**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Tendências e contratendências de
mercantilização: as reformas dos sistemas de
saúde alemão, francês e britânico**

Mariana Ribeiro Jansen Ferreira

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de
Doutor em Ciências.**

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

**São Paulo
2016
(versão revisada)**

Tendências e contratendências de mercantilização: as reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico

Mariana Ribeiro Jansen Ferreira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

**São Paulo
2016
(versão revisada)**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Jansen Ferreira, Mariana Ribeiro

Tendências e contratendências de mercantilização : as reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico / Mariana Ribeiro Jansen Ferreira; orientador Áquilas Nogueira Mendes. -- São Paulo, 2016.
297 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2016.

1. mercantilização. 2. reforma dos sistemas de saúde. 3. Alemanha. 4. França. 5. Reino Unido. I. Nogueira Mendes, Áquilas, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

A realização desta tese só foi possível a partir de diversos apoios acadêmicos, pessoais e financeiros.

Primeiramente, agradeço meu orientador Áquilas Nogueira Mendes, pela confiança concedida na execução do trabalho, pelo apoio entusiasmado e pelas discussões ao longo desses quatro anos, como orientador, como colega na PUC-SP e de tantas pesquisas, reflexões e projetos.

Agradeço também a todos os professores e colegas que contribuíram, por meio das disciplinas realizadas na USP e pelos encontros do grupo de pesquisa “Reflexões sobre o pensamento social em saúde”, para a ampliação de horizontes e para que uma economista pudesse compreender mais sobre o mundo da saúde pública. Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública, por toda atenção dispensada.

Agradeço às professoras Áurea Ianni e Elaine Behring, pelos comentários e direcionamentos no exame de qualificação. No procedimento de “pré-banca” e na defesa (versão corrigida), meu muito obrigada pela disponibilidade da leitura atenciosa, das críticas e sugestões enriquecedoras das professoras Áurea Ianni, Lígia Giovanella, Rosa Marques e Sulamis Dain.

Devo ao professor Philippe Batifoulier um agradecimento especial, pela receptividade com a qual me recebeu para a co-orientação na Universidade Paris Nanterre (Paris 10). Suas sugestões de leitura, discussões e o contato com outros pesquisadores franceses, ingleses e alemães possibilitaram um aprofundamento no tema que, possivelmente, seria impossível de ser realizado no Brasil. Dentre os pesquisadores, agradeço imensamente à Christine André, cuja profundidade de conhecimento sobre a Teoria da Regulação e sobre os sistemas de saúde europeus é proporcional à sua gentileza e paciência para a reflexão. Agradeço também aos colegas da Paris 10 pelos debates realizados, principalmente a Nicolas da Silva, pelas sugestões e cuidadosa leitura das minhas considerações sobre as reformas na França.

A realização dessa tese também contou com duas importantes contribuições financeiras. Primeiro, agradeço à Capes, por viabilizar minha estadia na Europa, entre janeiro e agosto

de 2014, para a realização do doutorado-sanduiche, no âmbito do Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior – PDSE. Em segundo, agradeço à PUC-SP, nos termos do Plano de Incentivo à Pesquisa – PIPEq, modalidade capacitação docente, pela contribuição financeira nos últimos seis meses de redação da tese.

Agradeço a todos os colegas-professores e às funcionárias do Departamento de Economia da PUC-SP, que acompanharam e apoiaram a realização dessa empreitada. Um especial agradecimento à Ana Hutz, à Renata, à Samira e ao Patrick, pelo apoio moral, a todo tempo.

Aos meus amigos queridos, pela preocupação, pelo questionamento, pelo ombro. Às minhas amigas-irmãs, Ucha (obrigada por compreender tão bem as agruras de uma tese!), Kimie, Talita, Carol, Silvia e a todos aqueles que me apoiaram e se solidarizaram nos momentos de entusiasmo e de angústia.

À minha família, por serem o fundamento. Aos meus pais, Sergio e Sílvia, a quem devo o desejo de aprender, de ler, de me tornar melhor. Vocês possibilitaram muito mais do que excelentes estudos; criaram o apreço pelo saber, a base do que me faz pesquisadora (e professora). Aos meus irmãos, Daniel e Fábio, pelo carinho, pela preocupação, pelo pensamento, estando perto ou longe.

Ao meu companheiro Rafael. Seu apoio assumiu todas as formas possíveis: um leitor atento e crítico; um questionador apurado; um debatedor a todos os momentos, o que envolveu manhãs de sábado e madrugadas. Compreensivo com as minhas obsessões, paciente com minhas ausências, carinhoso e presente. Sempre. Obrigada por tornar a realização deste trabalho possível.

JANSEN-FERREIRA, M. R. **Tendências e contratendências de mercantilização**: as reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. 2016. Tese – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2016.

RESUMO

Ao longo dos últimos trinta anos, entre meados das décadas de 1980 e 2010, os sistemas de saúde da Alemanha, França e Reino Unido foram reformados, gerando uma crescente mercantilização no financiamento e na prestação de serviços. O trabalho analisa as raízes dessas mudanças, assim como identifica que a mercantilização não ocorreu nem mediante os mesmos mecanismos e nem com a mesma profundidade, havendo importante inércia institucional. As diferenças observadas atestam as especificidades de cada país, em termos de seu contexto econômico, de seus arranjos políticos, das características institucionais de cada sistema e das formas que assumiram os conflitos sociais (extra e intra sistema de saúde). Os sistemas de saúde alemão, francês e britânico, enquanto sistemas públicos de ampla cobertura e integralidade, são frutos do período após a Segunda Guerra Mundial. Um conjunto de fatores contribuiu para aquele momento histórico: os próprios impactos do conflito, que forjaram a ampliação na solidariedade nacional e a maior pressão por parte dos trabalhadores; a ascensão socialista na União Soviética; o maior apoio à ação e ao planejamento estatal; o forte crescimento econômico, fruto da emergência de um regime de acumulação fordista, pautado na expansão da produtividade. A acomodação do conflito capital-trabalho, neste contexto, ocorreu mediante a expansão dos salários reais e ao desenvolvimento do Estado de bem-estar social, ou seja, de políticas públicas voltadas à criação e/ou ampliação de uma rede de proteção social. No entanto, a crise econômica da década de 1970 corroeu a base de financiamento e gerou questionamentos sobre sua eficiência, em meio à transformação do regime de acumulação de fordista para financeirizado, levando à adoção de reformas constantes ao longo das décadas seguintes. Além disso, as transformações específicas do setor saúde complexificaram a situação, tendo em vista o crescente envelhecimento populacional, a demanda por cuidados mais amplos e complexos e, principalmente, os custos derivados da incorporação tecnológica. Este cenário impulsionou a implementação de uma série de alterações nesses sistemas de saúde, com destaque para a incorporação de mecanismos de mercado (como a precificação dos serviços prestados, a indução à concorrência entre prestadores de serviços), o crescimento da responsabilidade dos usuários pelo financiamento do sistema (como o aumento nos co-pagamentos e a redução na cobertura pública) e a ampliação da participação direta do setor privado na prestação dos serviços de saúde (realizando os serviços auxiliares, a gestão de hospitais públicos, comprando instituições estatais). No entanto, de forma simultânea, as reformas ampliaram o acesso e a regulamentação estatal, além da modificação na base de financiamento, principalmente na França. Isto significa que a mercantilização não foi o único direcionamento das reformas, em decorrência de dois fatores principais: a própria crise econômica expulsou parcela da população dos mecanismos pós-guerra de proteção à saúde, demandando reação estatal, e diferentes agentes sociais influenciaram nas mudanças, bloqueando ou ao menos limitando um direcionamento mercantil único.

Palavras-chave: Mercantilização; Reformas dos sistemas de saúde; Alemanha; França; Reino Unido.

JANSEN-FERREIRA, M. R. [**Marketisation tendencies and countertendencies: the Germany, French and British healthcare systems reforms**]. 2016. Thesis – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Portuguese.

ABSTRACT

Over the last thirty years, between mid-1980 and 2010 decades, Germany, France and the United Kingdom healthcare systems have been renovated, creating a growing marketisation in the financing and provision of services. This Thesis analyzes the roots of these changes, and identifies that marketisation did not take place or by the same mechanisms nor with the same depth, with important institutional inertia. The observed differences attest to the specificities of each country in terms of its economic context, their political arrangements, the institutional characteristics of each system and the different social conflicts (intra and extra healthcare system). The German, French and British health systems, while public systems of broad coverage and completeness, are the result of the period after the II World War. A number of factors have contributed to that historic moment: the very impact of the conflict, which forged the expansion on national solidarity and greater pressure from workers; the rise of socialism in the Soviet Union; a bigger support for action and state planning; strong economic growth, thanks to the emergence of a Fordist accumulation regime, based on the productivity expansion. The accommodation of the capital-labor conflict in this context occurred through the real wages expansion and the development of the Welfare State, ie public policies for the creation and / or expansion of a social safety net. However, the 1970s economic crisis eroded the funding base and raised questions about its effectiveness amid the transformation of Fordist accumulation regime in a finance-led one, leading to adoption of constant reforms over the next several decades. In addition, specific health sector transformation complicate the situation, given the growing population aging, the demand for broader and more complex care, and especially the costs derived from technological resources. This scenario boosted the implementation of a number of changes in the three systems, with emphasis on the incorporation of market mechanisms (such as the pricing of services, the induction of competition between service providers), the growth of the responsibility of users for funding the system (such as the increase in co-payments and the reduction in public coverage) and the expansion of the direct participation of the private sector in the provision of health services (performing ancillary services, public hospitals management, purchasing state institutions). However, simultaneously, the reforms expanded access and state regulation in addition to the change in funding base, mainly in France. This means that marketisation was not the only direction of the reforms, due to two main reasons: the very economic crisis drove portion of the population of post-war health protection mechanisms, requiring state reaction, and different actors influenced the changes, blocking or at least limiting a single market direction.

Key-words: marketisation; healthcare systems reforms; Germany; France; United Kingdom.

Sumário

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1: BASES TEÓRICAS E HISTÓRICAS PARA COMPREENSÃO DA CRISE NOS SISTEMAS DE SAÚDE EUROPEUS.....	27
1.1 BASE TEÓRICA – TEORIA DA REGULAÇÃO.....	28
1.1.1 O Estado: Embasamento Teórico	35
1.2 O REGIME DE ACUMULAÇÃO FORDISTA.....	40
1.2.1 Regime Fordista: Especificidades da Alemanha, França e Reino Unido .	44
1.2.2 O Estado de Bem-Estar Social e seu Papel-Chave	49
1.2.3 O Estado de Bem-Estar Social: Especificidades da Alemanha, França e Reino Unido	55
1.3 CRISE DO FORDISMO: PERCEPÇÕES SOBRE O PÓS-FORDISMO E OS IMPACTOS SOBRE OS ESTADOS DE BEM-ESTAR SOCIAL.....	59
1.3.1 Crise do Fordismo: Especificidades da Alemanha, França e Reino Unido 63	
1.3.2 A Crise do Estado de Bem-Estar Social e seus Desdobramentos	71
1.3.3 A Crise do Estado de Bem-Estar Social: Especificidades da Alemanha, França e Reino Unido.....	75
1.4 PÓS-FORDISMO: REGIME DE ACUMULAÇÃO E ESTADO DE BEM- ESTAR SOCIAL FINANCEIRIZADOS	80
1.4.1 Pós-Fordismo: Especificidades da Alemanha, França e Reino Unido	88
CAPÍTULO 2: OS SISTEMAS DE SAÚDE NA ALEMANHA, FRANÇA E REINO UNIDO – CONSTITUIÇÃO E REFORMAS.....	93
2.1 RESTRIÇÕES DO ACESSO À SAÚDE: O PRÉ SEGUNDA GUERRA MUNDIAL.....	96
2.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO E GENERALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: O PÓS SEGUNDA GUERRA MUNDIAL	101
2.3 PROBLEMAS E ESPECIFICIDADES DO SETOR SAÚDE.....	110
2.3.1 Características e Especificidades da Crise no Setor Saúde	110
2.3.2 Organismos Europeus e Internacionais	116
2.4 REFORMAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS GERAIS 119	
2.4.1 Controle de Custos	125
2.4.2 Ampliação na Base de Financiamento.....	127
2.4.3 Descentralização (Parcial) da Gestão e Alocação de Recursos.....	130
2.4.4 Aumento na Regulamentação.....	133
2.4.5 Ampliação da Cobertura.....	136
2.4.6 Ampliação do Setor Privado e dos Mecanismos de Mercado – Mercantilização	138
CAPÍTULO 3: ANÁLISE COMPARADA DAS REFORMAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA ALEMANHA, FRANÇA E REINO UNIDO – INSTRUMENTOS DE MERCANTILIZAÇÃO	141
3.1 MERCANTILIZAÇÃO EXPLÍCITA: FINANCIAMENTO	149

3.1.1	Pagamento Direto / Co-Pagamento	152
3.1.2	Seguro Privado	156
3.2	MERCANTILIZAÇÃO EXPLÍCITA: OFERTA.....	160
3.2.1	Terceirização de Serviços Auxiliares	161
3.2.2	Atendimento de Pacientes Privados na Estrutura Pública de Atendimento 163	
3.2.3	Incorporação do Setor Privado na Oferta de Serviços.....	164
3.2.4	Gestão Privada de Instituições Públicas	166
3.2.5	Transferência de Propriedade ao Setor Privado (Privatização <i>Stricto Sensu</i>) 168	
3.2.6	Fusões e Aquisições	170
3.3	MERCANTILIZAÇÃO IMPLÍCITA: FINANCIAMENTO	173
3.3.1	Parceria Público-Privada (PPP).....	174
3.3.2	Ampliação da Concorrência entre Caixas de Saúde.....	178
3.4	MERCANTILIZAÇÃO IMPLÍCITA: OFERTA	179
3.4.1	Nova Gestão Pública (<i>New Public Management</i>)	180
3.4.2	Aumento da Concorrência entre Prestadores de Serviço.....	186
3.4.3	Pagamento por Desempenho – Hospitais	189
3.4.4	Pagamento por Resultado – Médicos	194
CAPÍTULO 4: ANÁLISE INSTITUCIONAL DAS REFORMAS NA ALEMANHA, FRANÇA E REINO UNIDO – CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONAIS, AGENTES SOCIAIS E ARRANJOS POLÍTICOS.....		199
4.1	ARRANJOS INSTITUCIONAIS	202
4.2	AGENTES SOCIAIS.....	205
4.2.1	Estado / Regiões	208
4.2.2	Médicos	212
4.2.3	Parceiros Sociais.....	220
4.2.4	População / Usuários	224
4.2.5	Setor Privado: Seguradoras e Prestadores de Serviço	229
4.2.6	Indústria Farmacêutica	232
4.2.7	Agentes Específicos.....	241
4.3	ARRANJOS POLÍTICOS	244
CONCLUSÃO.....		257
REFERÊNCIAS		271

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Visão esquematizada nas noções de base da Teoria da Regulação.	33
Figura 2: Classificação da mercantilização dos sistemas de saúde – tipologia.	143
Figura 3: Classificação da mercantilização dos sistemas de saúde – Alemanha, França e Reino Unido.....	144

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Produtividade-hora do trabalho, relativa aos Estados Unidos (base 100), Alemanha, França e Reino Unido, 1950 a 1980.....	47
Gráfico 2: Participação da renda do trabalho na renda total (%), Alemanha, França e Reino Unido, 1970 a 2010.....	66
Gráfico 3: Taxa de capitalização de mercado (em % do PIB), Alemanha, França e Reino Unido, 1981 a 2009.	90
Gráfico 4: Taxa de fecundidade em número índice (base 100 = 1960), Alemanha, França e Reino Unido, 1960 a 2012.	112
Gráfico 5: Número de leitos totais (por 100.000 habitantes), Alemanha, França e Reino Unido, 2000 a 2013.	184

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Características das formas institucionais e do modo de regulação fordista: Alemanha, França e Reino Unido.....	45
Quadro 2: Principais tendências de mudança na proteção social, Alemanha, França e Reino Unido, 1980 a 2000.....	79
Quadro 3: Evolução dos mecanismos de proteção à saúde, Alemanha, França e Reino Unido, Século XIX.	98
Quadro 4: Evolução dos mecanismos de proteção à saúde, Alemanha, França e Reino Unido, 1900-1940.....	100
Quadro 5: Principais características dos Sistemas Sociais de Saúde, Alemanha, França e Reino Unido, após 1945 até a década de 1970.	103
Quadro 6: Principais características das Caixas de Saúde, Alemanha e França, 1945 até década de 1970.	106
Quadro 7: Classificação própria das principais reformas dos sistemas de saúde, Alemanha, França e Reino Unido, décadas de 1980, 1990 e 2000.	122
Quadro 8: Principais características da mercantilização dos sistemas de saúde, Alemanha, França e Reino Unido, décadas de 1980, 1990 e 2000.	146
Quadro 9: Fusões e aquisições do setor saúde, casos ilustrativos, Europa, 1986 a 2007.	172
Quadro 10: Características institucionais selecionadas, Alemanha, França e Reino Unido comparação entre 1970 e 2014.	204
Quadro 11: Políticas de regulamentação dos preços de medicamentos, Alemanha, França e Reino Unido, 2003.....	237

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Produtividade do trabalho, média das taxas anuais de crescimento (%) por hora trabalhada, Alemanha, França e Reino Unido, 1971 a 1995.	63
Tabela 2: Produtividade do trabalho, média das taxas anuais de crescimento (%) por hora trabalhada no setor industrial, Alemanha, França e Reino Unido, 1950 a 1985.	64
Tabela 3: Taxa de lucro bruto ¹ , média do setor manufatureiro (%), Alemanha, França e Reino Unido, 1960 a 1982.	64
Tabela 4: Principais indicadores econômicos em taxas anuais ou médias anuais (%), Alemanha, França e Reino Unido, 1962 a 1993.	65
Tabela 5: Financiamento da proteção social ¹ , receita corrente por categoria (em % da receita total), Alemanha, França e Reino Unido, 1980 a 2010.	76
Tabela 6: Despesas públicas com proteção social ¹ (em % do PIB), Alemanha, França e Reino Unido, 1980 a 2010.	77
Tabela 7: Taxa de financeirização das famílias ¹ , Alemanha, França e Reino Unido, 1986 a 2005.	89
Tabela 8: Ativos financeiros em posse de investidores institucionais (em % PIB), Alemanha, França e Reino Unido, 1992 a 2012.	89
Tabela 9: Gasto em saúde, indicadores diversos, Alemanha, França e Reino Unido, 1960 a 2013.	94
Tabela 10: Evolução da expectativa de vida ao nascer e mortalidade infantil (a cada 1.000 nascimentos), Alemanha, França e Reino Unido, 1960 e 2013.	95
Tabela 11: Carga tributária (como % PIB), Alemanha, França e Reino Unido, 1970 a 2013.	111
Tabela 12: Saldo do regime geral da Seguridade Social, cada ramo e total (em € bilhões), França, 1998 a 2014.	115
Tabela 13: Gasto privado em saúde (em % do gasto total em saúde), Alemanha, França e Reino Unido, 1960 a 2013.	149
Tabela 14: Despesa em saúde, por agente financiador privado (em % do gasto privado total), Alemanha, França e Reino Unido, 2013.	150
Tabela 15: Co-pagamento nos sistemas de saúde, Alemanha, França e Reino Unido, 2014.	152
Tabela 16: Distribuição de propriedade dos hospitais nos sistemas públicos de saúde (como % do número de leitos), Alemanha, França e Reino Unido, 2009.	169
Tabela 17: Fusões e aquisições do setor saúde na Europa, países com maior participação, 1990 a 2009.	171
Tabela 18: Ampliação do quadro de pessoal no NHS, categorias selecionadas, Reino Unido, 1997 a 2005.	183
Tabela 19: Indústria farmacêutica, dados diversos, Alemanha, França e Reino Unido, 2012.	234
Tabela 20: Gastos públicos com medicamentos (como % do gasto público total em saúde e em termos per capita), Alemanha, França e Reino Unido, 1980 a 2010.	235

LISTA DE SIGLAS

ACS	Aide à la Complémentaire Santé
ALD	Affections de Longue Durée
AME	Aide Médicale de l'État
ARH	Agences Régionales d'Hospitalisation
ARS	Agences Régionales de Santé
BMA	British Medical Association
BUPA	British United Provident Association
CCG	Clinical Commissioning Group
CDU	Christlich Demokratische Union
CGT	Confédération Générale du Travail
CHI	Commission for Health Improvement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle – Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CSG	Contribution Sociale Généralisée
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français
CSU	Christlich Soziale Union
CQC	Care Quality Commission
CQUIN	Commissioning for Quality and Innovation
DHA	District Health Authority
DHSS	Department of Health and Social Security
DRG	Diagnosis Related Group
DTC	Diagnostic and Treatment Centre
EUROSTAT	Gabinete de Estatísticas da União Europeia
FDP	Freie Demokratische Partei
FMF	Fédération des Médecins de France
FMI	Fundo Monetário Internacional
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GP	General Practitioner
HAS	Haute Autorité de Santé
HMO	Health Maintenance Organization

HRG	Healthcare Resource Group
IDE	Investimento Direto Estrangeiro
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IR	Imposto de Renda
ISTC	Independent Sector Treatment Centre
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LIFT	Local Improvement Finance Trust
MG France	Médecins Généralistes de France
NICE	National Institute of Clinical Excellence
NHI	National Health Insurance
NHS	National Health Service
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie
PCG	Primary Care Group
PCT	Primary Care Trust
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PFI	Private Finance Initiative
PIB	Produto Interno Bruto
PKV	Private Krankenversicherung
PPP	Parceria Público-Privada
PPRS	Pharmaceutical Price Regulation Scheme
RAWP	Resource Allocation Working Party
RHA	Regional Health Authority
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RSA	Revenu de Solidarité Active
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SHA	Strategic Health Authority
SML	Syndicat des Médecins Libéraux
UE	União Europeia
UK	United Kingdom
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
US	United States

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde da Alemanha, França e Reino Unido se desenvolveram a partir das experiências incipientes dos séculos XVIII e XIX, tornando-se mais amplos e complexos após a Segunda Guerra Mundial, quando se deu a efetiva criação de sistemas de saúde públicos (sejam eles nacionais ou inseridos em uma lógica de seguros sociais). Estes sistemas foram criados como parte de amplas estruturas de proteção social, possibilitadas pela emergência de um regime específico de acumulação, denominado fordismo. Este regime de acumulação foi marcado pelo forte crescimento econômico, acompanhado de um contexto de quase pleno emprego e de aumento dos salários reais, *pari passu* à elevação da produtividade, bem como da ampliação do planejamento e do gasto público. A trajetória dos orçamentos públicos deste período decorre justamente da generalização e intensificação do recurso às políticas sociais como forma de acomodação do conflito capital-trabalho, forjando os Estados de bem-estar social.

No entanto, desde a década de 1970, o regime de acumulação fordista passou a apresentar sinais de esgotamento, refletidos na queda do ritmo de crescimento do produto nacional, aumento do desemprego e aceleração da inflação. A crise econômica, ao gerar queda no ritmo de crescimento econômico e aumento do desemprego, corroeu a base de financiamento do Estado de bem-estar, gerando pressões a favor de mudanças que possibilitassem políticas sociais com menores custos.

Paralelamente, as transformações gerais das instituições econômicas, capitaneadas pelos ideais neoliberais e difundidas mundialmente, principalmente, a partir dos Estados Unidos, estabeleceram um modo de regulação financeirizado em diversos países, inclusive os três analisados nesta tese. A liberalização dos fluxos de capital e o desenvolvimento de novos instrumentos financeiros redefiniram os critérios de rentabilidade e liquidez exigidos no processo de acumulação e colocaram a concorrência como pressuposto para eficiência em todos os setores, incluindo os sistemas de saúde. Nesse processo, o sistema financeiro se estabeleceu enquanto forma institucional hierarquicamente superior em relação àquelas que haviam sustentado o regime fordista.

No entanto, as economias e os Estados de bem-estar social de diferentes países não foram afetados da mesma forma e nem na mesma intensidade pelo esgotamento do regime de acumulação fordista. Por isso, qualquer tratamento sobre o tema, ou seja, sobre quais os impactos da crise econômica sobre as políticas sociais, precisa considerar uma análise mais detalhada sobre seus componentes (saúde, previdência, assistência,

habitação) e sobre as especificidades históricas de cada país. No caso desta tese, o sistema de saúde foi eleito como tema síntese de reflexão sobre essa problemática. Do ponto de vista do local de estudo, como os países são marcados por fortes distinções institucionais, decidimos pelo trabalho comparativo de três países europeus: Alemanha, França e Reino Unido.

A tese proposta tem como objetivo geral compreender as reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico, vis-à-vis às transformações do regime de acumulação capitalista (de fordista para financeirizado), mediadas pelas características institucionais de cada sistema de saúde. Para alcançar esse objetivo, é necessária uma matriz teórica que dê conta da diversidade temporal e das alterações na estrutura econômica e social em realidades históricas distintas. A Teoria da Regulação foi, nesse sentido, escolhida por proporcionar esse suporte teórico:

A Teoria da Regulação recusa o universalismo normativo abstrato do modelo economicista padrão e de certos sociólogos, mas também não se contenta com o relativismo cultural; ela se centra na construção de categorias teóricas que permitem captar o que é comparável entre diferentes períodos históricos e diferentes espaços político-econômicos (THÉRET, 1997, p. 187-188).

A Teoria da Regulação, a partir de estudos sobre a crise capitalista da década de 1970, criou categorias analíticas que permitiram a análise daquele momento histórico. Estas categorias, compostas a partir da concepção de formas institucionais, possibilitaram a compreensão da crise como decorrente do esgotamento do regime de acumulação fordista como base da acumulação de capital. As modificações vivenciadas pela estrutura capitalista a partir de então – o que engloba a relação capital-trabalho, a concorrência, o papel do Estado, o regime monetário e a inserção internacional – permitiram a compreensão das mudanças do regime de acumulação fordista, tanto em suas características gerais, como na especificidade existente em cada país. Nesse sentido, a abordagem regulacionista nos proporciona um importante arcabouço teórico, forjado na análise histórica e na percepção de que as transformações do capitalismo nos últimos 40 anos envolvem a compreensão tanto das mudanças gerais no sistema de produção, como das especificidades vividas por cada país, em cada esfera (econômica, social e política) passível de reflexão – como, em nosso estudo, dos sistemas de saúde.

Os sistemas de saúde foram, desde os anos 1970, afetados tanto pela pressão para redução dos gastos públicos (e, em decorrência, para que ampliassem sua eficiência), como por outras mudanças econômicas e sociais, como o envelhecimento populacional, a mudança do perfil epidemiológico das enfermidades mais recorrentes e a crescente

incorporação tecnológica no setor. A partir da década de 1980, Alemanha, França e Reino Unido iniciaram diversas reformas em seus sistemas de saúde, que responderam ao contexto comum de crise econômica, assim como das necessidades específicas de seus sistemas de saúde. Nos casos alemão e francês, tratava-se de fazer frente à dependência das contribuições sociais para seu financiamento, em um contexto de forte aumento do desemprego, e, no britânico, das crescentes filas de espera para obtenção de atendimento, principalmente os não emergenciais.

As reformas, ao focarem nos custos dos sistemas de saúde, ampliaram a participação dos usuários no financiamento (via co-pagamento), proporcionaram novas fontes de recursos e buscaram aumentar a eficiência na alocação dos recursos. Nesse processo, a expansão da participação privada nos sistemas públicos de saúde, no financiamento e na provisão de serviços, foi justificada como parte das mudanças necessárias a fim de viabilizar a preservação dos sistemas, dentro de um contexto de restrições econômicas e necessidades crescentes. No entanto, mesmo em países como o Reino Unido, que transformou profundamente seu Estado de bem-estar social na década de 1980, o sistema de saúde não enfrentou uma ruptura mais profunda: “o princípio de que um cuidado de saúde adequado deve ser garantido a todos, independentemente de sua capacidade financeira, deve ser o fundamento de quaisquer arranjos para financiar o serviço de saúde [...] o NHS está seguro conosco” (THATCHER, 1983).

Considerando-se a duplicidade supracitada, a hipótese inicial é que, em termos gerais, a crise do regime de acumulação fordista e o processo de modificação das formas institucionais, tornando-se calcadas na financeirização, vem processando modificações nos Estados de bem-estar social e, em decorrência, nos sistemas de saúde. Isso fez com que os sistemas fossem submetidos, desde a década de 1980, a reformas que buscam, acima de tudo, ampliar sua eficiência. A partir dos anos 1990, esses resultados foram perseguidos, principalmente, mediante a crescente incorporação de uma lógica de mercado nos sistemas de saúde, seja pela transferência de responsabilidade (no financiamento e na provisão de serviços) para o setor privado, seja pela adoção de princípios do setor privado na atuação do sistema público de saúde.

Ademais, também se desenvolve a ideia de que, ainda que a mercantilização dos sistemas de saúde seja uma marca perceptível nos três países estudados, o processo não ocorreu nem da mesma forma nem com a mesma profundidade em cada sistema de saúde. Essa constatação se explica pela nossa segunda hipótese: as mudanças nos sistemas de saúde são mediadas pelas especificidades institucionais de cada país. Isso engloba desde

as formas institucionais predominantes em cada regime de acumulação, assim como o desenho dos respectivos sistemas de saúde no pós-guerra, a força dos diferentes agentes sociais¹ envolvidos nos sistemas e os arranjos políticos de cada país. Com isso, “as reformas saem pouco ou nada dos trilhos traçados como prolongamento do passado e se inscrevem dentro das configurações institucionais existentes, limitando assim a magnitude da grande transformação” (BATIFOULIER et al, 2007, p. 9).

Ou seja, nossa hipótese central é que as reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico têm mercantilizado estes sistemas. No entanto, essa tendência deve ser ponderada por dois fatores. Primeiro, as condições econômicas objetivas (como o aumento do desemprego) fomentam políticas como a ampliação do acesso ao sistema de saúde. Segundo, e central em nosso ponto de vista, a profunda institucionalização dos sistemas de saúde, fruto da luta social, geram uma inércia institucional, limitando ou mesmo bloqueando parte das mudanças impetradas pelos governos.

A fim de organizar o estudo proposto nessa tese, apresentamos os objetivos específicos que foram desenvolvidos ao longo dos capítulos e embasam o objetivo geral:

- Apresentar o arcabouço teórico da Teoria da Regulação e sua contribuição para o trabalho realizado;
- Explicitar as mudanças no regime de acumulação capitalista, de fordista para financeirizado, mostrando o efeito sobre o Estado de bem-estar social e as especificidades, nos dois momentos históricos, na Alemanha, França e Reino Unido;
- Apresentar as principais características dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico, antes e depois da Segunda Guerra Mundial, assim como as reformas, a partir da década de 1980;
- Detalhar a mercantilização dos sistemas de saúde na Alemanha, França e Reino Unido, explicitando as diferentes formas de inclusão de mecanismos de mercado nos sistemas de saúde;
- Evidenciar como as características institucionais (desenho institucional histórico, agentes sociais e arranjos políticos) dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico afetam as propostas e a efetiva implementação das reformas.

¹ Apesar de, em diversos trabalhos, as expressões ator social, agente social e indivíduo serem utilizadas de forma indiscriminada, buscaremos, ao longo dessa tese, utilizar a expressão “agente social”, calcados no conceito de Bourdieu (1990), de que os indivíduos são capazes de atuar dentro do “campo de interesses”.

A fim de viabilizar a consecução desta tese, realizamos uma ampla revisão bibliográfica sobre as reformas dos sistemas de saúde na Alemanha, França e Reino Unido. Este trabalho envolveu a leitura de diversos trabalhos relacionados diretamente ao tema, assim como de autores que proporcionaram o referencial teórico utilizado no estudo e o embasamento histórico das mudanças pelas quais os três países passaram – principalmente por meio de autores da Teoria da Regulação. O contato com a literatura dos países estudados foi amplamente beneficiado pela realização de um período de estudos na Europa², o que foi relevante tanto em termos de acesso à bibliografia utilizada, como de reflexão junto a pesquisadores sobre o tema.

Além disso, os dados apresentados na tese são, sempre que disponíveis, da Eurostat (órgão estatístico da União Europeia) e da OCDE. Este procedimento tem como objetivo a utilização de dados provindos de uma mesma base, que não apresentem diferenças metodológicas, ao longo dos anos.

Do ponto de vista metodológico, a característica central do trabalho foi a realização de uma análise comparativa das reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. Este trabalho segue, em grande medida, os pressupostos da obra de Palier, Sured et al (2010)³. Os autores versam sobre o trabalho comparativo das políticas públicas, considerando quatro aspectos gerais: a análise de como as políticas públicas mudam; a utilização do trabalho comparativo em si e a avaliação de sua relevância; a consideração do papel das pressões exógenas sobre a política estudada; a realização da análise considerando um período relativamente longo no tempo (30 anos ou mais).

Esta tese está em linha com estes aspectos metodológicos: analisa as transformações de uma política pública, os sistemas públicos de saúde, em um trabalho comparativo de três países (Alemanha, França e Reino Unido), considerando as transformações do regime de acumulação (fordista para financeirizado) e como essa mudança exógena aos sistemas de saúde os afetou ao longo de um amplo período de tempo (desde as reformas da década de 1980 até meados dos anos 2010).

Na Teoria da Regulação, a contribuição mais pertinente em termos de reflexão sobre análises comparativas é a de Théret (1997). De acordo com o autor, os trabalhos comparativos, nas ciências sociais, tendem a um dualismo, uma “oposição estéril”, no

² O período de doutorado-sanduíche (financiado pela Capes, mediante o Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior – PDSE) foi realizado entre janeiro e agosto de 2014, na Universidade Paris Ouest Nanterre la Défense (Paris 10).

³ O trabalho de Palier, Sured et al (2010) detalha diferentes concepções teóricas sobre os trabalhos comparativos, desde a década de 1950.

qual os trabalhos ou buscam identificar as características em comum, apontando certa universalidade das tendências (“universalismo nominalista”), ou focam somente nas diferenças, dadas as especificidades de cada caso (“particularismo culturalista”).

Levando-se em conta essa observação, consideramos fundamental comparar as mudanças nos sistemas de saúde alemão, francês e britânico sem esse dualismo, ou seja, ponderando que há tanto importantes diferenças entre os sistemas e suas reformas, como existe também a presença de transformações mais gerais em comum e que, enquanto tais, pressionam de forma semelhante os três sistemas de saúde.

Théret (1997) divide os trabalhos comparativos nas ciências sociais em quatro tipos: o método experimental, o método estatístico, o método histórico e o método comparativo *stricto sensu*. O método experimental é mais comum nas ciências biológicas que nas humanas; sendo assim, as três outras formas são recorrentes na análise social. O método estatístico pauta-se em grande número de casos e variáveis em comum, traçando pontos de contato comparáveis e analisando, de forma genérica, os resultados. O trabalho histórico foca-se em poucos países (em geral, dois ou três), aprofundando o contexto de análise nos detalhes e especificidades de cada caso, com menor foco nas características em comum e efetivamente comparáveis. O método comparativo *stricto sensu* busca o caminho entre a universalidade estatística e a particularidade dos estudos de caso, estabelecendo regularidades que permitem a estruturação de uma tipologia de análise.

O método utilizado nessa tese não se enquadra exclusivamente em nenhuma das categorias. A base principal é o método histórico, pautado na formação social, compreendido pela sua contribuição para uma análise tanto sobre o geral como do específico, aprofundando as características do capitalismo e do sistema de saúde de cada um dos três países analisados, tendo como intuito compreender tanto o que os distingue como o que os aproxima. Sendo assim, todos os capítulos, em diferentes dimensões, destacam características em comum e diferenças. Nesse sentido, além do método histórico, fazemos uso também do método comparativo *stricto sensu*, sem que isso signifique a montagem de uma tipologia. Isso porque, ainda que as tipologias sejam uma estrutura de análise útil e relevante para nosso trabalho, ela é um apoio secundário para explicitar as semelhanças e divergências entre os países, sem engessá-los em “tipos-ideais”.

As análises comparativas envolvem um desafio. Marmor et al (2005) realizam um estudo sobre as análises comparativas entre os sistemas e as políticas de saúde. Os autores constatarem que, a partir da década de 1990, houve um grande aumento deste tipo de

trabalho, sem que isso fosse acompanhado de um crescimento real da compreensão da política implementada em outros países. Para os autores, a maior parte dos estudos que surgiram nessa época tinha um caráter descritivo dos sistemas de proteção social, com pouca atenção dada ao fato de que essas experiências poderiam ser aplicadas em outro país, sob circunstâncias semelhantes. Nesse sentido, a maior parte dos trabalhos desenvolvidos teria perdido a oportunidade de aproveitar o processo de aprendizado sobre as experiências de outros países, de apreender, de fato, porque certas mudanças ocorreram e, ainda, de retirar lições dessas experiências: “existe certa ironia no fato de que as mais cuidadosas análises comparativas entre países tendem a reforçar uma sensação de contingência e especificidade sobre a forma como as coisas funcionam em momentos diferentes e em locais diferentes” (ob. cit., p. 344).

No entanto, as trocas proporcionadas pelos trabalhos comparativos ou pelo conhecimento das mudanças implementadas em outros países também são parte relevante das transformações dos sistemas de saúde (MARMOR et al, 2005). Nos termos regulacionistas, a hibridação institucional, ou seja, a incorporação de políticas adotadas em outros país, é uma parte relevante da compreensão das reformas dos sistemas, principalmente no que diz respeito à influência das experiências de contenção de custos norte-americanas.

Sendo assim, realizamos um trabalho comparativo que traça um caminho intermediário entre a constatação das semelhanças nas alterações dos sistemas de saúde, ao mesmo tempo em que aponta as especificidades históricas do sistema em cada país estudado, reflexo de características econômicas, sociais e políticas distintas, que se refletem no arranjo institucional do sistema de saúde alemão, francês e britânico.

Para a realização do trabalho comparativo, desenvolvemos três passos metodológicos. Primeiro, a definição de uma categorização para as reformas realizadas nos três sistemas de saúde. A partir da análise das transformações ocorridas nas últimas décadas, constatamos seis tendências de mudanças nos três sistemas de saúde: inserção de mecanismos de contenção de custos; ampliação da base de financiamento; descentralização (parcial) na gestão e alocação de recursos nos sistemas; aumento da regulamentação; ampliação na cobertura de acesso; crescimento do setor privado e da adoção de princípios de mercado nos sistemas de saúde. Como as tendências apareceram com formas e intensidades diferentes, analisamos como se expressaram nos casos alemão, francês e britânico.

Um segundo passo metodológico adotado foi o desenvolvimento de uma estrutura de análise com base nas tendências que identificamos com maior evidência: a ampliação da participação do setor privado no financiamento e na oferta dos serviços e a incorporação de mecanismos de mercado nos sistemas público de saúde estudados. Essas características foram identificadas como um processo de mercantilização, em contraposição à desmercantilização que marcou o desenvolvimento dos sistemas, entre as décadas de 1940 e 1970 (ESPING-ANDERSEN, 1990). Assim, enquanto o pós-guerra propiciou a criação de sistemas públicos de saúde, cujo acesso não dependia da renda, a partir dos anos 1980, características mercantis voltaram a se inserir no acesso, no financiamento e na provisão de serviços de saúde.

A partir de autores que estudaram o tema da mercantilização (MAARSE, 2004, 2006; LEWIS e DIXON, 2005; ANDRÉ e HERMANN, 2009; MOSEBACH, 2009; HERMANN, 2010; SCHULTEN e BÖHLKE, 2012) e das reflexões realizadas junto a dois pesquisadores franceses⁴, identificamos a mercantilização em duas esferas distintas, no financiamento e na oferta dos serviços de saúde. Além disso, a mercantilização se processa mediante duas formas: aumento da participação do setor privado nos sistemas (mercantilização explícita) e incorporação de princípios do setor privado, principalmente no que se refere à concepção de maior eficiência (mercantilização implícita). Com este arcabouço, estudamos as reformas “mercantilizantes” nos três países, apontando a relevância dessas transformações em cada caso.

Um terceiro passo metodológico foi a definição das variáveis institucionais necessárias para compreender e comparar os sistemas de saúde. Esse passo foi relevante para entender porque, apesar de reformas com tendências semelhantes, como a mercantilização, os sistemas de saúde preservam-se bastante diferentes e assentados sobre bases sociais distintas:

Embora exista certa convergência dos mecanismos de contenção em saúde – certo receituário comum – difundido por organismos internacionais e seus expertos, a aplicação destas estratégias similares em contextos nacionais diversos produz diferentes resultados – expressões singulares da tensão entre o particular e o geral – pois processadas por atores e instituições nacionais (GIOVANELLA, 1998, p. 3).

⁴ Philippe Batifoulier realizou a co-orientação do período de doutorado-sanduiche na França. Christine André é uma importante pesquisadora da Teoria da Regulação, cuja produção científica e reflexão, mediante discussões práticas, foram utilizadas como base teórica na tese. Trata-se da pesquisadora regulacionista de maior contribuição na análise sobre os sistemas de saúde.

A partir de literatura regulacionista e sociológica sobre os sistemas de saúde, principalmente de Oliver e Mossialos⁵ (2005), definimos três categorias institucionais essenciais de análise: o arcabouço institucional (financiamento, gestão, organização) dos sistemas; os agentes sociais de maior influência (governo, parceiros sociais, médicos, usuários, setor privado); e os arranjos políticos existentes em cada país, no que tange a sua influência sobre os sistemas de saúde e suas transformações. Considerando estas categorias, os estudos permitiram identificar as especificidades que nos pareceram mais relevantes, sendo analisadas nos três países.

Do ponto de vista metodológico, cabe apontar uma limitação de nosso estudo, derivada das especificidades de dois países. Enquanto a análise sobre o sistema de saúde alemão é afetada pela divisão entre Alemanha Ocidental e Oriental, após a Segunda Guerra Mundial, o estudo sobre o Reino Unido precisa levar em consideração as transformações em termos de autonomia do NHS ocorridas nos quatro países (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte) que conformam este Estado.

A política de saúde alemã estrutura-se com a unificação ocorrida ao final do século XIX. No entanto, em 1949, como parte das consequências da Segunda Guerra Mundial e da polarização do mundo (Guerra Fria), a Alemanha foi dividida em duas: a Alemanha Ocidental (República Federal da Alemanha, sob área de ocupação dos Estados Unidos, Reino Unido e França) e a Alemanha Oriental (República Democrática Alemã, sob ocupação da União Soviética)⁶. Sendo assim, ao longo de todo nosso trabalho, analisamos, entre 1949 e 1990, apenas o sistema da Alemanha Ocidental e, depois de 1990, do país reunificado. Este recorte envolve uma limitação na comparação dos dados; entre 1949 e 1990, as informações referem-se apenas à Alemanha Ocidental. Após esse período, ao país reunificado.

O Reino Unido, por sua vez, é uma união política *suis generis*, composta por quatro países: Inglaterra, País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte. As políticas de saúde eram comuns entre os países no momento de criação do NHS, após a Segunda Guerra Mundial. No entanto, em 1997, o governo Blair permitiu que a Escócia, o País de Gales

⁵ A análise proposta por Oliver e Mossialos (2005) é “novo institucionalista”. Ainda que ela possua diferenças relevantes com a Teoria da Regulação, embasamento teórico dessa tese, ambos partem do estudo das instituições, compreendidas como mediações entre as estruturas sociais e indivíduos (THÉRET, 2003).

⁶ Entre 1949 e 1990, a Alemanha Ocidental manteve o mesmo modelo de seguro social de saúde anterior à Segunda Guerra, enquanto a Alemanha Oriental reestruturou o sistema, adotando um sistema com coordenação centralizada pelo Estado, transformando a oferta dos serviços em estatal e incluindo a maior parte dos médicos como funcionários públicos. Na reunificação da Alemanha (1990), o sistema de saúde da Alemanha Ocidental foi generalizado para todo o país, com a unificação do sistema ocorrendo em apenas um ano (GUILLAUME, 1992; ALTENSTETTER e BUSSE, 2005).

e a Irlanda do Norte passassem a ter maior autonomia decisória frente à Inglaterra (*White Paper Devolution* – 1997)⁷. Essa maior autonomia consubstanciou-se na reversão de parte importante das reformas no NHS que foram feitas no Reino Unido nas décadas anteriores: o co-pagamento para medicamentos foi retirado nos três países (2000) e Escócia (2003) e o País de Gales (2008) extinguiram o “mercado interno”, com as autoridades locais retomando a responsabilidade direta e integrada pelo financiamento e pela provisão dos serviços de saúde⁸. Sendo assim, até 1997, estaremos sempre nos referindo ao Reino Unido como um todo. A partir dessa data, o foco da análise versará somente sobre a Inglaterra. Cabe apontar que todos as bases de dados comparativas (OCDE, OMS, Eurostat) apresentam os dados de forma conjunta para todo Reino Unido, mesmo na década de 2000. Apontamos, assim, essa limitação na análise que realizamos.

Na realização deste trabalho, organizamos a tese, além desta introdução e sua conclusão, em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta o arcabouço teórico utilizado ao longo da tese. Trata-se da Teoria da Regulação e sua contribuição para a compreensão das mudanças no regime de acumulação capitalista: a constituição do regime fordista no pós-guerra, sua crise nos anos 1970 e a conformação de um regime financeirizado, principalmente a partir da década de 1990. A análise das transformações do regime de acumulação é realizada com relação a cada país, incluindo as mudanças em seus Estados de bem-estar social.

No segundo capítulo, apresentamos, paralelamente ao mesmo período histórico do primeiro capítulo, as alterações ocorridas nos sistemas de saúde. Com isso, caracterizamos a estrutura dos sistemas alemão, francês e britânico após a Segunda Guerra Mundial (considerando que algumas de suas características foram forjadas antes do conflito) e suas reformas a partir da década de 1980, considerando que foram condicionadas tanto pelas transformações apresentadas no primeiro capítulo como por condicionantes específicos do setor.

O terceiro capítulo aprofunda a análise sobre um dos aspectos das reformas: a ampliação da adoção de mecanismos de mercado e da participação direta do setor privado.

⁷ Esta maior liberdade constituiu-se, de fato, em 1999, na criação dos Parlamentos da Escócia e da Irlanda do Norte e da Assembleia do País de Gales. Com isso, os países passaram a ter poderes políticos e administrativos sobre seus sistemas de saúde, embora a Irlanda do Norte e o País de Gales continuem a depender, financeiramente, da alocação de recursos decidida de forma centralizada. No caso da Escócia, esta adquiriu controle direto sobre a arrecadação e distribuição de seus impostos (KLEIN, 2001; HART, 2011; MAYS et al, 2011).

⁸ Para conhecer mais sobre as mudanças implementadas após a devolução, ver Greer (2004) e Bevan et al (2014).

Ao longo do capítulo, explicitamos as características em comum dos sistemas de saúde da Alemanha, França e Reino Unido quanto à mercantilização. Ao mesmo tempo, mostramos que a adoção dos diferentes mecanismos (e sua intensidade) varia em cada país estudado.

No quarto capítulo, realizamos uma análise institucional, a fim de embasar a reflexão de porque as reformas apresentadas, principalmente no que diz respeito à mercantilização dos sistemas de saúde, dispõem de formas e intensidades diferentes nos países analisados. Para esse processo, apresentamos as principais características institucionais que afetam os sistemas, considerando as especificidades históricas no desenho de cada sistema de saúde (forma de financiamento, gestão, organização, acesso), os agentes sociais de maior relevância e a estrutura política de cada país. Por último, a conclusão retoma as principais características apresentadas em termos de transformações dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico, considerando as mudanças no regime de acumulação e as especificidades institucionais de cada sistema estudado.

CAPÍTULO 1: BASES TEÓRICAS E HISTÓRICAS PARA COMPREENSÃO DA CRISE NOS SISTEMAS DE SAÚDE EUROPEUS

As mudanças do capitalismo são essenciais para entender a crise que ocorre durante o período analisado por esta tese, assim como o destaque dado às mediações, tendo em vista que é a partir da análise regulacionista sobre as instituições que analisamos as especificidades dos países estudados (Alemanha, França e Reino Unido) e seus sistemas de saúde (como parte dos Estados de bem-estar social).

Os intelectuais que originaram a Teoria da Regulação parisiense⁹ eram profissionais de corpos técnicos do Estado, muito mais do que dos meios acadêmicos *stricto sensu*. O momento histórico (social, econômico e de reflexão teórica) teve grande papel no tipo de reflexão construída por esses estudiosos¹⁰.

Michel Aglietta é considerado expoente da reflexão regulacionista. O autor partiu dos estudos de Marx¹¹ para compreender o capitalismo contemporâneo. Sua primeira obra identificada enquanto regulacionista, *Régulation et crises du capitalisme*, de 1976¹², é uma exposição convencional das leis de acumulação do capital, com enfoque nos Estados Unidos e em sua crise econômica. Alguns dos mais importantes conceitos desenvolvidos pela regulação, como a concepção de “formas institucionais”, “regime de acumulação” e “modo de regulação” são derivados de um processo de reflexão a partir dos conceitos analíticos da heurística de Marx, principalmente no que concerne às relações sociais enquanto sujeito da história (BOYER, 1986, 2009; THÉRET, 1995, 2003; AGLIETTA, 1997).

⁹ A Teoria da Regulação não se desenvolveu somente em Paris-França, mas foi constituída de sete escolas diferentes, desenvolvidas tanto em outros locais da França (como a escola de Grenoble), como em outros países, como a Alemanha Ocidental e nos países nórdicos. Apesar de suas diferenças, todas teriam como foco “[...] produzir análises concretas de conjunturas concretas por meio de uma rica e complexa variedade de conceitos políticos e econômicos diretamente relacionados com as características centrais do capitalismo [...] com o uso de conceitos intermediários” (JESSOP e SUM, 2006, p. 52-53).

