

Reformas de sistemas de saúde: novos modelos integrados de atenção na Alemanha

LÍGIA GIOVANELLA*

Resumo: Discute a recente reforma do Seguro Social de Doença Alemão (Lei da Reforma do GKV 2000) com foco na análise de novos modelos integrados de atenção à saúde, incentivados nessa legislação. As novas modalidades de organização da assistência à saúde têm alguns pressupostos compartilhados com as concepções da atenção primária e estão informadas pelos esquemas de assistência gerenciada (*managed care*) difundidos a partir da experiência estadunidense e previamente implementados pelos conservadores como mecanismo de competição. Considera-se que as novas formas de modelos integrados de atenção ainda que difundidas com propósitos de redução de gastos, possibilitam uma atenção mais efetiva, além de promover maior eficiência. A discussão das potencialidades e fragilidades dos modelos implementados pode contribuir para elaboração de proposições para consolidação do Sistema Único de Saúde que passa por momento de reorganização.

Palavras-chave: seguro social de doença; Alemanha; assistência gerenciada.

Introdução

Nas duas últimas décadas, frente a pressões econômicas, políticas e ideológicas, reformas dos sistemas de saúde em grande número de países foram implementadas com o propósito de contenção

* Doutora em saúde pública, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). E-mail: giovanel@ensp.fiocruz

de gastos públicos setoriais. A partir dos anos de 1980, seguindo-se à 'crise dos *welfare states*' em contexto de desaceleração econômica com importantes repercussões nas finanças públicas, governos conservadores implementaram uma agenda de reformas no campo social voltadas para o mercado.

Em linhas gerais, nos países de industrialização avançada e com sistemas ampliados de proteção social, o processo de reformas em saúde caracterizou-se pela alteração de componentes internos aos sistemas públicos de proteção e as estratégias de reestruturação tiveram por base o estímulo à competição. Nos sistemas de saúde do tipo seguro nacional de saúde (modelo bismarckiano), os mecanismos de competição introduzidos visaram ampliar a concorrência entre provedores de seguros na captação de segurados. Nos serviços nacionais de saúde¹ (modelo beveridgiano) as medidas visaram separar financiamento e prestação e incrementar o gerenciamento dos cuidados, intensificando a competição entre prestadores (mercado interno e competição pública). As medidas implementadas tanto se dirigiram ao controle ou 'racionalização' pelo lado da oferta quanto da demanda e, em geral, nos países com serviços nacionais de saúde, as mudanças pró-competitivas foram mais drásticas do que aquelas em países com seguros nacionais de saúde (Almeida, 1997; Freeman, 1998; Giaimo e Manow, 1997; Rehnberg, 1995; Saltman, 1997).

Ao final dos anos de 1990, coalizões governamentais de centro-esquerda em alguns países europeus, em particular no Reino Unido e na Alemanha, produziram nova onda de reformas que visaram reduzir alguns efeitos dos mecanismos de competição, aboliram parte das medidas restritivas e propuseram medidas voltadas para a reorganização da atenção com ênfase na qualidade das prestações.

Nesta segunda geração de reformas, embora parte dos mecanismos de competição introduzidos pelos governos anteriores tenha sido mantida e os objetivos de contenção de gastos reiterados, a ênfase esteve centrada na organização do sistema de serviços de saúde com a constituição de modelos integrados de atenção.

¹ Os modelos de sistemas de serviços de saúde são aqui tipificados conforme Immergut (1992).

No Reino Unido, o 'mercado interno', gerado no Governo Thatcher, e a competição entre prestadores estão sendo substituídos, no governo trabalhista, por um sistema cooperativo baseado em parcerias entre prestadores e consumidores. A ênfase não mais se concentra na contenção de custos, mas, sim, na qualidade da assistência prestada. Uma importante reorganização do primeiro nível de atenção ocorreu a partir de 1999 com a criação dos chamados grupos de atenção primária (*primary care groups*) articulando clínicos gerais de determinada área geográfica (Fisher, 1998; Iliffe, S. 1999; Iliffe e Munro, 2000; Bindman, Weiner e Majeed, 2001).

Na Alemanha, a coalizão governamental social-democrata/verdes redirecionou o processo, contudo sem romper com a política de contenção anterior, reafirmando a necessidade de controle de gastos. A 'Reforma do Seguro Social de Doença 2000', incorporou mudanças na organização da atenção de modo a enfrentar problemas da estrutura e qualidade da assistência, garantir a integralidade dos cuidados de saúde e fortalecer os direitos dos pacientes. O papel do clínico geral no processo de atenção foi fortalecido, sendo incentivada a sua posição como serviço de porta de entrada (*gatekeeper*) e impulsionada a constituição de redes integradas de serviços (Deppe, 2000; Wörz e Wismar, 2001; Sauerland, 2001).

Entende-se que a organização de sistemas integrados de serviços de saúde por meio da definição de porta de entrada, articulação de cuidados preventivos e curativos no primeiro nível de atenção e a integração entre as redes de cuidados primários e especializados proporcionam atenção de melhor qualidade e menos onerosas (Starfield, 1997, 2001; Bindman, Weiner e Majeed, 2001; Schönbach, 1997).

O objetivo do presente trabalho é discutir a recente reforma do Seguro Social de Doença Alemão (Lei da Reforma do GKV 2000) com foco na análise de novos modelos integrados de atenção à saúde, incentivados nesta legislação.

No Brasil, com a consagração do direito universal à saúde na Constituição de 1988 no contexto de democratização do país, complexos desafios vêm sendo enfrentados para a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) seguindo o modelo de um serviço nacional de saúde financiado por recursos fiscais. A

implementação do SUS ocorreu em contexto político e econômico desfavorável, e a expansão de cobertura não foi acompanhada por financiamento adequado, permanecendo problemas importantes de distribuição e qualidade das prestações.² Atualmente, o SUS passa por momento de organização do sistema de atenção, com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-2001). Este instrumento de regulação definiu processo para a constituição de sistemas funcionais de atenção à saúde regionalizados, incentivando a criação de mecanismos para a integração entre os serviços básicos, especializados e de alta complexidade, assim como fluxos de pacientes entre municípios. Esta (re)organização do SUS está se iniciando e o estudo das novas formas integradas de atenção à saúde em países centrais pode ser importante contribuição para o debate e a seleção de alternativas adequadas à nossa realidade. Embora soluções não possam ser importadas, sendo necessário considerar-se o desenvolvimento histórico-cultural dos sistemas de proteção social em cada país, como afirma Hsiao (1992), um país pode aprender com a análise de experiências de outros países.

O SUS, segundo Viana e Dalpoz (1998), passa por uma reforma incremental na qual o ponto central são mudanças no modelo assistencial promovidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Recentemente o PSF recebeu importante impulso do Ministério da Saúde por meio de Projeto de Expansão que incentivará a difusão do programa em grandes centros urbanos. Afora o debate sobre características de focalização ao priorizar populações de baixa renda, e sua implantação inicial como mais um programa, o PSF é considerado atualmente uma estratégia que visa à reorientação do modelo de atenção à saúde. Pretende-se instituir a equipe de saúde da família e seu clínico geral como a porta de entrada do sistema de atenção, devendo este primeiro nível estar integrado a uma rede de serviços nos diversos níveis de complexidade, estabelecendo-se um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (Brasil. Ministério da Saúde, 2001).

