite em alguns setores da atenção⁵¹. Portanto, não há consenso a respeito dos mecanismos de co-pagamento⁵².

Repercussões do aumento dos valores de co-pagamento

Estima-se que os aumentos dos valores de co-pagamento em 5 DM mais as receitas provenientes da nova modalidade de co-pagamento instituído para alguns meios de ajuda significarão redução dos gastos do GKV em cerca de 5 bilhões de marcos anuais (quase 3 bilhões de dólares), o que corresponderia à possível redução de 0,25 pontos das taxas de

contribuição. Este decréscimo, porém, não está previsto; não seria possível em razão do déficit existente (*Presse- und Informationsamt der Bundesregierung*, 1997:15)⁵³.

Em outras palavras, 5 bilhões de marcos (cerca de US\$ 3 bilhões) é o valor estimado de deslocamento de gastos para os segurados – a parcela de privatização imediata da demanda em saúde – produzida pelas Leis de Reordenação do GKV. Um montante considerável, que seria suficiente para cobrir cerca de 70% do déficit de 1996, que foi de 6,8 bilhões.

Para a coalizão governamental, porém, estes aumentos não seriam abusivos, pois, segundo seus cálculos, os pagamentos efetuados pelos segurados, mesmo com os acréscimos efetuados, representarão apenas 6% dos gastos do seguro social de doença⁵⁴. Com estes aumentos dos valores de co-pagamento estima-se que os pacientes pagarão diretamente cerca de 8,5 bilhões de dólares (14,5 bilhões de marcos, anteriormente 9 bilhões de marcos) ao ano, soma nada desprezível (*Presseamt*, 1997:17).

Pode-se dizer que o co-pagamento na Alemanha é utilizado mais como fonte de receitas para o sistema do que como mecanismo de condução da demanda, de controle da utilização. Por um lado, as majorações do co-pagamento visam cobrir déficit financeiros existentes. Os últimos aumentos foram calculados de modo a cobrir o déficit existente⁵⁵. Por outro lado, não há co-pagamento para a demanda ambulatorial primária – setor da atenção onde potencialmente seria reduzida a demanda. O co-pagamento incide principalmente sobre a demanda secundária: prescrições e solicitações médicas.

Embora a estratégia de contenção tenha sido a privatização parcial dos gastos com a ampliação das taxas de co-pagamento (*cost-sharing*), não foram introduzidas taxas de participação dos usuários para atenção ambulatorial; o setor supostamente mais adequado para introdução de co-pagamento por ser o único em que o segurado pode decidir primariamente a utilização, ainda que seja discutível a possibilidade de racionalização do comportamento da demanda pela participação nos gastos através de co-pagamento sem afetar a equidade no acesso.

No GKV, todas as outras ações médico-sanitárias, com exceção do trabalho das parteiras e, desde 1998, o atendimento psicoterapêutico⁵⁶, são demandas secundárias. São solicitadas/prescritas/encaminhadas pelos médicos de consultório sejam estes especialistas ou clínicos gerais. Mesmo que o setor ambulatorial seja o único setor onde comprovadamente co-pagamento pode reduzir a utilização, não apenas o co-pagamento para o setor ambulatorial não foi introduzido como nem foi aventada esta possibilidade no debate, o que deixa

transparecer o poder de influência da corporação médica na Alemanha e a política governamental de clientela.

Os mecanismos de majoração do co-pagamento poderão produzir, a médio prazo, expressiva elevação da participação dos segurados nos gastos. Mesmo que a participação direta dos segurados nos gastos esteja limitada em 2% de sua renda, a medida significa importante deslocamento de gastos para os segurados pois, dados os maiores valores, maior proporção de segurados estará provavelmente obrigada a arcar com gastos até aquele limite⁵⁷.

Embora o deslocamento de gastos para os segurados seja expressivo em virtude do maior volume de recursos em jogo, a paridade do financiamento do sistema será pouco afetada imediatamente. Segundo estimativas governamentais, do total de 234 bilhões de marcos – US\$138 bilhões – de receitas de contribuição do GKV em 1996, 48, 1% corresponderam à parcela dos empregadores. Com os aumentos da participação financeira direta dos segurados ocorridos em 1997, estima-se que a parcela de contribuição dos empregadores será reduzida em 1,1 pontos percentuais, passando para 47% do total das receitas previstas para 1997 (Presseamt, 1997:17).

O governo afirma que a participação direta dos domicílios privados na Alemanha situar-se-ia entre as mais baixas mesmo com a majoração do co-pagamento, se confrontada com outros países (Presseamt, 1997:17). Segundo estimativas divulgadas pela OECD (1997), que analisam a participação financeira direta de usuários no conjunto do gastos com assistência à saúde, a participação financeira direta dos usuários dos serviços de saúde na Alemanha em relação ao conjunto das áreas de atenção (9%) (o que é distinto de considerar-se a proporção dos gastos do GKV, como apresentado acima) é das mais baixas entre aqueles países, ficando atrás apenas do Reino Unido (7%)⁵⁸. Isto ocorre principalmente pela inexistência de co-pagamento no setor médico ambulatorial do GKV. Nestas estimativas, a participação financeira na assistência farmacêutica no caso de medicamentos, porém, seria maior do que 50%, situando-se em posição média em termos de comparação internacional. A situação será agravada com aumentos do co-pagamento – como os previstos na lei aprovada – especialmente intensos nesta área.

A participação financeira direta dos usuários na assistência farmacêutica aumentou de modo expressivo nos últimos anos em virtude dos aumentos graduais e repetidos dos valores de co-pagamento. Enquanto o total de receitas relativas ao co-pagamento de medicamentos realizados em 1990 pelos segurados-pacientes correspondeu a 6% das despesas

do GKV com assistência farmacêutica, em 1997 já representavam 20% daquelas despesas (Pfaff & Busch, 1997:23).

O primeiro efeito de contenção produzido pelos aumentos foi imediatamente observado no segundo semestre de 1997. O acréscimo dos valores de co-pagamento significou economia de 2,5 bilhões de marcos no segundo semestre de 1997 e o saldo final anual do GKV foi positivo. O GKV fechou o ano com superávit de 1,1 bilhões, apesar de previsão de déficit de mais de 7 bilhões (BMG/*Pressemitteilung*, 26.02.1998).

O mecanismo aprovado para coibir os aumentos das taxas de contribuição – acoplando-os à majoração compulsória dos valores de co-pagamento – determinará, a médio prazo, a diferenciação destes valores entre as Caixas. Com a elevação e variação das taxas de co-pagamento entre as Caixas, a longo prazo, a paridade no financiamento poderá vir a ser questionada mais enfaticamente. Em um sistema com diversas taxas e tarifas, entrará em discussão qual delas deverá ser aquela partilhada paritariamente (Riege, 1993:208). É de supor que os empregadores queiram pagar as menores taxas, uma vez que os custos sociais do trabalho – na discussão do *Standort Deutschland* – tem tido peso político decisivo (Reiners, 1993:167). Além disso, os empregadores poderiam passar a estimular/obrigar seus empregados a filiar-se à Caixas com taxas de contribuição mais baixas.

Em resumo, co-pagamento é mecanismo inoportuno para a condução do sistema não apenas por estar centrado na demanda e pelo aumento dos gastos ser predominantemente decorrente de problemas da oferta – sobre os quais os pacientes pouco podem influenciar –, mas também por obrigar a demanda a comportamento inadequado e acentuar iniquidades no acesso e utilização. Pode resultar em subatenção mais provavelmente para grupos de menor renda, por gerar impacto negativo de forma mais acentuada sobre estes grupos, do que conter a suposta demanda desnecessária ou excessiva. É mais desvantajoso para mulheres, pessoas idosas, pacientes crônicos e severos, corroendo a solidariedade.

Por ser desembolso direto no ato da utilização, o co-pagamento é uma forma de privatização parcial do risco de adoecer, atingindo especialmente os mais necessitados de atenção. Medidas de co-pagamento objetivam deslocar gastos do financiamento coletivo/público para os domicílios privados. Deste modo, os empresários são parcialmente desonerados e a paridade de financiamento é afetada.

O sistema de compensações – introduzido para contrapor-se parcialmente aos efeitos indesejados – define limites da privatização dos gastos em saúde, mas não interfere no deslocamento de gastos para os domicílios privados dos pacientes.

Pode-se dizer, assim, que o co-pagamento na Alemanha resulta principalmente em aumento imediato de receitas – possibilitando a cobertura de déficit sem onerar os custos do trabalho – e no deslocamento de gastos do sistema solidário para os pacientes.

Seleção de riscos por meio de novas opções para estabelecimento de contratos com os segurados

Uma das leis aprovadas – 2.NOG – amplia as possibilidades das Caixas no estabelecimento de contratos diferenciados com os segurados, introduzindo procedimentos típicos de seguro privado. Os segurados poderão optar pelo reembolso de despesas, pela restituição de parcela de contribuição como prêmio por baixa utilização e pela assunção de percentagem predefinida dos gastos⁵⁹. Estes mecanismos seriam opções para as Caixas em competição atraírem segurados. Servem à seleção de riscos, pois a competição por segurados não é apenas para manter uma fatia de mercado, mas, em especial, para atrair uma parcela de segurados de baixo risco. A competição entre as Caixas é, antes de tudo, competição pelos bons riscos, o que é facilitado através destes mecanismos.

Recompensa monetária pela não utilização – bônus

A partir da lei, todas as Caixas poderão oferecer aos seus segurados a possibilidade de restituição de parcela de suas contribuições como recompensa pela baixa utilização. Esta é mais uma medida de ‘racionalização do comportamento da demanda’, cujo objetivo seria aumentar a ‘responsabilidade própria’ dos segurados. O estímulo monetário deveria motivar os segurados a utilizar serviços de forma parcimoniosa, apenas na extensão necessária, esperando-se redução dos gastos. O principal objetivo do mecanismo seria diminuir a utilização decorrente de doenças não muito importantes (bagatela).

Na experiência dos seguros privados esta é uma medida, entre outras, para estimular baixa utilização, e uma transposição de efeitos é problemática.

A restituição de parcela das contribuições em contrapartida à baixa utilização pode ser entendida como forma indireta de co-pagamento, no qual a participação financeira dos usuários está embutida previamente nas taxas de contribuição. Ao não utilizar, o segurado teria direito à parcela que pagou antecipadamente. É de pressupor que este tipo de medida ocasiona aumento das taxas de contribuições, pois os bônus pagos pelas seguradoras/Caixas terão que ser cobertos por adequações das taxas de contribuição de todos os seus membros.

Como é medida similar ao co-pagamento, apresenta os mesmos problemas que este, acima apontados. Assim como qualquer medida de co-pagamento, vai contra o princípio da solidariedade. Apenas os relativamente mais saudáveis podem esperar receber o bônus, e se o valor do mesmo estiver acoplado ao montante das contribuições pagas pelo segurado, os contribuintes de maior renda terão vantagens importantes. Além disso, a probabilidade de recebimento do bônus aumenta com a elevação da renda dos segurados (Pfaff & Busch, 1997:20), o que tendencialmente implica a redução das transferências dos contribuintes melhor remunerados para os de menor renda, reduzindo os efeitos de redistribuição.

A instituição de recompensa pela baixa utilização não é completa novidade no GKV. Desde 1989 existe a possibilidade de experimentar um dos elementos do seguro privado ao interior do Seguro Social de Doença: a restituição de parcela das contribuições como prêmio por não terem ocorrido "perdas ou danos", no caso, utilização de serviços de saúde (SVR, 1994:219). Na regulamentação para experimentação deste prêmio prevê-se a restituição de até 1/12 das contribuições anuais do segurado – excluídas aquelas do empregador – para quem produzir gastos menores do que este valor. Os gastos são subtraídos deste valor e, em caso de resultado positivo, a diferença é restituída. A regra é válida para quem permanecer segurado por mais de 90 dias.

Ações preventivas e referentes a segurados menores de 18 anos não são computadas nos gastos, pois não se pretenderia a renúncia a ações preventivas e cuidados necessários (SVR, 1994:219)⁶⁰. Em 1969, instrumento similar havia sido instituído – a recompensa de 10 marcos pela não utilização de serviços em cada quadrimestre –, mas foi extinto em 1973. Considerou-se que a tentativa não tivera resultado. O estímulo teria sido fraco.

A possibilidade de opção por este tipo de medida não vai depender de comportamento mais racional dos segurados, mas de suas necessidades de saúde que são diferenciadas conforme renda, idade, sexo, morbidade, isto é conforme o risco de adoecer. Mesmo sem alterar o seu comportamento, desfrutarão desta vantagem financeira os grupos de segurados que se caracterizam por utilização mais baixa. Dessa forma são imediatamente beneficiados por este tipo de opção os jovens saudáveis e solteiros – sem dependentes – e aqueles cuja necessidade de utilização tem alguma margem de manobra de tempo. Velhos e doentes crônicos têm pouca chance de restituição.

Quando o estímulo financeiro é baixo, é isto que ocorre. Apenas aqueles segurados que normalmente pouco utilizam serviços de saúde – especialmente os jovens do sexo

masculino saudáveis – são beneficiados com a medida sem que isto tenha significado alteração em seu comportamento.

Os efeitos da restituição de prêmios são dependentes do nível de renda. Para baixas rendas têm maior significado que para rendas altas. Ao mesmo tempo, são dependentes do valor das contribuições. Quanto maior a contribuição, maior o montante a ser restituído, ou seja, o estímulo para utilização mais econômica (SVR, 1994:220). Por sua vez, este mecanismo tem sido modificado nos seguros privados. Por iniciativa do órgão federal de controle dos seguros privados, tem sido estimulado o não pagamento ao segurado, mas a reserva para emprego posterior na compensação da idade. Nos seguros privados, uma parcela do bônus é paga monetariamente ao segurado como estímulo financeiro e outra, serve como bônus para compensar aumentos do prêmio com a idade (SVR, 1994:219).

A probabilidade de desfrutar da restituição de parcela de contribuição diminui com a idade e o valor monetário do bônus é mais elevado entre os mais jovens. Aposentados têm menor probabilidade de receber o bônus do que segurados ativos. Entre os segurados ativos, 23% receberiam o bônus e, entre os aposentados, apenas 12% (Pfaff & Busch, 1997:20). Simulação feita com dados de uma das Caixas Locais-AOK demonstrou que, enquanto entre os segurados homens até 24 anos, 37% poderiam receber o bônus, no grupo de 60 a 64 anos somente 10% desfrutariam desta vantagem (SVR, 1994).

A introdução deste mecanismo no GKV redundaria, ainda em gastos administrativos adicionais, pois implicaria a confecção de contas individuais por contribuinte, procedimento este hoje não realizado (Schmidt & Malin, 1996:145). Um modelo elaborado por Pfaff, Busch & Rindsfü(er (1994) estimou que 20% dos segurados teriam direito à restituição de parte de suas contribuições em razão da baixa utilização, recebendo recompensa média de 260 marcos. A soma das restituições corresponderiam a 1,2% dos gastos do GKV⁶¹. O que significa dizer que, para que a introdução do bônus não provoque aumento das taxas de contribuição, a redução das despesas de utilização proporcionadas pelo mecanismo deveria ser no mínimo de 1,2%, desconsiderados os gastos administrativos adicionais. Outro estudo mostrou que os gastos administrativos para a implementação podem variar entre 0,4 e 1,2% das receitas de contribuição, e os gastos com pagamentos, entre 0,7 e 1,4% destas receitas. É controverso, portanto, se esta medida pode ou não reduzir gastos, uma vez que estes dados apontam para o seu aumento.⁶²

Resultados similares foram encontrados na pesquisa de acompanhamento do experimento da instituição de bônus pela baixa utilização – incluída através da lei da Reforma

da Saúde de 1989. Em uma das Caixas Locais – AOK, em 1992, cerca de 20% dos membros daquela Caixa tiveram direito a reembolso. O reembolso anual foi, em média, de 222 marcos (cerca de 70% de uma contribuição mensal média). Entre os aposentados, apenas 4,2% tiveram direito ao prêmio, em média de 139 marcos (SVR, 1994:221).

Estimativas quanto às repercussões sobre os gastos indicaram que o conjunto das restituições de parcela das contribuições – o valor total dos bônus monetários que viriam a ser distribuídos aos contribuintes – corresponderia a cerca de 1% dos gastos e repercutiria sobre a taxa de contribuição provocando aumento de 0,15%⁶³ (SVR, 1994:221). Em experimento realizado em cinco Caixas de Empresas no período de 1990 a 1993, entre 13 a 23% dos contribuintes tiveram direito a retorno, tendo recebido de 180 a 280 marcos. Em quatro anos, 33% dos segurados receberam alguma vez o bônus, e, entre estes, 3% receberam bônus durante os quatro anos seguidos (Schmidt & Malin, 1996:155). O que significa dizer que a possibilidade de receber o bônus é mal distribuída.

A mesma pesquisa também demonstrou que quem recebe o bônus é significativamente mais jovem, recebe salários mais elevados – pagando, em correspondência, contribuições mais elevadas – e tem menos dependentes menores de 18 anos do que quem não recebeu o bônus. Além disso, a distribuição entre os sexos é diferenciada. No grupo que recebeu bônus, o predomínio de homens é maior e o valor dos bônus é também mais elevado.

A restituição de valores em dinheiro como prêmio pela baixa utilização também diminui as receitas e, com isso, os montantes à disposição para a redistribuição solidária entre aqueles com maior risco (SVR, 1994:219; SVR, 1995:137). Especialmente as famílias seriam penalizadas, uma vez que o maior número de membros aumenta a probabilidade de utilização.

A utilização mais racional por parte dos segurados, além dos problemas acima apontados decorrentes das características específicas da demanda em saúde, é também pouco provável de ser alcançada, pois os segurados não conhecem os custos das ações de saúde, não podendo avaliar efeitos monetários de poupança⁶⁴. Como o sistema tradicionalmente garante a atenção sem contrapartida financeira direta – elemento considerado uma das expressões do princípio de solidariedade –, os segurados desconhecem os custos da atenção e não poderiam calcular tão racionalmente a possibilidade ou não de estar ou não garantindo o seu bônus (Schmidt & Malin, 1996:144)⁶⁵.

Pode-se também falar em incerteza quanto aos gastos. É impossível saber antes da realização quanto custará, por exemplo, uma consulta médica. Como a cobrança baseia-se em unidades de serviço e os consultórios são bem equipados, são sempre computadas diversas

ações. Além disso, os segurados não dispõem de informações suficientes para utilizar ações preventivas ou possibilidades objetivas para assumir comportamentos mais saudáveis⁶⁶, o que hipoteticamente evitaria a utilização (SVR, 1994:218s).

Supondo-se que a implementação da "recompensa" leve a mudanças de comportamento, estas não necessariamente serão positivas. Pode produzir, por exemplo, a procura tardia da necessária atenção com efeitos danosos à saúde e necessidade de utilização mais complexa.

Entre os segurados, o bônus teria maior aceitação do que o co-pagamento, uma vez que, ao contrário deste último, o bônus aparece como recompensa e seria mais eficaz para atrair bons riscos, enquanto o co-pagamento é apreendido mais como castigo: 'não apenas estou doente como ainda preciso pagar por isto' (Schmidt & Malin, 1996:144).

Pesquisa realizada com segurados que participaram do experimento empreendido por algumas Caixas de empresas mostraram alta aceitação do mecanismo. Mais de 70% dos entrevistados posicionaram-se favoravelmente à restituição de uma parcela das contribuições aos segurados que nada ou pouco utilizaram. Cerca de 70% dos segurados entrevistados concordaram com a afirmativa: "quando o segurado utilizar muito pouco, ou não utilizar, serviços de saúde ele deve receber de volta uma parcela correspondente de sua contribuição" (SVR, 1994:221). A recompensa – o bônus – seria portanto merecido.

Embora o princípio da solidariedade seja aceito e difundido, as representações dos segurados são impregnadas pelo princípio da equivalência fundante do modelo de seguro social, segundo o qual os benefícios devem estar relacionados ao mérito. As mesmas pesquisas, no entanto, fazem duvidar sobre possíveis mudanças de comportamento. A grande maioria dos entrevistados (95%) afirma que não renunciaria a atendimento médico por este motivo (Schmidt & Malin, 1996:150s).

Resultados de outras pesquisas mostraram que a restituição de parcela das contribuições, ainda que aceita, é 'instrumento muito abstrato' para possibilitar mudança de comportamento dos segurados quanto à utilização, colocando fortes dúvidas quanto à sua efetividade para conduzir a demanda (Braun, 1996:29).

É controverso se esta medida pode ou não reduzir a utilização, mas mesmo quem estima que isto fosse possível, duvida que a contenção produzida possa superar os gastos administrativos adicionais que provoca. Na melhor das hipóteses, o balanço final seria neutro (Schmidt & Malin, 1996:148; 160).

Dadas estas estimativas, poucos efeitos de contenção podem ser esperados da introdução de bônus pela baixa utilização. Porém, como é instrumento altamente aceito pelos segurados, o reembolso de parcela das contribuições como recompensa pela baixa utilização pode ser parâmetro eficaz para a competição entre as Caixas e a seleção de riscos. Caixas que implementarem este mecanismo podem melhorar o seu perfil de risco individual, atraindo os "bons riscos". Poderia ser também uma forma de atrair – e ou manter, contribuindo para o sistema, segurados voluntários ‘bons riscos’ – homens jovens, sem dependentes⁶⁷e bem remunerados – competindo com o seguro privado.

Um dos perigos na utilização deste tipo de medida em caso de intensa competição, seria o emprego excessivo da mesma, o que levaria a afetar o grupo de segurados sem direito a este tipo de privilégio. As receitas correspondentes ao outro grupo poderiam ser utilizadas para pagar privilégios para o grupo mais saudável com a perspectiva de tornar a Caixa mais atrativa. Os outros segurados que não têm possibilidade de optar nem usufruir deste mecanismo – por causa de sua maior expectativa de utilização – terão que pagar contribuições mais elevadas para garantir privilégios de um grupo – compensar os gastos adicionais que o pagamento de bônus provoca.

A recompensa monetária pela não utilização – bônus – mostra-se, assim, um mecanismo para estimular a competição por segurados. Mais do que uma forma de racionalização do comportamento da demanda, a medida objetiva servir de parâmetro para a seleção de riscos.

Opção por uma franquia

A opção por uma franquia – *Selbstbehalt* –, isto é, a renúncia pelo segurado de uma parte da cobertura, tem como contrapartida contribuições mais baixas. Este é mais um procedimento que pode ser enquadrado entre os estímulos monetários de ‘racionalização do comportamento da demanda’. É uma forma de asseguração parcial e portanto significa privatização parcial da cobertura do risco de adoecer.

Embora as franquias mencionadas pelos defensores deste tipo de proposição sejam baixas – foi sugerido que correspondessem ao valor de uma contribuição mensal –, esta nova alternativa para contratação do seguro social pelo contribuinte é mais um mecanismo que amplia a participação financeira direta dos segurados e possibilita a seleção de riscos. Enquanto deslocamento de gastos, tem as mesmas conseqüências acima apresentadas para o co-pagamento. Segundo defensores deste tipo de proposta, não ocorreria deslocamento de gastos, pois este seria compensado pela contribuição mais baixa. Ao invés de o segurado

parcial ter acesso ao serviço, reteria uma indenização financeira que seria aproximada ao montante de gastos sob sua responsabilidade. O deslocamento, porém, tende a ocorrer, pois, como veremos adiante, pode resultar em transferências financeiras dos não optantes para os optantes.

Por ser opcional, a assunção de franquia, mais do que deslocar gastos, possibilita a seleção de bons riscos do mesmo modo que a distribuição do bônus como recompensa pela não utilização. Apenas segurados que avaliam como baixa a probabilidade de utilizar serviços e que são relativamente melhor remunerados é que poderão optar pela assunção de franquia. Pessoas doentes ou com salários mais baixos não poderão se questionar quanto à possibilidade de assumir parte dos gastos.

A possibilidade de desconto de taxas de contribuição mais baixas poderia ser também atraente para grupos de segurados de menor renda. Para este grupo, porém, os problemas decorrentes desta opção seriam ainda maiores. As pessoas de baixa renda estariam tentadas a contratar seguros com tarifas mais baixas para aumentar seus orçamentos familiares. Contribuições mais baixas são também incentivo econômico para este grupo, que poderia ignorar seu risco de utilização e confiar na manutenção de seu estado de saúde, sem ter rastro financeiro suficiente para cobrir possíveis despesas. Neste caso, o necessário atendimento poderia deixar de ser procurado ou retardado, afetando o estado de saúde destes grupos (Gerlinger, Giovanella & Michelsen, 1997:125).

Do mesmo modo que no caso do bônus discutido acima, mais do que estimular a utilização mais parcimoniosa por parte dos segurados, a medida é vantajosa para aqueles segurados que utilizam pouco devido ao seu estado de saúde.

Em resumo, as tarifas opcionais são vantajosas e interessam aos bons riscos – saudáveis, provável baixa utilização e renda mais elevada – e provocam deslocamento de gastos entre os segurados, dos doentes para os mais saudáveis (no sentido inverso de uma redistribuição solidária). Os segurados que optarem por estes mecanismos contribuirão com menos para o fundo solidário, tornando as taxas de contribuição do conjunto restante mais elevada, uma vez que os que sobram têm riscos mais elevados, correspondendo a maiores despesas. Esta ‘seleção adversa’ provoca impacto duplo sobre os doentes, porque pagam contribuições mais elevadas e a participação financeira no ato da utilização, da qual não podem prescindir.

Todos estes mecanismos significam claras desvantagens para as mulheres contribuintes. Estas, em geral, têm rendimentos mais baixos e probabilidade de utilização mais alta (Zoike, 1997).

Opção pelo reembolso de despesas

A partir da vigência da lei, a opção pelo reembolso de despesas ao invés do acesso à atenção sem pagamento foi aberta a todos os segurados. Esta opção é condição obrigatória no caso da eleição de asseguramento "parcial" da opção pela franquia, acima discutida.

A introdução do pagamento de despesas com posterior solicitação do reembolso seria mais um estímulo para o aumento da responsabilidade própria dos segurados. Tornaria os custos mais transparentes para os segurados e proporcionaria o desenvolvimento de maior consciência dos segurados sobre os custos da atenção, estimulando utilização mais parcimoniosa dos serviços de saúde.

É discutível, porém, que a restituição de despesas em si seja mecanismo de condução da demanda. Não está demonstrado que apenas o aumento do conhecimento do preço leve a redução da demanda (Wasem, 1998), ainda mais quando a assistência continua garantida.

Ao contrário do acesso direto sem necessidade de pagamento, com o reembolso de despesas, o paciente confronta-se imediatamente com o problema do financiamento dos serviços prestados. Por um lado, o paciente deve pagar os serviços; por outro, não tem segurança de que serão restituídos pelas Caixas. Na relação médico-paciente, os pacientes, em virtude dos seus déficit em informação e conhecimento, precisam confiar no médico quanto às ações a serem prestadas. Os pacientes não têm como fazer escolha racional entre ações necessárias e desnecessárias e consideram que os médicos, pelo juramento hipocrático, utilizariam todos os recursos disponíveis para auxiliá-los. Se as Caixas duvidarem da necessidade médica de alguma ação, o paciente poderia ser obrigado a arcar com parte das despesas (Gerlinger, Giovanella & Michelsen, 1997:124).

O reembolso de despesas significa que o paciente estabelece contrato privado individual com o prestador, forma muito mais vulnerável que a negociação das Caixas com o conjunto de prestadores. A restituição de despesas reduz a influência das Caixas sobre o volume, qualidade e preço dos serviços prestados. Para os prestadores, a restituição de despesas significa ampliação da sua liberdade de ação tanto em termos financeiros quanto em relação aos serviços ofertados. No sistema de restituição de despesas, o prestador não precisa se ater ao espectro e preço de ações negociados com as Caixas. Assim os prestadores poderão

utilizar esta possibilidade para cobrar preços mais elevados⁶⁸ e ofertar novas ações ou aquelas excluídas do catálogo em comum acordo entre médicos e Caixas, em nível nacional, por se tratarem de ações consideradas não determinadas por necessidades médicas⁶⁹.