¹⁰ Em termos sociais, foram afetados pelos acontecimentos de maio de 1968 e o espírito de contestação que envolveu. Em termos econômicos, influenciados pelo contexto da emergência de uma crise econômica, na década de 1970. Do ponto de vista teórico, identificavam-se com diversos autores de pensamento heterodoxo sobre a economia, ainda que de vertentes bastante distintas, como Marx, Gramsci, Keynes e Kalecki. As influências mais explícitas foram a marxista (para Aglietta, Lipitez) e a keynesiana (para Boyer) (JESSOP, 1997; HUSSON, 2001; NADEL, 2002; JESSOP e SUM, 2006).

¹¹ As contribuições de Marx encontram-se em uma longa e essencial obra, com destaque, em termos de influência sobre a Teoria da Regulação, para sua análise econômica sobre o capitalismo em *O Capital* (1988, 2008, diversos volumes).

¹² Nesta tese, nos utilizamos da terceira edição de 1997, revisão e atualização do livro de 1976.

A abordagem regulacionista absorve de Marx as características intrínsecas do capitalismo. No entanto, busca explicitar suas transformações ao longo do tempo (ainda que sempre pautado pela reprodução do capital, os mecanismos utilizados no século XIX não são os mesmos da década de 1950, que também se diferenciam dos anos 1990) e nos diferentes países. Sendo assim, as contribuições essenciais da Teoria da Regulação são o foco na interdisciplinaridade e no papel primordial da história na compreensão do desenvolvimento de qualquer país, e a relevância das instituições e das articulações entre os agentes sociais, os quais participam do desenvolvimento de conceitos intermediários (THÉRET, 1995; BEHRING, 2009; RAMAUX, 2012). Essa abordagem permitiu à Teoria da Regulação maior compreensão de realidades específicas, ainda que possa ter gerado desafios à interpretação de alterações que fossem decorrentes do impacto de mudanças em um país sobre o outro e à consideração da relação hierárquica entre eles, sob a hegemonia norte-americana (DAIN, 1998).

Nosso propósito de analisar as transformações dos sistemas de saúde, a partir de um referencial mais amplo de sua inserção na sociedade capitalista contemporânea, coaduna-se à concepção de que “[...] importa ir buscar na prática, assim como nas pesquisas históricas, sociais e políticas, uma caracterização da natureza das formas institucionais e de fazer derivar delas mesmas consequências para a estratégia dos atores” (BOYER, 2009, p. 13).

Sendo assim, iniciamos este capítulo abordando os conceitos mais importantes da Teoria da Regulação (item 1.1), a partir dos quais analisamos o regime de acumulação fordista e a constituição dos Estados de bem-estar social (item 1.2), assim como suas crises, na década de 1970 (item 1.3), e indícios sobre a constituição de um regime de acumulação financeirizado, sedimentado a partir da década de 1990 (item 1.4).

1.1 BASE TEÓRICA – TEORIA DA REGULAÇÃO

O arcabouço teórico forjado pela Teoria da Regulação é utilizado nesta tese com o objetivo de captar as contribuições que auxiliam na compreensão do problema de pesquisa aqui proposto: como podemos compreender a criação e crise dos sistemas de saúde públicos da Alemanha, França e Reino Unido? Para essa reflexão, apreende-se, a partir desse capítulo, uma questão de fundo: como a constituição do regime de acumulação fordista, assim como sua subsequente crise, estão imbricados com a

constituição e crise do Estado de bem-estar social e seu desenvolvimento no capitalismo financeirizado?

Para a realização desta reflexão, um ponto crucial é a contribuição da Teoria da Regulação no que diz respeito às mediações: “[...] a Teoria da Regulação desenvolve *conceitos intermediários* entre uma teoria válida em qualquer tempo e qualquer lugar e uma simples observação dos dados macroeconômicos” (BOYER, 2009, p. 64). O foco dado às mediações insere-se em uma preocupação mais ampla, provavelmente a grande questão de fundo de toda pesquisa regulacionista, que é compreender como o capitalismo, considerando-se as diversas contradições intrínsecas que possui, pode constituir sua coerência e viabilidade ao longo do tempo. Ainda que as crises surjam recorrentemente, os mecanismos de reprodução e acumulação de capital continuam vigentes, mesmo que amparados por estruturas econômicas, políticas e sociais diferentes, em momentos distintos¹³ (BOYER, 2002a, 2009; JESSOP e SUM, 2006).

Em termos de mediação, iniciamos com o conceito de “instituição”. Ainda que reconheçamos que o conceito de instituição possa ser abordado de diversas formas, partimos da compreensão das instituições enquanto “[...] expressão de um compromisso político” (AMABLE, 2005, p. 18), que brota do conflito social – este originário da heterogeneidade dos interesses dos agentes, podendo se materializar na forma de normas, valores, convenções, leis, organizações, o Estado, o mercado¹⁴, etc. (BOYER, 2002c, 2009; AMABLE e PALOMBARINI, 2009).

A partir do conceito de instituição e de suas origens marxistas, a Teoria da Regulação definiu cinco “formas institucionais”¹⁵, que caracterizam uma economia mercantil: relação salarial (configuração da relação capital-trabalho); formas de intervenção do Estado (configurações de inserção política, econômica e social estatal); regime monetário (regras que orientam a gestão do sistema de pagamentos e de crédito); formas de concorrência (as formas com que as frações do capital se enfrentam ou

¹³ “[Os regulacionistas] focam nos elementos historicamente determinados dos mecanismos e práticas complementares ao econômico e *ao extra-econômico* que viabilizam que ocorra a acumulação relativamente estável no decorrer de longos períodos, apesar das contradições fundamentais, tendências de crise, e conflitos gerados pelo capitalismo” (JESSOP, 1997, p. 503).

¹⁴ Com relação ao mercado, ele é interpretado como “[...] uma instituição que pressupõe um acordo referente à qualidade, à organização das trocas, às condições de acesso e ao modo de pagamento das transações. É, portanto, uma construção social, não o resultado de um estado da natureza, espontaneamente criado pelo *habitus* que as teorias outorgam ao *homo economicus*” (BOYER, 2009, p. 37).

¹⁵ Deve-se explicitar que a definição das cinco formas é uma classificação historicamente datada, não sendo predefinido que sempre foram ou serão essas as formas institucionais, dado que as cinco formas “canônicas” foram definidas a partir de uma análise histórica (BOYER, 2002c).

cooperam nos mercados); e inserção no regime internacional (regras de relação entre os Estados-nação) (THÉRET, 1988; ANDRÉ, 2002; BOYER, 2009).

As relações entre as formas institucionais estão sujeitas a circunstâncias que dão origem a outros cinco conceitos importantes: a complementariedade institucional; a hierarquia institucional; a inércia institucional; o isomorfismo estrutural; e a hibridação institucional. A complementariedade é o conceito central dentre estes cinco, derivando dele, em grande medida, os demais. Com relação à complementariedade, compreendem-se duas instituições enquanto complementares quando elas se reforçam mutuamente, com a presença de uma aumentando a eficácia da outra. A hierarquia, por sua vez, parte da ideia de complementariedade, porém apontando a ocorrência do domínio de determinada forma institucional sobre as demais (BOYER, 2002c; AMABLE, 2005).

[...] a história mostra a existência de uma *hierarquia* entre as formas institucionais, uma assimetria correspondente que decorre quase sempre de compromissos políticos particulares. Pode-se detectar tal configuração a partir da observação que de uma mudança estrutural na forma institucional dominante tem o efeito de preparar uma evolução em meio a uma ou mais formas institucionais [...] é a oscilação da hierarquia que explica os processos emergenciais e/ou de transformação de um modo de regulação. Eis os mecanismos capazes de explicar a viabilidade de um modo de regulação. Mas isso explica também sua *variabilidade no tempo e no espaço* (BOYER, 2009, p. 69-70).

Se isso é considerado, a análise das instituições torna-se ainda mais complexa, dado que a compreensão de qualquer forma institucional depende da apreciação das demais. Assim, para realização de uma análise comparativa das diferentes formas institucionais dentro do capitalismo, é importante considerar as relações de complementariedade que elas estabelecem entre si. Só assim é possível compreender como uma determinada mudança institucional pode afetar o restante do arranjo institucional e também o contrário, ou seja, porque existe certa rigidez nas transformações institucionais, já que, mesmo que em uma determinada área ocorra uma mudança importante, isso pode ser contrabalanceado pela permanência nas demais áreas institucionais:

[...] a mudança institucional é difícil por natureza, isso porque existe sempre um certo grau de inércia institucional na maior parte das sociedades e porque nós assistimos muitas vezes a transformações importantes afetando diversas formas institucionais ao mesmo tempo (AMABLE, 2005, p. 15).

Nesse sentido, o conceito de inércia institucional está atrelado ao de complementariedade; a complementariedade entre as formas institucionais gera uma tendência de preservação do aparato institucional formado pelas instituições. Da mesma maneira, no entanto, a complementariedade pode fazer com que, em momentos de transformação profunda, em especial em instituições hierarquicamente superiores, haja

uma ruptura da inércia, com mudanças nas demais formas institucionais. Essa reflexão sobre a relação entre as formas institucionais remete a outro conceito, qual seja, do isomorfismo estrutural. Este está atrelado à ideia de que existe uma tendência à convergência das diferentes formas institucionais dentro de cada país, decorrente de comportamentos semelhantes das instituições componentes de cada forma. Assim, por exemplo, um país no qual o Estado tivesse uma atuação intervencionista na relação salarial, verificaria este mesmo comportamento nas demais formas institucionais. No entanto, o isomorfismo não é uma regra; a estabilidade institucional pode ocorrer mesmo que nem todas as estruturas institucionais convirjam. Ou seja, o isomorfismo não precisa existir para se gerar estabilidade institucional (AMABLE, 2005).

Por último, destacamos o conceito de hibridação institucional. Ela ocorre quando formas institucionais dominantes em um país são “importadas” por outro, influenciado as estruturas anteriormente existentes no plano doméstico:

Hibridação descreve o processo por meio do qual instituições provisoriamente importadas são transformadas através de suas interações com formas institucionais domésticas. Esse mecanismo de hibridação é um fator importante a fim de explicar a evolução das instituições e a diversidade em hierarquias institucionais (BOYER, 2005, p. 70).

A partir da análise das formas institucionais e da interação entre elas, a Teoria da Regulação formulou dois conceitos essenciais para suas análises sobre o capitalismo: o “modo de regulação” e o “regime de acumulação”. Primeiramente, cabe apontar que a relação entre modo de regulação e regime de acumulação não é de simples junção ou superposição, mas resultante das diferentes imbricações das formas institucionais (SAILLARD, 2002; BOYER, 2009).

O regime de acumulação é fruto da interação das formas institucionais em um plano macroeconômico (JUILLARD, 2002). O cerne do conceito de regime de acumulação está na ideia de que se trata do: “conjunto das regularidades que garante uma progressão geral e relativamente coerente da acumulação do capital, isto é, que permite incorporar e desdobrar no tempo as distorções e os desequilíbrios que nascem permanentemente no próprio processo” (BOYER, 2009, p. 81). Estas regularidades abrangem a evolução da produção e a forma como os trabalhadores se relacionam com os meios de produção; a expectativa temporal de valorização do capital; a distribuição do valor gerado na produção; a forma como se compõe a demanda social; e a forma como se articula o capitalismo com as formas não capitalistas de produção. A especificidade do regime de acumulação reside, sobretudo, na interação de duas das formas institucionais:

a relação capital-trabalho e a forma de concorrência intercapitalista. Em outros termos, de como e por quem é apropriada a riqueza gerada.

O modo de regulação, por sua vez, compreende o comportamento dos agentes sociais por meio do qual se dão as interações entre as formas institucionais, formando uma estrutura social coerente com o regime de acumulação (THÉRET, 1997). De forma resumida, poder-se-ia definir o modo de regulação como:

Qualquer conjunto de procedimentos e comportamentos, individuais e coletivos, que tem como propriedade: reproduzir as relações sociais fundamentais por meio da combinação de formas institucionais historicamente determinadas; manter e ‘pilotar’ o regime de acumulação vigente; garantir a compatibilidade dinâmica de um conjunto de decisões descentralizadas sem que seja necessária a internalização, pelos atores econômicos, dos princípios de ajuste do conjunto do sistema (BOYER, 2009, p. 81).

Dois mecanismos principais contribuem para a viabilidade de um modo de regulação. Em primeiro lugar, podemos observar, *ex post*, a coerência de comportamentos econômicos associados às diversas formas institucionais. Em seguida, quando surgem desequilíbrios e conflitos que não podem ser resolvidos na configuração presente do modo de regulação, é posto em marcha um processo de redefinição das regras do jogo que codificam as formas institucionais (BOYER, 2009).

A imbricação entre as cinco formas institucionais, que caracteriza certo regime de acumulação, operado por um respectivo modo de regulação, é apresentada, de forma sintética, na Figura 1. As formas institucionais são a base para a compreensão de como se constitui um determinado regime de acumulação e seu modo de regulação. No entanto, as relações de determinação não são dadas, nem estáticas, mas são parte de um processo dinâmico e em mutação, que refletem as transformações da dinâmica social e os ajustes da economia. Isso significa dizer que a Teoria da Regulação está, a todo tempo, trabalhando tanto com a análise das dinâmicas que viabilizam certa estabilidade da acumulação capitalista, como com os fatores que modificam essa estabilidade, gerando impulso para a reconfiguração das formas institucionais (alteração na relação salarial, no tipo de inserção internacional, etc.) e, por conseguinte, do próprio regime de acumulação. Não está garantida, assim, *a priori*, nem a estabilidade, nem a ruína de qualquer conformação histórica que a acumulação capitalista tenha assumido.

Figura 1: Visão esquematizada nas noções de base da Teoria da Regulação.

Fonte: Extraído de Boyer e Saillard (2002).

Crises são, então, sempre uma possibilidade. A análise regulacionista engloba a possibilidade de cinco tipos de crises: perturbações externas à acumulação (uma catástrofe natural, por ex.); de natureza cíclica, como consequência dos desequilíbrios conjunturais gerados na expansão de um determinado modo de regulação; crise do modo de regulação, quando as formas institucionais existentes já não são capazes de reverter os desequilíbrios conjunturais; crise do regime de acumulação, quando as formas institucionais mais importantes (relação salarial e formas de concorrência) atingem o limite das contradições, implicando uma crise potencial no desenvolvimento econômico; e, por fim, a crise do próprio modo de produção, que seria caracterizada pelo colapso das relações sociais base do modo de produção capitalista¹⁶ (BOYER e SAILLARD, 2002; LORDON, 2002b; BOYER, 2009).

Sendo assim, as crises podem ser tanto internas a determinado regime de acumulação como do próprio regime, o que implica não só dimensão e profundidade maiores, mas também alterações potenciais nas formas institucionais e, consequentemente, do regime de acumulação existente. A relevância dessa estrutura

¹⁶ A fim de tornar mais palpável a caracterização dessas crises, caberia apontar, historicamente, o emprego dessa tipologia. Perturbação externa: choques do petróleo em 1973 e 1979; cíclica: aceleração e desaceleração do crescimento do capitalismo monopolista; crise do modo de regulação: aceleração inflacionária dos anos 1970 na Europa e Estados Unidos; crise do regime de acumulação: recrudescimento da crise nos Estados Unidos e Europa, constituindo uma crise no regime de acumulação fordista; crise do modo de produção: fim do feudalismo (BOYER, 2009).

teórica é que ela contribui para nosso entendimento das transformações pelas quais o capitalismo passa durante nosso período de análise, que envolve tanto o contexto de criação dos sistemas de saúde europeus no pós-guerra, como as reformas sistemáticas que eles enfrentam, a partir dos anos 1980. Tais reformas inserem-se, assim, em um debate mais amplo de alterações das instituições que configuram o regime de acumulação capitalista nas últimas décadas.

Com relação às cinco formas institucionais da Teoria da Regulação, cabe apontar que duas delas se destacam no processo de transformações dos sistemas de saúde, dado que estão relacionadas de maneira mais direta com a temática proposta: a relação salarial e as formas de intervenção do Estado. É nos interstícios dessas duas formas que se encontra o Estado de bem-estar social.

A relação salarial é compreendida como a configuração da relação capital-trabalho (BOYER, 2007, 2009). Dentro dessa concepção, há cinco características fundamentais a serem analisadas:

O tipo dos meios de produção; a forma de divisão social e técnica do trabalho; a modalidade de mobilização e de ligação do assalariado à empresa; as determinantes da renda salarial, direta ou indireta; e, por fim, o modo de vida assalariado, mais ou menos associado à aquisição de bens e produtos ou ao uso de serviços coletivos fora do mercado (BOYER, 2009, p. 62).

O desenvolvimento dos sistemas de proteção social do pós-guerra está diretamente vinculado à forma institucional da relação salarial. Os benefícios sociais, inclusive o acesso à saúde, recebidos pelos trabalhadores por meio dos Estados de bem-estar, são pensados como um salário indireto, que está fora da órbita de negociação trabalhista direta. Este salário é financiado pelos mecanismos de contribuição social, de trabalhadores e empregadores; via arrecadação fiscal voltada para gastos sociais; e contribuições diretas realizadas pelos empregadores (SAILLARD, 2001; ANDRÉ, 2002; BOYER, 2009). Quanto às formas de intervenção do Estado, elas são compreendidas como o “conjunto de compromissos institucionalizados que, uma vez assumidos, criam regras e regularidades na evolução das despesas e receitas públicas” (BOYER, 2009, p. 62). Sendo assim, compreender o Estado de bem-estar social, a partir dessa perspectiva, significa analisar quais são os agentes sociais que fizeram e fazem parte destes compromissos.

No entanto, dada a relevância das formas de intervenção do Estado e o reconhecimento no interior da própria Teoria da Regulação de que o tratamento dado ao Estado nas análises regulacionistas foi, historicamente, bastante limitado (THÉRET,

1988), cabe aprofundar a discussão acerca do tema. A intenção é que isso nos permita ampliar a análise sobre o Estado e o papel que exerce no regime de acumulação, de tal sorte que o estudo sobre os formatos dos sistemas de saúde seja imbuído de uma compreensão mais ampla sobre qual é o Estado que esteve envolvido em sua criação e em sua crise.

1.1.1 O Estado: Embasamento Teórico

Ainda que, inicialmente, a Teoria da Regulação não tenha eleito como prioridade o estudo do Estado, enquanto agente social e econômico, ela demonstrava convergências em relação aos trabalhos de embasamento marxista de Poulantzas¹⁷ (1978: 2000) (BOYER, 1986; NADEL, 2002). Poulantzas (2000) argumenta que a teoria de Estado deve ir além de sua forma funcional-instrumental, como garantidor automático da dominação da classe burguesa e da reprodução do capital¹⁸.

Em sua contribuição original¹⁹, dois pontos essenciais se destacam, tanto por sua importância na obra do autor, como por sua relevância na tese aqui proposta. Primeiro, a historicidade das formas-Estado e suas fases de articulação com a reprodução do capital. Nesse sentido, não é possível uma teoria de Estado; o que é possível é uma teoria do Estado capitalista, ou seja, a partir das especificidades temporais desse modo de produção específico, e, por conseguinte, centrada em determinado momento e contexto histórico:

[Com relação] ao Estado capitalista, reafirmo que sua teoria só terá caráter científico se conseguir explicar a reprodução e as transformações históricas de seu objeto nos lugares em que essas transformações estão ocorrendo, nas diversas formações sociais, lugares da luta de classe [...]. *A teoria do Estado capitalista não pode ser separada da história de sua constituição e de sua reprodução* (POULANTZAS, 2000, p. 23).

Segundo, o fato de que o Estado – para além de sua relação de reprodução do capital e da classe dominante, e inclusive por conta dessa inserção – implementa políticas que estão além dos interesses específicos de cada capitalista, dentro do processo de

¹⁷ As principais contribuições de Poulantzas compreendem Poder Político e Classes Sociais (1968: 1977) e Estado, poder e socialismo (1978: 2000) – este último principal referência da Teoria da Regulação.

¹⁸ “O Estado se reduziria [para um certo marxismo] à dominação política no sentido em que cada classe dominante produziria seu próprio Estado, à sua medida e à sua conveniência, a manipulá-lo-ia à sua vontade, segundo seus interesses. Todo Estado não passaria, neste sentido, de uma ditadura de classe. Concepção puramente instrumental do Estado [...]” (POULANTZAS, 2000, p. 10).

¹⁹ A análise de Poulantzas se inscreve na concepção sobre o Estado desenvolvida por Marx, Engels e Lenin. De acordo com Marques (2015), estes três autores foram pioneiros na abordagem do Estado, em seu conteúdo, enquanto “aparelho de dominação da classe capitalista”, ao mesmo tempo em que a forma do Estado burguês expressa “a correlação de forças entre as classes sociais” (p. 11).

acomodação e conformação de consensos, o que envolve as classes dominadas. As funções de repressão (monopólio da violência física legitimada) e de ideologia (relevante na organização das relações ideológicas e na ideologia dominante) estão presentes no Estado.

No entanto, embora essa dupla função seja essencial para compreensão estatal, ela deve ser abordada não somente do ponto de vista da imposição da repressão e da ideologia sob as classes dominadas, mas também em seu aspecto de acomodação de interesses do capital e do trabalho, de formação de consensos, com a presença de efetivo substrato material. Assim, respostas efetivas a demandas das massas populares podem ocorrer mesmo em circunstâncias de descontentamento por parte da classe dominante, dos possuidores dos meios de produção. Isto porque, tendo em vista a capacidade de pressão da classe trabalhadora, é necessária a realização de “sacrifícios” do ponto de vista do capital na alocação de recursos, algo que os capitalistas individuais não estão dispostos a fazer. Sendo assim, cabe ao Estado garantir a reprodução do capital (no que tange à acumulação e à legitimação), o que significa, nesses termos, estar livre da influência dos interesses particulares dos capitalistas individuais. Essa é a teoria da “autonomia relativa do Estado”, concebida por Poulantzas (PRZEWORKSKY, 1995; POULANTZAS, 2000; AMABLE e PALOMBARINI, 2009):

Essa autonomia se manifesta concretamente pelas diversas medidas contraditórias que cada uma dessas classes e frações, pela estratégia específica de sua presença no Estado e pelo jogo de contradições que resulta disso, consegue introduzir na política estatal [...] essa autonomia do Estado em relação a tal ou qual fração do bloco no poder existe pois concretamente como autonomia relativa de tal ou qual setor, aparelho ou rede do Estado em relação aos outros (POULANTZAS, 2000, p. 138).

A autonomia relativa do Estado significa, de um lado, que ele atua para além do interesse dos capitalistas individualmente, ainda que atue em consonância com a lógica de acumulação do capital como um todo. De outro lado, significa que o Estado intermedia as relações entre as frações do capital, assim como destas com as classes dominadas, os trabalhadores (e, também, frente aos grupos privados de uma inserção no mercado de trabalho, o exército de reserva). Isto significa dizer que as lutas de classe também se exprimem internamente ao Estado, nas suas mais diversas esferas de atuação:

Em resumo, as lutas populares estão inscritas na materialidade institucional do Estado, mesmo se não se esgotam por aí, materialidade que traz a marca dessas lutas surdas e multiformes. As lutas políticas desencadeadas sobre o Estado não estão, tanto quanto qualquer luta frente aos aparelhos de poder, em posição de exterioridade frente ao Estado, mas derivam de sua configuração estratégica: o Estado, como é o caso de todo dispositivo de poder, é a condensação material de uma *relação* (POULANTZAS, 2000, p. 147).

Sendo assim, é essencial a análise de Poulantzas (2000) do Estado enquanto condensação de uma relação de forças. Nesta, o autor enfatiza a relevância de se escapar de dois lugares-comuns na reflexão sobre o Estado: ele não é nem uma coisa, isto é, mero instrumento da classe dominante, nem um sujeito, com autonomia absoluta nas relações sociais. O Estado é a condensação da relação de classes e, mais do que isso, das contradições de classes. Não é simplesmente apontar que as contradições estão presentes e se refletem no Estado, mas que elas são a própria “ossatura material” do Estado. Sendo assim:

Resumindo, entender o Estado como condensação material de uma relação de forças, significa entendê-lo como *um campo e um processo estratégicos*, onde se entrecruzam núcleos e redes de poder que ao mesmo tempo se articulam e apresentam contradições e [desvios] uns em relação aos outros (POULANTZAS, 2000, p. 138-139).

Ao analisar a abordagem de Poulantzas, Jessop (2009) enfatiza a relevância dada a este duplo caráter do Estado, que se refletiu historicamente na configuração de diferentes formas de ação estatal, tendo em vista as transformações, ao longo do tempo, nas relações capital-trabalho (inclusive em decorrência da própria ação estatal): “em suas pesquisas teóricas, Poulantzas tendeu a privilegiar a análise estratégico-relacional, de modo a identificar a particularidade histórica do tipo capitalista de Estado e a estabelecer uma tipologia e uma periodização de suas várias formas” (JESSOP, 2009, p. 133).

No momento histórico estudado nessa tese, que abrange a passagem do regime fordista (1945-1975) para um regime de acumulação financeirizado, o embricamento Estado-economia possuiu uma característica importante na forma do salário indireto, para garantia da reprodução da força do trabalho e para a viabilidade da expansão da produtividade (e, com isso, da mais-valia relativa, do lucro). Neste processo, o Estado assumiu setores de proteção social, em decorrência tanto da pressão dos trabalhadores como pelo fato de que se tratavam de setores não rentáveis para os capitalistas ou rentáveis apenas para uma parcela dos capitalistas, e não para o conjunto da reprodução do capital (POULANTZAS, 2000).

Na crise do fordismo, as contradições do Estado explicitaram-se em suas intervenções econômicas, “[...] especialmente entre aquelas mais diretamente ligadas às necessidades da acumulação monopolista e as que visam, pela realização de compromissos instáveis, à organização do consentimento das classes dominadas” (POULANTZAS, 2000, p. 171-172). É a partir desse arcabouço que se pode compreender melhor o dilema vivido a partir de meados da década de 1970, quando a pressão capitalista para manutenção da taxa de lucro, frente à queda da produtividade e/ou ao acirramento

da concorrência externa, buscou forçar a redução no ritmo de expansão dos salários, mesmo sob os protestos dos trabalhadores em prol da preservação do compromisso capital-trabalho fordista (itens 1.3 e 1.3.1).

Apesar da importante contribuição de Poulantzas (2000) para compreensão do Estado capitalista, “[...] faltam em toda a sua obra teórica e histórica pesquisas mais detalhadas sobre o crucial papel de mediação das formas institucionais e organizacionais da política e suas implicações estratégico-relacionais para o equilíbrio de forças” (JESSOP, 2009, p. 133). É por isso que avaliamos a contribuição da Teoria da Regulação como relevante, ainda que mais importante no que tange à análise do Estado enquanto parte das formas institucionais (e, ao mesmo tempo, influenciando todas elas) do que como constituição de uma Teoria de Estado.

Aglietta (1997) abordava o Estado como parte de uma segmentação, em parte “forçada”, entre economia/política, público/privado, capital/Estado, conflito/unidade social. Apenas a partir da década de 1980, o Estado passou a ser incorporado como um dos componentes das formas institucionais básicas (THÉRET, 1988; LORDON, 2002a; JESSOP, 2009). Deste período, destaca-se o trabalho desenvolvido por Delorme e André (1983), que cunharam a concepção de “compromisso institucionalizado”, com baixa autonomia do Estado frente à pressão dos capitalistas e dos trabalhadores.

Como crítica à concepção de “compromisso institucionalizado”, destacamos as contribuições de Bruno Théret (1988, 1992). Théret defende que é ausente, dentro da Teoria da Regulação, uma efetiva Teoria de Estado. As análises de Aglietta (1997), Delorme e André (1983) e Lipietz (1988) sobre o Estado tem em comum “uma concepção superestrutural do Estado como simples forma de centralização de conflitos de classe” (THÉRET, 1988, p. 23). A partir disso, Théret (1988) formula três críticas principais: o Estado é, dentro dessa concepção, um espaço de intermediação dos conflitos sociais, porém desprovido de consistência e “materialidade”, ou seja, sem características próprias; a noção de compromisso institucionalizado não deve ser generalizada, sendo fruto de um momento específico de intermediação do Estado na relação capital-trabalho fordista; a análise sobre a luta de classes nestes termos está circunscrita as características econômicas e seus reflexos sobre dominantes e dominados, sem qualquer análise sociocultural.

A partir destas críticas, Théret analisa o Estado a partir das relações entre o político e o econômico; porém, não como de simples subordinação do primeiro ao segundo, mas de correlação, na qual ambos influenciam a dinâmica um do outro:

[...] se nos interessamos na análise das relações entre a economia e o *Estado realmente existente*, somos levados, na verdade, a conceber suas relações não como funcionais, mas como o produto de uma adaptação mútua com criação de formas institucionais reguladoras apropriadas (THÉRET, 2002, p. 190).

Théret aprofunda a percepção de autonomia do Estado, enquanto ente não só subordinado à reprodução do capital, mas com lógica burocrática própria (inspirado em Weber²⁰) e de estrutura de poder. A forma fiscal é uma marca própria do Estado: os impostos são fonte de recurso do financiamento da máquina estatal, constituindo-se enquanto condição para sua manutenção. Ao mesmo tempo, são instrumentos importantes no regime de acumulação, por meio da despesa pública (THÉRET, 1988, 2002).

Além disso, o autor enfatiza a relevância da análise sociológica sobre os agentes sociais envolvidos nas lutas de classe, assim como a centralidade do capital nas relações sociais em questão e como estas afetam as políticas de Estado:

De compromisso entre as classes definidas a partir de suas posições econômicas, isto é, a partir da dinâmica socioeconômica impulsionada pelo capital, são [na verdade] compromissos entre práticas concorrentes de poder fundadas nas relações sociais de lógicas contraditórias, a relação mercadoria, o capital e o Estado (THÉRET, 1988, p. 33).

De acordo com Jessop (1997), a contribuição da Teoria da Regulação pode ser resumizada, *grosso modo*, no Estado exercendo três papéis:

Garantidor de certas precondições econômicas e extraeconômicas para a operação lucrativa do capital; assegurar as condições econômicas e extraeconômicas para reprodução da força de trabalho; e coordenar [relação dos] fluxos globais de capital com os mercados nacionais de trabalho e respondendo os resultados contraditórios (p. 512).

Essa análise da atuação estatal ocorre inclusive com relação às demais formas institucionais, embebidas em conflito social, sendo que o Estado não pode ser reduzido a um planejador racional ou a um instrumento do capital monopolista (JESSOP, 1997).

Jessop (2008), assim como Théret, tem como ponto de partida a concepção poulantziana do Estado enquanto relação social, a partir de uma abordagem estratégica-relacional. Para o autor, qualquer abordagem sobre o Estado sempre envolve, primeiramente, o reconhecimento de uma estratégia de seleção de enfoque e de variáveis envolvidas:

Primeiro, apesar do aparato estatal possuir seus recursos e poderes distintivos, que estão na base de sua autonomia relativa, possui também obrigações e vulnerabilidades distintas cuja operacionalidade depende de recursos produzidos em outra esfera dentro de seu ambiente. Segundo, estruturas estatais têm um impacto específico, diferenciado na habilidade de várias forças políticas de perseguir interesses e estratégias particulares em contextos específicos apesar de seu controle sobre e/ou acesso (in)direto a essas capacidades estatais – capacidades cuja efetividade também depende de ligações com forças e poderes que existem e operam para além das fronteiras formais do estado.

²⁰ A principal obra de Max Weber é “A ética protestante e o ‘espírito’ do capitalismo” (1905: 2008), na qual desenvolve, entre outros temas, sua concepção sobre burocracia.

Terceiro, a natureza e extensão da realização dessas capacidades-obrigações – consequentemente a natureza e impacto do poder estatal – depende das relações estruturais entre o estado e seu abrangente sistema político, nos laços estratégicos entre políticos e funcionários do estado e outras forças políticas, e na complexa trama de interdependências estruturais e redes estratégicas que ligam o sistema estatal a seu ambiente social mais amplo (JESSOP, 2008, p. 6).

Nesse sentido, sua reflexão sobre o Estado considera tanto seu caráter como parte e mediação da luta de classes, como seu aspecto institucional-burocrático:

O estado envolve um paradoxo. De um lado, é apenas um conjunto institucional entre outros dentro de uma formação social; de outro lado, é particularmente encarregado de responsabilidade geral pela manutenção da coesão da formação social do qual é meramente uma parte (JESSOP, 2008, p. 7).

Esta breve análise não esgota o debate a respeito da Teoria de Estado. No entanto, tem como intuito proporcionar os fundamentos de como o Estado é abordado ao longo dessa tese, tanto em seu caráter de coesão e distensão das lutas de classe, como no reflexo dessa luta em seu aparato burocrático, no que concerne a reflexão mais geral sobre o capitalismo e o Estado de bem-estar social (capítulo 1) e sobre nosso objeto de estudo específico, os sistemas de saúde alemão, francês e britânico (capítulos 2, 3 e 4).

1.2 O REGIME DE ACUMULAÇÃO FORDISTA

Durante cerca de trintas anos (entre meados das décadas de 1940 e 1970), uma determinada conjunção de características econômicas, políticas e sociais viabilizou a constituição de um regime de acumulação pautado no incremento, simultâneo, dos lucros das empresas e dos salários dos trabalhadores, viabilizada por uma forte expansão da produtividade do trabalho. Este cenário permitiu também o crescimento dos gastos públicos, principalmente no que diz respeito às políticas sociais, constituindo os Estados de bem-estar social. Ainda que o Estado de bem-estar social não tenha sido fruto da simples possibilidade de expansão do gasto público, e sim da forma específica como se articulou a relação capital-trabalho, as condições históricas de ampliação do crescimento econômico viabilizaram sua constituição (como apresentado no item 1.2.2).

O século XX é marcado, ao menos desde a década de 1920, nos Estados Unidos e na Europa, pela produção em massa nas bases tayloristas²¹. Por sua vez, apenas após os

²¹ “Taylorismo significa: uma estrita separação entre a concepção do processo de produção, que é tarefa da equipe de planejamento e organização, e a execução de tarefas estandardizadas e formalmente determinadas” (LIPIETZ, 1997, p. 80).

impactos da crise de 1929²², para os Estados Unidos, e da Segunda Guerra Mundial, para a Europa, é que se inicia, frente à produção em massa, uma efetiva difusão do consumo em massa: “como todo mundo, o novo trabalhador não apenas fabricava itens; ele os comprava também. Isso era novidade” (JUDT, 2008, p. 344). Esta foi uma das bases do regime de acumulação fordista.

O regime de acumulação fordista é definido pelos regulacionistas por três características: uma organização do trabalho com mecanização do processo produtivo e forte divisão e especialização das funções (taylorismo mecanizado), gerando ganhos de escala e efeitos de aprendizagem, e, com isso, ganhos de produtividade²³; uma estrutura salarial pautada na divisão dos ganhos de produtividade entre capital-trabalho (com aumentos salariais acompanhando a evolução dos preços e da própria produtividade); uma acumulação intensiva autocentrada, ou seja, pautada principalmente na produção e consumo assalariado internos (acompanhado de formas institucionais compatíveis, como um regime monetário pautado no crédito e uma estrutura produtiva concorrencial, ainda que oligopolizada) (LIPIETZ, 1997; BOYER, 2002b, 2009).

Este regime de acumulação deve ser compreendido dentro de um contexto específico. A organização trabalhista vinha se fortalecendo desde o final do século XIX, com a ampliação da massa trabalhadora nas cidades e da organização sindical. As crescentes reivindicações dos trabalhadores, mediante greves, somado à conquista do sufrágio universal em diversos países, ampliou sua capacidade de pressão, acirrando a relação de forças capital-trabalho, principalmente depois da constituição da URSS e o crescimento do socialismo como horizonte para os trabalhadores (BOYER, 2009; MASCARO, 2013). Além disso, os impactos da Primeira Guerra Mundial e da crise de 1929 (associado à contestação do liberalismo do século XIX) viabilizaram a ampliação do uso do planejamento por parte dos Estados nacionais. Ainda que a concepção do que era planejamento tenha variado muito de país para país, “o que todos os planejadores tinham em comum era a crença no aumento do papel desempenhado pelo Estado em questões sociais e econômicas” (JUDT, 2008, p. 83).

²² A crise de 1929 esteve diretamente relacionada à crise de superprodução, alimentada pelo fato de que a renda gerada pelos ganhos de produtividade foi distribuída muito mais em prol do capital do que do trabalho, impossibilitando a geração de consumo correspondente à expansão produtiva (RAMAUX, 2012). Para maiores informações sobre a crise de 1929, ver Galbraith (2010).

²³ Cabe ressaltar que esta primeira característica sintetiza a noção de fordismo enquanto organização do trabalho, que gerou novas normas de produção (MARQUES, 1997a). Ao longo deste trabalho, não nos referimos a esta visão mais conhecida do fordismo, e, sim, ao seu conceito enquanto regime de acumulação, forjado pela Teoria da Regulação.

A pressão dos trabalhos e a legitimação da maior ação estatal tiveram papel importante. No entanto, os impactos diretos da Segunda Guerra Mundial são essenciais para compreender as mudanças no período. Os ecos da crise da década de 1930, somado à destruição da guerra, junto à determinação em evitar um ambiente que propiciasse o ressurgimento do fascismo, contribuíram para a criação de uma nova ordem internacional, que buscava garantir estabilidade política e econômica. Como parte desta nova ordem, o acordo de Bretton Woods²⁴ foi assinado, assim como a formação de organizações internacionais, tais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) (ARRIGHI, 1996; BELLUZZO, 1997). A partir desse pano de fundo, o Plano Marshall, implementado pelo governo norte-americano, contribuiu para a reconstrução pós-guerra da Europa Ocidental (e do Japão), fornecendo o primeiro impulso ao crescimento econômico dessa região no período: “[...] o auxílio deveria se estender durante alguns anos, sendo, portanto, desde o início, um programa estratégico de recuperação e crescimento, e não um fundo emergencial de desastre” (JUDT, 2008, p. 105).

Essa estrutura institucional viabilizou um período de forte crescimento econômico, que perdurou entre o fim da Segunda Guerra Mundial e o início da década de 1970: a “era de ouro” (*Golden Age*) do capitalismo. A expansão econômica, apoiada na produção e no consumo de massa, proporcionou o crescimento, simultâneo, dos lucros e dos salários reais, gerou uma condição de quase pleno emprego e viabilizou maior gasto público²⁵, principalmente em serviços sociais, em uma lógica pró cíclica de crescimento. Em termos de formas do Estado, tivemos a passagem de um “Estado limitado” que prevalecia até a Primeira Guerra Mundial para um “Estado inserido”, cuja diferenciação aparece de forma clara na sua inserção na economia e nas políticas sociais. Esta estrutura estatal foi uma das bases para articulação do modo regulação monopolista conformado

²⁴ O acordo de Bretton Woods (assinado ainda durante a guerra, em 1944) possuía três características principais: as taxas de câmbio eram ajustáveis, dentro de um modelo de padrão dólar-ouro estabelecido pela economia norte-americana; a existência de controles sobre os fluxos de capital internacionais, a fim de limitá-los; e a criação do Fundo Monetário Internacional (FMI), a fim de monitorar e financiar possíveis desequilíbrios no balanço de pagamentos dos países signatários. Com essas características, os sistemas monetários deixaram de ser controlados de forma predominante por banqueiros e finanças privados, tornando-se parte das atividades de gestão dos Estados, dependendo da cooperação entre os governos e bancos centrais (principal o norte-americano, o *Federal Reserve*) (ARRIGHI, 1996; BELLUZZO, 1997; EICHENGREEN, 2000). O acordo é considerado um dos componentes essenciais no crescimento do pós-guerra, dado que “[...] acabou com os problemas nos pagamentos, permitindo a expansão sem precedentes no comércio e investimentos internacionais que alimentaram o crescimento explosivo no pós-guerra” (EICHENGREEN, 2000, p. 131).

²⁵ O forte crescimento das economias foi acompanhado de uma elevada expansão dos gastos públicos. Nos três países estudados nessa tese, em 30 anos, os gastos públicos mais do que dobraram sua participação no PIB (THÉRET, 2002).

nesse período. Ou seja, um modo de regulação marcado por uma escala monopolista de produção, conjugada com uma inserção direta do Estado na regulamentação e produção de bens e serviços (BELLUZZO, 1997; DELORME, 2002; PETIT, 2002).

No âmbito da gestão macroeconômica, o modo de regulação monopolista adotou políticas garantidoras da demanda agregada, inspiradas nas propostas de Keynes, fazendo frente aos percalços do regime de acumulação e, assim, do crescimento econômico²⁶. A relação entre o regime de acumulação fordista e o keynesianismo não é direta, mas fruto das especificidades desse momento histórico. O keynesianismo, ao tentar suavizar os ciclos econômicos por meio do combate à insuficiência de demanda, proporcionava, então, uma resposta econômica que vinculava o crescimento econômico com a melhora na distribuição funcional de renda e, do ponto de vista político, com uma resposta econômica para o compromisso de classes. Cabia ao Estado imputar políticas que distribuíssem renda (direta ou indiretamente) para a parcela da população mais pobre (e com maior propensão ao consumo) e realizar dispêndios diretamente, garantindo a expansão da demanda via gasto público (MASCARO, 2013).

Essas transformações fizeram frente tanto à pressão do capital, para a sua reprodução, como às reivindicações dos trabalhadores, institucionalizando a luta de classes por meio de negociações coletivas²⁷. A expansão das organizações sindicais e sua forte legitimidade enquanto representante dos interesses dos trabalhadores exerceram pressão decisiva na melhoria das condições de trabalho e de sua remuneração. Igualmente importante foi a capacidade da classe trabalhadora de participar das negociações travadas no âmbito do Estado, por meio dos partidos de esquerda (socialistas, comunistas e socialdemocratas), ainda que o reconhecimento e as estratégias desenvolvidas nesse espaço institucional tenham alimentado debates aflamados sobre a captulação de

²⁶ Keynes, no livro *A Teoria Geral do emprego, do juro e da moeda* (1936: 1982) apresenta uma pormenorizada análise sobre os determinantes do emprego na economia capitalista. Nessa análise, o autor apresenta o desemprego como resultado inevitável do *laissez-faire* e posta a importância de ampliar a geração do emprego e da renda para a população mais pobre, tendo em vista sua alta propensão marginal a consumir – ou seja, a tendência a alocarem quase todo aumento da renda na forma de consumo –, assim como o papel do gasto público para garantir a demanda efetiva.

²⁷ As negociações coletivas, no entanto, não circunscreviam todas as formas de reivindicação dos trabalhadores no período fordista, tendo sido um momento histórico bastante rico do ponto de vista da organização e da pressão dos trabalhadores, que abarcou uma forte sindicalização (tendo seu auge no começo dos anos 1970); amplos movimentos grevistas e de ocupação dos locais de trabalho, como em maio de 1968 na França; ampliação das propostas dos partidos socialistas (THERBORN, 2012).

movimentos sociais contestatórios da relação capital-trabalho instituída²⁸ (PRZEWORSKY, 1989; EICHENGREEN, 2000).

Pelo lado da acumulação do capital, a expansão do consumo foi alavancada pelo ritmo de crescimento dos salários reais, viabilizado pelos ganhos de produtividade decorrentes da estrutura produtiva fordista, bem com pela maior regularidade da remuneração do trabalho, em função de relações trabalhistas mais estáveis. Esses aspectos, inclusive, ainda contribuíram para o progressivo desenvolvimento de mecanismos de crédito e financiamento. O trabalho assalariado adquiriu, nesse período, sua forma mais acabada²⁹: era não só o instrumento predominante de remuneração dos trabalhadores, mas a base de organização das sociedades:

A sociedade industrial, inclusive fora do âmbito do trabalho, [...] em sua concepção de desempenho, em sua justificação da desigualdade, em seu direito previdenciário, em seu equilíbrio de forças, em sua política e cultura, *é uma sociedade do trabalho assalariado do princípio ao fim* (BECK, 2010, p. 205).

Levando-se em consideração todas as características supracitadas, podemos afirmar que o fordismo representou um regime de acumulação singular, não só por ser marcado por um crescimento econômico elevado – e bastante superior ao das décadas seguintes –, mas por ter sido capaz de “conciliar margem elevada e estabilidade do lucro com progressão da renda dos assalariados e combinar eficiência dinâmica e diminuição das desigualdades, dinamismo do setor privado e ampliação das intervenções públicas” (BOYER, 2009, p. 103-104).

1.2.1 Regime Fordista: Especificidades da Alemanha, França e Reino Unido

Embora o fordismo apresente os traços gerais supracitados, ele adquiriu contornos específicos de acordo com as características nacionais: “a diversidade dos modos de regulação contemporâneos é apenas a expressão condensada da especificidade das trajetórias nacionais com relação à constituição, na história, dos compromissos

²⁸ Este foi um importante debate, principalmente nos partidos socialistas e comunistas. De um lado, as greves foram derrotadas nas primeiras décadas do século XX, como no caso de grandes mobilizações na França em 1920 e no Reino Unido em 1926, com ampliação de legislação repressiva. Por outro lado, as eleições constituíram-se enquanto uma oportunidade para os partidos de esquerda exporem suas ideias, buscando angariar apoio dos trabalhadores e de outros grupos, como a pequena burguesia. A expansão dos partidos foi rápida e importante entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX (ESPING-ANDERSEN, 1985; PRZEWORSKY, 1989; HATZFELD, 2004; THERBORN, 2012).

²⁹ Embora já existisse anteriormente, o trabalho assalariado começa a se disseminar na Inglaterra após a Revolução Industrial e, na França e na Prússia, a partir das décadas de 1830/1840. No começo da década de 1910, 90% dos trabalhadores britânicos já eram assalariados, 60% na Alemanha e 47% na França (país com lenta transição para o trabalho industrial) (KOTT, 1995; CASTEL, 2010).

institucionalizados e das formas institucionais” (BOYER, 2009, p. 141). No caso dos três países estudados nesse trabalho, temos características bastante distintas, conforme sumarizado no Quadro 1.

Quadro 1: Características das formas institucionais e do modo de regulação fordista: Alemanha, França e Reino Unido.

Forma estrutural \ País	Alemanha	França	Reino Unido
Regime monetário	Desvalorização (cambial) inicial estimula o crescimento	Política monetária utilizada para estimular o crescimento	Livre (desfavorável à indústria)
Formas de concorrência	Sob controle de uma aliança banco-indústria	Sob controle do Estado; regulamentação dos preços	Oligopolista
Formas de Estado	Garantidor da economia de mercado	Estado de bem-estar social amplo; Estado como propulsor das formas institucionais	Estado de bem-estar precoce e desenvolvido
Relação salarial	Densidade de acordos patronato/sindicatos	Fortemente institucionalizado e codificado pelo Estado	"Balcanização" (fragmentação) das negociações salariais
Inserção internacional	Especialização favorável, controle de preços sobre exportação	Especialização intermediária. Papel das antigas colônias	Financeira mais do que industrial
Modo de regulação	Fordismo flexível tardio, com produção diferenciada e centrada na qualidade	Fordismo impulsionado pelo Estado	Fordismo dificultado

Fonte: Boyer (1995). Elaboração própria.

Em termos gerais, o modo de regulação alemão era “flexível”, o francês “estatal” e, no Reino Unido, “dificultado”. Dentre os três países, a França é onde o fordismo apresentou suas características mais “típicas”³⁰. Isto significa dizer que, em termos de organização do processo de trabalho, tipo de mercadorias produzidas, lógica de distribuição da renda, o sistema francês foi mais próximo da caracterização apresentada anteriormente como regime de acumulação fordista. Destaca-se, por exemplo, o fato de que o estereótipo clássico do trabalhador fordista (o emprego industrial com forte especialização, estável, quase vitalício, em um ideal de carreira assalariado e umbilicalmente relacionado com a evolução da empresa) existiu de maneira clara apenas na França, dentre estes três países³¹ (BOYER, 2002b, 2007).

³⁰ O fordismo enquanto lógica de produção, organização do trabalho, intervenção estatal etc., surge nos Estados Unidos. Nesse sentido, o único fordismo típico é o norte-americano (BOYER, 1990).

³¹ Cabe apontar, no entanto, que dado o histórico francês de importante participação de pequenos produtores na economia (artesãos e pequenos comerciantes), o fordismo foi também um processo homogeneizador,

No que tange à internalização da produção e do consumo em massa, as três economias tinham o consumo interno como fator-chave para sua produção industrial. Enquanto, em 1913, parcelas importantes da produção manufatureira eram exportadas (31% no caso alemão, 26% no francês e 45% no britânico), em meados da década de 1950, essas exportações representavam apenas cerca de 18% nos três países. Ao longo das décadas de 1960 e 1970, a França e o Reino Unido mantiveram esse patamar, enquanto a Alemanha passou a ampliar suas exportações industriais já na segunda metade dos anos 1950 (GLYN et al, 1990).

Em termos de processo de trabalho, a França possuía forte especialização e clara separação entre trabalho manual dos operários e trabalho intelectual dos engenheiros e técnicos. Por sua vez, tanto na Alemanha como no Reino Unido, a especialização e racionalização na divisão de funções era bem menos acentuada. No caso alemão, em decorrência da formação educacional técnica e da maior diversificação produtiva e, no britânico, por conta, principalmente, da forte pressão sindical³², interferindo na organização do processo de trabalho, para além da “norma” de modernização fordista. Por outro lado, o compromisso com o pleno emprego, enquanto uma meta estatal, foi mais claro na Alemanha do que na França e no Reino Unido, assumido pelo governo enquanto um compromisso implícito, entre 1949 e 1967, e explícito, com a utilização de uma clara política keynesiana anticíclica, entre 1967 e 1974 (BOYER, 1990, 1995; ESPING-ANDERSEN, 1990).