Projeto de pesquisa com o objetivo de avaliar a implementação do PSF em grandes centros urbanos, em fase de conclusão, no qual

² O gasto público na área da saúde em decorrência do ajuste fiscal aplicado decresceu na primeira metade dos anos de 1990, só voltando a crescer em 1995 (Viana e Dalpoz, 1998).

estão sendo realizados dez estudos de caso, identificou dificuldades de diversas ordens para a reorganização do sistema de atenção e reformulação do modelo assistencial, quanto a: integração do sistema; criação de vínculos dos profissionais com os usuários; articulação da assistência à demanda espontânea e à oferta programada, e entre atividades clínicas individuais e de saúde coletiva; inexistência de contra-referência (retorno do paciente encaminhado ao especialista) e dificuldades de acompanhamento de doentes crônicos, afora carências de recursos humanos e materiais (Nupes/Daps, 2002). Tais problemas podem ser melhor compreendidos a partir do estudo de novas formas de organização da atenção. Conhecer e analisar experiências de modelos integrados de atenção à saúde em outros países há de permitir identificar possíveis soluções para dificuldades similares enfrentadas no SUS.

Repensar o modelo assistencial é também exigência decorrente de mudanças demográficas, com a detectada tendência ao envelhecimento populacional, e epidemiológicas, com a prevalência crescente de doenças crônicas. A atenção médica contemporânea, fragmentada pela especialização crescente, não consegue garantir a atenção integral e integrada ao paciente, em particular aquela voltada ao paciente crônico.³ Sistemas integrados de atenção nos quais o clínico geral responsabiliza-se pela coordenação da atenção ao paciente podem proporcionar melhor acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas, para o qual os sistemas de atenção à saúde, em geral, estão ainda pouco preparados.

Por outro lado, a busca de alternativas menos onerosas de atenção não é secundária. A elevação progressiva de gastos com assistência à saúde no pós-guerra é inegável, tendo acompanhado a expansão da cobertura de esquemas públicos ampliados de proteção social. Contudo a preocupação com o montante de gastos data do final dos anos de 1970, seguindo-se à desaceleração do crescimento econômico mundial. Atualmente a evolução dos gastos em saúde é ponderada como problema por amplos setores seja por governos conservadores ou social-democratas (Abel-Smith, 1996; Giovanella, 2001, cap. 4). Embora não haja consenso quanto aos

³ A ausência de um profissional ou serviço que coordene a atenção ao doente crônico e garanta a atenção integrada não é um problema apenas de sistemas públicos. É problema evidenciado também na assistência acessada por meio de seguros de saúde.

fatores predominantes para os aumentos das despesas em saúde, a preocupação pela otimização de recursos empregados é um objetivo a ser alcançado por qualquer política pública que se pretenda universal e sustentada em financiamento solidário. Pressupõe-se que os novos modelos assistenciais integrados – com o estabelecimento de porta de entrada e reordenação da distribuição de cuidados – facilitam o acesso e proporcionam maior eficiência.

O estudo de reformas de saúde em sistema de seguro social é ainda importante pois este modelo de proteção encontra-se novamente na agenda internacional com as propostas de ‘pluralismo estruturado’. Na América Latina vêm sendo difundidos modelos de reformas com base em seguros, como no caso da reforma colombiana, com a criação de seguros diferenciados de financiamento público, e, anteriormente, na reforma chilena, com seguros privados (Londoño e Frenk, 1995; Luján e Gómez, 2000; Labra, 2001; Almeida, 1999).

O Seguro Social de Doença alemão (Gesetzliche Krankenversicherung – GKV)

A proteção social à saúde na Alemanha é garantida mediante seguro social de contratação compulsória, vinculado ao trabalho assalariado, diferenciando-se de sistemas de proteção diretamente estatais – serviços nacionais de saúde do tipo britânico – e daqueles fundados primariamente no mercado por meio de seguros de saúde privados do tipo norte-americano ou suíço. Sua instituição central é o Seguro Social de Doença (*Gesetzliche Krankenversicherung – GKV*), parte de amplo sistema de proteção social, com o qual compartilha princípios e características básicas (Giovannella, 1998).

O asseguramento ao risco de adoecer não é de responsabilidade direta da administração estatal. Esta responsabilidade é transferida para instituições de direito público de administração autônoma – as Caixas de Doença (*Krankenkassen*) –, que são geridas por representações dos trabalhadores e empregadores. O sistema de seguros é plural, composto por 554 Caixas de Doença, em 1997, órgãos públicos, mas não estatais. Sua atuação é regulada e controlada pelo Estado e o financiamento é realizado de modo

paritário por empregadores e trabalhadores mediante contribuições compulsórias proporcionais aos salários apresentando taxas diferenciadas entre Caixas.

Alta estabilidade e continuidade de sua estrutura sob diferentes governos, acompanhada de inclusão e expansão progressivas, caracterizam o desenvolvimento do seguro social de doença alemão (Alber, 1992; Altenstetter, 1987). Centrado no trabalho assalariado e restrito ao operariado industrial em sua origem (1883), o GKV teve a cobertura ampliada por meio de inclusão progressiva de grupos ocupacionais, cobrindo em 2002 cerca de 90% da população residente em seu território. Concomitante ao processo de extensão de cobertura a pauta de benefícios e serviços garantidos pelo Seguro Social de Doença foi ampliada e uniformizada de modo gradual. Nos dias atuais, o GKV garante atenção médica ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção, assistência farmacêutica, odontológica e psicoterápica, além de transferências financeiras, como o auxílio-doença.

Sistema de atenção à saúde na Alemanha

A atenção à saúde é ofertada por meio de contratos entre as Caixas e os diversos prestadores: associações de profissionais de saúde, hospitais e farmácias. O sistema de atenção à saúde na Alemanha caracteriza-se por completa separação entre o financiamento e a prestação, uma vez que é vedada, às Caixas, a prestação direta de serviços de saúde. Enquanto o financiamento é predominantemente público, realizado através de contribuição compulsória às Caixas, a atenção é ofertada por diversos prestadores governamentais, privados e filantrópicos.

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 prestadores de serviços e os seguros sociais. A oferta no setor ambulatorial é ampla e quase exclusivamente privada, prestada por médicos credenciados que trabalham como profissionais autônomos em consultórios próprios

(*Práxis*), em sua maioria individual (75%) (EOHCS, 2000). A remuneração dos profissionais é realizada em base de serviços prestados e limitada por tetos financeiros por consultório e setor de atenção.

Pelo lado da demanda vige ampla liberdade de escolha dos médicos pelos segurados. A quase totalidade dos médicos em exercício da prática ambulatorial (97%) é credenciada pelas Caixas (Gerlinger, 1997). O segurado a cada atendimento pode escolher qualquer médico credenciado, não sendo obrigatório o encaminhamento pelo clínico geral (*Hausarzt*)⁴ para consulta com especialistas. Mesmo assim, a maioria dos segurados tem clínico geral (*Hausarzt*), mais procurado nos casos de doenças crônicas (Alber, 1992, p. 89). Recentemente vêm sendo implementadas novas formas de organização dos cuidados e incentivos aos segurados para a procura primária do clínico geral.

A regulação da atenção ambulatorial processa-se de modo principal por intermédio de negociações de grupo entre os atores setoriais organizados em associações: Associações de Médicos das Caixas, Associações das Caixas e associações conjuntas de médicos e Caixas. 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 (*Kassenärztliche Vereinigung-Kven*) são organizações não lucrativas de direito público e de afiliação compulsória, geridas autonomamente que agrupam os médicos credenciados por regiões e em nível federal. Têm como funções: representar os médicos junto às Caixas, negociar a remuneração, receber os honorários e distribuí-los a cada médico, conforme sua participação no conjunto de serviços prestados. Por suas funções públicas, as Associações de Médicos ocupam posição-chave na atenção à saúde da Alemanha.⁵ São responsáveis pela atenção ambulatorial e coordenam as atividades dos outros

⁴ Os clínicos gerais são denominados de *Hausarzt*, cuja tradução literal seria 'médico do lar'.