Dada a assimetria na relação médico-paciente, é questionável que esta opção seja tão livre assim (Wasem, 1998:64). Futuramente, os prestadores poderiam vir a obrigar os segurados a optar pela restituição de modo a ser possível cobrar/negociar preços mais altos do que os reembolsados pelas Caixas, sendo o segurado obrigado a arcar com a diferença.

É uma forma de facilitação para os médicos aumentarem suas receitas, uma vez que as despesas com restituição de gastos não estão incluídas nos orçamentos por consultório – a nova modalidade de pagamento ambulatorial, também incluída na lei que define teto máximo de ações por consultório, baseado no número de pacientes atendidos e na definição de valores médios a serem pagos por paciente⁷⁰. Com a exclusão das despesas de pacientes que optem pela restituição dos orçamentos por consultório, os médicos receberão por estas ações o valor integral dos pontos correspondentes às unidades de serviço prestadas. Isto é, não haverá controle sobre o volume de ações prestadas para pacientes que optem por restituição de despesas.

Alguns médicos já estão estimulando seus pacientes a assumir esta modalidade. Especialistas descontentes com o novo sistema de pagamento – que significou também redistribuição de rendimentos entre as especialidades –, já aventaram a possibilidade de só poder continuar a atender adequadamente seus pacientes caso estes optem pela restituição⁷¹.

O exemplo do seguro privado, o qual utiliza a restituição de gastos de modo amplo, mostra o que este mecanismo pode provocar. A negociação privada de preços entre o paciente e o médico basear-se-á na tabela de honorários da Câmara Médica GOÃ, na qual uma relação imensa de unidades de serviço é listada. Os seguros privados pagam até 2,3 vezes os honorários da tabela. Os médicos calculam seus serviços sempre neste limite máximo. O que seria o limite, na verdade passa a ser o preço mínimo.

É provável que a medida não reduza gastos. Pelo contrário, poderá ampliar os gastos totais em saúde pois os médicos provavelmente passarão a cobrar a mais do que as Caixas restituem. Nesta hipótese, os segurados serão obrigados a participar das despesas ambulatoriais – medida sempre enfaticamente recusada pelas Associações de Médicos das Caixas⁷². Além disso, a restituição tem por base unidades de serviço. Os gastos dos seguros privados, condicionado pela forma de pagamento em unidades de serviços, têm crescido mais rapidamente do que os do Seguro Social de Doença.

Com o reembolso de despesas reduz-se ainda mais a possibilidade de as Caixas controlarem os preços e a qualidade dos serviços prestados (Rosenbrock, 1998). Experiências internacionais têm demonstrado que as dificuldades com controle de gastos são maiores em países onde vige o modelo de reembolso público (OECD, 1994:39).

No caso das ações de saúde, preços altos são vistos freqüentemente como indicador imediato de melhor qualidade (Herder-Dorneich, 1994 *apud* Pfaff & Busch, 1997:20). Como o paciente não age como *homo economicus*, a racionalidade individual do segurado pode levar a aumento da demanda por ações mais caras, ao invés de reduzir a utilização desnecessária. A restituição de despesas pode resultar em encarecimento das ações de saúde sem a garantia de manutenção de qualidade. O efeito de racionalização da demanda é discutível. Estudo realizado com os seguros privados mostrou que a restituição de despesas resulta em maiores gastos. Os segurados têm apenas parte de suas despesas restituídas e além disso são cobrados pela seguradora os custos administrativos da restituição⁷³. Ao final, apenas 43% dos gastos foram restituídos. Gastos estes, por sua vez, cobertos por seguro complementar, o que mostra como o mecanismo não estimula mudança de comportamento (Pfaff & Busch, 1997:20). Os gastos adicionais, que a introdução do mecanismo poderá produzir, terão que ser arcados pelos segurados, favorecendo a elevação dos rendimentos dos prestadores.

Para os segurados, a escolha da restituição de despesas trará consigo insegurança pois uma vez assumida, a restituição vige para toda e qualquer ação sanitária (Am Orde, 1997:247). O que, mesmo para os grupos bem remunerados, significa a incerteza de poder arcar com despesas, dado o volume financeiro que estas podem significar.

No caso de os segurados optarem por um contrato em que se responsabilizem por parte das despesas – as franquias – estarão submetidos a estes riscos de aumento de preços e ações possibilitados pela restituição, pois esta é obrigatória neste caso (DGB, 1996-a:4).

O reembolso de despesas poderia produzir aumentos dos gastos totais em saúde, sem aumentar os gastos do GKV, pois os gastos adicionais teriam que ser cobertos pelos segurados. Poderia deste modo afetar o financiamento paritário. A parte arcada pelos indivíduos cresce e a parte financiada paritariamente decresce.

3. Racionalização da oferta: maior eficiência através da configuração de novas relações das Caixas com os prestadores

A lei aprovada inclui também medidas de racionalização da oferta. Altera o sistema de pagamento das prestações sanitárias ambulatoriais, com a criação de pagamentos prospectivos por caso tratado – *Praxisbudget* – e amplia possibilidades para modificação das formas de organização da atenção.

Pagamentos prospectivos: racionalizando a prestação

Uma importante medida de racionalização da oferta implementada foi a nova forma de pagamento ambulatorial que instituiu um *mix* de pagamentos por caso tratado e de valoração por unidades de serviço.

As mudanças nos sistemas de pagamento e a definição de tetos máximos por setor de atenção também são importantes medidas de ‘racionalização da oferta’. A definição de limites de gastos por setor é prática reiterada desde o final dos anos 70, em particular para o setor ambulatorial. Desde o final dos anos 80, a este modo de contenção foram somadas mudanças nos sistemas de pagamento hospitalar e ambulatorial. No setor hospitalar, pagamentos prospectivos foram introduzidos com a Lei da Estrutura da Saúde a partir de 1993, e no setor ambulatorial o sistema de remuneração médica foi expressivamente modificado após uma série de alterações parciais, tendo sido criado um misto de pagamentos prospectivos – pagamentos globais por caso – e unidades de serviços e a definição de tetos máximos por consultório.

Todas estas outras medidas de incentivo à racionalização da oferta – mudanças nos sistemas de pagamento, definição de preços e orçamentos fixos – podem ser consideradas como formas de pagamento prospectivo, trazendo consigo os mesmos problemas que estes métodos. Métodos de pagamento prospectivo invertem a lógica dos estímulos econômicos para a prestação de serviços. Os pagamentos prospectivos incentivam a redução da atenção dispensada a cada paciente, trazendo consigo o perigo da subassistência, enquanto os modelos dos sistemas de pagamento que até então garantiam o pagamento de qualquer serviço produzido tanto no setor ambulatorial – através de unidades de serviço – como hospitalar – por meio de diárias únicas por hospital – estimulavam uma sobreassistência (Kühn, 1995:38).

Alguns autores consideram o pagamento por procedimentos com preços fixos como elemento de competição. A idéia desta forma de pagamento seria o estabelecimento de

preços fixos por caso tratado ou procedimento realizado, independente do consumo de recursos envolvidos em cada caso concreto. Orientados pelo lucro, hospitais poderiam passar a selecionar casos mais vantajosos e especializar-se em procedimentos mais lucrativos. O principal problema que acarreta é a necessidade de ser acompanhado por rigorosa vigilância de qualidade em conjunto com seus custos administrativos, de modo a evitar que se faça economia às custas da qualidade da atenção prestada aos pacientes. Em 1990, os gastos hospitalares com administração na Alemanha foram cerca de 7% – a atenção era remunerada por diárias únicas –, enquanto nos EUA representavam 25% (Schwartz & Busse, 1994:414). Esta disparidade não se deve apenas a diferenças no sistema de pagamento hospitalar, mas também à existência, nos EUA, de uma diversidade de seguradoras com formas de cobrança e pagamentos diferenciadas.

Novas formas de organização da atenção

Ainda que de forma pouco abrangente, as leis facilitam a diferenciação dos contratos das Caixas com os prestadores mediante a experimentação de novos modelos de organização, financiamento e remuneração – possibilidade não inovadora porque já existia, tendo sido apenas ampliada – e de ‘estruturas organizacionais’: – modelo do médico generalista, *Hausarztmodell*, e consultórios em rede, *Vernetzen Praxen* – inovações da organização da atenção experimentadas por algumas Caixas na forma de projetos piloto de baixa cobertura. Em ambos os casos, os contratos somente poderão ser negociados com as Associações de Médicos das Caixas, restringindo as possibilidades de diversificação. A experimentação de novos modelos é restrita a projetos de prazo limitado. Os modelos experimentais podem distanciar-se da legislação em vigor e admitir inovações. As ‘estruturas organizacionais da atenção’ são definidas na lei, admitindo menor flexibilidade.

Através de formas diferenciadas de contratação de prestadores e inovações nas formas de organização da atenção, as Caixas deveriam redirecionar sua competição para o campo das modalidades assistenciais, colocando formas inovadoras, menos onerosas e de melhor qualidade à disposição dos segurados e da sua clientela postulante.

As novas formas de organização da atenção foram preconizadas pelos defensores da "concorrência da oferta" e são parcialmente possibilitadas na lei aprovada. A inclusão, ainda que de forma restrita, destas formas organizacionais recomendadas pelas Caixas e pela Central Sindical – DGB mostra a tentativa, embora tênue, de compromisso da coalizão governamental. Estas medidas, porém, como anteriormente afirmado, não são incompatíveis com os propósitos governamentais de contenção e competição. Bem o demonstra a

experiência de *managed care* ou ‘atenção gerenciada’ – a modalidades americana da relação entre provedores de seguro/financiadores da atenção e prestadores de ações médico-sanitárias.

No modelo sugerido pelas Caixas Locais – *Hausarztmodell der AOKen* –, o segurado escolhe um clínico geral ao qual deve recorrer como primeira alternativa e que passa a coordenar a sua atenção. O médico responsabilizar-se-ia pela coordenação de seu tratamento, orientando-o sobre as possibilidades terapêuticas e as ações disponíveis, fazendo os encaminhamentos necessários. Neste modelo pretende-se o manejo médico e social do caso. A orientação psicossocial, a prevenção e a reabilitação seriam tarefas a cargo do médico geral e/ou sob sua coordenação, o que melhoraria a qualidade da atenção e evitaria desperdícios e a prestação de serviços desnecessários (Stegmüller, 1996).

No modelo implementado experimentalmente por Caixas de Empresas – consultórios em rede com orçamentos combinados – *‘vernetzen Praxen bei kombinierten Budgets’* – médicos de várias especialidades e diversos profissionais responsáveis comporiam uma rede de atenção e desfrutariam de orçamentos combinados. Esta inovação envolve a criação de centros de atenção integrados com orçamentos combinados por iniciativa dos próprios prestadores. Diversos critérios para admissão dos médicos no esquema são previstos, tais como: qualificação, conhecimentos em epidemiologia clínica, ações psicossociais, experiência em trabalho cooperativo, prévia participação em círculos de qualidade etc. A estrutura organizacional, por sua vez, funda-se na transparência – redes internas de computadores –, na comunicação entre prestadores – conferências de rotina e sistema de segunda opinião – e no desenvolvimento de condutas padrão e de catálogo restrito de produtos farmacêuticos recomendáveis (Richard & Schönbach, 1996).

A intenção seria incluir, ao máximo possível, os gastos com terceiros – medicamentos, outros métodos terapêuticos e exames diagnósticos – nos orçamentos combinados da rede ambulatorial, evitando o deslocamento de gastos para outros setores, como, por exemplo, para encaminhamentos à investigação diagnóstica em regime de internação. Uma atenção integrada contribuiria, ao mesmo tempo, para a melhora da qualidade e da eficiência da atenção prestada. Segundo as Caixas Substitutas, estas formas de atenção integradas facilitariam a introdução de mecanismos para a promoção da qualidade e eficiência, tais como a elaboração de padrões de condutas para diagnóstico e tratamento de doenças específicas, discussão de casos, solicitação de pareceres, lista positiva de medicamentos etc. (AG-KK, 1994:21).

A lei garante livre escolha a segurados e prestadores. Ambos podem optar entre as novas formas de organização da atenção e a forma tradicional. Taxas de contribuição diferenciadas seriam estímulo para a escolha de um dos novos modelos de organização da atenção pelos segurados. No modelo anteriormente apresentado, os segurados seriam incentivados a eleger as novas formas através de vantagens financeiras como, por exemplo, bônus de adesão – o retorno de parcela de suas contribuições. Além disso, os segurados supostamente viriam a optar por estas modalidades de atenção integrada em virtude das vantagens que significariam em termos de qualidade e de coordenação da atenção. Estas formas garantiriam oferta coordenada e abrangente de ações médicas gerais e especializadas, métodos terapêuticos e diagnósticos, além de orientação de longa duração para pacientes crônicos e na área de geriatria.

Estas novas modalidades de atenção teriam por objetivo a resolução de problemas de expansão excessiva do volume de ações prestadas e de integração ao interior do sistema – tanto dos médicos entre si e com os outros prestadores em seu conjunto como entre o setor ambulatorial e hospitalar – não apenas no que concerne à prestação de serviços, como também ao financiamento dos mesmos (Schönbach, 1997:68). A falta de integração ao interior do sistema de atenção é um dos problemas reiteradamente diagnosticado – em especial, a falta de articulação entre setor hospitalar e ambulatorial –, mas tocado de modo indireto com as medidas até então implementadas. Diversos procedimentos isolados foram introduzidos, contudo, sem impacto efetivo no setor.

As novas forma de organização ‘consultórios em rede’ e o ‘modelo do médico generalista’ podem vir a tornar-se as mais importantes medidas no sentido de promover maior integração. Sistemas integrados de atenção são importantes para dar conta do acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas, para os quais os sistemas de atenção à saúde em geral estão pouco preparados. Este não é problema apenas do sistema de saúde alemão, mas da atenção médica contemporânea, que, fragmentada pela especialização crescente, não consegue garantir atenção integral e integrada ao paciente. A medicina atual ainda não está preparada para o atendimento de doenças crônicas. Novas formas de atenção, que dêem conta da atenção integral e integrada voltada ao paciente crônico, são pouco difundidas.

Conquanto o modelo anterior para a atenção de doenças crônicas asilar e de exclusão seja exceção presentemente, um novo modelo assistencial está para ser arquitetado e implementado. Renovar o papel do clínico geral e compor uma equipe de saúde com suas novas e diversas profissões e especialidades médicas, objetivando articular a atenção nos

vários níveis de complexidade do sistema são tarefas urgentes. Para atender as necessidades de saúde, a cadeia de atenção deveria começar com serviços de promoção e prevenção, centros de saúde interdisciplinares, bem como integrando diversas especialidades médicas, instalações para clínica-dia no setor ambulatorial; ao final, estaria o hospital como centro de atenção complexa⁷⁴.

A abertura legal de alternativas para a negociação entre Caixas e prestadores por meio dessas formas de organização da atenção pode contribuir neste sentido. As possibilidades de tal integração, porém, são restritas. Este desafio requer não apenas a democrática participação de todos os atores como exige a comunicação e a intensa interação entre os participantes do sistema. A competição ameaça a possibilidade desta comunicação e interação. O jogo estratégico da competição supõe a antiooperação.

Estas medidas podem ser consideradas como formas de atenção gerenciada – *managed care* – pois visam mudar o comportamento dos prestadores. Os novos modelos organizacionais da atenção – modelo do médico generalista e consultórios em rede – propostas na lei têm elementos similares ao *managed care*. Tais formas organizacionais podem vir a ser difundidas como estratégia das Caixas em competição para oferecer preços baixos e garantir sua parte no mercado.

Managed care é um caminho para obtenção de maior racionalidade nas decisões médicas por meio da introdução de diversas medidas de controle para alterar o comportamento dos prestadores. Como referido acima, o médico geral funciona como porta de entrada do sistema, decidindo sobre os encaminhamentos para especialistas e internações hospitalares. Nesta concepção, o médico geral enquanto *gatekeeper*, – auxiliado por pessoal administrativo que não entra em contato com o paciente – distribuiria os recursos de forma mais eficiente ao cortar ações dispendiosas, desnecessárias e inefetivas.

Contudo, o resultado de melhor e mais eficiente atenção não está garantido. Um dos problemas importantes deste tipo de organização da atenção é a intervenção de pessoal administrativo do seguro, ao qual o médico está obrigado a recorrer para solicitar autorização concernente ao procedimento fora da rotina e para cada internação. Isto pode interferir na qualidade da atenção, uma vez que o controle passa a ser exercido pela própria seguradora, cujo interesse econômico é controlar as despesas para manter prêmios e garantir sua parcela no mercado, o que pode resultar em racionamento puro e simples. Além disso, quando os riscos financeiros são compartilhados entre seguradoras e prestadores, os próprios prestadores passam a assumir medidas internas de controle de custos e de utilização.

Este tipo de estratégia pressupõe que a participação dos prestadores – médicos e hospitais – nos riscos financeiros seria estímulo adequado para que tivessem como primeira preocupação a manutenção da saúde de seus segurados e, por esse motivo, enfatizariam medidas preventivas e estimulariam a assunção de comportamentos saudáveis por parte de seus pacientes. O clínico assumiria novas tarefas preventivas com o intuito de garantir uma clientela mais saudável, o que redundaria em menores gastos⁷⁵. Pelo mesmo motivo, pressupõe-se também que os médicos realizariam os exames estritamente necessários, prescreveriam um mínimo de medicamentos (caso estejam incluídos na cesta) e encaminhariam para especialistas ou solicitariam internação apenas quando estritamente necessário.

Tem se buscado provar que as HMOs seriam não apenas mais baratas, como também produziriam segurados mais saudáveis, por se preocuparem com a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A experiência americana tem demonstrado que o estímulo a ações preventivas não acontece (Schwartz & Busse, 1994:414). Seus efeitos não são imediatamente perceptíveis e, a longo prazo, os segurados podem ter mudado de seguro (Schlesinger, 1996).

Para Schlesinger, (1996:184), haveria pontos de incompatibilidade entre as proposições da competição administrada e da atenção gerenciada. As qualidades das formas gerenciadas de atenção – notadamente a prioridade para medidas preventivas e a continuidade da relação de atenção com o estreitamento dos laços entre o clínico e o paciente – são anuladas com o pleno funcionamento da ‘competição gerenciada’. A troca freqüente de seguradora/Caixa pelos segurados, meta da ‘competição gerenciada’, interrompe a relação de prestação e desestimula a oferta de medidas preventivas.

Um dos pontos muito difundidos como positivo é a ênfase dos sistemas de ‘atenção gerenciada’ na melhoria das informações para os consumidores. Se os consumidores podem ser informados, então um dos problemas do mercado de saúde – a assimetria de informações – estaria resolvido. Todavia, a maior informação dos pacientes não tem como meta a democratização da relação médico-paciente ou a construção de sujeitos mais autônomos, mas melhor o funcionamento do mercado.

Nos EUA, pacientes e médicos estão descontentes, mas as empresas provedoras de planos de saúde elevaram seus lucros (Brown & Ashford *apud* Nics, 1998). Os resultados dos sistemas de atenção gerenciada americanos são positivos apenas em termos microeconômicos – alcançam controlar custos. No afã de eficiência, por vezes, autores extrapolam conclusões de garantia de qualidade a partir do alcance de redução de gastos hospitalares e da renda de

médicos de algumas especialidades – resultados de eficiência – afirmando sem delongas que a qualidade está, ao mesmo tempo, garantida⁷⁶. O alcance de maior eficiência, porém, não necessariamente assegura a qualidade da atenção. Os controles sobre os prestadores levam à redução de gastos, mas não se pode inferir que um mínimo de atenção equivale à atenção de qualidade. Nem um máximo de utilização pode ser considerado como o melhor dos mundos, nem um mínimo de utilização pode ser assim equiparado. A quantidade das ações consumidas em si, nada diz sobre a qualidade da atenção. O controle de gastos mais provavelmente pode produzir impactos negativos sobre a atenção do que positivos.

No modelo de ‘atenção gerenciada’ há risco evidente e grande estímulo a uma subatenção. A delimitação entre o que é estritamente necessário e a atenção supérflua pode ser substituída pelo racionamento puro e simples, prejudicando a qualidade da atenção. Como afirma Ugá (1997:138), “a atenção gerenciada teve impacto positivo sobre a redução dos custos dos tratamentos em saúde, mas estas reduções podem estar se dando em detrimento da qualidade e do acesso”.

Foge ao escopo do trabalho uma discussão mais aprofundada sobre *managed care*. O interesse aqui é alertar para os problemas que esta forma de relação entre seguradoras e prestadores pode implicar, com base na experiência americana e de acordo com os estímulos que introduz. O que não é o mesmo que afirmar estes resultados no caso da Alemanha. Na Alemanha, o aparato político-institucional é bem diverso do americano. As Caixas são públicas e administradas paritariamente por trabalhadores e empregadores, há tradição de solidariedade, o sistema é muito regulado e os médicos são organizados de forma unitária em associações regionais – só para citar aspectos que podem tornar proposições similares substancialmente distintas quanto aos resultados de sua implementação.

Defensores da introdução de mecanismos de *managed care* na Alemanha ponderam que este deveria ser ‘domesticado’. Na experiência alemã, os aspectos da informação são especialmente enfatizados seja pelo lado dos pacientes, por meio de serviços de aconselhamento e orientação e ações de coordenação da atenção para os segurados – especialmente os doentes crônicos –, seja pelo lado dos prestadores, os médicos credenciados, que serão melhor informados a respeito da infra-estrutura local e seu comportamento em termos de prescrições e encaminhamentos. Além disso, tanto prestadores como produtores – indústria médico-farmacêutica – e distribuidores – farmácias – também deveriam ser integrados em um gerenciamento abrangente da saúde. Hospitais seriam estimulados a escolher alternativas mais baratas e melhorar a qualidade, e a indústria farmacêutica participaria de projetos de gerenciamento de doenças crônicas (Knieps, 1996).

Este debate sobre as novas formas organizacionais mostra também como medidas racionalizadoras podem adquirir significados distintos para os diversos atores sociais, isto é incorrer em uma diversidade de interpretações. As novas formas organizacionais da atenção propostas podem ser vistas principalmente como um modo de contenção – dado o exemplo da atenção administrada nos EUA – ou concernentes às necessidades de maior articulação entre os prestadores para proporcionar atenção integral: uma nova abordagem na atenção de doentes crônicos.

É difícil avaliar em que extensão as novas formas organizacionais definidas na lei – clínico geral e consultórios em rede – virão a ser implementadas, pois dependem tanto da adesão voluntária dos prestadores como dos segurados. Se implementadas e comprovadas as suas potencialidades, seja de diminuir custos, seja de melhorar a qualidade da atenção, pode-se pressupor que estas novas formas de organização da atenção, mais do que utilizadas para a competição entre as Caixas, venham a ser gradualmente assumidas por todas. As condições de diferenciação entre as Caixas serão restringidas, porque as Associações de Médicos das Caixas pretendem definir em nível nacional as condições para o seu estabelecimento, sendo possível presumir um efeito de imitação. Caso alguma Caixa alcance sucesso com alguma forma organizacional, outras poderão vir a copiá-la ou contratar o mesmo grupo de prestadores⁷⁷.

A organização da prestação não foi substancialmente alterada de modo a quebrar com o monopólio das Associações dos Médicos Credenciados Kven e possibilitar maior intervenção das Caixas no setor ambulatorial. As medidas aprovadas relativas às relações das Caixas com os prestadores são secundárias em importância no bojo da lei, pois sua implementação é restrita. De todo modo, a ampliação das possibilidades de oferta de formas de atenção diferenciadas pode resultar na reorganização parcial do modelo assistencial e levar a nova divisão de trabalho no setor ambulatorial, reordenando-o⁷⁸.

Para concluir pode-se afirmar, que as medidas aprovadas embora tenham similaridades com aquelas propostas em outros países, no caso alemão adquirem uma forma de aplicação particular ditada pelas especificidades da institucionalidade do GKV e da organização da atenção à saúde na Alemanha; especialmente a forma de inscrição de interesses e atores na institucionalidade do sistema.

A bibliografia selecionada, dando conta do debate alemão sobre a ampliação da competição e mecanismos propostos, por sua vez, elucida as implicações negativas da introdução de mecanismos de mercado ao interior de um sistema de proteção que se quer

solidário, especialmente a seleção de riscos e a privatização parcial dos mesmos. Aponta para o fato de que a competição entre seguradoras estimula a seleção de riscos e que a competição entre prestadores, pode incorrer em subatenção. Ambas, deste modo, aprofundando iniquidades.

Dando continuidade à análise das medidas de contenção, na discussão final, apresentada a seguir, inicialmente serão analisados os impactos das políticas de contenção sobre a proteção à saúde e as possíveis repercussões das medidas implementadas sobre os princípios constitutivos do seguro social de doença alemão. Serão realizadas também considerações sobre os processos políticos e participação dos atores no processo recente de ‘reordenação’ do GKV.

Notas

¹ Uma forma esquemática de compreender o sentido das medidas de contenção é diferenciar entre contenção de custos e contenção de gastos. Literalmente, contenção de custos teria o sentido de maior eficiência, quer dizer, de conseguir produzir maior quantidade de produtos com o emprego da mesma quantidade de recursos. Por sua vez, contenção de gastos significa cortar despesas, o que não implica necessariamente maior eficiência. O resultado da contenção de despesas, por sua vez seria mais a redução dos gastos totais em consequência da diminuição do número de produtos distribuídos, do que o alcance de maior produtividade. E neste caso, se as ações cortadas forem necessárias – como o são, na maioria –, os cortes implicam em deslocamento da responsabilidade sobre as despesas; estas passam a ser pagas por outra ‘fonte: no caso o bolso do cidadão. Esta é uma forma apenas esquemática de raciocínio, pois, na realidade, há embricamento. A contenção de gastos coage à contenção de custos, podendo ocorrer paralelamente aos cortes de gastos, redução de custos.

² Deste modo, a ‘terceira etapa da reforma da saúde’ não seria uma ‘reforma sanitária’ no sentido positivo do termo; o qual refere-se a mudanças administrativas e organizacionais com o objetivo de produzir impactos positivos em saúde, e pressupõe a atenção à saúde enquanto luta contra a doença e a promoção da saúde de forma ampliada, relacionada aos diversos âmbitos econômicos e sociais de determinação do processo saúde-enfermidade (Berlinger, 1988; Fleury, 1989; Testa, 1987). É de interesse esclarecer o significado de reforma, em virtude do sentido distinto que teve no caso da "reforma sanitária" no Brasil. Segundo o *Dicionário de Política*, no contexto do ‘reformismo’ entendido como a “práxis da social-democracia no poder – de que se constitui a realização concreta, partilhando, porém, igualmente das suas dificuldades e limites” (Bobbio et al., 1986:1080) -; reformas são mudanças positivas nas regras e instituições sociais, previamente planejadas, direcionadas a redistribuição de poder e bens na sociedade e de ampliação da liberdade de participação, em decorrência de acordos entre grupos sociais mais poderosos e outros até então desfavorecidos (Nohlen, 1989:842s; Bobbio et al.1986). Neste sentido, reordenações do sistema de saúde, que visam apenas maior eficiência econômica, não poderiam ser descritas sob tal conceito.

³ O esclarecimento sobre o significado do termo é importante, pois a otimização do emprego de recursos poderia também possibilitar o alcance de melhores resultados: atenção a maior número de pessoas e com melhor qualidade (hipoteticamente, racionalizar o uso pode contribuir para maior efetividade). Com esta discussão quer-se chamar a atenção para o estreitamento do significado do termo no sentido de cortar gastos e também para o significado do alcance de maior eficiência como **principal** objetivo no caso do Brasil – onde tanto os recursos alocados são baixos, quanto sua aplicação apresenta problemas. Tomado como objetivo principal, a eficiência, de modo geral, elude o propósito de contenção; caminho que leva ao distanciamento dos propósitos de garantia do direito universal à saúde e de redução de desigualdades. Isto é, alcançar maior eficiência por meio de melhor aplicação de recursos é objetivo imprescindível – ainda mais quando os recursos são escassos – para atingir-se melhores níveis de atenção; tomado, porém, como objetivo em si, pode resultar apenas em contenção.

⁴ Privatização não se refere aqui, portanto, a processo em que empresas ou serviços de propriedade estatal são vendidas ou em que a prestação de serviços passa a ser atividade da iniciativa privada.