Do ponto de vista do trabalhador, as negociações flexíveis alemãs significavam a não interferência estatal (*Tarifautonomie*) – trabalhadores e empresas negociavam salários pela via sindical nas empresas e nos estados (*Länder*), enquanto as condições de trabalho eram negociadas por meio dos conselhos de empresas (*Betriebsräte*) –, assim como reajustes na remuneração menos atrelados aos ganhos de produtividade. Estas características eram bastante distintas do caso francês, em que ocorria definição direta do Estado com relação aos direitos trabalhistas, jornada de trabalho e salário mínimo, assim como uma política explícita de indexação dos salários com os ganhos de produtividade,

que diminuiu o espaço social e econômico dos pequenos produtores (ainda que eles não tenham deixado de existir): “eles [os artesãos e pequenos comerciantes] são os sacrificados de uma dinâmica de desenvolvimento econômico e de progresso social que pode apoiar-se em boas razões – a modernização obriga – mas na qual eles não tem nenhum lugar” (CASTEL, 2005, p. 50).

³² Com uma industrialização bem mais antiga do que a Alemanha e a França, o Reino Unido possuía, durante o fordismo, uma taxa de sindicalização dos trabalhadores bem mais elevada. Em 1970, 51% dos trabalhadores britânicos eram sindicalizados, frente a 37% na Alemanha e somente 22% na França (BOYER, 1990).

mediante regras estáveis. O Reino Unido, por sua vez, é marcado pela fragmentação da negociação trabalhista, com baixa homogeneidade dos mecanismos de reajustes – por isso, denominado “fordismo dificultado” (BOYER, 1995, 2002b; CORIAT, 2002; JESSOP e SUM, 2006).

É interessante notar que, embora com regimes de acumulação bastante distintos, a Alemanha e a França, ao longo dos anos 1960 e 1970, aproximaram-se dos níveis de produtividade norte-americanos, paradigma do período. Conforme exposto no Gráfico 1, considerando os Estados Unidos como base 100, em 1950, a Alemanha apresentava apenas 33%, a França 43% e o Reino Unido 61% da produtividade norte-americana. Já em 1980, a produtividade alemã equivalia à 83% da norte-americana, a francesa 90% e a britânica 70%³³ (GLYN et al, 1990).

Gráfico 1: Produtividade-hora do trabalho, relativa aos Estados Unidos (base 100), Alemanha, França e Reino Unido, 1950 a 1980.

Fonte: França (2016).

Isto ocorre, em grande medida, em decorrência de uma estrutura institucional na qual a coordenação dos Estados alemão e francês (principalmente no que diz respeito à concorrência no mercado de bens, a relação salarial e as instituições do mercado de trabalho e ao setor de intermediação financeira) favoreceu essa aproximação. Este fato foi decorrente da congruência dessas formas institucionais com as tendências dominantes (keynesismo, produção fordista, socialdemocracia) do capitalismo, naquele determinado momento histórico (LIPIETZ, 1997; AMABLE, 2005).

³³ No caso do Reino Unido, o ganho de produtividade foi bem menor e o país não realizou os mesmos incrementos tecnológicos (BOYER, 2000a).

Para além dessas características mais gerais, alguns pontos merecem atenção com relação ao desenvolvimento econômico em cada um destes países, nesse período. Em termos produtivos, a França experimentou uma forte expansão industrial, liderada pelas indústrias de equipamentos (eletromecânica, automobilística, aviação, eletrônica) (LIPIETZ, 1988; BOYER, 1995). A percepção do fordismo francês como “estatal” era decorrente da importante presença do Estado na economia, principalmente na política industrial, mediante maior regulamentação, políticas de fomento e nacionalização de diversos setores³⁴: “a França foi o primeiro país ocidental a se comprometer inteiramente com crescimento econômico e modernização enquanto políticas públicas” (JUDT, 2008, p. 84).

Na Alemanha Ocidental, com grande parte de seus centros industriais destruídos nos dois últimos anos da Segunda Guerra Mundial e sob efeito da ocupação dos aliados, os primeiros anos pós-guerra (1945-49) foram marcados por uma reformulação de sua estrutura industrial, da organização sindical e dos partidos políticos. Ao mesmo tempo, marcas do capitalismo alemão pré-guerra, como a forte articulação entre os sistemas bancário e produtivo pautando a forma institucional de concorrência, a lógica da economia social de mercado (*soziale Marktwirtschaft*), com a coordenação do mercado pelo Estado, e o corporativismo criaram um sistema fordista diferente do modelo canônico.

O país possuía um sistema mais flexível nas relações trabalhistas, ao mesmo tempo em que os sindicatos participavam de maneira mais direta nos acordos e na gestão da estrutura vinculada com o Estado de bem-estar³⁵. Além disso, a distribuição de poder entre a esfera federal e a estadual (*Länder*) gerava uma forma de Estado com menor intervenção direta do governo central do que no caso francês, mas ainda assim utilizando-se de recursos (fiscais e do Plano Marshall) para subsidiar o crescimento industrial, conformando uma produção industrial diversificada e elaborada. O padrão industrial resultante baseava-se, principalmente, na produção de bens de capital para exportação, pautada na constituição de uma mão-de-obra especializada, investimento em tecnologia

³⁴ “As administrações francesas no pós-guerra nacionalizaram o transporte aéreo, bancos, 32 companhias seguradoras, serviços públicos essenciais, minas, fábricas de munição e de aeronaves, além do gigantesco complexo da Renault” (JUDT, 2008, p. 84).

³⁵ Como fica explícito na gestão das Caixas de Saúde, conforme expomos no capítulo 2, item 2.2. Os sindicatos alemães priorizaram a preservação do controle sobre as Caixas de Saúde frente à possibilidade de universalização do sistema, dado o poder financeiro e organizacional que a manutenção dessa estrutura representava (e continua representando) (ESPING-ANDERSEN, 1990).

e uma moeda desvalorizada, o que barateava as exportações (LIPIETZ, 1988; PRZEWORSKY, 1989; BOYER, 2005; JESSOP e SUM, 2006).

No Reino Unido, o regime monetário e as relações salariais eram bastante distintas do “padrão” fordista. As marcas do fordismo são mais significativas no que tange ao pacto do pós-guerra e seu compromisso com o pleno emprego (com o planejamento estatal sendo aceito tanto por políticos do partido Trabalhista como do Conservador) e o Estado de bem-estar social. No entanto, como a indústria não foi capaz de implementar de forma profunda uma produção em massa, o consumo foi, ao menos parcialmente, atendido por meio da ampliação da importação de bens de consumo em massa, gerando desequilíbrios no balanço de pagamentos. Além disso, a forma institucional de inserção internacional mais financeira do que produtiva, somada à lógica de atuação como império britânico³⁶, direcionou a inserção produtiva a mercados pouco desenvolvidos (na África, América do Sul e Ásia), e com participação pequena das empresas do país nos mercados mais integrados no fordismo, como no restante da Europa, nos Estados Unidos e no Japão (BOYER, 1995; DAIN e JANOWITZER, 2006; JESSOP e SUM, 2006).

1.2.2 O Estado de Bem-Estar Social e seu Papel-Chave

Uma questão-chave no regime de acumulação fordista diz respeito ao desenvolvimento, nesse momento histórico, de amplos sistemas de proteção social, identificados como a constituição dos Estados de bem-estar social. Embora políticas sociais já existissem muito antes do pós-guerra³⁷, a forma específica que a proteção social desenvolve após a Segunda Guerra Mundial é que denominamos de Estado de bem-estar social. Esta institucionalidade, como dito anteriormente, foi resultante de uma série de transformações que afetaram a economia, a política e a sociedade neste momento histórico.

As análises sobre os Estados de bem-estar social desenvolveram-se em torno de diversas abordagens. Podemos destacar três: primeiro, a abordagem estruturalista, que analisa o desenvolvimento do Estado de bem-estar como uma “necessidade” do sistema,

³⁶ Na década de 1950, o Reino Unido mantinha esquadrões de sua força aérea e forças militares em diversos países do mundo, com gastos militares bastante elevados (JUDT, 2008).

³⁷ A conquista dos direitos sociais teria sido precedida, de forma geral na Europa, a seu reconhecimento enquanto pessoas detentoras de direitos de liberdades individuais (a partir do século XVII na Inglaterra e com a Revolução francesa, na França) e enquanto cidadãos políticos (processo moldado em contextos diferentes em cada país, entre o século XIX e o fim da Segunda Guerra Mundial), ou seja, dotados do direito ao voto e à representação política (PALIER, 1997).

com a industrialização tendo tornado a disseminação das políticas sociais tanto possível (com o advento da burocracia moderna) como necessária (dado o enfraquecimento das formas tradicionais pré-industriais de proteção social, como a família, a igreja, as corporações de ofício). Parte dos intelectuais marxistas segue essa abordagem (novo estruturalismo marxista), analisando o Estado de bem-estar como produto inevitável do modo de produção capitalista, especialmente em sua fase de capitalismo monopolista e frente à ameaça representada pelo socialismo. Uma segunda vertente é da abordagem institucional, que relaciona o desenvolvimento do Estado de bem-estar com o crescimento das instituições democráticas e como parte da ampliação dos direitos civis (como a obtenção do sufrágio). Por último, destacamos a abordagem centrada nas classes sociais, apontadas como agentes políticos na constituição do Estado de bem-estar, com destaque para a mobilização dos trabalhadores como fator essencial (ESPING-ANDERSEN, 1990; ARRETCHE, 1995 apud MARQUES, 2015).

Conforme apontado no item 1.1.1, a abordagem de Estado formulado por Poulantzas (2000) viabiliza uma compreensão sobre o Estado de bem-estar que vai além da fragmentação em uma das três abordagens previamente apresentadas. Isso porque essa configuração estatal é resultante, simultaneamente, das necessidades de reprodução capitalistas e da pressão dos trabalhadores:

Toda uma série de medidas econômicas do Estado, muito particularmente as que se referem à reprodução ampliada da força de trabalho, *lhe foram impostas pela luta das classes dominadas* em torno do que se pode designar sob a noção, social e historicamente determinada, de “necessidades populares”: da segurança social à política relativa ao desemprego e ao conjunto de domínios assinalados do consumo coletivo. Numerosos estudos recentes mostram que as famosas funções sociais do Estado dependem diretamente, simultaneamente em sua existência e nos seus ritmos e modalidades, da intensidade da mobilização popular: ora efeitos das lutas, ora tentativa de desativamento antecipado dessas lutas por parte do Estado. Mas [...] não existem também, de uma parte funções do Estado a favor das massas populares, impostas por elas, de outra parte funções econômicas a favor do capital. Todas as disposições tomadas pelo Estado capitalista, mesmo as impostas pelas massas populares, são finalmente e a longo prazo inseridas numa estratégia em favor do capital ou compatível com sua reprodução ampliada (POULANTZAS, 2000, p. 188-189).

Sendo assim, nessa análise “[...] uma variável pode, na melhor das hipóteses, assumir principalidade, mas é um equívoco atribuir importância única a um ou outro fator, seja ele econômico ou político” (MARQUES, 2015, p. 10).

Apesar das inúmeras abordagens sobre o tema, todas apontam a relevância do Estado de bem-estar para a estabilidade da relação capital-trabalho nas décadas posteriores à Segunda Guerra Mundial, assim como sua contribuição para o crescimento

econômico³⁸. No pós-guerra, o Estado de bem-estar social, enquanto componente do regime de acumulação fordista, contribuiu para o desenvolvimento de uma configuração virtuosa, na qual a expansão das despesas públicas, relacionadas à proteção social, era compatível com a estrutura de geração e distribuição de renda e com a acumulação de capital. Trata-se, assim, de um compromisso fordista-keynesiano-beveridgiano (BOYER, 1990, 2000a; MARQUES, 1997b).

Essa relação virtuosa está relacionada com dois processos. Primeiro, as transformações que a proteção social representou em termos de melhorias das condições de vida dos trabalhadores (ao proporcionar acesso a cuidados de saúde, seguro contra acidentes de trabalho, aposentadorias, etc.), impulsionando a elevação da produtividade do trabalho. Com a expansão da produção, a geração de receitas públicas crescia (via impostos e contribuições sociais), completando o círculo virtuoso que viabilizava o financiamento das despesas públicas. Segundo, as políticas sociais representavam um salário indireto ao trabalhador, ou seja, um acesso a bens e serviços desvinculado de pagamento direto³⁹. Este mecanismo permitia que o trabalhador canalizasse recursos que seriam alocados no acesso a serviços sociais (educação, saúde, habitação) para a aquisição de bens de consumo⁴⁰. Do ponto de vista capitalista, o mecanismo permitia a complementação do círculo de realização do capital, garantindo as vendas da produção de bens em massa realizada pelas empresas. Sendo assim, a reprodução capitalista era garantida pelos gastos públicos e despesas de consumo de forma direta e indireta, com o salário indireto proporcionando um consumo “socializado” (SAILLARD, 2002; THÉRET, 2002; BOYER, 2007).

A análise dos Estados de bem-estar social criados neste período suscitou o estabelecimento de diversas tipologias⁴¹. Ainda que nenhum país apresentasse um Estado de bem-estar social que coubesse puramente em um arquétipo, as diferenças de inclusão, estratificação social, qualidade dos direitos sociais, e relação entre Estado, mercado e família, permitiu a classificação dos países dentro de categorias gerais. A análise pioneira

³⁸ Em termos estatísticos, há certa controvérsia entre a relação do crescimento econômico e o tamanho do Estado de bem-estar social (dado em termos de gastos sociais, como proporção do PIB), sem uma clara relação positiva ou negativa entre as duas variáveis (PFALLER e GOUGH, 1991; BOYER, 2000a).

³⁹ “O desenvolvimento das transferências sociais resulta em uma socialização das rendas em que uma parte crescente é [distribuída] sem relação direta com o trabalho individual” (SAILLARD, 2002, p. 156).

⁴⁰ “O crescimento do salário indireto [...] transformou-se em liberação do salário direto ou da renda domiciliar disponível para alimentar o consumo de massa” (OLIVEIRA, 1998, p. 22).

⁴¹ Para uma apresentação detalhada das diversas tipologias, ver Marques (1997a).

foi de Titmuss (1974), mas a mais utilizada⁴² tornou-se a de Esping-Andersen (1990), que parte da análise de Titmuss (1974), aprofundando a tipologia a partir das ideologias políticas que as promoviam. Assim, tem-se o modelo residual ou regime liberal; o modelo meritocrático-produtivista ou conservador-corporativista; e o modelo institucional-redistributivo ou regime socialdemocrata (PALIER, 1997; THÉRET, 1997, 2011; BOYER, 2007).

As tipologias são relevantes, mas são apenas “tipos-ideais”, que não abrangem integralmente as diferentes realidades de cada país. Afinal, todas as formas institucionais apresentam grande variedade, o que parece particularmente verdadeiro no caso dos sistemas de proteção social. Ainda assim, as tipologias contribuem para elucidar a relação entre as concepções teóricas priorizadas, os grupos sociais com maior força para impor sua visão e a estrutura institucional decorrente desta interação:

Estamos confrontados a uma [...] bricolagem⁴³ histórica e a configurações institucionais heterogêneas nas quais se acumulam formas variadas de acordo com os eventos históricos e de configurações de interesse específicas aos diferentes setores. Essa bricolagem e a heterogeneidade institucional que a acompanha não devem, no entanto, conduzir à rejeição da ideia de unidade dos sistemas nacionais de proteção social (THÉRET, 1995, p. 86).

O sistema liberal-residual explicita em sua lógica de financiamento e de beneficiários uma perspectiva de liberalismo econômico, priorizando o atendimento da população pobre (pressupondo que os serviços sociais podem ser obtidos via mercado, só cabendo ao Estado garantir acesso de forma pública aos incapazes de pagar). O sistema meritocrático-conservador, por sua vez, é centrado nos parceiros sociais⁴⁴, priorizando a proteção aos trabalhadores (e, em alguns casos, a maior força de algumas categorias profissionais, preservando suas diferenciações de benefícios). Já o sistema socialdemocrata, reflete sociedades com maior homogeneidade de renda e de inserção social, nas quais a busca pela equidade é coerente com o arranjo prévio e justifica

⁴² Um número especial da revista *Journal of European Social Policy*, de 2015, aponta diversos elementos (como o número de citações em outros artigos, de todas as áreas de ciências sociais) que indicam a relevância da contribuição de Esping-Andersen e seu livro “*The three worlds of welfare capitalism*” (1990) (EMMENEGGER et al, 2015).

⁴³ Théret (1995) utiliza a expressão *bricolagem*, tradicionalmente utilizada para se referir a trabalhos manuais, com o sentido adotado na antropologia, como a união de diversos elementos para conformação de um único e individualizado.

⁴⁴ A expressão *parceiros sociais* é utilizada nos países com sistema de saúde organizado em Caixas para se referir aos gestores das Caixas, compostos por representantes dos trabalhadores e dos empregadores. Embora compreendamos que a expressão possa causar certa controvérsia, dado que ela não possui esse sentido quando empregada no Brasil, a utilizamos como os autores que abordam os sistemas alemão e francês o fazem, a fim de respeitar as realidades dos países estudados. Sendo assim, *parceiros sociais*, nessa tese, refere-se aos trabalhadores e empregadores que fazem a gestão de parte da estrutura de proteção social, como no caso das Caixas de Saúde.

impostos elevados para todos – principalmente para a parcela que tivesse maiores recursos (ESPING-ANDERSEN, 1990; PALIER, 1997).

Do ponto de vista da análise proposta nessa tese, a contribuição de Esping-Andersen (1990) é também relevante pelo desenvolvimento do conceito de desmercantilização (*de-commodification*)⁴⁵: “o conceito refere-se ao grau em que os indivíduos, ou famílias, podem manter um padrão de vida aceitável socialmente independente da participação do mercado” (p. 37). O conceito aproxima-se, assim, da ideia de salário indireto empregada pela Teoria da Regulação. Nas sociedades pré-capitalistas, as condições de vida não dependiam (pelo menos não somente) do trabalho assalariado, estando diretamente vinculadas aos laços de sociabilidade como a família, a igreja, as corporações de ofício, etc. A industrialização, ao desfazer os laços institucionais tradicionais, tornou a garantia da reprodução social mais dependente do contrato de trabalho e, com isso, “mercantilizou” parcela expressiva das condições de vida dos trabalhadores. Em outros termos, o acesso a mercadorias garantidoras da sobrevivência e da reprodução dos trabalhadores passou a depender, sobretudo, da venda de sua força de trabalho – essência da teoria marxista sobre o capitalismo. Neste sentido, a introdução de políticas sociais como direitos representou uma desmercantilização, ao permitir acesso a tais bens e serviços, sem que houvesse pagamento direto por eles (ESPING-ANDERSEN, 1990; KERSTENETZKY, 2012; POLANYI, 2012).

Essa desmercantilização, contudo, foi conquistada em graus diferentes, a partir do que Esping-Andersen (1990) propôs sua classificação dos Estados de bem-estar. Primeiro, os sistemas liberais, com baixo grau de desmercantilização, dado que as ações sociais eram direcionadas apenas à parcela da população incapaz de obter proteção social via mercado (pobres). Em segundo, os sistemas corporativos, organizados em torno de seguros sociais dirigidos aos trabalhadores, que, por essa razão, apresentava grau moderado de desmercantilização. Por último, os sistemas socialdemocratas, voltado para todos (trabalhadores ou não), na perspectiva de cidadania, com maior grau de desmercantilização (embora a relação não seja simplesmente linear e possam existir sistemas que abranjam a todos, porém com uma proteção muito pequena).

⁴⁵ O conceito também está presente em Offe (1984) e em trabalhos anteriores de Esping-Andersen (1987). Na análise de Offe (1984), o Estado de Bem-Estar é resultado da necessidade de se desmercantilizar, ainda que parcialmente, certas atividades (domésticas, educativas etc.), realizando-as fora dos mercados, a fim de viabilizar a venda da força de trabalho pelos indivíduos. Esping-Andersen (1987) parte da análise histórica de Polanyi (2012), principalmente no que diz respeito à adoção de leis (*Speenhamland*, entre 1795 e 1834, e das *New Poor Laws*, entre 1834 e a década de 1940) que, ainda que de forma limitada aos pobres, desmercantilizavam parcialmente o mercado de trabalho e o acesso a bens e serviços.

Entre os autores regulacionistas, há um amplo uso da tipologia de Esping-Andersen. As contribuições seminais são de Théret (1995, 1997, 2011). A abordagem do autor está em consonância com a concepção inicialmente apresentada por Poulantzas (2000), segundo a qual o Estado de bem-estar foi fruto de pressões tanto da acumulação do capital como dos trabalhadores:

Todo sistema nacional de proteção social constitui um dos níveis econômicos na coerência social, nível institucionalizado dentro das organizações “sociais” situadas no coração do jogo de três relações diferentes ligando respectivamente a ordem capitalista de mercado, a ordem político-administrativa e a ordem doméstica da família. A proteção social é assim uma rede de relações e de instituições que funcionam como sistema de comunicação entre o capitalismo de mercado e o Estado, e cuja finalidade é o controle social da população e de sua reprodução via seu consumo (THÉRET, 1995, p. 66).

Théret (1995, 1997) elaborou uma tipologia própria, a partir das análises de Titmuss (1974) e Esping-Andersen (1990), dentre outros autores⁴⁶. O objetivo foi incluir as cinco formas institucionais regulacionistas na análise, assim como aprofundar as especificidades históricas dos países analisados. Com isso, a análise da “forma estrutural da proteção social” era entendida a partir da influência exercida por três outras variáveis: a ordem econômica, a ordem política e a ordem doméstica (relação família-Estado). A concepção privilegiava o fato de que “as instituições contemporâneas de proteção social [...] fazem a mediação da ‘relação de aliança’ entre o capital e o Estado – aliança entre o econômico e o político, mediado pelo social” (THÉRET, 1995, p. 52). Desta análise, o autor desenvolveu oito tipos de Estados de bem-estar⁴⁷.

Além das análises de Théret, cabe ainda apontar a contribuição de Amable (2005). O autor criou uma tipologia da natureza institucional de um conjunto de países desenvolvidos, a partir da análise da interação entre cinco setores institucionais, identificados à luz das formas institucionais regulacionistas: “a concorrência no mercado de bens; a relação salarial e as instituições do mercado de trabalho; o setor de intermediação financeira e a *governança corporativa*; a proteção social; o setor educativo” (AMABLE, 2005, p. 25). A partir disso, propôs a existência de cinco modelos institucionais ideias de capitalismo: o modelo baseado no mercado; o modelo socialdemocrata; o modelo europeu continental; o modelo mediterrâneo; e o modelo asiático⁴⁸. As diferenças entre eles se fundamentam tanto nos distintos formatos assumidos pelos cinco setores institucionais, quanto nas disparidades de hierarquia e de

⁴⁶ Dentre os demais, destacam-se Ferrera (1994) e Flora e Heidenheimer (1984).

⁴⁷ O detalhamento dos oito tipos de Estado de bem-estar social são expostos em Théret (1995, 1997).

⁴⁸ A fim de conhecer o detalhamento das características dos cinco modelos de capitalismo, ver Amable (2005).

complementariedade entre eles, isto é, suas interações. Embora tal classificação seja mais ampla do que o escopo da análise do Estado de bem-estar social, ela é relevante para evidenciar a coerência entre o tipo de capitalismo e o Estado de bem-estar de cada país estudado.

1.2.3 O Estado de Bem-Estar Social: Especificidades da Alemanha, França e Reino Unido

Dentre os países estudados, os Estados de bem-estar social da Alemanha e da França são classificadas, tanto por Titmuss (1974) quanto por Esping-Andersen (1990), como meritocráticos-produtivistas ou conservadores-corporativistas. Na análise mais ampla de Amable (2005), ambos os países são classificados como um modelo de capitalismo europeu continental⁴⁹. Já na tipologia de Théret (1997), apenas a Alemanha tem as características de um modelo corporativo-meritocrático e a França é um caso heterogêneo de sistema corporativo e socialdemocrata.

Todas essas tipologias salientam o fato de que os mecanismos de proteção social foram, em geral, desenvolvidos nesses países sob duas grandes influências: as organizações corporativistas dos trabalhadores e as formas tradicionais de solidariedade social articuladas em torno da religião (da Igreja Católica, especialmente)⁵⁰. Essa dupla caracterização fez com que as políticas sociais se desenvolvessem sob a marca da diferenciação (de acordo com a profissão) e da proteção voltada à família patriarcal (incentivando a maternidade e excluindo explicitamente mulheres solteiras). Além disso, do ponto de vista político, como foram as forças conservadoras que implementaram os sistemas de proteção social nesses países, premidas pelas pressões dos trabalhadores, isso contribuiu para perpetuação de uma estrutura focada no mundo do trabalho. O fato de que Bismarck foi o primeiro a implementar uma legislação social com essas características (na Alemanha) fez com que esse modelo seja também conhecido como bismarckiano⁵¹.

⁴⁹ A Alemanha e a França apresentavam uma regulamentação mais rígida do mercado de trabalho (principalmente a França), assim como no mercado de bens (França) e um sistema financeiro pouco desenvolvido, atrelado ao Estado (França) e ao setor produtivo (Alemanha) (AMABLE, 2005).

⁵⁰ Os sistemas corporativistas da Europa continental têm sua origem relacionada à industrialização tardia, dado que isso permitiu a preservação das guildas (corporações). Com isso, a hierarquia e as distinções de status existentes nestas tiveram forte impacto sobre a estruturação das instituições mútuas atreladas às indústrias. A Alemanha é um típico exemplo desse processo. Já a Igreja tinha forte presença e pressionava para preservação de traços tradicionais da estrutura familiar (ESPING-ANDERSEN, 1990).

⁵¹ A Alemanha é fruto de um processo de unificação tardio, constituindo-se enquanto Estado-Nação em 1871, impulsionado pela guerra franco-prussiana e liderado por Bismarck. A unificação marcou a

A França, por sua vez, apesar das marcas em comum, apresenta um sistema distinto, marcado por uma organização corporativa mais fraca do que a alemã, com um Estado mais centralizado e tutelador (ESPING-ANDERSEN, 1990, 2001; THÉRET, 1997; MERRIEN et al, 2005).

O Reino Unido, por sua vez, é objeto de grande controvérsia. Enquanto Titmuss (1974) o classifica entre os países de modelo institucional-redistributivo, na análise de Esping-Andersen (1990) o país não figura em nenhum dos três modelos, ainda que o autor aponte características, a princípio, mais próximas do modelo liberal – logo, totalmente distinto da avaliação de Titmuss. A análise de Amable (2005) sobre o capitalismo britânico é convergente com a classificação de Esping-Andersen, dado que o país é apresentado como parte do modelo baseado no mercado: maior concorrência, maior peso econômico e político das instituições financeiras, assim como por um mercado de trabalho de legislação mais flexível. Théret (1997), por sua vez, sugere a existência de um modelo “universalista-minimalista”, de composição entre o histórico liberal e políticas sociais mais amplas, adotadas principalmente após a Segunda Guerra Mundial.

De fato, historicamente, trata-se de um país que se destaca pela adoção de políticas liberais no campo econômico, o que permeou também suas experiências de proteção social, como no caso das *Poor Laws*, nos séculos XVII e XVIII, que focavam nos miseráveis e nos problemas que representavam na coesão social⁵². A reforma da Lei dos Pobres (*New Poor Laws*), de 1834, reduziu ainda mais o auxílio: a lei suprimiu os recursos em dinheiro ou produtos, limitando a assistência ao acolhimento em casas de trabalho (*workhouses*). Entretanto, os frequentes surtos de epidemia em bairros operários, ameaçando espalhar-se para as regiões mais nobres dos grandes centros urbanos,

integração da burguesia no *Reich* unificado, assim como a forte aceleração em seu processo de industrialização, que se desenvolvia na Prússia desde o século XVIII. Do ponto de vista econômico, político e ideológico, o novo governo lidou com os impactos nas condições de vida decorrentes da rápida industrialização, com a necessidade de legitimação do Estado recém unificado (com a abertura do processo de democratização do voto, com universalização do sufrágio) e com a ampliação do pensamento socialista (com a constituição de um partido operário socialista) e do partido socialdemocrata (*Sozialdemokrat*) no Parlamento (*Reichstag*), fomentados pela influência do pensamento marxista. Dentro desse contexto, Bismarck implementou políticas repressivas para lidar com as demandas crescentes dos trabalhadores, mas também criou o primeiro sistema de Seguridade Social implementado no mundo, enquanto parte da constituição de um “capitalismo de Estado” (ARRIGHI, 1996; BRAGA, 1999; DROZ, 2003; VINCENT, 2011).

⁵² A Inglaterra, berço da Revolução Industrial, e de seus impactos em termos de condições de trabalho (jornadas de 14 ou 16 horas por dia; acidentes de trabalho relacionados com a produção industrial, bastante frequentes como no caso da indústria atrelada à exploração de carvão, etc.), criou a primeira Lei dos Pobres em 1601 (CASTEL, 2010; SHEARD, 2011; POLANYI, 2012).

juntamente com a guerra do Boer⁵³, explicitavam as péssimas condições de vida e de saúde dos trabalhadores britânicos e os riscos potenciais para a sociedade como um todo. Essa sensibilização crescente das elites somou-se ao fortalecimento dos movimentos de emancipação da classe trabalhadora, que pressionava por mudanças em suas condições de vida (FRASER, 1984; ESPING-ANDERSEN, 1990; ENGELS, 2010).

Essas marcas históricas são importantes, mas a compreensão sobre os Estados de bem-estar social desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial demanda um aprofundamento do contexto específico. A França do pós-guerra preservou os direitos políticos tanto daqueles que participaram do regime de Vichy (com exceção dos membros eleitos nas eleições legislativas de 1936) como dos membros da Resistência à ocupação nazista. Essa estrutura política, somada com o crescimento dos partidos de esquerda⁵⁴, levou à ampliação e reorganização do sistema de proteção social, preservando, porém, sua estrutura voltada ao trabalhador. Na Alemanha, por sua vez, a lógica de seguro social também se manteve, resgatando a concepção de coparticipação e determinação (capitalistas e trabalhadores) forjada na República de Weimar e abandonada durante o nazismo (ESPING-ANDERSEN, 1990; ANDRÉ, 2002; JUDT, 2008; CASTEL, 2010).

No Reino Unido, o impacto da guerra foi ainda maior. Durante a Segunda Guerra, as condições vivenciadas pelo país geraram um profundo sentimento de solidariedade nacional⁵⁵. Essa percepção desembocou em uma unidade política, com o partido Trabalhista ingressando na coalizão do partido Conservador de Winston Churchill, e a constituição de um efetivo consenso nacional⁵⁶. Neste contexto, o relatório Beveridge (1942) foi escrito, detalhando os problemas nas condições de vida da população e propondo amplas mudanças nas políticas sociais. O relatório defendia que era dever do Estado garantir proteção a toda população, e não somente aos pobres e/ou desempregados, com relação a cinco riscos principais: a pobreza, a doença, a ignorância, a imundície e a

⁵³ Primeira guerra entre os colonizadores britânicos e os Boer, expressão em holandês e africanês para denominar os fazendeiros descendentes de holandeses que viviam na África do Sul no século XIX.

⁵⁴ O Partido Comunista Francês ampliou sua relevância, obtendo 28,6% dos votos, nas eleições de 1946 (JUDT, 2008).

⁵⁵ Dado que se tratou da primeira “guerra total”, na qual, diferentemente da Primeira Guerra Mundial, a população inteira foi afetada diretamente pelo conflito, e não só os soldados, principalmente pela evacuação nas grandes cidades e pelo racionamento. Além disso, nem a crise de 1929 teve este efeito, dado que o desemprego afetou parte da sociedade, e não toda como na guerra: “bombas, diferente do desemprego, não conheciam distinções sociais, e assim ricos e pobres foram igualmente afetados pela necessidade de abrigo e proteção” (FRASER, 1984, p. 208).

⁵⁶ “Houve momentos, mesmo em Estados democráticos, em que o corpo de cidadãos se identificara de tal modo com os objetivos de um governo dotado de legitimidade e confiança pública que prevalecera um senso de interesse comum, como na Grã-Bretanha durante a Segunda Guerra Mundial” (HOBBSBAWN, 1995, p. 557).

ociosidade. Nesse sentido, era uma concepção de Estado garantidor de direitos sociais, voltado às pessoas enquanto cidadãos, com uma visão de política social transformadora: “um momento revolucionário na história do mundo é um tempo para revoluções, não para remendos” (BEVERIDGE, 1942, p. 6)

A implementação das políticas sugeridas no relatório se tornou um compromisso do governo ainda durante o conflito (HOBSBAWN, 1995) e representou uma mudança profunda com relação às políticas de proteção social conhecidas no país (e em todo mundo capitalista da época): “[...] foi na Grã-Bretanha que se envidaram os esforços mais ambiciosos para a construção, a partir do zero, de um autêntico ‘Estado previdenciário’” (JUDT, 2008, p. 88). Ainda que a adoção das propostas de Beveridge não tenha sido plena, a pressão dos trabalhadores foi importante para sua efetiva implementação, consubstanciada na vitória do partido Trabalhista, em julho de 1945, e como parte da reconstrução nacional do pós-guerra (KERSTENETZKY, 2012). Por conta disso, o modelo socialdemocrata de proteção social, nos termos de Esping-Andersen (1990), é também conhecido como beveridgiano, principalmente no que diz respeito à análise dos sistemas de saúde. Isto é coerente, dado que uma das inovações mais importantes defendidas por Beveridge era a criação de um sistema nacional de saúde, o que de fato ocorreu.

Esping-Andersen (1990) explora pouco as características do caso britânico, o que interpretamos como decorrência da dificuldade em analisar um país no qual as demais formas institucionais (concorrência, inserção internacional, regime monetário e relação salarial) apontam para seu histórico liberal. O Reino Unido criou, no pós-guerra, um Estado de bem-estar que era uma exceção ao seu modo de regulação liberal, principalmente no que diz respeito ao sistema de saúde criado, o *National Health Service* (NHS) (PIERSON, 2001). Isto diferenciou o país das demais nações anglo-saxãs⁵⁷, que constituíram sistemas de proteção social próximos ao modelo “liberal”. Do ponto de vista regulacionista, que não vê necessidade de isomorfismo institucional (AMABLE, 2005), isso não se trata em absoluto de uma incoerência. A exceção da natureza do Estado de bem-estar britânico pode, inclusive, reforçar o caráter liberal de outros setores institucionais do Reino Unido.

Embora as diferenças apresentadas entre os Estados de bem-estar social dos três países sejam relevantes, inclusive como base para análise das especificidades de seus

⁵⁷ Esping-Andersen (1990) destaca, ao longo de seu trabalho, os casos dos Estados Unidos, Canadá e Nova Zelândia.

sistemas de saúde (capítulo 2), também cabe apontar que, em todos eles, a participação das políticas de proteção social foi crescente durante toda a “era de ouro” capitalista. No começo da década de 1970, antes da crise econômica, o gasto público social, como proporção do PIB, era bastante elevado e razoavelmente semelhante nos três países: 41,5% na Alemanha, 38,3% na França e 40,6% no Reino Unido⁵⁸ (BOYER, 1990). O Estado de bem-estar tornou-se parte importante do ciclo econômico, por meio do salário indireto (SAILLARD, 2002), fonte de segurança social e objeto de amplo apoio nacional: “[...] a verdadeira base de apoio à previdência e à provisão de serviço social com financiamento do Estado era o entendimento popular de que tais tarefas cabiam ao governo” (JUDT, 2008, p. 91).

1.3 CRISE DO FORDISMO: PERCEPÇÕES SOBRE O PÓS-FORDISMO E OS IMPACTOS SOBRE OS ESTADOS DE BEM-ESTAR SOCIAL

O regime de acumulação fordista, que marcou as economias capitalistas centrais após a Segunda Guerra Mundial, começa a apresentar seus primeiros sinais de crise, na Europa, a partir de meados da década de 1970. As interpretações com relação a esse processo são variadas e envolvem uma série de transformações econômicas, políticas e sociais desse período histórico⁵⁹. Em nossa análise, trabalhamos com a hipótese de que as mudanças fazem parte de um processo histórico de transformação do capitalismo e, da perspectiva do capital, de “superação” dos limites do fordismo. Estes limites, no entanto, são fruto tanto do fordismo como da própria lógica do capitalismo, conforme preconizado por Marx e apontado pela Teoria da Regulação:

Fiel à sua filiação marxista, a Teoria da Regulação considera que o perfil cíclico da conjuntura resulta das próprias características das formas institucionais, no caso a concorrência e a relação salarial: tendência à superacumulação durante a expansão, em seguida a regressão e o ajuste dos desequilíbrios surgidos durante a fase de recessão, depressão ou crise (BOYER, 2009, p. 105).

No entanto, para além das características estruturais (e invariantes) do modo de produção capitalista, o foco regulacionista é sobre as características específicas de cada

⁵⁸ Essa proporção de gastos sociais contabiliza tanto os gastos de proteção social vinculados mais diretamente com o universo do trabalho (previdência social, saúde, seguro-desemprego, políticas familiares), como também dispêndios com habitação, educação, entre outros.

⁵⁹ A explicação sobre a crise do regime de acumulação fordista é feita a partir de autores regulacionistas. No entanto, é importante salientar que há diversas interpretações sobre a crise econômica da década de 1970: crise de superprodução; crise do paradigma técnico; desequilíbrio entre os setores da indústria. Para conhecer mais sobre as diferentes interpretações, ver Marques (1997a), cap. 2.

momento histórico e seu respectivo regime de acumulação. Nesse sentido, na análise sobre as crises no capitalismo, o enfoque recai sobre o específico, e não sobre o geral (BOYER, 1986, 2009).

No caso do período histórico de crise do regime de acumulação fordista, apontamos, como contribuição inicial, a percepção de que a crise está associada aos limites das características próprias do fordismo, em um processo denominado pelos regulacionistas de endometabolismo. As três características fundamentais do fordismo, apresentadas no item 1.2 (especialização do trabalho com mecanização, divisão dos ganhos de produtividade entre capital-trabalho com ganhos salariais reais, e a produção e consumo em massa internalizados), apresentaram limitações. O próprio sucesso do regime de acumulação fordista engendrou mudanças em suas formas institucionais, o que, a partir da década de 1970, gerou novas formas incoerentes com o fordismo (LORDON, 2002b; BOYER, 2009).

Ao se tratar dos processos específicos, é preciso ter em mente a existência de trajetórias nacionais distintas. A concepção geral da crise do fordismo foi pensada, inicialmente, a partir da experiência da economia norte-americana. O primeiro sinal de crise foi a queda na produtividade do trabalho na indústria, sentida, nos Estados Unidos, já no final da década de 1960⁶⁰. A retração na produtividade estava relacionada, segundo os regulacionistas, à maturidade das indústrias fordistas e ao esgotamento de seus rendimentos de escala. Conforme aumentava a produção, essas indústrias tinham que lidar com dois fatores. De um lado, houve queda nos ganhos de escala de produção nos moldes fordista, pressionando por inovações que proporcionassem um crescimento maior. De outro, o consumo de bens padronizados foi se tornando saturado, conforme os trabalhadores adquiriam bens de consumo duráveis e, com sua maior renda, ampliavam a demanda por produtos diversificados e por serviços. A indústria fordista não era facilmente apta a lidar com essas questões: a especialização excessiva tornava difícil a incorporação de novas tecnologias e novas lógicas de gestão, dado que a separação entre

⁶⁰ No imediato pós-guerra, o país cresceu a um ritmo mais acentuado do que os demais países centrais, ampliando sua relevância produtiva e monetária no mundo. O diferencial cambial do dólar frente às demais moedas, assim como a dificuldade inicial na reconstrução da Europa e do Japão, permitiu que os Estados Unidos crescessem a frente dos demais países, acumulando superávits comerciais e retendo grande parte dos fluxos de capital. Além disso, o estabelecimento norte-americano de um padrão dólar-ouro (*Bretton Woods*), com os demais países constituindo uma paridade com relação ao dólar, fortaleceu a moeda norte-americana como moeda de reserva (EICHENGREEN, 2000). No entanto, enquanto ao longo da década de 1960 o ritmo de crescimento dos ganhos de produtividade, na Europa e no Japão, já era maior do que os norte-americanos, ao final da década a situação se acentuou, com o crescimento da produtividade do trabalho na indústria de apenas 1,6% a.a. (GLYN et al, 1990; BOYER, 2002b).

trabalho de concepção e execução tornava muito mais lenta e difícil essas transformações, assim como a diversificação produtiva. Além disso, os setores de serviços apresentavam capacidade limitada de incorporar as técnicas fordistas de produção e, conseqüentemente, de gerar no mesmo ritmo o avanço de produtividade (GLYN et al, 1990; LIPIETZ, 1997; PETIT, 2002; BOYER, 2009).

A segunda questão importante diz respeito ao impacto da redução da produtividade sobre os salários e os lucros das empresas. Com a queda na produtividade, as bases da relação capital-trabalho fordista, de simultânea expansão dos salários e dos lucros, foram desfeitas. No entanto, o quase pleno emprego, no início da década de 1970, e a ampliação da mobilização sindical forneceu aos trabalhadores a capacidade de pressionar para que mantivessem seus ganhos salariais. Com isso, mesmo quando a produtividade começou a cair, os aumentos salariais ainda se mantiveram no ritmo dos anos 1960. Se, por um lado, isso proporcionou, inicialmente, a preservação dos ganhos reais aos trabalhadores, por outro tendeu a pressionar os lucros das empresas. Em setores competitivos, o reflexo foi a retração dos lucros; já nos setores oligopolizados, os aumentos de custos atrelados aos ganhos salariais foram repassados para os preços, gerando pressão inflacionária. À pressão inflacionária salarial, somou-se um fenômeno externo, que foi o primeiro choque do petróleo, em 1973. A forte alta de seu valor e de seus derivados⁶¹ significou o fim da disponibilidade de energia a baixo custo, que era um fator relevante para a lucratividade das empresas (GLYN et al, 1990; LIPIETZ, 1997; CORIAT, 2002; BOYER, 2009).

A maturação do consumo em massa diversificou o perfil da demanda por bens de consumo duráveis e fomentou o setor de serviços. Como reação, as indústrias buscaram outros mercados consumidores que demandassem sua produção ainda nos moldes tradicionais, ou seja, padronizada. Para isso, aumentaram as exportações, ampliando a pressão para liberalização comercial⁶², a fim de facilitar a exportação dos bens manufaturados. Além disso, a busca por novos mercados aumentou a inserção das empresas multinacionais norte-americanas, japonesas e europeias em mercados menos explorados, como a Ásia e a América Latina, inicialmente para venda nesses mercados e, posteriormente, para realização de parte de sua produção mundial em países de mão-de-obra mais barata (AMABLE, 2005; BOYER, 2009).

⁶¹ Em 1974, o preço do barril de petróleo cru, importado do Oriente Médio, havia triplicado de preço, com relação a seu valor em 1970 (ITOH, 1990 apud ARRIGHI, 1996).

⁶² Ou seja, para a redução das barreiras tarifárias e não-tarifárias existentes no comércio entre os países.

Paralelo a essas transformações, diretamente identificáveis com as indústrias fordistas, outras mudanças, em âmbito internacional, ocorreram nesse período – associadas indiretamente ao mesmo processo. De um lado, a perda relativa de competitividade da economia norte-americana, já nos anos 1960, somada ao acúmulo de “déficits gêmeos” (comercial e fiscal) e aos impactos da aceleração do euromercado⁶³, impulsionou o abandono do padrão dólar-ouro e, com isso, da estrutura de câmbios estáveis estabelecida desde o pós-guerra, com adoção de sistemas cambiais flutuantes⁶⁴. Essa mudança retirou dos países a política de desvalorizações cambiais intencionais, com objetivo de tornar mais competitivas suas exportações (como era realizado pela França, por exemplo). Por outro lado, as mudanças monetárias, em um período de forte liquidez internacional (acentuada pelos petrodólares⁶⁵), fomentaram o aprofundamento de um processo iniciado nos Estados Unidos, já nos anos 1960, de abertura financeira, envolvendo tanto a liberalização dos fluxos de capitais como a diversificação de instrumentos financeiros⁶⁶. Ao longo da década de 1970, esse cenário foi complexificado pela crescente concorrência do Japão e dos “Tigres Asiáticos” (Coréia do Sul, Hong Kong, Cingapura e Taiwan), que apresentaram rápido crescimento econômico, competindo principalmente no setor industrial (CORIAT, 2002; BOYER, 2009).

As mudanças supracitadas representaram transformações profundas nas formas institucionais fordistas. A relação salarial foi afetada pela queda na produtividade, o que fez com que os salários em um primeiro momento obtivessem elevações acima da produtividade; no entanto, conforme o desemprego industrial acentuou-se, aumentou a pressão para flexibilização dos ganhos salariais. Os salários deixaram de ser vistos como elemento fundamental para garantia da demanda agregada e passaram a ser incorporados apenas como custos. As formas de concorrência tornaram-se cada vez mais competitivas, ampliando a esfera de concorrência para o cenário internacional, dominado por grandes grupos oligopolizados. O regime monetário estável, pautado no acordo de Bretton-Woods, se desfez, sendo substituído por um regime instável, marcado por taxas de câmbio

⁶³ O euromercado ou mercado de eurodólares surgiu em 1958, como *offshore* (mercado sem regulamentação direta de um Estado) na City de Londres. Tratava-se de “[...] um mercado interbancário de capitais líquidos registrados em dólar” (CHESNAIS, 2005, p. 38).

⁶⁴ Para uma análise detalhada sobre a crise de Bretton-Woods e o fim do padrão dólar-ouro, ver Arrighi (1996) e Eichengreen (2000).

⁶⁵ Os petrodólares denominam as divisas originárias da forte expansão dos ganhos dos exportadores de petróleo, após o primeiro choque do petróleo, em 1973.

⁶⁶ Processo conhecido como os três Ds: desregulamentação monetária e financeira; desintermediação bancária; e descompatimentalização dos mercados financeiros nacionais (MARQUES e MENDES, 2013). De acordo com Dain (1998), o crescimento do mercado financeiro privado e a desregulamentação dos mercados financeiros foram os determinantes primordiais na crise desse período.

flutuantes. Por sua vez, associado ao regime monetário, a inserção internacional adquiriu novos contornos, com forte ampliação nos fluxos comerciais e, principalmente, financeiros entre os países. Por último, a inserção do Estado foi afetada pela pressão sobre suas formas de intervenção na economia e na sociedade. Ou seja, todas as formas institucionais que, *grosso modo*, compunham o regime de acumulação fordista foram progressivamente modificadas, a partir da década de 1970, fazendo emergir incoerências que bloqueavam cada vez mais a acumulação de capital sob o regime fordista.

No entanto, é importante que se ressalte que essas incoerências não tiveram nem a mesma magnitude nem geraram as mesmas reações em todos os países. Conforme explicitamos no item 1.2, os traços gerais do fordismo não se desenvolveram da mesma maneira em todos os países, o que significa que sua crise também não se desdobrou neles com as mesmas características.

1.3.1 Crise do Fordismo: Especificidades da Alemanha, França e Reino Unido

Inicialmente, podemos identificar algumas tendências em comum. Os três países estudados nessa tese apresentaram sinais de retração na produtividade do trabalho, a partir da década de 1970. Conforme Tabela 1, o Reino Unido já apresentava uma produtividade baixa na primeira metade da década de 1970. Na Alemanha e na França, a queda se inicia na segunda metade dos anos 1970 (embora, no caso francês, de forma acentuada apenas a partir da segunda metade da década de 1980).

Tabela 1: Produtividade do trabalho, média das taxas anuais de crescimento (%) por hora trabalhada, Alemanha, França e Reino Unido, 1971 a 1995.

	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90	1991-1995
Alemanha	4,5%	3,1%	2,2%	2,5%	2,5%
França	4,7%	3,3%	3,6%	2,4%	2,0%
Reino Unido	2,5%	3,4%	2,9%	1,6%	2,8%

Fonte: OCDE (2015a).

A Tabela 2 mostra a evolução da produtividade do trabalho, especificamente no setor industrial. Como estes dados mostram a produtividade do trabalho no setor industrial nas décadas de 1950 e 1960, auge do regime de acumulação fordista, é possível ver de forma mais clara a retração do indicador. Ao comparar o início da década de 1970 com a média entre 1973 e 1979, a queda no ritmo de expansão da produtividade do

trabalho foi lenta na Alemanha (de 5,0% para 4,3%) e na França (de 6,1% para 4,9%), mas bastante acentuada no Reino Unido (de 5,1% para apenas 1,2%).

Tabela 2: Produtividade do trabalho, média das taxas anuais de crescimento (%) por hora trabalhada no setor industrial, Alemanha, França e Reino Unido, 1950 a 1985.

	Alemanha	França	Reino Unido
Década 1950	6,8%	5,5%	2,9%
Início 1960	6,8%	6,5%	3,4%
Início 1970	5,0%	6,1%	5,1%
1973-79	4,3%	4,9%	1,2%
1979-85	3,1%	3,5%	3,9%

Fonte: Glyn et al (1990). Elaboração própria.

