Introdução

Lígia Giovanella

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GIOVANELLA, L. Introdução. In: *Solidariedade ou Competição?* Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, pp. 17-29. ISBN: 978-65-5708-097-9. <http://doi.org/10.7476/9786557080979.0003>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Welfare State: 20 anos de crise?

Não é recente a consideração de que os Estados de bem-estar social estariam em crise. Nos anos de 1950, a crise já fora assinalada (Titmuss, 1958; Briggs apud Hinrichs, 1994), mas foi com a recessão mundial, a partir de 1973-1974, que se difundiu amplamente a noção geral de uma 'crise'² dos *welfare states*.

No contexto de recessão econômica, enfatizou-se a discussão a respeito de 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 ideológicos.³ A mais disseminada, de cunho liberal, responsabilizou o *welfare state* 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 falta de incentivo ao trabalho e 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 &

² Em razão de o termo crise envolver descontinuidade, torna-se difícil admitir uma crise por tão longo tempo. Atualmente, consideram-se os *welfare states* como em processo de transição.

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 alocarem os recursos de maneira ótima.

Henrique, 1988; Offe, 1991). Apesar da fraca fundamentação empírica da concepção liberal conservadora, foi nesta noção de crise do *welfare state* que se inspiraram os esforços de contenção.

Outra tese difundida e, em certos aspectos, compartilhada por progressistas e conservadores é a que se refere à natureza financeira e fiscal da crise. O declínio econômico acentuaria as tendências estruturais ao estrangulamento da base de financiamento vinculada aos salários, uma vez que mudanças no mercado de trabalho produzem volume cada vez menor de trabalhadores ativos, de cujas contribuições depende crescente número de beneficiários.⁵

Ainda nesta linha, no campo da interpretação marxista, a crise inscrever-se-ia em uma crise fiscal do Estado, expressa no crescimento dos gastos públicos mais rápido 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 (Gough, 1979).

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 de 1970, com a redução do crescimento, segundo Offe (1983), voltam à cena os conflitos distributivos e restringem-se as bases de negociação, desfazendo-se o pacto e esgotando-se a virtuosa relação entre políticas sociais e políticas econômicas de corte keynesiano.

No início dos anos de 1980, 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 1980, 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. 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. Os resultados alcançados pelas políticas de governos conservadores nos países centrais – redução de despesas em programas específicos – foram menores do que o planejado.

⁵ As soluções contendo divergem. Para os progressistas, a questão estaria 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 estaria em definir cortes que garantam o equilíbrio das contas.

Diversos estudos que analisaram as políticas conservadoras desse período salientam a importância de aspectos institucionais – diferentes estruturas 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).

Nos anos de 1990, a questão da crise do *welfare state* foi reavivada em contexto de nova recessão econômica, de avanço da integração européia e de intensificação de processos que têm sido referidos à ‘globalização da economia’ – deslocamento rápido de capitais especulativos, expansão do comércio mundial, acirramento da competição internacional –, assim como em situação de desemprego crescente (Langan, 1993; Hinrichs, 1994).⁶ Não é possível, contudo, demarcar uma crise objetivada na ultrapassagem de determinado limite de gastos sociais com consequências definidas sobre a economia. As relações entre performance econômica e expansão de programas sociais são complexas e não lineares (Vobruba, 1989; Berger, 1990).

Na comparação entre nações, não se pode encontrar clara evidência da relação entre eficiência macroeconômica e níveis de proteção e de gastos sociais. 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). Não é possível provar que a expansão de programas sociais piora a performance econômica, nem que a boa performance econômica acompanha 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 porque o discurso político passa 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 vigentes, e menos por conta de manifestações objetivas (Hinrichs, 1994).

A concepção que se difunde nos anos 90 consiste na idéia de 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, açambarcar maiores fatias do mercado mundial para os capitais instalados no território nacional.⁷

⁶ Além do fim da guerra fria, o que também influenciou na intensificação das pressões para a redução de gastos sociais. Para uma abordagem abrangente do fenômeno da globalização, consulte Ianni (1995).