⁵ Estes arranjos corporativos também vigoram na atenção odontológica.

prestadores de serviços, exercendo forte influência sobre a divisão de trabalho entre as diversas áreas de assistência à saúde (Stone, 1980; Waneck, 1994; Gerlinger, 1997).

Essas associações, até 2000, eram mandatárias exclusivas, por lei, da incumbência de garantia da atenção médica ambulatorial, o que as tornava detentoras de monopólio da prestação ambulatorial, além do monopólio de representação dos médicos credenciados, garantindo-lhes posição dominante na distribuição de poder no interior do sistema de saúde e alta capacidade de implementar seus interesses (Wanek, 1994, p. 137s; Stegmüller, 1996, p. 184). Os médicos detêm, por meio desses arranjos neocorporativos, fortes posições de veto, o que explica a baixa articulação entre o setor ambulatorial e hospitalar, assim como entre prevenção, cura e reabilitação (Wasen, 1997, p. 163). Em 2000, foi permitido às Caixas negociarem contratos com grupos de médicos e foram implementados mecanismos para promover a integração dos setores ambulatorial e hospitalar (Deppe, 2000; Wörz e Wismar, 2001).

Até recentemente, havia estrita separação entre os setores ambulatorial e hospitalar, e muito restrita a possibilidade de prestação de ações ambulatoriais pelos hospitais. Os hospitais não prestam atenção ambulatorial, sequer a especializada, tratando pacientes somente em regime de internação. A maioria dos médicos exerce atividade apenas em um dos setores: ou trabalha como assalariado em hospitais ou tem consultório próprio (Giovanella, 2001).

A atenção hospitalar na Alemanha é de responsabilidade pública da competência estadual. Os estados são responsáveis pelo planejamento hospitalar, cabendo-lhes a definição da necessidade de leitos e os investimentos hospitalares. A quase totalidade dos hospitais existentes é contratada pelo conjunto das Caixas⁶, sendo mais da metade dos leitos em hospitais gerais públicos.⁷ Em regra, para a admissão hospitalar faz-se necessário o encaminhamento de médico credenciado, facultando-se ao paciente a escolha do hospital, mas não do médico que o atenderá. Nos hospitais, os médicos são

⁶ Em 1994, não tinham contrato de prestação de serviços com as Caixas apenas 79 hospitais, correspondendo a 2.793 leitos do total de cerca de 570 mil leitos existentes.

⁷ Em 1994, 57% dos leitos existentes eram públicos, 37% filantrópicos e apenas 5% privados (Reister, 1996).

empregados assalariados e têm autonomia para definir a extensão e qualidade dos serviços prestados.

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 agrupam-se parcialmente em associações, as Sociedades de Hospitais organizadas em nível estadual e federal. Todavia, ao contrário das Associações de Médicos das Caixas, estas associações são voluntárias e de caráter privado, não têm direitos assegurados pela via legal, apresentando baixo poder de diretiva sobre seus associados (Rath, 1996; Franke, 1989, p. 58). Esta baixa organização de interesses em nível intermediário na área hospitalar não implica, entretanto, uma posição secundária da atenção hospitalar no sistema de atenção ou na disputa pelos recursos setoriais.

As unidades federadas (estados) têm importante poder de veto no que concerne a decisões relacionadas ao setor hospitalar. Uma vez que o planejamento e a regulamentação da atenção hospitalar são competências exclusivas dos estados da federação, decisões setoriais de abrangência nacional exigem difícil processo de produção de consenso entre União e Estados. Toda a legislação referente à atenção hospitalar – garantia da atenção, planejamento e financiamento – deve ser aprovada obrigatoriamente pelo Conselho de Estados (*Bundesrat*) que reúne representações dos governos estaduais e, por longos períodos, teve composição partidária diferenciada daquela do Parlamento (*Bundestag*), dificultando a introdução de medidas restritivas (*Reformblockade*) (Altenstetter, 1997, p. 155).

Reformas em saúde na Alemanha

Na segunda metade dos anos 1970, em contexto de desaceleração do crescimento econômico, uma política de gastos orientada pelas receitas foi assumida, sendo a República Federal Alemã (RFA) considerada como um dos primeiros países a introduzir mecanismos de controle de gastos na área da saúde. Desde o final dos anos de 1970, um dos pontos centrais da política de saúde alemã

tem sido a tentativa de estabilização das taxas de contribuição do Seguro Social de Doença, assumindo-se a política de subordinação dos gastos às receitas. 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, em consequência, dos custos relacionados ao trabalho (Alber, 1992).

Este processo foi intensificado, a partir de 1982, com a entrada e posterior permanência do gabinete da coalizão conservadora-liberal – comandada pela democracia cristã – que introduziu cortes em diversos programas sociais, em especial, nos benefícios da assistência social e seguro desemprego. Estes programas foram os mais atingidos por serem considerados como essenciais à ‘flexibilização do mercado de trabalho’ (Pierson, 1995). A estratégia governamental adotada para aprofundar as medidas de contenção nos diversos setores sociais foi a de buscar o consenso entre *experts* e o apoio da social-democracia o que, paralelo aos cortes seletivos, permitiu a manutenção da estrutura básica do sistema de proteção, além da criação e extensão de outros benefícios, como foi o caso da instituição, em 1994, de novo ramo de seguro obrigatório para cobertura de cuidados de longa duração.

No Seguro Social de Doença, 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. 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 e da ampliação parcial da competência das Caixas. Paralelamente, a cota de participação direta e adicional dos segurados nos custos de atenção médica foi gradualmente ampliada por meio de repetidos pequenos acréscimos dos valores de co-pagamento desembolsados pelos segurados.

Tais intervenções 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). 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 GKV mantiveram-se na faixa de 5 a 6% do PIB, sendo a República Federal Alemã considerada como um dos países com maior sucesso na contenção dos gastos de saúde nos anos 80, mantendo, porém, o seu sistema de proteção original (Almeida, 1995; Poullier, 1990).

Até o final da década de 80, diferentemente de outros países, as medidas implementadas na Alemanha não significaram a escolha entre as alternativas mercado *versus* Estado ou competição *versus* regulação.⁸ A reorganização do GKV baseou-se especialmente no fortalecimento das funções de regulação pelos níveis intermediários de representação de interesses (Döhler, 1990; Döhler e Manow-Borgwardt, 1992). A tendência geral da legislação foi o fortalecimento da competência das Associações – de Caixas, de Hospitais, de Médicos Credenciados – para aumentar o seu controle sobre o comportamento dos prestadores individuais, ao mesmo tempo em que foi reforçada a influência, ainda que de modo restrito, das Caixas sobre as prestações (Deppe, 1987; Weber, 1988).

Amplios processos de negociação, com busca de consenso mais do que competição, e a forma dual de organização política – que inclui, além de representantes eleitos democraticamente, grupos ocupacionais e profissionais organizados em associações com funções semi-públicas – caracterizam a cultura política do país e condicionam as modalidades de reformas implementadas (Altenstetter, 1987). Na Alemanha, uma série de atores sociais participa e influencia a 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; Offe, 1994; Lehmbruch, 1996). Esta delegação da tarefa pública de proteção aos interessados, através da regulação da participação corporativa das partes envolvidas, é

⁸ Na Alemanha, estas questões entraram na agenda nos anos de 1990, período de reformas mais intensas.

uma das principais características do seguro social alemão. 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 na atenção ambulatoria) e delegada aos mesmos a responsabilidade de garantia da atenção. Os arranjos neocorporativos imbricados no sistema de proteção possibilitam inúmeras oportunidades de pontos de veto (Mayntz e Sharpf, 1995), ao mesmo tempo em que fortalecem a capacidade de implementar a política de saúde após consensuada (Altenstetter, 1997, p. 146).