Com isso, a taxa de lucro médio das empresas também se retraiu mais rápido no Reino Unido – ainda que ela já fosse menor do que a alemã e a francesa durante o fordismo. Conforme apresentado na Tabela 3, a taxa média de lucro no setor manufatureiro britânico apresentou uma queda acentuada, entre meados das décadas de 1960 e 1970: de 13,7% para 8,1%, atingindo 5,5% em 1982. No mesmo período, a taxa alemã também retraiu, ainda que de forma menos proeminente. Já no caso francês, a taxa de lucro permaneceu elevada entre meados dos anos 1960 e 1970, caindo apenas a partir da segunda metade da década de 1970, atingindo 10,7%, em 1982.

Tabela 3: Taxa de lucro bruto¹, média do setor manufatureiro (%), Alemanha, França e Reino Unido, 1960 a 1982.

	Alemanha	França	Reino Unido
Meados 1960	20,9%	15,6%	13,7%
Meados 1970	15,7%	16,0%	8,1%
1982	12,0%	10,7%	5,5%

Fonte: OCDE apud Atkinson e Chouraqui (1985). Elaboração própria.

¹ Os autores consideram como taxa de lucro bruto a taxa de rendimento do capital, medida pelo excedente bruto de exploração em porcentagem do estoque do capital bruto.

A queda na produtividade industrial e no lucro impactou os principais indicadores econômicos. Conforme apresentado na Tabela 4, a taxa anual de crescimento econômico entre 1973-79 foi, nas três economias, bem abaixo do que havia sido no período de 1962-72. Além disso, tanto a taxa de desemprego⁶⁷ como a taxa de inflação (amplificada pelo

⁶⁷ O desemprego, ao longo das décadas de 1970 e 1980, concentrou-se, nos três países, principalmente entre os jovens, as mulheres e as pessoas com mais de 45 anos (MARQUES, 1997b).

impacto do primeiro choque do petróleo) elevaram-se entre 1973 e 1979 – com exceção da inflação alemã. O aumento na taxa de desemprego, na década de 1970, esteve estreitamente relacionado com a queda na geração de empregos na indústria, o que ocorreu a partir dos anos 1960⁶⁸ (GLYN et al, 1990; PETIT, 2002).

Tabela 4: Principais indicadores econômicos em taxas anuais ou médias anuais (%), Alemanha, França e Reino Unido, 1962 a 1993.

		Alemanha¹	França	Reino Unido
Taxa de crescimento econômico	1962-72	4,5%	5,6%	3,3%
	1973-79	2,9%	3,6%	2,0%
	1980-93	2,2%	2,0%	2,1%
Taxa de desemprego	1973	0,8%	2,2%	3,7%
	1979	3,2%	4,8%	5,4%
	1993	7,8%	9,7%	10,4%
Taxa de inflação	1973	7,0%	7,4%	9,2%
	1979	4,0%	10,6%	13,4%
	1993	4,5%	4,5%	2,5%

Fonte: OCDE (2015a). Elaboração própria.

¹ A OCDE não apresenta os dados sobre a Alemanha referentes à taxa de crescimento econômico entre 1962 e 1972 e a taxa de desemprego de 1973 e 1979. Sendo assim, para essas informações, utilizamos as estimativas de Boyer (1995).

Ainda assim, a década de 1970 foi marcada por alterações dentro dos marcos do regime de acumulação fordista. A França, apesar da desaceleração, mantinha taxas de crescimento econômico maiores do que a Alemanha e o Reino Unido. Com isso, tendeu a manter políticas próprias do fordismo frente a um cenário adverso: diante do aumento na taxa de desemprego, ampliou sua política de seguro-desemprego; da mesma forma, a retração da economia foi acompanhada da adoção de políticas de desvalorização cambial, buscando retomar a competitividade externa de sua indústria. No Reino Unido, a meta de pleno emprego e das políticas sociais foram preservadas, porém com uma tentativa do Estado britânico de modernizar o fordismo no país, por meio de fusões e reorganizações industriais. Pelo lado alemão, o governo anunciou um programa (*Modell Deutschland*) que tinha como objetivo aperfeiçoar o fordismo característico do país. Isso significava a rearticulação da relação entre os parceiros sociais, reduzindo paulatinamente a influência dos sindicatos, e a ampliação da orientação exportadora de bens de capital e produtos de

⁶⁸ O total de empregos criados continuou crescendo na maior parte dos países da OCDE, basicamente no setor de serviços, concomitante a um aumento na taxa de desemprego. Este fenômeno está relacionado ao aumento da população economicamente ativa, decorrente principalmente da ampliação da inserção da mulher no mercado de trabalho (PETIT, 2002).

alta tecnologia (características já presentes no fordismo no país, conforme item 1.2.1) (BOYER, 1995; JESSOP e SUM, 2006).

O choque do petróleo em 1973 afetou os três países, dependentes de sua importação. Frente a este cenário, a Alemanha adotou políticas de redução no consumo de energia, enquanto a França implementou um programa lento e custoso de produção de energia nuclear. Com as empresas assumindo quase sozinhas o custo do impacto do choque petrolífero, associado às contribuições sociais crescentes (frente ao aumento do desemprego) e à manutenção da indexação dos salários (pressionados pela inflação crescente), as empresas francesas sofreram queda na taxa de lucro, a partir da segunda metade dos anos 1970 (Tabela 3). As empresas alemãs, por sua vez, frente à estrutura salarial mais flexível do país e à política de contenção no consumo energético, apesar da menor produtividade, ampliaram sua competitividade internacional (CORIAT, 2002).

Nos três países, uma das principais bases do regime de acumulação fordista, que eram os ganhos reais de salário, foi afetada pela queda na produtividade. Conforme já apontado no item 1.3, a capacidade de pressão dos trabalhadores preservou os ganhos salariais nos anos 1970. Assim, a participação dos salários na renda nacional permaneceu elevada nesta década, principalmente na França. Conforme apresentado no Gráfico 2, no caso francês, a participação dos salários permaneceu de aproximadamente 80% da renda nacional, entre 1976 e 1983. No mesmo período, houve uma queda de 76% para 73% na Alemanha e de 75% para 68% no Reino Unido.

Gráfico 2: Participação da renda do trabalho na renda total (%), Alemanha, França e Reino Unido, 1970 a 2010.

Fonte: OCDE (2015a).

A partir de 1983, a queda da participação da renda do trabalho na renda total das economias acentuou-se, principalmente na França – cuja retração foi de 80% para 70%, entre 1983 e 1992, atingindo patamar semelhante ao presente na Alemanha e no Reino Unido (Gráfico 2). A compreensão desse processo passa pelo entendimento das mudanças no mercado trabalho, a partir do final da década de 1970. As alterações estão inseridas em uma lógica na qual as políticas frente ao desemprego não poderiam representar mais custos para as empresas. Com base nesta ideia, três tipos de políticas foram criadas: incentivos para redução da demanda por emprego; ampliação dos trabalhos parciais ou com menor jornada; flexibilização das condições de trabalho. Em termos de diminuição da demanda, a possibilidade de aposentadoria antecipada foi ampliada e houve redução na idade legal para aposentadoria no final dos anos 1970, início dos 1980 (na Alemanha e na França⁶⁹). Com relação à jornada de trabalho, duas estratégias foram adotadas nas décadas de 1970 e 1980: aumento dos postos de trabalho de tempo parcial (no Reino Unido⁷⁰) e redução coletiva da jornada de trabalho (na Alemanha e na França⁷¹), ambos gerando uma intensificação do trabalho na jornada existente (IRES, 2005; MICHON, 2005 ; ESPING-ANDERSEN e PALIER, 2008).

No que concerne à flexibilização, as legislações foram modificadas a fim de viabilizar contratações de menor custo e tornar a demissão mais fácil. A ideia era que a maior flexibilidade permitiria uma ampliação na geração de emprego, reduzindo as taxas de desemprego. No Reino Unido, a mudança legal não foi necessária, dado que a legislação já era muito flexível e os custos de demissão sempre foram baixos. Na França, por sua vez, o contrato de trabalho por tempo indeterminado (CDI), norma entre as décadas de 1940 e 1970, perdeu espaço para o contrato de trabalho por tempo determinado (CDD). Enquanto, em 1975, mais de 80% dos trabalhadores tinham contratos por tempo indeterminado, 20 anos depois eram menos de 65%. A ampliação desse tipo de contrato foi tão significativa que, em 2003, 7 de cada 10 ofertas de trabalho no setor privado eram com contratos por tempo determinado (IRES, 2005). Na Alemanha, por sua vez, trabalhos

⁶⁹ Na França, a idade mínima para aposentadoria foi reduzida de 65 para 60 anos em 1983 (ANDRÉ, 2003).

⁷⁰ A ampliação dos postos de trabalho de tempo parcial concentraram-se, principalmente, na criação de vagas para mulheres (tendo em vista as limitações das creches e escolas de tempo integral, em países como o Reino Unido e a Holanda) (IRES, 2005; MICHON, 2005). Desde 1983 até 2013, entre 42% e 44% dos postos de trabalho femininos no Reino Unido eram em tempo parcial (EUROSTAT, 2015).

⁷¹ Na Alemanha, como as jornadas de trabalho são decididas por ramo profissional, as reduções foram realizadas mediante acordos coletivos setoriais. Ao longo da década de 1990, cinco setores acordaram a redução da jornada para 35hs semanais. Por sua vez, na França, a mudança foi mais profunda. No começo dos anos 1980, o país reduziu a jornada de trabalho para 39hs semanais. Em 1998, aprovou-se nova redução para 35hs semanais, para toda população, implementada a partir de 2000 (*Loi Aubry*) (IRES, 2005; MICHON, 2005).

com jornadas de trabalho mais curtas (*mini-jobs*), que eram usuais entre estudantes e como complemento de renda de donas de casa, foram flexibilizados (com a retirada da contribuição social pelo empregador), passando a ser uma forma comum de inserção no mercado de trabalho (CASTEL, 2010; PALIER e THELEN, 2012).

A partir dos anos 1980, as políticas econômicas implementadas frente à crise econômica perderam seu caráter de ajustes ao fordismo e adquiriram, de forma crescente, características que contribuíram com o rompimento desse regime de acumulação. Primeiro, a desindexação salarial, que ocorreu nos três países. No Reino Unido, onde ela nunca existiu formalmente, a reposição quase sempre presente da variação inflacionária para o ajuste salarial deixou de ocorrer. Na Alemanha e na França, nos quais a indexação existia de maneira formal (no âmbito de cada indústria e nacionalmente, respectivamente), ela foi retirada. Outra característica que afetou as três economias foi a ampliação da diferença salarial, apresentada inclusive como uma condição para geração de emprego no Reino Unido. Nos casos alemão e francês, embora a crescente desigualdade salarial não tenha adquirido o mesmo discurso nem a mesma magnitude, a diferenciação entre salários aumentou, a partir dos anos 1980 (BOYER, 1990).

As mudanças com relação aos salários fizeram parte de um movimento mais amplo, denominado “desinflação competitiva” (LORDON, 1998). A ideia era que a redução na inflação deveria ser pensada como parte de um processo de reestabelecimento da competitividade das empresas, a partir de três medidas: desindexação dos salários; redução das contribuições sociais patronais; e controle mais rigoroso sobre o gasto orçamentário (CORIAT, 2002; BELLUZZO, 2004).

A França, que vinha implementando políticas de ajuste marginais, adotou explicitamente a política de desinflação competitiva, a partir de 1983. O objetivo era reestabelecer sua competitividade, principalmente frente à Alemanha. Além disso, uma das marcas do fordismo francês, a forte participação estatal, perdeu espaço com as privatizações realizadas entre 1986-1987 e em 1993 e 1997⁷². Até o início dos anos 1990,

⁷² “O processo de privatização iniciado em 1986, que contou com duas outras etapas, uma em 1993 e outra em 1997. Se em meados da década de 1980, foram entregues novamente à iniciativa privada os grupos bancários e principalmente as empresas nacionalizadas no início da década, durante o governo Mitterrand; em 1993, foi a vez das empresas nacionalizadas após a Segunda Guerra Mundial e as companhias de seguros, seguidas, em 1997, pelas empresas de serviços públicos, como France Telecom, Air France etc. Contudo, estratégias diferentes caracterizaram esse processo. A privatização dos anos 1980 era acompanhada da preocupação em manter as empresas sob controle francês, o que foi feito recorrendo a participações cruzadas, os chamados ‘*noyaux durs*’ (núcleos duros). Nos anos 1990, contudo, o recurso aos investidores institucionais estrangeiros substituiu o esquema de participações cruzadas” (JANSEN-FERREIRA e CAGNIN, 2015, p. 8-9).

a França obteve sucesso na redução inflacionária (Tabela 4) e na contenção dos custos das empresas. No entanto, essa maior competitividade não se refletiu na redução do desemprego que, aliás, continuou se elevando. A contínua alta do desemprego, associada à desindexação salarial e à flexibilização das relações trabalhistas, “dissolveram” (lentamente) as relações trabalhistas no país e reduziram, como vimos no Gráfico 2, a participação dos salários na renda nacional (BOYER, 1995; CORIAT, 2002). Com isso, duas formas institucionais importantes do fordismo francês, a relação salarial e a inserção do Estado, tiveram importantes alterações.

A ruptura com o regime de acumulação fordista foi explícita nos três países. Primeiro, e de forma mais profunda, no Reino Unido, simbolicamente representado pelo fim do contrato social entre o Partido Trabalhista (então no poder) e os sindicatos, em 1976, e “sacramentado” com a eleição de Thatcher, em 1979. Os governos Thatcher (1979-90) representaram um longo processo de ruptura com as características mais fordistas do capitalismo britânico e um aprofundamento das formas institucionais que já eram divergentes: ampliação do livre mercado, com desregulamentação dos mercados produtivo e financeiro; redução da estrutura e do emprego estatal⁷³, assim como da atuação direta do Estado na produção, com o ampliação das privatizações – principalmente em seu último mandato, a partir de 1987. No processo, importantes indústrias inglesas, como do setor automobilístico e eletrônico, sofreram três destinos: perda de espaço no mercado, tornando-se indústrias pequenas; falência; e privatização. A desindustrialização britânica foi acompanhada do aprofundamento de uma característica que já era presente no seu fordismo, que é sua forma institucional de inserção internacional. Sendo assim, a principal característica distintiva no pós-fordismo britânico foi seu papel como principal *locus* para o sistema financeiro, simbolizado pela City londrina⁷⁴ (BOYER, 1995; JESSOP e SUM, 2006).

Do ponto de vista dos trabalhadores, o Reino Unido registrou uma política deliberada, a partir da década de 1980, com o governo Thatcher, de repressão e exclusão dos sindicatos dos mecanismos de negociação trabalhista. Nesse sentido, diferente da

⁷³ Em termos de funcionários públicos, o Reino Unido, que tinha uma das maiores proporções de funcionários públicos como total de trabalhadores em 1980 (21,1%, atrás apenas dos países nórdicos), passou por uma forte retração (em 1995, eram 14,4%) (ANDRÉ, 2003).

⁷⁴ Conforme abordado na nota 63, essa função da City de Londres começou a se desenvolver já no final da década de 1950, na proliferação dos mercados de eurodólares. No entanto, consolidou-se de fato somente no governo Thatcher, por meio da desregulamentação financeira, abolição do controle cambial e implementação de uma estrutura tributária favorável às instituições financeiras internacionais (ARRIGHI, 1996; JESSOP e SUM, 2006).

Alemanha e da França, em que o enfraquecimento dos sindicatos esteve relacionado com a situação de baixo crescimento e aumento estrutural do desemprego, no caso britânico podemos identificar uma política deliberada de enfraquecimento dos sindicatos, relacionada à imposição do capital financeirizado. O reflexo da política de repressão, somada ao aumento do desemprego, é claro: enquanto em 1965 ocorreram 2.397 greves no país, aumentando para 2.917 em 1970, em 1980 foram 1.363 e, em 1990, somente 274 (BOYER, 1990; JESSOP e SUM, 2006; DUFOUR e HEGE, 2010).

No caso alemão, durante o longo governo Helmut Kohl (1982-1998), os sindicatos não foram enfraquecidos, com os trabalhadores sindicalizados atrelados à setores de alta tecnologia preservando papel relevante nas negociações trabalhistas. No entanto, houve um aprofundamento na descentralização das negociações sindicais e os trabalhadores não sindicalizados e de sindicatos de indústrias de baixa tecnologia perderam espaço político. Nesse sentido, as organizações sindicais nas fábricas e locais de trabalho adquiriram maior força. Além disso, os *mini-jobs* cresceram ainda mais de importância: ao longo da década de 1990, cresceram sua participação de 11,8% para 17,6% do total de empregos (OCDE, 2015a).

A Alemanha foi beneficiada pelas características que já apresentava no fordismo, principalmente a menor especialização do trabalho, com maior envolvimento dos trabalhadores no desenvolvimento técnico, e seu foco produtivo na indústria de bens de capital. Tais características permitiram uma maior adaptabilidade ao novo cenário, aprofundando o envolvimento dos trabalhadores no processo produtivo, no âmbito de cada setor. Com isso, apesar da queda na produtividade, em termos relativos, as empresas alemãs mantiveram uma competitividade elevada nos anos 1980. No entanto, uma das formas institucionais mais importantes do fordismo alemão, sua forma concorrencial alicerçada na aliança banco-indústria, foi bastante afetada pela desregulamentação dos mercados financeiros. Além disso, o país enfrentou uma mudança profunda no início da década de 1990, com o processo de reunificação e o custo de reconstrução dos estados (*Länder*) da então Alemanha Oriental (BOYER, 1995; LIPIETZ, 1997; CORIAT, 2002).

Cabe observar que algumas características do fordismo “não típico” alemão e britânico lhes proporcionaram condições melhores frente ao pós-fordismo do que para a França. Nesse sentido, cabe destacar, dentre as formas institucionais, principalmente a inserção internacional: enquanto a Alemanha caracterizava-se por uma estrutura produtiva diversificada, com forte incorporação tecnológica e com foco exportador, o Reino Unido apresentava uma inserção mais pautada no mercado financeiro do que no

produtivo. Ambas as características (diversificação e inovação produtiva e predominância do mercado financeiro) mostraram-se alinhadas com a economia no pós-fordismo, o que não ocorreu no caso francês.

1.3.2 A Crise do Estado de Bem-Estar Social e seus Desdobramentos

A crise do modo de regulação fordista foi acompanhada de uma “crise” nos Estados de bem-estar social. A diminuição na produtividade industrial, junto com o arrefecimento no ritmo de crescimento econômico e com o aumento do desemprego, abalou as bases de financiamento das políticas de proteção social. O menor crescimento econômico significou uma queda no ritmo de expansão da arrecadação de impostos e o aumento no desemprego gerou uma retração nos recursos advindos das contribuições sociais pagas por trabalhadores e empregadores. Com isso, houve uma quebra no circuito de autofinanciamento das políticas sociais (BOYER, 1990; THÉRET, 2002). Nesse sentido, interpretamos a crise do Estado de bem-estar como decorrente de uma crise econômica⁷⁵ (ANDRÉ, 2002; KERSTENETZKY, 2012).

Além da dificuldade no financiamento das políticas, há dois impactos importantes: do ponto de vista macroeconômico, representou a geração de déficits fiscais, dado que as políticas sociais foram inicialmente mantidas e até mesmo ampliadas, frente à necessidade de maiores recursos, principalmente para o seguro-desemprego. Em um contexto de ampliação do desemprego, os Estados de bem-estar enfrentaram o dilema de lidar com um contingente crescente de pessoas dependentes das políticas de bem-estar em um contexto de queda na arrecadação (ESPING-ANDERSEN, 1995; BOYER, 2007).

Ainda na perspectiva macroeconômica, o ciclo virtuoso entre gasto público, política social e crescimento econômico, que era uma das características centrais no crescimento da “era de ouro” fordista, deixou de existir. O salário indireto cumpriu, ao longo do período do auge do fordismo, um importante papel estabilizador da renda salarial; no entanto, tornou-se, juntamente a outros fatores, fonte de desestabilização da economia, a partir dos anos 1970. Ao ter rompido (ainda que parcialmente) a relação entre a venda da força de trabalho e a renda salarial, o salário indireto tornou menos flexível e reduziu o papel do salário enquanto “disciplinador” sobre os trabalhadores. Além disso,

⁷⁵ É importante ressaltar que diversas outras hipóteses foram aventadas como interpretações sobre a crise do Estado de bem-estar, conforme sumarizado por Kerstenetzky (2012), cap 4.

o próprio crescimento do orçamento social gerou crescente pressão sobre as finanças públicas. Ou seja, o salário indireto, que era um importante ganho do trabalhador, adquiriu contornos de custo estatal (SAILLARD, 2002).

Do ponto de vista microeconômico, as empresas, diante da queda nas suas taxas de lucro, passaram a ver os gastos atrelados às contribuições sociais apenas como mecanismos que oneravam sua competitividade. Este processo contribuiu para a perda do reconhecimento social do valor gerado pelos benefícios sociais frente a seus custos, dentro de um contexto no qual os custos da proteção social são mais facilmente mensuráveis do que seus benefícios individuais e coletivos (BOYER, 2007). Sendo assim, “a cobertura social [passou a ser] vista pelas empresas mais como um custo do que como um ativo contribuindo para o crescimento” (BOYER, 2003, p. 185).

Além disso, os sindicatos, elementos essenciais no processo de luta de classes e dos ganhos sociais obtidos após a Segunda Guerra Mundial, perderam grande parte de seu peso político na Europa, a partir dos anos 1970. Isto ocorreu em decorrência da própria crise econômica, que aumentou a taxa de desemprego e gerou subempregos, com isso reduzindo a quantidade de trabalhadores filiados aos sindicatos. Além disso, as reformas no mercado de trabalho e nas políticas sociais, implementadas a partir da década de 1980, reduziram muito o espaço de negociação que os sindicatos possuíam e isso gerou, associado ao desemprego, um acirramento de disputas *intra* trabalhadores (BOYER, 2009). Assim, a conjunção do desemprego com as mudanças contratuais (abordadas no item 1.3.1) acabou por gerar uma desagregação entre os próprios trabalhadores, induzidos a competição entre si e contribuindo para o rebaixamento dos salários (CASTEL, 2005).

Essas mudanças não ocorreram de forma abrupta. Na década de 1970, a reação inicial dos governos foi a de ampliar os mecanismos de proteção aos trabalhadores e auxílio às empresas – em consonância com as políticas econômicas, que tenderam a reforçar as estruturas fordistas, em uma inércia institucional. Dentre as políticas, podemos destacar a maior facilidade para o acesso ao seguro-desemprego e a ampliação de sua duração, assim como, em diversos países, adoção de redução na idade mínima para aposentadoria (item 1.3.1). Já para as empresas, houve aumento de subsídios. No entanto, essas medidas tenderam a aprofundar os gastos públicos e, em um quadro de redução da arrecadação tributária, gerou (e em alguns países ampliou) déficits públicos.

A partir da década de 1980, no entanto, o aumento dos déficits, somado à persistência do menor lucro das empresas, provocou uma dupla pressão: necessidade de

reduzir os gastos públicos e demanda pela redução dos impostos e contribuições sociais que indiciam sobre as empresas. Isso não significou, no entanto, alterações bruscas. Inicialmente, o que houve foi uma maior ênfase nos discursos de defesa da austeridade, por parte dos governos, com posterior redução de benefícios (menores valores de seguro-desemprego e do salário mínimo em termos reais), sem que eles fossem retirados (BOYER, 1990; KERSTENETZKY, 2012).

Na década de 1990, apesar de uma lenta recuperação do ritmo de crescimento econômico, a pressão sobre os Estados de bem-estar foi mantida, e até mesmo se ampliou. De um lado, a ascensão ideológica do neoliberalismo (item 1.4), que vinha sendo fomentada desde as vitórias de Thatcher, no Reino Unido (1979), e de Reagan, nos Estados Unidos (1980), cresceu na Europa. De outro, o processo de integração entre os países europeus se aprofundou, com a assinatura do Tratado de Maastricht, em 1992⁷⁶. O Tratado definiu critérios específicos a ser cumpridos com relação às finanças públicas dos países signatários, com a definição de déficit público máximo, ao ano, equivalente a 3% do PIB e dívida pública equivalente ao teto de 60% do PIB. A pressão se aprofundou com o estabelecimento do Pacto de Estabilidade e Crescimento de Lisboa, em 1997, no qual o controle da dívida pública e do déficit fiscal foram alçados a imperativos da política de governo. Por último, o estabelecimento da moeda única (o Euro), em 1999, restringiu ainda mais a liberdade dos países em termos de política monetária, cambial e fiscal⁷⁷ (HASSENTEUFEL et al, 2001; OLIVER e MOSSIALOS, 2005).

As questões enfrentadas pelos Estados de bem-estar social europeus foram de natureza semelhante: dificuldades de financiamento, derivadas do impacto da crise econômica sobre a arrecadação de impostos e contribuições sociais; pressão decorrente dos critérios de Maastricht; ascensão da ideologia neoliberal. As reformas implementadas nos sistemas de proteção social passaram a ser apresentadas como inevitáveis, parte de transformações estruturais do capitalismo. Cabe, no entanto, apontar duas outras questões que afetaram as políticas de proteção social: as alterações nas demais formas

⁷⁶ A integração comercial europeia, após a Segunda Guerra Mundial, se iniciou com a formação da Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (1952), que deu origem, em 1967, a Comunidade Econômica Europeia – transformada, em 1992, na União Europeia. Ao longo do processo, ampliou-se a quantidade de países signatários dos acordos, assim como sua abrangência (COURTY e DEVIN, 2010). O aprofundamento só não foi ainda maior porque alguns países, dentre eles a França, rejeitou o projeto de uma Constituição Europeia que poderia ampliar ainda mais a interdependência dos países signatários, afetando de forma mais direta as políticas de proteção social (BARBIER, 2007).

⁷⁷ O Euro passou a ser o padrão monetário a partir de 1999, mas a circulação “material” das moedas iniciou-se em 2002. Cabe salientar que, dentre os países estudados nesse trabalho, todos fazem parte da União Europeia, porém a adoção da moeda única foi feita pela Alemanha e pela França, mas não pelo Reino Unido, que manteve sua moeda própria, a Libra esterlina.

institucionais, e que direta ou indiretamente afetaram o Estado de bem-estar; e as transformações profundas pelas quais passavam a sociedade naquele momento histórico.

A complementariedade institucional é um aspecto importante a ser considerado. O aumento da concorrência nos mercados de bens, associado à flexibilização dos mercados de trabalho, tenderam a ampliar a insegurança social e, com isso, a demanda por políticas de proteção social. No entanto, a crise econômica pressionava por uma redução, e não um aumento de recursos para o Estado de bem-estar, gerando um desequilíbrio institucional. A solução normalmente aventada era a defesa da primazia da focalização das políticas sociais, alocando recursos para atender apenas aos mais necessitados e às esferas mais afetadas pela crise, assim como a aumento da proteção social mediante esquemas de seguro privado (o que aumentaria a desigualdade, já ampliada pelas alterações ocorridas no mercado de trabalho) (AMABLE, 2008).

Outra questão relevante diz respeito às transformações sociais então em curso. O Estado de bem-estar fordista pautava-se, *grosso modo*, em benefícios sociais concedidos ao trabalhador industrial estável, que garantia renda e acesso aos sistemas de proteção social a ele e a sua família (*one male breadwinner*). Essa estrutura, no entanto, passou por diversas modificações ao longo dos anos 1960-70: houve uma profunda alteração no perfil demográfico (fruto do envelhecimento populacional); a mulher ingressou de forma definitiva no mercado de trabalho; a “típica” estrutura familiar perdeu força; o emprego começou a se deslocar para o setor de serviços, com alterações na estrutura ocupacional⁷⁸; teve início a constituição de uma geração que buscava uma inserção profissional completamente diferente dos preceitos fordistas⁷⁹ (temas melhor explorados no capítulo 2, item 2.3.1) (BOYER, 1990, 2006; ESPING-ANDERSEN, 2001; BECK, 2010).

Sendo assim, os Estados de bem-estar social foram afetados tanto por fatores atrelados à crise econômica, como pelas transformações sociais em curso. Além disso, tiveram de lidar com a crescente incompatibilidade entre as mudanças no regime de acumulação e as características dos sistemas nacionais de proteção social. Ao recuperar a literatura que interpretou essas reformas, Kerstenetzky (2012) sistematiza as mudanças a

⁷⁸ A partir da década de 1960, e principalmente 1970, o setor de serviços passou a gerar mais empregos do que a indústria. Nos três países estudados, em 1981, a indústria absorvia cerca de 35% dos postos de trabalho e o setor de serviços já possuía a maior parte dos empregos nas economias: 50,8% na Alemanha, 57,4% na França e 61,4% no Reino Unido (GLYN et al, 1990). A tendência se aprofundou nos anos 1990 e 2000, com os dados de 2013 apresentando o setor de serviços como responsável por 70,7% na Alemanha, 76,2% na França e 80,2% no Reino Unido. A indústria, por sua vez, caiu dos 35% nos três países para 27,8% na Alemanha, 20,8% na França e 18,7% no Reino Unido (EUROSTAT, 2015).

⁷⁹ Ao invés de um emprego único, a vida toda, maior liberdade na escolha do emprego e no “ciclo de vida” no trabalho, além de maior autonomia na realização de suas atividades.

partir das seguintes interpretações: adaptação do Estado de bem-estar aos novos riscos sociais; remercantilização do acesso aos bens e serviços sociais; privatização, com incentivo do setor público para aumentar a oferta de serviços por meio do setor privado; perda de efetividade distributiva das políticas sociais. Algumas destas tendências parecem mais evidentes: ampliação dos mecanismos de controle sobre o gasto público social; tendência à diminuição da ação estatal direta, privatizando parte das políticas sociais⁸⁰; redução e segmentação dos serviços sociais (ANDRÉ, 2006; BOYER, 2006, 2007).

1.3.3 A Crise do Estado de Bem-Estar Social: Especificidades da Alemanha, França e Reino Unido

Apesar de características gerais em comum, a forma como as mudanças econômicas e sociais afetaram os Estados de bem-estar, assim como a reação destes, não foi, é claro, homogênea nos países. Nos três países estudados, a crise econômica afetou o financiamento das políticas de proteção social. O aumento do desemprego teve um impacto maior sobre os Estados de bem-estar social “bismarckianos”, mais dependentes das contribuições sociais pagas por trabalhadores e empregadores. Tendo em vista que a maior preocupação, a partir de meados da década de 1970 (e, principalmente, dos anos 1980) era a competitividade das empresas, estas pressionaram para reduções relativas (ou até mesmo absolutas) nas contribuições sociais pagas (PALIER, 1997).

Sendo assim, conforme apresentado na Tabela 5, há queda no financiamento da proteção via contribuição social paga pelo empregador. Entre 1980 e 2010, a participação das empresas retraiu de 41,5% para 32,9% na Alemanha e de 55,5% para 42,2% na França, no total do financiamento da proteção social.

⁸⁰ “A privatização dos programas de bem-estar social é uma das estratégias mais defendidas na presente crise do estado de bem-estar. De fato, ela é promovida por duas razões distintas: a primeira com o objetivo de diminuir o gasto público e de estimular a independência; a segunda, visando responder as demandas mais diferenciadas e individualistas da sociedade ‘pós-industrial’” (ESPING-ANDERSEN, 1995, p. 106).

Tabela 5: Financiamento da proteção social¹, receita corrente por categoria (em % da receita total), Alemanha, França e Reino Unido, 1980 a 2010.

		Contribuição social empregador	Contribuição social trabalhador	Recursos fiscais (impostos)	Outras receitas
Alemanha	1980	41,5%	28,0%	26,9%	3,5%
	1992	42,0%	28,1%	26,7%	3,2%
	2002	36,7%	27,3%	34,1%	1,9%
	2010	32,9%	28,6%	36,6%	1,8%
França	1980	55,5%	24,2%	17,3%	2,9%
	1992	50,3%	28,0%	18,2%	3,5%
	2002	45,8%	20,6%	30,1%	3,6%
	2010	42,2%	20,7%	33,7%	3,3%
Reino Unido	1980	33,5%	14,5%	43,2%	8,7%
	1992	27,3%	23,6%	47,6%	1,5%
	2002	32,8%	15,1%	51,0%	1,2%
	2010	30,3%	12,0%	50,0%	7,7%

Fonte: André (2006), ano de 1980; Eurostat (2015), anos de 1992, 2002 e 2010. Elaboração própria.

¹ A Eurostat contabiliza como dispêndios de proteção social os seguintes setores: previdência social, assistência social (pobres e deficientes), saúde, seguro-desemprego, política familiar e habitação.

Em trinta anos, entre 1980 e 2010, a importância dos impostos no financiamento da proteção social cresceu nos três países: de 26,9% para 36,6% na Alemanha, de 17,3% para 33,7% na França e de 43,2% para 50,0% no Reino Unido. A ampliação menor no caso do Reino Unido é derivada do fato que esta já era uma marca no sistema beveridgiano britânico (que se acentua) e se torna também nos sistemas alemão e francês⁸¹.

Desde meados da década de 1970, os Estados de bem-estar começaram a se modificar: o Reino Unido se afastou do modelo universal, tornando os benefícios mais vinculados à condição de baixa renda e delegando parte das responsabilidades sociais ao mercado. Alemanha e França, por sua vez, não tiveram mudanças significativas nesse momento, além das alterações no mercado de trabalho, que se aprofundaram na década de 1980 (item 1.3.1) (ESPING-ANDERSEN, 2001; ANDRÉ, 2015).

Ainda assim, ao contrário do que se poderia supor, os gastos sociais aumentaram no Reino Unido ao longo dos anos 1980, no governo Thatcher. Os gastos com proteção social elevaram-se, como proporção do PIB, de 18,4% em 1980 para 25,8% em 1992 (Tabela 6). Na verdade, nos três países, embora a retórica de redução dos gastos sociais se fizesse presente, as despesas continuaram crescendo. Ao longo de 30 anos, entre 1980

⁸¹ No caso francês, a grande mudança foi a criação da *Contribution Sociale Généralisée* (CSG), em 1990. As características desse tributo são apresentadas nesta tese no capítulo 2, item 2.4.2.

e 2010, os dispêndios sociais, como proporção do PIB, aumentaram de 23,0% para 29,4% na Alemanha, de 21,1% para 31,7% na França e de 18,4% para 27,1% no Reino Unido.

Tabela 6: Despesas públicas com proteção social¹ (em % do PIB), Alemanha, França e Reino Unido, 1980 a 2010.

	1980	1992	2002	2010
Alemanha	23,0%	26,3%	29,3%	29,4%
França	21,1%	27,2%	28,6%	31,7%
Reino Unido	18,4%	25,8%	24,8%	27,1%

Fonte: André (2006), ano de 1980; Eurostat (2015), anos de 1992, 2002 e 2010. Elaboração própria.

¹ A Eurostat contabiliza como dispêndios de proteção social os seguintes setores: previdência social, assistência social (pobres e deficientes), saúde, seguro-desemprego, política familiar e habitação.

Essa ampliação deriva da rigidez dos gastos sociais, que dificilmente reduziram, mesmo diante da queda no ritmo de crescimento econômico. Esta rigidez reflete a forte institucionalização das políticas de proteção social, explicitando uma inércia institucional sobre a relevância do Estado de bem-estar social nesses países. Essa conclusão também é corroborada por Kerstenetzky (2012), que, ao analisar a evolução dos gastos sociais dos países da OCDE, concluiu que os dados “[...] mostram um *welfare state* que deita raízes profundas em todos os países do bloco” (p. 70).

Nesse sentido, do ponto de vista dos setores institucionais, a proteção social foi aquela na qual as mudanças em direção ao modelo de capitalismo baseado no mercado foram mais restritas. No entanto, isso não significa que o setor não foi afetado. As reformas dos Estados de bem-estar alemão, francês e britânico tiveram impactos relevantes sobre cada um dos ramos da proteção social. De forma geral, o que se pode verificar é que as décadas de 1980, 1990 e 2000 marcaram a inclusão de mecanismos de mercado nos sistemas. Essa tendência gerou uma aproximação (ainda que parcial) dos Estados de bem-estar de características do modelo liberal-residual. No entanto, no caso da Alemanha e da França, a maior parte de suas estruturas meritocrático-conservadoras foi mantida, ainda que os sistemas tenham se tornado mais híbridos, com a inclusão tanto de mecanismo liberais de mercado como de características socialdemocratas, como o maior financiamento via impostos e a ampliação de acesso, como nos sistemas de saúde.

Por sua vez, o sistema britânico incorporou, de forma muito mais acentuada, características mercantis, o que pode sinalizar uma aproximação de seu Estado de bem-estar social de suas demais formas institucionais (de modelo baseado no mercado), deixando de ser, com isso, uma exceção, como era no período fordista. Esse movimento aponta tanto um isomorfismo institucional, ou seja, convergência com relação às demais

formas institucionais no Reino Unido, como uma hibridação perante os Estados Unidos. Esta hibridação significa que as políticas sociais britânicas se aproximaram do modelo liberal, sob influência norte-americana (o que exploramos em maiores detalhes, no caso do sistema de saúde, no capítulo 3, itens 3.4.1 e 3.4.2).

Conforme sumarizado no Quadro 2, na Alemanha e no Reino Unido, as reformas foram mais profundas, com alterações importantes nos anos 1980 (Reino Unido) e 1990 (Alemanha⁸²). Ambos os sistemas de assistência social ampliaram as restrições para o acesso aos benefícios e os sistemas previdenciários aumentaram os incentivos para que os fundos de pensão privados fossem adotados pelos trabalhadores como fonte complementar de aposentadoria – frente a uma aposentadoria de base baixa. Na França, as reformas previdenciárias foram menos acentuadas, preservando o sistema de repartição, frente a uma forte pressão sindical⁸³, e a assistência foi marcada pela criação da renda mínima de inserção (*revenu minimum d'insertion* – RMI), em 1988⁸⁴ (CASTEL, 2005; ANDRÉ, 2006; JESSOP e SUM, 2006).

⁸² No caso alemão, cabe ressaltar que as reformas foram bastante afetadas pela reunificação do país em 1990, com o sistema de proteção social da Alemanha Ocidental passando a ser adotado em todo o país.

⁸³ Historicamente, a França tem um forte movimento sindical, com capacidade de organização e pressão via greves. Na Alemanha, o histórico sindical é mais pautado na negociação do que no conflito. No Reino Unido, a fragmentação sindical dificultou a organização entre diferentes setores, ainda que o país possua um histórico importante de lutas de classe nesse período, como a greve dos mineiros, entre 1984-1985.

⁸⁴ Embora a Renda Mínima de Inserção (RMI) possa ser considerada uma inovação importante em termos de política social, uma vez que considera a necessidade de garantia de renda mínima para todos, ela é a explicitação de uma “nova” política social, com estigmatização da população que a recebe e baixa reinserção no mercado de trabalho (com exceção de trabalhadores temporários) (THÉRET, 1994).

Quadro 2: Principais tendências de mudança na proteção social, Alemanha, França e Reino Unido, 1980 a 2000.

	Alemanha	França	Reino Unido
Assistência Social	* Aumento do papel dos <i>Länder</i> * Aumento das restrições para alocação	* Criação da renda mínima de inserção (RMI, depois RSA)	* Habitação: redução do benefício * Assistência: maior restrição para elegibilidade
Previdência Social	* Diversas reformas importantes * Diminuição das pensões, incentivo para fundos de pensão privados	* Reformas progressivas	* Forte incentivo aos fundos de pensão privados
Seguro-desemprego e políticas de emprego	* Desenvolvimento de política ativa de emprego	* Diversificação do seguro-desemprego * Redução nacional na jornada de trabalho	* Foco no seguro condicionado à formação/procura por emprego/aceitação das propostas de emprego (<i>workfare</i>)
Política familiar	* Pouca alteração	* Sistema ainda generoso	* Alocações condicionais do tipo <i>workfare</i>
Saúde	* Desenvolvimento da independência de gestão das instituições públicas e concorrência entre as Caixas * Impacto da unificação	* Foco na melhor organização e nova cobertura universal * Reformas importantes no nível global (controle da Seguridade Social pelo Parlamento, financiamento por mais impostos)	* Importante desenvolvimento de mecanismos de mercado ("mercado interno") * Fortalecimento das especificidades tradicionais
Principais características gerais	* Foco na estabilização das contribuições sociais * Parte das mudanças impostas, maioria negociada no Parlamento	* Diversas medidas importantes, mas sem reforma estrutural	* Fortalecimento das privatizações, mecanismos de mercado, alocações do tipo <i>workfare</i>

Fonte: André (2006). Elaboração própria.

As políticas de emprego e voltadas à família, no Reino Unido, adquiriram, a partir dos anos 1980, uma lógica pautada no *workfare*, ou seja, no princípio de que os benefícios sociais deveriam estar atrelados a incentivos ao ingresso ou reingresso no mercado de trabalho (ideia aprofundada no item 1.4). Dessa forma, eram pensadas como políticas transitórias, cujo benefício era perdido diante de qualquer oferta de emprego (seguro-desemprego) ou ampliação de renda (assistência social). A Alemanha também adotou

esse mecanismo com relação às políticas de emprego, embora não na assistência social. No caso francês, a lógica adotada foi diferente, com maior enfoque na redução da jornada de trabalho (redução nacional da jornada de trabalho para 35hs/semanais) e manutenção das políticas familiares como mecanismo para garantir uma população economicamente ativa elevada e, com isso, a reposição necessária para a contribuição social (ANDRÉ, 2006). No entanto, cabe apontar que, nos anos 2000, a França também incorporou mecanismos de *workfare*. Em 2009, a renda mínima de inserção foi substituída pela renda de solidariedade ativa (*revenu de solidarité active* – RSA), que atrelou a renda mínima aos pobres a incentivos para (re)inserção no mercado de trabalho (BRUNN et al, 2015).

No caso dos sistemas de saúde, os três países tiveram mudanças marginais na década de 1980, aprofundando as transformações nos anos 1990. Em 1991, o Reino Unido adotou o princípio do “mercado interno” para organização do NHS, enquanto a Alemanha criou mecanismos de concorrência entre as Caixas de Saúde, no ano seguinte. Na França, o governo ampliou o controle sobre os gastos com saúde (tendo que passar por aprovação do Parlamento, a partir de 1997) e criou um mecanismo para universalização do acesso ao sistema, a Cobertura Universal de Saúde, em 2000 (*Couverture Maladie Universelle* – CMU). Estas, no entanto, são apenas algumas das diversas transformações pelas quais os sistemas de saúde dos três países passaram nas últimas décadas. Considerando-se que este é o tema central de nosso estudo, o detalhamento das reformas é apresentado nos capítulos 2 (item 2.4) e 3.

1.4 PÓS-FORDISMO: REGIME DE ACUMULAÇÃO E ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL FINANCEIRIZADOS

Algumas das características que marcaram o regime de acumulação capitalista, desde a década de 1980, foram brevemente apontadas no item 1.3: acirramento da competição das empresas no âmbito internacional, com internacionalização das cadeias produtivas das empresas multinacionais; desregulamentação dos fluxos comerciais e financeiros; crescimento do setor de serviços; desregulamentação progressiva do mercado de trabalho⁸⁵. As desregulamentações financeira e comercial ampliaram a “globalização” da economia mundial, acirrando a concorrência entre empresas de todos os países abrangidos pelo processo. Além disso, as inovações tecnológicas e organizacionais foram

⁸⁵ Caberia também citar a forte inovação atrelada ao setor de informática.

profundas, caracterizando uma (terceira) revolução produtiva (BOYER, 2002b, 2009; CORIAT, 2002).

Todas essas transformações envolveram uma série de conceitos e ideias muito propalados, mas pouco definidos: globalização e internacionalização, financeirização e neoliberalismo são termos amplamente adotados para expressar essas transformações, mas que carecem de uma compreensão a fim de identificarmos o que representam em termos de transformação no modo de regulação após a década de 1980.

Iniciamos por esclarecer o neoliberalismo. O neoliberalismo não deve ser confundido como uma simples replicação do liberalismo clássico ou dos princípios do *laissez-faire*. Nele, o mercado não é uma formação natural⁸⁶, mas fruto de um processo histórico, isto é, forjado pelos homens, e de determinadas circunstâncias históricas⁸⁷. Além disso, o neoliberalismo, diferente do liberalismo clássico, não negar toda e qualquer forma de interferência estatal; ela pode (e mesmo deve) ocorrer em circunstâncias em que a livre concorrência estiver ameaçada. Nesse sentido, caberia ao Estado garantir o pleno funcionamento do livre mercado (LAVAL, 2007; DARDOT e LAVAL, 2009, 2010; AMABLE, 2011).

Duas características marcam, essencialmente, a ideologia neoliberal: primeiro, o princípio da concorrência. A competição possui um papel-chave nessa ideologia, norteando toda organização econômica. Segundo, o princípio ético da autossuficiência, com a ação individual, dentro de um sistema competitivo, devendo prover as necessidades econômicas e sociais. A competição e a autossuficiência não negam a ação estatal, mas ela só se justificaria a fim de garantir as condições para que a ação individual e a concorrência se desenvolvam de maneira plena. Nesse sentido, não haveria uma oposição entre mercado e Estado no neoliberalismo, mas uma crítica às formas de intervenção estatais que não tenham como princípio favorecer a concorrência entre os agentes econômicos (LAVAL, 2007; AMABLE, 2011).

⁸⁶ O clássico liberalismo econômico, desenvolvido no século XVIII, foi uma resposta ao despotismo europeu dos séculos anteriores, tendo em Adam Smith (*A riqueza das nações* – 1776) seu maior representante. A concepção do *laissez-faire* foi incorporada ao liberalismo no século XIX, como um “slogan” do liberalismo frente à oligopolização de alguns mercados e a determinadas formas de intervenção estatais. Esta noção concebia o mercado como uma formação constituída naturalmente e, enquanto tal, devendo ser mantida sem qualquer intervenção externa (ou seja, do Estado) (AMABLE, 2011).

⁸⁷ O aspecto histórico e datado do neoliberalismo é bem debatido por Polanyi (2012). Historicamente, o neoliberalismo surge no final da década de 1930, após os impactos da crise de 1929, como uma resposta do pensamento liberal à crise econômica. A primeira manifestação foi o Congresso Walter Lippmann, em 1938, em Paris. Seu maior expoente, a partir dos anos 1940, foi Hayek (*O Caminho da servidão* – 1944) (LAVAL, 2007; AMABLE, 2011).

Ainda que o neoliberalismo “puro” não tenha sido implementado em nenhum país, nem em países como os Estados Unidos e o Reino Unido, a difusão ideológica e simbólica foi uma marca em todo o mundo capitalista, a partir da década de 1980. O neoliberalismo se infiltrou não só na organização dos mercados e nas formas de ação estatal, mas se tornou um modelo transponível para toda sorte de relação social, um “senso comum”. Sendo assim, a especificidade capitalista do período pós 1980 está na expansão da lógica de mercado nas diferentes esferas de produção e nas relações sociais, com a interiorização de seus preceitos nos indivíduos, projetando-se na busca por maiores salários, melhores cargos, posições mais valorizadas (BOYER, 2002c; BORON, 2008; GAULEJAC, 2009; DARDOT e LAVAL, 2010).

Do ponto de vista econômico, é central apontar que “o traço mais característico do capitalismo neoliberal [foi] a ampliação e aprofundamento da concorrência pela globalização” (DARDOT e LAVAL, 2010, p. 38). Nesse sentido, é fundamental ter clara a especificidade da globalização das últimas décadas⁸⁸. O termo globalização é amplamente e de forma indiscriminada utilizado; ainda assim, sua adoção é relevante para apontar um amplo espectro de transformações ocorridas⁸⁹. Na década de 1950, a ideia de globalização estava vinculada às estratégias das empresas multinacionais de venda de seus produtos (padronizados) para todo o mundo – expandindo os limites do consumo interno. Esta lógica se manteve e passou a incorporar também a concepção de internacionalização produtiva: as multinacionais não só vendiam, como também passaram a produzir fora de seus países de origem (em busca, principalmente, de custos de produção mais baixos, atrelados aos custos da mão-de-obra), fenômeno que se acentuou a partir de meados da década de 1980 (BOYER, 1998). Na globalização produtiva o próprio processo produtivo, a cadeia de produção, tornou-se global.

No entanto, para além das estratégias de atuação das grandes empresas, a globalização envolveu também mudanças nas relações comerciais entre os Estados-nação, com liberalização dos fluxos comerciais, por meio da retirada (ainda que não plena) de barreiras tarifárias e não-tarifárias. Juntamente à globalização comercial, a

⁸⁸ Deve-se notar que o último quarto do século XIX, mais especificamente o período de 1870 a 1914, é considerado um primeiro período de “globalização” produtiva e financeira, similar em diversos aspectos com o período do que se caracteriza hoje como a globalização a partir da década de 1970 (ARRIGHI, 1996).

⁸⁹ “Globalização é um conceito demasiado impreciso, enganoso e carregado de contrabandos ideológicos; [ainda assim], o uso generalizado desse conceito, a sua ampla aceitação nos meios de comunicação e no ambiente acadêmico deve ser compreendido como um indício de que mudanças relevantes vêm ocorrendo no mercado mundial, nas formas de organização empresarial, nas normas de competitividade, para não falar das transformações na órbita financeira e monetária, de longe as mais significativas” (BELLUZZO, 1997, p. 184).

globalização financeira marcou a inserção internacional dos países, com grande aumento dos fluxos de capitais, tanto produtivos (na modalidade investimento direto estrangeiro) como especulativos de curto prazo (em títulos e ações). Nesse processo, a globalização caracterizou-se pela abertura comercial, produtiva e financeira entre os países, assim como pela formação de grandes blocos regionais em escala global (BOYER, 1998; CORIAT, 2002; AMABLE, 2005).