⁵ A Comissão Conjunta de Médicos e Caixas atua por meio de comissões específicas por assunto. Atualmente existem dez comissões específicas: ‘tratamento médico’, ‘prevenção’, ‘planejamento familiar’, ‘medicamentos’, ‘outros métodos terapêuticos, meios de ajuda, cuidados domiciliares, reabilitação incapacidade para o trabalho’, ‘planejamento de necessidades’, avaliação de qualidade’, ‘psicoterapia’ e ‘hospital’. Foram elaboradas dezesseis diretrizes (oito delas nos anos 90) relativas a aspectos dos âmbitos de atuação destas comissões específicas, mas nenhuma referente ao tratamento médico (Schwartz e Busse, 1997:57).

⁶ São ‘órgãos da administração autônoma conjunta’, comissões/associações formadas de modo paritário entre Caixas e prestadores, em especial entre Caixas e Médicos.

⁷ Semelhante transferência de responsabilidade para os órgãos de administração conjunta não significa diretamente em uma maior defesa dos interesses dos segurados. Apesar de as Caixas serem parcialmente administradas por representantes de segurados, elas têm interesses próprios bem distintos daqueles dos segurados. No entanto, o interesse dos prestadores se aproxima destes no que concerne à utilização de serviços de saúde. Ambos estariam interessados em utilização máxima – fonte de renda dos prestadores. Todavia, o tipo, o volume e a extensão da atenção prestada são definidos pelos prestadores, dependendo dos estímulos proporcionados pela forma de remuneração.

⁸ A vigilância estatal permanece através de diversos mecanismos e órgãos. Mas, em termos analíticos, poder-se-ia dizer que a vigilância não se exerce sobre a finalidade de ‘interesse geral’, de garantia de proteção social como aquela do ‘Estado nacional keynesiano’. A vigilância principal é efetuada sobre a estabilização das taxas de contribuição. É vigilância sobre a garantia dos interesses econômicos de um ‘Estado competitivo nacional’- *nationalen Wettbewerbsstaat* (Alvater, 1994).

⁹ Embora o Ministro da Saúde mencionasse, alguns meses antes da reforma, uma potencialidade de economia no sistema de cerca de 25 milhões de marcos – através de regulação da prestação –, ao final, a opção foi a ampliação das receitas por meio do co-pagamento (Schönbach, 1997).

¹⁰ Resguardando-se interesses dos médicos e da indústria farmacêutica, por exemplo.

¹¹ Antes de tudo, as decisões resultam de claras opções políticas; não são exigência econômica.

¹² Para Gerlinger (1997:280), a evolução da política de saúde na Alemanha nos últimos anos, para além de uma ‘economização’, caracteriza-se por intervenção estatal direcionada nos vários níveis do sistema de atenção.

¹³ Algum tipo de intervenção estatal ocorre em grande parte dos mercados, seja através de subsídios aos consumidores ou fiscalização dos produtores, como é por exemplo o exemplo do setor de alimentos. Mas as características do bem saúde fazem com que a intervenção estatal seja mais ampla do que em outros mercados.

¹⁴ Nos EUA apenas 20% da população é coberta por esquema público de proteção à saúde – Medicare, federal para velhos, Medicaid, federal/estadual para pobres; e CHAMPUS para empregados públicos federais (Stone, 1996:37).

¹⁵ O aumento dos gastos administrativos pode ser bem observado quando se compara a diferença entre gastos administrativos do seguro público e dos seguros privados, como apresentado no capítulo V. A ampliação da competição entre as Caixas por segurados tem imprimido novo ritmo à concorrência. As Caixas buscam estratégias de *marketing* inovadoras a fim de se tornarem mais atraentes. O atual slogan das Caixas Locais – AOK – é Caixa da Saúde, em contraposição à denominação literal das Caixas que é ‘Caixas de Doença’. A nova denominação busca vender a imagem de quem promove saúde e garante oferta ampla de cursos de ginástica, ‘escola da coluna’, hidroginástica, treinamento para prevenção de doenças cardiocirculatórias, cursos de promoção da saúde para a superação do estresse, de relaxamento, de emagrecimento e para parar de fumar.

¹⁶ Este foi o modelo proposto pelo governo Clinton para a reforma nos EUA. Naquele país, as organizações de manutenção da saúde – HMOs - *Health Maintenance Organisations* – denominação sob a qual são agrupadas diferentes formas de provisão de seguros e organização de serviços, corporificam as estratégias de *managed competition* e *managed care* de forma articulada. Em termos gerais, podem ser caracterizadas como um “mix de seguradoras e prestadoras de serviços de saúde” (Ugá, 1997:125) que: operam em meio competitivo, concorrendo por clientela; oferecem pacotes definidos de serviços mediante o pagamento de taxas globais fixas; restringem a liberdade de escolha aos médicos e hospitais credenciados ou aos serviços próprios – operam com lista fechada de médicos e com sistema de referência para a assistência em níveis mais complexos¹⁶; negociam orçamentos globais com os serviços contratados, o que implica a transferência de parte dos riscos financeiros para os prestadores diretos de serviços (Reiners, 1993:169). Na Suíça, por iniciativa de um grupo de Caixas no início dos anos 80 – *Interessegemeinschaft für alternative Krankenversicherung Modelle* – foram criadas as HMOs como alternativa ao interior do seguro legal de saúde. O grupo visa oferecer taxas de contribuição mais econômicas aos segurados. No novo esquema, a liberdade de escolha restringiu-se a médicos que assinaram contratos especiais com as Caixas, sendo que os médicos contratados receberiam por capitação: teriam orçamento fixo referente a número definido de pacientes. Deste modo os médicos participam do sucesso financeiro do empresário de seguro. No esquema suíço, os segurados podem retornar ao seguro tradicional a qualquer momento após tempo previamente definido (Reiners, 1993:170)

¹⁷ Nenhum mercado é perfeito, de acordo com um conjunto de características ideais – certeza, ausência de externalidades, conhecimento perfeito, consumidores podem agir livremente conforme os seus interesses e presença de numerosos e pequenos produtores em iguais condições de competição. O que ocorre com o mercado em saúde é que **nenhum** destes pressupostos ideais funciona adequadamente (Donaldson & Gard, 1992:26).

¹⁸ A estratégia de seleção de riscos é amplamente utilizada pelas seguradoras privadas nos Estados Unidos (Stone, 1996:37).

¹⁹ Diferentes métodos para a seleção de riscos são utilizados nos EUA; um deles, que talvez atinja 30% do mercado, é obrigatoriedade de resposta a um questionário sobre sua situação de saúde e doenças anteriores pelos postulantes a uma apólice. Outro método é a exigência de que a empresa interessada em contratar seguro para seus empregados faça este levantamento junto a eles, o que atinge outros 30% do mercado. Seleccionados os riscos estima-se que cerca de 30% da população com idade para participar do mercado de trabalho tenha seu assecuramento recusado ou restringido (Stone, 1996:39).

²⁰ Outras ainda mais escusas, como o caso de uma Caixa que teria seus escritórios em edifícios sem elevador para desencorajar pacientes deficientes/debilitados.

²¹ Estudos mostram que sistemas de compensação de riscos, mesmo quando fundamentados em análises multivariadas, conseguem prever apenas 20% da variação dos gastos que realmente ocorrem (Newhouse, 1989 *apud* Stone, 1996).

²² Uma das Caixas já vem fazendo propaganda para atrair contribuintes com dependentes, o que poderia ser indício desta situação.

²³ Nos EUA, segundo Stone (1996:43), as seguradoras fizeram campanhas de propaganda de massa para convencer a população de que ninguém tem o dever moral de pagar pela doença de ninguém. Um anúncio

mostrava um trabalhador da construção civil em um andaime, com os seguintes dizeres “Se você não corre nenhum risco, por que pagar pelo risco dos outros?”

²⁴ Ficar com a ‘nata’ dos contribuintes.

²⁵ Este é o caso das HMO – *Health Maintenance Organization* (Stone, 1996:44). Para maiores informações sobre estas organizações, vide Almeida (1995:128s).

²⁶ As empresas do setor de assistência funcionam como qualquer empresa de porte: dependem de grandes volumes de capital, estão na bolsa e dispõem de sofisticados mecanismos de administração (Morone, 1996).

²⁷ Este autor defende a posição que a evolução dos sistemas de saúde deve ser analisada no contexto do desenvolvimento macroeconômico mais geral. O processo de integração econômica internacional tem reflexo em todos os setores empresariais, e o setor saúde, à medida que se empresaria, não ficaria de fora. Deste modo, a exportação do modelo empresarial e a entrada das grandes empresas americanas no mercado de saúde alemão não poderiam ser descartadas.

²⁸ Nos EUA calcula-se que uma HMO – *Health Maintenance Organization* deva ter cerca de 50 mil membros para sobreviver (Clement *apud* Almeida, 1995:129).

²⁹ Após a implantação da RSA em 1994, ocorreu aproximação das taxas médias de contribuição das diferentes Caixas, tendo sido majoradas as taxas de contribuição das *Ersatzkrankenkassen*.

³⁰ As Caixas Locais são reduto da Central Sindical DGB – de operários, maior e mais importante – e as Caixas Substitutas do Sindicato dos Empregados Alemães DBA – mais conservadora.

³¹ Esta breve menção aos modelos de competição para a área da saúde nestes países terá por base apenas as propostas, não fazendo referência às reformas diretamente implementadas, pois estas são em geral recentes e distinguem-se do inicialmente proposto. É difícil apreender o estágio de implementação destas reformas sem revisão extensiva da literatura recente, o que foge ao escopo deste trabalho, uma vez que o objetivo não é analisá-las, mas apenas contextualizar a questão da competição.

³² A proposta de competição pública foi formulada pelo partido social-democrata sueco e apresenta preocupação com equidade, além de buscar enfrentar deficiências do serviço público no que concerne à garantia de maior satisfação da clientela atendida, personalizando mais os serviços prestados.

³³ A reforma foi formulada pelo governo conservador sob o comando de um empresário.

³⁴ O sistema holandês é bem diferente do alemão. É composto por três tipos de seguros sociais para a saúde, e a proposta de reforma envolvia a criação de um seguro básico geral. Na Holanda, cerca de 35% da população é assegurada privadamente. As taxas de contribuição de todas as Caixas eram idênticas e fixadas por lei e já lhes era permitido oferecerem catálogos opcionais. A reforma ainda não foi completamente implementada. Os diversos estágios da reforma deveriam ser aprovados pelo Parlamento (Abel-Smith & Mossialos, 1994). Em 1996, o seguro específico para auxílio-doença foi abolido, tendo os empregadores assumido o pagamento do auxílio-doença por até um ano, no valor de 70% do salário. O objetivo seria que os empregadores passassem a ter maior controle sobre este tipo de gasto. Em 1996, a junção dos outros dois ramos do seguro saúde foi abolida, tendo-se voltado atrás nesta etapa da reforma. O catálogo foi reduzido em 1995, excluindo-se a atenção odontológica para adultos. Em 1996 foram reduzidos de forma substancial os outros métodos terapêuticos, como, por exemplo, fisioterapia, afora que anteriormente haviam sido excluídas homeopatia e medicina antroposófica (Müller, 1996).

³⁵ A contribuição, porém, é paga em grande parte pelo empregador. Em 1996, a contribuição era de 7% do salário limite de contribuição, mas 6% eram pagos pelo empregador (Müller, 1996).

³⁶ Para os seguros privados foram instituídas apólices-padrão, além de também estarem incluídos na compensação financeira da estrutura de riscos (Müller, 1996).

³⁷ Ugá (1997:78), faz uma diferenciação entre estas duas modalidades, denominando a primeira de tickets ou taxas moderadoras e a segunda de co-pagamento. Preferi utilizar aqui, o termo co-pagamento por corresponder a uma tradução mais literal do termo empregado em alemão e também porque o sistema utilizado é misto: para algumas ações são estipuladas taxas fixas e para outras são definidas porcentagens de participação.

³⁸ Por definição, também não são tidos como co-pagamento outros gastos não monetários decorrentes da própria utilização de serviços, como, por exemplo, o tempo despendido pelo paciente na procura e utilização do serviço.

³⁹ O co-pagamento não é adequado pelas iniquidades que pode gerar, embora considere-se, segundo argumento econômico, que em sistemas de atenção à saúde baseados em seguros, potencialmente poderia ocorrer um ‘excesso de demanda’ devido ao que é conhecido como *moral hazard* (ou risco moral), pois o mercado de seguros falharia em transmitir eficientes sinais de preços para os consumidores. Isto é, o seguro garantiria cuidados a custo zero, o que levaria a mudanças no comportamento do consumidor, que estaria disposto a consumir serviços de saúde até que o benefício obtido fosse zero (Donaldson & Gerard, 1992; Iunes, 1994). Esta acepção, porém, envolve novamente alguns dos pressupostos do mercado ideal: o perfeito conhecimento por parte do consumidor; a desconsideração de que o consumo de ações de saúde envolve outros gastos para o consumidor, como aqueles de tempo; os preços não dependem da ação dos consumidores mas são negociados com os prestadores, geralmente por um terceiro – no caso dos EUA, os empregadores. Além disso, a mudança de comportamento – *moral Hazard* – ocorre também pelo lado dos prestadores, o mercado falha

também em transmitir responsabilidades de custos para os prestadores de cuidados de saúde (Donaldson & Gerard, 1992:33).

⁴⁰ Para Schneider (1986 *apud* Reiners, 1988:73), igualmente não seria possível provar que co-pagamento não produz diminuição de demanda por serviços de saúde e, por conseqüência, contenção de custos.

⁴¹ Estudos realizados no Canadá e EUA demonstraram que a redução de contatos é maior nos grupos de mais baixa renda. Especialmente prejudicadas foram as crianças de grupos de baixa renda, para as quais a participação financeira reduziu os contatos em 40% (OECD, 1995-a:55). Na Alemanha todas as crianças até 18 anos são dispensadas de co-pagamento.

⁴² Além disso, a introdução de regras diferenciadas de co-pagamento conforme a renda ocasiona aumento de gastos administrativos, uma vez que pressupõe levantamento e análise de dados e informações (Geißler, 1980:55; OECD-a, 1995:55).

⁴³ Participações modestas dos usuários não influenciam a utilização, mas taxas de co-pagamento substanciais são acompanhadas de número mais baixo de consultas habitante/ano, como no caso dos EUA e da Suécia (OECD, 1994:41). Assim também as experiências africanas são elucidativas das importantes alterações na demanda com o aumento e diminuição da participação financeira direta dos usuários; especialmente aqueles com mais baixas rendas (Ugá, 1997:94).

⁴⁴ O efeito de contenção seria sobre a utilização bagatela: de ações baratas e de doenças não muito importantes. O que seria condizente com os objetivos do mecanismo.

⁴⁵ Segundo outra fonte, 25% dos segurados seriam responsáveis por 75% das despesas (Schmidt & Malin, 1996:147).

⁴⁶ Sem incluir meios de ajuda que, no conjunto, representam pequena parte do co-pagamento.

⁴⁷ Para uma visão da pesquisa sobre morbidade e desigualdades sociais na Alemanha vide Mielck (1994). Outro estudo interessante analisa a diferença de expectativa de vida conforme a adscrição às Caixas, o que por sua vez está relacionado com a renda (Dinkel & Görtler, 1994).

⁴⁸ Para a atenção hospitalar, o limite é determinado em 14 dias de internação. Próteses dentárias são excluídas do cálculo deste limite. Apenas estão isentos os segurados de baixa renda – solteiros até 1.708 marcos (US\$1.000) de renda bruta.

⁴⁹ É interessante notar que as causas dos aumentos das taxas de contribuição, para os entrevistados estão principalmente vinculadas ao sistema, em especial aos prestadores – médicos, indústria farmacêutica, hospitais – , embora fatores externos, como evolução demográfica ou situação econômica, sejam também apontados (Ulrich, Wemken & Walter, 1994:358).

⁵⁰ É de pressupor que o nível de renda atingido pela maioria da população produz certa tolerância a co-pagamento.

⁵¹ O limite de tolerância para co-pagamento de medicamentos não teria ainda sido atingido. Para próteses dentárias, pelo contrário, já havia ultrapassado os limites de aceitação (Ulrich, Wemken & Walter, 1994).

⁵² Em pesquisa qualitativa efetuada por Ulrich, Wemken & Walter (1994), três posições estiveram representadas. Uma parte dos entrevistados desaprova o co-pagamento por atentar contra o princípio de solidariedade ou vir acompanhado de aumentos nas taxas de contribuição. Outros consideram-no instrumento de condução do sistema, pois haveria abusos, em particular no uso de medicamentos. Um terceiro grupo julga a medida positiva, mas é contra seu uso indiscriminado, em especial no que se refere às internações hospitalares. O abuso na utilização, neste caso, seria improvável, pois os pacientes não têm influência na definição da necessidade de internação (Ulrich, Wemken & Walter, 1994:364). É interessante notar que a posição dos segurados que aprovam o co-pagamento como medida de condução da demanda baseia-se em considerá-lo normativamente legítimo, no sentido de que a utilização abusiva de alguns deveria ser sancionada, pois tal comportamento não seria solidário (Ulrich, 1996:168). A alta aceitação das restrições não significaria, segundo Ulrich, Wemken & Walter (1994), a passagem livre para subseqüentes cortes. Os entrevistados pensam ser esta a sua contribuição para a diminuição dos custos. Esperam que os prestadores de serviços – médicos, indústria farmacêutica e hospitais – dêem também sua parcela de contribuição na redução dos custos.

⁵³ A partir daqui será referido como *Presseamt*, 1997.

⁵⁴ Na França a taxa de co-pagamento é de 20% para a hospitalização e 30% para atenção ambulatorial, por exemplo, muito mais elevada do que na Alemanha.

⁵⁵ Este objetivo foi diversas vezes expressado. Declarações do Ministro da Saúde afirmaram em relação ao co-pagamento: “a este aporte financeiro não se pode prescindir, se não se deseja novamente uma importante pressão sobre as taxas de contribuição” *BMG Pressemitteilung*, n. 14 de 26.02.1998.

⁵⁶ Apesar dos restritos ditames financeiros do GKV, acaba de ser promulgada lei que dá aos psicoterapeutas o mesmo status que aos médicos, integrando-os às Associações de Médicos das Caixas.

⁵⁷ Estima-se que um contribuinte de salário médio tenha que pagar cerca de 1.000 marcos (US\$588) antes de ser dispensado do co-pagamento por ter atingido o limite de 2% da renda.

⁵⁸ Observa-se tendência a leve aumento da participação direta dos usuários nas despesas com saúde na maioria dos países da OECD entre 1980 e 1995. Porém, na maioria dos países, o acréscimo da participação foi inferior a cinco pontos percentuais. Apenas na Suécia (8,3 pontos), na Islândia (7,3 pontos) e na Itália (6,2 pontos) o

aumento foi superior. Estes dados mostram a baixa magnitude em que esta forma de privatização dos riscos de adoecer vem ocorrendo em nível internacional. A privatização não está dada e nem é inevitável. Embora o discurso conservador tenha se espalhado, até o momento não tem sido implementada como se esperava.

⁵⁹ Este conjunto de medidas significa, ao mesmo tempo, mais uma ampliação do sistema de co-pagamento. Geißler (1980) inclui em sua classificação de co-pagamento tanto proporções de restituição como franquias e prêmios pela não-utilização.

⁶⁰ Este modelo deveria ser experimentado por pelo menos uma Caixa de cada associação estadual por tipo de Caixa à qual mais de duas Caixas são associadas. As despesas seriam repartidas entre o conjunto das Caixas associadas.

⁶¹ Considerados gastos totais com exceção para gastos com proteção à maternidade e diálise.

⁶² Além de tudo, os estudos são realizados com quem assumiu esta opção, o que produz importante viés pois ocorre auto seleção prévia. Só quem pressupõe vantagem opta por este mecanismo no contrato.

⁶³ Esta estimativa foi realizada sem se levar em conta os gastos administrativos, o que significa dizer que seus efeitos seriam ainda mais fortes.

⁶⁴ Neste sentido, este mecanismo seria menos efetivo em termos de condução da demanda que medidas de co-pagamento pois os segurados não percebem imediatamente os custos da atenção (Schmidt & Malin, 1996:144).

⁶⁵ Os defensores deste mecanismo consideram que seria necessário tornar os custos mais transparentes para superar estes impedimentos. A não transparência de custos para os segurados no sistema alemão é comparável àquela de um sistema totalmente público. Mesmo no caso dos medicamentos, mesmo que o paciente se dirija com sua receita para qualquer farmácia – estabelecimentos comerciais privados – não tem a mínima idéia do preço do remédio que recebeu. A receita é retida e o paciente não toma ciência do preço do medicamento, apenas paga por medicamento 3, 5, ou 7 marcos, conforme o número maior ou menor de comprimidos da embalagem.

⁶⁶ Sem entrar aqui na vasta discussão do conjunto de fatores relacionados a diferentes estilos de vida ou em suas "determinações sociais".

⁶⁷ Como demonstrado anteriormente, os segurados voluntários têm mais dependentes do que os segurados obrigatórios. Como os dependentes não contribuem, o GKV torna-se atraente para assalariados de alto padrão com dependentes.

⁶⁸ Para Am Orde (1997:247), os próprios 'legisladores' previam que a restituição de despesas poderia ser utilizada para aumentos de preços, pois limitou os preços da tabela de remuneração de dentistas durante o período de transição. Para todos os segurados, passou a vigorar a restituição de despesas segundo taxas fixas para próteses dentárias.

⁶⁹ Neste projeto de lei está previsto que métodos de diagnóstico e tratamento podem ser excluídos do catálogo obrigatório, no caso de não preencherem os critérios de necessidade médica e economicidade a partir de definição consensual entre médicos e Caixas.

⁷⁰ Este novo sistema de remuneração médica foi negociado e acordado entre Caixas e associações de médicos credenciados e, ao final, incluído na lei, como será visto adiante.

⁷¹ Esta opção poderia também passar a ser condição para a escolha do médico-chefe no tratamento hospitalar.

⁷² O médico individual, em sua ação, distancia-se do interesse do grupo ao qual pertence.

⁷³ As Caixas também cobram taxa de administração relativa a percentagem dos gastos pela restituição de despesas dos segurados voluntários que optaram pela restituição.

⁷⁴ É interessante observar que, na Alemanha, como os hospitais são públicos e a atenção ambulatorial é privada, os defensores de sistema solidário apontam o hospital como núcleo articulador da atenção. O Hospital deveria tornar-se 'centro de saúde'. Ao contrário da concepção reformista brasileira, em que o centro de saúde/ o distrito sanitário deveria ser o articulador da atenção integral.

⁷⁵ O interesse não está na prevenção de doenças e, conseqüentemente, do sofrimento humano, mas na prevenção de gastos.

⁷⁶ Veja, por exemplo, Nicz (1998). O autor faz descrição sobre *managed care* e HMOs, a partir de apostilas de um curso do PROAHSA, enfatizando os resultados de eficiência.

⁷⁷ Assim ocorreu, por exemplo, em experiência com 'consultórios em rede' da Associação das Caixas de Empresas em aliança com a Caixa Substituta para Técnicos (Schönbach, 1997:65).

⁷⁸ Por outro lado, formas integradas de atenção podem ser a possibilidade de as Associações de Médicos Credenciados evitarem completa divisão interna entre médicos generalistas, especialistas e super-especializados, tendência atualmente observada (Schönbach, 1997:71).

DISCUSSÃO FINAL E CONCLUSÕES

O estudo do seguro social de doença alemão e de suas reformas recentes – realizado nos capítulos anteriores – permite traçar um panorama contemporâneo acerca da proteção social em saúde na Alemanha tanto em relação à provisão da proteção quanto no que concerne à prestação dos serviços de saúde.

Nesta discussão final, as políticas de contenção recentes – as três etapas da ‘reforma da saúde’ – e as medidas aprovadas na terceira etapa são examinadas no que diz respeito ao seu impacto sobre o nível de garantia da proteção social à saúde e a estrutura do sistema de proteção.

A apreciação aqui realizada não pretende definir o nível de desestruturação ou manutenção alcançados nem os limiares para qualificar a proteção ou a desproteção¹. Sem pretender definir tipologias ou níveis e limites de proteção, discutir-se-á, de forma breve, a variação na cobertura populacional pelo GKV e as alterações na extensão da cesta garantida como modos de aproximação à situação atual da proteção social ao risco de adoecer. Em seguida, serão debatidas as possíveis repercussões das políticas de contenção sobre a estrutura da proteção, a qual é definida por seus princípios constitutivos – em especial, o princípio da solidariedade, aquele com mais forte expressão no seguro social de doença – e por características básicas.

Serão feitas ainda considerações quanto à participação dos atores sociais e processos políticos subjacentes à reforma e, ao final, destacadas algumas das conclusões a respeito do processo de contenção de gastos do GKV.

1. A reforma e seus impactos sobre a proteção à saúde

O impacto das medidas de contenção sobre a amplitude – nível e extensão – da proteção social garantida pode ser estimado com base na análise da evolução recente da cobertura populacional e das alterações na extensão da cesta garantida. A seguir será avaliado o impacto das políticas de contenção, na última década, sobre o direito social, seja reduzindo esta garantia – privatizando –, seja aprofundando desigualdades dos esquemas de proteção – segmentando.

A cobertura populacional do seguro social de doença alemão: interrupção da inclusão e re-segmentação

Se for considerada a linha de inclusão/exclusão através da proporção da população que tem proteção à saúde garantida de forma coletiva mediante o seguro social de doença – GKV –, o nível de proteção social não se altera de modo expressivo nas duas últimas décadas. Na Alemanha Ocidental, desde os anos 70, o nível de proteção pelo seguro social de doença – GKV – mantém-se próximo aos 90% da população residente, apresentando pequenas variações: para mais, durante os anos 70 e, para menos, a partir dos anos 80. No entanto, a variação entre o maior e menor nível de cobertura em todo o período é menor do que 4%. Assim, não é possível afirmar que ocorreu desproteção.

Ao mesmo tempo observa-se leve incremento da exclusão: cresceu o número de pessoas protegidas apenas pela assistência social. Enquanto a população aumentou em cerca de 10% entre 1970 e 1995, dobrou o número de pessoas com acesso à atenção via assistência social (embora permaneça menor do que 2% da população). Esta exclusão é decorrência do aumento da pobreza e do desemprego e menos de mudanças na estrutura de proteção. Em 1995, a proporção de segurados pelo seguro social na Alemanha era similar àquela de 1970. Como o início dos anos 70 é julgado o marco do fim da expansão dos *welfare states*, pode-se afirmar que não houve retrocesso.

O processo de inclusão de novos grupos ocupacionais na proteção propiciada pelo seguro social de doença alemão vai até 1981, podendo ser feito um paralelo desta interrupção com a entrada da coalizão liberal-conservadora no poder em 1983. Este processo avançou após a segunda guerra mundial e foi especialmente intenso no final dos anos 60 e início dos anos 70. Em 1968 foram incluídos todos os aposentados, sem consideração ao tempo prévio de asseguramento no período ativo existente desde 1956. Em 1971, o limite máximo para desconto de contribuição do salário e para obrigatoriedade de asseguramento foi fixado em 75% do salário de contribuição para o seguro social de aposentadorias dos operários. Este limite foi também dinamizado – passou a ser corrigido em intervalos regulares, o que até então vinha ocorrendo de forma esporádica. O aumento do limite levou à inclusão de cerca de 60% dos empregados da época como segurados obrigatórios².

O seguro doença dos agricultores autônomos – *Landwirte* –, criado em 1972, incluiu os pequenos proprietários rurais, seus familiares trabalhadores e seus antecessores – *Altenteiler* – como segurados obrigatórios, no seguro social de doença através da instituição de Caixas próprias³. Entre 1968 e 1973, cerca de 2,1 milhões de pessoas previamente

seguradas no modo privado passaram a fazer parte do seguro social⁴. Em 1975 foi aberta a possibilidade de os deficientes – cerca de 45 mil à época –, filiarem-se sem qualquer restrição e segundo sua vontade ao GKV, caso não fossem segurados obrigatórios por outra forma de inclusão. Em 1975, os estudantes e praticantes/aprendizes foram integrados e, em 1981 – na última lei de inclusão de categorias profissionais, até o momento –, os artistas e publicitários autônomos foram obrigados também a participar do GKV.