Esta forma de regulação é consoante com o modelo de desenvolvimento econômico alemão, “economia social de mercado”, implementado após a segunda guerra mundial. Inicialmente formulado como oposição ao nazismo, aliou uma adequada intervenção estatal, responsável pela criação de estrutura delimitadora da operação da competição com políticas de estabilização e medidas anti-cíclicas. Na concepção deste modelo, o estado deveria administrar a competição, sendo a intervenção estatal necessária face à monopolização própria do capitalismo. Este padrão capitalista subentende estreitas relações entre economia e política social, ocorrendo uma “peculiar relação favorável entre salários reais elevados, proteção social ampla e aumentos sucessivos de produtividade” (Braga, 1999, p. 213).

Ao final dos anos 1980, a contenção no Seguro Social de Doença intensificou-se. Uma série de leis foi promulgada com o objetivo de estabilizar as taxas de contribuição do GKV. Os propósitos explícitos de desonerar o fator trabalho e defender a posição do capital alemão na competição internacional foram reforçados. Este processo, levado a cabo durante a década de 1990, ficou conhecido como ‘reforma da saúde’. Importante corte no ritmo das reformas foi marcado pela Lei da Estrutura da Saúde (*Gesundheitsstrukturgesetz* – GSG) de 1992, a qual resultou de uma “grande coalizão” setorial que uniu democratas-cristãos e social-democratas. Além de incluir componentes tradicionais de contenção, a Lei mudou o sistema de incentivos à prestação, provocou impacto nos interesses dos prestadores e modificou um dos elementos característicos do modelo de seguro social, ao abolir a adscrição compulsória de grupos ocupacionais a determinados tipos de Caixas de Doença. Visando

reforçar a competição entre as Caixas, a legislação possibilitou a liberdade de escolha da Caixa de Doença para a maioria dos contribuintes e introduziu um sistema de compensação da estrutura de riscos dos segurados entre as Caixas (*Risikostrukturausgleich*). Esta legislação introduziu a competição entre Caixas pela captação por segurados com repercussões importantes no sistema (Brown e Amelung, 1999). A aprovação em ampla coalizão desta importante legislação foi possibilitada por contexto político e econômico marcado por circunstâncias não usuais (Schulenburg, 1994; Stegmüller, 1996; Braun, 1995). A Alemanha enfrentava severa crise econômica decorrente dos altos custos do financiamento da unificação do país e da recessão global (Altenstetter, 1997, p. 137).

A última lei do governo conservador-liberal de 1997 diferenciou-se das etapas anteriores por intensificar as medidas restritivas. Com o objetivo de liberar mecanismos de mercado e concretizar a competição entre as Caixas de Doença, a fim de promover a estabilização das taxas de contribuição, foram definidos mecanismos drásticos de coação contra aumentos das taxas de contribuição, restringindo a autonomia das Caixas de Doença, e majorados os valores de co-pagamentos, aumentando a participação financeira direta dos pacientes (Giovanella, 2001).

As principais medidas aprovadas estiveram em claro descompasso com os diagnósticos mais apurados sobre os problemas da expansão dos gastos em saúde e de erosão das fontes de financiamento por meio de contribuições sociais vinculadas a salários. Não se dirigiram a soluções direcionadas a ampliar a receita; tampouco resolveram problemas na prestação e organização da assistência ou melhoraram controles sobre prestadores e produtores de insumos setoriais.

Com a vitória eleitoral da coalizão social-democrata/verdes, em outubro de 1998, as principais restrições introduzidas nas leis de 1997 foram revogadas. Nova legislação setorial foi aprovada em 1999: a Lei da Reforma do GKV 2000. Para a lei da 'Reforma 2000', três grupos de questões estiveram no centro da agenda pública:

- i) definição de um teto orçamentário global (*Globalbudget*) para o Seguro Social de Doença como um todo ao invés

- de orçamentos separados pelos setores ambulatorial, hospitalar e de assistência farmacêutica;
- ii) reordenação do mercado farmacêutico com a definição de lista de medicamentos a serem prescritos pelos médicos do GKV;
 - iii) promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde com a melhor integração do sistema de atenção e fortalecimento da posição dos pacientes (Am Orde, 1999; Sauerland, 2001).

Na Reforma do GKV 2000, as modalidades de intervenção selecionadas estão mais direcionadas aos problemas da atenção do que nas legislações anteriores, apresentando escopo mais amplo do que os objetivos estritos de contenção. Deste modo, enquanto na legislação aprovada em 1997 a ênfase fora em medidas restritivas da demanda, a Lei da Reforma do GKV 2000 introduziu diversos incentivos à reorganização da oferta de serviços e do modelo assistencial, estimulando a articulação entre os setores ambulatorial e hospitalar, a constituição do clínico geral como porta de entrada e a conformação de redes integradas de atenção. Importante estímulo para difusão de novos modelos foi dado por meio da permissão de sua implementação sem o consentimento prévio das Associações de Médicos das Caixas que, até então, detinham a palavra final nas decisões quanto a prestações ambulatoriais, bem como por meio da separação dos orçamentos para remuneração de clínicos gerais e de especialistas, e da criação de Comissões de Clínicos Gerais.

Com a política de saúde social-democrata/verdes, a posição das Caixas frente a prestadores e produtores de insumos foi fortalecida. Alterou-se a tradicional assimetria de poder caracterizada pela dominância dos prestadores, em particular os médicos. As Associações de Médicos das Caixas deixaram de ter o monopólio na definição de toda e qualquer modalidade de atenção ambulatorial e os clínicos gerais (*Hausarzt*) passaram a ter maior autonomia ao interior destas Associações. Na assistência farmacêutica, derivada da definição pela lei de uma “lista positiva” para medicamentos, a posição das Caixas foi reforçada frente à indústria farmacêutica, forte opositora deste tipo de medida.

Novas formas de organização da atenção no Seguro Social de Doença alemão

A formulação e implementação de mecanismos efetivos de articulação dos setores hospitalar e ambulatorial e da promoção de cuidados integrados até o meados dos anos de 1990 foi considerada um dos aspectos de menor sucesso nas políticas de saúde da Alemanha (Altenstetter, 1997, p. 158). Todavia, ainda que de forma pouco abrangente, as leis de 1997 facilitaram a diferenciação dos contratos das Caixas com os prestadores mediante a experimentação de novos modelos de organização, financiamento e remuneração das prestações. Deste modo, a difusão de inovações da organização da atenção experimentadas até então por algumas Caixas, na forma de projetos-piloto, foi estimulada ainda que com limitações: o modelo do médico generalista (*Hausarztmodell*) e consultórios em rede (*Vernetzen Praxen*). Em ambos os casos, os contratos somente poderiam ser negociados com as Associações de Médicos das Caixas (nem sempre favoráveis), e com prazos limitados. Pela Lei da Reforma do GKV 2000, todavia, uma Caixa pode negociar com grupos de médicos credenciados ou hospitais ou com as Associações de Médicos das Caixas (*Kven*). Deste modo, o direito de exclusividade destas Associações foi quebrado, sendo incentivada a concorrência entre prestadores.