Todas essas mudanças foram derivadas de decisões dos Estados nacionais, enquanto forma de fazer frente à crise da década de 1970:

A configuração atual do capitalismo é o resultado de medidas tomadas pelos países capitalistas centrais para resolver a crise estrutural, tal como essa se manifestava na segunda metade dos anos 1970 [...]. A liberalização e a desregulamentação dos fluxos financeiros, em seguida a das trocas comerciais e do investimento direto no estrangeiro (IDE) foram as respostas dadas a esta crise tal como os Estados e as grandes empresas as percebiam (CHESNAIS, 2010, p. 138).

Cabe ressaltar que as transformações ocorridas tiveram um papel transformador principalmente no que diz respeito ao campo financeiro. Precedida pela formação dos mercados *offshore* e da necessidade de financiamento dos Estados-nação, a globalização financeira foi marcada por uma estratégia de inserção norte-americana, com a criação de novos instrumentos financeiros, seguido da desregulamentação dos mercados de capitais. Somado na década de 1970 à grande liquidez internacional associada aos petrodólares e à alta da taxa de juros dos Estados Unidos, as transformações nos mercados financeiros estenderam-se aos países europeus a partir da década de 1980, gerando uma importante mudança na regulamentação financeira internacional (BOYER, 2002b; CORIAT, 2002).

As transformações não se consubstanciam apenas no aumento dos fluxos de capital entre os países; o setor financeiro passou a ser, em vários sentidos, o parâmetro de organização da economia. Isso envolve desde o advento de novos agentes sociais atrelados à acumulação financeira – como os investidores institucionais –, como a transformação da rentabilidade do mercado financeiro no parâmetro de ganho para todos os setores da economia. Nesse sentido, “toda a dinâmica macroeconômica é então guiada pela compatibilidade entre as expectativas que emanam dos mercados financeiros, a realidade do crescimento dos lucros das empresas e a dinâmica das taxas de juros, que o banco central tenta direcionar” (BOYER, 2000b, p. 121).

Dada a relevância que as finanças adquiriram, diversos economistas se debruçaram sobre o tema. Esta análise é realizada por uma ampla gama de autores de vertente marxista, representados principalmente por Chesnais (1996, 1998, 2005). Em seu primeiro livro lançado no Brasil, Chesnais (1996) centrou sua pesquisa na mundialização

do capital, em que o cerne do processo estava atrelado à mundialização dos grandes grupos transnacionais. A partir da obra seguinte, publicada em 1998, o autor concentrou sua análise na primazia das finanças, denominada como financeirização da economia: “o mundo contemporâneo apresenta uma configuração específica do capitalismo, na qual o capital portador de juros está localizado no centro das relações econômicas e sociais”⁹⁰ (CHESNAIS, 2005, p. 35).

Esta vertente de análise na Teoria da Regulação se inicia com Aglietta (1998), que aventou que as finanças teriam adquirido um papel preponderante no regime de acumulação⁹¹. Dentro do regime financeirizado, algumas características centrais despontam: foco no valor acionário da empresa, afetando toda estrutura de decisões de investimento da companhia; a relação entre Estado-economia, com maior pressão sobre a dívida pública e maior empoderamento dos Bancos Centrais, submetidos ao escrutínio do mercado financeiro internacional e das agências de avaliação de riscos no que concerne às políticas monetárias e cambiais. A prioridade da política monetária, atrelada durante o fordismo à relação entre crescimento econômico e inflação, passou a estar muito mais vinculada a “[...] guiar o desenvolvimento dos mercados financeiros da melhor maneira possível” (BOYER, 2000b, p. 120).

As transformações supracitadas foram inicialmente incorporadas no Reino Unido, durante o governo Thatcher (1979-1990), e nos Estados Unidos, no governo Reagan (1981-1988). No restante do mundo, a adoção das políticas foi derivada de três fatores: a influência ideológica destes países; a pressão norte-americana, economia hegemônica e detentora da moeda de reserva; a recuperação econômica dos dois países, interpretada como exemplo do sucesso na adoção destas políticas. Assim, “[...] a difusão internacional das mesmas teorias econômicas e concepções políticas não significam a convergência dos modos de regulação, mas serve de legitimação para as políticas que rompem com os compromissos institucionalizados anteriores” (BOYER, 2002c, p. 547). Nesse processo, identificamos um processo de hibridação institucional, com a “importação” de características que, anteriormente, existiam na economia norte-americana.

⁹⁰ Para uma análise detalhada da visão marxista sobre a financeirização, ver Chesnais (1996, 1998, 2005), Brunhoff et al (2010). Dentre autores brasileiros, ver Mendes (2012, cap. 1), com uma análise teórica e voltada para os impactos da financeirização sobre o financiamento da Seguridade Social, e Marques e Nakatani (2009), com análise sobre os conceitos marxistas da configuração do capital portador de juros, e dos desdobramentos na crise econômica mais recente (2007/2008).

⁹¹ Chesnais (2002) explicita esse movimento de aproximação dos economistas da Teoria da Regulação com o conceito de regime de acumulação pautado nas finanças.

Em termos de regime de acumulação, as décadas de 1990 e 2000 marcaram o advento de um novo regime, no qual se explicitou uma hierarquização institucional, moldada, predominantemente, pelo acirramento da competição internacional e pelo regime financeirizado. Nessa nova hierarquia institucional, a lógica financeira se impôs sobre todas as formas institucionais: a relação salarial (submetida ao imperativo da flexibilidade), a concorrência (cada vez mais oligopolizada, e cuja rentabilidade passou a ser ditada pelo retorno financeiro), as formas de Estado (em nome da “credibilidade” junto aos mercados) e o próprio regime monetário (com obrigação de garantir a estabilidade econômica e financeira, em meio a uma hierarquia que gera instabilidade) e a inserção internacional (claramente marcada pela desregulamentação que viabiliza a livre mobilidade de bens e capitais) (AGLIETTA, 1998; BOYER, 2005). Trata-se, assim, de um “[...] regime de acumulação alavancado pela finança”⁹² (BOYER, 2009, p. 126).

Sendo assim, considerando-se as cinco formas institucionais apresentadas (item 1.1), enquanto no fordismo a forma institucional predominante era a relação salarial, a partir da década de 1980 esta é suplantada pela esfera financeira como institucionalidade mais importante. Tem-se, assim, uma importante mudança no regime de acumulação:

Nos anos sessenta, as coalizões políticas e econômicas modernizantes se apoiavam na noção de progresso, de ajuste dos salários ao custo de vida e de crescimento. Em contrapartida, os anos noventa marcam a vitória da uma cultura de estabilidade monetária, da onipotência dos mercados e do poder dos acionistas. É nesse contexto intelectual e ideológico que se redefine a hierarquia das formas institucionais (BOYER, 2002c, p. 538).

As transformações apresentadas tiveram um importante impacto sobre o Estado-nação. A globalização, associada ao neoliberalismo e à financeirização, aponta para uma redução da relevância do Estado enquanto agente econômico e social, dentro da proposta de não intervenção (apenas para garantir o livre mercado) e de menor importância frente a movimentos comerciais e financeiros sobre os quais eles teriam cada vez menos controle (BOYER, 2002c). Na ação estatal direta sobre a economia, há de fato uma importante retração dos investimentos públicos⁹³: nos países que constituem a zona do euro, entre

⁹² Embora seja muito difícil ter clareza nos parâmetros de análise ao se buscar compreender um regime de acumulação enquanto este está se formando. Por exemplo, a própria Teoria da Regulação surge em um processo de análise sobre o fordismo no momento no qual este já se encontrava em crise; tratou-se de um esforço de compreensão de sua lógica a fim de, a partir disso, poder “rascunhar” a análise de sua crise. De acordo com o próprio Boyer (2009), “[...] a teoria não cessa de tentar diminuir, sem, contudo, obter sucesso, o tempo que separa a percepção de mudanças potencialmente fundamentais, por natureza difíceis de decifrar, da pertinência de eventuais novos modos de regulação” (p. 142).

⁹³ O investimento público é medido pela aquisição de bens de capital (formação bruta de capital fixo) pela administração direta. Ou seja, não inclui investimento de empresas estatais.

1980 e 2013, o investimento público caiu de mais de 4% para pouco acima de 2% do PIB (AGLIETTA, 2014).

No entanto, é importante aventar para o aspecto falacioso do “Estado mínimo”: o Estado não foi de fato limitado; sua atuação permanece relevante, porém direcionada para a lógica de mercado. Ou seja, garantir a estabilidade monetária (inflação) e cambial (taxa de câmbio), com controle emissor e de confiabilidade na moeda⁹⁴; a coordenação econômica e a regulamentação dos mercados; atuação via gastos públicos; a “credibilidade” no cenário internacional⁹⁵ (BOYER, 1998; DARDOT e LAVAL, 2010; DAIN, 2015).

Na verdade, confunde-se a crise de uma forma de articulação do político e do econômico com o fim do político em geral. De fato, as intervenções públicas associadas à evolução do consumo e da produção em massa definham, mas simultaneamente elas são reorientadas para a promoção da inovação e da competitividade do território. [Além disso], as intervenções dos bancos centrais e dos responsáveis pelas finanças públicas continuam a procurar uma estabilização das flutuações nas atividades econômicas, por meio da primazia à estabilidade monetária e financeira [...] (BOYER, 2002c, p. 545).

Em termos dos Estados de bem-estar social, podemos identificar uma priorização das políticas na proteção individualizada, centrada na parcela da população incapaz de acessar bens e serviços sociais via mercado. Duas formas de políticas sociais tornaram-se as mais debatidas: o modelo de *workfare* norte-americano e o modelo de “flexicuridade” dinamarquês⁹⁶, ambos originando o conceito de “Estado social ativo”. A proteção social mais diretamente afetada pela lógica do Estado social ativo foi o mercado de trabalho⁹⁷. Ainda assim, a concepção também afeta outros aspectos do Estado de bem-estar, principalmente no que tange à introdução de mecanismos de incentivo, que direcionassem a ação dos agentes⁹⁸ (BOYER, 2006, 2007; BÖCKMANN, 2009).

⁹⁴ Ainda que, no caso dos países que adotaram a moeda única Euro, esse papel passou a ser exercido pelo Banco Central Europeu, e não mais pelas suas autoridades monetárias nacionais. Este aspecto é relevante, em nossa análise, para a Alemanha e a França.

⁹⁵ “A emergência da noção de credibilidade reflete a mudança dos tempos: os responsáveis políticos se direcionam mais à comunidade financeira internacional do que a opinião pública doméstica” (BOYER, 2002c, p. 547).

⁹⁶ A “flexicuridade” na Dinamarca é muito específica e vinculada com suas formas institucionais já presentes no fordismo. O país já possuía ampla abertura à concorrência internacional, porém com contribuições sociais e impostos correspondendo a mais de 50% da renda nacional, a taxa de indenização para os desempregados podendo chegar a 90%, mesmo depois de quatro anos de desemprego, com a taxa de sindicalização de quase 80% e 1/3 dos trabalhadores sendo funcionários públicos. Nessas condições, o país apresenta elevado nível de vida e tanto a taxa de desemprego como de crescimento econômico são menores ou no máximo iguais a média dos países da OCDE (BOYER, 2007).

⁹⁷ Para maiores detalhes de como se constituiu um *workfare* com relação aos direitos trabalhistas nos três países estudados (com maior avanço da mercantilização das relações de trabalho na Alemanha e no Reino Unido), ver Greer e Symon (2014).

⁹⁸ No caso da saúde, esta lógica contempla principalmente desincentivo a comportamentos de “risco” (obesidade, fumo etc.) e ao uso “desnecessário” ao sistema de saúde, na forma de elevação dos co-pagamentos (BATIFOULIER et al, 2007). Estas políticas serão abordadas no capítulo 3 dessa tese.

Em meio às transformações no regime de acumulação e na atuação dos Estados de bem-estar, é importante ressaltar como os trabalhadores foram afetados desde a década de 1980. O aumento do desemprego, associado às pressões das empresas, impulsionou a flexibilização dos mercados de trabalho (item 1.3.1). Esta característica foi aprofundada tanto pela incorporação de maior tecnologia nos empregos industriais (e pela transferência produtiva para países de mão-de-obra barata) como pelo crescimento de postos de trabalho no setor de serviços. A flexibilização, nesse sentido, atingiu a estabilidade de emprego fordista e o tipo de trabalho realizado. As relações adquiriram um caráter menos seguro e estável, e o emprego no setor de serviços explicitou um caráter dual: de um lado, colocações altamente qualificadas e especializadas (principalmente atreladas ao setor de informação) e, de outro, postos precários e de baixa qualificação⁹⁹ (BECK, 2010; ESPING-ANDERSEN, 2001; DARDOT e LAVAL, 2010).

No caso dos países europeus, o impacto da financeirização ocorreu em meio (e influenciado) pela crescente integração entre os países. O aprofundamento do bloco europeu, com a formação da União Europeia, representou tanto um aprofundamento da liberalização comercial e financeira, como uma ampliação das restrições impostas em termos de política fiscal e monetária¹⁰⁰. Com relação ao processo de liberalização dos mercados na Europa, a liberalização comercial não teria provocado, de acordo com Amable (2005) mudança significativa na estrutura produtiva dos países e nos fluxos comerciais entre eles. Ter-se-ia apenas acentuado um livre comércio que já se desenhava entre os países europeus, desde a década de 1950. Por sua vez, a liberalização financeira, com crescente fluxo de capitais¹⁰¹, assim como a privatização de parte da infraestrutura até então gerida por empresas estatais, geraram impactos muitos mais relevantes.

⁹⁹ No que concerne aos postos relacionados às políticas sociais, esta dualidade se reproduz: no setor de serviços, há postos altamente qualificados, como parte dos educadores e dos médicos, e outros que demandam pouca formação e são mal remunerados, como cuidadores em domicílio (embora esta função esteja em transformação, conforme sua necessidade só cresce) (ESPING-ANDERSEN, 2001).

¹⁰⁰ Principalmente no caso da Alemanha e da França, após a criação da moeda única, o Euro.

¹⁰¹ “Das quatro ‘liberdades’ previstas pelo Ato Único Europeu (liberdade de circulação dos homens, dos produtos, dos serviços e dos capitais), assinado em 1986 e implementado a partir de 1990, verificou-se, de fato, que a liberdade da circulação dos capitais – justamente a que menos havia avançado desde o Tratado de Roma (1957) – constituía-se no objetivo primeiro. Anos depois, em 1999, a Comissão Europeia avançava, com o Financial Services Action Plan, na harmonização das regras vigentes nos mercados financeiros nacionais com o objetivo de criar um sistema financeiro europeu unificado. As iniciativas da União Europeia em relação à unificação e à liberalização financeira sofreram, ainda, pressões importantes por parte dos EUA, de maneira a garantir o acesso de agentes financeiros americanos ao mercado europeu” (JANSEN-FERREIRA e CAGNIN, 2015, p. 8).

1.4.1 Pós-Fordismo: Especificidades da Alemanha, França e Reino Unido

Dentre os três países estudados, a liberalização financeira ocorreu primeiramente no Reino Unido, durante os anos 1980 no governo Thatcher, com o aprofundamento da importância da City de Londres. A partir disso, a liberalização financeira adotada pelos demais países europeus resultou do cenário de crise do regime de acumulação fordista, da pressão do próprio processo de integração e de decisões deliberadas dos governos nacionais com o objetivo de gerar maior crescimento e geração de emprego, com a ampliação dos fluxos de capital¹⁰² (ESPING-ANDERSEN, 1995; BOYER, 1998; AMABLE, 2005).

A liberalização financeira, assim como a adoção mais ampla de política neoliberais, envolveu, do ponto de vista político, não só partidos de direita (como usualmente se associa ao governo Thatcher), mas também de esquerda¹⁰³. O Partido Socialista francês, no poder a partir de 1981 com Mitterrand, inicia dois anos depois políticas claramente coerentes com os preceitos neoliberais: não só as medidas mais específicas de “desinflação competitiva” (item 1.3.1), mas também alterações estruturais, como a desregulamentação dos mercados, principalmente financeiro, e as privatizações. No Reino Unido, a vitória do Partido Trabalhista, em 1997, foi calcada em um discurso da “terceira via”, na qual os preceitos neoliberais econômicos (foco na eficiência) e sociais (direitos sociais deveriam estar atrelados a responsabilidades e submetidos a possíveis sanções) estavam presentes. Estas marcas também existiram na vitória do partido socialdemocrata alemão (*Sozialdemokratische Partei Deutschlands* – SPD), em 1998 (THÉRET, 1994; AMABLE, 2005, 2011).

A financeirização é identificável por diversos parâmetros. No mundo, estima-se que a riqueza financeirizada (na forma de títulos da dívida pública, derivativos e ações) somava, em 2012, mais de 10 vezes a riqueza produtiva (MARQUES, 2015). Aglietta (2008a) mediu o fenômeno a partir da taxa de financeirização das famílias, relacionando o total de ativos financeiros que elas possuem como proporção do total de ativos

¹⁰² Mesmo países que não apresentavam indicadores de desaceleração econômica, como a Suécia, desregulamentaram seus mercados financeiros a partir da década de 1980 (BOYER, 1998).

¹⁰³ Afinal, como posto por Poulantzas (2000), “[...] o fato de a esquerda ocupar o governo não significa forçosa nem automaticamente que a esquerda controle realmente os, ou mesmos alguns, aparelhos de Estado [...]. Mesmo no caso em que a esquerda no poder, além de ocupar o governo, controle realmente os setores e aparelhos de Estado, nem por isso ela controla forçosamente aqueles, ou um entre aqueles, que detêm o papel dominante no Estado, que constituem o pivô central do poder real. A unidade centralizada do Estado não reside numa pirâmide na qual bastaria ocupar o cume para garantir seu controle” (p. 141).

(financeiros e reais). Conforme exposto na Tabela 7, a taxa de financeirização familiar cresceu nos três países ao longo da década de 1990: na Alemanha, de 34,4% para 43,2%, na França, de 44,6% para 51,6%, e no Reino Unido, de 47,7% para 59,1%.

Tabela 7: Taxa de financeirização das famílias¹, Alemanha, França e Reino Unido, 1986 a 2005.

	1986-89	1990-92	1993-96	1997-00	2001-05
Alemanha	----	34,4%	39,5%	43,2%	43,9%
França	41,7%	44,6%	45,7%	51,6%	39,3%
Reino Unido	44,1%	47,7%	57,3%	59,1%	47,6%

Fonte: Aglietta (2008a). Elaboração própria.

¹ Taxa de financeirização = ativos financeiros / ativos financeiros + ativos reais.

Outro parâmetro relevante diz respeito aos investidores institucionais. Conforme apontado no item 1.3.2, o crescente incentivo aos fundos de pensão privados foi uma das marcas de mudança nas políticas de proteção social. O crescimento destes fundos permitiu a ampla difusão dos investidores institucionais¹⁰⁴ (BOYER, 2000b). Nos três países, podemos identificar uma forte expansão da riqueza financeira que eles possuem, como proporção do PIB. Ao longo da década de 1990, período em que o crescimento econômico manteve-se em um ritmo baixo, a riqueza financeira aumentou exponencialmente, quase ou mais do que dobrando nos três países. Conforme apresentado na Tabela 8, entre 1992 e 2000, os ativos financeiros em posse de investidores institucionais, como proporção do PIB, cresceu de 34% para 79,7% na Alemanha, de 61,9% para 133,3% na França e de 131,3% para 226,7% no Reino Unido. Ainda que, no Reino Unido, a relação tenha apresentado uma retração entre 2000 e 2008, ela voltou a subir após 2010.

Tabela 8: Ativos financeiros em posse de investidores institucionais (em % PIB), Alemanha, França e Reino Unido, 1992 a 2012.

	1992	1995	1998	2000	2008	2012
Alemanha	34,0%	45,3%	66,1%	79,7%	102,9%	124,1%
França	61,9%	77,7%	107,3%	133,3%	147,0%	166,1%
Reino Unido	131,3%	164,0%	203,6%	226,7%	174,0%	228,0%

Fonte: OCDE (2001, 2014). Elaboração própria.

¹⁰⁴ Na França, o crescimento dos fundos de pensão era visto como um possível instrumento para captação de recursos, a fim de viabilizar mecanismos de financiamento de longo prazo. Já na década de 1980, houve a introdução de fundos como os SICAV (*Société d'investissement à capital variable*) e os OPCVM (*Organisme de placement collectif en valeurs mobilières*), com inspiração no modelo anglo-saxão de fundos complementares (CLÉVENOT, 2006).

Um terceiro indicador de financeirização é o crescimento da taxa de capitalização¹⁰⁵ no mercado financeiro, como proporção do PIB. A partir do Gráfico 3, mostramos o forte crescimento da capitalização nas décadas de 1980 e, principalmente, de 1990. Entre 1981 e 1999, a taxa cresceu de 7,8% para 65,1% na Alemanha, de 6,2% para 100,2% na França e de 35,1% para 188,8% no Reino Unido.

Gráfico 3: Taxa de capitalização de mercado (em % do PIB), Alemanha, França e Reino Unido, 1981 a 2009.

Fonte: Banco Mundial (2015).

Os três indicadores apresentados apontam uma maior financeirização da economia britânica, frente à alemã e à francesa, o que é compatível com sua história e com as características gerais do modo de regulação vigente nas últimas décadas no país. Desde a década de 1990, o modelo europeu continental (Alemanha e França) foi criticado enquanto inferior ao modelo baseado no mercado (Reino Unido), porque possuiria menor aderência às características da etapa do capitalismo neoliberal financeirizado. Essa avaliação se baseia, principalmente, em duas características do modelo europeu continental. Primeiro, a maior rigidez de seus mercados de trabalho, o que dificultaria sua mudança estrutural e realocação da mão-de-obra, contribuindo para a constituição de uma ampla massa de desempregados. Segundo, o fato de possuírem sistemas financeiros também rígidos, submetidos à forte regulamentação e pautados, principalmente, no sistema bancário, o que dificultaria o financiamento de uma gama de empresas intensivas

¹⁰⁵ A taxa de capitalização é medida pela preço das ações multiplicado pelo número de ações negociadas (cada ação é contabilizada uma vez, a fim de não gerar recontagem).

em tecnologia, que seriam a base do paradigma tecnológico, a partir da década de 1990. A França, ainda mais do que a Alemanha, seria marcada por uma estrutura institucional de frágil adaptação aos choques representados pelo neoliberalismo e pela financeirização (THÉRET, 1997; AMABLE, 2005, 2008).

No caso alemão, a forte competitividade de sua indústria de bens de capital proporcionou uma inserção mais compatível com o regime de acumulação atual, ainda que isso tenha significado um aprofundamento, principalmente nos anos 2000, do modelo exportador do país: entre 2003 e 2012, a exportação de bens e serviços como proporção do PIB aumentou, de 32,6% para 45,9%. O que mudou é que, no período fordista, este setor era impulsionado, principalmente, por fortes investimentos públicos, mão-de-obra especializada e câmbio desvalorizado. Por sua vez, a partir da década de 1990, o setor passou a depender mais dos investimentos privados em novas tecnologias e na redução do custo salarial unitário. Este baixo custo está associado ao processo de reunificação do país, que gerou a absorção dos trabalhadores da Alemanha Oriental, com alta formação a baixos salários. Essa característica foi reforçada com a política anti-salarial de Schroder (2004-2005), mas que apenas aprofundou uma tendência já presente no país (AGLIETTA, 2014; EUROSTAT, 2015). Ainda que a Alemanha permaneça com salários elevados, principalmente em comparação com países asiáticos, frente aos parceiros europeus houve uma importante queda relativa, facilitando as exportações para o restante da União Europeia (que correspondem a cerca de 60% do total das exportações alemãs).

A especificidade da inserção alemã ficou mais explícita a partir de crise de 2008. A crise financeira internacional, iniciada no mercado imobiliário norte-americano em 2007, agravou-se sobremaneira no final de 2008, com a falência do banco de investimentos Lehman Brothers, arrastando consigo o dinamismo econômico dos países desenvolvidos. A descoberta de fraudes fiscais cometidas pela Grécia desde sua entrada na União Europeia, em um ambiente de turbulência financeira internacional, tornaram explícitas as incoerências do bloco europeu, gerando profundas incertezas sobre a sustentabilidade do euro. O impacto disso sobre as taxas de juros dos títulos públicos dos países da área euro agravou a situação fiscal desses países, cuja dívida já havia crescido em função das medidas de socorro às instituições financeiras. Ainda que os países mediterrâneos tenham sido os mais afetados, os líderes do bloco europeu, Alemanha e França, também tiveram seus indicadores fiscais deteriorados. Mesmo fora da zona euro, o Reino Unido seguiu uma trajetória semelhante em função das relações mais estreitas

entre os sistemas financeiros britânico e norte-americano e da sua integração comercial com o continente europeu (AGLIETTA, 2008b, 2013, 2014).

Embora não nos caiba aqui apontar os pormenores dessa crise econômica¹⁰⁶, é importante ressaltar dois pontos essenciais para nossa tese. Primeiro, para além de suas especificidades de origem (no mercado imobiliário *subprime* norte-americano), essa crise se inscreve dentro do contexto da criação de novos instrumentos financeiros e da desregulamentação dos mercados de capitais, que também estiveram no substrato de outras crises nos anos 1990 (asiática, russa, brasileira) e nos anos 2000 (empresas ponto com). Nesse sentido, tratam-se de crises gestadas pela financeirização. No caso específico da crise iniciada em 2007, ela tem um aspecto fundamental para a Europa, dado que ela se desdobrou, a partir de 2008, em uma profunda crise econômica e fiscal, com um importante aspecto da dívida dos Estados europeus. Segundo, tanto no caso alemão como no britânico, ela tendeu a aprofundar a forma institucional da inserção internacional dos dois países, ou seja, crescimento pautado na exportação de bens manufaturados, pela Alemanha, e por serviços financeiros, pelo Reino Unido. No caso francês, a inércia de uma estrutura fordista “típica” tem explicitado a incoerência de suas formas institucionais com o regime de acumulação atual (CHESNAIS, 2002; MARQUES e NAKATANI, 2009; AGLIETTA, 2014).

A análise realizada ao longo deste capítulo teve como objetivo apresentar as principais características das transformações pelas quais o capitalismo passou nas últimas décadas, não só em termos de tendências gerais, mas, principalmente, no que concerne a cada um dos países estudados nesse trabalho. Com isso, podemos, a partir do capítulo 2, analisar as transformações dos sistemas de saúde na Alemanha, França e Reino Unido, levando em consideração que suas reformas ocorreram em meio ao cenário apresentado ao longo deste capítulo 1. Muito mais do que simplesmente apresentar um “contexto” a partir do qual os sistemas de saúde se modificaram, buscamos explicitar que eles são parte de mudanças mais profundas, considerando tanto as alterações no regime de acumulação (de fordista para financeirizado) como no desenho dos Estados de bem-estar social (como vimos, ambos estando intrinsecamente relacionados).

¹⁰⁶ Para mais sobre a crise econômica de 2007/2008, ver as visões marxistas de Lapavitsas (2009), pós-keynesiana de Krugman (2009) e regulacionista de Aglietta (2008b). A fim de uma análise mais detalhada sobre o impacto da crise sobre a Europa, ver a visão marxista de Lapavitsas et al (2012) e regulacionista de Aglietta (2013, 2014). Para uma análise sobre o impacto da crise sobre as políticas de proteção social, ver Marques e Mendes (2013, p. 155-160).

CAPÍTULO 2: OS SISTEMAS DE SAÚDE NA ALEMANHA, FRANÇA E REINO UNIDO – CONSTITUIÇÃO E REFORMAS

Os sistemas de saúde¹⁰⁷ alemão, francês e britânico são resultado de um longo processo, que passa pelas políticas caritativas até o século XIX, a criação de mecanismos de proteção aos trabalhadores entre a segunda metade do século XIX e a primeira do século XX, culminando com a implementação de efetivos sistemas de saúde após a Segunda Guerra Mundial, com crescente universalização (ainda que por mecanismos distintos) do acesso aos bens e serviços de saúde.

Estes sistemas públicos do pós-guerra foram resultado tanto desse processo histórico quanto do contexto específico após a conflito, marcado pelas transformações econômicas e sociais que viabilizaram um forte crescimento econômico e a constituição dos Estados de bem-estar social (conforme analisado no capítulo 1, itens 1.2.1 e 1.2.3). Os sistemas resultantes se expressam na ampla alocação de recursos, seja como proporção do PIB, seja em termos *per capita*, no setor de saúde.

Conforme apresentado na Tabela 9, nos três países, o gasto total em saúde, como percentual do PIB, mais do que dobrou, entre 1960 e 2013. Na Alemanha e na França, as maiores ampliações do gasto total em saúde ocorreram entre 1970-1975 e 1990-1995. O primeiro aumento está associado a expansão da cobertura do pacote de bens e serviços de saúde e pela ampliação dos grupos sociais incluídos no sistema. Já o segundo período, no caso alemão, é marcado pelo impacto da reunificação e os custos envolvidos na integração da antiga Alemanha Oriental no sistema de saúde então vigente na Alemanha Ocidental¹⁰⁸. No caso francês, o aumento na primeira metade da década de 1990 foi fomentada pela criação de novos mecanismos de financiamento fiscais (ANDRÉ, 2004; WENDT et al, 2005; BÖCKMANN, 2009). O Reino Unido, por sua vez, manteve um ritmo de expansão

¹⁰⁷ Os sistemas de saúde são compreendidos, nessa tese, como o conjunto formado pela prestação dos serviços de saúde individual, abrangendo os bens e serviços de saúde, os mecanismos de financiamento do sistema, e os diferentes agentes sociais envolvidos nesse processo, seja como provedores, reguladores, financiadores e/ou usuários nos sistemas. Nesse sentido, a esfera de nossa análise sobre a constituição e reformas dos sistemas de saúde diz respeito, basicamente, as alterações na provisão de serviços e no financiamento da estrutura de acesso. Isso significa que a esfera da saúde coletiva (políticas de prevenção, por exemplo) e a esfera produtiva da saúde, como a produção de medicamentos e dos diferentes produtos de saúde (da seringa ao tomógrafo computadorizado), não são aprofundadas nessa análise. A esfera produtiva é referida apenas em duas dimensões: na medida em que faz parte dos bens e serviços de saúde utilizados pelos usuários; e na dimensão dos agentes sociais, especificamente no que diz respeito a relevância da indústria farmacêutica no que tange às reformas dos sistemas de saúde.

¹⁰⁸ É necessário também considerar a própria quebra da série histórica de dados, considerando-se que, até 1990, as informações dizem respeito apenas à antiga Alemanha Ocidental e, a partir de 1992, considera todo o país reunificado.

dos gastos com saúde sempre menor do que os outros dois países, tendo uma mudança substantiva apenas a partir do *The NHS Plan* (de 1998), que dobrou, entre 1999 e 2006, o orçamento do Tesouro para a saúde (de £37 para £74 bilhões) (KLEIN, 2001, 2007).

Nos três países, a expansão também é clara em termos de gasto *per capita*. Entre 1960 e 2013, o gasto *per capita*, em paridade do poder de compra, aumentou de US\$ 359 para US\$ 3.413 na França e de US\$ 456 para US\$ 2.939 no Reino Unido. Ainda que os dados para os anos 1960 não estejam disponíveis para a Alemanha, a partir da década de 1970, a tendência de crescimento foi a mesma registrada nos outros dois países (Tabela 9).

Tabela 9: Gasto em saúde, indicadores diversos, Alemanha, França e Reino Unido, 1960 a 2013.

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Gasto total em saúde, em % PIB												
Alemanha	----	----	5,7	8,0	8,1	8,5	8,0	9,5	9,8	10,3	11,0	11,0
França	3,7	4,6	5,2	6,1	6,7	7,6	8,0	9,8	9,5	10,2	10,8	10,9
Reino Unido	3,7	3,8	4,0	4,9	5,1	5,1	5,1	6,1	6,3	7,4	8,6	8,5
Gasto total em saúde per capita, em paridade do poder de compra, preços constantes (US\$)												
Alemanha	----	----	1.061	1.659	1.986	2.245	2.414	2.717	3.079	3.298	3.795	3.993
França	359	559	789	1.083	1.371	1.643	1.966	2.534	2.776	3.101	3.318	3.413
Reino Unido	456	530	622	843	965	1.089	1.266	1.614	1.931	2.569	2.918	2.939
Gasto público em saúde, em % gasto total em saúde												
Alemanha	----	----	71,4	78,1	77,8	76,6	75,4	80,7	78,6	75,6	75,7	76,3
França	61,5	70,5	74,9	77,5	79,6	78,0	76,0	79,1	78,9	78,7	78,0	78,7
Reino Unido	84,6	85,1	86,4	90,9	89,5	86,1	84,3	84,1	79,6	80,9	83,5	83,3

Fonte: OCDE (2015c). Elaboração própria.

Outra característica importante dos gastos em saúde, evidenciado na Tabela 9, é a centralidade do recurso público no financiamento desses sistemas. Nos três países, apesar de importantes variações da participação privada no financiamento (tema abordado no capítulo 3, item 3.1), os recursos públicos foram predominantes nas últimas décadas, evidenciado a lógica de seus sistemas de saúde públicos de saúde, forjados no pós-guerra. Entre 1965 e 2013, o gasto público com saúde, nos três países, nunca foi menor do que 70% do gasto total no setor.

Ao longo dessas décadas, os sistemas de saúde alemão, francês e britânico tiveram um papel importante nas expressivas melhoras nos indicadores de saúde. Entre 1960 e 2013, a expectativa de vida ao nascer aumentou em mais de 10 anos e a mortalidade infantil retraiu de forma significativa: em cada 1.000 nascimentos, de 35 para 3,3 na Alemanha, de 27,7 para 3,6 na França e de 22,5 para 3,8 no Reino Unido (Tabela 10).

Tabela 10: Evolução da expectativa de vida ao nascer e mortalidade infantil (a cada 1.000 nascimentos), Alemanha, França e Reino Unido, 1960 e 2013.

	Expectativa de vida ao nascer		Mortalidade infantil	
	1960	2013	1960	2013
Alemanha	69,1	80,9	35,0	3,3
França	70,3	82,3	27,7	3,6
Reino Unido	70,8	81,1	22,5	3,8

Fonte: OCDE (2015b). Elaboração própria.

Ainda que a evolução desses indicadores também seja resultante de outros fatores, como as transformações nas condições de vida das populações¹⁰⁹, a ampliação no acesso e na integralidade dos sistemas de saúde foi essencial para viabilizar as mudanças apresentadas na Tabela 10.

A estrutura dos sistemas do pós-guerra, no entanto, não se manteve inalterado ao longo do tempo. A partir da década de 1970, as crises econômicas modificaram profundamente a situação social, impactando as condições de financiamento, as percepções existentes com relação à própria atuação do Estado, principalmente em sua lógica de Estado de Bem-Estar Social (conforme apresentado no capítulo 1, item 1.3.2). Nesse novo contexto, diversas reformas foram implementadas nos sistemas de saúde, a partir da década de 1980. As mudanças representaram tentativas de enfrentamento diante de um cenário adverso, criando mecanismos que viabilizaram a preservação do acesso aos sistemas, porém, ao mesmo tempo, geraram uma paulatina ampliação da lógica e da presença de atores privados.

Sendo assim, esse capítulo é dedicado a uma compreensão ampla sobre esse processo. A segunda seção, após essa introdução, apresenta brevemente a história de constituição dos três sistemas de saúde, antes (2.1) e depois (2.2) da Segunda Guerra Mundial. O objetivo é compreender a criação dos sistemas, apontando as especificidades existentes em cada país. Posteriormente, analisamos como as transformações econômicas e sociais, a partir da década de 1970, impactaram os sistemas de saúde (2.3) e quais são, em linhas gerais, as reformas implementadas nas três últimas décadas (2.4). Com isso, o objetivo do capítulo não é encerrar todos os temas que aborda, mas apontar os elementos

¹⁰⁹ Destaca-se que a evolução na melhora na expectativa de vida, ao longo do século XX, foi decorrente principalmente de avanços nas condições de higiene, alimentação e habitação (saneamento, água tratada, etc.), assim como do tratamento de doenças infecciosas, principalmente após a descoberta da penicilina, em 1928, e do antibiótico estreptomicina, desenvolvido em 1944 para o combate à tuberculose. No entanto, conforme as condições básicas de vida são garantidas, a importância da ampliação na expectativa de vida recaiu de maneira crescente sobre os sistemas de saúde, principalmente conforme o perfil epidemiológico das doenças mais recorrentes (de infecciosas para crônicas degenerativas) modificou-se (TABUTEAU, 2013; BATIFOULIER, 2014).

mais importantes que norteiam o debate sobre as reformas nos sistemas de saúde e proporcionar o arcabouço para a reflexão proposta nos capítulos 3 e 4.

2.1 RESTRIÇÕES DO ACESSO À SAÚDE: O PRÉ SEGUNDA GUERRA MUNDIAL

Em geral, até o século XVIII, o desenvolvimento da medicina era incipiente e o acesso a médicos era viabilizado por dois mecanismos básicos: os pobres eram atendidos em hospitais (sendo a Inglaterra a expoente nesse processo, por meio das Leis dos Pobres) e hospícios e os mais ricos eram atendidos em casa pelos médicos, mediante pagamento (VIGARELLO, 1993; CASTEL, 2005).

A Revolução Industrial, que se iniciou na Inglaterra no século XVII, modificou completamente as condições de trabalho, ao levar o trabalhador do campo para a cidade e impor regimes de trabalho de mais de 16 horas por dia, em um processo de urbanização acelerado. Nesse país, estas transformações representaram, do ponto de vista da saúde, o surgimento de novos problemas, associados às condições de higiene das cidades e das fábricas¹¹⁰. Assim, é nesse período que se inicia a implementação das primeiras políticas sanitárias, focadas na vigilância para doenças transmissíveis (principalmente surtos de cólera e febre tifóide) e na condição de higiene das moradias e locais de trabalho (LEATHARD, 2000; SHEARD, 2011).

O aprofundamento da industrialização gerou maiores mudanças no século XIX. Ao longo deste século, o desenvolvimento da proteção à saúde ocorreu de duas formas paralelas. De um lado, os trabalhadores (principalmente a partir da formação dos primeiros sindicatos) iniciaram organizações próprias para financiar os custos envolvidos com os riscos associados à industrialização (risco de acidente de trabalho, à saúde e, posteriormente, à velhice), no formato de sociedades de seguros mútuos, conhecidas como *Friendly Societies*¹¹¹. De outro lado, diante da rápida disseminação de doenças na cidade, o Estado ampliou suas políticas sanitárias, institucionalizando a estrutura pública ao longo do século e a regulamentação da profissão médica (WEBSTER, 1998; KEEN et al, 2001; SHEARD, 2011).

¹¹⁰ A fim de conhecer mais sobre a transformação representada pela Revolução Industrial, em termos de condições de vida dos operários na Inglaterra, ver Engels (2010).

¹¹¹ Inicialmente, a criação se concentrou em setores como da produção em minas de carvão e de construção de estradas de ferro, setores essenciais no início da industrialização e com condições de trabalho particularmente duras (ANDRÉ, 2002).

Na Alemanha¹¹² e na França, a ajuda social no século XVIII era fundada na assistência aos indigentes, em uma visão paternalista e caritativa de proteção, frente à estrutura social essencial do período, formada pelas famílias, paróquias, corporações e mestres. A assistência era mais forte na Alemanha e no Reino Unido, com disseminação mais lenta na França, frente a uma visão bem crítica à “[...] ‘caridade legal’ inglesa, acusada simultaneamente de ter um custo financeiro exorbitante e de manter entre os pobres uma mentalidade de assistidos” (CASTEL, 2010, p. 282). Nesse sentido, a transformação política que a França passou com a Revolução de 1789 (e com a série de revoluções e contrarrevoluções que se seguiram) não ampliou imediatamente os mecanismos de proteção social (KOTT, 1995; HATZFELD, 2004; CASTEL, 2010).

Apenas com a Revolução Industrial, que se principia na Alemanha e na França na primeira metade do século XIX, os mecanismos sociais começaram a se alterar. Isso significa que as políticas inglesas higiene-sanitaristas do século XVIII iniciaram-se, nos casos alemão e francês, no século XIX. À política pública higienista, voltada à melhoria das condições sanitárias e objetivando diminuir as epidemias, com disseminação da vacinação compulsória¹¹³, somaram-se, assim como no caso inglês, sociedades de seguros mútuos (na França, as *Sociétés de Secours Mutuels* e, na Prússia, as *Hilfkassen*¹¹⁴) (KOTT, 1995; BRAS e TABUTEAU, 2012; TABUTEAU, 2013).

O Quadro 3 sumariza as principais características dos mecanismos de proteção à saúde no século XIX. Trata-se de um período marcado pela gestão de sistemas de saúde duais. De um lado, políticas públicas, implementadas pelos Estados, por meio de hospitais municipais voltados ao atendimento aos pobres e de políticas higienistas. De outro lado,

¹¹² A referência à Alemanha, até 1871, diz respeito a alguma das regiões (Prússia, Bavária, Baden, entre outras) que vieram a conformar o país após a sua unificação. Até o final do século XVIII, as regiões desenvolveram mecanismos de “polícia médica” (*medizinische Polizey*), dentro de uma lógica de “[...] disciplinarização da medicina pelo Estado e em uma correspondente função de controle atribuída à medicina sobre a vida social” (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 51).

¹¹³ A vacinação compulsória iniciou-se com a vacina contra a varíola, obrigatória na Bavária em 1807, na Inglaterra em 1865 e, de forma tardia, na França em 1902. O desenvolvimento da política sanitária francesa foi marcadamente mais lento do que nos outros dois países: “a ausência da administração de saúde, o imperativo de defesa da liberdade individual e do direito de propriedade, o desengajamento do corpo médico com relação à higiene pública e a recusa de qualquer confronto com os médicos liberais explica a impotência sanitária francesa” (TABUTEAU, 2013, p. 69). Além da vacina, a lentidão da saúde pública francesa explicita-se pela adoção tardia da notificação compulsória de casos de tuberculose, assim como na pasteurização do leite (BERGERON e NATHANSON, 2012).

¹¹⁴ Na França, as primeiras sociedades de seguros mútuos surgiram em 1791, logo após a Revolução Francesa; as primeiras *mutuelles*, no formato que permaneceu, foram legalizadas em 1850. Na Prússia, as Caixas atreladas às corporações de ofício se difundiram já na segunda metade do século XIX. Nesta região, a tendência foi impulsionada por legislações que foram tornando as Caixas obrigatórias, como ocorreu em 1854. Este processo impulsionou a ampliação das Caixas; entre 1853 e 1868, houve um aumento de quase 45% na quantidade de Caixas e de mais de 146% na quantidade de trabalhadores associados (KOTT, 1995; ELBAUM, 2011; BRAS e TABUTEAU, 2012).

políticas de seguro saúde, organizadas pelos trabalhadores e empresas, na forma de seguros mútuos, voltados ao atendimento dos trabalhadores assalariados industriais.

Quadro 3: Evolução dos mecanismos de proteção à saúde, Alemanha, França e Reino Unido, Século XIX.

	Saúde Pública – Assistência	Sistema de Seguros – Previdência
Alemanha	<ul style="list-style-type: none"> * Atendimento hospitalar aos pobres - vistos como asilos (todo século XIX) * Polícia médica 	<ul style="list-style-type: none"> * Prússia torna seguro saúde compulsório para mineiros (1849) * Baden: obrigação das empresas garantirem saúde dos operários (1862) * Sistema de Seguro Social de Saúde para Operários (1883), nacional e com possibilidade de inclusão dos trabalhadores agrícolas - decisão regional (1886)
França	<ul style="list-style-type: none"> * Atendimento aos pobres por meio de hospitais e casas de cuidado, assim como visitas de agentes sanitários (<i>officiers de santé</i>) (1792-1892) * Lei de assistência médica gratuita (1893) - apenas para pobres 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Mutuelles</i>: legalizadas em 1835, com status jurídico e financeiro com legislação de 1850 e liberdade de atuação com aprovação da <i>Charte de la Mutualité</i> (1898) * Sistema de seguros no século XIX focado na previdência, e não em saúde
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Poor Law Amendment Act</i> (1834): continuidade do acesso à saúde dos pobres de forma gratuita nos hospitais * Institucionalização: legislações de saúde pública (<i>Health Social Acts</i>) - 1848-1875 * Regulamentação: criação do sindicato médico, <i>British Medical Association</i> (1832), e do Ato Médico, que implementou o registro profissional (1858) 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Friendly Societies</i>: série de legislações (1875-1895) de regulamentação e expansão

Fonte: Kott (1995); Leathard (2000); Domin (2002); Bras e Tabuteau (2012); Tabuteau (2013); Busse e Blümel (2014). Elaboração própria.

Assim, o acesso aos cuidados à saúde no século XIX era segmentado: mecanismos assistenciais para os pobres e instrumentos de seguro para os operários. Essa diferenciação aumentou ao longo das primeiras décadas do século XX, à medida que os mecanismos de seguro se tornaram mais recorrentes e foram institucionalizados enquanto política pública.

Conforme explicitado no Quadro 3, a institucionalização do sistema de seguros teve como precursor o caso alemão. O país possuía um contexto bastante específico nas décadas de 1870 e 1880 (apresentado no item 1.3.2, detalhado na nota 51), tendo sido o primeiro a desenvolver um efetivo sistema de Seguro Social no mundo. Entre 1883 e

1889, o Parlamento alemão aprovou legislações de seguro saúde (Lei do Seguro-Saúde dos Operários¹¹⁵), acidente de trabalho e invalidez e velhice.

A Lei do Seguro Saúde objetivou financiar o acesso a cuidados à saúde, incluindo o “auxílio-doença”, que garantia o recebimento do salário (inicialmente, de até ½ salário, depois ampliado para até sua integralidade) durante o período de afastamento por doença. Inicialmente, o financiamento era baseado em contribuições sociais, equivalentes a 3% do salário, pagas pelos trabalhadores (2/3) e empregadores (1/3), com gestão mediante Caixas estatutárias¹¹⁶. A adesão era obrigatória a todos os operários que obtivessem uma renda anual de até 2.000 marcos alemães, com vinculação às Caixas condicionada à profissão (*Berufsgenossenschaftliches Prinzip*) e localidade de trabalho (GIOVANELLA, 2001; ALTENSTETTER e BUSSE, 2005; BÖCKMANN, 2009).

Conforme sumarizado no Quadro 4, a partir da experiência alemã, a França e o Reino Unido adotaram sistema de seguros sociais de saúde semelhantes, nas primeiras décadas do século XX. No Reino Unido, o processo ocorreu mediante a implementação do *National Health Insurance* (NHI), em 1911, voltado ao financiamento dos cuidados básicos à saúde (não incluía tratamentos hospitalares) e garantia de renda em casos de afastamento por doença (KLEIN, 2001; DAIN e JANOWITZER, 2006). Na França, embora a influência já fosse sentida em 1898, com a aprovação da liberdade de atuação das seguradoras mútuas, o mecanismo para a saúde¹¹⁷ só se tornou uma política nacional em 1928-1930, após longo processo de debate no Parlamento¹¹⁸ (RENARD, 1995).

¹¹⁵ *Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter*, promulgada em junho de 1883, entrou em vigor em dezembro de 1884 (GIOVANELLA, 2001).

¹¹⁶ As Caixas de Saúde que fazem parte do sistema público são instituições de direito privado, mas com obrigações públicas. Por isso, na Alemanha, não são denominadas de Caixas públicas, mas tratadas enquanto Caixas estatutárias (*gesetzlich*), porque fazem parte do sistema geral obrigatório de saúde (BUSSE e WÖRZ, 2004; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

¹¹⁷ Em 1919, aprovou-se a primeira legislação para operários, mas incluía apenas mecanismos de financiamento da aposentadoria (RENARD, 1995; HATZFELD, 2004; CASTEL, 2010).

¹¹⁸ A pressão se intensificou a partir do final da Primeira Guerra Mundial, quando as regiões da Alsácia e da Lorena foram reintegradas à França, após permanecerem como território alemão entre 1871 e 1914, com as regiões tendo mantido os sistemas de seguro de saúde criados na Alemanha. Os debates no Parlamento prolongaram-se por sete anos, entre 1921 e 1928, e levaram ainda mais dois anos para a versão final aprovada, em 1930. A lentidão foi decorrente das reticências com relação à adoção de um “sistema alemão” (ainda mais no contexto do pós Primeira Guerra Mundial), da preocupação das empresas com os custos das contribuições sociais e das fortes pressões por parte dos médicos para definição do formato do regime (HATZFELD, 2004; DOMIN, 2009; TABUTEAU, 2013).

Quadro 4: Evolução dos mecanismos de proteção à saúde, Alemanha, França e Reino Unido, 1900-1940.

	Saúde Pública	Sistema Social de Seguros
Alemanha	* Constituição do "Estado Social do Povo" (<i>sozialer Volksstaat</i>), com ampliação das funções sociais do Estado (1919)	* Expansão do sistema social de seguros para todos trabalhadores urbanos e rurais, dependentes e desempregados com problemas de saúde (alcoolismo e sífilis) (1903 e 1911) * Subordinação do sistema de seguros à Secretaria do Interior (até 1918) e ao Ministério do Trabalho (1918-1949)
França	* Assistência médica para velhos doentes e incuráveis (1905) * Criação do Ministério da Higiene, Assistência e Previdência Social (1920)	* Aprovação das legislações de Seguridade Social, incluindo a Saúde (1928 e 1930)
Reino Unido	* Criação de clínicas para cuidado materno e infantil (1906 e 1911) * Criação do Ministério da Saúde (1919) * Expansão dos hospitais municipais frente aos caritativos-religiosos (1937: cerca de 1.000 hospitais caritativos e 3.000 hospitais públicos municipais)	* <i>National Insurance Act</i> (1911): sistema de proteção à doença, renda para desempregado e afastamento por doença

Fonte: Kott (1995); Renard (1995); Webster (1998); Hatzfeld (2004); Altenstetter e Busse (2005); Pollock (2005); Sheard (2011); Vincent (2011); Tabuteau (2012). Elaboração própria.