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. (continua)

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 distributivas,⁸ intensificaram-se os reclamos por sua redução. Os empresários pressionam pela redefinição entre auto-responsabilidade e solidariedade, em detrimento da última (Hinrichs, 1994). É nestes termos que se desenvolve o debate sobre o custo/posição da Alemanha na competição internacional (*Standort Deutschland*), 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 soberano e com capacidade de influenciar a produção econômica nos limites de seu território, o que significa que, ao mesmo tempo, aumentariam as restrições para a influência política dos diversos atores sociais, pois se estreita o campo de possibilidades de decisões do Estado nacional.

Contudo, 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. A reprodução social e da ordem política continuam subordinadas às esferas nacionais (Fleury, 1994; Fiori, 1995; 1995a).

A política social permanece como uma função dos Estados nacionais, ainda que sejam observadas tendências de seu enfraquecimento.⁹ As políticas sociais são afetadas por constrangimentos pelos quais passam os Estados nacionais em virtude da globalização do mercado econômico e acirramento da competição internacional, mas esse estado de coisas não implica a adoção de 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

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, entre outros. Contudo, mesmo que salários sociais altos fossem associados com performance econômica baixa, não se justifica afirmar que necessariamente ocorrerão ajustes convergentes nas políticas sociais.

⁸ A carga fiscal sobre atividades empresariais diminuiu de 21,2%, em 1980, para 13,5%, em 1993 (Schäffer, 1996a).

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).

(Hinrichs, 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, o objetivo, na visão dos defensores dos princípios de ‘livre mercado’, 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, 1994b).

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, porém, 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 complementares 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).

Por outro lado, uma orientação geral comum não implica na implementação de idênticos conteúdos das políticas. Os Estados nacionais enfrentam de diferentes modos os desafios impostos pelas condições inovadoras de competitividade decorrentes da globalização e pelos novos problemas sociais gerados pelo deslocamento dos capitais de modos diferenciado.

Características nacionais 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 siste-

mas de proteção diferenciados está condicionada não apenas pelas importantes diferenças no volume de benefícios entre os diferentes países da região, 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; desse modo, cortes acabam por produzir resultados diversos em cada país e tipo de proteção.

Os rumos das políticas conservadora-liberais 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 a complexidade dos processos setoriais; diferente daquela que subsume a proteção social contemporânea à esfera econômica, o que limita as possibilidades de construção de opções às políticas neoconservadoras, além de resultar em parcialização e incompreensão dos problemas.

Vale ainda lembrar que 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 por meio 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).

Proteção Social à Saúde: crise e 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.

Na área da proteção à saúde, a noção de crise também tem sido reiterada.¹⁰ Nos anos de 1960 e primeira metade dos 1970, período de mais forte expansão dos *welfare states*, os questionamentos advindos de movimentos críticos de diversas tendências dirigiam-se tanto à 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 e 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).

Seguindo-se à 'crise do *welfare*', a partir da segunda metade dos anos de 1970, em contexto de recessão econômica, a estas críticas somaram-se aquelas dos conservadores relativas aos custos 'excessivos' da assistência médica.¹¹ Desde então, a questão do incremento da eficiência macroeconômica tornou-se objetivo central das políticas de saúde, 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 amplo conjunto de fatores, 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.

Neste contexto, a intervenção estatal na área da saúde nos anos de 1980 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 principal esteve no controle dos gastos públicos em saúde.¹² As agendas de reformas neoconservadoras, segundo

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 de 1970, como é o caso da Inglaterra (Almeida, 1997), não estando a necessidade de contenção, portanto, baseada em desempenho inadequado, e sim sobre uma retórica da necessidade de contenção.

Almeida (1995), tiveram como premissas: privilégio do consumidor em detrimento do cidadão; inovações na organização e distribuição de serviços fundadas na assistência gerenciada, 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.