As novas formas de atenção são introduzidas com o propósito de resolução de problemas quanto à expansão excessiva do volume de ações prestadas e de insuficiente integração ao interior do sistema (Schönbach, 1997, p. 68). A fragmentação e a falta de integração ao interior do sistema de atenção foram problemas reiteradamente diagnosticados mas tocados apenas de modo indireto por diversos procedimentos até então implementados. O incremento do papel dos clínicos gerais com a criação dos 'consultórios em rede', de esquemas do 'modelo do médico generalista' e de sistemas cooperativos entre clínicos gerais, especialistas e hospitais aprovados na Lei da Reforma 2000 têm por objetivo promover maior integração.

Todavia os objetivos de competição não foram abandonados. Através de formas diferenciadas de contratação de prestadores e mudanças na 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.

No modelo de médico generalista implementado 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 deve responsabilizar-se pela coordenação de seu tratamento, orientando-o sobre as possibilidades terapêuticas e as ações disponíveis, fazendo os encaminhamentos necessários. Pretende-se o manejo médico e social do caso. A orientação psicossocial, a prevenção e a reabilitação são 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).

O modelo de consultórios em rede (*vernetzen Praxen bei kombinierten Budgets*), implementado experimentalmente por Caixas de Empresas (BKK), envolve a criação de centros de atenção integrados com orçamentos combinados, por iniciativa dos próprios prestadores. Médicos de várias especialidades e outros profissionais de saúde compõem uma rede de atenção e partilham orçamento comum. Diversos critérios para admissão dos médicos no esquema são previstos, tais como: qualificação, conhecimentos em epidemiologia clínica, em ações psicossociais, experiência em trabalho cooperativo, prévia participação em círculos de qualidade. A estrutura organizacional, por sua vez, funda-se na comunicação entre prestadores por meio de redes internas de computadores, discussão de casos e sistema de segunda opinião, bem como no desenvolvimento de protocolos de conduta e terapêuticos (Richard e Schönbach, 1996).

Pretende-se que estas novas modalidades de atenção garantam 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 formas integradas de atenção facilitariam a introdução de mecanismos para a promoção da qualidade e eficiência, tais como a elaboração de protocolos de condutas para diagnóstico e tratamento de doenças específicas, discussão de casos, solicitação de pareceres, lista positiva de medicamentos (AG-KK, 1994, p. 21).

A participação dos prestadores e segurados nos novos modelos não é obrigatória. Ambos podem optar entre as formas inovadoras de organização da atenção e a forma tradicional. Como estímulo à escolha de um dos novos modelos de organização da atenção pelos segurados, as Caixas podem oferecer, bônus de adesão, na forma de retorno de parcela de suas contribuições (Bundestag 1999). Supõe-se que os segurados venham a optar por estas modalidades de atenção integrada, em virtude das vantagens que significariam em termos de qualidade e de coordenação da atenção.

Atenção primária

As novas modalidades de organização da assistência nas reformas recentes compartilham alguns pressupostos com as propostas de atenção primária,⁹ uma vez que as características constitutivas da atenção primária, segundo Barbara Starfield (1997, 2001), são: serviço de primeiro contato, longitudinalidade da relação clínico-paciente, integralidade dos serviços disponíveis para resolver grande parte das necessidades de saúde da população e coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos freqüentes e mais complexas. Assim entendidos, serviços de atenção primária requerem estar orientados para a comunidade conhecendo suas necessidades de saúde, centrar-se na família para bem avaliar como responder às necessidades e reconhecer as diferentes necessidades dos grupos populacionais (competência cultural). Com base em comparações internacionais, a autora aponta que uma “forte infra-estrutura de atenção primária facilita o alcance de equidade, efetividade e eficiência dos serviços de saúde” (Starfield, 1997, p. 687). Promovem a equidade porque respondem às necessidades de saúde, enquanto a efetividade e a eficiência decorreriam da prestação do cuidado pelo nível com maior competência para fazê-lo, pois quando os cuidados são prestados por serviços inapropriados produzem ações e custos desnecessários.

⁹ Atenção primária é um conceito antigo. Cunhado nos anos de 1920 para designar Centros de Atenção Primária no Reino Unido foi amplamente difundido com a Declaração da Organização Mundial de Saúde de Alma Ata em 1978 que propugnava “saúde para todos no ano 2000”.

Estudos demonstraram, por exemplo, que em locais com rede desenvolvida de cuidados primários, as taxas de hospitalização por condições evitáveis foram menores do que naquelas com maior disponibilidade de especialistas (Parchman e Culler, 1994 apud Starfield, 1997). Comparações internacionais entre países de industrialização avançada também mostram que os gastos de saúde são mais baixos em países com maior infra-estrutura de cuidados primários, e que os resultados de saúde, em geral, são melhores (Starfield, 2001, 2002). Nos países com atenção primária estruturada, o uso de tecnologias com aparelhos de grande porte é menor, enquanto as tecnologias intensivas no uso de recursos humanos são mais freqüentes (Starfield, 1997, p. 690).

Atenção gerenciada (managed care)

As novas formas de organização dos serviços de saúde, tanto no Reino Unido como na Alemanha, também estiveram inspiradas nos modelos estadunidenses de atenção gerenciada (*managed care*). Apresentam elementos similares ao *managed care* pois integram financiamento e prestação, visando mudar o comportamento dos prestadores; por conseguinte, pode-se apontar problemas comuns.

O termo *managed care* foi cunhado nos EUA e é referente a diversas medidas relacionadas à organização, distribuição e financiamento de assistência à saúde acessada por meio de seguros e planos privados, visando controlar gastos, implementadas com maior ênfase nas duas últimas décadas. Em geral *managed care* sumariza um conjunto de mecanismos empregados por seguros privados de saúde nos EUA tais seguros pretendem direcionar os pacientes para formas de tratamento menos dispendiosas, a partir da pré-definição do elenco de intervenções médicas e de protocolos de atenção, padronizando a atenção por meio de contratos nos quais os prestadores passam a assumir riscos financeiros.¹⁰ Os prestadores ambulatoriais (porta de entrada) assumem responsabilidades

¹⁰ O termo *managed care* é comumente empregado para designar empresas operadoras de plano de saúde de pré-pagamento, que fornecem assistência médica a grupos específicos por meio de negociação prévia de pagamentos e pacotes assistenciais e com co-responsabilização financeira dos prestadores (Almeida, 1997).

financeiras pelos gastos com ações de seguimento de seus pacientes, providas por outros prestadores. Usualmente um clínico geral assume o papel de porta de entrada (*gatekeeper*) para o conjunto de serviços ofertados pelo plano ou seguro de saúde ao qual o beneficiário está vinculado. Para garantir controle de gastos, as decisões sobre o processo de atenção deixam a esfera médica e são assumidas pelas instituições financiadoras e administradores das empresas de seguro (Ugá et al., 2002; Kraus et al., 1998; Igleart, 1994; Hillman et al., 1992).

Esses mecanismos vêm sendo difundidos pois, a partir da experiência dos EUA, são relacionados a efeitos positivos de menores custos deste tipo de sistema (redução dos prêmios dos seguros) e melhor estado de saúde de seus usuários. A expectativa dos defensores da introdução de mecanismos de gerenciamento da atenção na Alemanha é de que promoveria a qualidade e maior custo/efetividade ao guiar pacientes e prestadores pelo sistema de atenção. Este tipo de estratégia pressupõe que a participação dos prestadores – médicos e hospitais – nos riscos financeiros seria o 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 clientela mais saudável, o que redundaria em menores gastos. Pelo mesmo motivo, pressupõe-se também que os médicos realizariam os exames estritamente necessários, prescreveriam um mínimo de medicamentos (caso estivessem incluídos na cesta) e encaminhariam a especialistas ou solicitariam internação apenas quando estritamente necessário.