Sendo assim, entre 1883 e 1930, os três países desenvolveram seus primeiros sistemas de saúde. Em todos os casos, a implementação das políticas foi precedida de pressão por parte dos operários, divisão nos partidos de esquerda¹¹⁹ e reticências entre os médicos¹²⁰. Dada a acumulação de capital no setor industrial, os sistemas eram focados nos operários, com sistema de financiamento via contribuição social sobre o salário, pago pelos trabalhadores e empregadores. A implementação desses sistemas representou, nas primeiras décadas do século XX, a substituição de um sistema caritativo para um de

¹¹⁹ Na Alemanha e na França, as primeiras legislações sociais foram criticadas por parte dos partidos de esquerda. Na França, a oposição veio menos do partido socialista e de parte do movimento sindical (considerados “reformistas”), e mais do partido comunista. Em ambos os países, a crítica concentrou-se no caráter restrito da legislação, sem debate sobre a transformação da relação de fundo capital-trabalho. Na Alemanha, além desta crítica (sustentada principalmente pelo partido socialista), havia também forte questionamento sobre o alcance da legislação, em um contexto de leis regressivas anti-socialistas, ao só incluir os trabalhadores industriais, e também à instrumentalização da política social por Bismarck, a fim de fortalecer seu poder e reduzir a força do partido socialdemocrata (crítica advinda do próprio partido socialdemocrata) (KOTT, 1995; HATZFELD, 2004).

¹²⁰ Os médicos argumentavam que a institucionalização de políticas públicas de saúde poderia afetar sua liberdade de atuação e seu rendimento. Essa postura foi mais forte na criação do sistema inglês (1911) e no francês (1930) (DOMIN, 2002; SHEARD, 2011; TABUTEAU, 2013). Este tema é aprofundado no capítulo 4, item 4.2.2.

seguros sociais. Embora as marcas do sistema de seguros já estivessem presentes no século XIX, eles só foram plenamente institucionalizados pelos Estados no século XX.

Por outro lado, as políticas públicas de caráter geral criaram, no mesmo período, uma burocracia (como a criação dos Ministérios da Saúde) e ampliaram os hospitais, em paralelo a estrutura religiosa-caritativa tradicional (principalmente no Reino Unido). Essa caracterização significa que, até a década de 1940, a estrutura de proteção à saúde manteve-se dual entre os cuidados aos pobres e aos trabalhadores, assim como entre a atenção primária ambulatorial (expandida pelo sistema de seguros) e a secundária hospitalar (ainda dependente da estrutura caritativa e da lenta expansão pública). No caso da Alemanha, a precedência na implementação do sistema de seguros sociais fez com que, já em 1925, durante a República de Weimar, mais de metade da população estivesse coberta pelo sistema.

2.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO E GENERALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: O PÓS SEGUNDA GUERRA MUNDIAL

A Segunda Guerra Mundial representou um marco nos mecanismos de proteção à saúde¹²¹. A guerra em si teve efeitos importantes, especialmente no Reino Unido¹²². O deslocamento da população das grandes cidades (mais visadas nos bombardeios) para o campo explicitou as más condições de moradia e saneamento. No que diz respeito à estrutura de atendimento à saúde já existente, o conflito levou ao uso de todos os hospitais (públicos e privados) para o esforço de guerra, focados no atendimento de soldados e civis feridos no conflito. Além disso, as circunstâncias explicitaram a necessidade de integrar serviços ambulatoriais e hospitalares, criando serviços nacionais como de análise laboratorial e transfusão de sangue. Esse simulacro de organização nacional do sistema de saúde britânico, com gestão local, permitiu não só um primeiro experimento deste tipo de arranjo, mas também o conhecimento mais próximo de seus problemas: um setor hospitalar muito especializado, apresentando leitos escassos e mal distribuídos (WEBSTER, 1998; DAIN e JANOWITZER, 2006; SHEARD, 2011).

¹²¹ Em um sentido mais amplo, a Segunda Guerra Mundial marcou todos os mecanismos de proteção social existentes até então, com a configuração de Estados de Bem-Estar Social a partir de então. As características por detrás da estruturação do Estado de Bem-Estar Social, assim como suas diferenças entre os países, estão apresentadas no capítulo 1, itens 1.2.2 e 1.2.3.

¹²² A rendição francesa em 1940 e os bombardeios à Alemanha apenas na fase final (1944-1945) fizeram com que os mecanismos de saúde destes países fossem menos afetados ao longo da maior parte da guerra (JUDT, 2008).

Para além dos efeitos diretos do conflito, o cenário pós-guerra de destruição física (principalmente na Alemanha e no Reino Unido), fragmentação social (na Alemanha e na França¹²³), o temor de novos conflitos, assim como a constituição de um novo cenário político e econômico (conforme apresentado no capítulo 1, item 1.2), forneceram as condições para transformações profundas na proteção à saúde.

Sendo assim, a institucionalização dos sistemas de saúde com caráter nacional foi, nos três países estudados, um fenômeno do pós-guerra. Ainda que todos já tivessem sistemas de seguros obrigatórios, a generalização da proteção à saúde ocorreu apenas após 1945: na França em 1945, no Reino Unido em 1946 e na Alemanha em 1949¹²⁴. Por meio de arranjos institucionais diferentes, os três países criaram sistemas muito mais amplos e complexos do que os anteriormente existentes. Mais do que isso, o acesso aos serviços de saúde adquiriu o caráter de um direito social. Na França, o princípio da proteção à saúde pública como dever do Estado consta na Constituição de 1945, decreto nº 45-2258. A então Alemanha Ocidental incluiu, em 1949, em seu Código Social, Livro V (*Sozialgesetzbuch V*). No Reino Unido, as características do Sistema foram explicitadas no *1946 NHS Act*, embora não haja uma Constituição que formalize a obrigação do Estado¹²⁵ (KLEIN, 2001; PELLET, 2004; BÖHM, 2009; CASTEL, 2010).

As características apresentadas no Quadro 5 apontam a constituição de sistemas de saúde corporativistas-bismarckianos de seguros sociais, na Alemanha e na França, e um sistema nacional de saúde universal-beveridgiano, no Reino Unido¹²⁶. As diferenças entre os sistemas se refletem em todas as suas características, tais como organização, abrangência, financiamento e benefícios.

¹²³ Na Alemanha, a fragmentação foi resultado direto do nazismo e da derrota na guerra, com a ocupação dos países aliados. No caso francês, o desgaste social foi resultante da desconfiança após quatro anos de capitulação de Vichy. Cabe apontar que autoridades locais na França foram rapidamente coniventes com a ocupação, com a resistência sendo muito focalizada: “os alemães tinham tamanha confiança na polícia e nas milícias francesas que designaram [...] somente 6 mil policiais civis e militares para garantir a obediência de uma nação de 35 milhões de habitantes” (JUDT, 2008, p. 53).

¹²⁴ A demora na Alemanha compreende-se pelo contexto de redesenho do país no pós guerra; apenas em 1949, definiu-se plenamente a separação da Alemanha entre Alemanha Ocidental (República Federal da Alemanha, sob ocupação dos Estados Unidos, Reino Unido e França) e a Alemanha Oriental (República Democrática Alemã, sob ocupação da União Soviética). A legislação a qual nos referimos é a da Alemanha Ocidental (ALTENSTETTER e BUSSE, 2005).

¹²⁵ Pela tradição monarca, o Reino Unido não possui Constituição nacional e, sim, um conjunto de leis que, juntamente com as tradições e convenções sociais, assegura o cumprimento das decisões coletivas.

¹²⁶ A tipologia das formas de proteção social desenvolvidas no pós Segunda Guerra Mundial foram apresentadas no capítulo 1, item 1.2.2. Cabe retomar que, enquanto na Alemanha e na França constituiu-se um sistema de saúde coerente com a lógica do restante da proteção social (corporativo, baseado no trabalho e financiado por trabalhadores e empregadores), no Reino Unido o sistema de saúde configurou-se enquanto uma exceção, uma política universal (para todos os cidadãos, financiado a partir de impostos gerais) em meio a uma estrutura de proteção social, em geral, mais liberal.

Quadro 5: Principais características dos Sistemas Sociais de Saúde, Alemanha, França e Reino Unido, após 1945 até a década de 1970.

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

Fonte: Giovannella (1998); Hassenteufel et al (2001); André (2004); Gerlinger e Schmucker (2009); Paris et al (2010). Elaboração própria.

Conforme apresentado no item 2.1, os cuidados com saúde foram caracterizados, antes da Segunda Guerra Mundial, por uma importante fragmentação entre o atendimento ambulatorial e hospitalar. O hospital era o espaço de atendimento à população mais pobre e o sistema ambulatorial estava relacionado à criação de instrumentos de atendimento aos operários. Essas duas características (a segmentação entre carentes e trabalhadores e entre cuidados ambulatoriais e hospitalares) passaram por alterações importantes nos três países. De um lado, o atendimento hospitalar foi incorporado na cobertura dos seguros sociais (Alemanha e França) e no sistema de saúde (Reino Unido). Por outro lado, a segmentação entre cuidado ambulatorial e hospitalar passou a ser pelo nível de cuidado, com maior especialização no atendimento hospitalar.

As informações apresentadas no Quadro 5 explicitam como, no que tange à segmentação de população atendida, a maior alteração ocorreu no Reino Unido. Após

longo processo de negociação¹²⁷, entre 1944 e 1946, o Sistema de Seguros de 1911 foi extinto e substituído pelo Sistema Nacional de Saúde, o *National Health Service* (NHS). O sistema baseava-se na garantia de acesso aos bens e serviços de saúde a toda a população residente no país, independente da inserção no mercado de trabalho e das condições de renda, como direito de cidadania¹²⁸. Além disso, desvinculava a relação entre recursos pagos e direito ao uso do sistema, como ocorria após 1911 com relação às contribuições sociais. O sistema não era financiado via contribuições, mas mediante impostos pagos por toda sociedade. Dado que os impostos são parte do Orçamento Geral do Estado, os recursos destinados ao setor eram projetados pelo Ministério da Saúde e sujeitos à aprovação do Parlamento (WEBSTER, 1998; KLEIN, 2001).

Por sua vez, a Alemanha e a França¹²⁹ mantiveram os Sistemas de Seguros que já possuíam, voltados aos trabalhadores e financiado via contribuições sociais, mas ampliando sua abrangência. Na França, o sistema passou a incluir todos os trabalhadores. No caso alemão, ainda se manteve os trabalhadores de maior renda¹³⁰ e os funcionários públicos excluídos do sistema geral, sendo filiados a Caixas de seguro privadas¹³¹. Com relação aos funcionários públicos, a adesão compulsória ao sistema privado era preferível, porque o governo reembolsava ao menos 50% de seus gastos com o seguro (sendo de 70% para os funcionários públicos aposentados e para as esposas dos funcionários na ativa e de 80% para seus filhos)¹³² (CATRICE-LOREY e STEFFEN, 2006; ELBAUM, 2011; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

Nos três países, a organização e gestão dos atendimentos ambulatorial e hospitalar se modificou. Os hospitais deixaram de estar atrelados aos pobres e assumiram uma clara função de atendimento aos cuidados secundários, ou seja, que demandavam médicos

¹²⁷ A fim de conhecer os detalhes sobre a negociação, que envolveu interesses distintos dos agentes sociais envolvidos, ver Webster (1998), cap. 1.

¹²⁸ Sob inspiração do relatório Beveridge (capítulo 1, item 1.2.3). A proposta de criação do NHS foi formulada por Sir. John Hawton e proposta, dentro do governo, por Aneurin Bevan (KLEIN, 2001).

¹²⁹ Na França, assim como havia ocorrido no Reino Unido, existiu uma proposta de criação de um sistema nacional de saúde, em 1945, pelo então Conselheiro de Estado, Pierre Laroque. Esta, no entanto, não foi aprovada (PALIER, 1997; ELBAUM, 2011).

¹³⁰ Em 1970, o governo permitiu que os trabalhadores de alta renda aderissem (voluntariamente) ao sistema de seguro estatutário/público. Cabe apontar que a definição dos trabalhadores de alta renda utiliza como parâmetro (desde 1988) 75% do limite máximo para contribuição à previdência social. Em 2014, este valor foi de € 4.462,50 mensais, por pelo menos três anos (GIOVANELLA, 1998; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

¹³¹ O sistema de seguro privado, *Private Krankenversicherung* – PKV, foi criado em 1903 (GIOVANELLA, 1998).

¹³² Esse benefício aos funcionários públicos pode ser compreendido pelos privilégios históricos que possuem na Alemanha, remetendo à sua origem na monarquia prussiana do século XVIII, como mecanismo de recompensa pela lealdade ao Estado e de diferenciação social (ESPING-ANDERSEN, 1990).

especializados¹³³ e tecnologia de aparelhos (que estava em processo de expansão). A gestão do sistema hospitalar tornou-se estatal, centralizada na França e no Reino Unido¹³⁴ (Ministérios da Saúde) e regionalizada (*Länder*) na Alemanha¹³⁵. O setor ambulatorial, por sua vez, manteve maior autonomia, como resultado da pressão por parte dos médicos (capítulo 4, item 4.2.2), perpetuando seu status de profissionais liberais¹³⁶, contratados dos sistemas (e não funcionários) e atuando também no atendimento de pacientes privados, externos aos sistemas públicos. O sistema ambulatorial era subordinado, na Alemanha e na França, às Caixas de Saúde e, no Reino Unido, às autoridades locais. Enquanto na França e no Reino Unido as autoridades de gestão eram as responsáveis últimas pela garantia da oferta dos serviços ambulatoriais, na Alemanha a responsabilidade recaía diretamente sobre os médicos, via associação de médicos atrelados às Caixas (*Kassenärztliche Vereinigungen*) e, indiretamente, sobre às Caixas (GIOVANELLA, 1998; KLEIN, 2001; ROCHAIX e WILSFORD, 2005; CATRICE-LOREY e STEFFEN, 2006; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

O papel das Caixas era essencial na organização dos sistemas de saúde, principalmente na esfera ambulatorial, na Alemanha e na França. Enquanto sistemas pautados no trabalho, os trabalhadores eram os beneficiários, assim como responsáveis pelo financiamento (via contribuições sociais) junto com as empresas. Para além disso, os trabalhadores e empregadores (parceiros sociais) eram corresponsáveis pela gestão das Caixas de seguro saúde, de forma paritária¹³⁷ (GIOVANELLA, 2001; DOMIN, 2009). O papel das Caixas, no entanto, não se desenvolveu de forma igual nos dois países. As especificidades refletem o modelo de capitalismo e de Estado de bem-estar (capítulo 1,

¹³³ Os médicos especialistas foram integralmente alocados nos hospitais no Reino Unido. Na Alemanha e na França, por sua vez, puderam manter atuação tanto nos hospitais como em consultórios privados – prática mais corrente na França (ROCHAIX e WILSFORD, 2005; SHEARD, 2011).

¹³⁴ A mudança mais profunda no setor hospitalar ocorreu no Reino Unido. Os hospitais que existiam até então (municipais e independentes-caritativos) foram nacionalizados, tornando-se todos propriedade do Estado. Com isso, na criação do NHS, 100% dos hospitais eram públicos (BEVAN e ROBINSON, 2005).

¹³⁵ No entanto, as tomadas de decisão com relação ao setor hospitalar seriam divididas entre os *Länder*, que possuem a “jurisdição para tomada de decisão” (*Entscheidungskompetenz*) e as Caixas, que tem o “poder para tomada de decisão” (*Entscheidungsmacht*). Essa diferenciação explícita que a maior parte das decisões é tomada, na verdade, pelas Caixas, no nível corporativo, e não pelos *Länder* (MOSEBACH, 2009, p. 73).

¹³⁶ Os dentistas e farmacêuticos também permaneceram como profissionais liberais contratados. Por sua vez, os enfermeiros, parteiras e todos os profissionais atuando nos hospitais foram incorporados como funcionários públicos (POLLOCK, 2005).

¹³⁷ O aspecto paritário era mais claro no sistema alemão, no qual trabalhadores e empregadores realizavam a mesma contribuição social (50% cada) e tinham a mesma quantidade de participantes nas esferas de decisão. Na França, por sua vez, a contribuição das empresas era maior e os sindicatos dos trabalhadores teriam $\frac{3}{4}$ dos assentos nos conselhos administrativos. Estas características geraram questionamentos sobre a cogestão e seu caráter democrático (CATRICE-LOREY e STEFFEN, 2006).

itens 1.2.1 e 1.2.3) presentes em cada um dos países: predominância do corporativismo no sistema alemão e da natureza institucional estatal na França.

Essa diferenciação inicial é apresentada no Quadro 6. Na Alemanha, os parceiros sociais eram responsáveis por diversos aspectos das Caixas de autogestão (*Selbstverwaltung*): determinação dos percentuais de contribuições sociais pagas sobre os salários; os benefícios contidos; todo o processo de contratação de serviços junto aos prestadores de serviços. Por sua vez, parte importante das funções que, na Alemanha, recaíam sobre as Caixas, na França eram de responsabilidade do Estado (via Ministério da Saúde¹³⁸), em um sistema muito mais centralizado.

Quadro 6: Principais características das Caixas de Saúde, Alemanha e França, 1945 até década de 1970.

	Alemanha	França
Gestão	Compartilhada entre trabalhadores e empregadores	Compartilhada entre trabalhadores e empregadores
Contribuições sociais	Trab: 50% / empreg: 50%	Trab: 37,5% / empreg: 62,5%
Adesão à Caixa	Obrigatória para trabalhadores até determinada renda	Obrigatória para todos os trabalhadores
Estrutura	Centenas de Caixas de acordo com profissão e local de moradia	Caixa nacional de Seguridade Social (saúde ¹ , velhice e família)
Modalidade de instituição	Ator coletivo autônomo	Autarquia
Determinação valor das contribuições sociais	Caixas	Estado
Definição de benefícios	Caixas	Estado
Definição das tarifas médicas	Caixas / sindicatos médicos (negociação coletiva)	Caixas / Estado / sindicatos médicos (negociação coletiva)
Pagamento tarifas médicas	Caixas	Pacientes (reembolsados pelas Caixas)
Pagamento tratamentos hospitalares	Caixas	Caixas

Fonte: Hassenteufel e Palier (1997); Palier (1997); Giovannella (1998); Rochaix e Wilsford (2005); Wendt et al (2005); Domin (2009). Elaboração própria.

¹ O sistema francês só criou caixas específicas para cada ramo da Seguridade Social em 1967-68. No caso da saúde, foi criada a *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés* (CNAMTS) e algumas pequenas caixas para trabalhadores que não se incluíam na CNAMTS, como os trabalhadores rurais e os profissionais liberais (PELLET, 2004).

Em termos de alocação dos recursos, a Alemanha e a França partiam do princípio da necessidade: não havia qualquer limitação prévia e os serviços de saúde eram pagos conforme o uso. No entanto, existia uma diferença importante. Na Alemanha, as Caixas

¹³⁸ Na Alemanha, o Ministério da Saúde possuía um papel mais restrito, voltado a ações de vigilância sanitária e epidemiológica. O sistema de seguro social de saúde obrigatório era subordinado, na esfera federal, ao Ministério do Trabalho e de Assuntos Sociais (ALTENSTETTER e BUSSE, 2005).

pagavam o prestador de serviços, cabendo ao setor ambulatorial e hospitalar comprovar o uso de seus serviços a fim de receber os recursos. Já o sistema francês organizava-se pelo sistema de reembolso, com pagamento direto pelos pacientes aos provedores de serviços e posterior reembolso por parte da Seguridade Social¹³⁹. Como o pagador último era a Seguridade Social, esta definia o valor dos serviços prestados pelos médicos, mediante negociações entre as partes, que conformavam as “convenções coletivas”¹⁴⁰. Os pacientes não tinham que realizar desembolsos prévios somente no caso de cuidados hospitalares (GIOVANELLA, 1998; ANDRÉ, 2004; TABUTEAU, 2013).

Os três sistemas de saúde estruturados na década de 1940 foram institucionalizados nas décadas seguintes, passando por uma série de pequenas alterações. As mudanças ampliaram seus benefícios (incorporando os importantes avanços médicos e tecnológicos do período¹⁴¹) e sua abrangência (nos casos alemão e francês¹⁴²). O NHS britânico, que não tinha público e nem pacote de benefícios predefinido, tinha dificuldade em atender todos os pacientes, dada sua restrição de recursos orçamentários¹⁴³. Ainda assim, ampliou, nas décadas de 1950 e 1960, sua esfera administrativa (WEBSTER, 1998; FRIOT, 2012; TABUTEAU, 2013).

No entanto, cabe apontar que, nos três países estudados, mecanismos de co-pagamento estão presentes desde a conformação dos sistemas de saúde no pós-guerra – no caso alemão, antes disso. Na Alemanha, o co-pagamento para medicamentos foi introduzido em 1923 e para consultas ambulatoriais em 1930 (este foi extinto na década

¹³⁹ O conceito de Seguridade Social engloba mecanismos de proteção ao trabalhador, dentro do contexto de ampliação do trabalho industrial. Nesse sentido, os mecanismos de proteção social desenvolvidos estavam diretamente relacionados à garantia das condições de trabalho, o que envolveu a saúde (tanto o acesso a tratamentos como a um pagamento no afastamento por doença), a previdência e o seguro-desemprego (no caso alemão, o seguro-desemprego foi incluído posteriormente).

¹⁴⁰ Até a década de 1960, as convenções coletivas eram assinadas no nível departamental (regional), e não nacional. Inicialmente, a adesão foi somente dos médicos que atuavam nos departamentos mais pobres, com recusa dos médicos que atuavam nos departamentos mais ricos (DA SILVA e GADREAU, 2015).

¹⁴¹ Na França, este movimento ampliou-se a partir da reforma hospitalar de 1958 (decreto-lei Debré). A reforma ampliou a formação especializada dos médicos e sua incorporação no sistema hospitalar, além da criação de hospitais universitários e centros hospitalares regionais, com maior autonomia no funcionamento e dos profissionais que atuavam nessas instituições. A lei ampliou a centralidade do sistema hospitalar no sistema (CATRICE-LOREY e STEFFEN, 2006; TABUTEAU, 2012, 2013).

¹⁴² O sistema francês incluiu os desempregados (1953), agricultores (1961) e profissionais liberais não agrícolas (1966). O sistema alemão, por sua vez, incluiu diversos grupos nas décadas de 1960 e 1970: todos os desempregados, independente de contribuição prévia (1968); possibilidade de adesão dos trabalhadores de alta renda (1970); agricultores autônomos (1972); deficientes (1975); estudantes (1975); artistas e publicitários autônomos (1981) (GIOVANELLA, 1998; BÖCKMANN, 2009; CHEVREUL et al, 2010).

¹⁴³ Ao longo da década de 1950, o baixo orçamento destinado ao NHS gerou um lento processo de expansão do sistema, com pequeno investimento em infra-estrutura. O período entre 1948-1962 seria marcado por uma efetiva “[...] inanição de recursos” (WEBSTER, 1998, p. 30). Por sua vez, ao longo da década de 1960 e nos primeiros anos de 1970, houve uma ampliação de recursos e, com isso, da estrutura do sistema, com construção de novos hospitais e de centros de saúde ambulatorial (WEBSTER, 1998; SHEARD, 2011).

de 1950, reintroduzido em 2004 e abolido novamente em 2012). No caso do Reino Unido, o co-pagamento foi introduzido em 1952, para o caso de medicamentos prescritos em ambiente ambulatorial e, em 1977, para cuidados dentários. Na França, o co-pagamento (*ticket modérateur*) foi criado junto com o sistema, em 1945¹⁴⁴. A pressão das seguradoras mútuas (as *mutuelles*) foi um fator importante para criação desse mecanismo, tendo em vista que elas buscavam manter sua função, após o desenvolvimento do seguro social nacional. Ao contrário dos valores fixos impostos na Alemanha e no Reino Unido, na França, enquanto um sistema de saúde por reembolso, o co-pagamento foi instituído de tal forma que um percentual do reembolso não era realizado pela Seguridade Social, ficando efetivamente a cargo do paciente ou do seguro privado de que dispunha (o que fomentou a relevância dos seguros privados complementares) (EUROPEAN OBSERVATORY, 1999; HARKER, 2012; TABUTEAU, 2013; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

A cobrança destes mecanismos de co-pagamento não representava, no entanto, um bloqueio relevante para a universalidade de acesso. Isto porque existiam diversas isenções, principalmente no acesso a medicamentos: idosos (Reino Unido), desempregados, crianças e adolescentes, pessoas de baixa renda (Alemanha e Reino Unido), doenças crônicas (Alemanha, França e Reino Unido). No caso de doenças crônicas, a França criou, já em 1945, um mecanismo específico de classificação e avaliação das doenças (*Affections de Longue Durée* – ALD), sendo que as doenças classificadas como graves proporcionavam plena isenção de co-pagamento para os pacientes (MAYNARD, 1986; BATIFOULIER et al, 2007; PARIS et al, 2010).

A partir da década de 1970, algumas reformas foram realizadas nesses sistemas, em função de dois movimentos distintos. Primeiro, alterações implementadas ainda como parte do processo de institucionalização, com transformações administrativas e organizacionais. No Reino Unido, a reforma no NHS derivou da percepção de que se tratava de um sistema operante, porém limitado no planejamento. As mudanças foram realizadas com o *NHS Act 1974*, que reorganizou a estrutura do sistema, criando 15 autoridades regionais (*Regional Health Authorities* – RHAs), subdivididas em 90 *Area Health Authorities*, além de reestruturar o sistema hospitalar. Além disso, em 1976, criou-se um novo método de alocação dos recursos dentro do sistema (*Resource Allocation*

¹⁴⁴ O co-pagamento já estava previsto na legislação de 1928-1930.

Working Party – RAWP), concentrando recursos em regiões com maiores taxas de mortalidade (MAYNARD, 1986; WEBSTER, 1998).

Na França, no começo dos anos 1970, foi aprovada a implementação de mecanismos para aprimoramento dos critérios de distribuição de recursos. No setor hospitalar, o governo criou, em 1970, a “*carte sanitaire*”, que definia a distribuição do território francês em “setores de saúde”, com a distribuição de equipamentos, clínicas, hospitais e farmácias. No setor ambulatorial, o governo estruturou, entre 1971 e 1975, um programa (*VI^e plan*) de definição das ações prioritárias e da alocação de recursos em torno destas. (TABUTEAU, 2013). Na Alemanha, implementou-se, em 1972, uma dualização no financiamento hospitalar (Lei de Financiamento dos Hospitais – KHG): os gastos correntes eram financiados por recursos das Caixas, enquanto os investimentos na infraestrutura seriam financiados com recursos dos estados (respectivos *Länder*). A partir disso, para receber recursos para investimento, os hospitais deveriam estar, obrigatoriamente, incluídos no Plano Hospitalar de cada *Land* (BÖHM, 2009).

Em segundo lugar, houve mudanças de natureza reativa à crise econômica (capítulo 1, item 1.3). No Reino Unido, as restrições de recursos ao NHS foram fruto do acordo com o Fundo Monetário Internacional (FMI), em 1976, que previa redução dos gastos público em geral (KLEIN, 2001; BEVAN e ROBINSON, 2005). Na Alemanha, aprovou-se, em 1977, um primeiro plano para contenção de custos, a Lei de Contenção de Custos do Seguro de Saúde (*GKV-Kostendämpfungsgesetz*). A lei limitava a expansão de recursos no sistema ambulatorial à ampliação na arrecadação via contribuição social, sem que houvesse qualquer acréscimo de financiamento estatal¹⁴⁵ (WENDT et al, 2005; BANDELOW, 2009).

Na prática, essas reformas na década de 1970 não representaram qualquer alteração significativa nos recursos destinados aos sistemas de saúde. Nos três países, o período entre meados das décadas de 1940 e de 1970 representou a plena institucionalização dos sistemas de saúde, com abrangência quase universal (BJÖRKMAN, 2009), tendo em vista que a situação de quase pleno emprego permitia que os sistemas bismarckianos alemão e francês garantissem amplo acesso, mesmo não possuindo o princípio universal do NHS britânico. Mediante características distintas,

¹⁴⁵ Além disso, a lei criou comitês setoriais compostos pelos sindicatos dos médicos estatutários de saúde e as Caixas de Saúde, a fim de acelerar o processo de negociação – tendo em vista o peso dos dois agentes sociais dentro do sistema de saúde.

Alemanha, França e Reino Unido formaram sistemas públicos de saúde que atendiam a grande maioria da população e com base de financiamento socializado.

2.3 PROBLEMAS E ESPECIFICIDADES DO SETOR SAÚDE

Os sistemas de saúde na Alemanha, França e Reino Unido foram afetados pelas transformações ocorridas a partir da década de 1970. O cenário pós-guerra de forte crescimento econômico e quase pleno emprego, com grande presença de partidos socialdemocratas no poder e forte coesão social na Europa, perdeu paulatinamente sua força. Ainda que tenhamos analisado a caracterização dessa crise econômica no capítulo 1, itens 1.3 e 1.3.1, é importante ressaltar como essas mudanças afetaram especificamente os sistemas de saúde, além de outras alterações próprias relacionadas ao setor (2.3.1). Além disso, destacamos como os sistemas de saúde foram afetados pelo posicionamento dos principais organismos internacionais e pela específica inserção dos países estudados como parte da União Europeia (2.3.2).

Do ponto de vista do trabalho desenvolvido, a apresentação desses condicionantes, assim como das características constitutivas dos sistemas de saúde em cada país, é importante para a posterior compreensão das reformas adotadas, a partir da década de 1980.

2.3.1 Características e Especificidades da Crise no Setor Saúde

A crise econômica, que afetou as economias europeias a partir de meados da década de 1970, provocou importantes impactos na proteção social. A queda no ritmo de crescimento econômico, associada às mudanças no mercado de trabalho (fenômenos explorados no capítulo 1, item 1.3), gerou uma queda na arrecadação das contribuições sociais (e, em menor escala, dos impostos), dificultando o financiamento das políticas sociais. Conforme explicitado na Tabela 11, essa queda não ocorreu de forma acentuada em termos de proporção do PIB, tendo em vista o também baixo crescimento econômico.

Tabela 11: Carga tributária (como % PIB), Alemanha, França e Reino Unido, 1970 a 2013.

Receita total do governo (% PIB)	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Alemanha	31,5%	36,4%	34,8%	36,2%	36,3%	33,9%	35,0%	36,7%
França	33,6%	39,4%	41,0%	41,9%	43,1%	42,8%	41,6%	45,0%
Reino Unido	35,3%	33,5%	33,9%	32,1%	34,7%	33,8%	32,8%	32,9%

Fonte: OCDE (2015a). Elaboração própria.

Por sua vez, em valores absolutos¹⁴⁶, a queda é mais perceptível: ela ocorreu nos primeiros anos da década de 1980 (entre 1980 e 1984, retração de 33,7% na Alemanha, 6,1% na França e 13,9% no Reino Unido), no final da década de 1990, início dos anos 2000 (entre 1999 e 2001, queda de 10,2% na Alemanha, 14,1% na França e 1,1% no Reino Unido) e nos anos de 2009, 2010 e 2012, sob efeito da crise de 2008 (OCDE, 2015a).

A recuperação no ritmo de crescimento das economias europeias na década de 1990 gerou uma melhora na arrecadação e na geração de emprego¹⁴⁷, porém dentro de um contexto no qual a expansão dos dispêndios com a saúde continuou maior do que o ritmo de crescimento das receitas e em que as pressões para obtenção de baixos déficits públicos se acentuou (após assinatura do Tratado de Maastricht, abordado no capítulo 1, item 1.3.2). Nesse sentido, a recuperação econômica não provocou uma mudança importante na problemática de financiamento dos sistemas de saúde, que foi novamente agravada com o arrefecimento no ritmo de crescimento econômico entre 2001-2003 e com a deterioração das economias, a partir da crise de 2008.

Juntamente com a crise econômica, o financiamento das políticas sociais também foi afetado por importantes transformações sociais. Primeiramente, cabe apontar a mudança na inserção social e econômica da mulher. As alterações são profundas e diversas: as mulheres ampliaram sua formação educacional (na maior parte dos países europeus, são predominantes no ensino superior), sua inserção no mercado de trabalho (chega a 75% as mulheres inseridas no mercado de trabalho nos países nórdicos, sendo de cerca de 60% nos países estudados nessa tese), modificaram seus objetivos, com redução na taxa de fecundidade, mudanças na estrutura familiar tradicional, com aumento

¹⁴⁶ As informações de valores absolutos arrecadados são apresentados em dólar pela OCDE, a fim de comparar países com moedas nacionais diferentes (os três países até 2000 e o Reino Unido frente aos outros dois a partir de 2000). No entanto, isso significa que possíveis variações cambiais podem influenciar na análise da variação da arrecadação.

¹⁴⁷ A exceção entre os países estudados nesse tese fica por conta da Alemanha, que, sob os impactos da reunificação de 1990, aumentou o desemprego nesse período. A França, por sua vez, só apresenta melhoras significativas no crescimento econômico (e geração de emprego) na segunda metade dos anos 1990.

no número de divórcios e formação crescente de famílias monoparentais ou sem filhos (ESPING-ANDERSEN e PALIER, 2008).

Essas alterações contribuíram para uma forte queda na taxa de fecundidade. Conforme explicitado no Gráfico 4, a taxa de fecundidade caiu muito entre as décadas de 1960 e 1990: tendo o ano de 1960 como base 100, em 1994 a proporção era de 57 na Alemanha, 60 na França e 70 no Reino Unido.

Gráfico 4: Taxa de fecundidade em número índice (base 100 = 1960), Alemanha, França e Reino Unido, 1960 a 2012.

Fonte: Eurostat (2015).

Na França e no Reino Unido, a taxa de fecundidade se estabilizou, nos anos 2000, em torno de 1,8 filho por mulher. Em 2012, a taxa de fecundidade foi de 2,01 na França¹⁴⁸ e 1,92 no Reino Unido. Na Alemanha, por sua vez, a taxa de fecundidade tem se mantido em patamar bem mais baixo e decrescente, sendo de 1,38, em 2012 (ESPING-ANDERSEN e PALIER, 2008; EUROSTAT, 2015).

Como resultado da queda na taxa de fecundidade, pois a taxa de mortalidade já havia caído antes, aumentou a participação dos idosos no total da população. Entre 1981 e 2011, a população com mais de 65 anos¹⁴⁹ aumentou nos três países: de 15,6% para

¹⁴⁸ A França destaca-se por ter apresentado uma estagnação populacional bastante precoce, já no século XIX, sob impacto de uma também precoce queda da influência cristã. No entanto, após as duas guerras mundiais e sob influência da capitulação francesa em 1940, o Estado francês implementou uma (bem-sucedida) política familiar de Estado, que criou mecanismos para incentivar o aumento das famílias francesas, com acompanhamento e contribuição financeira direta estatal por filho. A política foi ampliada na década de 1990, quando o número de filhos nas famílias francesas reduziu para 1,66 (1994). A partir da ampliação da política, a taxa voltou a se elevar, sendo nos anos 2010 uma das mais elevadas na Europa (BARBIER, 2007; ESPING-ANDERSEN e PALIER, 2008; OCDE, 2015a).

¹⁴⁹ No Brasil, o parâmetro para população idosa é acima de 60 anos.

20,6% na Alemanha, de 13,1% para 17,1% na França e de 14,8% para 16,5% no Reino Unido (EUROSTAT, 2015; OCDE, 2015a). Ambos os fenômenos (queda na fecundidade e envelhecimento populacional) reduziram a população economicamente ativa e, com isso, a base de arrecadação de tributos, afetando principalmente os sistemas financiados via contribuições sociais.

Do ponto de vista dos sistemas de saúde, o envelhecimento populacional, conjugado com as melhorias de tratamento e condições de vida, modificou o perfil epidemiológico das enfermidades mais comuns. Esta mudança representou uma transformação nas doenças e perfil de morbidade, com forte redução das doenças infecciosas e elevação das enfermidades crônicas e degenerativas. Além disso, essa nova estrutura epidemiológica embutiu a fragilidade dos idosos e a necessidade de cuidados de longa duração enquanto problemáticas de saúde que não faziam parte da estrutura dos sistemas elaborados no pós-guerra (ANDRÉ e HERMANN, 2009; ESPING-ANDERSEN, 2010).

O envelhecimento populacional não teve responsabilidade significativa pelo aumento dos custos no sistema – verificando-se elevações nos dispêndios em todas as faixas etárias de atendimento. De acordo com estudo realizado por Dormont (2009), ao comparar a elevação dos custos em saúde na França, entre 1992 e 2000, o aumento de 54% registrado seria explicado em apenas 3% pelo envelhecimento populacional. No restante, dever-se-ia a mudanças nas práticas médicas (+58%), mudanças no perfil de morbidade (-10%) e aumento no tamanho da população atendida (+3%).

As mudanças nas práticas médicas são fortemente atreladas ao progresso tecnológico. Os avanços tecnológicos incorporados nos cuidados com a saúde modificaram, em grande medida, a forma de realizá-los, principalmente nos hospitais – espaços de atendimento de cuidados secundários e terciários, campos nos quais as transformações da tecnologia em aparelhagem e avanços de pesquisa tiveram maior impacto. De um lado, as mudanças tecnológicas, tanto no que tange aos diagnósticos como aos tratamentos, proporcionaram uma redução do tempo de internação hospitalar. Por outro lado, elas ampliaram a demanda por especialização dos médicos e um aumento sem precedentes no volume de exames. Sendo assim, ao invés de reduzirem os dispêndios no sistema de saúde, os elevaram (POLLOCK, 2005; MAARSE, 2006; TABUTEAU, 2013).

Além disso, a ampliação da cobertura populacional por parte dos governos, assim como mudanças na atitude da população (insatisfação com relação às filas de espera;

percepção crescente sobre os direitos dos pacientes; aumento da informação com relação a novos tratamentos) fomentaram a ampliação dos gastos setoriais. No entanto, a crescente incorporação de progresso técnico é que possuiu um papel preponderante, com ampliação das atividades que possuem grande conteúdo tecnológico (DORMONT, 2009; BOYER, 2013; ANDRÉ, 2015).

A dificuldade de financiamento das políticas de saúde afetou cada um dos três países analisados de formas diferentes. No Reino Unido, não havia, ao menos nos anos 1980, um problema concreto de despesa, com o país possuindo um dos mais baixos dispêndios com saúde como proporção do PIB dentre os países centrais (OCDE, 2015b). No entanto, do ponto de vista da receita, o menor crescimento econômico afetava a capacidade arrecadatória geral do governo, o que era relevante para um sistema financiado via impostos. Além disso, as concepções neoliberais do governo Thatcher (item 1.4) pressionavam para a redução dos gastos públicos (embora nem tanto com relação ao NHS, conforme abordado no capítulo 4, item 4.3).

Por sua vez, para a Alemanha e a França, o problema era de natureza distinta. Ambos os sistemas de saúde eram financiados, majoritariamente, via contribuições sociais e o aumento do desemprego e a flexibilização das relações trabalhistas (capítulo 1, item 1.3.1) tiveram importante impacto sobre a arrecadação. Somado à pressão para redução das contribuições sociais, a fim de gerar maior competitividade para as empresas¹⁵⁰, os déficits na Seguridade Social passaram a ser tratados enquanto um problema técnico, de baixa arrecadação das contribuições sociais frente a dispêndios crescentes na Seguridade como um todo, especialmente na previdência e na saúde (DUVAL, 2007; THOMSON et al, 2009; PALIER, 2010a).

No entanto, no que concerne à saúde, este impacto era tratado de forma diferente em cada um dos países, dada a estrutura institucional distinta que possuíam. Enquanto na França a situação significou a geração de déficits na Seguridade Social (*trou de la Sécu*), no caso alemão cada Caixa de Saúde era responsável por garantir o financiamento de suas despesas, sendo cobertas, quando necessário, por aumentos de contribuições sociais.

¹⁵⁰ Duval (2007) argumenta que países com níveis de competitividade considerados mais elevados do que o francês, como no caso da Alemanha, tem dispêndios com a Seguridade Social no mesmo nível que a França. Além disso, a usual comparação com os países do leste asiático, para os quais parte importante da estrutura de produção das grandes empresas tem migrado, normalmente foca somente na questão do menor custo salarial nestes países, sem considerar que a mão de obra nos países europeus tende a ser mais produtiva e melhor qualificada.

Assim, diante de menores recursos, as Caixas de Saúde alemãs aumentavam o percentual de contribuição dos parceiros sociais, a fim de garantir o financiamento das despesas no sistema. Conforme explorado no item 2.4.2, isso fez com que, entre o início da década de 1970 e 2012, a taxa de contribuição social sobre os salários para financiamento da saúde tenha quase dobrado, passando de 8,2% (na média) para 15,5% (HINRICHS, 2010).

No caso francês, o sistema de Seguridade Social¹⁵¹ apresentou déficits em diversos anos, desde de sua criação em 1945. No entanto, até a década de 1980, a solução era semelhante à alemã, ou seja, aumento nas alíquotas de contribuições sociais, a fim de ampliar a receita (DUVAL, 2007). Já a partir dos anos 1990, a prioridade passou a ser o controle da despesa, com a aprovação da Lei de Financiamento da Seguridade Social – LFSS (detalhada no item 2.4.1). Apesar do maior controle, em quase todos os anos desde a criação da LFSS, conforme apresentado na Tabela 12, a Seguridade Social foi deficitária, principalmente em decorrência do déficit no setor saúde.

Tabela 12: Saldo do regime geral da Seguridade Social, cada ramo e total (em € bilhões), França, 1998 a 2014.

	Previdência social	Saúde	Família	Acidente trabalho/ doenças profissionais	Seguridade Social
1998	0,0	-2,4	-0,2	0,1	-2,5
2000	0,5	-1,6	1,5	0,4	0,7
2002	1,7	-6,1	1,0	0,0	-3,5
2004	0,3	-11,6	-0,4	-0,2	-11,9
2006	-1,9	-5,9	-0,9	-0,1	-8,7
2008	-5,6	-4,4	-0,3	0,2	-10,2
2010	-8,9	-11,6	-2,7	-0,7	-23,9
2012	-4,8	-5,9	-2,5	-0,2	-13,3
2014	-1,2	-6,5	-2,7	0,7	-9,7

Fonte: Sécurité sociale (2015). Elaboração própria.

A relevância da saúde para o déficit total da Seguridade Social francesa gerou uma forte pressão sobre esse setor, impulsionando grande parte das reformas a que o sistema de saúde foi submetido (apresentado no item 2.4). No entanto, cabe destacar, que apesar do déficit da Seguridade ter se convertido no centro do debate sobre a dívida pública do

¹⁵¹ A Seguridade Social francesa engloba os campos da previdência social, saúde, acidentes de trabalho e política familiar.

país, a dívida acumulada da Seguridade Social correspondia, em 2012, a menos de 15% da dívida pública total (€ 210,3 bilhões, de um total de € 1,44 trilhões) (EUROSTAT, 2015).

2.3.2 Organismos Europeus e Internacionais

A análise sobre a influência das organizações europeias e internacionais nas reformas dos sistemas de saúde pode ser feita considerando três grupos de instituições: a Organização Mundial da Saúde (OMS), diretamente relacionado ao setor; organismos internacionais de grande influência, mas sem relação específica com a saúde (Banco Mundial; Organização Mundial do Comércio – OMC; Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE); e a União Europeia e seus órgãos correlatos.

A OCDE, o Banco Mundial e a OMC são instituições de naturezas e abrangências bastante distintas, mas que iniciaram um maior envolvimento com a problemática dos sistemas de saúde em um mesmo momento histórico, qual seja, na crise de seu financiamento. No final dos anos 1970 e início dos 1980, a OCDE emitiu relatórios apontando os problemas nos sistemas de saúde e com análises comparativas dos sistemas e suas mudanças. Em 1975, o Banco Mundial realizou seu primeiro documento tratando especificamente do setor saúde. Ao longo da década de 1980, em relatórios emitidos em 1983, 1985 e 1987, sugeriu a adoção de mecanismos de mercado a fim de melhorar o financiamento e a organização dos sistemas de saúde, assim como a adoção de co-pagamento no acesso aos sistemas (tanto para os países de alto como de baixo desenvolvimento econômico) (HASSENTEUFEL et al, 2001; LISTER, 2013; MARQUES e MENDES, 2014).

Esta tendência consolidou-se no início dos anos 1990, quando a OCDE (em 1992) e o Banco Mundial (em 1993) publicaram trabalhos com similitudes no que tange à avaliação das reformas e da importância de ampliar o espaço do setor privado nos sistemas, assim como a convergência de reformas que tendiam para um modelo de “concorrência organizada”, em que se teria a associação entre mecanismos de mercado e a regulação pública dos sistemas. Nessa concepção, a reforma do NHS do Reino Unido, em 1991, com separação entre compradores e provedores para fomentar a concorrência, foi celebrada como a explicitação da tendência.

Ao longo da década de 1990, a OMS, que era oficialmente a instituição mundial que versava sobre saúde, perdeu espaço no debate e na visão predominante sobre as dificuldades no setor. Essa mudança é clara na comparação entre os trabalhos divulgados pela OMS no final dos anos 1970 e no início dos 1990¹⁵². Essa mudança consolidou-se em relatórios de 1998 e 2000: a universalidade foi substituída pelo “universalismo seletivo”¹⁵³ e a centralidade foi deslocada para a adoção de mecanismos de mercado (a fim de gerar maior concorrência e, com isso, eficiência nos sistemas de saúde) e a ampliação da participação privada na oferta dos serviços de saúde – ainda que a garantia de acesso e a equidade continuassem centrais para a instituição (OMS, 1998, 2000; LISTER, 2013).

A visão que os organismos internacionais tinham com relação às reformas nos sistemas de saúde refletia, de um lado, a predominância política e econômica dos Estados Unidos, e de seu posicionamento mais explicitamente defensor do liberalismo econômico, a partir dos anos 1980. Por outro lado, a pressão crescente de grandes grupos industriais e financeiros, que buscavam nas esferas sociais novos espaços de acumulação de capital. Formalmente, a abertura dos sistemas de saúde ao capital privado (internacional) foi fruto de longos debates no âmbito de negociação do *General Agreement on Trade in Services* (GATS)¹⁵⁴. Após a assinatura do GATS, em 1995, os sistemas de saúde ficaram em uma situação dúbia. Isto porque a abertura era prevista em casos em que a provisão do serviço fosse feita em bases comerciais ou já em termos competitivos. A União Europeia não postulava em nenhuma resolução se os sistemas de saúde possuíam estas características – o que lhe submeteria as mesmas regras “de mercado” dos demais setores da economia (POLLOCK, 2005; DUVAL, 2007; TABUTEAU, 2012).

¹⁵² Em 1978, a OMS divulgou a Declaração Alma Ata, que lançou a proposta de “Saúde para todos”, com previsão de ser alcançada até 2000, fundada na universalidade do acesso aos sistemas de saúde. A explicitação do consenso ocorreu, no entanto, em um momento no qual as condições econômicas que o viabilizaram já se encontravam em crise. Sendo assim, ao longo dos anos 1980 e 1990, os relatórios da OMS foram se tornando cada vez menos abrangentes e suplantados pelas avaliações do Banco Mundial e da OCDE (LISTER, 2013).

¹⁵³ O “universalismo seletivo” defendia que apenas a parcela realmente incapaz de pagar pelo acesso aos cuidados deveria ter garantido acesso sem quaisquer custos (LISTER, 2013).

¹⁵⁴ O GATS previa, dentro do âmbito das relações comerciais, a abertura dos mercados de serviços. As negociações para abertura dos mercados de serviço foram fomentadas, desde a década de 1970, pela crise econômica e pelo crescimento do setor de serviços frente ao industrial nos países centrais. A maior pressão no caso da saúde era proveniente dos Estados Unidos. Com um mercado de saúde basicamente privado – com exceção dos mecanismos de *Medicare* e *Medicaid* – e com lucros em queda desde os anos 1970, estas instituições buscaram se inserir primeiro no mercado de saúde latino-americano (com legislações, em geral, mais permissivas) e, a partir dos anos 1990, intensificaram suas pressões sobre a Europa. Este processo foi liderado por empresas de seguro e provedoras de serviços de saúde privados, tais como a Kaiser Permanente e a United HealthCare (POLLOCK, 2005).

Desse ponto de vista, uma das questões cruciais para compreender as mudanças nos sistemas de saúde estudados nesse trabalho diz respeito às diretrizes da União Europeia (UE). Os sistemas de saúde fazem parte da estrutura de proteção social dos países e, enquanto tal, possuem a especificidade de políticas de âmbito nacional dentro da União Europeia. A exceção diz respeito às diretrizes no tocante a dois temas: a livre mobilidade de trabalhadores e a circulação de determinados bens, especialmente os medicamentos. No caso da circulação de bens de saúde e dos trabalhadores do setor, a livre circulação foi objeto de determinações específicas, e não da adesão às diretrizes gerais. A circulação de medicamentos passou por um longo processo de alinhamento, iniciado em 1965¹⁵⁵. No caso da circulação de profissionais de saúde, implementaram-se diretrizes específicas para a livre mobilidade¹⁵⁶, com progressiva adaptação dos currículos de formação e reconhecimento mútuo dos diplomas. Com relação ao acesso aos sistemas, prevaleceu a diretriz geral já presente no Tratado de Roma¹⁵⁷, que determinou que qualquer trabalhador migrando no interior da então Comunidade Europeia deveria ter garantido o direito à cobertura básica frente ao risco doença¹⁵⁸. Em todas as demais questões, a exclusão dos sistemas de saúde nas normativas da UE foi posta de forma clara¹⁵⁹ (HASSENTEUFEL et al, 2001; FREEMAN e MORAN, 2002; GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2006; HASSENTEUFEL, 2013).