Em 1989, com a Lei da Reforma da Saúde – GRG – foram aprovadas as primeiras regras que restringiam a inclusão. Tais restrições atingiram, entre outros, o asseguramento dos aposentados, tornando-o dependente de um período de contribuição anterior mais longo – em base ao princípio de equivalência apenas quem contribui de forma regular para o sistema pode participar dele quando aposentado. Foi dificultada também a continuidade de asseguramento para profissionais autônomos, além da liberação dos operários com salários acima do limite de contribuição da obrigatoriedade de asseguramento⁵.

Já, um exame do impacto das reformas das últimas décadas em relação à segmentação de clientela no que tange às regras de inclusão/exclusão leva a concluir que, enquanto a lei de 1981 – que incluiu publicitários e artistas autônomos – pode ser tida como a última do ciclo de inclusão progressiva que marcou este primeiro século de Seguro Social de Doença, a primeira lei que interfere no processo de inclusão de forma a restringir a participação no seguro social de doença é a Lei da Reforma da Saúde – GRG – de 1989.

Fim da segmentação ou re-segmentação?

As três etapas da “reforma da saúde” – GRG, GSG e NOG – provocam impacto de forma diferenciada sobre a segmentação. A “lei da reforma da saúde” – GRG – afeta a linha que define aqueles que estão ou não incluídos, ou seja, retrai a fronteira da inclusão. A “lei da estrutura da saúde” – GSG – rompe com a imposição de segmentação entre os incluídos, até então existente, ao ampliar a liberdade de escolha das Caixas pelos segurados antes obrigados a filiar-se a Caixas específicas conforme sua inserção profissional e/ou ocupacional. As leis da reordenação da saúde – NOG – de 1997, por sua vez, podem vir a produzir ao interior do sistema uma re-segmentação das clientela mais claramente influenciadas pelo nível de renda.

Se as estratégias de mercado das Caixas por menores preços funcionarem e caso o conjunto de opções para mudanças no estatutos das Caixas possibilitadas pelas NOGs seja implementado de forma diferenciada pelas Caixas, a tendência é de re-segmentação de clientela: Caixas compostas por contribuintes de camadas mais bem remuneradas, jovens e

com expectativa de consumo em saúde mais sofisticada/ampliada⁶ e Caixas de camadas pior remuneradas e de segurados mais idosos.

Isto decorre de os estatutos de uma Caixa permanecerem idênticos para todos os segurados. Se as Caixas oferecerem as opções introduzidas com as ‘Leis de Reordenação-NOG’, todos os segurados de determinada Caixa terão que assumi-las, pois não é possível a seleção individual de benefícios no estabelecimento de contrato seja em relação a ações adicionais seja quanto às medidas acima apresentadas. Contribuintes que não concordem com as alterações do estatuto podem mudar de Caixa. Em razão disto, se as Caixas em competição resolverem oferecer contratos diversos em contrapartida a contribuições diferenciadas, poderá haver re-segmentação das clientela conforme a renda e não mais diretamente, segundo a inserção ocupacional – característica da adscrição do modelo de seguro social de acordo com a posição no mercado de trabalho. Contudo, é provável que não sejam implementadas de modo imediato importantes modificações nos estatutos das Caixas, pois dependem da aprovação da maioria dos segurados e, além disso, as Caixas em conjunto podem vir a decidir por alterações comuns que aliviem seus orçamentos. Mais verossímil é que, a partir do momento em que uma Caixa ofereça estas opções, todas as outras o façam para não ficarem atrás na competição, o que resultará na acentuação dos aspectos de deslocamento de gastos acima discutidos.

A situação de Ter uma clientela de segurados mais jovens e bem remunerados, porém, não é de todo vantajosa para uma Caixa em virtude da vigência da compensação financeira da estrutura de riscos. Caixas com estrutura de riscos de seus segurados mais favorável são sobrecarregadas nas transferências para o fundo de compensação⁷. A instituição da compensação financeira da estrutura de riscos pela GSG foi, sem dúvida, uma das principais medidas para evitar concorrência predatória entre as Caixas e preservar a solidariedade básica no sistema.

Uma estratificação das Caixas segundo nível de renda, risco e morbidade, porém, não é novidade no seguro social de doença alemão, pois, tradicionalmente, as Caixas tinham clientela fechadas adscritas por profissão, o que tem certa correlação com o risco de adoecer e com a renda dos contribuintes. A competição antes existente entre Caixas Locais e Substitutas pela adesão dos ‘empregados’ e segurados voluntários, já denotava este tipo de estratégia para atrair segurados de baixo risco e rendas altas. A compensação da estrutura de riscos, todavia, refreia este tipo de competição.

Talvez seja mais adequado dizer, portanto, que a tendência aponta a longo prazo para a reintrodução de privilégios, definidos não mais apenas de acordo com a categoria profissional, mas também conforme a renda. De maneira similar, os resultados da implementação dos cortes do auxílio-doença introduzidos com o *Sparpaket* mostram que se amplia o campo para o retorno de privilégios à medida em que o padrão legal estipulado é reduzido. As desigualdades de direitos/benefícios entre categorias profissionais/ramos da produção conforme sua importância no processo de acumulação e grau de organização política, característica do modelo de seguro social (meritocrático-corporativo/ conservador) de proteção social, são reatualizadas.

Emprego os termos reatualização e ‘reintrodução’, pois, com a evolução do seguro social, os privilégios de algumas categorias desapareceram por meio da ampliação progressiva de direitos/benefícios dos grupos de trabalhadores menos privilegiados, tendo sido atingida em alto nível a garantia de direitos similares entre os incluídos. Por outro lado, os *welfare states* não resolveram – e nem poderiam – o problema da estratificação social; definiram limites, patamares comuns de garantia de necessidades básicas e padrões de vida digna, mas não aboliram as desigualdades sociais fundadas nas relações capitalistas de produção.

Conforme ao já examinado, ao longo do tempo esvaneceram-se as características de segmentação do modelo de seguro social de tratamento desigual entre operários e empregados, conservação de status diferenciados e, em consequência, direitos diferenciados. Em especial, no seguro social de doença, a uniformização progressiva tanto em termos organizacionais quanto em relação aos direitos garantidos⁸, a inclusão progressiva de camadas populacionais cada vez mais abrangentes, assim como a ampliação do catálogo de ações garantidas para a quase totalidade de ações médico-terapêuticas socialmente disponíveis tornaram os direitos semelhantes.

O termo reatualização é melhor do que re-segmentação porque se pode supor que, caso se tornem importantes as restrições impostas pela competição entre as Caixas, o problema será incluído na pauta de discussão dos acordos coletivos – local de expressão do conflito capital-trabalho –, garantindo-se direitos de forma diferenciada e produzindo privilégios, mais uma vez, conforme a posição na ocupação.

Objetivamente, a grande maioria da população permanece incluída e a segmentação ao interior dos incluídos foi atenuada com a GSG, ao expandir a liberdade de escolha para mais de 80% dos contribuintes. Além disso, o mecanismo de transferências financeiras entre

as Caixas para a compensação da estrutura de riscos – RSA – ampliou a redistribuição e, por consequência, a solidariedade. A redistribuição entre o conjunto dos segurados do GKV foi dilatada. De uma solidariedade quase restrita aos membros de cada Caixa⁹, a redistribuição foi estendida de modo parcial ao conjunto dos segurados das Regiões Ocidental e Oriental, em separado. Há pouco tempo, novo mecanismo de redistribuição da Região Ocidental para a Região Oriental foi aprovado, o que expande mais uma vez a solidariedade.

Dada a diversidade de atores e suas possibilidades de intervenção na implementação de parte das alterações introduzidas, é provável que não se realizem plenamente as tendências que a introdução destas opções permite prever. Talvez os resultados da reforma venham a distanciar-se de maneira considerável daquilo que a análise de cada medida leva a supor.

Nível de proteção: cortes quantitativos no catálogo de ações e benefícios do GKV

Mais do que influir na segmentação, o que ocorre são restrições na utilização, uma vez que, além de diversos cortes de ações, foram introduzidas uma série de medidas que podem ser enquadradas na tipologia de ‘racionalização da demanda’: aumento de co-pagamento e estabelecimento de franquias e bônus.

As modificações do catálogo na última década, porém, não podem ser enquadradas apenas em uma categoria de restrições. Na primeira etapa da reforma, em 1989, o catálogo foi uniformizado, o que significou ampliação de benefícios oferecidos anteriormente apenas por algumas Caixas ao conjunto dos segurados do GKV. Durante os anos 90, novas ações foram incluídas simultaneamente a restrições. A cesta foi acrescida de ações preventivas e profiláticas (na área odontológica), acesso direto à Psicoterapia foi garantido (deixou de ser intermediado pelo médico) e novo ramo de seguro para cuidados de longa duração foi criado, alargando-se a proteção social para novos riscos.

Embora uma cesta básica não tenha sido definida nem importantes restrições introduzidas, mantendo-se como único o catálogo existente, uma série de cortes de pequena magnitude foram introduzidos em diversas áreas da atenção à saúde (enumerados na apresentação das leis), mas, em geral, não relacionados com a assistência médica ambulatorial e hospitalar diretas, sistematicamente protegidas.

As mais importantes restrições foram implementadas nos setores de assistência farmacêutica e atenção odontológica, em particular, por meio do aumento da participação financeira direta dos usuários. Introduzidas em 1977, as regras de co-pagamento para

medicamentos e próteses (Pfaff et al., 1994:65) foram modificadas de maneira reiterada na última década, da mesma forma que majorada a participação dos usuários. De modo específico, para a assistência farmacêutica, a recente majoração do co-pagamentos – em virtude dos altos valores atingidos – pode ser interpretada como redução da cesta de medicamentos até então garantida¹⁰.

Na assistência farmacêutica, o aumento das taxas de co-pagamento tradicionalmente não teve a oposição da indústria setorial nem das farmácias. Valores baixos de co-pagamento não afetavam diretamente o consumo, pois a demanda por medicamentos é secundária e, ao mesmo tempo, a introdução do co-pagamento para medicamentos teria contribuído para expansão do consumo e preços ao garantir a continuidade de seu financiamento¹¹. Após a última majoração, em 1997, a indústria farmacêutica tem reclamado dos altos valores, o que pode ser indicativo do impacto negativo sobre o consumo.

No caso da assistência odontológica, os cortes são mais drásticos. A principal restrição implementada diz respeito às próteses dentárias. A cobertura dessas despesas pelas Caixas, que era de 80% em 1977, foi reduzida aos poucos, atingindo 50% no início dos anos 90. Em 1996, as próteses dentárias foram excluídas do catálogo para os segurados nascidos a partir de 1979 (os menores de 18 anos à época). Em 1997, para os outros segurados, foi aprovada a substituição da participação percentual no pagamento de próteses por subsídio fixo por tipos, correspondente a 45% dos preços médios de então. O estabelecimento de subsídio fixo ao desvincular a participação financeira das Caixas do preço real provavelmente levará a aumento das despesas a cargo dos segurados.

A predileção por cortes em próteses dentárias pode ser atribuída ao fato de que estas ações não fazem parte do núcleo duro da assistência à saúde, sendo benefício de incorporação mais recente. Tornou-se obrigatório apenas em 1974. Além disso, tais restrições não sofrem a oposição de dentistas, não afetam diretamente um setor da economia ou o emprego de algum grupo profissional e não apresentam forte apelo moral. A não utilização destas ações não produz risco de vida. Sua restrição não afeta crianças, pois estas não necessitam de próteses¹², o que faz com que a repercussão não seja imediata. As mudanças na forma de pagamento e participação financeira dos usuários receberam apoio dos dentistas, pois as Caixas deixaram de intervir na negociação de preços, o que facilita a imposição do preço ao paciente (a assimetria de poder dentista/paciente é maior do que quando a Caixa interfere na negociação).

A ‘terceira etapa da reforma’ – por meio das leis de ‘Alívio das Contribuições’ de 1996 e de ‘Reordenação-NOG’ de 1997 – pode ser tomada como ponto de acentuação das restrições e de interrupção do processo anterior de expansão progressiva do catálogo de ações e benefícios do GKV, não apenas pelos cortes introduzidos – o auxílio-doença foi reduzido de 80% para 70% do salário de contribuição, próteses dentárias foram excluídas para o futuro – como também pela majoração expressiva e dinamização da participação financeira dos pacientes. As últimas leis impuseram aumentos de co-pagamentos compulsórios, progressivos e rotineiros.

As restrições ao catálogo ocorreram, em especial, por meio de cortes quantitativos e não por seleção entre ações necessárias ou desnecessárias, dentro e fora, cobertas e excluídas. Embora não tenha sido definida uma cesta básica nem introduzidos importantes cortes, mantendo-se o catálogo existente como único, as novas opções preconizadas para o estabelecimento de contratos com os segurados, assim como a elevação dos valores de co-pagamento, significam, de fato, a diferenciação quantitativa da cesta contratada.

Pode-se dizer que, em relação à cesta, como é difícil definir em termos médicos exclusivos a seleção de ações necessárias e desnecessárias – para excluir as últimas do catálogo –, deu-se preferência a cortes quantitativos imediatos através da ampliação dos valores de co-pagamento e das novas opções. Assim, mais do que racionalização – renúncia a ações com efeito duvidosos –, poder-se-ia falar em provável racionamento – renúncia a ações de efeito comprovado¹³ –, dado que o co-pagamento atinge as ações de forma linear sem distinção, nos setores em que é aplicado.

Os cortes quantitativos da cesta, ainda que importantes, são atenuados pela existência de cláusulas que dispensam segurados de baixa renda do co-pagamento, limitam o comprometimento da renda para o conjunto dos segurados e reduzem esta participação no caso de doentes crônicos. O sistema de compensação para garantir maior aceitabilidade e ‘suportabilidade social’ do co-pagamento pode ser considerado abrangente. O limite de comprometimento da renda anual com pagamentos diretos pelos pacientes é estipulado em 2% e para doentes crônicos em 1%.

Além disso, as novas opções preconizadas para o estabelecimentos de contratos com os segurados, da mesma forma que a elevação compulsória dos valores de co-pagamento ou por iniciativa das Caixas em separado, significam a possível diferenciação quantitativa da cesta contratada entre as Caixas.

Cortes qualitativos foram propostos, mas não aprovados. A renúncia à introdução de outros cortes propostos pela coalizão governamental decorreu da intervenção de diversos atores e o seu debate demonstrou a amplitude da constelação de interesses envolvidos – económicos (prestadores de serviços – proprietários de Casas de repouso, governantes dos balneários, trabalhadores no setor), profissionais da área (fonoaudiólogos, terapeutas em geral), grupos de pacientes, associações de deficientes etc.

A possibilidade de acesso a cestas diferenciadas é restrita. A legislação também não permite muita variação nas ações a serem oferecidas¹⁴. A última lei pouco ampliou a possibilidade de expansão do catálogo por iniciativa das Caixas¹⁵. Em termos práticos, a oferta de ações adicionais pelas Caixas significará ampliação da cesta no sentido de viabilizar maior cobertura por sistemas terapêuticos alternativos já formalmente aprovados¹⁶ – como homeopatia ou acupuntura ou Psicoterapia, por exemplo. Em decorrência de o catálogo de serviços permanecer único para a quase totalidade das ações oferecidas, a diferenciação se realizará por meio de sofisticação da cesta, resultante mais da ampliação de possibilidades com outros métodos terapêuticos do que pela inclusão de tecnologia médica de ponta. O acesso ao progresso da tecnologia médica, pelo menos no estágio atual de desenvolvimento, está garantido por lei.

Concluindo, pode-se dizer que o catálogo de benefícios do GKV, apesar das restrições, continua abrangente e uniforme. O cerne da atenção médica hospitalar e ambulatorial não foi atingido e o acesso ao progresso da tecnologia médica, ao menos no estágio atual de desenvolvimento, está assegurado por lei. A possibilidade de diferenciação do catálogo entre as Caixas é modesta e as principais restrições ao catálogo são de caráter quantitativo, via participação financeira direta dos segurados de forma diferenciada.

Privatização parcial dos riscos

Cortes quantitativos da cesta representam privatização parcial do risco de adoecer. O co-pagamento é mecanismo inadequado à condução do sistema não apenas por estar centrado na demanda e ser decorrente o aumento dos gastos – de forma predominante, dos problemas da oferta sobre os quais os pacientes pouco podem influenciar –, mas também em razão de obrigar a demanda a comportamento inadequado e de acentuar iniquidades no acesso e utilização. Por provocar impacto negativo de forma mais acentuada sobre grupos de menor renda, mais provavelmente pode resultar em subatenção para estes grupos do que conter suposta demanda desnecessária ou excessiva.

Por ser desembolso direto no ato da utilização, o co-pagamento é uma forma de privatização parcial do risco de adoecer que atinge os mais necessitados de atenção – mulheres, pessoas idosas, pacientes crônicos e severos –, corroendo a solidariedade. Medidas de co-pagamento deslocam gastos do financiamento coletivo/público para os domicílios privados, afetando a paridade de financiamento e desonerando, em parte, os empresários.

O sistema de compensações, introduzido para contrapor-se parcialmente aos efeitos indesejados acima apontados, define limites da privatização dos gastos em saúde, contudo não interfere no deslocamento de gastos para os domicílios privados dos pacientes.

A introdução de novas opções para o estabelecimento de contratos com os segurados implica a possibilidade de diferenciação das contribuições. Taxas de contribuição diferenciadas conforme cotas de co-participação do segurado nos gastos seja através de franquias, bônus ou valores diferenciados de co-pagamento atingem o princípio da solidariedade ao promover a seleção de ‘bons riscos’. A opção entre as distintas taxas estará condicionada pela renda de indivíduos e famílias. Assim, a utilização de serviços não seria determinada apenas por necessidades de saúde, mas também pela situação social. Afora isso, taxas de eleição atingem o princípio da solidariedade, pois à redução equivalente na taxa de contribuição para os segurados de baixo risco – que puderam optar pela franquia – corresponde sobrecarga para o grupo de maior risco que continua com direito à utilização daquelas ações. Com a retirada da ‘subvenção’ financiada pelos primeiros, a taxa de contribuição do grupo restante precisa ser majorada. Deste modo, contribuintes mais jovens e de maior renda reduzem sua contribuição solidária.

A privatização parcial dos riscos acarreta desproteção – erosão da garantia de cobertura coletiva e pública do risco de adoecer. Tem o sentido de declínio do nível de proteção social à medida que o risco de adoecer deixa de ser coberto pelo setor público e passa a ser responsabilidade direta dos indivíduos. A privatização da cobertura do risco de adoecer na Alemanha é parcial e, em especial, indireta. Indireta, pois o grupo de indivíduos protegidos não foi diretamente reduzido. Parcial, pois apenas parte das despesas com cuidados de saúde foi logo transferida aos pacientes no ato da utilização.

Impacto sobre os princípios

Questão central na análise das repercussões estruturais das medidas aprovadas é o impacto das políticas de contenção sobre os princípios constitutivos do seguro social e no caso do seguro social de doença, em especial, o princípio da solidariedade, segundo o qual

todos os segurados devem ter garantida a adequada atenção, independente da renda e do estado de saúde. Como foi exposto, as contribuições no seguro social de doença não são relativas aos riscos de saúde individuais, mas sim às possibilidades financeiras de cada contribuinte, consistindo em uma proporção de seus salários. Deste modo, todos os segurados, independente dos valores de contribuição, têm direito a catálogo idêntico de ações de saúde, o que envolve redistribuição, cujo deslocamento financeiro se dá dos segurados de maior renda, solteiros e mais sadios ao pólo oposto.

Na proteção social fundada no modelo de seguro social, a centralidade no trabalho assalariado pressupõe que sejam transpostas para a base da política social características das relações do mercado de trabalho, cristalizando desigualdades, mas, ao mesmo tempo, o Estado Social nega em parte os mecanismos de mercado ao assegurar a satisfação de necessidades sociais politicamente definidas. Neste modelo de proteção, o objeto das disputas políticas – o conflito básico – está na adequação entre mérito e necessidade. Isto é, em que medida os direitos sociais devem corresponder às necessidades de cada indivíduo ou ao seu mérito.

Embora estruturado com base no mérito, uma concepção de distribuição está embutida em diversas áreas do seguro social. Necessidades politicamente definidas fazem parte da estruturação do sistema. E, uma vez que o princípio da necessidade também se faz valer, independente da capacidade contributiva do indivíduo, a solidariedade toma força no interior do sistema. Portanto, não se pode subestimar o princípio de justiça distributiva conforme às necessidades que está presente no sistema de seguro social.

Há constante tensão entre os princípios constitutivos do seguro social – equivalência/mérito, solidariedade/necessidade e subsidiariedade. Enquanto a solidariedade pressupõe redistribuição, a equivalência dos benefícios às contribuições – o direito a benefícios conforme ao ‘mérito’ – nega esta possibilidade, e a subsidiariedade restringe a comunidade solidária. A solução encontrada para este conflito, assim como para as contradições inerentes ao somatório dos elementos de natureza distinta – civil, político e social da cidadania (Fleury, 1997:38), resulta da correlação de forças sociopolíticas em cada momento dentro dos limites da seletividade estrutural do Estado capitalista (Offe, 1984; Esping-Andersen, 1990). O ponto de equilíbrio temporário entre a solidariedade e a subsidiariedade, bem como entre a solidariedade e a equivalência, é politicamente definido.

No seguro social de doença alemão impera o princípio da necessidade. Ao garantir a todos os segurados a utilização de serviços de saúde conforme a necessidade e independente

do valor das contribuições, o Seguro Social de Doença subsume a equivalência à solidariedade. A precedência do princípio da necessidade sobre o princípio da equivalência¹⁷ atenua as características conservadoras do modelo de seguro social alemão de cristalização das desigualdades produzidas pela posição ocupada no mercado de trabalho. Além disso, a expansão e uniformização do catálogo de serviços e benefícios, assim como a progressiva inclusão de camadas cada vez mais abrangentes da população – acoplada às possibilidades de emprego quase pleno –, deram feição universal ao sistema contemporâneo.

Assim, historicamente, com os processos de inclusão e expansão do seguro social de doença, o princípio da solidariedade suplantou os princípios de equivalência e de subsidiariedade. No processo atual de contenção ocorre revitalização destes últimos princípios¹⁸. As tensões constitutivas entre a garantia de proteção conforme ao mérito ou à necessidade e entre a responsabilidade individual e aquela da comunidade solidária tornaram a aumentar.

Com as políticas de contenção de gastos, a discussão sobre a subsidiariedade volta a ter destaque e sua vigência é reatualizada em decorrência da opção preferencial destas políticas por mecanismos de privatização da demanda, como o forte aumento dos valores de co-pagamento e a abertura da introdução possível de elementos próprios dos seguros privados: a restituição de despesas e o estabelecimento de franquias e de prêmios pela não-utilização.

As novas opções para contratos com segurados promovem a seleção de riscos e, com isso, afetam de maneira negativa o princípio da solidariedade. Os mecanismos de escolha de franquia e possibilidade de recompensa pela não utilização são vantajosos para os chamados ‘bons riscos’. Quer dizer, restringe àquelas pessoas que são saudáveis, jovens, com renda alta, a fruição racional destas opções. São também medidas duvidosas quanto à sua eficácia, pois é provável que venham a ser eleitas apenas por pessoas com baixa necessidade de atenção. Deste modo, não controlam em nada a utilização, uma vez que estes segurados não serão parcimoniosos na utilização dos serviços. Como são saudáveis e não necessitam de atenção, já não os utilizam.

Os segurados mais saudáveis usufruirão das vantagens financeiras, sem perdas, às custas dos segurados com maior risco, que racionalmente não poderão escolher tais alternativas e que arcarão com custos adicionais e/ou redução de receitas que estas opções envolvem, por não estar garantido que as reduções de taxas de contribuição deixarão de afetar

a parcela solidária, como ponderou o Conselho de Experts da Ação Concertada em Saúde – SVR.

Talvez maior problema destas medidas esteja no estímulo que podem significar para a produção de mentalidade não solidária. Estimulam raciocínios não solidários e de reforço à equivalência. A recompensa pela não utilização, por exemplo, leva ao raciocínio ‘se eu pago menos por não utilizar, devo pagar apenas pelo que utilizar’, o qual exclui a contribuição solidária. Isto viria somar-se a certa concepção tida como difundida entre os mais jovens acerca de estarem menos dispostos a pagar por benefícios dos mais idosos – a quebra do ‘contrato intergeracional’ discutida no capítulo sobre fatores ligados ao aumento de gastos em saúde.

Este raciocínio não solidário, porém, não confere com as representações mais difundidas sobre a solidariedade no seguro social de doença. Pesquisas qualitativas a respeito das representações sociais de ‘solidariedade’ dos segurados mostram que os segurados reconhecem e avaliam como positiva a redistribuição que ocorre ao interior do sistema de proteção à saúde. A consideração, pelos entrevistados, da redistribuição como primariamente intertemporal, – da juventude para a velhice –, mais do que interpessoal, e a indesejabilidade da mudança de posição – ninguém deseja ficar doente para utilizar mais serviços –, faz com que a posição de contribuinte para o fundo solidário – mais paga do que recebe – seja avaliada, pela maioria dos segurados, como positiva em contraposição a uma situação de necessidade de maior utilização e por conseguinte de beneficiado com a redistribuição (Ulrich, Wemken & Walter, 1994:370).

Embora existam mecanismos que atenuem a participação direta nos gastos pelos usuários das camadas de renda mais baixa e ainda que a proporção estimada do co-pagamento no conjunto dos gastos do seguro social de doença alemão permaneça, mesmo com os aumentos, em nível inferior a outros países europeus, esta clara opção por mecanismos que penalizam pacientes e segurados de menor renda afeta os princípios básicos do seguro social de doença. Provoca impacto negativo sobre o princípio da solidariedade, sob a alegação de fortalecer a subsidiariedade. Para o aumento da participação dos pacientes nos custos da doença, evoca-se a necessidade de fortalecimento da auto-responsabilidade de cada indivíduo, reativando a concepção de subsidiariedade prevalecente quando da instituição do seguro doença ao final do século passado.

Na Alemanha, a política neo-conservadora apela à redefinição da solidariedade no sentido da ampliação da auto-responsabilidade. Isto é, busca enfatizar a subsidiariedade da

atuação estatal na área social. O chamamento ao aumento da responsabilidade individual que implicaria a utilização mais racional dos serviços/benefícios sociais é eufemismo que encobre o aumento da participação financeira direta dos usuários, isto é, o retorno à provisão individual privada. A assistência social é a área de política social na qual a intensificação da seletividade da proteção mais se faz sentir. Isto pelo próprio caráter deste ramo da proteção social, externo e separado do sistema de seguros sociais, cujo princípio regente é a subsidiariedade da ajuda estatal, tradicionalmente dependente da comprovação da incapacidade de garantia de um mínimo vital digno. Como já examinado, a assistência social é, por excelência, política social focalizada.

A subsidiariedade constitui também apelo à defesa de maior autonomia das Caixas. Hoje, a defesa de maior autonomia, tem diferentes conteúdos. Para as Caixas envolve a possibilidade de maior influência sobre o próprio sistema de atenção à saúde, com controle sobre os prestadores, e de maior liberdade para o estabelecimento de contratos mais favoráveis com os próprios, em especial na atenção ambulatorial monopolizada pelas associações de médicos credenciados. Para os neoliberais significa desregulação com a introdução de mecanismos de mercado.

A coalizão governamental, por sua parte, evoca a subsidiariedade para exigir maior responsabilidade das Caixas sobre os aspectos financeiros, isto é, sua adesão à premissa da estabilização das taxas de contribuição a qualquer preço. A assunção pela coalizão liberal-conservadora da reivindicação das Caixas por maior autonomia sob o mote "*Vorfahrt für die Selbstverwaltung*" – precedência para a administração autônoma – ao mesmo tempo em que significou a abolição de algumas regras unificadas de controle sobre os prestadores e a introdução de mecanismos para a competição entre as Caixas foram acompanhadas por fortes restrições da autonomia das Caixas quanto à definição das taxas de contribuição.