Na Alemanha, as reformas setoriais acompanharam estes movimentos, apresentando especificidade própria. Para os anos de 1990, o discurso da necessidade de contenção de gastos em saúde foi revitalizado e premissas similares impulsionaram as propostas neoconservadoras no campo sanitário neste país, cuja análise é objeto do presente livro. As reformulações implementadas e seus resultados, entretanto, não convergiram imediatamente para aqueles objetivos, dada a singularidade da proteção social alemã e de seus processos políticos.

O Seguro Social de Doença Alemão: estabilidade e contenção

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 Seguro Social de Doença (*Gesetzliche Krankenversicherung GKV*).

O *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) é parte de amplo sistema de proteção social, com o qual compartilha princípios e características básicas, conformando um dos cinco ramos de seguro social: seguro velhice, invalidez e morte (*Rentenversicherung*), seguro-doença (*Gesetzliche Krankenversicherung*), 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, contudo, 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 de 1950, 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 quando da sua criação pela Lei do Seguro-Doença dos Operários de 1883.

Na segunda metade dos anos de 1970, em contexto de desaceleração do crescimento econômico, uma política de gastos orientada pelas receitas foi assumida, sendo a República Federal Alemã (*Bundesrepublik Deutschland* - BRD), considerada como um dos primeiros países a implantar mecanismos de controle de gastos na área da saúde. Já em 1977, foi promulgada a primeira lei de contenção (*Kostendämpfungsgesetz*). Sempre que os gastos do GKV aumentaram mais que os salários, amplos debates foram promovidos pelo governo e concluídos pela promulgação de uma lei, tendo-se atingido certa estabilização dos gastos.

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, que foram os mais atingidos por serem tidos como essenciais à ‘flexibilização do mercado de trabalho’. Ao final dos anos de 1980, 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 especialistas e o apoio da social-democracia (Pierson, 1995).¹⁴ A estrutura básica do sistema permaneceu, entretanto, 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.

Os cortes na área social nos últimos anos na Alemanha, todavia, foram acompanhados pela criação e extensão de outros benefícios, como foi 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 não pode ser desvinculado do processo de contenção. Ao mesmo tempo em que

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 Todos os partidos, exceto o partido verde, apoiaram a reforma do sistema de previdência, aprovada em 1989.

significa que mais um risco social passou a ser assegurado solidariamente, sua criação teve também como propósito o alívio dos orçamentos 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. De todo modo, a criação do *Pflegeversicherung* expressa ampliação dos direitos sociais e indica a continuidade da importância política dos programas sociais.

Considerada como um dos países que obtiveram maior sucesso na contenção dos gastos de saúde nos anos de 1980, 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). 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. Paralelamente, a cota de participação direta e adicional dos segurados (co-pagamento) nos custos de atenção médica foi gradualmente ampliada.

As medidas implementadas até o final da década de 1980, 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 (Döhler, 1990).

O sucesso do caso alemão durante a década de 80 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 à tradição e capacidade reguladora do Estado alemão. 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 quanto ao comportamento dos prestadores individuais, no sentido da garantia de qualidade e eficiência e, ao mesmo tempo, reforçar a influência, até então restrita, das Caixas quanto à prestação (Deppe, 1987; Weber, 1988).

A regulação por meio das associações intermediárias foi intensificada de três formas. O fundamento macro constituiu-se na 'Ação Concertada em Saúde' – da qual participam representantes das principais organizações 'sociais pico' e setoriais –, que tem como objetivo promover a condução negociada global para o sistema. O segundo fundamento de regulação, visando à condução mais restrita, conforma-se pelas 'comissões conjuntas', constituídas pelas associações das Caixas e dos Médicos das Caixas, organizadas em nível federal e estadual, e pelas

negociações entre Caixas e as associações dos diversos prestadores. O terceiro fundamento está na auto-regulação interna às próprias associações de prestadores. Este processo de regulação negociada significou diminuição da autonomia dos prestadores individuais e maior competência das Caixas no monitoramento de custos, planejamento de necessidades e garantia de qualidade (Alber, 1992).