Ainda que isso signifique que cada Estado membro tem autonomia e jurisprudência própria sobre seus sistemas de saúde, é importante ressaltar que, principalmente a partir dos anos 1990, orientações sobre reformas nas políticas de emprego, e, mais genericamente, nas políticas econômicas e sociais passaram a ser comuns à União Europeia. Nesse sentido, é inegável o papel da União Europeia no que

¹⁵⁵ O processo incluiu a definição uniforme dos produtos classificados como medicamentos, passando pela constituição de instituições em comum (até a formação da Agência Europeia de Medicamento, em 1995) e o estabelecimento crescente de listas de medicamentos a serem aprovados pelos mecanismos centralizados, além da normatização das diretrizes de propaganda e determinação de normas de rotulagem, embalagens e licença para atuação dos atacadistas (FREEMAN e MORAN, 2002; CHEYNIS, 2011).

¹⁵⁶ Para os médicos (1975), enfermeiras (1977), dentistas (1978), parteiras (1980) e farmacêuticos (1985).

¹⁵⁷ O Tratado de Roma foi assinado em 1958, sendo o nome pelo qual é conhecido o Tratado Constitutivo da Comunidade Econômica Europeia.

¹⁵⁸ No entanto, cabe apontar que a Corte de Justiça da União Europeia foi acionada, diversas vezes, a se posicionar com relação a pacientes que a consultaram a fim de obter, junto a seu sistema nacional, reembolso de cuidados obtidos fora de seu país de origem e que não foram previamente autorizados (GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2006; HERMANN, 2010; HASSENTEUFEL, 2013).

¹⁵⁹ A Corte de Justiça Europeia definiu, em fevereiro de 1993, que o direito atrelado à livre concorrência não concerne os regimes obrigatórios de Seguridade Social. No entanto, os seguros privados complementares, facultativos, são tratados como parte de um mercado, logo, submetidos às regras de concorrência. Essa decisão reapareceu de forma reiterada na diretiva Bolkenstein (2006) e no Tratado de Lisboa (2007) (FREEMAN e MORAN, 2002; HASSENTEUFEL, 2013; TABUTEAU, 2013).

diz respeito à pressão em torno da estabilidade fiscal, e como tal pressão passou a subordinar as políticas sociais à política econômica. A pressão institucional aumentou muito a partir da assinatura do Tratado de Maastricht, em 1992 (apresentado no capítulo 1, item 1.3.2), ao ampliar os acordos que até então tinham um caráter essencialmente comercial, e abarcar acordos sobre os indicadores macroeconômicos, aprofundando a união entre os países membros (BARBIER, 2007; ANDRÉ e HERMANN, 2009).

Além da questão fiscal, que possuiu importante impacto potencial sobre o financiamento dos sistemas de saúde, cabe ressaltar o papel da Comissão Europeia. Ainda que a União Europeia não possua jurisprudência sobre os sistemas de saúde – fora as exceções supracitadas e o papel da Corte de Justiça –, ela é responsável pela difusão de inúmeros preceitos sobre os sistemas de saúde. Isto ocorre especialmente por meio da Comissão Europeia e seus documentos, em um processo conhecido como *soft law*: a difusão de ideias que não são de adesão obrigatória, mas que, ainda sim, tem impacto sobre os países. Esse processo tem ocorrido principalmente mediante o Método Aberto de Coordenação (parte da Comissão Europeia) e seu Conselho para Proteção Social e Inclusão Social. Dentre as diretrizes disseminadas pelo Método Aberto de Coordenação, estão objetivos como a continuidade das reformas voltadas à contenção de custos e o princípio da eficiência como norteador dos sistemas (HERMANN, 2010; PALIER, 2010b; HASSENTEUFEL, 2014).

Sendo assim, a atuação da União Europeia sobre as reformas dos sistemas de saúde diz respeito tanto às pressões fiscais como a uma visão específica que marca a própria constituição da UE e que afeta, ainda que de forma indireta, os sistemas de saúde: “a construção europeia é fortemente marcada por uma lógica de mercado [...]. Mais precisamente, a predominância da norma da concorrência parece caracterizar a dinâmica de evolução da União Europeia” (HASSENTEUFEL et al, 2001, p. 29).

2.4 REFORMAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS GERAIS

As reformas dos sistemas de saúde da Alemanha, França e Reino Unido foram impulsionadas pelos fatores apresentados anteriormente (item 2.3), dentro de contextos específicos, próprios a cada país. Os três países passaram por reformas, de forma sistemática, a partir da década de 1980. Sendo assim, é a partir deste período que podemos falar em um processo de mudança nos sistemas de saúde, que pode ser caracterizado por

fases distintas. Embora as reformas não sejam lineares, e não ocorram da mesma forma e motivadas pelos mesmos fatores em cada país, há características comuns que podem ser destacadas, assim como períodos nos quais as mudanças foram marcadas por certas tendências. Sendo assim, é possível realizar uma periodização das reformas, mostrando como elas mudaram ao longo das décadas e aprofundaram as alterações nos sistemas.

Como abordado no capítulo 1, itens 1.3.1 e 1.3.3, na década de 1980, frente à crise econômica e à crescente pressão para redução dos gastos (sociais), os países realizaram adaptações em suas economias e em seus Estados de bem-estar social. O mesmo ocorreu com seus sistemas de saúde. Sendo assim, a década é marcada por três tipos de medidas: políticas de contenção de custos (criação de tetos orçamentários na Alemanha e na França e redução na expansão do orçamento no Reino Unido, assim como definição de listas de medicamentos cobertos pelos sistemas); ampliações nas taxas de contribuições sociais (Alemanha e França); implementação de novos mecanismos de co-pagamento. Assim, as alterações ocorreram sem modificar características estruturais dos sistemas. Mesmo a criação de novos co-pagamentos não gerou mudanças institucionais, considerando que o co-pagamento já estava presente nos três sistemas e seu impacto continuou sendo mitigado pela existência de isenções. Tendo em conta o embasamento teórico apresentado no capítulo 1 (item 1.1), caracterizamos a década de 1980 como marcada por medidas inseridas em um contexto de inércia institucional dos sistemas de saúde.

No entanto, a inércia deu lugar, nas décadas de 1990 e 2000, a efetivas alterações. Nestas décadas, os governos modificaram a composição do financiamento dos sistemas de saúde (com aumento de recursos privados¹⁶⁰ nos três países e maior uso de recursos fiscais nos sistemas alemão e, principalmente, francês) e transformaram a oferta dos serviços de saúde, com crescente incorporação de mecanismos de mercado nas instituições públicas, aumento da participação privada e ampliação da esfera regulatória. As reformas nos sistemas de saúde têm paralelo com as que ocorreram nos outros setores da proteção social¹⁶¹: redução da provisão pública dos serviços, com simultânea ampliação da regulamentação e do financiamento fiscal pelo setor público.

A década de 1990 foi marcada, assim, por diversas reformas que foram agrupadas, nessa tese, em reformas de três naturezas: mudanças na estrutura de financiamento; uma

¹⁶⁰ Os recursos privados são a soma de recursos provenientes de três fontes: desembolso direto do paciente (pagamento de medicamento, consulta, etc.); pagamento de seguro privado; co-pagamento (participação no financiamento do sistema público).

¹⁶¹ Este paralelo pode ser identificado no trabalho realizado por Kerstenetzky (2012), caps. 4 e 5.

primeira fase da mercantilização (com adoção de mecanismos de mercado e ampliação da participação privada nos sistemas); e descentralização (marcadamente na França e no Reino Unido, sistemas de saúde caracterizados na sua constituição pela forte centralização). Assim, todas as reformas dos anos 1990 foram pautadas pela reestruturação, priorizando o aumento da eficiência dos sistemas, mas permeadas pelo aumento da regulamentação e controle orçamentário por parte do Estado, incluindo também ampliação no uso de recursos fiscais para financiamento dos sistemas (HASSENTEUFEL e PALIER, 2007; HASSENTEUFEL et al, 2010). Ainda que o setor privado sempre tenha feito parte dos sistemas nos três países, a partir da década de 1990, sua participação se torna maior, em termos de financiamento e provisão de serviços. Mais do que isso, a lógica de gestão privada (*new public management*) começou a ser incorporada no setor público, principalmente hospitalar.

Nos anos 2000, por sua vez, identificamos reformas com um duplo movimento: de um lado, aprofundamento das mudanças estruturais, com ampliação da mercantilização e da maior regulamentação dos sistemas. Por outro lado, há correções de aspectos negativos de parte das alterações da década de 1990 e mudança no enfrentamento da situação de baixo crescimento econômico e elevado desemprego. A fim de garantir acesso aos sistemas nestas circunstâncias, a França ampliou a universalização do acesso e o Reino Unido expandiu os recursos, a fim de garantir efetivo acesso, reduzindo as filas de espera (MAARSE, 2006; THOMSON et al, 2009; ANDRÉ, 2015). Nesse sentido, podemos afirmar que a própria crise econômica e as reformas realizadas como reação pressionaram pela garantia de acesso aos sistemas de saúde fora dos moldes do pós-guerra.

Sendo assim, a década de 2000¹⁶² é marcada por: ampliação da participação privada e da incorporação de mecanismos de mercado (identificada nesse trabalho como segunda fase de mercantilização); aumento na regulamentação (constituída em contrapartidada, justamente, da maior participação privada nos sistemas); ampliação da transformação do paciente em “consumidor” de serviços de saúde; ampliação do acesso aos sistemas. Essa periodização é sumarizada no Quadro 7, que explicita as principais mudanças nos três sistemas de saúde que viabilizaram a construção dessa análise, nos termos da periodização e da caracterização geral propostas:

¹⁶² Lembrando que, conforme explicitado na Introdução da tese, a partir de 1999, com a maior independência de Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, as reformas apresentadas dizem respeito apenas à Inglaterra, e não mais a todo o Reino Unido.

Quadro 7: Classificação própria das principais reformas dos sistemas de saúde, Alemanha, França e Reino Unido, décadas de 1980, 1990 e 2000.

	Alemanha	França	Reino Unido
Década 1980			
Contenção de custos	1985: Generalização de teto orçamentário ambulatorial (iniciado em 1977)	1984: Implementação de teto orçamentário ambulatorial	Década 1980: Baixo aumento dos recursos destinados à saúde (1,5% a.a. em termos reais, considerando inflação do setor)
	1993: Implementação de teto orçamento hospitalar (sem extinguir pagamento de diária)	1983: Implementação de teto orçamentário hospitalar (hospitais públicos e filantrópicos)	1983: Terceirização de serviços auxiliares
	1988: Reorganização dos medicamentos em “classes terapêuticas”, limitando os aumentos de preço dentro de cada classe	1991: Guia de referências médicas: tentativa de limitar prescrição de tratamentos e medicamentos desnecessários	1984: Criação de lista positiva de medicamentos prescritos cobertos
Aumento das taxas de contribuições sociais	Aumento das taxas de contribuições sociais de 8,2% (1970) para 13,5% (1997), em média	1984: Aumento das contribuições sociais de trabalhadores e empregadores	
		1984: Retirada do teto sobre o salário em que incide a contribuição social	
Aumento do co-pagamento - 1ª fase	1988: Criação de co-pagamento para internação hospitalar e fisioterapia	1983-86: Criação de co-pagamento para internação hospitalar e maior rigidez nas regras de concessão de isenções	1985: Criação de co-pagamento para exames oftalmológicos
Década 1990			
Aumento da concorrência - 1ª fase	1993: concorrência entre Caixas, com livre escolha de filiação por parte dos trabalhadores		1989/1991: “Mercado interno”, criando concorrência entre prestadores de serviços para serem contratados por GPs <i>fundholders</i> e autoridades locais

Aumento de recursos fiscais	2003: imposto específico sobre cigarro destinado à saúde	1983: imposto específico sobre cigarro e álcool destinado à saúde	2000: Forte expansão de recursos até 2007 a fim de reduzir as filas de espera
	2007: Imposto sobre tabaco para saúde substituído por subsídio do Estado que independe da fonte	1990: Criação de imposto (CSG) substituindo parte das contribuições sociais (dos trabalhadores)	
Aumento do co-pagamento - 2ª fase	1997: Elevação nos co-pagamentos, principalmente medicamentos	Diversos aumentos de co-pagamento	
Década 2000			
Descentralização		1996: Criação das Agências regionais de hospitalização (ARH)	2002: Criação das <i>Strategic Health Authorities</i>
		2010: Substituição das ARH pelas Agências regionais de saúde (ARS), com maiores poderes	
Aumento na regulamentação	2003: Criação da Comissão Federal Conjunta, de Caixas e prestadores, responsável pela definição do catálogo de serviços, subordinada ao Ministério da Saúde	1996: Lei de Financiamento da Seguridade Social, com recursos para saúde aprovados pelo Parlamento (ONDAM)	1999: Criação do <i>National Institute of Clinical Excellence</i> (NICE) – estabelecendo, mediante avaliações de efetividade, novos medicamentos e tecnologias incorporados ao NHS - ampliado em 2005
	2003: Inclusão de médico porta de entrada no sistema (<i>Hausaerzte</i>) (adesão voluntária)	2004: Inclusão de médico porta de entrada no sistema (<i>médecin traitant</i>) (adesão quase compulsória)	2003: Criação do <i>Monitor</i> , enquanto instituição de regulação independente
	2007: Criação do Fundo único de saúde, que recebe as contribuições sociais arrecadas pelas Caixas e repassa de volta <i>per capita</i> ajustado por risco	2004: Menor autonomia das Caixas de Saúde, com representantes do Parlamento e dos usuários nos Conselhos administrativos	2009: Criação do <i>Care Quality Commission</i> (CQC), com maior foco no controle de qualidade
	2007: Homogeneização da taxa de contribuição social de todas as Caixas (definida em 15,5% em 2010)	2004: Criação da <i>Haute Autorité de Santé</i> (HAS), responsável pela avaliação geral de desempenho	

Ampliação dos mecanismos de concorrência - 2ª fase	2003: Liberdade para Caixas oferecerem serviços extras diferenciados (aula de yoga, etc.)	2004 / 2007: Aumento dos co-pagamentos e da responsabilização do paciente-consumidor	1997: PFI, com parceira com setor privado no financiamento da construção de hospitais
	2003: Liberdade para Caixas realizarem contratos individuais com prestadores de serviços	2004: Instituições privadas complementares incluídas nas decisões de tratamentos e valores reembolsados pela Seguridade Social, assim como na aprovação do orçamento do setor	1997: Reorganização do mercado interno, com GPs organizados em <i>Primary Care Groups</i> (PCGs)
	2003: Adoção do pagamento por resultado (DRG) nos hospitais	2003: Adoção do pagamento por resultado (DRG) nos hospitais	2002: Adoção do pagamento por resultado (DRG) nos hospitais
		2004: Ampliação da liberdade dos médicos cobrarem tarifas maiores do que acordadas (<i>dépassement honoraire</i>)	2002: Transformação dos PCGs em PCTs, assumindo responsabilidade por todos cuidados primários
			2000: Concordata de contratação do setor privado para prestação de serviços no NHS, com constituição de setor privado específico em 2002 (<i>Independent sector treatment centres</i> - ISTCs)
			2002: Constituição dos hospitais em <i>foundation trusts</i> , tornando-se “organizações de utilidade pública”, de direito privado autônomas
			2003: Ampliação na possibilidade de escolha do paciente
Universalidade na cobertura	2007: Obrigatoriedade de inclusão em algum seguro (estatutário ou privado) de toda população	2000: Criação da cobertura universal (CMU), garantindo inclusão no sistema para população de menor renda	

Fonte: Giovannella (1998); Webster (1998); Klein (2001); Philip (2002); André (2004); Pellet (2004); Bevan e Robinson (2005); Pollock (2005); Hassenteufel e Palier (2007); Barbier e Théret (2009); Gerlinger e Schmucker (2009); Hassenteufel et al (2010); Mays et al (2011); Tabuteau (2013); André (2015). Elaboração própria.

Tendo como objetivo aprofundar a análise sumarizada no Quadro 7, e com base nas principais características das reformas realizadas entre as décadas de 1980 e 2000, identificamos seis tendências que são apresentadas nos subitens a seguir: aumento do controle de custos; ampliação na base de financiamento; descentralização (parcial) da gestão e alocação de recursos; aumento na regulamentação; expansão da cobertura; e ampliação da presença do setor privado e de mecanismos de mercado (mercantilização).

2.4.1 Controle de Custos

A implementação de mecanismos de maior controle sobre os gastos dos sistemas de saúde afetou todos os países estudados, já entre o final da década de 1970 e o início dos anos 1980. Alemanha, França e Reino Unido adotaram medidas para conter os gastos hospitalares e ambulatoriais, com especial atenção aos dispêndios com medicamentos. Como os medicamentos vinham ampliando sua participação no total das despesas, os três países implementaram diferentes mecanismos de controle, que impactaram tanto a indústria farmacêutica como os pacientes: estabelecimento de uma “lista positiva” definindo quais medicamentos seriam pagos (Reino Unido), criação de uma “guia de referências” de medicamentos a serem prescritos (França), imposição de tetos aos preços (Alemanha), elevação nos co-pagamentos sobre medicamentos (nos três países) (KLEIN, 2001; ANDRÉ, 2004; HASSENTEUFEL e PALIER, 2007; TABUTEAU, 2013).

No que diz respeito aos controles gerais sobre os gastos ambulatoriais e hospitalares, o Reino Unido não teve nenhuma mudança importante, dado que os recursos do NHS sempre foram definidos, *a priori*, por meio de um orçamento aprovado anualmente pelo Parlamento. Todavia, na década de 1980, houve redução do ritmo de ampliação de recursos para o setor: os gastos com saúde aumentaram 1,5% a.a. na década, mas apenas 0,5% a.a. no setor hospitalar – bem abaixo do ritmo de expansão dos anos 1960 e 1970 (KLEIN, 2001).

A França e a Alemanha, países cuja remuneração aos prestadores de serviços era anteriormente pautada pela quantidade de pacientes atendidos pelos médicos e pelo uso dos leitos *per diem*, implementaram, entre o final da década de 1970 e início dos anos 1990, tetos orçamentários (“envelope global de despesas”) em seus setores hospitalares, com base no gasto do ano anterior à implementação. No caso francês, o orçamento pré-definido foi adotado nos hospitais públicos e filantrópicos, mas não nos hospitais privados

que prestavam serviços à Seguridade Social. Estes continuaram a ser remunerados com base na taxa de utilização *per diem* (MAARSE, 2006; HASSENTEUFEL e PALIER, 2007; BATIFOULIER, 2014).

No caso da estrutura ambulatorial, as Caixas de Saúde mantiveram autonomia na alocação dos recursos. Na Alemanha, desde 1977, existia uma política de estabilização das taxas de contribuição, segundo a qual os gastos não poderiam superar o crescimento da massa salarial, de tal forma a estabilizar a contribuição social. Esta política foi generalizada para adoção de todas as Caixas em 1985. Na França, foi estabelecido um teto de 3,4% a.a. para o crescimento das despesas, atrelado ao princípio de “referências médicas”, com a meta de imputar maior controle sobre as prescrições médicas, dado que os médicos que não seguissem as normas poderiam ser penalizados¹⁶³ (BANDELOW, 2009; BARBIER e THÉRET, 2009; PALIER, 2010a).

A França implementou uma mudança mais profunda na década de 1990, com a aprovação da Lei de Financiamento da Seguridade Social (LFSS), em 1996, como parte do Plano Juppé¹⁶⁴. Esta lei forneceu ao financiamento da Seguridade Social um status constitucional, com obrigação de definição anual de um orçamento para a Seguridade, com aprovação pelo Parlamento. Dentro deste orçamento, a alocação dos recursos à saúde passou a ser definido a partir do Objetivo Nacional de Despesas de Seguro Saúde (*L’Objectif National des Dépenses d’Assurance-Maladie* – ONDAM), que definia o orçamento geral para o setor de saúde e sua distribuição em seis subsetores de cuidado¹⁶⁵ (BARBIER, 2007; HASSENTEUFEL e PALIER, 2007).

O controle de custos voltou a se colocar de forma proeminente após a crise econômica de 2007-2008. Entre 2007 e 2013, o ritmo de expansão dos gastos públicos com saúde, em termos *per capita*, manteve-se elevado na Alemanha (média de 2,7% a.a.), mas abaixo da média dos países da OCDE na França e no Reino Unido (em ambos, média de 1,4% a.a.) (OCDE, 2015b). Em 2010, o Departamento de Saúde inglês definiu uma

¹⁶³ O que não ocorreu na prática, dado o poder de influência dos médicos, conforme exposto no capítulo 4, item 4.2.2.

¹⁶⁴ Em 1983, instaurou-se no Parlamento uma reflexão anual sobre a proteção social, mas sem caráter deliberativo formal. Desde 1987, no entanto, iniciaram-se os debates para a criação de uma lei específica de acompanhamento do financiamento da Seguridade Social, com necessidade de aprovação pelo Parlamento (PHILIP, 2002; BARBIER, 2007; TABUTEAU, 2013).

¹⁶⁵ Os seis subsetores de cuidado são: cuidado ambulatorial; cuidado em hospitais pagos com base no DRG (Diagnosis Related Group); cuidado em outros hospitais; cuidado social e com a saúde de pessoas idosas; cuidado social e com a saúde de pessoas com deficiências; outros tipos de cuidados. No caso dos cuidados ambulatoriais, existe um documento específico para votação anual do Parlamento, que determina o ritmo de sua expansão de crescimento dos gastos (*Objectif des dépenses déléguées*) (ROCHAIX e WILSFORD, 2005; CHEVREUL e DURAND-ZALESKI, 2012).

taxa de crescimento de recursos para o NHS, em termos reais, de apenas 0,1% a.a., entre 2011 e 2015. Na prática, o governo pressionou para que houvesse uma redução, em valores absolutos. Em 2012, o *Health and Social Care Act* definiu uma meta de redução de £ 20 bilhões no NHS inglês, ao longo de cinco anos. A retração deveria se concentrar no setor hospitalar e nos gastos administrativos do NHS como um todo. Na França, apenas para o ano de 2013, a meta do governo era uma redução de € 2,4 bilhões nos gastos com saúde, objetivando reduzir os gastos ambulatoriais, principalmente com medicamentos (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014; BRUNN et al, 2015; MARESSO et al, 2015).

2.4.2 Ampliação na Base de Financiamento

A queda no ritmo de arrecadação das contribuições sociais, provocada pela crise econômica dos anos 1970, induziram a Alemanha e a França a ampliarem, especialmente na década seguinte, as taxas de contribuições sociais e, na década de 1990, o uso de recursos fiscais, a fim de financiar os sistemas de saúde. Com relação às contribuições sociais, a elevação das alíquotas iniciou-se já na década de 1970. Entre 1970 e 1997, a taxa de contribuição social destinada à saúde, em relação aos salários, aumentou de 8,2% para 13,5%, na Alemanha¹⁶⁶, e de 15,75% para 19,6%, na França (GIOVANELLA, 1998; THÉRET, 2007).

A ampliação das contribuições sociais não foi capaz, contudo, de acompanhar o ritmo de expansão dos gastos no setor. Assim, os governos buscaram mecanismos alternativos de financiamento, redirecionando receitas fiscais para o financiamento dos sistemas de saúde. Na Alemanha, esse movimento foi mais restrito, com o direcionamento de uma parcela do imposto sobre cigarros à saúde, gerando, entre 2004 e 2008, uma média de €2,34 bilhões ao ano (GERLINGER e SCHMUCKER, 2009; HINRICHS, 2010; MANOW, 2010).

Este processo é mais precoce e profundo na França; desde a constituição da Seguridade Social no pós-guerra, existia uma pequena parcela do sistema financiado com uso de impostos¹⁶⁷. Em 1983, o governo criou taxas específicas sobre o cigarro e o tabaco

¹⁶⁶ Considerando os cinco ramos do seguro social alemão, o aumento foi de 26,5% para 39,3%. Os cinco ramos são: seguro social de doença; seguro de acidentes de trabalho; seguro velhice, invalidez e morte; seguro-desemprego; seguro social para cuidados de longa duração (este último instituído em 1994) (GIOVANELLA, 2001; HINRICHS, 2010).

¹⁶⁷ A parcela da Seguridade Social financiada via impostos era justamente aquela que não se encaixava no padrão de seguro, ou seja, a parte destinada à população sem condições de contribuir (sem trabalho) e que

direcionados à saúde. Em 1990, o governo realizou uma mudança mais profunda, com a criação da *Contribution Sociale Généralisée* (CSG)¹⁶⁸, que substituiu parcialmente as contribuições sociais¹⁶⁹. A CSG incidia, inicialmente, sobre três tipos de rendas: os rendimentos do trabalho e as rendas compensatórias (seguro desemprego, seguro invalidez, previdência); os rendimentos patrimoniais/de capital; e os rendimentos provenientes de aplicações financeiras. Posteriormente, passou a incidir também sobre a receita de loterias e sobre as vendas e gastos com propaganda da indústria farmacêutica. Em sua criação, a taxa da CSG era de 1,1% sobre todos os rendimentos. Ao longo da primeira metade da década de 1990, a CSG aumentou para 2,4% (1993), 3,4% (1995) e, finalmente, 7,5% (1996), com a implementação da Lei de Financiamento da Seguridade Social (LFSS). Dos 7,5%, 5,25% são destinados à saúde¹⁷⁰ e representava, em 2012, 36% de todos os recursos do setor (PHILIP, 2002; PELLET, 2004; BATIFOULIER, 2014).

A criação da CSG não aumentou o volume de recursos destinados ao financiamento do sistema de saúde, mas modificou sua composição. A contribuição social paga pelos empregadores permaneceu a mesma, de 12,8%. Do ponto de vista dos trabalhadores, a mudança foi a redução da contribuição social, de 6,8% para 0,75% (recurso destinado especificamente para financiar o auxílio-doença, durante afastamento do trabalho). Por seu turno, a CSG paga pelos trabalhadores é de 5,25%. Sendo assim, os trabalhadores tiveram uma pequena redução na alíquota que pagam sobre seus salários, destinada ao financiamento da saúde¹⁷¹. A maior mudança gerada pela criação da CSG foi a inclusão dos rendimentos patrimoniais/de capital e provenientes de aplicações financeiras no financiamento da Seguridade Social, principalmente da saúde (PELLET, 2004; BATIFOULIER, 2014, 2015; SECURITÉ SOCIALE, 2015).

era financiada via impostos, dentro de uma premissa de solidariedade. Tinha-se, então, uma dicotomia no sistema francês entre segurados (trabalhadores) e assistidos assistencialmente (PALIER, 1997).

¹⁶⁸ Lei nº 90-285, de dezembro de 1990, parte da Lei de Finanças para o ano de 1991 (PELLET, 2004).

¹⁶⁹ Existe ambiguidade com relação à classificação da CSG como contribuição ou imposto. Conceitualmente, as contribuições sociais diferencem-se dos impostos por duas características: a arrecadação tem alocação pré-definida e os contribuintes estão atrelados diretamente aos benefícios proporcionados com o uso dos recursos. No caso da CSG, embora o uso esteja pré-definido com a Seguridade Social, não há uma vinculação direta entre contribuintes e beneficiários dos recursos. A abrangência de incidência da CSG vai muito além do tradicional no caso das contribuições (sobre os salários, com contribuição dos trabalhadores e empresas), impactando diversas fontes de renda na economia. Com isso, o governo francês classifica a CSG como um imposto – apesar do país já ter sido contestado na Corte de Justiça Europeia.

¹⁷⁰ Com relação ao restante, 1,1% são destinados para benefícios às famílias, 1,05% para pensões e 0,1% para dependentes (ROCHAIX e WILSFORD, 2005).

¹⁷¹ Além disso, cabe apontar que parte da CSG paga pelos trabalhadores é dedutível do imposto de renda. Em 2013, dos 7,5% de CSG, 5,1% eram dedutíveis do IR (SECURITÉ SOCIALE, 2015).

Além disso, cabe destacar que a CSG gerou maior estabilidade de recursos, frente à mudança estrutural no mercado de trabalho francês, com aumento no número de desempregados. Além disso, como não há vínculo direto entre a CSG e o beneficiário, sua implementação proporcionou a quebra do vínculo bismarckiano entre trabalho e direito. Sendo assim, essa mudança de financiamento significou uma amálgama entre recursos bismarckianos e beveridgianos, desvinculando o financiamento ao trabalho e reforçando a cidadania como critério de acesso à saúde (item 2.4.5) (PALIER, 2010a; THÉRET, 2011).

No caso do Reino Unido, o NHS sempre se pautou no financiamento fiscal, com o orçamento definido pelo Parlamento como parte do Orçamento Geral. No entanto, sua restrição de recursos gerou historicamente filas de espera, principalmente no que tange a cirurgias eletivas, limitando o efetivo acesso ao sistema¹⁷². Em 1997, quando o Partido Trabalhista ganhou a eleição, eles se comprometeram com uma forte ampliação no aporte de recursos ao sistema: a partir de 2000, aumento de 6% a.a. para o NHS. Os recursos deveriam proporcionar uma ampliação de 7.000 leitos, 2.000 médicos generalistas e 7.500 especialistas (acompanhado pelo aumento de vagas nas faculdades de medicina), 20.000 enfermeiros, além de recursos para melhorar as condições de higiene, alimentação e tecnologia nos hospitais. O aumento efetivo acabou sendo ainda maior, fazendo com que, entre 2000 e 2010, o gasto público com saúde tenha aumentado de 5% para 7,2% do PIB, maior ritmo de crescimento, no período, entre todos os países da OCDE (KLEIN, 2001, 2007; OCDE, 2015b).

A crise econômica de 2007-2008, com o estabelecimento de um novo período de baixo crescimento econômico e elevado desemprego, fez com que a Alemanha e a França buscassem expandir fontes fiscais para o financiamento dos sistemas de saúde, principalmente no caso francês, em que a maior elevação na taxa de desemprego tendeu a comprometer a arrecadação das contribuições sociais pagas pelos trabalhadores. O governo ampliou as alíquotas de impostos sobre produtos considerados prejudiciais à saúde, assim como o percentual arrecadado direcionado ao setor: cigarro (2011), refrigerante (2012) e cerveja (2013). Além disso, novas fiscalidades foram criadas sobre lucros e grandes salários. Em 2009, uma nova contribuição social (*forfait social sur l'épargne salariale*) foi criada, inicialmente com incidência de 2% sobre a participação

¹⁷² Em 1999, 2,4% da população inglesa encontrava-se na fila de espera, sendo que, deste total, 29% declarava esperar há mais de quatro meses por uma cirurgia eletiva (TUOHY et al, 2004).

nos lucros, até atingir 20% em 2012, com 25% do total da receita obtida destinada à saúde. Em 2013, foi criado um imposto adicional sobre os salários anuais acima de € 150.000, com os recursos destinados à Seguridade Social (BRUNN et al, 2015).

Na Alemanha, o governo ampliou a transferência de recursos fiscais para o sistema de saúde. Entre 2009 e 2013, alocou € 63,5 bilhões no setor, viabilizando a formação de reservas de € 12,7 bilhões. Ainda assim, estes recursos representam apenas cerca de 5% do total do financiamento do seguro social de saúde alemão. Sua estrutura de financiamento permaneceu, diferente do caso francês, pautada nas contribuições sociais dos trabalhadores e empregadores. No entanto, três mudanças importantes aprovadas na reforma de 2007 foram implementadas, a partir de 2009. Primeiro, a criação do Fundo único de Financiamento, que centraliza os recursos arrecadados pelas Caixas (conforme detalhado no item 2.4.4). Segundo, o governo estabeleceu uma alíquota de contribuição social nacional, de 15,5%. No entanto, esta alíquota não seria paga de forma equânime: 7,3% seriam pagos pelos empregadores e 8,2% pelos trabalhadores, ou seja, sem a paridade histórica entre os parceiros sociais¹⁷³. Terceiro, o governo eliminou o limite para a cobrança de um valor adicional sobre os trabalhadores, em casos em que as Caixas de Saúde às quais estejam filiados apresentem déficits¹⁷⁴ (GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014; HELDERMAN e STILLER, 2014; MARESSO et al, 2015).

2.4.3 Descentralização (Parcial) da Gestão e Alocação de Recursos

O processo de descentralização dos sistemas de saúde esteve inicialmente relacionado ao objetivo de aproximar os recursos das reais necessidades da população. A transferência de ao menos parte das responsabilidades da esfera nacional para a esfera regional/local poderia, teoricamente, proporcionar um bom resultado, ao aproximar as tomadas de decisão da realidade específica local, gerando maior eficiência na alocação dos recursos: “há um entendimento generalizado de que a proximidade confere maior

¹⁷³ A diferença de 0,9% refere-se ao financiamento para os cuidados dentários, pagos exclusivamente pelos trabalhadores. Cabe apontar que a paridade já tinha deixado de existir desde 2004, com os trabalhadores pagando 0,5% a mais do que os empregadores (BANDELOW, 2007).

¹⁷⁴ As Caixas podem, de acordo com sua situação financeira, devolver parte dos recursos para os trabalhadores (se superavitária) ou cobrar um adicional (se deficitário), mas que fica explícito que é uma cobrança daquela Caixa e que é pago somente pelos trabalhadores, não pelas empresas. O fato dos trabalhadores poderem migrar para outras Caixas que não tenham essa cobrança adicional tenderia, na expectativa do governo, a pressionar às Caixas a garantirem sua estabilidade financeira (PANNOWITSCH, 2009).

capacidade de percepção dos problemas e maior agilidade para sua resolução [...]”¹⁷⁵ (MARQUES, 1999, p. 108). Nesse sentido, tratava-se de um processo de descentralização na alocação dos recursos.

Por outro lado, no que tange ao financiamento, houve uma maior centralização. A fim de controlar os gastos públicos, estabeleceu-se um limite para os gastos com saúde (item 2.4.1). Como a pressão de custos continuou elevada, a busca pela maior eficiência via descentralização permaneceu como um objetivo paralelo.

No Reino Unido, o duplo movimento ocorreu já na década de 1980. O NHS aprofundou a descentralização na organização do sistema a partir de 1982, quando as autoridades locais de saúde foram substituídas por distritos de saúde (*District Health Authorities* – DHAs), em uma divisão regional muito maior (entre 190 e 200 distritos), focada na premissa de que organizações regionais de pequeno porte seriam mais eficientes. Na década de 1990, somou-se a esse processo o aumento de poder decisório a outros agentes sociais, principalmente após a instituição do “mercado interno”, em 1991 (abordado no capítulo 3, item 3.4.2). No final dos anos 1990, o governo Blair realizou o maior processo de descentralização, com o processo de devolução das responsabilidades por seus sistemas de saúde a cada país que compõe o Reino Unido, ampliando a autonomia da Escócia, Irlanda do Norte e País de Gales frente às decisões inglesas (KLEIN, 2001; SALTMAN et al, 2007).

Nos anos 2000, o poder regional voltou a ser reforçado na Inglaterra, com os cuidados ambulatoriais (na forma dos *Primary Care Trusts* – PCTs) e hospitalares (*foundation trusts*) mais claramente subordinados à esfera local. Na reforma de 2012, por sua vez, há nova centralização: os PCTs foram substituídos por *Clinical Commissioning Groups* (CCGs), que contratualizam todos os serviços de saúde necessários para as pessoas nas suas listas, subordinados ao Departamento de Saúde. No caso da saúde pública, em termos de prevenção, foi descentralizado para os municípios (MAYS et al, 2011).

No caso francês, o processo explicitou-se ao longo de diversas reformas nos anos 1990 e 2000. No Plano Juppé, de 1996, ao mesmo tempo em que houve ampliação do controle financeiro estatal (item 2.4.1) e dos mecanismos de regulamentação (item 2.4.4), o governo criou as Agências Regionais de Hospitalização (*Agences Régionales*

¹⁷⁵ A descentralização, em termos de organização e execução das políticas sociais, incluindo de saúde, é defendida desde a década de 1980 tanto por neoliberais como pensadores que defendem a preservação dos Estados de bem-estar social (MARQUES, 1999).

d'Hospitalisation – ARH). As ARHs deveriam, a partir dos orçamentos e diretrizes definidas nacionalmente para sua região, alocar os recursos e responsabilidades entre os hospitais de sua região. Em 2003, essa regionalização foi ampliada, com as próprias ARHs definindo as diretrizes locais para alocação do dinheiro, mediante os “esquemas regionais de organização dos cuidados”. Na reforma de 2010, a descentralização teve prosseguimento, com a substituição das ARH pelas Agências Regionais de Saúde (*Agences Régionales de Santé* – ARS). As ARS, além das funções das ARH, passaram a realizar também a gestão ambulatorial, absorvendo as funções das *Unions régionales des caisses d'assurance Maladie*, os serviços de saúde das *Directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale* e as missões regionais de saúde e os grupamentos regionais de saúde pública (CATRICE-LOREY e STEFFEN, 2006; TABUTEAU, 2013; HASSENTEUFEL, 2014).

Por outro lado, parte das responsabilidades que antes eram regionais foram transferidas para a esfera central. Podemos citar dois exemplos importantes dessa tendência. Primeiro, as políticas de garantia de acesso aos serviços de saúde à população mais pobre, que era departamental (regiões francesas) desde a lei de 1893 e aprofundada com a assistência médica gratuita, foi centralizada com a criação da *Couverture Maladie Universelle* (CMU), em 1999. Outro exemplo são as campanhas de prevenção e cuidados contra as doenças venéreas, lepra, tuberculose e câncer – de responsabilidade departamental até 2004, quando são centralizadas no governo central. Além disso, a própria descentralização embutiu maior presença do governo central, após a reforma de 2010, dado que enquanto as ARH tinham uma lógica contratual, as ARS foram criadas por lei como instituições públicas de Estado, com seus diretores com autoridade para atuar como “prefeitos sanitários” (CATRICE-LOREY e STEFFEN, 2006; TABUTEAU, 2013).

Na Alemanha, a descentralização sempre esteve presente em seu sistema de seguro social. No entanto, mais do que pelo caráter federativo, a descentralização estava relacionada ao poder das Caixas de Saúde no sistema (item 2.2). Os *Länder* possuíam um papel importante da gestão da estrutura hospitalar, mas as Caixas de Saúde concentravam a gestão, organização e distribuição de recursos na esfera ambulatorial. A mudança importante, verificada nas décadas de 1990 e 2000, foi um maior controle do governo central sobre os dispêndios das Caixas, centralizando decisões como a alíquota da contribuição social (melhor analisada no capítulo 4, itens 4.2.1 e 4.2.3). Ainda assim, o

sistema manteve sua lógica descentralizada de organização (POLTON, 2003; SALTMAN et al, 2007; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

Sendo assim, nos três países, a maior descentralização dos sistemas nas décadas de 1990 e 2000 foi relativa, dado que veio acompanhada de um maior controle da esfera central dos gastos totais do setor, assim como de um aumento na participação de instituições independentes na regulamentação dos serviços de saúde (aprofundado no item 2.4.4).

2.4.4 Aumento na Regulamentação

O aumento da regulamentação esteve diretamente relacionado à ampliação do controle estatal sobre os gastos no setor (na Alemanha e na França) e ao aumento da adoção de uma lógica privada de operação dos sistemas (nos três países). A maior regulamentação ocorreu de três formas: controle do Estado sobre os gastos no setor (na França, com a LFSS apresentada no item 2.4.1); intervenção estatal nas negociações das Caixas de Saúde (Alemanha e França); criação de agências regulatórias (nos três países, mas principalmente na Inglaterra).

No que concerne às Caixas de Saúde, o Estado passou a intervir nas negociações entre Caixas e prestadores de serviços tanto na Alemanha (1993) como na França (1996), em caso de descumprimento de parâmetros legais – principalmente no que dizia respeito ao cumprimento dos tetos orçamentários, com os gastos associados à atividade médica e à prescrição de medicamentos. No caso francês, a LFSS tornou essa interferência mais direta, dado que passou a ser função do Parlamento a definição de recursos no setor. No caso alemão, como a autonomia prévia das Caixas era maior (item 2.2), as mudanças foram mais radicais. Essa interferência se ampliou, principalmente nos anos 2000, com a retirada da liberdade das Caixas em definirem sua taxa de contribuição social (capítulo 4, item 4.2.3) e com a criação de um Fundo único de Financiamento (HASSENTEUFEL e PALIER, 2007; HASSENTEUFEL et al, 2010; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

O Fundo único de Financiamento (*Gesundheitsfonds*) foi criada em 2007 (e implementada em 2009), como responsável pelo agrupamento das contribuições arrecadadas pelas Caixas e pela sua redistribuição a partir de novos critérios (*Risiko Struktur Ausgleich*), que além de idade (o que já ocorria), incluiu tipos de morbidade na

realocação dos recursos entre as Caixas¹⁷⁶. Além disso, Caixas com maior proporção de pacientes com doenças graves passaram a receber aportes mais elevados de recursos dentro da estrutura de compensação de riscos, podendo requerer um adicional no ajuste de riscos se os gastos forem muito elevados por conta destes pacientes (PANNOWITSCH, 2009; STOLPE, 2011; HASSENTEUFEL, 2014).

A mudança na interação entre as Caixas de Saúde e o Estado culminou na criação de uma série de agências regulatórias. Na França, a definição de critérios para seleção de medicamentos reembolsáveis foi acompanhada pela criação, em 1991, do Guia de Referências Médicas. Os parâmetros eram definidos, primeiramente, pela Agência Nacional para o Desenvolvimento da Avaliação Médica (*Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale*) e, a partir de 1996, pela Agência Nacional da Acreditação e Avaliação em Saúde (*Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*)¹⁷⁷, que substituiu a anterior (ROCHAIX e WILSFORD, 2005; HASSENTEUFEL, 2014).

No mesmo período, a Alemanha criou a Comissão Federal Conjunta (*Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA*), formada por representantes das Caixas e dos prestadores de serviços (médicos, dentistas e hospitais), reportando-se ao Ministério Federal da Saúde. A tendência de criação de agências regulatórias, no caso alemão, só foi efetivamente implementada na reforma de 2003, com a criação do Instituto de Qualidade e Eficiência Econômica em Saúde (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – IQWiG*), uma instituição independente que tem como prerrogativa difundir normas terapêuticas e instrumentos para avaliação¹⁷⁸, como consultor técnico para as decisões das Caixas (STOLPE, 2011; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

Em termos de agências regulatórias, no entanto, as maiores mudanças ocorreram no Reino Unido¹⁷⁹. No caso britânico, é mais direta a relação entre o aumento de mecanismos concorrenciais e a ampliação da regulamentação. Os órgãos criados foram de quatro tipos. Primeiro, instituições responsáveis pela regulamentação da estrutura local de saúde, como a *Audit Commission*, já criada em 1983. A regulamentação do setor

¹⁷⁶ Os critérios envolveram a determinação de 152 grupos de risco, compostos por 40 critérios atrelados a categorias de gênero e idade, 6 de renda e 106 categorias de morbidade, pautadas em 80 doenças crônicas (HIV, diabetes, esquizofrenia, etc.) ou condições graves especificadas (STOLPE, 2011).

¹⁷⁷ No processo de criação desta última agência, tornou-se mais explícito que critérios econômicos, além dos clínicos, seriam contemplados (FORTES et al, 2011).

¹⁷⁸ Prioritariamente, o Instituto avaliava a avaliação custo-eficiência de medicamentos, a partir de um corpo técnico escolhido enquanto científico e especializado (GERLINGER e SCHMUCKER, 2009).

¹⁷⁹ Cabe reiterar que, após 1997, a análise se foca no caso inglês. Sendo assim, as instituições apresentadas após esse período restringem-se, em geral, à Inglaterra.

ambulatorial foi modificada em 2010, com a criação do *NHS Commissioning Board*, instituição independente, sendo a esfera responsável pela negociação e alocação dos recursos para o setor. Em segundo lugar, o desenvolvimento de órgãos para análise da relação custo-efetividade para inclusão de novos medicamentos e tecnologia no NHS, por meio da criação, em 1999, do *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) – renomeado, em 2005, como *National Institute for Health and Clinical Excellence* e, em 2012, por *National Institute for Health and Social Care* (MAYS et al, 2011; HASSENTEUFEL, 2014).

No caso britânico, foram ainda criadas instituições para análise de qualidade, a partir do *Commission for Health Improvement* (CHI), em 2000¹⁸⁰. Por último, destaca-se a regulamentação específica dos provedores de serviços privados ou autônomos atuando no NHS, a partir da criação do *Monitor*, em 1999. O *Monitor* foi desenvolvido como uma instituição regulatória independente (*arms-length regulator*), tendo se tornado, rapidamente, o órgão mais importante de regulamentação hospitalar (após 2003, com o estabelecimento dos hospitais como instituições públicas de direito privado) e das instituições privadas independentes contratadas para prestar serviços junto ao NHS. Em 2009, a instituição ampliou ainda mais sua esfera de atuação, passando a operar como “regulador econômico”, por meio do *Cooperation and Competition Panel*, tendo como prerrogativa que tanto a cooperação como a concorrência são desejáveis no sistema de saúde (HUGHES et al, 2011; MAYS et al, 2011; ALLEN, 2013).

Nos três países, a criação de agências regulatórias (com graus distintos de independência) representou a internalização da lógica de eficiência da gestão, ao incorporar a adoção de critérios de eficiência para definição de procedimentos e medicamentos a serem adotados nos sistemas, com a avaliação sendo realizada por estas agências. A justificativa era de que, ao delegar esta avaliação para estas entidades, isto tornaria as decisões mais técnicas e facilitaria sua adoção (ETTELT et al, 2010).

¹⁸⁰ Após a criação do CHI, o governo criou outros mecanismos regulatórios – o *National Patients Safety Agency* e o *National Clinical Assessment Authority*. O CHI foi substituído, em 2004, pelo *Healthcare Commission*, que possuía poderes mais amplos, sendo o responsável pela supervisão tanto do NHS quanto dos provedores privados de cuidados em saúde – “solucionando” a dualidade previamente criada. Finalmente, este último foi substituído, em 2009, pelo *Care Quality Commission* (CQC), com foco inspeção de todos os provedores e monitoramento da qualidade a partir de padrões nacionais de qualidade e segurança (BEVAN e ROBINSON, 2005; HUGHES et al, 2011; MAYS et al, 2011).

2.4.5 Ampliação da Cobertura

A ampliação da cobertura nos sistemas de saúde foi um processo importante nas últimas décadas, na Alemanha e na França. Os dois sistemas, enquanto estruturas de proteção predominantemente bismarckianas, pautavam a proteção sobre a condição de trabalhador. No mundo pós-guerra, de forte crescimento econômico e de quase pleno emprego, isso representava um amplo acesso aos sistemas de saúde, aproximando-se da perspectiva universal do NHS britânico. Os poucos habitantes que não se encaixavam nesse perfil eram incluídos nos sistemas mediante mecanismos assistenciais. Na Alemanha, a inclusão ocorria como parte do seguro-desemprego ou auxílio-desemprego e, para períodos muito longos, pela assistência social¹⁸¹, enquanto na França, o acesso ocorria pela *carte santé*, que era gerida por cada departamento, com diferenças de acesso regionais¹⁸² (GIOVANELLA, 1998; TABUTEAU, 2013).

No entanto, a partir da crise econômica da década de 1970, o aumento do desemprego e de ocupações precárias no mercado de trabalho ampliou o contingente populacional descoberto pelos mecanismos tradicionais. Na França, essa situação ensejou a criação da *Couverture Maladie Universelle* (CMU), que entrou em vigor em 2000¹⁸³, seguida da implementação da *Couverture Maladie Universelle – Complementary* (CMU-C)¹⁸⁴, em 2003.

A CMU e a CMU-C permitiram o acesso gratuito ao sistema de saúde a toda população abaixo de determinado nível de renda¹⁸⁵. Nestes casos, ao contrário do mecanismo tradicional de reembolso, não há pagamento por parte do paciente, sendo que

¹⁸¹ Na Alemanha, em 1998, 90% dos desempregados eram incluídos no sistema de seguro social via seguro-desemprego e o restante tinha acesso à proteção à saúde via assistência social (GIOVANELLA, 1998).

¹⁸² No final dos anos 1990, estimava-se que cerca de 300.000 franceses se encontravam excluídos do sistema de seguro à saúde (POULLIER e SANDIER, 2000).

¹⁸³ O debate com relação a isso se iniciou já no bojo do Plano Juppé, em 1995, que trouxe a proposta de criação da *Assurance Maladie Universelle*, ou seja, a criação de mecanismos que garantissem a cobertura frente ao risco de doença de todos os indivíduos no país, independentemente da contribuição direta para o financiamento do sistema. Cabe ressaltar, no entanto, que a criação da CMU e CMU-C não contemplou os estrangeiros residentes na França em situação irregular. Neste caso, o acesso deles aos serviços de saúde não ocorre via Seguridade Social, mas mediante um dispositivo específico de ajuda médica do Estado (*Aide Médicale de l'État* – AME). Em 2013, cerca de 251 mil pessoas acessavam o sistema de saúde por meio da AME (TABUTEAU, 2013; BATIFOULIER, 2014; AMELI, 2015).