Contemporaneamente, a tendência é de reforço à subsidiariedade concretizada por meio da coação à ‘ampliação da responsabilidade individual’, isto é, o deslocamento de gastos para os segurados imposta às Caixas pelas leis de Reordenação da Saúde – NOG (privatização de riscos via majoração compulsória dos valores de co-pagamento no caso de aumento das taxas de contribuição).

Indícios de retorno da equivalência podem ser também observados, pois é possível que venha a ocorrer um reordenamento dos segurados em Caixas com catálogos parcialmente diferenciados não apenas por profissão, mas por nível de renda, conforme discutido acima.

Uma reedição de desigualdades poderá, assim, vir a ser um dos resultados da competição entre as Caixas.

Desse modo, enquanto a subsidiariedade e a equivalência prevaleceram na origem do seguro social alemão e o tenso equilíbrio entre os princípios constitutivos do seguro social, campo constante de disputa, pendeu historicamente para o lado da solidariedade no período de expansão dos *welfare states*, no momento presente ocorre retorno parcial da importância do princípio da subsidiariedade e a tendência é de reforço à equivalência. Historicamente, com os processos de inclusão e expansão do seguro social de doença, o princípio da solidariedade suplantou o princípio de equivalência – característico de relações de seguro – e o princípio liberal-cristão de subsidiariedade. No processo atual de contenção, estes princípios voltam a ser reforçados. A discussão sobre a subsidiariedade retoma o destaque e sua vigência é reatualizada, em particular, através de ampliação da participação direta dos usuários nos custos da atenção via co-pagamento.

Ainda que estas medidas recentes possam vir a afetar de modo negativo o princípio da solidariedade, o sucesso das políticas de contenção não implica de modo imprescindível a desestruturação do modelo de seguro. O modelo de seguro social poderá vir a permanecer estável, uma vez que a segmentação e a reprodução de desigualdades lhe são intrínsecas. Os princípios que regem o seguro social também contribuem para a estabilidade demonstrada pelo sistema. Sua base, sustentada em princípios contraditórios, fornece-lhe flexibilidade para admitir distintos graus de desigualdade.

O seguro social, por ser modelo de proteção meritocrático, reproduz privilégios decorrentes da inserção diferenciada no mercado de trabalho e, embora o catálogo de ações e benefícios tenha sido unificado no processo de expansão – pouco a pouco foi ampliado e tornou-se homogêneo, havendo pouca margem legal para diferenciação –, alguns privilégios permaneceram, como é o caso das taxas de contribuição mais baixas e acesso facilitado a certas ações suplementares para alguns grupos melhor remunerados. O possível ressurgimento de privilégios como consequência da última reforma não é, portanto, novidade externa ao modelo. A cristalização de desigualdades lhe é intrínseca.

Por sua vez, a identificação de tendências não significa sua concretização. O seguro social de doença tem mantido alta aceitabilidade por parte da população. O segurados consideram, baseados em suas experiências, o GKV como arranjo institucional que lhes garante o acesso a adequada e competente atenção médica a qualquer momento e no futuro (Hinrichs, 1994). Esta aceitabilidade decorre não somente do nível de garantia de proteção

proporcionado, como também de características intrínsecas a este tipo de seguro. No seguro social de doença não há o perigo de outrem estar usufruindo do benefício que o próprio preferiria. Os segurados não têm interesse em usufruir dos benefícios, pois este decorre de piora do estado de saúde, situação não desejada. Ao contrário dos outros ramos do seguro, a situação de contribuinte não-beneficiário no GKV é pretendida. Ao mesmo tempo, a expectativa da utilização futura torna desejável a redistribuição que ocorre ao interior do sistema. ‘A norma da reciprocidade geral serve para reconciliar o auto-interesse e a solidariedade’ (Putnam, 1993 *apud* Hinrichs, 1994)¹⁹.

Na realidade, embora tenham ocorrido restrições, a proteção social ao risco de adoecer na Alemanha permanece ampla e invejável, garantindo atenção à saúde a 90% da população em todos os níveis de complexidade. O Seguro Social de Doença alemão é, portanto, um bom exemplo de como a proteção social no caso da saúde não foi desmantelada, mesmo que reformas conservadoras tenham sido implementadas.

Entretanto, avaliados os impactos das políticas de contenção recentes sobre os princípios e características básicos do GKV, verifica-se terem sido afetados cada um deles de alguma forma. Conquanto não haja completo acordo entre os autores sobre quais seriam as características estruturais do seguro social de doença alemão, em geral considera-se como características básicas específicas, conformadoras da estrutura do seguro social de doença: a **autonomia administrativa** – referida tanto à autonomia das instituições de provisão do seguro quanto à paridade entre os envolvidos na composição dos órgãos de direção e no financiamento –; a pluralidade do sistema, **Gliederungsprinzip**, – composto por diferentes tipos de Caixas e com recrutamento compulsório, expressão da centralidade no trabalho assalariado, característica principal do modelo de seguro social –; e a garantia de ações de forma direta e não por meio de reembolso de despesas – **Sachleistungsprinzip**. Foram introduzidos elementos que influem em cada uma destas características. Assim, a forte majoração do co-pagamento afeta a paridade do financiamento; o recrutamento compulsório foi abolido; as Caixas vêm passando por processo de fusão; e o reembolso de despesas tornou-se possibilidade.

As reformas recentes abrem a possibilidade de modificações mais profundas no sistema, em especial a Lei da Estrutura da Saúde – GSG –, ao introduzir a competição entre as Caixas, e as Leis de Reordenação – NOG –, ao fornecerem leque maior de mecanismos para ampliá-la. O tipo dos mecanismos introduzidos – a opção por restrições da demanda – expressam a tendência de erosão gradual da solidariedade. De forma simultânea, as diversas compensações para evitar competição predatória e limitar o comprometimento da renda

individual com despesas de saúde e a seleção de riscos deixam ver a permanência e estabilidade do sistema.

A longo prazo, em análises retrospectivas, as alterações agora introduzidas, embora tendencialmente apontem para a redução da solidariedade, podem tornar-se apenas mais uma da série de acomodações pelas quais passou o sistema em sua história de mais de cem anos, o que lhe garantiu a estabilidade característica²⁰.

2. Contenção e constelação política: atores e processos políticos

Embora esta análise tenha sido centrada nas medidas aprovadas, a observação do processo de reformas permite tecer considerações mais gerais sobre os processos políticos e a participação dos atores. Mudanças legais no seguro social de doença alemão têm sido tradicionalmente de difícil aprovação. Em geral, o que é aprovado ao final do processo corresponde a pequena parcela do projeto original proposto pelo ministério responsável²¹, o que tem sido imputado à grande quantidade de atores sociais interessados que têm algo a perder ou a ganhar com a reforma (Behaghel, 1994:149; BMAS, 1994).

No atual processo de reforma, os atores sociais e seus interesses específicos se fazem presentes e, ao mesmo tempo, a intervenção estatal direciona os resultados. Na observação do processo recente de reformas – sem querer dar conta de toda a complexidade dos processos político-sociais –, destacam-se: direcionalidade dada pela coalizão governamental liberal-conservadora no sentido de contenção e na escolha das opções para a mesma; importância das constelações políticas na produção de mudanças; influência dos diversos atores e interesses setoriais de forma subordinada, mas, ao mesmo tempo, como barreira de contenção da contenção; redefinição dos âmbitos de atuação e de graus de liberdade de ação das estruturas corporativas; além da contemplação de interesses de clientelas políticas específicas.

Direcionalidade

A coalizão liberal-conservadora imprime direcionalidade às políticas de saúde no sentido da privatização parcial dos riscos com o propósito de redução dos custos sociais do trabalho, subordinando a política de saúde a uma política econômica orientada para garantir a posição do capital alemão na competição internacional. Mesmo admitindo a influência de interesses e atores diversos, é impossível negar que há hierarquia – há interesses dominantes

que se fazem valer, impondo limites à atuação dos atores corporativos e definindo a direcionalidade dos processos.

Ocorre subordinação da política social aos interesses da política econômica. A coalizão liberal conservadora²² subordina a política social aos propósitos de diminuição dos gastos sociais do trabalho como fator de melhoramento da posição do capital alemão na concorrência internacional, tal como aos objetivos de ajuste da economia alemã para garantir estabilidade monetária e preencher os critérios de Maastricht (baixa taxa de inflação, déficit público menor que 3% do PIB). A redução dos custos do trabalho supostamente produziria vantagens do *Standort Deutschland* (fator/custo Alemanha) no sentido de atrair capitais e evitar que o capital alemão busque novas regiões mais favoráveis para investimentos²³.

Constelações políticas e interesses específicos

O acompanhamento do processo de discussão e aprovação da terceira etapa da saúde, assim como das duas etapas anteriores da ‘reforma’, fez transparecer os inúmeros interesses envolvidos e permitiu observar de que modo a conformação de diferentes constelações políticas produz distintos resultados.

Um cotejo entre os conteúdos da GSG e das NOG mostra bem como a constituição de diferentes constelações de atores e interesses em cada conjuntura provocam impacto de forma distinta sobre os princípios constitutivos do GKV. Concomitantemente, revela que reformulações mais profundas exigem a formação de amplos consensos, como foi o caso das mudanças de caráter mais estrutural introduzidas pela ‘Lei da Estrutura da Saúde-GSG’ de 1992. A GSG foi elaborada a partir de acordos entre a democracia cristã e o partido social-democrata, sem a participação dos Liberais (do FDP, que integra a coalizão governamental). Esta grande coalizão possibilitou intervenção importante na organização do GKV: a maior concorrência entre as Caixas, aberta com a ampliação da liberdade de escolha pelos segurados e a criação de importante mecanismo de compensação financeira entre as Caixas – a compensação da estrutura de riscos – como forma de preservar o princípio de solidariedade em situação de competição.

A ampliação da liberdade de escolha das Caixas pelos segurados corresponde simultaneamente à ampliação dos direitos dos segurados ao uniformizar as regras de adscrição²⁴. A possibilidade de asseguração em uma ou outra Caixa deixou de ser atributo do status profissional. A garantia de liberdade dessa escolha, até então privilégio dos empregados – *white collars* –, e a instituição de critérios idênticos para ambos os grupos –

white collars e *blue-collars* – quanto à obrigatoriedade de seguro (introduzida com a Lei da Reforma da Saúde-GRG) dissiparam as distinções anteriores entre estes grupos.

A compensação da estrutura de riscos, por sua vez, faz com que a solidariedade extrapole o grupo de segurados de cada Caixa. A eliminação de privilégios amplia a solidariedade ao interior do sistema. O sistema permanece restrito ao mundo do trabalho assalariado – cristaliza-se aí (a solidariedade não é ampliada a grupos externos, pois o processo de inclusão foi interrompido) –, mas a redistribuição transpõe, em parte, as barreiras de cada um dos grupos antes adscritos de modo compulsório a determinado tipo de Caixa, dependendo de sua ocupação.

Com a compensação da estrutura de riscos entre as Caixas houve certa aproximação das taxas de contribuição, atenuando-se desigualdades entre grupos ocupacionais. O grande intervalo de diferença existente entre as taxas de contribuição das distintas Caixas talvez tenha sido o principal resultado do modelo de proteção do seguro social de doença que permaneceu após o processo de expansão. Mais do que garantir privilégios – diferenciando a proteção de distintos grupos –, a persistência da forma de organização original de seguro produziu taxas de contribuição diferenciadas entre as Caixas, indicando que se exercia a solidariedade tradicionalmente apenas ao interior de cada grupo de segurados de uma Caixa. Estas importantes diferenças nas taxas de contribuição entre as Caixas contradiziam o princípio da solidariedade, segundo o qual cada um deve contribuir de forma proporcional à sua renda. Segurados com igual renda, mas adscritos a diferentes Caixas, contribuíram tradicionalmente (e ainda contribuem) com montantes díspares.

Assim, se até os anos 80 pode-se dizer que o sistema foi conservado quase na íntegra, estas mudanças da década de 90 podem ser caracterizadas como estruturais ao interferirem na forma de organização do sistema de provisão de seguros em Caixas separadas, cujas clientelas eram organizadas segundo critérios ocupacionais: *gegliederte Krankenversicherung*.

O consenso entre conservadores e social-democratas possibilitou também a intervenção sobre interesses setoriais. O consenso político mais ampliado possibilitou que controles sobre os prestadores fossem aprovados e interesses dos produtores atingidos, como sobre os dos médicos, com a imposição de sanções caso ultrapasassem os orçamentos para medicamentos, e sobre os dos produtores, com a aprovação de lista positiva de medicamentos: a seleção de medicamentos de eficácia comprovada. No setor hospitalar, possibilitou a mudança no sistema de pagamento e do financiamento²⁵. De um modelo que incentivava a

maximização em termos da expansão do volume de serviços produzidos – o pagamento de diárias uniformes, calculadas de modo a cobrir totalmente os gastos do hospital – foi substituído por modelo misto, que estimula a redução de emprego de recursos na prestação de cuidados – sistema de remuneração por caso globais. No interregno entre as duas leis, contudo, a base de apoio que aprovou a GSG desfez-se, e os mais importantes controles não se efetuaram. Por pressão direta da indústria farmacêutica, a lista positiva não foi elaborada e as sanções sobre os médicos, aplicadas apenas em parte.

O propósito das mudanças introduzidas com a Lei da Estrutura da Saúde, no entanto, foi a organização dos pressupostos – a ampliação da liberdade de escolha das Caixas e a compensação da estrutura de riscos – para possibilitar a competição entre as Caixas. As concepções para a competição entre conservadores e social-democratas eram diferenciadas e, na terceira etapa, a coalizão governamental concretizou a competição ao interior do sistema segundo seus propósitos de privatização da demanda.

As Leis de Reordenação do GKV – NOG – foram elaboradas e aprovadas pela coalizão governamental sem a participação dos social-democratas, resultando em importante intervenção na autonomia das Caixas com a imposição de drásticas sanções no caso de aumentos de taxas de contribuição e na privatização parcial do risco de adoecer através de forte majoração do co-pagamento.

Acompanhando-se o processo da terceira etapa desde a proposição do Conselho de Experts da Ação Concertada em Saúde – SVR, predominantemente alinhada à tradição liberal-conservadora, pode-se observar como a influência da pressão de distintos atores e de interesses específicos altera os resultados.

A influência dos diversos atores não se faz presente de forma homogênea ao longo do processo, oscilando quanto aos objetivos contemplados. Por um lado, devido à pressão de diversos atores com interesses setoriais diretos, as medidas aprovadas, no que concerne a cortes e diversificação do catálogo de ações e serviços, são menos drásticas do que o proposto de início pelo Conselho de Experts da Ação Concertada em Saúde – SVR. Por outro lado, quando se comparam a primeira e a segunda propostas da coalizão governamental – uma enviada ao parlamento em 1995/1996 e a outra, em 1997 – observa-se acentuamento da ênfase liberal-conservadora de ‘privatização da demanda’, em especial, por meio da forte majoração dos valores de co-pagamento e da introdução de mecanismos drásticos, coagindo as Caixas a perseguir o objetivo de estabilização das taxas de contribuição.

Já em relação ao *Sparpaket*, embora sob intensos protestos, a coalizão governamental fez valer a sua maioria parlamentar, mantendo sua posição e introduzindo poucas alterações. A influência dos trabalhadores organizados vai se exercer então no seu campo específico de negociação, os acordos coletivos, onde, em sua maioria, os trabalhadores conseguiram garantir os direitos anteriores em contrapartida à concessão de pequenas compensações²⁶.

Na terceira etapa, embora a coalizão governamental ao final tenha feito valer sua maioria parlamentar, dando a direcionalidade do processo, a evolução dos projetos governamentais durante os percursos de discussão e votação mostra a influência dos diversos atores sociais na formulação da política de saúde. Estas modificações evidenciam – tornam transparentes – a miríade de interesses imbricados no setor. Modificações foram introduzidas por pressão não apenas das grandes organizações de interesses – trabalhadores, empresários, produtores de insumos e equipamentos –, mas também dos diversos tipos de prestadores, grupos de segurados e governos locais.

Desse modo, a incorporação de propostas dos atores sociais do campo oponente pode ser observada na lei aprovada, como é o caso das novas ‘estruturas organizacionais’, proposição das Caixas e DGB, e a consideração de pequenos interesses particulares.

No processo de discussão da lei aprovada, diversos outros grupos se manifestaram, além das organizações clássicas de representação do capital e do trabalho – Federação de Empresários (BDA) e Central Sindical (DGB) –, cujos interesses estão inscritos na organização corporativa e autônoma do sistema, e dos principais prestadores setoriais que fizeram propostas setoriais específicas, buscando influenciar a política, representando os interesses dos contribuintes e de seus associados, como discutido e apresentado em detalhe em capítulo precedente.

A discussão da lei aprovada – NOG – expressa bem a influência parcial de grande diversidade de atores. A alteração do projeto de lei governamental – 2.NOG –, retirando-se a proposta de separação do catálogo em obrigatório e outro opcional, composto por diversas ações a serem definidas nos estatutos de cada Caixa, deixou transparecer outros interesses. Para além dos grupos classicamente referidos – médicos, hospitais e indústria farmacêutica – manifestaram-se diversos grupos com interesses específicos nas ações passíveis de corte, mostrando a amplitude da constelação de interesses envolvidos: econômicos (prestadores de serviços – donos e trabalhadores das *Kur*, governantes dos balneários), profissionais da área (fonoaudiólogos, terapeutas em geral), grupos de pacientes, associações de deficientes etc. Especificamente, este caso é claro exemplo dos múltiplos componentes da base de

sustentação dos *welfare states* pela variedade de interesses envolvida e pela transparência com que se manifestarem como fonte de resistência à introdução de cortes nos programas sociais.

Além de recusa mais difusa da introdução de cortes expressada pela mídia e das manifestações dos principais atores setoriais, grupos específicos não só de prestadores como também de pacientes afetados posicionaram-se contra cortes de benefícios/ações específicas. Em defesa da continuidade no catálogo obrigatório das internações de caráter preventivo – SPA em casas de repouso (*Kur*) – posicionaram-se os prestadores públicos e privados, os trabalhadores empregados neste setor, através de seus sindicatos específicos, os governos de municípios cujas economias são dependentes destes serviços e os respectivos Estados²⁷. Contra os cortes em outros métodos terapêuticos, pacientes portadores de deficiência, familiares e prestadores uniram-se na defesa da manutenção das ações e organizaram manifestações de rua expressivas e marcantes. Deficientes físicos e seus terapeutas tomaram as ruas.

A exclusão do catálogo das ações, acima referida, significaria expressiva ameaça aos respectivos mercados de trabalho. O sistema de atenção à saúde é, ao mesmo tempo, um ramo importante da economia, o que pode também ser considerado como fator adicional de sua base social de sustentação. O sistema de saúde é mercado de trabalho importante e, até o momento, em expansão. Entre 1970 e 1986 foram criados 600 mil novos postos de trabalho na área da saúde. Estima-se que mais de 10% de toda a população alemã ocupada esteja empregada na área da saúde (Eberle, 1998:57). Além disso, muitos municípios – balneários – têm economia baseada em turismo de saúde. Com a exclusão do catálogo deste benefícios não apenas os empregos diretos nas casas de repouso estariam em jogo, como também de boa parte daqueles do comércio, restaurantes etc.

A leitura atenta da lei aprovada também possibilita depreender em uma série de detalhes os diversos interesses envolvidos e como as regras são construídas de modo a compatibilizá-los. Não são considerados apenas os dos médicos, mas também os de outros profissionais e prestadores da área da saúde. Assim, é proibido “*diferenciar os valores de copagamento ao interior de uma mesma área de atenção*” – os outros métodos de cura (*Heilmittel*) –, como, por exemplo, entre ginástica para doentes e massagens. A regra visa evitar o deslocamento de gastos em certa direção e privilegiar ou prejudicar uma ou outra destas profissões (Presseamt, 1997:24). Em outro parágrafo da justificativa da lei pode-se ler “*este conjunto de regras garante a permanência dos serviços de remoção e socorro –*

Rettungsdienst” (Presseamt, 1997:32), mostrando a consideração dos interesses destes prestadores.

Tais observações corroboram análises de diversos autores (Pierson, 1995; King, 1988) quanto à importância de diferentes grupos de interesses específicos dos programas sociais na constituição de base ampliada de sustentação dos mesmos como barreiras à retração.

Pode-se concluir que, se a privatização não foi tão drástica quanto inicialmente proposto – o catálogo permaneceu único e amplo –, deveu-se à influência dos atores sociais que seriam atingidos de imediato. Ao mesmo tempo, semelhante ascendência dos atores se exerce dentro de limites claros. Ainda que a formulação da política se processe também via prestígio de atores, o poder do Estado é exercido. Existe hierarquia. A atuação dos atores está condicionada pelos limites estruturais do estado capitalista, sua influência está delimitada pelas constelações de atores em situação e pelos diferentes status políticos conferidos a cada um.

Redefinição dos âmbitos de atuação e de graus de liberdade de ação dos arranjos corporativos

A principal fonte de influência dos atores sociais – para além de diferentes formas possíveis de pressão de grupos de interesse envolvidos – está no modo de regulação do sistema de seguro social por meio de sua estrutura corporativa. No modelo alemão, o Estado delega a regulação de determinado setor da sociedade, através de arranjos corporativos, aos atores imediatamente envolvidos, atribuindo-lhes status público e inscrevendo seus interesses no próprio sistema.

Entre os prestadores, os médicos sobressaem não apenas pela sua capacidade de influência, mas pela forma diferenciada de articulação de seus interesses. A atenção ambulatorial, por meio das Associações de Médicos das Caixas, é o setor da atenção à saúde em que são mais difundidos os arranjos corporativos característicos da proteção social alemã. Estas Associações possuem bem desenvolvidas as quatro dimensões sugeridas por Offe (1994:242s)²⁸ para a análise do corporativismo: (1) status de recursos – seus recursos são em boa parte supridos pelo Estado, pois são organizações de direito público e de filiação compulsória; (2) status de representação – é organização exclusiva de representação dos médicos credenciados e sua área de atuação é definida publicamente; (3) status de

organização – suas relações internas são reguladas publicamente; e (4) status de procedimento – são investidas do direito de auto-administração (Offe, 1994).

Em razão da estrutura corporativa, os resultados da negociação entre estas organizações de interesses de nível intermediário não correspondem apenas aos interesses imediatos dos envolvidos. Os interesses são dependentes porque incluídos no sistema. Assim, as mudanças da remuneração médica incluídas na Lei de Reordenação-NOG, foram elaboradas fora do legislativo. O resultado das negociações entre médicos e Caixas quanto à forma de pagamento de honorários foi agregado ao projeto de lei, tendo a coalizão governamental apenas referendado o acordo corporativo.

As leis aprovadas terão repercussões também sobre estes arranjos corporativos. As leis recentes redefiniram regras e mudaram competências dos órgãos de administração autônoma. Se é verdade que os espaços de atuação da chamada administração autônoma se ampliam simultaneamente à retração das responsabilidades do Estado, esse processo é em si mesmo comandado pelo Estado, que define as condições da atuação da administração dentro de limites estritos de contenção. A responsabilidade pública é transferida aos provedores e prestadores, reforçando o esquema neocorporativo característico da organização do seguro social de doença alemão, ao mesmo tempo em que são definidas condições mais estritas para sua atuação. Transferem-se competências para outros agentes de regulação e redefinem-se os propósitos e objetivos da regulação, reduzindo-se os graus de liberdade de atuação dos arranjos neocorporativos²⁹.

A delegação de competências estatais para os órgãos de administração autônoma conjunta não significa que os espaços de negociação e graus de liberdade de ação destes organismos tenham sido ampliados. As possibilidades de ação são de antemão canalizadas segundo os objetivos políticos da coalizão governamental. A política estatal contém uma série de dispositivos legais que deve garantir que a introdução da competição incorra na privatização do risco de adoecer e que os interesses dos prestadores não sejam substancialmente contidos. A condução estatal direciona a privatização parcial do risco de adoecer.

Sob a condição da competição e contexto financeiro restrito através das novas opções abertas com a lei da ‘terceira etapa da reforma da saúde’, as Caixas serão coagidas a implementar estratégias para seleção de riscos e restrições no volume de ações oferecidas. Deste modo, o Estado intervém por caminhos administrativos diretamente na modelagem do GKV. Não é possível, assim, falar apenas em corporativização do sistema de saúde – ou em

‘precedência para administração autônoma’ –, pois este conceito obscurece tal dimensão da política liberal-conservadora de direcionamento das ações dos atores. O Estado, enquanto arquiteto da ordem política, transfere competências às Caixas e Associações de Médicos Credenciados – organizações de direito público –, porém definindo de forma rígida e em detalhe os limites e âmbito em que a ação pode se desenvolver.

A análise do processo de formulação indica a permanência da importância da intervenção do Estado na formulação e definição da política setorial, tanto quanto os resultados em termos da nova legislação da terceira etapa da reforma do Seguro Social de Doença, embora a mesma tenha redirecionado e transferido competências para a administração autônoma. A legislação aprovada o demonstra com nitidez: a elevação das taxas de contribuição foi condicionada a fortes sanções e o volume de co-pagamento foi majorado em mais de 50%.

Desse modo, a tese do corporativismo como estratégia da política de saúde pode ser relativizada (Döhler & Manow-Borgwardt, 1992). Nela, a intervenção do Estado reduzir-se-ia à definição das possibilidades de ação e da competência decisória dos atores – de conformação do meio ambiente – como estratégia para a definição das políticas segundo os seus interesses. A intervenção estatal na política setorial de saúde objetivaria apenas possibilitar a autocondução do sistema pelas organizações setoriais. Para estas autoras, o Estado obteve sucesso no que diz respeito à estratégia para a reforma do sistema de corporativismo da política setorial na década de 80, uma vez que teria alcançado mudar as formas de ação dos atores. O Estado teria transferido competências e definido regras de tomada de decisão para as organizações setoriais – redefinindo a constelação de atores – e estas teriam encaminhado as reformas necessárias – no sentido de conter gastos –, conforme aos objetivos pretendidos pelo mesmo. Nas leis mais recentes, porém, não apenas o contexto, mas também o conteúdo da política foram definidos pelo Estado. Tanto a “Lei da Estrutura da Saúde” – GSG – como a terceira fase da reforma têm fortes componentes de intervenção hierárquica. A GSG, em sua versão original, significou importante intervenção contra o interesse dos médicos e da indústria farmacêutica, e a terceira etapa definiu a privatização parcial dos riscos.

Evidências da política de clientela

O modo corporativo de organização de interesses, porém não prescinde da contemplação de interesses eleitorais imediatos. Confunde-se também com interesses eleitorais de clientela política (Waneck, 1996; Deppe, 1998; Gerlinger, 1997).

A política de clientela, como referido anteriormente, ficou evidente durante a implementação da Lei da Estrutura da Saúde. A elaboração de lista positiva, definida na GSG, não foi adiante em virtude da pressão da indústria farmacêutica. No caso dos médicos, os tetos orçamentários fixados foram ao final complementados, e foram apenas em parte empregadas as sanções que sofreriam caso ultrapassassem o orçamento de medicamentos através de suas prescrições.

Os resultados da terceira fase da reforma podem também ser atribuídos à política clientelista da coalizão liberal conservadora. Os interesses dos médicos e dentistas foram novamente contemplados: como recompensa pela aceitação, por parte dos médicos, de controle na expansão do volume de ações prestadas – através de novo sistema de pagamento por casos atendidos – foi abolida a definição de teto máximo fixo de gastos setoriais. Com isso, abriu-se espaço para a definição do valor fixo dos pontos das unidades de serviços. Embora nem todos os médicos estejam satisfeitos com o *Praxisbudget*, isto não é suficiente para refutar a tese da política de clientela da coalizão governamental³⁰.

No interior da atual coalizão governamental existe o problema de o partido liberal – FDP – não ser apenas ‘o’ defensor da livre economia de mercado, mas também representar o interesse dos profissionais liberais. Em particular, os médicos e dentistas fazem parte de sua clientela. Por tal razão, este partido – FDP – dificilmente se dispõe a concordar com qualquer alteração que acarrete maior regulação das atividades dos médicos credenciados ou perdas financeiras. Tanto é que a conformação da ‘grande coalizão’ entre social-democratas e democrata-cristãos e a exclusão dos liberais para a Lei da Estrutura da Saúde-GSG permitiram a introdução de sanções mais importantes e a consecução de parte de seus interesses.