Os mecanismos de atenção gerenciada com objetivos estritos de controle de custos não são bem aceitos na Alemanha onde o tema *managed care* é controverso. Não se considera a introdução de empresas de *managed care* com todos mecanismos restritivos ou a privatização do financiamento como alternativas, todavia o tema vem sendo debatido em conexão com a implementação de projetos-piloto para a experimentação de novos modelos assistenciais.

Estudo realizado com especialistas do órgão de regulação da qualidade no Seguro Social de Doença (*Medizinische Dienst der*

Krankenversicherung) mostra que os especialistas consultados consideram o *managed care* incompatível com os princípios de solidariedade. Objetivos, resultados e mecanismos monetários do *managed care* são considerados contraditórios aos princípios do GKV (Gartner et al., 1999). Para uma reforma estrutural do GKV baseada em princípios de *managed care* não haveria aceitação suficiente, nem base legal (Künig e Seitz, 1999).

Estudos críticos difundidos na Alemanha com base na experiência americana salientam que os resultados dos esquemas de *managed care* americanos são positivos apenas em termos microeconômicos – alcançam controlar custos. Os autores apontam interferência de administradores de seguros de saúde nas decisões clínicas, risco de subassistência, importante insatisfação de médicos e usuários. Pacientes expressam perda de confiança no sistema de atenção e têm suas possibilidades de escolha reduzidas e referem recusa ou protelação de cuidados médicos sentidos como necessários. Médicos padecem sob riscos financeiros crescentes, redução de autonomia nas prescrições, nos encaminhamentos e na forma de administração de suas clínicas (Geraedts, 1998; Schwartz e Busse, 1994; Schlesinger, 1996; Bauer e Bach, 1998).

Alguns autores consideram que elementos do *managed care* poderiam ser aproveitados para a organização do sistema ambulatorial na Alemanha, adaptando-os (domesticando-os) e evitando os problemas evidenciados nos EUA (Knieps, 1996; Schucht e Kochen, 1998). Na experiência alemã, os aspectos da informação são particularmente enfatizados seja pelo lado dos pacientes, por meio de serviços de aconselhamento e orientação e ações de coordenação da atenção para os segurados – em especial, os doentes crônicos –, seja pelo lado dos prestadores, os médicos credenciados, que serão melhor informados quanto ao seu comportamento em termos de prescrições e encaminhamentos e a respeito da infra-estrutura local para bem guiar os pacientes através do sistema. Afora isso, discute-se que tanto prestadores como produtores – indústria médico-farmacêutica –, bem como os distribuidores – farmácias –, deveriam ser igualmente integrados a 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).

Por outro lado, há também aceitação para o estabelecimento do clínico geral (*Hausarzt*) como porta de entrada e com papel de coordenador na utilização de serviços especializados por parte dos segurados, especialmente entre os segurados do GKV que estão satisfeitos como seu clínico geral (mais da metade dos segurados afirmam acessar regularmente um *Hausarzt*) e entre os mais idosos (Himmel et al., 2000).

Com base na experiência americana é possível identificar problemas resultantes dos incentivos introduzidos por estas formas de relação entre seguradoras e prestadores. Todavia é de se supor que parte destes resultados não se apresente na Alemanha, pois os novos modelos propostos incorporam apenas alguns elementos do *managed care*, a proteção à saúde é pública e o aparato político-institucional alemão 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.

O debate em torno das novas formas organizacionais mostra também como medidas racionalizadoras podem 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 gerenciada nos EUA – ou concernentes às necessidades de maior articulação entre os prestadores para proporcionar atenção integral. Estes resultados dependerão das motivações bem como dos modos de regulação e de especificidades do processo de implementação em cada país.

Barbara Starfield (1997) busca diferenciar as medidas propostas de reorganização da atenção a partir das motivações. Diferencia a proposta de reorganização dos modelos assistenciais em contexto de reformas orientadas para o mercado e de reformas direcionadas a responder necessidades de saúde da população. Considera que, nas reformas orientadas para o mercado, os objetivos da atenção primária não seriam alcançados pois as medidas propostas de *managed care* centram o foco nos cuidados primários não por conta

de suas características básicas que os diferenciam em qualidade e efetividade, mas por conta de seus custos mais baixos. Nestas reformas, interesses financeiros de curto prazo e as diversas barreiras impostas ao acesso impedem adequados cuidados e minam a qualidade dos cuidados primários. A ênfase apenas no *gatekeeper*, com a redução da demanda por especialistas e a concomitante diminuição do uso de tecnologias pelos especialistas, por exemplo pode ser substituída por um uso cada vez maior de tecnologias inapropriadas pelo *gatekeeper* (Starfield, 1997, p. 690). Ao mesmo tempo, a competição entre operadoras de seguros de saúde leva a mudanças freqüentes de usuários entre planos com cestas de serviços mais vantajosas, impedindo a formação de vínculo usuário-clínico e a continuidade do cuidado. A integralidade do cuidado fica comprometida, pois a tendência é de não oferta de serviços cujos benefícios são esperados a longo prazo, como é o caso de algumas medidas preventivas que perdem prioridade. Por outro lado, considera que mesmo nos esquemas de *managed care* americanos a coordenação do cuidado pode ser melhorada pela ação do *gatekeeper*, contudo a oferta insuficiente do quadro de especialistas e a competição entre clínicos e especialistas dificultar esta coordenação. A coordenação do cuidado se realiza por tomada de decisão conjunta entre o clínico e o especialista, os quais não podem estar competindo pelos recursos financeiros. Sistemas colaborativos, mais do que os competitivos oferecem maior possibilidade de produzir conhecimentos acerca da distribuição dos problemas de saúde e sobre custo-efetividade das diversas estratégias de diagnóstico e tratamento.

Conclusão

A partir desta breve revisão, é possível afirmar que novos modelos integrados de atenção, ainda que difundidos com propósitos de redução de custos, podem contribuir para uma atenção mais efetiva. Todavia alerta-se que estas novas modalidades de organização da assistência à saúde têm alguns pressupostos compartilhados com concepções da atenção primária e também com aspectos de *managed care*. Por um lado promovem a prestação do cuidado pelo nível com maior competência para fazê-lo, pretendem a coordenação

pelo clínico geral das diversas ações e serviços necessários e, também, a continuidade e a integralidade da atenção. Por outro lado, estão informadas pelos esquemas de assistência gerenciada (*managed care*) difundidos a partir da experiência estadunidense e previamente implementados pelos conservadores como mecanismo de competição. Apresentam, assim, alguns riscos apontados para os esquemas implementados por seguros privados americanos tais como: redução das possibilidades de escolha dos pacientes, protelação de cuidados médicos necessários, redução acentuada da autonomia dos médicos, interferência dos administradores dos seguros de saúde (ou operadoras de planos de saúde) nas decisões médicas com incorporação de critérios financeiros nas decisões clínicas.

Na Alemanha, estas experiências são de difusão ainda limitada, contudo o sucesso de determinadas experiências pode vir a ter um efeito multiplicador gestando-se uma reforma incremental, como sugerido por Rathwell (1998) para o caso sueco.