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. Este modelo aliou uma adequada intervenção estatal, responsável pela criação de estrutura delimitadora da operação da competição com políticas de estabilização e medidas anticíclicas. 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, 1999:213).

Ao final dos anos de 1980, 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’ e constituiu-se em três etapas.

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 (catálogo de ações) de 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, de 1992, visou a estabilizar as taxas de contribuição por meio 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. Estabeleceu ainda tetos orçamentários por setor de atenção. Aumentos nos respectivos orçamentos foram condicionados à taxa média de aumento da receita do conjunto das Caixas (Schulenburg, 1994; Stegmüller, 1996a; Braun, 1995).

A ‘terceira etapa da reforma da saúde’, concretizada nas Leis de Reordenação do Seguro Social de Doença e promulgada em 1997, deu seqüência à Lei da Estrutura da Saúde, viabilizando a competição entre as Caixas e, ao mesmo tempo, diferenciou-se das etapas anteriores por intensificar as medidas restritivas.

O foco da análise do processo de contenção dos anos de 1990 realizada neste trabalho centra-se nesta ‘terceira etapa da reforma’ do Seguro Social de Doença (GKV), na qual a coalizão conservadora-liberal 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 conservadora-liberal, foi a diminuição dos custos sociais do trabalho, condição tida como prévia à melhoria da posição do capital alemão no mercado mundial.

Este propósito acarretou a subordinação das políticas setoriais às políticas econômicas, restringindo e direcionando as escolhas. Embora o incremento dos gastos em saúde possa ser em grande parte creditado à forma e à organização da prestação dos serviços, foram eleitas pela coalizão governamental medidas principalmente restritivas e que podem ser classificadas como de ‘racionalização da demanda’. Em virtude da forte vinculação aos interesses econômicos, os objetivos setoriais de eficiência microeconômica foram preteridos, priorizando-se o controle de déficits e o alcance de eficiência macroeconômica por meio do co-pagamento e outras medidas restritivas. Assim, nesta etapa de reforma, observa-se a tendência à privatização parcial que se estabelece pelo deslocamento de parte do financiamento público e solidário para os domicílios privados: uma privatização parcial dos riscos de adoecer.¹⁵

A Pesquisa

O objeto da análise do presente livro esteve direcionado às reformas do sistema de proteção à saúde nos anos de 1990. A opção, ao editar este livro, contudo, 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. Tal opção permite ao leitor uma compreensão mais detalhada dos diversos aspectos da proteção social ao risco de adoecer contemporânea na Alemanha, assim como das especificidades do processo recente de reformulação setorial. No exame das reformas, optou-se por uma análise do conjunto dos mecanismos de contenção de forma não extensiva – em especial, a competição e o co-pagamento – e dos processos políticos subjacentes, renunciando-se a uma análise detalhada de cada uma das medidas propostas e/ou implementadas.¹⁶

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

¹⁶ Para uma análise detalhada das medidas implementadas, consulte Giovanella, 1998.

A pesquisa para a preparação do presente estudo foi realizada durante o período em que participei 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 Capes, do Ministério da Educação, em convênio com o Daad e com o apoio da Fundação Oswaldo Cruz, na qual cursei o doutorado.

O estudo incluiu revisão bibliográfica, análise documental, consolidação de dados secundários e entrevistas. A revisão de literatura internacional teve por base, especialmente, a de língua alemã recente. Esta escolha dá à pesquisa um certo viés: o da visão alemã no que se refere a medidas de contenção inicialmente formuladas para outros países, a exemplo dos EUA. Entretanto, tal opção agrega novas interpretações e realça aspectos distintos.

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, ampla literatura setorial foi consultada.

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

Algumas entrevistas com integrantes de organizações setoriais foram efetuadas 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 texto.

A diversidade e abrangência das fontes permitiu análise detalhada e clara compreensão das reformas e da organização dos sistemas de proteção e atenção à saúde na Alemanha. Os resultados dessa pesquisa são apresentados nos capítulos subseqüentes.