A política de clientela é citada somente para salientar que os objetivos de contenção ao interior do próprio campo liberal-conservador estão condicionados por interesses da política miúda. As opções de contenção também são clientelisticamente motivadas, como é o caso da renúncia ao esgotamento de todas as reservas de economicidade e ao potencial de racionalização do sistema – um dos itens da perspectiva política liberal conservadora – para não ir contra interesses dos prestadores.

Para concluir este ponto, pode-se afirmar que, por um lado, se o sistema de proteção à saúde alemão é impregnado pelos mecanismos de concertação neocorporativa – modelo segundo o qual o Estado renuncia a medidas unilaterais e delega a responsabilidade da solução de conflitos e problemas de condução a organizações hierárquicas e de pertencimento

obrigatório de fato ou de direito, atribuindo-lhes funções públicas e tornando-as participantes na formulação das opções políticas (Schmitter, 1974; Lehmbruch, 1996; Döhler & Manow, 1995; Offe, 1994); por outro, transparece também a capacidade de intervenção estatal no processo político de reformas recentes do GKV³¹. Ocorrem mudanças no modo de condução da política que passam a ter lugar menos através da negociação corporativa e mais por ordenação hierárquica. A capacidade de intervenção estatal mostra-se tanto na redefinição dos arranjos neocorporativos – restringindo as opções possíveis (sanções) no interior de um campo de ação ampliado (desregulamentação de certas áreas) e direcionando os resultados da atuação – como na definição do próprio conteúdo da política. Pode-se, assim, concordar com a tese de Jens Borchert (1995) sobre a transformação conservadora dos *welfare states*³², que afirma: as políticas conservadoras podem ter reduzido o bem-estar, mas não prescindiram do Estado. Ao contrário do preconizado pelos liberais, que propugnam a retirada do Estado, a intervenção estatal se exerceu com determinação.

As medidas implementadas e a capacidade de intervenção estatal observada não podem ser relacionadas de forma direta às proposições neoliberais de ‘menos Estado’, de retração do Estado ou de Estado mínimo (Stegmüller, 1995:125; Gerlinger, Giovanella & Michelsen, 1997). Embora o discurso seja de desregulação – com abolição de fato de alguns procedimentos –, o Estado intervém para modificar as formas de regulação³³. Mais do que diminuição da intensidade e abrangência da regulação há mudança de ênfase da regulação no sentido de introduzir mecanismos de mercado no seguro social de doença³⁴. Uma re-regulação das relações entre mercado e Estado tem lugar (Deppe, 1995:16; Neubauer, 1996).

3. Conclusões sobre o processo de contenção

Na Alemanha, nos últimos 20 anos observaram-se ciclos na evolução das taxas de contribuição relacionados à legislação de contenção. As leis de contenção tiveram efeitos de refrear os gastos apenas por curto espaço de tempo, períodos de cerca de três anos, durante os quais as taxas de contribuição declinaram levemente e após os quais as mesmas sofreram novas elevações, alcançando patamares superiores àqueles que haviam estimulado a aprovação da lei de contenção anterior. O desencadeador imediato das leis foram aumentos de gastos e conseqüentes déficits sobre os quais a legislação interveio, reduzindo-os. Este efeito se manteve até que o sistema se readaptou às novas condições, levando a novos aumentos nas taxas de contribuição e ao desencadeamento de nova lei.

Tais intervenções, mesmo que não tenham conseguido estabilizar as taxas de contribuição, fizeram com que a elevação dos gastos públicos com saúde fosse moderada. Os gastos do sistema de seguro social de doença – GKV – mantiveram-se na faixa de 5 a 6% do PIB.

A elevação das taxas de contribuição foi o desencadeador da espiral de contenção. Esta elevação esteve relacionada às dinâmicas dos gastos e das receitas. Tais taxas permaneceriam estáveis, caso a participação da renda do trabalho assalariado e o nível de ocupação durante o mesmo período também tivessem sido sustentados no mesmo patamar, dado que a participação dos gastos do GKV no produto nacional bruto desde 1975/1980, permaneceu quase constante. Pode-se dizer que o problema do aumento das taxas de contribuição é menos de descontrole de gastos – interno aos sistemas de seguro e de atenção à saúde – e mais de erosão das receitas.

Se o problema é de receitas, seria necessário então ampliar a base de arrecadação, e é isto que defendem os setores mais à esquerda, os quais propõem, além do combate ao desemprego, a ampliação da inclusão através do seguro obrigatório de todos os trabalhadores e/ou população ocupada no seguro social e o aumento do salário limite de contribuição em reforço à solidariedade; uma vez que os grupos de renda mais elevados são reservados para o mercado privado de seguros, não contribuindo para o fundo solidário. A ampliação da base para o cálculo de contribuições teria efeito positivo imediato sobre as receitas, permitindo a redução das taxas de contribuição, principal objetivo sempre renovado para as reformas.

Elucidar o problema da erosão das receitas não implica afirmar a inexistência de problemas na evolução dos gastos. A evolução dos gastos manteve dinâmica própria, induzida pela oferta e por mecanismos inadequados de regulação, de forma independente e paralela ao estreitamento da base de financiamento do seguro social de doença, decorrente da evolução da economia e políticas econômicas neoconservadoras que levaram a perdas reais do trabalhadores assalariados e ao aumento do desemprego.

A terceira etapa da reforma da saúde objetivou mais uma vez intervir nesta dinâmica, mas as principais medidas aprovadas estão em claro descompasso com os diagnósticos mais apurados sobre o problema da expansão dos gastos em saúde e de erosão das receitas. Não se dirigem para soluções que ampliem a receita (de forma solidária), cuja erosão – embora denunciada e explicada com diferentes ênfases por conservadores e setores de esquerda – é amplamente reconhecida, e tampouco resolvem problemas na prestação e melhoram controles

sobre prestadores e produtores de insumos setoriais, principais responsáveis pela dinâmica de evolução dos gastos em saúde. Uma das principais escolhas das últimas leis de contenção foi o deslocamento dos gastos para os domicílios privados.

A discussão mais geral sobre as causas arroladas para os aumentos das despesas em saúde evidenciou a importância das formas de organização da prestação e de emprego das tecnologias médicas como os principais fatores responsáveis pelo incremento de gastos; as políticas implementadas, porém, não tomaram como objeto prioritário estes fatores e sim, como exaustivamente discutido, dirigiram-se a privatizar a demanda. A maior liberdade de escolha das Caixas pelos segurados ampliou a competição entre provedores de seguro social, o risco de adoecer foi parcialmente privatizado mediante o aumento da participação financeira direta dos pacientes nas prestações médico-sanitárias; e a seleção de riscos, estimulada por meio de novas opções para estabelecimento de contrato com os segurados (franquias, bônus, restituição de despesas).

A reforma atual é, portanto, neoconservadora e tem, como objetivo principal, a contenção de gastos e, secundariamente, o alcance de maior eficiência. A preocupação com a eficiência é subordinada a uma política de tentativa de diminuição dos custos sociais do trabalho. O enfrentamento de déficits na organização do sistema e na qualidade da atenção, quando aventado, é subordinado ao propósito de redução de despesas. As soluções implementadas, a fórmula encontrada para a estabilização das taxas de contribuição – de aumento simultâneo e compulsórios dos valores de co-pagamento – e o deslocamento de gastos para os pacientes reduzem a pressão sobre as contribuições patronais e pouco influenciam no grau de eficiência do sistema. O que alerta quanto aos graves riscos do alcance de maior equidade decorrentes da assunção do discurso da eficiência, sem críticas. Por mais que ineficiências possam ser observadas e soluções para as mesmas sejam urgentes e necessárias, o discurso da eficiência é conservador e serve especialmente às propostas neoliberais de cortes e restrições nos gastos sociais. Neste sentido, os defensores enfáticos da eficiência buscam não uma melhor aplicação dos recursos envolvidos – sempre escassos – para garantir melhor qualidade e extensão da atenção, mas a redução dos recursos aplicados nas áreas sociais.

Paradoxalmente, contudo, os propósitos de contenção, a alardeada escassez de recursos e o discurso da eficiência, para além dos cortes que impõem, podem contribuir para colocar em questão o padrão moderno de resposta social ao problema das doenças e fazer transparecer os limites da atenção médica individual e curativa. A promoção e a prevenção vêm sendo reatualizadas e a organização do sistema de atenção à saúde readequada com o

intuito da contenção, o que pode ser uma brecha para ampliar os questionamentos sobre limitações da biomedicina no enfrentamento do sofrimento humano.

A inadequabilidade na abordagem de doenças crônicas, a baixa garantia de resultados positivos, o intervencionismo exagerado, que leva a uma iatrogenia velada, intervenções que aprofundam o sofrimento e aceleram a morte, a denúncia de inúmeras terapias cujos resultados positivos não ultrapassam aqueles produzidos com os ‘efeitos placebo’, a (re)descoberta das potencialidades individuais na superação/*coping*/*Krankheitsbewältigung* e a importância do social *support* no desenvolvimento de estratégias individuais³⁵ são algumas das questões que podem ser melhor exploradas, contribuindo para a construção de uma atenção à saúde integral, no sentido de englobar não apenas a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, mas que também considere e enfrente aspectos sociais, psíquicos e espirituais do adoecer humano.

Talvez em nenhum outro campo social fique tão evidente o valor ético da solidariedade e tão imprescindível o seu exercício. Assim como o alcance de vida digna está na superação da miséria e na redução das desigualdades, o enfrentamento da doença, concreta, e uma morte digna dependem de cuidados integrais e adequados apoios psicossociais para todos. Uma atenção integral, neste sentido, enquanto resposta social, pode contribuir para morte digna quando inevitável, e para melhor qualidade dos cuidados, quando a recuperação for possível.

A reatualização da promoção e prevenção da saúde possibilita a abertura de discussão sobre a necessidade de medidas de promoção no sentido de deslocar o surgimento de doenças crônicas para idades cada vez mais avançadas, para as quais há evidências de que a erupção das doenças crônicas pode ser retardada (Fries,1984; Kühn,1995-b) e que a qualidade de vida na velhice pode ser melhorada (House, Kessler & Herzog, 1990), em oposição à tese de que os anos ganhos em expectativa de vida seriam de qualidade precária em razão de padecimentos e limitações decorrentes de doenças crônicas. Quando as restrições crônicas e a evolução da expectativa de vida são analisadas de forma diferenciada, conforme o status socioeconômico, conhece-se que a duração e a qualidade de vida dos seres humanos não está determinada por destino biológico ou demográfico. As barreiras para alcançar condições salutogênicas – promotoras da saúde – são de natureza política e social e não biológica (Kühn, 1995-b). A tese da piora da qualidade de vida nos anos de vida prolongados às custas do progresso médico é válida apenas para as populações pertencentes aos extratos socioeconômicos inferiores. Deslocar o aparecimento de doenças e restrições para idades mais avançadas é utopia realizável, pois já conquistada pelos setores

populacionais de padrão socioeconômico mais elevado, como demonstram estudos epidemiológicos que analisam a conexão entre idade, estado de saúde e status socioeconômico (House, Kessler & Herzog, 1990).

O reconhecimento destas desigualdades implica em direcionar as políticas de saúde no sentido da promoção da saúde de forma coletiva e (não apenas de mudanças nos estilos de vida individuais) e do alcance de maior equidade em resultados de saúde. Políticas intersetoriais fundadas no conceito ampliado de saúde – como aquele incorporado à constituição brasileira – não resultam de imediato, porém, na redução de gastos. Implicam, isto sim, a redistribuição, a reatualização dos objetivos de justiça social, e estes não se encontram entre os propósitos dos neoconservadores. O objetivo das políticas de saúde neoconservadoras não é a saúde da população, mas o tratamento financeiro das contas setoriais.

Deslocar os objetivos das políticas de saúde da eficiência para a equidade; e os do sistema de atenção, da doença para a saúde, são os grandes desafios. Este conhecimento ainda envolve direcionar a pesquisa para as condições salutogênicas e possibilitar a assunção coletiva de comportamentos mais saudáveis através da criação das condições econômico-sociais para tal, engendradas na revitalização da solidariedade enquanto valor ético e moral, nobre produto do processo civilizatório materializado nas instituições de bem-estar.

Para concluir pode-se afirmar, que as medidas aprovadas embora tenham similaridades com aquelas propostas em outros países, no caso alemão adquirem uma forma de aplicação particular ditada pelas especificidades da institucionalidade do GKV e da organização da atenção à saúde na Alemanha.

Certa convergência de medidas de contenção não implica necessariamente o mesmo tipo de resultados. As especificidades com que as medidas de contenção foram aplicadas no caso alemão indicam que, embora medidas similares de contenção possam vir a ser implementadas em diversos países, os resultados de sua implantação não podem ser predefinidos de forma genérica. O grau, extensão e forma em que as medidas são postas em prática e, em conseqüência, o impacto que produzem, são condicionados tanto por aspectos culturais que definem certas preferências nacionais, como pelo aparato institucional prévio, as formas de organização e articulação de interesses e constelações de atores envolvidos. No caso alemão, a institucionalidade do seguro social – sua forma de organização e as formas de regulação do sistema de características neocorporativas – tem correspondência com a própria forma de organização política da sociedade alemã.

As especificidades da proteção e da implementação de medidas de contenção no caso alemão demonstradas neste estudo levam a concluir sobre a baixa probabilidade de ocorrer a curto prazo uma homogeneização da proteção social nos diversos países como consequência da ‘globalização’ da economia.

A maioria dos autores consultados que discute o problema da introdução da competição na Alemanha em comparação com os EUA, alerta para os efeitos deletérios da concorrência para a proteção social ao risco de adoecer, da mesma forma que chamam a atenção para as especificidades do sistema de saúde alemão e do seu modelo de proteção que atenuariam estes resultados. Semelhantes efeitos não seriam imediatos nem estariam garantidos. Resultariam de mudanças cumulativas a longo prazo não só da organização do sistema de proteção e atenção, mas também culturais – de valores morais e representações sociais. Os presumíveis efeitos da competição seriam alterados não apenas pelos mecanismos e garantias específicas diretamente introduzidos para evitar a competição predatória, mas pelas características fundamentais do sistema alemão. A ampla aceitação da solidariedade, a estrutura neocorporativa bem desenvolvida ao interior do sistema e a tradição reguladora do Estado alemão são aspectos importantes que moldarão tais resultados.

Sem dúvida as reformas neoconservadoras implicam restrições e tendencialmente produzem aumento das desigualdades, mas sua aplicação não traz consigo todos os resultados que uma análise descontextualizada poderia prever. No caso alemão a competição introduzida é limitada, sendo acompanhada de amplo mecanismo de compensação de riscos para evitar uma competição predatória ao reduzir as possibilidades de seleção de riscos. Da mesma forma, a opção neoconservadora é claramente favorável a medidas mais diretas de privatização parcial dos riscos, mas a introdução e aumentos de co-pagamento são acompanhados de regras que previnem efeitos deletérios desta medida sobre os grupos mais vulneráveis – camadas de baixa renda, doentes crônicos e crianças – e definem um limite máximo de acometimento da renda para a participação financeira direta dos contribuintes. Deste modo, a tradição de solidariedade, princípio constitutivo do sistema, condiciona as propostas neoconservadoras.

Perspectivas de reforço à solidariedade na Alemanha ressurgem com a recente mudança de governo, resultado das eleições parlamentares de setembro de 1998. Nas negociações preliminares para formação da coalizão social-democrata/verde (rosa-verde) foi acordada a revogação de restrições introduzidas nas leis da terceira etapa³⁶. Enquanto perspectiva de curto prazo é de se supor que a concepção de ‘competição solidária’ seja reatualizada e restrições abolidas, revitalizando a solidariedade.

Notas

¹ Não se pretende avaliação dicotômica – sim e não – nem conclusiva, pois as respostas seriam diferentes segundo o tipo de critério e parâmetro de medida utilizados. Assim, por exemplo, o corte do catálogo pela metade poderia ser considerado como apenas mais uma redefinição da solidariedade ou, pelo contrário, como a descaracterização completa do sistema de proteção e a abolição do princípio da solidariedade. Além disso, uma análise sobre desestruturação não poderia ser conclusiva, já que a probabilidade de abandono completo do modelo é menos provável do que o afastamento progressivo (Döhler, 1994).

² Lembrando que empregado significa *white-collar*. É termo que diferencia de operários.

³ Os trabalhadores agrícolas assalariados já estavam incluídos há muito.

⁴ O número absoluto de segurados privados só volta a aumentar na segunda metade dos anos 80.

⁵ Este último item é entendido como abolição de privilégios dos empregados: ampliação dos direitos dos operários que, ao receberem salários mais elevados, poderiam optar pelo seguro privado. Ser segurado pelo setor privado é vantajoso apenas para jovens, solteiros e bem remunerados. Neste caso, como o risco é baixo, os prêmios a serem pagos são mais baixos do que as contribuições do GKV, proporcionais aos salários.

⁶ Se algumas Caixas introduzirem o mecanismo de franquia, por exemplo, podem vir a tornar-se Caixas de pacientes mais jovens e ricos. O que não é novidade, pois algumas Caixas Substitutas menores – como, por exemplo, a *Technicker-KK* – já tinham clientela cativa mais rica, desfrutando de privilégios e de taxas de contribuição mais baixas.

⁷ É digna de nota a estratégia recentemente assumida por uma Caixa para atração de novos segurados. De olho nos repasses, busca tornar-se atrativa para contribuintes com muitos filhos. Isto sugere que os cálculos financeiros para compensar as diferenças de características dos segurados entre as Caixas podem estar pesando este fator de forma inadequada.

⁸ Para Döhler (1994), a amplitude e rapidez da expansão pode ser creditada em parte às diferenças com os empregados, como parâmetro para a reivindicação da garantia de benefícios em igual nível.

⁹ A redistribuição entre todas as Caixas somente ocorria para despesas com aposentados para as quais existia compensação específica.

¹⁰ O corte é estimado em 20%. Em todos os países da União Européia, com exceção da Holanda, existe co-pagamento para medicamentos (BMAS, 1996-a:35).

¹¹ Ao invés de levar à redução do consumo, o co-pagamento teria possibilitado às farmácias e indústria farmacêutica elevarem seus preços. Repasse dos aumentos de preços ao consumidor sem desonerar as Caixas.

¹² Casos de doenças graves ou acidentes continuam sendo cobertos.

¹³ Definições conforme Porzolt (1996). Os limites entre racionalização e racionamento são tênues.

¹⁴ Mais com o objetivo de controlar gastos do que de evitar privilégios.

¹⁵ Estima-se que a possibilidade de variação do catálogo é de apenas de 10% das ações.

¹⁶ Não é permitido o estabelecimento de contratos com outros tipos de prestadores – leia-se outras profissões – do que aqueles já legislados.

¹⁷ Por outro lado, a concomitância ou o reforço do princípio da equivalência contribuiriam para a estabilidade do seguro social de doença. As áreas da proteção social financiadas coletivamente, onde as transferências e redistribuição são mais fortes, apresentam a tendência de, em períodos de contenção, serem afetadas com mais facilidade do que aquelas em que os benefícios são calculados com base no nível de remuneração dos indivíduos (Alber, 1986; Blanke, 1996). Assim, o mérito superaria a necessidade. Para Blanke (1996), o seguro social de doença estaria mais ameaçado por ter forte componente de solidariedade.

¹⁸ Conforme analisado antes, a subsidiariedade, dá margem a ampla variação no nível de garantia da proteção. Pode sempre ser aventado para a defesa de maiores valores de co-pagamento ou para restrições no catálogo de benefícios, transferindo estas responsabilidades aos indivíduos.

¹⁹ Este talvez seja contraponto ao efeitos de erosão da base de apoio para a solidariedade decorrente do maior individualismo da sociedade contemporânea.

²⁰ Mas isto é outra história. Pela minha ascendência camponesa (e não burguesa), diria: ‘o futuro a Deus pertence’, mas dada a minha atração por Marx direi com ele ‘os homens fazem a sua própria história’.

²¹ Até 1991, a vigilância do GKV era da competência do Ministério do Trabalho e da Ordem Social. Após a nova composição do Gabinete em consequência das eleições parlamentares de 1990, esta competência foi transferida para o Ministério da Saúde.

²² Note-se bem: o conservadorismo da democracia cristã aliado ao neoliberalismo do partido liberal.

²³ O que mais surpreende nesta retórica é a similaridade de discursos e argumentos. Esta similaridade de discursos no Brasil e Alemanha, com situações tão díspares em termos de mercado de trabalho e custo do trabalho (o que importa são os custos totais do trabalho e não apenas os custos sociais do trabalho, pois para o capitalista dá no mesmo se os gastos são com contribuições sociais ou salários diretos). Esta argumentação comum é claramente elucidativa da força ideológica do discurso. Pelo lado que nos toca, se o preço do trabalho fosse o fator determinante para o deslocamento de capitais, não existiria mais desemprego ou mercado informal

de trabalho no Brasil. Todo o capital alemão já teria se mudado para cá. Pelo lado da Alemanha, é difícil falar em posição ruim em termos de concorrência internacional. A Alemanha ocupa o segundo lugar em volume de exportações; exporta mais do que o Japão, ficando apenas atrás dos EUA. Esta breve comparação esclarece que a dominância do discurso econômico não é exigência da natureza das coisas, nem das coisas econômicas nem das coisas naturais. Trata-se de escolha política.

²⁴ Parte da esquerda posicionava-se contra a liberdade de escolha das Caixas. A afiliação compulsória era vista como garantia de defesa de um coletivo, como barreira para atomização dos segurados. Não era compreendida como abolição de privilégios. Estes já teriam sido extintos com a constituição de catálogo único pela GRG.

²⁵ Por conta da negociação com e interesse de governos estaduais.

²⁶ O que, por sua vez, mostra que a sociedade do trabalho – e suas formas clássicas de organização –, continua viva.

²⁷ Muitos municípios – balneários – têm economia baseada em turismo de saúde. Com a exclusão do catálogo deste benefícios não apenas os empregos diretos nas casas de repouso estariam em jogo, como também de boa parte daqueles do comércio, restaurantes etc.

²⁸ O autor neste ensaio enfoca a República Federal da Alemanha.

²⁹ A vigilância estatal permanece através de diversos mecanismos e órgãos. Mas, em termos analíticos, poder-se-ia dizer que a vigilância não é sobre a finalidade de ‘interesse geral’, de garantia de proteção social como aquela do ‘Estado nacional keynesiano’. A vigilância principal é sobre a estabilização das taxas de contribuição, sobre a garantia dos interesses econômicos de um ‘Estado competitivo nacional’- *nationalen Wettbewerbsstaat* (Alvater, 1994).

³⁰ A organização corporativa faz com que os interesses adquiram dependência em relação ao sistema, o que os torna não imediatamente correspondentes aos interesses individuais dos membros da organização.

³¹ A manifestação de clara hierarquia na formulação da política limita o alcance das teses sobre erosão do Estado. Uma implicação importante da tese de erosão do Estado nacional, com conseqüências imediatas de caráter prático, é a afirmação da impossibilidade de intervenção estatal. Dizer que o Estado erodiu significa afirmar que o Estado perdeu o seu poder de intervenção, isto é, que não teria mais capacidade de direcionar as políticas sociais e econômicas. Sem negar as importantes transformações econômico-sociais da atualidade, o apelo à incapacidade de intervenção do Estado é alibi fácil para governos dos países de industrialização recente, como o nosso, se esquivarem de tentativas de políticas mais soberanas e mais voltadas aos interesses populares.

³² Em estudo comparativo das políticas conservadoras na Grã Bretanha, EUA, Canadá e Alemanha dos anos 80 e parte dos 90.

³³ Intervenção estatal seria a ação estatal pontual e com prazo determinado em processo econômico, com o intuito de corrigi-lo, direcionando-o a objetivos específicos. A regulação estatal, por sua vez, é entendida como forma de influenciar o processo em questão de forma duradoura. A intervenção afeta a competência de condução dos atores corporativos (Neubauer, 1996:91).

³⁴ Se fosse feito um paralelo com teorias a respeito da passagem do modo de acumulação fordista para pós fordista (Hirsch), poder-se-ia falar que as condições de acumulação pós-fordista exigiriam ajuste da forma de intervenção estatal, mudanças nas relações entre a política e a economia, entre a sociedade e o Estado, aqui exemplificadas com a política de saúde.

³⁵ A pergunta sobre como explicar diferenças na evolução de pacientes (frequência de recidivas e tempo de sobrevida) acometidos da mesma enfermidade e submetidos a idêntico tratamento suscita interesse crescente pelas formas individuais de resposta às doenças crônicas. Os comportamentos para superação do problema pelos atingidos têm sido concebidos como mediadores do desenrolar da enfermidade (Pöhlmann, 1992).

³⁶ Nas negociações iniciais para a formação da coalizão acordou-se sobre: a reinclusão das próteses dentárias no catálogo para os nascido/as após 1979; a abolição da recente redução do auxílio-doença pago pelos empregadores (ambas medidas do *Sparpaket*); a revogação da *Notopfer* - contribuição de 20 marcos por três anos para manutenção de hospitais; e a redução dos valores de co-pagamento para medicamentos. É de se prever ainda que o mecanismo de aumento compulsório dos valores de co-pagamento acompanhando elevações de taxas de contribuição seja rediscutido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARROW, K. , 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, v. 53 n.5 p. 941-937
- ARROZ, H., 1996. Thinking about health care finance: some propositions. In: *Health Care Reform*. (OECD org.) *The Will to Change. OECD Health Policy Studies* n.8. Paris: OECD. p. 31-45
- ABEL-SMITH, B., 1996. The escalation of health care costs: How did we get there? In: *Health Care Reform. The Will to Change*. (OECD org.) *OECD Health Policy Studies* n.8. Paris: OECD. p. 17-30.
- ALBER, J., 1982. *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa*. Frankfurt / Main: Campus Verlag.
- ALBER, J., 1986-a. Der Wohlfahrtsstaat in der Wirtschaftskrise. Eine Bilanz der Sozialpolitik in der Bundesrepublik seit den frühen 70er Jahren . *PVS - Politische Vierteljahresschrift*, Jg.227, Heft1, p.28-60.
- ALBER, J., 1992. *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland*. Frankfurt / Main; Campus Verlag.
- ALMEIDA, C. M, 1995. *As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?* Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP/FIOCRUZ
- ALMEIDA, C. M, 1996. Novos modelos de atenção à saúde. Bases conceituais e experiências de mudança. In: *Política de saúde e inovação institucional*. (Nilson do Rosário Costa e José Mendes Ribeiro org.) Rio de Janeiro: ENSP. (p.69-98)
- ALMEIDA, C. M, 1997. Crise econômica, crise do welfare state e reforma sanitária. In: *A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. (S. Gerschmann & M. L. Werneck Vianna org.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- ALVATER, E., 1994. Operationsfeld Weltmarkt oder: Vom souverän Nationalstaat zum nationalen Wettbewerbsstaat. *PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*. Heft 97. 24. JG. n.4, p.517-547.
- ALVATER, E., 1994-a. Beschäftigungspolitik jenseits von Nationalstaat und "Arbeitszentriertheit". *WSI Mitteilungen* 6/1994. p. 346-57
- AM ORDE, B., 1996. Die sogenannte "Dritte Stufe der Gesundheitsreform". *Soziale Sicherheit*. 45 Jahrgang n.2. p.46-51
- AM ORDE, B., 1997. Die GKV- Neuordnungsgesetze – eine neue Ära mit vielen Verlieren und wenigen Gewinnern beginnt. *Soziale Sicherheit*, 7/97, p.241-9.
- AM ORDE, B., 1997-a. Entrevista realizada em maio de 1997 em Düsseldorf na sede da Central Sindical - DGB, com a responsável da DGB pela área de política social
- AOK - BUNDESVERBAND, 1996. *Bilanz 1995*. Bonn: AOK-Bundesverband
- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN, 1994. *Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung*. Bonn. (mimeo). 28 p.

- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN, 1996. *Gemeinsame Stellungnahme zum BT Drucksache 13/3608, 13/3607, 13/3061, 13/3062*. Bonn: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (mimeo). 13 p.
- ARNOLD, M., 1993. *Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag 208p.
- ARROZ, H. Thinking about health care financing: some propositions. In: *Health Care Reform. The Will to Change* (OECD org.). OECD Health Policy Studies n.8. Paris: OECD. p.47-58.
- BACKER, G., BISPING, R., HOFEMANN, K. & NAEGELE, G., 1989. *Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland*. v.2, Köln: Bund Verlag.
- BADURA, B. & FEUERSTEIN, G., 1994. *Systemgestaltung im Gesundheitswesen*. Weinheim e München: Juventa Verlag.
- BÄK & KBV - BUNDESÄRZTEKAMMER & KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG, 1996. *Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung als Spitzenorganisationen der verfaßten Ärzteschaft zum Gesetzentwurf eines Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1997 und Gesetzentwurf eines GKV-Weiterentwicklungsgesetzes*. 09.02.96, s/local.
- BALAST, T., 1996. Mengengrenzung im EBM: Praxisbudgets. *Die Ersatzkasse*.12/96. p.440-6.
- BAUMANN, W., 1997. Entrevista realizada pela autora com Walter Baumann, diretor regional de uma Caixa de Seguro Social de Doença - Ersatzkasse Für Angestellten - Techniker Krankenversicherung Frankfurt, em maio de 1997.
- BAUMGARTEN, A., 1997. Solidarität und Ehrenamtlichkeit, Subsidiarität und Selbsthilfe. Veraltete Prinzipien der Sozialpolitik? In: *Sozialpolitik*. (M.R Textor, org.), Westdeutsche Verlag. p.29-37.
- BDA- BUNDESVEREINIGUNG DER DEUTSCHEN ARBEITGEBERVERBÄNDE, 1994. *Sozialstaat vor dem Umbau: Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit sichern*. Köln: BDA. 62p.
- BDA-BUNDESVEREINIGUNG DER DEUTSCHEN ARBEITGEBER, 1996. *Stellungnahme zum Gesetzentwurf von CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eingangsverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (I.GKV-Neuordnungsgesetz - I. NOG)*. Köln: DBA. 30 de outubro 1996. 4 p.
- BECKER, D., 1998. Richtgrößen statt Budget - Aufbruch ins Uferlose? *Sozialer Fortschritt*. Jahrgang 47 Heft 4 April. (90-91).
- BEHAGEL, K., 1994. *Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung: ein Verbandssystem unter Streß*. Frankfurt am Main/ New York: Campus Verlag.
- BEHRENS, J., BRAUN, B., MORONE, J. & STONE, D., 1996. *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft (247p.)
- BERLINGUER G. 1988. A reforma italiana... In Reforma Sanitária. Brasil e Itália (G. Berlinguer, S. Fleury, G. W. de S. Campos org.), São Paulo: Hucitec/Cebes.
- BERGER, J., 1990. Market and State in Advanced Capitalist Societies. In: *Economy and Society. Overviews in Economic Sociology*. (A. Martinelli, & N. J Smelser orgs.)

- BERQUÓ, E. S., 1980. Fatores estáticos e dinâmicos (mortalidade e fecundidade). In: *Dinâmica da população. Teoria, métodos e técnicas de análise* (J. L. F. Santos, M. S. F. Levy, & T. Szmrecsányi org.) São Paulo: Tac (19-85).
- BESKE, F., BRECHT, J.G. & REINKEMEIER, A.-M., 1993. *Das Gesundheitswesen in Deutschland*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- BIEBACK, K.-J., 1993. Allgemeine sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte des GSG. *Zeitschrift für Sozialreform*. 38. Jahrgang, Heft 4, April 1993, p.197-218.
- BIEDENKOPF, K., 1993. Verstaatlichung der Nächstenliebe. *Die Zeit*, 04.06.1993.
- BIELING H.-J., 1996. Wohlfahrtsstaat und europäische Integration. In: *Unternehmen Globus* (Michael Bruch & Hans Peter Krebs org.), Münster: Westfälisches Dampfboot. p.59-88.
- BKK, 1997. Beitragssätze zum 1. Januar 1997. *Die BKK*. 1/97, p.2
- BLANKE, B. & KANIA, H., 1996. Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Von der Globalsteuerung zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen. *Leviathan/ Zeitschrift für Sozialwissenschaft* 1996, Heft 4. p.513-38.
- BLANKE, B., 1996. Gesundheit im Sozialstaat. Eine provokative Bemerkung zur Öffnung der Diskussion. *Soziale Sicherheit* 2/96. p.52-7.
- BLÜM, N., 1988. Solidarische Erneuerung - Zur Kritik am Reformkonzept. *Bundesarbeitsblatt* Heft2 (5s)
- BMAS-BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, 1990. *Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1989 - Statistischer und finanzieller Bericht*. Bonn: BMAS.
- BMAS-BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, 1994. *Übersicht über das Sozialrecht*. Bonn: BMAS. p.113-211.
- BMAS-BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, 1996. *Programm für mehr Wachstum und Beschäftigung: Maßnahmen in sozialpolitischen Bereich*. Bonn: BMAS.
- BMAS-BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, 1996-a. Euro Atlas. *Soziale Sicherheit im Vergleich*. Bonn: BMAS.
- BMAS-BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, 1996-b. *Bundesarbeitsblatt* 11/1996.
- BMG-BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 1993. *Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1993*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- BMG-BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 1993-a. Auftrag zum Sondergutachten: GKV im Jahr 2000 - Solidarität und Eigenverantwortung bei sich ändernden gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen. In: *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit- 1995*. (SVR-Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- BMG-BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 1995. *Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1995*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- BMG-BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 1995-a. *Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1994 - Statistischer und finanzieller Bericht*. Bonn: BMG.
- BMG-BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 1996. *Statistisches Taschenbuch*

- Gesundheit 1996*. Bonn: BMG
- BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 1998. *Pressemitteilung* 98 Nr. 24 <http://www.bmgesundheit.de>.
- BOBBIO, N., MATTEUCCI, N. & PASQUINO, G., 1986. *Dicionário de Política*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília – UNB.
- BOGS, H., 1976. Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung. In: *Soziale Selbstverwaltung: Ausgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung* (Harald Bogs, & Christian von Ferber org.), Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- BORCHERT, J., 1995. *Die konservative Transformation des Wohlfahrtsstaates. Großbritannien, Kanada, die USA und Deutschland im Vergleich*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- BRAUN, B., 1989. Selbstverwaltung oder doch etwas anderes? Empirische Feststellungen zur Zukunft eines alten Steuerungsprinzips. *Soziale Sicherheit* 6. p.166-9.
- BRAUN, B., 1992. Soziale Mitbestimmung durch Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Theorie, Praxis und Alternativen. In: *Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag: zum Gedenken an Alfred Schmidt* (Rainer Müller & Michael F. Schuntermann, (org.), Köln: Bund-Verlag.
- BRAUN, B., 1995. Health Reform in Germany - The discovery of managed and solidaristic competition. In: *Health care in Europe: competition or solidarity?* (S. Iliffe, & H.U. Deppe ed.), Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften.
- BRAUN, B., HELMERT, U. & MÜLLER, H., 1997. Finanzielle und soziale Auswirkungen der Krankengeld-Kürzung. *Die Ersatzkasse*.3/907. p.85-9.
- BRENNER, G., 1990. *Die Reform des EBMs für ärztliche Leistungen in der BDR in den Jahren 1985 bis 1988*. Wissenschaftliche Reihe - Band 45. Köln: Deutscher Ärzte Verlag. 160p.
- BUNDESARBEITSBLATT, 1996. Tab.398 Krankenversicherungsschutz besonderer Personengruppen. *Bundesarbeitsblatt* 12/1996. p.172
- BUNDESÄRZTEKAMMER & KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, 1997. Mitteilung: Bewertungsausschuß beschließt Praxisbudgets zum 1. Juli 1997. *Deutsches Ärzteblatt* 93, Heft 50, 13. Dezember 1996, p.B-2618-23.
- BUNDESÄRZTEKAMMER & KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, 1997. Mitteilung: Die Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997. *Deutsches Ärzteblatt* 94, Heft 13, 28. März 1997 (63), p.B-691-703.
- BUNDESRAT, 1996. Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz) *Drucksache* 464/96 28.06.96.
- BUNDESREGIERUNG - PRESSE UND INFORMATIONSSAMT, 1997. *Sozialpolitische Umschau*. - Ausgabe 11/1997. Bonn, 24. März 1997. p.3-48.
- BUNDESREGIERUNG - PRESSE UND INFORMATIONSSAMT, *datas diversas Sozialpolitische Umschau*. Bonn.
- BUNDESREGIERUNG, 1996. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung. (2.GKV-Neuordnungsgesetz - 2. GKV-NOG). *Bundesrat. Drucksache* 822/96. 08.11.96.
- BUNDESTAG, 1997. Erstes Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung. (1.GKV-

- Neuordnungsgesetz - 1. NOG). *Bundesgesetzblatt* n.42 G5702. p.1518-9.
- BUNDESTAG, 1997-a. Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eingegenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung. (2.GKV-Neuordnungsgesetz - 1. NOG). *Bundesgesetzblatt* n.42 G5702. p.1518-9.
- BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, 1996. Antrag. Umbau und Weiterentwicklung der Gesundheitsstruktur. *Deutscher Bundestag 13. Wahlperiode. Drucksache* 13/3612. 30.01.96 (p.1-14)
- BURGER, S. & KASPER, J. 1998. Versorgungsmanagement - neue Herausforderung für die Kostenträger. *Sozialer Fortschritt*. 9-14.
- BURKITT, B. & WHYMAN, P., 1994. Public Sector Reform in Sweden: Competition or Participation? *The Political Quarterly Publishing Co. Ltd.*1994 (275-281).
- BUSSE, R. & SCHWARTZ, F. W., 1997. Herausforderung an den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. *Arbeit und Sozialpolitik* 11-12/97. p.51-7.
- CASASNOVAS, G. L., 1989. La reforma dos sistemas nacionales de salud. In: *Reforma sanitaria y incentivos*. Barcelona: IX Jornadas de economia de la salud. Asociación de economia de la salud.
- CDU/CSU und FDP, 1995-a Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996 - *Deutscher Bundestag 13. Wahlperiode. Drucksache* 13/3061.
- CDU/CSU und FDP, 1995-b. Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 - Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG). *Deutscher Bundestag 13. Wahlperiode. Drucksache*13/3062.
- CDU/CSU und FDP, 1996-a. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Weiterentwicklungsgesetz). *Deutscher Bundestag. 13. Wahlperiode. Drucksache* 13/3608. (p.1-31)
- CDU/CSU/FDP, 1995. Krankenhäuser: Eckpunkte Papier der Regierungskoalition. *DOK* 23-24 (15. Dezember) (p778-780)
- CDU/CSU/FDP, 1996. Eckpunkte Papier zur Reform des ambulanten Leistungsbereich. *DOK* 3 (1. Februar) (68-70)
- CDU/CSU/FDP, 1996-b1. Eckpunkte zur Fortführung der Dritten Stufe der Gesundheitsreform. *Gesundheits- und Sozialpolitik. DOK* 21 (1.november 1996) p.653-5.
- CDU/CSU/FDP, 1996-b2. Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eingegenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung. (1.GKV-Neuordnungsgesetz - 1. NOG). *Deutscher Bundestag 13. Wahlperiode. Drucksache* 13 /5724. 08.10.96.
- DEPPE, H.U., 1985. Selbsthilfe zwischen Subsidiarität und Klassensolidarität. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*. 10.Jg. (3-4): 82-95.
- DEPPE, H.U., 1987. *Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar*. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp. 266p.
- DEPPE, H.U., 1996. Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ökonomische Grenzen und ethische Fragen in der Arzt-Patient Beziehung. *Sozialismus* 4/96. p.5-10.
- DEPPE, H.U., 1996-a. Wettbewerb im Gesundheitswesen. *Die Krankenversicherung*. April 1996. p.100-5.

- DEPPE, H.-U., 1998. Wenn der Patient zum Kunden wird. Wettbewerb und Markt in der Krankenversorgung. *Forum Wissenschaft* 1/98. p.10-4.
- DEPPE, H.-U., 1998-a. Wettbewerb heißt Selektion. Dokumentation. *Frankfurter Rundschau* 16.03.1998. p.8.
- DEPPE, H.-U.; FRIEDERICH, H. & MÜLLER, R., 1995. *Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main : Campus Verlag
- DEUTSCHER BUNDESTAG, 1990. *Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung*. Endbericht der Enquete-Kommission des 11.Deutschen Bundestages. Zur Sache 90,3. Bonn: Dt. Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit. Band 1.. 596p.
- DEUTSCHER BUNDESTAG, REFERAT ÖFFENTLICHKEITSARBEIT, 1990-a. *Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung: Endbericht der Enquete-Kommission des 11.Deutsches Bundestages*. Bonn: Dt. Bundestag. Band.2. 299p.
- DGB-DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND, 1996. *Stellungnahme des DGB zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP - Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz)*. BT. Drucksache 13/3608; *Gesetzentwurf der Fraktion SPD - Entwurf eines zweitens Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG II)*. BT. Drucksache 13/3607; *Antrag der Abgeordneten Monika Knoche und anderer und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Umbau und Weiterentwicklung der Gesundheitsstruktur*. BT. Drucksache 13/3612. Bundesvorstand Abt. Sozialpolitik. 1. März 1996.
- DGB-DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND, 1996-a. Die "Eckpunkte zur Fortführung der 3. Stufe der Gesundheitsreform" von CDU/CSU und FDP: Darstellung und Bewertung. *DGB - ISA Informationen zur Sozial- und Arbeitsmarktpolitik*. Ausgabe 5/1996. 15.10.1996. Düsseldorf: DGB. 13p.
- DGB-DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND, 1996-b. *Stellungnahme zum Gesetzentwurf von CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eingengerantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung.(1.GKV-Neuordnungsgesetz - I. NOG)*. Düsseldorf: DGB. outubro 1996. 6p.
- DGB-DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND, 1996-c. Entwicklung der Zahl der Krankenscheine bei niedergelassenen Ärzten. *Soziale Sicherheit*. 1996/11. p.429-30.
- DGB-DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND, 1996-d. Sind Löhne und Steuern zu Hoch? Bemerkung zur Standortdiskussion in Deutschland (Zu einem Gutachten des Ifo-Institutes). *Informationen zur Wirtschafts- und Strukturpolitik*. DGB-Bundesvorstand. 6/1996 - 02.09.96 (20p)
- Die BKK - Die Betriebskrankenkasse, revista mensal das Caixas de Empresas. A revista aparece citada apenas quando a informação referida não faz parte de artigo assinado.
- DINKEL, H. & GÖRTLER, E., 1994. Die Sterblichkeit nach Krankenkassenzugehörigkeit. Eine empirische Untersuchung mit repräsentativ bundesdeutschen Daten von 1974-1990. *Versicherungsmedizin* 46, 1994. p.17-20.
- DKG - DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT, 1996. DKG-Stellungnahme: GKV-Weiterentwicklungsgesetz; Zweites Gesundheitsstrukturgesetz. *Das Krankenhaus*, 5:202-13.
- DKG-DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT, 1996-a. Kritik an isolierten Kostendämpfungsmaßnahmen im Krankenhaus: Drei-Punkte-Konzept der DKG zur Beitragssatzstabilität im Krankenhaussektor. *Das Krankenhaus*, 2. p.45-6.
- DÖHLER, M. & MANOW, P., 1995. Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände

- im Gesundheitssektor. In: *Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung* (Renate Mayntz & Fritz W. Scharpf orgs.), Frankfurt: Campus (141-68).
- DÖHLER, M. & MANOW, P., 1995-a. *Formierung und Wandel eines Politikfeldes – Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer*. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. MPIFG Discussion Paper 95/6
- DÖHLER, M., 1994. Gesundheitsreform als Ausstieg aus der klassischen Sozialversicherung. In: *Grenzen des Sozialversicherungsstaates* (Barbara Redmüller & Thomas Olk orgs.) *Leviathan /Zeitschrift für Sozialwissenschaft/Sonderheftn.14*. p.146-63.
- DONALDSON, C. & GERARD, K., 1992. *Economics of health care financing: the visible hand*. Aberdeen: MacMillan
- DRAIBE, S. & HENRIQUE, W., 1988. "Welfare state", crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. *RB Ciências Sociais* Nr. 6 v. 3.
- DUDEY, S. & RESCHKE, P., 1997. Funktionsweise und Wirkungen des Risikostrukturausgleiches -RSA. *Soziale Sicherheit*. 46. Jahrgang Heft 3 März. p.81-7.
- EBERLE, G., 1998. Die Entwicklung der GKV zum heutigen Stand. *Sozialer Fortschritt*. 47 Jahrgang Heft 3 März. p.53-8.
- ENGELN-KEFER, U., 1995. Die "Dritte Stufe der Gesundheitsreform". *Soziale Sicherheit* 44 Jahrgang n.2. p.281-285
- ENGELHARDT, W. W., 1994. Soziale Sicherung und Subsidiarität. *Zeitschrift für Sozialreform*. 40. Jahrgang, Heft 11, November 1994. p.739-45
- EISEN, R., 1992. Zur Entwicklung des Gesundheitswesens in den neue Bundesländer, unter besonderer Berücksichtigung des Verhältnisses von GKV, PKV und öffentlichen Gesundheitsdiensten. In: *Sozialpolitik im vereinten Deutschland*. (Gerhard Kleinhenz org.) Berlin: Duncker und Humblot (pág.73-96.
- ESPING-ANDERSEN, G., 1985. *Power and distribucional regimes*. *Politics and Society*. 14 Nr.2 (223-256).
- ESPING-ANDERSEN, G., 1990. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- ESPING-ANDERSEN, G., 1991. As três economias políticas do welfare state. *Lua Nova* Nr. 24 (85-116).
- ESPING-ANDERSEN, G., 1996. After the golden age? Welfare State dilemmas in a global economy. In: *Welfare States in transition – National adaptations in global economies*. (Gosta Esping-Andersen ed.). Sage- Unriscd. (1-31)
- ESSER, J., 1997. *Seminar: Die „Theoretische“ Auflösung des Staates in der Politikwissenschaft*. (Ementa de disciplina) Faculdade de Ciências Sociais. Universidade de Frankfurt (mimeo).
- EVANS, R. G., 1996. Marketing markets, regulating regulators: Who gains? Who loses? What hopes? Waht Scope? In: *Health Care Reform. The Will to Change*. (OECD org.) *OECD Health Policy Studies* n.8. Paris: OECD. p. 95-109
- FERNER, C. von, 1976. Soziale Selbstverwaltung - Fiktion oder Chance? In: *Soziale Selbstverwaltung: Ausgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung* (Bogs Harald & Christian von Ferber org.), Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- FIORI, J. L., 1995. Existe um Estado pós-fordista? Reforma e funções do Estado brasileiro no novo paradigma. *Ensaio FEE* (Porto Alegre), 16(1):345-55.

- FIORI, J. L., 1995-a *Em busca do dissenso perdido: ensaios sobre a festejada crise do Estado*. Rio de Janeiro: Insight Ed.
- FLEURY, S. 1989. *Reforma sanitária. Em busca de uma teoria*. São Paulo: Ed. Cortez/Abrasco 252p..
- FLEURY, S. 1994. *Estados sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- FLEURY, S. 1997. A questão democrática na saúde. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES* (S. Fleury org.) São Paulo: Lemos. pp 25-44
- FRANKE, R., 1989. Rechtsfragen der Planung, Finanzierung und Organization von Krankenhäusern. In: *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. (H.U Deppe, H. Friederich, & Rainer Müller org.), Frankfurt: Campus Verlag. (41-63)
- FRANKS, P. CLANCY, C. M. & GOLD, M. R., 1993 apud Schwartz & Busse, 1994. Health Insurance and Mortality: evidence from a national cohort. *Journal American Medicine Association* 270 (737-741).
- FRERICH, J., 1996. *Sozialpolitik: das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland, Darstellung, Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung*. München: Oldenbourg Verlag.
- FRIES, J. F. 1984. The compression of morbidity: miscellaneous comments about a theme. *The Gerontologist*. Vol 24 (354-59) apud Kühn 1995-b
- GEIBLER, U., 1980. Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen* (Internationalen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie org.), p.37-57.
- GERDTHAM, U.-G., 1993. The impact of aging on health care expenditure in Sweden. *Health policy* 24, 1-8
- GERLINGER, T. & STEGMÜLLER, K., 1995. "Nachfrageprivatisierung" und "Anbieterkonkurrenz": zu Positionen für eine zukünftige Wettbewerbsordnung in der GKV. *Arbeitspapiere aus der Abteilung für medizinische Soziologie*. n. 14. Frankfurt/Main: J. W. Goethe Universität. (33p)
- GERLINGER, T. & STEGMÜLLER K., 1995-a. Ideenwettbewerb um Wettbewerbsideen. Die Diskussion um die dritte Stufe der Gesundheitsreform. In: *Der Schlanke Staat. Zukunft des Sozialstaates – Sozialstaat der Zukunft*. (Horst Schmitthener org.), Hamburg: VSA Verlag. p.152-79.
- GERLINGER, T., 1994. *Zur Einkommensentwicklung bei niedergelassenen Ärzten*. Frankfurt am Main: VAS. 107p.
- GERLINGER, T., 1995-a. Zwischen Verweigerung und Pragmatismus - Honorarpolitik im innerärztlichen Interessenkonflikt. In: *Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen* (Hans-Ulrich Deppe org.), Frankfurt: Campus. p.36-54.
- GERLINGER, T., 1997. *Wettbewerbsordnung und Honorarpolitik*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag. 323p.
- GERSCHMANN, S. & WERNECK VIANNA, M. L. 1997. *A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. (org.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- GRAF VON DER SCHULENBURG, J. M., 1990. Die ethische Grundlagen des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland: Versuch einer Positionsbestimmung. In: *Sicherheit und Freiheit zur Ethik des Wohlfahrtsstaates* (C.

- Sachße e H.T. Engelhardt org.), Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- GRAF VON DER SCHULENBURG; J. M., 1994. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care: a german perspective. *Social Science & Medicine*, 39(10):1473-81.
- GUIA, R. G. P., 1996. Controlando a utilização indiscriminada de tecnologias médicas e a escalada dos custos dos sistemas de saúde: a estratégia alemã. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), 12(2):159-170.
- HOUSE, J. S.; KESSLER, R. C.; HERZOG, A. R. ET AL., 1990. Age, socioeconomic status and health. *The Milbank Quarterly*. Vol 68 n.3 (383-413)
- HEIN, B., 1996. Fragen zur Gesundheit - Ergebnis des Mikrozensus 1995. *Wirtschaft und Statistik* 10.Oktober. p.624-32.
- HINRICHS, K., 1994. Restrukturierung der Sozialpolitik. Das Beispiel der Gesundheitspolitik. In: *Grenzen des Sozialversicherungsstaates* (Barbara Redmüller & Thomas Olk orgs.), *Leviathan /Zeitschrift für Sozialwissenschaft/Sonderheftn.14*. p.119-45.
- HOFEMANN, K. & REIDEGELD, E., 1986. Ambulante medizinische Versorgung an den Grenzen von Finazierbarkeit, Effizienz und Effektivität. *WSI Mitteilung*.11/86.
- HÜLEN, B. & SCHNELLE, P., 1996. Das Beitragsentlastungsgesetz: Auswirkungen in Leistungsrecht. *Die Betriebskrankenkasse* 11/96. p.522-5.
- HUNGELING, G. 1993. Die Jungen sind die dummen. Neuregelung der Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung. *Jahrbuch für Kritische Medizin*.20. p.63-79.
- IUNES, R. F. , 1994. Demanda e demanda em saúde. In: *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde* (S. F. Piola e S. M. Vianna org.). Brasília: IPEA
- JACOBS, K. & RESCHKE, P., 1994. Angleichung der GKV-Ausgaben fast erfolgt: für einen ungeteilten Risikostrukturausgleich ab 1996. *Sozialer Fortschritt*. Heft 10 (248s)
- JÄKEL, H. K., 1996. Die Beitragskalkulation der privaten Krankenversicherung. *Arbeit und Sozialpolitik*. 7-8/96. p.57-9.
- JELASTOPULU, E. & ARNOLD, M., 1994. Stationäre Versorgung im internationalen Vergleich. In: *Krankenhaus Report 1994* (M. Arnold & D. Paffrath org.), Stuttgart: G. Fischer (p.19-38)
- JELASTOPULU, E. & KAISER, R., 1996. Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsvergleich der Krankenhausversorgung. In: *Krankenhaus Report 1996* (M. Arnold & D. Paffrath org.), Stuttgart: G. Fischer (p.203-220)
- KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, 1994. *Einheitlicher Bewertungsmaßstab* (EBM). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. p.737-45.
- KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, 1996. *Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Koln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN, 1996. Gemeinsame Presseerklärung zum 1.GKV-Neuordnungsgesetz - 1. NOG. *AOK-Bundesverband, Presseschau*. n° 207.96. (04.11.96)
- KING, D., 1988. O estado e as estruturas de bem-estar em democracias industriais avançadas. *Novos Estudos CEBRAP*, Nr.22 (53-76)
- KLAUBER, J., SCHRÖDER, H. & SELKE, G. W., 1996. Der Arzneimittelmarkt 1995. In:

- Arzneiverordnungs- Report'96*. (U. Schwabe e D. Paffrath org.), Stuttgart: Gustav Fischer. (WIdO Band 12)
- KLOSE, J., 1993. Zur Entwicklung der Arzthonorare 1980-1990. *DOK* 3 Fev. p.107-110.
- KNIEPS, F., 1996. Die Domestizierung von Managed Care – Chancen und Perspektiven neuer Formen des Gesundheitsmanagements. In: *Krankenhaus Report 1996* (M. Arnold & D. Paffrath org.), p.45-52.
- KNIEPS, F., 1997. Die Gesetzliche Krankenversicherung im Spannungsfeld von Gesundheitspolitik und Wettbewerb – Koordinierung und Konkurrenz im deutschen Gesundheitswesen. *Arbeit und Sozialpolitik* 11-12/97. p.58-63.
- KOCH, C., 1995. Sozialstaat und Wohlfahrtsstaat. *Leviathan*. v.23, p.79-86.
- KOLB, T., 1997. Entrevista realizada com Thomas Kolb, gerente da Sociedade Hospitalar do Estado de Hessen - Hessische Krankenhausgesellschaften, em maio de 1997.
- KOLBERG, J. E., 1991. *The welfare state as employer*. (Comparative public policy analysis series). New York/London: M. E. Sharpe Inc.
- KOLBERG, J. E. & ESPING-ANDERSEN, 1990. Welfare states and employment regimes. *International Journal of Sociology*. Vol 20 n.3 Fall 1990 (3-36)
- KÜHN, H. & BECKMANN, J., 1993. *Kursbuch Krankenversicherung*. Göttingen: Lamuv Verl.
- KÜHN, H., 1995. Wettbewerb im Gesundheitswesen. Neuen These zu den Folgen für die medizinische Versorgung. *Mabuse*. 94 (Februar März). p.38-41.
- KÜHN, H., 1995-a. Zwanzig Jahre "Kostenexplosion": Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform. *Das Argument. Jahrbuch für Kritische Medizin*. p.145-61.
- KÜHN, H., 1995-b. Gesundheitspolitik ohne Ziel: Zum sozialen Gehalt der Wettbewerbskonzepte in der Reformdebatte. In: *Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen* (Hans-Ulrich Deppe org.), Frankfurt: Campus. p.11-34
- KÜHN, H., 1996. Kritische Anmerkung zur globalen Fixierung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland* (J Behrens, B. Braun, J. Morone & D. Stone org.), Baden-Baden: Nomos Verlag. (81-88)
- LAUER-KIRSCHBAUM, T. & RÜB, F.W., 1994. Politik mit dem Risiko: Der politische Risikoausgleich bei Krankheit. In: *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheit zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*. (Bernard Blanke org.), Opladen: Leske + Budrich. p.37-73.
- LAUER-KIRSCHBAUM, T., 1994. Kollektivverhandlungen und Selbstverwaltungskonsens: Interessenegoismus und Gemeinwohlorientierung in der Entwicklung und Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheit zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*. (Bernard Blanke org.), Opladen: Leske + Budrich. p.207-44.
- LANGAN, M. 1993. Series Editor Preface. In: *Towards a Post-Fordist Welfare State*. (Roger Burrows & Brian Loader org.). London/New York: Routledge
- LEHMBRUCH, G. 1996. Der Beitrag der Korporatismusforschung zur Entwicklung der Steuerungstheorie. *Politische Vierteljahresschrift*, 37. Jg., Heft 4, (735-751)
- LEICHTER, H. M. 1979. *A comparative approach to policy analysis - health care policy in four nations*. Cambridge: Cambridge University Press.