Na Alemanha, no momento atual, é amplamente reconhecida, a necessidade de aprimorar a organização do sistema para promover a qualidade da atenção e reduzir custos, evitando-se ações inapropriadas desnecessárias e superposições. Medidas para a reorganização do sistema de atenção e conformação de novos modelos assistenciais foram defendidas, durante a discussão das reformas dos anos 90, pelas Associações de Caixas do Seguro Social de Doença, pela Central Sindical DGB e pelos partidos social-democrata e verde. Na lei aprovada em 1997, contudo, novos modelos assistenciais foram permitidos apenas enquanto projetos experimentais a serem monitorados por investigações avaliativas.¹¹ Na Lei da Reforma do GKV 2000 mudanças no modelo assistencial estiveram no centro do debate e a possibilidade de implementação de novos modelos foi ampliada de modo importante.

¹¹ Algumas iniciativas, contudo, datam da primeira metade dos anos de 1990, funcionando há quase dez anos.

Bibliografia

- ABEL-SMITH, B. The escalation of health care costs: How did we get there? In: OECD (Org.). *Health Care Reform: the will to change*. Paris: OECD, 1996. p. 17-30,
- ALBER, J. *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 1992.
- ALMEIDA, C. M. *As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?* Rio de Janeiro, 1995. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ALMEIDA, C. Reformas do Estado e reformas de sistemas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.
- ALTENSTTER, C.; BJÖRKMAN, J. M. *Health policy reform: national variation and globalization*. Londres: Macmillan Press, 1997.
- ALTENSTTER, C. An end to consensus on health care in the Federal Republic of Germany. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 12, n. 3, p. 505-536, 1987.
- _____. Health policy-making in Germany: stability and dynamics. In: ALTENSTTER, C.; BJÖRKMAN, J. M. (Ed.). *Health policy reform, national variation and globalization*. Londres: Macmillan Press, 1997. p. 137-159.
- AM ORDE, B. Politikwechsel im Gesundheitswesen: Übersicht und Bewertung. *Soziale Sicherheit, Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, v. 48, n. 1, p. 1-6, 1999.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN – AG-KK, *Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung*. Bonn: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 1994.
- BAUER, M.; BACH, A. Managed care: Auswirkungen auf das Gesundheitswesen der USA, insbesondere im Bereich Anästhesie und Intensivmedizin. *Anaesthetist*, v. 47, n. 6, p. 442-459, 1998.
- BINDMAN, A. B.; WEINER, J. P.; MAJEED, A. Primary Care Groups in the United Kingdom: quality and accountability. *Health Affairs*, n. 20, p. 132-144, 2001.
- BRAGA, J. C. de S. Alemanha: império, barbárie e capitalismo avançado. In: FIORI, J. L. (Org). *Estados e moedas no discurso das nações*, Petrópolis: Vozes, 1999. p.191-221.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Departamento de Atenção Básica/MS, 2001.
- BRAUN, B. Health Reform in Germany: the discovery of managed and solidaristic competition. In: ILLIFFE, S.; DEPPE, H. U. (Ed.). *Health*

- care in Europe: competition or solidarity?* Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften, 1995.
- BROWN, L.; AMELUNG, V. Manacled competition: market reforms in Germany health care. *Health Affairs*, v. 18, n. 3, p. 76-91, 1995.
- BUNDESTAG. *GKV - Gesundheitsreformgesetz 2000. Bundestag-Drucksache 14/2369* (15.12.1999).
- COLLINS, C; GREEN, A.; HUNTER, D. Health sector reform and the interpretation of policy context. *Health Policy*, n. 47, p. 69-83, 1999.
- DEPPE, H. U. *Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar*. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp, 1987.
- DEPPE, H.-U. *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystem: Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*. Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften, 2000.
- DÖHLER, M.; MANOW-BORGWARDT, P. Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. *Staatwissenschaften und Staatspraxis*, v. 3, n. 1, p. 64-106, 1992.
- DÖHLER, M. *Gesundheitspolitik nach der Wende. Policy Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Grossbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Edition Sigma, 1990.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM, – EOHCS. *Health Care System in Transition. Germany*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000. 122p.
- FISHER, P. The Reform of Reform of the British National Health Service. *Journal of Public Health Policy*, v. 20, n. 2, p. 138-148, 1998.
- FRANKE, R. Rechtsfragen der Planung, Finanzierung und Organization von Krankenhäusern. In: DEPPE, H. U.; FRIEDERICH, H.; MÜLLER, Rainer. (Org.). *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 1989. p. 41-63.
- FREEMAN, R. Competition in context: the politics of health care reform in Europe. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 10, n. 5, p. 395-401, 1998.
- GAERTNER, T. et al. Managed Care eine Perspektive für GKV? *Gesundheitswesen*, v. 61, n. 8-9, p.. 374-379, 1999.
- GERAEDTS, M. Wollen wir wirklich Managed Care? (Do we really want managed care?). *Gesundheitswesen*, v. 60, n; 8-9, p. 473-481, 1998.
- GERLINGER, T. *Wettbewerbsordnung und Honorarpolitik*. Frankfurt: Mabuse Verlag, 1997.
- GERLINGER, T.; GIOVANELLA, L.; MICHELSEN, K. Von der Kostendämpfung zum Systemwechsel. Zur dritten Stufe der Gesundheitsreform. *Z. Zeitschrift für Marxistische Erneuerung*, n. 29, p. 118-130, 1997.

- GIAIMO, S.; MANOW, P. Institutions and ideas into politics: health: care reform in Britain and Germany. In: ALTENSTETTER, C.; BJÖRKMAN, J. M.; (Ed.). *Health policy reform, national variations and globalization*. New York: St Martin's Press, 1997. p. 175-202.
- GIOVANELLA, L. *Solidariedade ou competição? Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- _____. *Entre a solidariedade e a subsidiariedade: políticas de contenção no Seguro Social de Doença Alemão: a "terceira etapa da reforma da saúde"*. Rio de Janeiro, 1998. Tese (Doutorado) –: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- _____. Entre o mérito e a necessidade: análise dos princípios constitutivos do Seguro Social de Doença Alemão. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 1, p. 133-146, 1999.
- GRIFFITH, B. Competition and containment in health care. *New Left Review*. n. 236, p. 24-51, 1999.
- HILIMAN, A. L.; WELCH, W. P.; PAULY, M. V. Contractual Arrangements Between HMOs and Primary Care Physicians: three-tiered HMOs and risk pools. *Medical Care*. v. 30, n. 2, 1992.
- HIMMEL, W.; DIETERICH, A.; KOCHEN, M. M. Will German patients accept their family physician as a gatekeeper? *Journal of General Internal Medicine*, v. 15, n. 7, p. 496-502, 2000.
- HSIAO, W. C. Comparing Health Care System: What Nations Can Learn from One Another. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. v. 17, n. 4, p. 570-593, 1992.
- IGLEART, J. Physicians and the Growth of the Managed Care. *New England Journal of Medicine*. v. 331, n. 17, p. 1167-1171, 1994.
- ILIFFE, S, MUNRO, J. New Labour and Britain's National Health Service: an overview of current reforms. *International Journal of Health Services*, v. 30, n. 2, p. 309-334, 2000.
- ILIFFE, S. The retreat from equity: consumerism, evidence and the shift towards a primary care in Britain's National Health Service. In: SCHMACKE, N. (Org.). *Gesundheit und Demokratie: Von der Utopie der sozialen Medizin*. Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften, 1999. p. 310-323.
- IMMERGUT, E. *Health politics. interest and institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press, 1992.
- IMMERGUT, E. As regras do jogo. A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n. 30, p. 139-164, 1992.
- KLEIN, R. *The Politics of the NHS*. New York: Longman, 1989.