- LIGHT, W. D. 1985. Values and structure in the german health care systems. *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*. Vol 63 n. 4 Fall (p.615-647)
- LOBATO, L. DE V., 1997. Reforma do Estado no setor saúde no Reino Unido e nos Estados Unidos. In: Reforma do Estado no setor saúde. *Cadernos ENAP 13*. 77-112
- LÜSCHEN, G., KUNZ, G., APELT, P. & RADOSCHEWSKI, M., 1993. Die schichtspezifische Gesundheitssituation in Ost- und Westdeutschland - ein Vergleich zweier Systeme auf dem Weg zur Integration. In: *Lebensverhältnisse und soziale Konflikte im neuen Europa: Verhandlungen des 26. Deutschen Soziologentages in Düsseldorf 1992*. (Bernhard Schäfers org. por solicitação da Deutschen Gesellschaft für Soziologie). Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag. (527-45).
- MARSHALL, T. H., 1967. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar
- MAYNTZ, R. & SCHARPF, F. W., 1995. Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus. In: *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung* (Renate Mayntz e Fritz W. Scharpf org.), Frankfurt: Campus.
- MCKEE, M., CHENET, L., FULOP, N., HORT, A., BRAND, H., CASPAR, W. & BOJAN F., 1996. Explaining the health divide in Germany: contribution of major causes of death to the difference in life expectancy at birth between east and west. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft*. 4. Jg. Heft 3 (214-24).
- MCKEOWN, T. 1976. *The Role of Medicine: Dreams, Mirage or Nemesis?* London: The Nuffiel Provincial Hospital Trust
- MDS-MEDIZINISCHE DIENST DER KRANKENKASSE, 1997 Presseerklärung des MDS vom 24.01.97. *Das Krankenhaus* 2/97 p.53
- MÉDICI, A. C., 1994. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. Ad. Saúde Série Temática. São Paulo: USP - Faculdade de Saúde Pública. (216p.)
- MÉDICI, A., 1994-a. Seguridade social no Brasil: bases operacionais para uma reforma. *RAP* 28 (2): 114-36.
- METZINGER, B. & WOGGON, A., 1997. Praxisbudget als Ausweg dem EBM-Dilemma beschlossen! *KrV - Die Krankenversicherung*. Januar 1997. p.12-6.
- MICHELSEN, K., 1997. Schweden: Wohlfahrtsstaat gerettet? *Zeitschrift für Marxistische Erneuerung* Z. n.32, dezembro, p.63-9.
- MIELCK, A. 1994. *Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland*. Opladen.
- MORONE, J. A. 1996. Politik, Märkte und Gesundheitsreform: Amerikanische Gesundheitsvorsorge für Deutschland? In: *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland* (J. Behrens, B. Braun, J. Morone & D. Stone org.). Baden-Baden: Nomos Verlag. (49-64)
- MÜLLER, J., 1996. Ausgestaltung und Reform des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung in den Niederlande. *KrV - die Krankenversicherung*. Oktober 1996. (283-7)
- MURRAY, C. J. L., YANG, G. & QIAO, X., 1992. Adult mortality: levels, patterns and causes. In: *The health of adults in the developing world* (R. G. Feachem et al org.). World Bank Book. New York: Oxford University Press. (apud Possas, 1993).
- NARR, W.-D. & SCHUBERT, A. 1994. *Weltökonomie: Die Misere der Politik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- NAVARRO, V., 1993. Produção e Estado de bem-estar. O contexto político das reformas. *Lua Nova* 28/29 (157-199).
- NEUBAUER, G., 1996. Staatlicher Interventionismus versus wettbewerbliche Selbststeuerung. Ein neuer Ansatz zur Steuerung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland*. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden (89-99)
- NICZ, L. F., 1998. Managed Care. *Médicos. HC – FMUSP*. Ano 1, n.2 maio-junho. p.96-104.
- NOHLEN, D., 1989. *Pipers Wörterbuch zur Politik - Politikwissenschaft*. v.1. München/Zürich: Piper.
- NOLAN, B., 1996. Affordability versus Quality, Effectiveness and Equity: Is There a Trade-off?. In: *Health Care Reform. The Will to Change (OECD)*. *Health Policy Studies* n.8. (81-94)
- NULLMEIER, F. & VOBRUDA, G., 1995. Gerechtigkeit in sozialpolitischen Diskurs. In: *Gerechtigkeit im Wohlfahrtsstaat* (Diether Döring et al. org.), Marburg: Schüren. p.11-66.
- OECD, 1993-a. *OECD Health Systems. Facts and Trends 1960-1991*. Health Policy Studies n.3. v. I Paris: OECD. 277p.
- OECD, 1993-b. *OECD Health Systems. The Socio-economic Environment Statistical References*. v. II. *Health Policy Studies* n.3. Paris: OECD. 193p.
- OECD, 1994. *The Reform of Health Care Systems. A review of Seventeen OECD Countries*. *Health Policy Studies* n.5. Paris: OECD.
- OECD, 1995. *New Directions in Health Care Policy*. *Health Policy Studies* n.7. Paris: OECD. 95 p.
- OECD, 1995-a. Policies to Improve the Performance of Health Care Systems. In: *New Directions in Health Policy*. *OECD Health Policy Studies* n.7, p.37-67.
- OECD, 1997. *OECD Health Data 97. A Software for the comparative analisys of 29 health systems*. OECD 1997 (banco de dados)
- OFFE, C., 1983. A democracia partidária competitiva e o welfare state keynesiano: fatores de estabilidade e desorganização. *Dados*. v. 26, n.1.
- OFFE, C., 1984. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- OFFE, C., 1990. Akzeptanz und Legitimität strategischer Optionen in der Sozialpolitik. In: *Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates* (Christoph Sachße & H. Tristram Engelhardt, org.), Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft. p.179-202.
- OFFE, C., 1991. *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da "sociedade do trabalho"*. V. II. Perspectivas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro
- OFFE, C., 1993. Die Integration nachkommunistischer Gesellschaften: die ehemalige DDR im Vergleich zu ihren osteuropäischen Nachbarn. In: *Lebensverhältnisse und soziale Konflikte im neuen Europa: Verhandlungen des 26. Deutschen Soziologentages in Düsseldorf 1992*. (Bernhard Schäfers org. por solicitação da Deutschen Gesellschaft für Soziologie). Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag (806-817
- OFFE, C., 1994. Atribuição de status público aos grupos de interesse. In: *Capitalismo desorganizado* (idem). São Paulo: Editora Brasiliense. 2. Edição. (322p)

- OFFE, C., 1997. Was tun mit dem 'Überangebot' an Arbeitskraft? (Forum: Bekämpfung der Arbeitslosigkeit) *Gewerkschaftliche Monatshefte*. 4'97 (239-243)
- OLDIGES, F. J., 1994. Generationenvertrag noch Stabil? Renten und Krankenversicherung betroffen. *D.O.K.* 76. Jg., Heft 3, p.73-5.
- OLIVEIRA, C. R., 1995. *O labirinto social ou farewell welfare. A constituição histórica do seguro social na Alemanha (1871-1932)*. Rio de Janeiro: ENSP. Tese de doutorado.
- OLSCHANSKY, S. J., CARNES, B. A. & CASSEL, C.K., 1993. The aging of the human species. *Scientific American*. Abril, p.46-52.
- PEARCE, N., 1997. Classe social e câncer. In: *Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia* (R. Barradas Barata et al. org.). Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ/ABRASCO (121-136)
- PEREIRA, J., 1990. Justiça social no domínio da saúde. *Cadernos de Saúde Pública* (RJ), 6(4):400-21.
- PERSCHKE-HARTMANN, C., 1992. Geschichte des Auseinandersetzungprozesses um das GRG. In: *Das Gesundheitsreformgesetz - eine gescheiterte Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung* (K.-J. Bieback, org.), Hamburger Arbeitskreis für Sozial- und Gesundheitspolitik. Schriftenreihe Forum Sozial und Gesundheitspolitik. Hamburg: Asgard-Verlag.
- PFAFF, A. B., BUSCH, S. & RINDFÜSSER, C., 1994. *Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen und Reformgesetzgebung 1989 und 1993 auf die Versicherten*. Frankfurt/New York: Campus Verlag. 290p.
- PFAFF, A. B., BUSCH, S. 1997. Kostenerstattung, Beitragsrückerstattung, erhöhte Selbstbeteiligung: Wem nutzen und wen belasten kassenspezifische Wahltarife? *Arbeit und Sozialpolitik* 11-12/97. p.19-24.
- PIERSON, P., 1995. The new politics of the welfare state. Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, *ZeS-Arbeitspapier* Nr. 3/95.
- PIOCH, R., & VOBRUBA, G., 1995. Gerechtigkeitsvorstellungen im Wohlfahrtsstaat: Sekundäranalyse empirischer Untersuchungen zur Akzeptanz wohlfahrtsstaatlicher Maßnahmen. In: *Gerechtigkeit im Wohlfahrtsstaat*. (Diether Döring, et al. org.). Marburg: Schüren. p.114-66.
- PÖHLMANN, K., 1992. *Effektive Krankheitsbewältigung*. Regensburg: S. Roderer Verlag. 422p.
- PORZSOLT F., 1996. Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitssystem aus der Sicht des Klinikarztes. *DOK*. 17 (1. Setembro 1996). p.536-540.
- POSSAS, C., 1993. *A dimensão saúde da transição demográfica: uma discussão conceitual*. Trabalho apresentado na Conferência sobre População. México. 1993
- POULLIER, J.P., 1990. El afán por la eficiencia, una perspectiva internacional. *ICE/Revista de Economía* -Reformas sanitárias actuales, maio-junho.
- PRESSE UND INFORMATIONSAMT DER BUNDESREGIERUNG, 1996. *Sozialpolitische Umschau*. Ausgabe 18/1996.
- REINERS, H., 1987. *Ordnungspolitik im Gesundheitswesen - Ausgangspunkte und Konzepte*. WIdO-Materialien, Band 30. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.
- REINERS, H., 1988. Gesundheit als Ware: Zur Theorie und Praxis marktradikaler Reformkonzepte im Gesundheitswesen. *Das Argument Sonderband AS 155. Jahrbuch für Kritische Medizin*. n.13, p.62-81.

- REINERS, H., 1989. Selbstverwaltung zwischen Ideologie und Praxis. *Jahrbuch für Kritische Medizin. Argument-Sonderband. As. 186. p.35-45.*
- REINERS, H., 1993. Das Gesundheitsstrukturgesetz - Ein Hauch von Sozialgeschichte? *Jahrbuch für Kritische Medizin. 21. p.21-53.*
- REINERS, H., 1993-a. Die dritte Stufe der Gesundheitsreform: Wahlleistungen in der GKV. Ein sinnvolles Steuerungsinstrument? *Das Argument. Jahrbuch für Kritische Medizin. n.21. p.159-76.*
- REINERS, H. 1996. Ökonomische Steuerung und gesellschaftliche Legitimation. Thesen zur politischen Ökonomie des Gesundheitswesens. In: *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland* (J. Behrens, B. Braun, J. Morone & D. Stone org.), Baden-Baden: Nomos Verlag. (101-6)
- REISTER, M., 1996. Krankenhausstatistik: Grund- und Kostendaten für die Jahre 1991 bis 1994. *Wirtschaft und Statistik 6/1996. (p.383-389)*
- REISTER, M., 1996-a. Statistische Krankenhausdaten. In: *Krankenhaus-Report '96* (M. Arnold & D. Paffrath org.) Stuttgart: Gustav Fischer Verlag (p. 221-240)
- RICHARD, S. & SCHÖNBACH, K. -H., 1996. German Sickness Funds under Fixed Budgets. In: *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America* (Howard Glennerster & Richard B. Saltman, orgs.), Chichester: John Wiley & Sons.
- RIEGE, F., 1993. *Gesundheitspolitik in Deutschland: Aktuelle Bilanz und Ausblick.* Berlin: Duncker und Humblot. 215p.
- RINNE, K. & WAGNER, G., 1995. Droht ein "Krieg der Generationen"? Empirische Evidenz zur Zufriedenheit mit der Sozialen Sicherung. *Sozialer Fortschritt. n.12/95. p.288-95.*
- ROSENBROCK, R., 1997. PKV und Armenkasse? Die GKV nach der "Dritten Stufe der Gesundheitsreform". *Die Krankenversicherung. 49Jg. H.9 setembro de 1997. p.242-7.*
- RVO - *Reichsversicherungsordnung. 20. Auflage 1993. München: Beck-Texte im DTV.*
- RUIN, O., 1991. O desenvolvimento do modelo sueco. *Lua Nova Nr. 24 (211-226).*
- SACHBE, C., 1994. Subsidiarität: zur Karriere eines sozialpolitischen Ordnungsbegriffes. *Zeitschrift für Sozialreform. 40 Jahrgang, Heft 11, November. p.717-45.*
- SALTMAN, R. B. & VON OTTER, C., 1992. *Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern European Health Systems.* Buckingham: Open University Press. (178p.)
- SANDMO, A., 1995. Introduction: The welfare economics of the welfare state. *Scandinavian Journal of Economics. 97 (4) p.469-476*
- SANTOS, W. G., 1979. *Cidadania e justiça. A política social na ordem brasileira.* Rio de Janeiro: Campus.
- SCHÄFER, C., 1996. Mit falschen Verteilungs-"Götzen" zu echten Standortproblemen: Zur Entwicklung der Verteilung in 1995 und den Vorjahren. *WSI Mitteilung. 49 Jahrgang 10/1996. p.597-616.*
- SCHÄFER, C., 1996-a. Es gibt kein Standortproblem, sondern ein Verteilungsproblem. *Arbeit und Sozialpolitik. 9-19/96. p.12-26.*
- SCHIEBER, G. J., POULLIER, J. P. & GREENWALD, L. M., 1991. Health care systems in twenty-four countries. *Health Affairs. 10 (3) (22-38).*
- SCHLESINGER, M. 1996. Wahlfreiheit, gesteuerte Versorgung und gesteuerter Wettbewerb: Interaktionen und Extrapolationen. In: *Gesundheitssystementwicklung in den USA und*

- Deutschland* (J. Behrens, B. Braun, J. Morone & D. Stone org.). Baden-Baden: Nomos Verlag. (177-94)
- SCHMIDT, E. M. & MALIN, E. M., 1996. Beitragsrückzahlung in der GKV. Überlegungen zu Effekten einer Erprobungsregelung und erste empirische Ergebnisse. In: *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland* (J. Behrens, B. Braun, J. Morone & D. Stone org.). Baden-Baden: Nomos Verlag. p.163-75.
- SCHMIDT, M. G., 1989. Vom wirtschaftlichen Wert der Sozialpolitik. In: *Der wirtschaftliche Wert der Sozialpolitik* (G. Vobruda, org.) Berlin: Duncker & Humboldt (151-163)
- SCHMITTER, P., 1974. Still the century of corporatism? *The Review of Politics*. (36) (85-131)
- SCHNEIDER, M. et al., 1995. *Gesundheitssystem im internationalen Vergleich, Ausgabe 1994*. Augsburg: BASYS.
- SCHNEIDER, W., 1994. Der Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Die Krankenversicherung. KrV*. Januar/Februar 1994. p.21-7.
- SCHOLZ, W., 1992. Bemerkungen zur ökonomischen Begründung des deutschen sozialen Sicherungssystems und seiner Relevanz für Entwicklungsländer. *Soziale Sicherung*. 1992/5-6. p.125-31.
- SCHÖNBACH, K. -H., 1997. Strukturverträge und Modellvorhaben in der GKV. *Arbeit und Sozialpolitik*. 11-12/97. p.64-71.
- SCHÖNIG, W., 1996. Zur Zukunft der Prinzipien sozialer Sicherung. In: *Sozialstaat wohin?: Umbau, Abbau oder Ausbau der sozialen Sicherung*. (W. Schönig & R. L'Hoest org.) Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft. p.101-18.
- SCHWABE, U. & PAFFRATH, D. 1996. *Arzneiverordnungs - Report '96*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag. (WIdO Band 12).
- SCHWARTZ, F. W. & BUSSE, R., 1994. Die Zukunft des deutschen Gesundheitssystem - Vorschläge, Mythen und Aussichten. In: *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*. (Bernhard Blanke org.). Opladen: Leske + Budrich. (403-421)
- SCHWARTZ, F. W. & BUSSE, R., 1996. Fixed Budgets in the Ambulatory Care Sector: the German Experience. In: *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*. (Friedrich Wilhelm Schwartz, Howard Glennerster & Richard B. Saltman org.), Chichester: John Wiley & Sons.
- SEFFEN, A., 1973. *Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung*. Köln: Deutscher Institutsverlag.
- SGB - *Sozialgesetzbuch. RVO - Reichsversicherungsordnung*. 20. Auflage 1993. München: Beck-Texte im DTV.
- SIEBEN, G., 1995. Das Krankenhaus als Gesundheitszentrum. *f&w-Führen und Wirtschaft*. 4/95 12 Jahrgang. (346-350)
- SIGERIST, H. E., 1943. De Bismarck a Beveridge: desenvolvimento e objetivos da legislação de previdência social. *Bulletin of the History of Medicine*, 8:365-88. Tradução realizada pelo projeto PESES/PEP sem anotação de data ou tradutor.
- SCITOVSKY, A. A. 1988. Medical care in the last twelve months of life: the relation between age, functional status and medical care expenditures. *The Milbank Quarterly* Vol 66 n.4 (p.640-660)
- SPD, 1996. Gesetzentwurf der Fraktion SPD - Entwurf eines zweitens

- Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG II). *Deutscher Bundestag. 13. Wahlperiode. Drucksache 13/3607.*
- StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT 1980. *Sozialleistungen - Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung. Fachserie 13, Reihe 1*, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- StBA- STATISTISCHE BUNDESAMT, 1989. Ausgaben für Gesundheit 1987. *Wirtschaft und Statistik 8/89*. p.529-36..
- StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT, 1990. *Sozialleistungen - Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung. Fachserie 13, Reihe 1*, Stuttgart: Metzler Poeschel Verlag.
- StBA- STATISTISCHE BUNDESAMT, 1992. Ausgaben für Gesundheit 1990. *Wirtschaft und Statistik 8/92*. p.543.
- StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT, 1992-a. *Sozialleistungen - Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung. Fachserie 13, Reihe 1*, Stuttgart: Metzler Poeschel Verlag.
- StBA- STATISTISCHE BUNDESAMT, 1993. Ausgaben für Gesundheit 1991. *Wirtschaft und Statistik 11/93*. p.851.
- StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT, 1994. *Sozialleistungen - Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung. Fachserie 13, Reihe 1*, Stuttgart: Metzler Poeschel Verlag.
- StBA- STATISTISCHE BUNDESAMT, 1995. Ausgaben für Gesundheit 1993. *Wirtschaft und Statistik 12/95*. p 914-23; 823-6.
- StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT, 1995-a. *Sozialleistungen - Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung. Fachserie 13, Reihe 1*, Stuttgart: Metzler Poeschel Verlag.
- StBA- STATISTISCHE BUNDESAMT, 1996. Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1993. *Gesundheitswesen. Fachserie 12, Reihe S.2* Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- StBA- STATISTISCHE BUNDESAMT, 1997. Ausgaben für Gesundheit 1994. *Wirtschaft und Statistik 2/97*. p 106-113; 103*-106*.
- STEFFEN, J., 1996. Amerikanisierung des Gesundheitswesens. *Supplement der Zeitschrift Sozialismus 11/96*. 16p.
- STEFFEN, J., 1996-a. Kaminrauch oder Pulverdampf? *Sozialismus 6/96*. p.2-7.
- STEGMÜLLER, K., 1993. Wählen und Teilen: Skizzen zu den Konstellationen zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungsanbietern in der Organisationsreform des GSG. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 21, p.177-191.
- STEGMÜLLER, K., 1996. Wettbewerb im Gesundheitswesen: Konzeptionen zur "dritten Reformstufe" der Gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften.
- STEGMÜLLER, K., 1996 -a. Gesunder Standort mit Kranken Menschen? Der Mythos vom Krankfeiern. *Mabuse 102* (Juli/August 1996). p.26-30.
- STONE, D. 1996. Das Strategische Verhalten der Versicherer unter der Marktreform: die politischen und kulturellen Auswirkungen von Wettbewerb In: *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland*. (J. Behrens, B. Braun, J. Morone & D. Stone org.). Baden-Baden: Nomos Verlag. (35-48)

- STOTZ, E. N. & GIOVANELLA, L., 1996. Globalização econômica, (des)regulação do mercado de trabalho e (des)proteção social - apontamentos sobre a conjuntura da Alemanha. In: *Política de saúde e inovação institucional*. (Nilson do Rosário Costa e José Mendes Ribeiro org.) Rio de Janeiro: ENSP. (p.113-26)
- SVR-SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN, 1987 *Medizinische und ökonomische Orientierung, Vorschläge für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1987*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- SVR-SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN, 1994. *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Eingenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Sachstandsbericht 1994* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- SVR-SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN, 1995. *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten 1995*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- TAYLOR-GOOBY, P., 1991. Welfare, hierarquia e a "nova direita" na era Thatcher. *Lua Nova*, 24:165-87.
- TEIXEIRA, A., 1993. *O ajuste impossível: Um estudo sobre a desestruturação da ordem econômica mundial e seu impacto sobre o Brasil*. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas. Rio de Janeiro: Edição do autor/IEI/UFRJ
- TESTA, M. 1987. Estrategia coherencia y poder en las propuestas de salud - Parte I . *Cuadernos Médico-sociales Rosario*. v. 38 (p.4-24)
- TITMUS, R., 1958. *Essays on the Welfare State*. London: George Allen and Unwin.
- TOPHOVEN, C., 1998. Gesundheitsziele - zur möglichen Renaissance eines Steuerungskonzeptes. *Sozialer Fortschritt*. Jahrgang 47 Heft 4 April. (92-97)
- TUSCHEN, K. H. & WALZIK, W., 1994. Die neue Bundespflegesatzverordnung 1995. *DOK 18/19*, p.644-8.
- TUSCHEN, K. H., 1996. Aktuelle Entwicklungen der Krankenhaus-gesetzgebung. *f&w-Führen und Wirtschaft*. 2/96 13 Jahrgang., p.93-100.
- UGÁ, M. A. D., 1997. *Propostas de reforma do setor saúde nos marcos do ajuste macroeconômico*. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Medicina social/UERJ. Rio de Janeiro: IMS/UERJ
- ULRICH, C. G., 1996. Möglichkeiten einer Steuerung des Versichertenverhaltens und die Bewertung einzelner Steuerungsinstrumente durch die Versicherten In: *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland* (J. Behrens, B. Braun, J. Morone & D. Stone org.), Baden-Baden: Nomos Verlag. (163-175)
- ULRICH, C. G., WEMKEN, I. & WALTER, H., 1994. Leistungen und Beiträge als Determinanten der Zufriedenheit mit der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Akzeptanz des Krankenversicherungssystems bei den gesetzlich Versicherten. *Zeitschrift für Sozialreform*, 40(6):349-75.
- VDR-VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER, 1997. *Rentenversicherung in Zeitreihen. Statistik. Ausgabe 1997*. Frankfurt am Main: VDR
- VOBRUDA, G., 1989. *Der wirtschaftliche Wert der Sozialpolitik*. Berlin: Duncker &

Humbolt

- VOLLMER, R., 1994. *Bundespflegesatzverordnung 1994*. Remagen: AOK Verlag. 175 p.
- WANECK, V. & STEGMÜLLER, K., 1993. Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 - Eine gesundheitspolitische Wende mit offenem Ausgang. *Demokratie und Rechte* 2/93. p.135-45.
- WANECK, V., 1994. *Machtverteilung im Gesundheitswesen: Struktur und Auswirkungen*. Frankfurt am Main: VAS Verlag für Akademische Schriften. 444p.
- WASEM, J., 1998. Sachleistungen oder Kostenerstattung: Steuerung zwischen Effizienz und Gleichheit *Sozialer Fortschritt* 3/98. p.58-64.
- WEBER, D. 1988. Krankheit, Geld und Politik. Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. *Leviathan.*, 16. (156-203).
- WERNECK VIANNA, M. L. T., 1991. Notas sobre política social. *PHYSIS*, 1(1):133-57.
- WERNECK VIANNA, M. L. T., 1995. *Articulação de interesses, estratégias de bem-estar e políticas públicas: a americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: IUPERJ, Tese de doutoramento.
- WERNECK VIANNA, M. L. T., 1997. Política versus economia: Notas (menos pessimistas) sobre globalização e Estado de Bem-estar. In: *A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. (S. Gerschmann & M. L. Werneck Vianna org.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- WERNER, B. & SEIDEL, J., 1996. Vergütungsform des Krankenhauses: Fallpauschalen Chancen, Risiken und Alternativen. *DOK* 3, Februar, p.61-6.
- WILKE, H., 1996. Die Steuerungsfunktion des Staates aus systemtheoretischer Sicht. In: *Staatsaufgabe* (D. Grimm org.). Frankfurt: Suhrkamp Taschenbuch. p.313-35.
- WILKINSON, R., 1997. Relação internacional entre equidade de renda e expectativa de vida. In: *Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia* (R. Barradas Barata et al. org.). Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ/ABRASCO (103-120)
- WINDHOFF-HÉRITIER, A., 1996. Die Veränderung von Staatsaufgaben aus politikwissenschaftlich-institutionellersicht. In: *Staatsaufgabe* (D. Grimm org.). Frankfurt: Suhrkamp Taschenbuch. p.75-92.
- WYSONG, J. A., & ABEL, T., 1990. Universal Health Insurance and High-risk Groups in West Germany: Implications for U. S. Health Policy. *The Milbank Quarterly*. V. 68, n.4 (527-560)
- WYSONG, J. A., & ABEL, T., 1996. Risk Equalization, Competition and Choice: A Preliminary Assessment of the 1993 German Health Reforms. *Sozial Präventivmedizin* 1996; 41:212-23.
- ZOIKE, E. 1997, Besondere Auswirkungen der gesundheitspolitischen Sparmaßnahmen auf Frauen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Soziale Sicherheit* 7/97. p.250-3.

Outras publicações

Ä.Z. - *Ärzte Zeitung*, jornal diário da Associação de Médicos das Caixas.

BMG-*Pressemitteilung* comunicados à imprensa do Ministério da Saúde divulgados em sua Homepage <http://www.bmggesundheit.de>

Bundesarbeitsblatt. Revista mensal publicada pelo BMA – Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Der Spiegel, revista semanal, grande imprensa.

Die Zeit, jornal semanal, grande imprensa.

Finanzen, revista mensal grande imprensa.

F.R. - Frankfurter Rundschau, jornal diário, grande imprensa.

FAZ - Frankfurterallgemeine Zeitung, jornal diário, grande imprensa.

Sozialpolitische Umschau, Boletim de divulgação do governo federal divulgado por Presse und Informationsamt der Bundesregierung, Bonn.

Süddeutsche Zeitung, jornal diário, grande imprensa.

TAZ - Die Tageszeitung, jornal diário, Berlim, grande imprensa.

Entrevistas:

Bettina Am Orde, responsável pela área de política social da direção nacional da DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund: Federação dos Sindicatos Alemães, realizada em maio de 1997 no DGB-Bundesvorstand em Düsseldorf.

Thomas Kolb - Assessor da Associação Estadual de Hospitais do Estado de Hessen - *Hessische Krankenhausgesellschaft* realizada no dia 30 junho de 1997, na sede da referida associação em Frankfurt am Main.

Walter Baumann - Gerente da representação regional e responsável pelas negociações de uma Caixa Substituta para Empregados: *Ersatzkasse für Angestellten - Techniker Krankenkasse*.

Heike Wöllenstein, funcionária da representação regional da mesma *Techniker Krankenkasse*, ambas realizadas no dia 13 de junho de 1997 em Frankfurt am Main.