- KNIEPS, F. Die Domestizierung von Managed Care – Chancen und Perspektiven neuer Formen des Gesundheitsmanagements. In: ARNOLD, M.; PAFFRATH, D. (Org.). *Krankenhaus-Report' 96. Schwerpunkt: Managed Care*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1996. p. 45-62.
- KRAUS, T. et al. Managed Care: Ein Beispiel für zukünftige strukturelle Entwicklungen im Gesundheitswesen. Gedanken zu einem Informationsbesuch in Direktion und Administration medizinischer Zentren im Osten der USA. *Chirurgie*, v. 69, n. 4, p. 404-11, 1998.
- KÜNIG, H. H., SEITZ, R. Managed Care in Deutschland. Sozialrechtliche und ökonomische Aspekte der Übertragbarkeit. *Gesundheitswesen*, v. 61, n. 10, p. 487-8, 1999.
- LABRA, M. E. Política e Saúde no Chile e no Brasil. Contribuição para uma comparação. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 6, n. 2, p. 361-367.
- LEHMBRUCH, G. Der Beitrag der Korporatismusforschung zur Entwicklung der Steuerungstheorie. *Politische Vierteljahresschrift*, v. 37, n. 4, p. 735-751, 1996.
- LIGHT, D.W. Managed Care in a New Key: Britain's strategies for the 1990s. *International Journal of Health Services*, v. 28, n. 3, p. 427-444, 1998.
- LONDOÑO, J. L. FRENK, J. *Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America*. Washington, DC: World Bank, 1995.
- LUJÁN, F. Y.; GÓMEZ, L. S. La reforma del sector de la salud en Colombia: un modelo de competencia regulada? *Revista Panamericana de Salud Publica*. v. 8, n. 1-2, p. 34-41, 2000.
- MCKINNON, M.; TOWNSEND, J.; WALKER, Z. Primary care: past and future. *Health Services Management Research*, n. 12, p. 143-148, 1999.
- MAYNTZ, R.; SCHARPF, F. W. Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus. In: R. MAYNTZ, R.; SCHARPF, F. W. (Org.). *Gesellschaftliche Selbstregulung und politische Steuerung* Frankfurt am Main: Campus, 1995.
- MOHAN, J. *A national health service? the restructuring of health care in Britain since 1979*. London: Macmillan Press, 1995.
- NUPES/DAPS. *Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em grandes centros urbanos*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2002.
- OECD. *New directions in health care policy*. Paris: OECD, 1995.
- _____. *Internal markets in the making: health systems in Canada, Iceland and the United Kingdom*. Paris: OECD, 1995a.
- OFFE, C. Atribuição de status público aos grupos de interesse. In: OFFE, C. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

- PIERSON, P. *The new politics of the welfare state*. Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, 1995. (ZeS-Arbeitspapier, n. 3/95)
- POULLIER, J. P. El afan por la eficiencia, una perspectiva internacional. *ICE. Información Comercial Española /Revista de Economía – Reformas Sanitarias Actuales*, 681/82, p. 7-26, 1990.
- RATH, T. Krankenhausreform: Chronik einer Reise ins Ungewisse. In: ARNOLD, M.; PAFFRATH, D. (Org.). *Krankenhaus-Report' 96. Schwerpunkt: Managed Care*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1996. p. 25-38
- RATHWELL, T. Implementing Health Care Reform: a Review of Current Experience. In: SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J.; SAKELLARIDES, C. (Ed.), *Critical challenges for health care reform in Europe*. Philadelphia: Open University Press, 1998. p. 385-399.
- REHNBERG, C. The Swedish Experience with Internal Markets. In: JÉROME-FORGET, M. et al. (Org.). *Health internal markets*. Montreal: The Institut for Research on Public Policy, The Brookings Institution, 1995. p.40-73.
- RICHARD, S.; SCHÖNBACH, K. H. German sickness funds under fixed budgets. In: GLENNERSTER, H.; SALTMAN, R. B. (Org.), *Fixing health budgets: experience from Europe and North America*. Chichester: John Wiley, 1996.
- SALTMAN, R. B. The context for health reform in the United Kingdom, Sweden, Germany and the United States. *Health Policy*, n. 41 (Supl.), p. 9-26, 1997.
- SAUERLAND, D. The German Strategy for Quality Improvement in Health Care: still to Improve. *Health Policy*. n. 56, p. 127-147, 2001.
- SCHLESINGER, M. Wahlfreiheit, gesteuerte Versorgung und gesteuerter Wettbewerb: Interaktionen und Extrapolationen. In: BEHRENS, J.; BRAUN, B.; MORONE, J.; STONE, D. (Org.). *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland*, Baden-Baden: Nomos Verlag, 1996. p. 177-194.
- SCHMITTER, P. Still the century of corporatism? *The Review of Politics*, n. 36, p. 85-131. 1974.
- SCHÖNBACH, K. H. Strukturverträge und Modellvorhaben in der GKV. *Arbeit und Sozialpolitik*, v. 51, n. 11/12, p. 64-71.
- SCHUCHT, C.; KOCHEN, M. Managed Care: Ein Modell auch für die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland? *Z. Ärztlichen Fortbild Qualitätssicherung*, v. 92, n. 10, p. 685-689, 1998.

- SCHULENBURG, J. M. G. von der. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care: a german perspective. *Social Science & Medicine*, v. 39, n. 10, p. 1473-1481.
- SCHWARTZ, F.; BUSSE, R. Die Zukunft des deutschen Gesundheitssystem. Vorschläge, Mythen und Aussichten. In: BLANKE, Bernhard (Org.). *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*, Opladen: Leske + Budrich. 1994. p. 403-421.
- STARFIELD, B. The future of primary care in a managed era. *International Journal of Health Services*. v. 27, n. 4, p. 687-696, 1997.
- STARFIELD, B. *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar e Comunitaria, Masson, 2001.
- STEGMÜLLER, K. *Wettbewerb im Gesundheitswesen: Konzeptionen zur «dritten Reformstufe» der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Frankfurt am Main: Verlag Akad. Schriften, 1996.
- STONE, D. *The Limits of Professional Power: National Health Care in the Federal Republic of Germany*. Chicago: University of Chicago Press, 1980.
- TAYLOR-GOOBY. The Future of Health Care in Six European Countries: the Views of Policy Elites. *International Journal of Health Services* v. 26, n. 2, p. 203-219, 1996.
- TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11. *Caderno*. Brasília, 2000. p. 261-281.
- UGÁ, M. A. D.; SANTOS, A. M. P.; PINTO, M. T. F.; PORTO, S. M. A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 245-262.
- VIANA, D´A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*. v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.
- WANEK, V. *Machtverteilung im Gesundheitswesen: Struktur und Auswirkungen*. Frankfurt am Main: VAS Verlag für Akademische Schriften. 1994.
- WASEN, J. Health Care Reform in the Federal Republic of Germany: the New and the Old Länder. In: ALTENSTETTER, C.; BJÖRKMAN, J. M. (ed.) *Health Policy reform, national variations and globalization*. New York: St Martin´s Press. 1997. p. 161-174.

- WEBER, D. Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. *Leviathan Zeitschrift für Sozialwissenschaft, Sonderheft*, n. 16, p. 156-203, 1988.
- WINDHOFF-HÉRITIER, A. Die Veränderung von Staatsaufgaben aus Politik wissenschaftlich-institutionellersicht. In: GRIMM, D. (Org.). *Staatsaufgabe*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch. 1996. p. 75-92.
- WÖRZ, M.; WISMAR, M. Green politics in Germany: what is green health care policy? *International Journal of Health Services*, v. 31, n. 4, p. 847-867.