¹⁸⁴ O financiamento da CMU-C é realizado a partir de uma taxa que incide sobre o faturamento das seguradoras privadas complementares. Essa taxa se modificou desde sua criação: em 2004, era de 1,75%, passando para 2,5% em 2007, 5,9% em 2009 e 6,27% em 2011 (BATIFOULIER, 2014).

¹⁸⁵ Em outubro de 2014, o teto para acesso a CMU e CMU-C gratuita era de cerca de €800 mensais por pessoa (o valor varia conforme o tamanho da família) (AMELI, 2015).

os serviços são remunerados diretamente pela Seguridade Social¹⁸⁶. Essa política viabilizou à população de baixa renda o mesmo tipo de acesso ao sistema de saúde, retirando as idiossincrasias da política departamental até então existente. Por sua vez, a CMU-C permitiu acesso sem ter que arcar com o alto co-pagamento ou com o pagamento do seguro complementar. Em 2005, essa política foi complementada pela criação da *Aide à la Complémentaire Santé* (ACS), que visa atingir a parcela da população com renda mais elevada do que o teto do CMU-C, mas que, ainda assim, não possui recursos suficientes para pagar um seguro complementar. A ACS foi definida a partir do teto da CMU-C, com um acréscimo de até 35% na renda. Neste caso, ao invés do pagamento de 100% de um seguro complementar, como na CMU-C, a ACS fornecesse um “vale”, cujo valor varia conforme a idade da pessoa (dado que o seguro complementar é mais caro para as pessoas mais velhas)¹⁸⁷ (PELLET, 2004; CHADELAT, 2005; BATIFOULIER, 2014).

Na Alemanha, ainda que o seguro social, somado aos mecanismos assistenciais, garantissem quase plena cobertura, estimava-se, em 2006, entre 80 a 300 mil o número de alemães sem qualquer tipo de cobertura à saúde. Sendo assim, em 2007, tornou-se obrigatória a adesão a alguma forma de seguro (social ou privado) para toda a população. Nesse sentido, em termos legais, o sistema de saúde alemão tornou-se universal apenas a partir de 2007, com toda população obrigatoriamente coberta (HASSENTEUFEL e PALIER, 2007; HINRICHS, 2010).

Deve-se ponderar, no entanto, que a ampliação da cobertura de acesso aos sistemas de saúde ocorreu principalmente no que tange aos cuidados essenciais. Nos três países estudados, a cobertura foi prejudicada em setores em que houve aumento dos mecanismos de co-pagamento e/ou redução da obrigatoriedade de acesso por meio do sistema público (capítulo 3). Ou seja, a universalidade veio acompanhada de redução na integralidade do acesso aos sistemas. Destacam-se quatro setores com essa dinâmica: acesso a medicamentos (fora dos hospitais); tratamentos dentários; oftalmológicos (óculos); e de enfermagem de longa duração (principalmente que demandam cuidados

¹⁸⁶ O pagamento direto pela Seguridade Social é conhecido, na França, como *tiers payant*, um terceiro que paga pela relação médico-paciente. Em 2015, a França iniciou um debate parlamentar para aprovação da universalização do mecanismo do *tiers payant*. Ou seja, a Seguridade Social pagaria diretamente todos os prestadores de serviços de saúde, extinguindo o sistema de reembolso. Até o início de 2016, o tema ainda estava em debate.

¹⁸⁷ Em 2013, o valor do “vale” era de € 100, por mês, para menores de 16 anos, € 200 para pessoas entre 16 e 49 anos, € 350 para a faixa de 50-59 anos e € 550 para pessoas com mais de 60 anos (BATIFOULIER, 2014).

em domicílio). Nestes casos, a redução da cobertura pública manteve (ou até mesmo ampliou) o financiamento e a provisão desses serviços pelo setor privado: “o espaço deixado para o mercado varia inversamente com a importância da cobertura [pública]” (POULLIER e SANDIER, 2000, p. 901).

2.4.6 Ampliação do Setor Privado e dos Mecanismos de Mercado – Mercantilização

A preocupação com a capacidade de preservar o financiamento e a oferta dos serviços, frente às pressões orçamentárias e políticas recorrentes desde a década de 1970 (item 2.3), fez com que princípios de mercado ganhassem espaço crescente nos sistemas de saúde. Inicialmente, entre meados dos anos 1970 e os anos 1980, o foco recaía sobre a preservação de recursos para o financiamento. Assim, da mesma forma como se ampliaram as taxas de contribuições sociais (Alemanha e França), os três países expandiram seus mecanismos de co-pagamento, inclusive no caso de internação hospitalar e em outros cuidados considerados não essenciais (principalmente oftalmológicos e dentários). Além disso, já nos anos 1980, o Reino Unido iniciou a terceirização de serviços não clínicos (WEBSTER, 1998; TABUTEAU, 2013; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

A preocupação com a eficiência aprofundou-se na década de 1990. Os três países incentivaram a concorrência enquanto mecanismo de alocação eficiente dos recursos, com a premissa de que viabilizaria a preservação – e até ampliação – do acesso aos sistemas. Esse processo foi mais acentuado na Alemanha, com a implementação de concorrência entre as Caixas de Saúde (analisado no capítulo 3, item 3.3.2), e no Reino Unido, mediante a adoção do “mercado interno” (capítulo 3, item 3.4.2). Ademais, o Reino Unido implementou parcerias público-privadas (PPPs) para o financiamento de estruturas hospitalares, com mecanismos semelhantes sendo adotados na Alemanha e França, nos anos 2000 (capítulo 3, item 3.3.1).

Destaca-se, ainda, que os três países continuaram elevando as parcelas de co-pagamentos, ampliando a retórica de sua importância tanto para financiar o sistema como enquanto instrumento, a fim de aumentar a “responsabilidade” dos pacientes enquanto consumidores de serviços de saúde. Este movimento decorreu de uma série de fatores internos e externos aos sistemas de saúde: crescimento do individualismo; ampliação do

desejo de escolha; aumento de tratamentos individuais, com perda da visão da medicina social; ampliação da mercantilização, com responsabilização do paciente por sua condição de saúde e correponsável pela melhoria de eficiência nos sistemas (HASSENTEUFEL e PALIER, 2007; ANDRÉ e HERMANN, 2009).

Os anos 2000 marcaram um aprofundamento da adoção de mecanismos de mercado nos sistemas de saúde. Na Alemanha, houve acirramento da concorrência entre as Caixas de Saúde. Além disso, tanto a Alemanha como o Reino Unido expandiram a participação de hospitais privados na oferta dos serviços: na Alemanha, por meio da privatização de instituições públicas municipais (item 3.2.5) e, na Inglaterra, mediante a contratação de instituições privadas (setor independente) para prestar serviços junto ao NHS (item 3.2.3).

As características de mercado também aparecem na ampliação da concorrência entre os provedores de serviços no caso inglês, assim como na ampliação da liberdade tarifária por parte dos médicos franceses. O caso francês demanda uma explicação mais detalhada. A Seguridade Social francesa convencionou, por meio de contratos entre os médicos e as Caixas de Saúde, as tarifas que os profissionais recebem por atendimento. A pressão da medicina liberal fez com que os médicos sempre tenham podido cobrar dos pacientes valores maiores (*dépassement honoraire*) do que a tarifa definida pela Seguridade Social; porém, nestes casos, o paciente não era reembolsado pela Seguridade, o que dificultava a adesão a estes médicos.

Em 1980, o governo ampliou a liberdade tarifária dos médicos, ao permitir que os profissionais que cobravam valores mais elevados também fizessem parte da convenção da Seguridade Social e seus pacientes recebessem o mesmo reembolso. A partir de então, os médicos podiam acordar com a tarifa definida pela Seguridade Social (Setor 1) ou cobrar tarifas mais elevadas (Setor 2). As Caixas da Seguridade Social pagariam aos pacientes um mesmo reembolso (70% do valor acordado da consulta), o que significava, para os pacientes, que as consultas com médicos do Setor 2 envolveriam a necessidade de seguros complementares com maior reembolso (e mais caros) ou o pagamento direto sem reembolso (item 3.1) (POULLIER e SANDIER, 2000; DUVAL, 2007; CNAMTS, 2011).

Destaca-se, ainda, nos três países, a ampliação na adoção da gestão de mercado (*new public management*) (item 3.4.1) e do pagamento por DRG (*Diagnosis Related Group*) nos hospitais (item 3.4.3). O grau de aprofundamento da adoção de mecanismos

de mercado e da incorporação do setor privado gerou mudanças importantes na organização e na oferta dos serviços dentro dos três sistemas de saúde. A diversidade de instrumentos de mercado adotados e a maior participação direta do setor privado, em função de sua complexidade, serão abordados no capítulo 3. Dessa forma, busca-se enfatizar e discutir a hipótese de que a mercantilização gerou transformações na estrutura institucional dos sistemas de saúde estudados, ainda que a inércia institucional continue presente, principalmente no que diz respeito ao financiamento.

CAPÍTULO 3: ANÁLISE COMPARADA DAS REFORMAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA ALEMANHA, FRANÇA E REINO UNIDO – INSTRUMENTOS DE MERCANTILIZAÇÃO

O capítulo 3 objetiva aprofundar a análise sobre uma das características mais importantes das reformas dos sistemas de saúde, qual seja, a mercantilização. A análise realizada no capítulo 2, item 2.4, apontou que, apesar de as reformas possuírem uma série de características distintas (políticas para redução de custos, aumento da regulamentação, da base de financiamento e da cobertura, maior descentralização na implementação das políticas de saúde), possuem também um ponto central em comum: a tendência à mercantilização dos sistemas de saúde. Deve-se destacar que uma das principais marcas da conformação da proteção social pós-guerra, com destaque para os sistemas de saúde, foi, exatamente, a desmercantilização do acesso aos bens e serviços sociais, ou seja, o acesso não dependia da capacidade de compra e da definição de preços. Uma das análises clássicas desse processo é de Esping-Andersen (1990), apresentando os diferentes Estados de bem-estar social criados em termos de grau de desmercantilização (*decommodification*) que geravam (capítulo 1, item 1.2.2). Nesse sentido, a análise aqui apresentada evidencia formas de retomada (ainda que parcial) de mecanismos de mercado no funcionamento do Estado de bem-estar social – no caso, dos sistemas de saúde – a partir da década de 1980¹⁸⁸.

Essa tendência é derivada da dessocialização do financiamento e da organização do sistema, assim como pela criação, por parte do próprio Estado, de espaços de investimento para o setor privado: a saúde enquanto nova oportunidade para o regime de acumulação, um espaço antes não ocupado para a realização do capital (BATIFOULIER, 2014; DAIN, 2015). O processo de mercantilização é justificado pelo “excesso” de gasto público (no Estado de bem-estar, de forma geral, e especificamente na saúde), a partir da premissa de que a inserção da lógica de mercado poderia tanto diminuir a necessidade de gastos públicos – vide o setor privado assumir determinadas funções antes públicas – como aumentar a eficiência dos gastos existentes – ao inserir, dentro de estrutura pública,

¹⁸⁸ Sendo assim, a mercantilização pode ser também identificada como um processo de remercantilização, no sentido de que o acesso aos bens e serviços sociais, neste caso, de saúde, voltou a ser definido por princípios de mercado (concorrência, preço), como ocorreu a partir da Revolução Industrial. Nesse sentido, conforme abordado no capítulo 1, item 1.2.2, a industrialização teria sido a primeira mercantilização da sociedade (KERSTENETZKY, 2012; POLANYI, 2012).

“mecanismos de mercado”, tais como concorrência, pagamento por resultado, etc. (MAARSE, 2006; BATIFOULIER, 2008; ANDRÉ e HERMANN, 2009).

Alguns pontos merecem consideração. Primeiramente, optamos pelo uso do termo “mercantilização”. Na literatura que aponta essa tendência nos sistemas de saúde, encontramos autores adotando os termos mercantilização, privatização e comercialização (MAARSE, 2004, 2006; LEWIS e DIXON, 2005; ANDRÉ e HERMANN, 2009; MOSEBACH, 2009; HERMANN, 2010; SCHULTEN e BÖHLKE, 2012). Considerando que a expressão privatização, ao menos em português, tem normalmente um uso bastante específico (transferência de propriedade do setor público para o privado), optamos por mercantilização por ser uma expressão que acomoda um processo mais amplo, qual seja, o aumento da lógica privada dentro dos sistemas públicos de saúde. Por lógica privada, compreendemos o aumento da participação direta do setor privado (enquanto provedor e financiador no sistema) e a adoção de princípios privados de gestão, remuneração e organização dos sistemas¹⁸⁹.

A partir da constatação de um processo de mercantilização, buscamos sistematizar as diferentes esferas nas quais esse processo pode ser analisado. Uma primeira distinção geral importante é com relação a mercantilização do ponto de vista do financiamento do sistema e da provisão de serviços. Essa distinção já aparece nos trabalhos desenvolvidos por Maarse (2006) e André e Hermann (2009), e contribui para diferenciar as formas da ampliação da esfera privada nos sistemas.

Outro traço importante, esboçado nos trabalhos de Maarse (2006) e Schulten e Böhlke (2012), diz respeito a diferenciar a mercantilização em termos de processos internos/internalizados e externos/impostos. Esta distinção é relevante, a fim de explicitar o fato de que a ampliação da lógica de mercado e de participação privada nos sistemas de saúde expande-se não somente em termos de transferência de responsabilidades do setor público para o privado, como também na adoção crescente de uma lógica de atuação privada por parte do setor público¹⁹⁰.

¹⁸⁹ Mosebach (2009) propõe a diferenciação entre a “privatização material”, com efetiva transferência de propriedade entre público e privado, e duas outras formas: o “processo formal de privatização”, com adoção de práticas privadas na atuação pública, e a “privatização funcional”, em que a oferta de serviços de saúde é parcialmente realizada pelo setor privado, como nas terceirizações de partes dos serviços. O autor inclui, ainda, o conceito de “privatização dos custos do tratamento”, em que os pacientes pagam por parte dos cuidados recebidos. Embora essa diferenciação esteja em linha com o trabalho aqui proposto, decidimos pelo uso do termo mercantilização por sua maior abrangência dentro do escopo da tese.

¹⁹⁰ Tratar-se-ia de uma forma de racionalidade induzida, em que os preceitos da livre concorrência e seus benefícios são postos como norma – características marcantes do “neoliberalismo” – sobre indivíduos “livres” (DARDOT e LAVAL, 2009). Esta ideia foi trabalhada no capítulo 1 da tese, item 1.4.

A partir desses referenciais, e do desenvolvimento de trabalhos em parceria com André e Batifoulrier (ANDRÉ et al, 2014, 2015), criamos a classificação apresentada na Figura 2. Nessa abordagem, distingui-se os processos de mercantilização explícita (há efetivo aumento da presença privada) e implícita (incorporação de princípios advindos do setor privado no sistema público).

Figura 2: Classificação da mercantilização dos sistemas de saúde – tipologia.

Fonte: André et al (2014, 2015). Elaboração própria.

Os quatro vértices da Figura 2 são brevemente sumarizados, em termos das características apreendidas nas reformas dos sistemas de saúde:

1. Mercantilização explícita do financiamento: os mecanismos de mercado e a participação privada adquirem maior importância no financiamento dos sistemas de saúde de forma direta, seja na forma de desembolso direto e pagamento de mecanismos de co-pagamento, seja na contratação de seguros de saúde privados.
2. Mercantilização explícita da oferta de serviços: os mecanismos de mercado e a participação privada ampliam sua presença na prestação de serviços, assumindo parte das funções públicas. Isso ocorre desde a terceirização de serviços auxiliares nos hospitais até sua privatização *stricto sensu*, passando pela transferência da gestão de hospitais públicos para instituições privadas e pela ampliação da contratação de instituições privadas para assumir parte da oferta de serviços.
3. Mercantilização implícita do financiamento: os mecanismos de mercado e a participação privada também ampliam sua presença no financiamento “interno” dos sistemas, ou seja, na distribuição dos recursos. Essa influência ocorre tanto na

lógica de financiamento da estrutura pública (como as parcerias público-privado) como na criação de concorrência entre Caixas de Saúde, no sistema alemão.

4. Mercantilização implícita da oferta de serviços: ampliação da lógica e de princípios privados na prestação de serviços. A face mais evidente desse processo é a nova gestão pública (*new public management*), em que a gestão dos prestadores de serviços públicos passa a ser realizada como uma instituição privada. De forma mais específica, foi a adoção do mercado interno (Reino Unido) e de mecanismos de pagamentos por resultado para os prestadores de serviço.

É importante, contudo, ter em mente que o setor privado não é um agente novo aos sistemas. Afinal, nenhum dos sistemas públicos de saúde jamais foi – mesmo antes das mudanças adotadas a partir dos anos 1980 – totalmente público¹⁹¹. Ainda assim, os diversos mecanismos que foram adotados, ao longo das últimas três décadas, representaram uma mudança quantitativa e qualitativa da presença privada e da lógica de mercado nos sistemas públicos de saúde. O objetivo deste capítulo é, assim, apresentar a forma como essas transformações ocorreram.

A Figura 3 resume, dentro da classificação desenvolvida, a relevância das quatro formas de mercantilização nos três países estudados.

Figura 3: Classificação da mercantilização dos sistemas de saúde – Alemanha, França e Reino Unido.

Fonte: André et al (2014, 2015). Elaboração própria.

¹⁹¹ Os médicos generalistas mantiveram-se como profissionais liberais nos três países estudados, sendo contratados pelos sistemas de saúde; há presença de hospitais de propriedade privada nos sistemas públicos alemão e francês; presença de seguro privado de saúde, com forte presença nos sistemas alemão e francês; sistema farmacêutico privado nos três países, entre outras características.

Primeiramente, cabe destacar que, nos três países, pudemos verificar que as reformas representaram a inclusão de mecanismos de mercantilização dos quatro formatos estudados. No entanto, a intensidade de cada forma é distinta. A Alemanha é o país, em termos comparativos, no qual a mercantilização explícita é mais forte. Ainda que a mercantilização implícita esteja bastante presente, a explícita se destaca por ser claramente maior do que nos casos francês e britânico, principalmente no que concerne à oferta de serviços, dado que a prestação por instituições privadas é mais ampla, incluindo a privatização de parte importante da rede hospitalar (embora historicamente ela sempre tenha sido mais maior). Além disso, do ponto de vista do financiamento, é o país com maior participação privada nos dispêndios com a saúde, seja em relação ao PIB, seja em termos *per capita* (ainda que 76% dos gastos sejam públicos).

O Reino Unido, por sua vez, é o país estudado com maior mercantilização implícita, principalmente na prestação de serviços. O NHS não teve alterado de forma estrutural seu financiamento fiscal, nem a oferta de serviços deixou de ser realizada, majoritariamente, por uma rede hospitalar pública. No entanto, a incorporação de preceitos de mercado, principalmente pautados na concorrência, modificou tanto o sistema ambulatorial quanto o hospitalar.

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

O Quadro 8 apresenta um resumo da mercantilização nos sistemas de saúde dos três países, a partir da classificação proposta nessa tese:

Quadro 8: Principais características da mercantilização dos sistemas de saúde, Alemanha, França e Reino Unido, décadas de 1980, 1990 e 2000.

Mercantilização	Campo	Tipo	Alemanha	França	Reino Unido
Mercantilização Explícita	Financiamento	Pagamento direto / co-pagamento	Aumento pagamento direto medicamentos não cobertos e de tratamentos dentários (excluídos do sistema público para os jovens em 1997) / Maior co-pagamento	Aumento co-pagamento tratamentos dentários e oftalmológico / inclusão co-pagamento transp. ambulatorial e internações hospitalares	Aumento pagamento direto medicamentos não cobertos / Maior co-pagamento nos cuidados dentários e medicamentos (embora isenção em 80% das prescrições)
		Seguro Privado	Aumento da população optando pelo seguro privado de 6,9% (1975) para 11% (2012)	Grande cobertura seguro privado complementar, associado ao financiamento dos co-pagamentos: de 69% (1981) da população para mais de 94% (2012)	Aumento da população com seguro privado suplementar de 6,9% (1975) para 10,4% (2008)
	Oferta de serviços	Terceirização de serviços auxiliares	Terceirização dos serviços de limpeza e manutenção hospitalar pós 1990	Crescente terceirização dos serviços de segurança, lavanderia, manutenção de equipamentos e informática	1983/88: Diretrizes do próprio NHS para ampla terceirização de todos os serviços não clínicos (limpeza, lavandeira, <i>catering</i> , estacionamento)
		Atendimento de pacientes privados na rede pública			Forte limite para atendimentos privados no NHS (1% dos leitos, na década de 1950), ampliado nos anos 1980 (3%) até debate em 2012 para amplo atendimento (49% da renda)
		Incorporação setor privado na oferta de serviços	Após década 1990: aumento contratação de hospitais privados pelos <i>Länder</i>	2004: contratação de hospitais privados pelas Agências regionais de saúde (ARS) para cumprir metas de saúde	Até déc. 1990, contratação de instituições privadas <i>ad hoc</i> (1% recursos NHS); 2000, termo específico para contratação e 2003 criação de

					setor específico privado (ISTC) no NHS
		Gestão privada de instituições públicas	Década 1990: mudanças legais permitem terceirização da gestão de hospitais públicos		Hospitais: poucas experiências malsucedidas, com rompimento do contrato / Ambulatorial: maior disseminação de instituições privadas gerindo <i>NHS Health Centres</i>
		Privatização (<i>stricto sensu</i>)	Década 1990: privatização pequenos hospitais, principalmente na antiga Alemanha Oriental / Década 2000: hospitais de grande porte em todo país. Aumento no número de hospitais privados: 15,5% (1992) para 27,8% (2006)		
		Fusões e aquisições	Entre 1990-2009, 1.606 fusões e aquisições no setor saúde na Europa, sendo 14,8% na Alemanha	9,7% das fusões e aquisições europeias na França	Mais de 49% das fusões e aquisições europeias no Reino Unido, com forte concentração do setor privado hospitalar e aquisição por instituições financeiras
Mercantilização Implícita	Financiamento	Parceria público-privada	Década 1990: hospitais aumentam tomada de empréstimos junto ao setor privado / Década 2000: formação de 9 PPPs para investimentos em hospitais entre 2005 e 2012	2003-04: permissão para PPPs no setor hospitalar. Entre 2005 e 2012, 50 contratos de PPPs foram aprovados, com a construção completa de 35 hospitais	País precursor das PPPs no setor hospitalar: entre 1997 e 2013, foram assinados 118 projetos de financiamento via PFI, o que correspondeu a 90% dos investimentos em infraestrutura hospitalar no país

		Ampliação concorrência - Caixas de Saúde	Desde 1992, livre escolha dos trabalhadores entre as Caixas, gerando forte concentração: de 1.221, em 1993, para 498 em 1997 e apenas 131, em 2013 (com as 10 maiores concentrando mais de 50% dos alemães)		
	Oferta de serviços	Nova gestão pública	Incorporação de mecanismos de gestão custo-eficiência	Incorporação de mecanismos de gestão custo-eficiência	Déc. 1980-90: aumento gastos administrativos, de 5% (1986) para 12% (1995), com menor ampliação a partir de 2003 / Disseminação princípios custo-eficiência
		Aumento da concorrência entre prestadores de serviços	2003: Contratos seletivos no setor ambulatorial		1989-91: criação do "mercado interno", com criação de concorrência entre prestadores de serviço, aprofundando-se com reformas anos 2000
		Pagamento por resultado - hospitais	2000: definição DRG alemão / 2006: início repasse para hospitais via resultados / 2010: 80% repasses para hospitais via pagamento por resultado	1986: primeiro DRG europeu / 1996: incorporação debates orçamentários / 2004: efetiva adoção, em 2010, 80% repasses para hospitais via pagamento por resultado	1995: definição DRG britânico / 2002: início repasse recursos para hospitais via resultados / 2010: 60% repasses para hospitais via pagamento por resultado
		Pagamento por resultado - médicos	2001: experiências regionais de remuneração médica por resultado / 2009: política nacional, com baixa relevância na remuneração total	2008-09: contratos entre Caixas e médicos ambulatoriais contendo metas de resultados, com lenta difusão	Precursora entre países estudados: 2002 - contrato atrelando remuneração médica a resultados / 2009: 84% médicos ingleses com parte ganhos associado a resultados

Fonte: Giovannella (2001); Busse e Wörz (2004); Maarse (2004, 2006); Pollock (2005); Lister (2008); Schoen et al (2009); Paris et al (2010); Thomson et al (2010); Busse et al (2011); Angeli e Maarse (2012); European Commission (2013); OHE (2013); Tabuteau (2013); Busse e Blümel (2014); Hinchingsbrooke (2015). Elaboração própria.

O Quadro 8 explicita as principais tendências de mercantilização nos países analisados. A fim de aprofundar esse estudo, apresenta-se, a partir da classificação desenvolvida, cada uma das formas de mercantilização e como se desenvolveram ao longo das reformas nos três países: a mercantilização explícita do financiamento (item 3.1) e da oferta de serviços (item 3.2), assim como a mercantilização implícita do financiamento (item 3.3) e da oferta dos serviços de saúde (item 3.4). Os subitens apresentados em cada seção são decorrentes das características mais importantes que se destacaram ao longo de nosso estudo.

3.1 MERCANTILIZAÇÃO EXPLÍCITA: FINANCIAMENTO

A participação privada nos gastos totais com saúde elevou-se, nas últimas décadas, em vários países europeus. Dentre as diversas políticas derivadas da preocupação com relação à redução de custos, destacam-se aquelas com caráter de *budget shifting*, ou seja, de transferência do gasto do setor público para a esfera privada, em decorrência de aumentos dos mecanismos de co-pagamento e restrições no “pacote” de serviços cobertos pelo sistema público (STABILE et al, 2013). É importante explicitar, no entanto, que em termos percentuais, a Alemanha, a França e o Reino Unido mantiveram gastos em saúde predominantemente públicos. Conforme exposto na Tabela 13, entre 1975 e 2013, a participação privada nunca atingiu 25% do total gasto em saúde, em nenhum dos três países. Ainda assim, cabe apontar a importância dos recursos privados e sua concentração em setores de maior rentabilidade, com o setor público financiado os gastos com problemas de saúde mais graves e custosos (item 3.2).

Tabela 13: Gasto privado em saúde (em % do gasto total em saúde), Alemanha, França e Reino Unido, 1960 a 2013.

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Alemanha	----	----	28,6	21,9	22,2	23,4	24,6	19,3	21,4	24,4	24,3	23,7
França	38,5	29,5	25,1	22,5	20,4	22,0	24,0	20,9	21,1	21,3	22,0	21,3
Reino Unido	15,4	14,9	13,6	9,1	10,5	13,9	15,7	15,9	20,4	19,1	16,5	16,7

Fonte: OCDE (2015c). Elaboração própria.

A Alemanha e a França possuem, historicamente, uma maior participação de recursos privados em seus sistemas do que o Reino Unido. Este fato é derivado, primordialmente, da própria estrutura geral de financiamento via contribuições sociais nos

casos alemão e francês. A generalização do sistema de Seguridade Social foi lenta na França, com a parcela pública do financiamento tendo se mantido em torno de 55%, na década de 1950. Após a inclusão de diferentes grupos de trabalhadores no sistema de saúde (item 2.2) e a criação da Caixa específica da saúde (CNAMTS), em 1967, o financiamento público cresceu rapidamente, até atingir cerca de 80% em 1980. A partir da década de 1980, a participação privada voltou a se elevar, principalmente no que concerne a consultas ambulatoriais (35,7%, em 2012), medicamentos (32,9%) e tratamentos dentários e oftalmológicos (mais de 50%). A mesma tendência ocorreu na Alemanha, em que o gasto público cresceu nas décadas de 1960 e 1970, com a inclusão de diferentes grupos sociais (estudantes, artistas, agricultores), e na primeira metade da década de 1990, após a reunificação do país e com a ampliação de benefícios cobertos. Assim, em 1995, o país apresentou a menor participação privada no financiamento da saúde, de 19,3% dos gastos com saúde (Tabela 13), e essa proporção voltou a se elevar, a partir de então (DREES, 2013; BATIFOULIER, 2014; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

Embora a Tabela 13 tenha mostrado a participação privada no financiamento dos sistemas de saúde, cabe apresentar quais as modalidades que compõem o setor privado. Esse detalhamento é exposto na Tabela 14.

Tabela 14: Despesa em saúde, por agente financiador privado (em % do gasto privado total), Alemanha, França e Reino Unido, 2013.

Setor Privado	Alemanha	França	Reino Unido ²
Seguradora Privada	39,2%	65,3%	21,0%
Famílias (Desembolso Direto)	57,0%	31,5%	59,3%
Instituições sem fins lucrativos¹	1,7%	0,0%	21,8%
Outras instituições (não seguradoras)	2,1%	2,8%	0,0%

Fonte: OCDE (2015c).

¹ Os dados referentes às instituições sem fins lucrativos geram polêmica, porque parte importante de seu financiamento advém de recursos públicos. Além disso, normalmente trata-se de hospitais filantrópicos, que atuam como os hospitais públicos, sem que os usuários realizem qualquer desembolso por seu uso. Nesse sentido, sua inclusão como agente privado é controversa.

² Os dados do Reino Unido com relação às instituições sem fins lucrativos não foram calculados pela mesma metodologia da Alemanha e da França. Por isso, não há homogeneidade para comparação e avaliação deste dado. Por sua vez, as informações sobre os gastos com seguros privados e desembolso direto (incluindo copagamento) foram calculadas pela mesma metodologia.

Os gastos privados mais importantes são de dois tipos: o desembolso direto e o seguro privado. No caso dos desembolsos diretos, trata-se de pagamentos realizados pelos usuários do sistema de saúde, em decorrência de seu uso direto. Este tipo de gasto ocorre quando um tratamento ou serviço não é coberto pelo sistema público ou exige a realização

de um co-pagamento. No caso dos seguros privados, os pagamentos são feitos às seguradoras, que cobrem os gastos em saúde.

Conforme apresentado na Tabela 14, a maior parte dos gastos privados, na Alemanha e no Reino Unido, foi de desembolso direto: em 2013, 57% dos gastos privados alemães e 59,3% dos gastos privados britânicos. Na França, por sua vez, o desembolso direto foi responsável por apenas 31,5% dos gastos privados. Em termos de dispêndio privado *per capita*, considerando um ajuste por paridade do poder de compra, o país com maior desembolso direto, em 2013, foi a Alemanha, de US\$ 649 anuais. Na França, o valor *per capita* foi de US\$ 277 e no Reino Unido de US\$ 321 (OCDE, 2015c).

Deve-se destacar, no entanto, conforme abordado no item 3.1.2, que a adesão maciça da população francesa aos seguros privados (cerca de 95%, em 2013) é derivada exatamente dos mecanismos de co-pagamento existentes no sistema, dado que os seguros privados oferecidos têm como função principal cobrir os co-pagamentos (*ticket modérateur*) da Seguridade Social. Ou seja, ao invés de o usuário arcar com o custo do co-pagamento, ele paga um seguro privado que reembolsa o dispêndio. Por conta disso, a França é o único país da Europa Ocidental no qual os desembolsos diretos diminuíram nos anos 1990 e 2000, passando de 13,2% (em 1992) para 9,6% (em 2010) dos recursos totais no sistema de saúde (ANDRÉ e HERMANN, 2009; DREES, 2013).

O Reino Unido apresentou a maior ampliação da participação privada no financiamento do sistema de saúde. Os recursos privados, que correspondiam a somente 3%, em 1960, atingiram 20,4%, em 2000 (Tabela 13). Ao longo da década de 2000, no entanto, houve queda do gasto privado, em decorrência da forte expansão dos recursos públicos, entre 1999 e 2007. Os recursos privados, que financiaram 16,7% do sistema de saúde em 2013, concentram-se principalmente em serviços específicos, como cuidados dentários (20%), testes oftalmológicos (mais de 40%) e algumas terapias complementares, que não são atendidas pelos NHS, e cujo financiamento privado chega a 95% (tratamentos estéticos, quiropraxia, etc.) (KEEN et al, 2001; JURD, 2012; OCDE, 2015c).

No caso da Alemanha, os recursos privados aumentaram sua participação no financiamento da saúde, nas décadas de 1980 e de 2000. No caso da ampliação dos gastos de desembolso direto, o aumento foi decorrente de pagamento por serviços e produtos não incluídos no sistema público, como os tratamentos dentários, e não tanto pelo aumento dos mecanismos de co-pagamento (BUSSE e BLÜMEL, 2014).

A fim de aprofundar a análise da participação privada no financiamento, detalhamos as características do desembolso direto (item 3.1.1) e do seguro privado (item 3.1.2) nos três países estudados.

3.1.1 Pagamento Direto / Co-Pagamento

Os mecanismos de co-pagamento, que já existiam nos três sistemas de saúde (item 2.2), se estenderam a partir da década de 1980, sob a premissa geral de redução dos gastos públicos em saúde e com o pressuposto mais específico de que o mecanismo serviria como uma forma de ampliar a “responsabilidade” do paciente sobre o cuidado com sua saúde. Essa dupla visão fez com que houvesse uma ampliação do co-pagamento e uma redução dos benefícios cujo financiamento era garantido pelo setor público – que passaram a ser avaliados sob critérios de custo-eficiência (THOMSON et al, 2010; STABILE et al, 2013). Isto significa fazer que o desembolso direto se elevou tanto em decorrência do aumento dos co-pagamentos, como pelo pagamento de serviços e produtos que deixaram de ser cobertos pelos sistemas de saúde.

A Tabela 15 resume os principais mecanismos de co-pagamento e seus valores nos três países. A Inglaterra possui valores de co-pagamento mais elevados em medicamentos e cuidados dentários; por outro lado, a país possui diversas isenções para esses co-pagamentos, e não apresenta esse mecanismo para outras necessidades, como consultas e internações hospitalares. Por sua vez, Alemanha e França têm mecanismos de co-pagamento difundidos por todo sistema de saúde.

Tabela 15: Co-pagamento nos sistemas de saúde, Alemanha, França e Reino Unido, 2014.

	Alemanha	França¹	Reino Unido²
Consulta	----	30% (€6,90)	----
Medicamento	€5-10	€ 0,50	£7,20
Cuidados dentários	20% ortodontia	30% (de €5,07 a €83,85)	de £16,50 a £198
Transporte ambulância	€5-10	€ 2	----
Estadia hospitalar	€ 10	€ 18	----

Fonte: Harker (2012); Busse e Blümel (2014); AMELI (2015).

¹ O co-pagamento, na França, é um % do valor da consulta (em 2015, valor da consulta convencionada com a Seguridade Social era de € 23). Caso a consulta seja com o médico responsável pelo paciente (*médecin traitant*) ou um especialista indicado pelo mesmo, o co-pagamento é de 30% (€ 6,90). Caso não haja indicação do médico, o co-pagamento aumenta para 70% (€ 16,10).

² Os valores de co-pagamento apresentados referem-se somente à Inglaterra, em valores de 2012.

Na Alemanha, os tratamentos dentários foram, em 1997/1998, retirados do catálogo de cuidados garantidos para todos aqueles que nasceram depois de 1978. Em 2004, o cuidado dentário foi reinserido, porém sob premissa de contribuição específica de 0,9% paga exclusivamente pelo trabalhador. Ao longo dos anos 2000, foram inseridos novos mecanismos de co-pagamento: reintroduziu-se, em 2004, o co-pagamento para consultas médicas (valor fixo de € 10 por primeira consulta no trimestre, novamente abolida em 2012), houve a criação de um co-pagamento específico para visitas médicas em domicílio e ampliação do co-pagamento sobre medicamentos¹⁹² (THOMSON et al, 2010; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

No caso dos medicamentos, no Reino Unido, o co-pagamento de valor fixo passou de £1 para £7,20 por item (Tabela 15), entre 1980 e 2012. A existência de diversos grupos sociais isentos, no entanto, faz com que os co-pagamentos sobre medicamentos correspondam a uma pequena fonte de recursos, representando, em 2011, apenas 0,5% dos recursos totais do NHS (£450 milhões). Na verdade, desde 1969, as cobranças com serviços dentários¹⁹³ são as que geram maior receita para o governo. No caso destes, embora também existam diversas exceções à cobrança, o co-pagamento, na Inglaterra, varia de £16,50 a £198, a depender da complexidade e do tratamento realizado. No total, os recursos obtidos por meio do co-pagamento representaram 2% dos recursos do NHS. Além disso, em torno de 20% dos gastos dentários é de financiamento totalmente privado, ou seja, via seguro dentário (*health cash plans*) ou pagamento direto (EUROPEAN OBSERVATORY, 1999; KEEN et al, 2001; HARKER, 2012).

Na França, embora o co-pagamento, na forma do *ticket modérateur*, exista desde a implementação do sistema de saúde após a Segunda Guerra Mundial (capítulo 2, item 2.2), o mecanismo apresentou mudanças importantes nas três últimas décadas. Ainda na década de 1980, o co-pagamento, que era de 20% do valor de uma consulta, aumentou para 30%¹⁹⁴. Com relação aos critérios de isenção, em 1981 e 1986, houve uma redução

¹⁹² No caso dos medicamentos, o valor passou a variar a partir de 1994, com o tamanho da caixa de medicamento. O valor relativamente menor para caixas grandes tinha como objetivo fomentar a compra desse tipo de medicamento (BUSSE e BLÜMEL, 2014).

¹⁹³ De acordo com o European Observatory on Health Care Systems (1999), os dentistas são independentes e trabalham no NHS por meio de acordos com as autoridades locais de saúde. Por conta de desavenças referentes ao pagamento, vários dentistas tem diminuído sua inserção no NHS e ampliado sua atuação como dentista privado. Com isso, por conta da maior dificuldade de acesso – e demora – vários pacientes tem, no caso dos cuidados dentários, feito uso do serviço privado.

¹⁹⁴ A região da Alsácia, por seu histórico de constituição de um sistema de seguros de saúde anterior ao restante do país (em um período em que fazia parte do território alemão), conserva especificidades no financiamento de seu sistema de saúde. Assim, o co-pagamento nessa região é de 10% do valor da consulta

da cobertura atrelada ao baixo nível de renda e a isenção para doenças pessoas portadoras de doenças graves (ALD) passou a ser limitada a cuidados associados diretamente com a doença em questão¹⁹⁵. Além disso, em 1983, o governo criou um co-pagamento de € 3 por dia de internação hospitalar (*forfait journalier hospitalier*), que se elevou ao longo das reformas, sendo, em 2014, de € 18 por dia. Ainda assim, o co-pagamento permaneceu mais elevado principalmente sobre os cuidados dentários e oftalmológicos, sendo, em média, de 40% (KERLEAU, 2007; TABUTEAU, 2013; BATIFOULIER, 2014).

A elevação do co-pagamento sobre consultas e o surgimento de novas co-participações induziram a uma ampliação dos franceses com seguro complementar (abordado no item 3.1.2). A fim de evitar que a população de baixa renda tivesse que arcar com os custos cada vez mais elevados dos co-pagamentos, o governo francês criou a CMU-C (como visto no capítulo 2, item 2.4.5), permitindo que a população sem recursos suficientes para arcar com o pagamento de um seguro complementar pudesse obtê-lo gratuitamente (BATIFOULIER et al, 2007).

Na Alemanha e no Reino Unido, apesar de não ter sido criada uma inovação como a francesa, as isenções do co-pagamento são um elemento importante a fim de não prejudicar parcelas da população consideradas mais frágeis. No Reino Unido, dados de 2003 apontavam que 60% da população era isenta do co-pagamento de medicamentos, o que atingia mais de 80% de todas as prescrições realizadas. No caso de cuidados dentários, o co-pagamento também é isento para a população de baixa renda, crianças e mulheres grávidas. Além disso, determinou-se, em 2008, que o ritmo de expansão do valor do co-pagamento – para todos os usuários – não poderia ultrapassar o ritmo de expansão inflacionário. Na Alemanha, em 2003, quase metade de todas as prescrições de medicamento foram isentas de co-pagamento. No entanto, a reforma de 2004 retirou a isenção automática para as pessoas de baixa renda¹⁹⁶ e para algumas condições de saúde, reduzindo a parcela de prescrições isentas para 29%, nesse mesmo ano (TUOHY et al, 2004; THOMSON et al, 2010; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

desde 1945, sem alteração nas últimas décadas. Além disso, os gastos hospitalares não possuem qualquer forma de co-pagamento (BRAS e TABUTEAU, 2012; BATIFOULIER, 2014).

¹⁹⁵ Os pacientes portadores de doenças graves, como tuberculose, câncer, doença de Parkinson e Alzheimer, correspondiam, em 2014, a 8,6 milhões de pessoas ou 15% dos segurados da Seguridade Social. Ao mesmo tempo, representavam cerca de 60% de todos os dispêndios do sistema (BATIFOULIER, 2014).

¹⁹⁶ A isenção, que existia para todas as famílias que possuíam uma renda *per capita* abaixo de determinado valor foi substituída por uma regra, segundo a qual a isenção existe se os gastos com medicamentos superam em 2% a renda bruta mensal do indivíduo e em 1% para indivíduos com doenças crônicas graves (BÖCKMANN, 2009; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

Além das isenções, há tentativas recentes de utilizar o co-pagamento enquanto um instrumento para direcionar o uso do sistema de forma considerada mais racional – não pela escolha do indivíduo, mas pelos estudos dentro do setor de saúde. Um exemplo disso é a diferenciação de co-pagamento no sistema francês dependendo do médico acessado, implementada em 2004. A reforma de 2004 criou a figura do médico de referência (*médecin traitant*). O objetivo era que ele atuasse como uma porta de entrada ao sistema, com os pacientes podendo escolher quem seria seu *médecin traitant*, mas devendo sempre consultá-lo primeiramente. Caberia a este profissional encaminhar a outro, em caso de necessidade. A consulta ao médico de referência envolve um co-pagamento de 30% do valor da consulta – com relação ao valor convencionado pela Seguridade Social. Caso o paciente consulte outro médico especialista, sem encaminhamento prévio, teria que arcar com um co-pagamento mais elevado, de 40% do valor da consulta. Este valor foi elevado para 50%, em 2007, e para 70%, em 2009¹⁹⁷ (DUVAL, 2007; DA SILVA e GADREAU, 2015).

A Alemanha também instaurou um co-pagamento com uma lógica semelhante, em 2004. Inicialmente, qualquer “primeira consulta” em um trimestre envolvia o co-pagamento de € 10. A partir desta consulta, as demais no trimestre só deveriam realizar o co-pagamento se não fossem referenciadas pelo médico “porta de entrada” no sistema (*Hausaerzte*). A partir de 2007, o governo extinguiu o co-pagamento para a primeira consulta, desde que realizada com seu clínico geral ou referenciada pelo mesmo e, em 2012, o co-pagamento para consultas foi totalmente abolido novamente (NEWMAN e KUHLMANN, 2007; THOMSON et al, 2010).

Além do co-pagamento, os sistemas de saúde possuem outras formas de desembolso direto por parte dos pacientes. No Reino Unido, os desembolsos diretos não vinculados a co-pagamentos estão relacionados principalmente à redução dos medicamentos cobertos pelo sistema público (saem da lista de prescrições autorizadas a serem cobertas pelo sistema). Já no caso francês, é importante explicitar que não são todos os mecanismos de co-pagamento existentes no sistema que podem ser reembolsados via seguro privado. A priori, todos os cuidados obtidos no sistema de saúde envolvem desembolso direto por parte dos pacientes, que são, posteriormente, reembolsados pela Seguridade Social e, no caso do *ticket modérateur*, por algum seguro complementar.

¹⁹⁷ No caso dos pacientes isentos de co-pagamento, como os possuidores do CMU-C e os que possuem doenças graves, o cumprimento do percurso de acesso ao sistema é obrigatório, sob o risco de perder o direito à gratuidade plena.

Ainda assim, nos anos 2000, foram desenvolvidos mecanismos que não são reembolsados, ficando, definitivamente, sob responsabilidade (e custo) do paciente. Na reforma *Douste Blazy*, de 2004, foi criado o *forfait* de €1 por consulta médica. Em 2008, este mecanismo não reembolsado foi expandido, com valor de €1 para exame radiológico ou de laboratório, € 0,50 por medicamento e € 2 por transporte de ambulância e atos paramédicos. No entanto, foi definido um teto para todos esses pagamentos não reembolsáveis, de € 4 por dia e € 50 por ano de despesas. Acima desses valores, os atos voltam a ser reembolsados pela Seguridade Social (BATIFOULIER, 2014).

3.1.2 Seguro Privado

Os seguros de saúde privados podem ter papéis bem distintos em cada país, como ocorre no caso dos três países estudados. Eles podem ser substitutos (como na Alemanha, em que a população com maior renda pode optar pela adoção do seguro social ou privado); complementares (como na França, em que o seguro privado financia os custos não cobertos pela Seguridade Social, e em menor proporção no caso alemão) ou suplementares (em que cobre cuidados não fornecidos pelo setor público ou a fim de acessar leitos privados, evitando filas, como ocorre no Reino Unido) (MOSSIALOS e THOMSON, 2004; DAIN e JANOWITZER, 2006).

Assim como o co-pagamento existia muito antes da crise de 1970, o seguro privado também era parte desses sistemas de saúde. A Alemanha e a França se destacam por possuírem mecanismos que tornaram a presença do seguro privado parte do sistema de saúde. No caso alemão, a existência de adesão compulsória ao seguro privado para os funcionários públicos. No caso francês, ao vincular os mecanismos de co-pagamento com a cobertura pelas seguradoras privadas e, mais recentemente, ao tornar compulsória a oferta do seguro complementar pelas empresas com mais de 100 funcionários¹⁹⁸.

Até a década de 1970, o seguro privado era predominantemente organizado na forma de seguradoras mútuas: instituições geridas por representantes dos próprios trabalhadores e sem fins lucrativos. No entanto, a partir dos anos 1980, seguradoras

¹⁹⁸ Essa obrigatoriedade foi aprovada em janeiro de 2013, via *Accord National Interprofessionnel*. O acordo determina que é obrigatório, por parte das empresas com mais de 100 funcionários, a garantia de um seguro complementar aos seus funcionários, financiando 50% do benefício, o que deve ser implementado até janeiro de 2016. Dentro dessa lógica, o seguro complementar “voluntário” perdeu sua essência e se tornou, oficialmente, parte integrante do sistema de saúde (BATIFOULIER, 2014).

privadas e fundos de pensão ingressaram no setor, na França e no Reino Unido. No caso francês, as *mutuelles*, que geriam todos os seguros privados no começo dos anos 1980, correspondiam, em 2014, a pouco mais de 53% (com participação das seguradoras de 27,4% e dos fundos de pensão de 19,3%, ambos em ritmo de expansão)¹⁹⁹ (DREES, 2015). A mesma tendência pode ser observada no Reino Unido. Enquanto na década de 1980, as seguradoras mútuas possuíam mais de 80% do mercado – com destaque para a British United Provident Association (BUPA), que tinha quase 60% do mercado –, nos anos 1990, seguradoras privadas entraram no mercado, inclusive mediante aquisição de seguradoras mútuas (como a compra da PPP Healthcare, segunda maior seguradora no final da década de 1990, pela Axa). Com isso, em 2000, metade do mercado já era de seguradoras privadas lucrativas (MAYNARD, 1986; KEEN et al, 2001).

Na França, conforme abordado no item 3.1.1, o aumento dos mecanismos de co-pagamento induziu à ampliação do seguro privado complementar. Em 1980, 72% da população francesa possuía seguro complementar a fim de cobrir os gastos com co-pagamentos; em 1995, a proporção era de 85%. Em 2003, conforme explicitado no item anterior, o governo criou um mecanismo de isenção do co-pagamento para a população mais pobre, a CMU-C. Com isso, entre 1995 e 2013, a população com seguro complementar passou de 85% para 95% (LANCRY, 1995; TABUTEAU, 2013). Cabe ressaltar, no entanto, que a CMU-C não garante equidade no acesso para a população mais pobre. Como parte dos profissionais de saúde atua fora do contrato com a Seguridade Social, eles cobram valores mais elevados (*dépassements d'honoraires*) e recusam o atendimento de “pacientes CMU e CMU-C”²⁰⁰ (BATIFOULIER, 2014).

Na Alemanha e no Reino Unido, a parcela da população com seguro privado é muito menor do que no caso francês, tendo em vista os objetivos diferentes da obtenção do seguro. Em ambos os países, houve um forte aumento da população com seguro privado ao longo da década de 1980, com relativa estabilidade nos anos 1990 e 2000.

No Reino Unido, como toda a população é automaticamente coberta pelo sistema público²⁰¹, independentemente de sua condição financeira e empregatícia, o seguro

¹⁹⁹ “Todas as empresas [francesas] de seguro (cerca de 150) são regidas pela autoridade e pela supervisão do Diretório Financeiro do Ministro de Economia e Finanças” (DAIN e JANOWITZER, 2006, p. 43).

²⁰⁰ Na cidade de Paris, estima-se que 25% dos médicos recusam o atendimento a pacientes CMU-C, especialmente os médicos especialistas e os dentistas (BATIFOULIER, 2014).

²⁰¹ Essa cobertura automática está passando por um processo de transformação. Até 2012, a garantia de acesso à saúde era explícita a todos os moradores (legais) do território inglês em todas as legislações referentes ao NHS; a partir da legislação de 2012, a garantia de acesso à saúde passou a estar vinculada diretamente a presença nas listas dos *Clinical Commissioning Groups* (CCGs). Isto significa dizer que pessoas que por quaisquer motivos – desconhecimento, falta de acesso, condições de indigência, etc. – não

privado financia atendimentos externos ao NHS, em hospitais privados, procurados pela população de mais alta renda ou para procedimentos não cobertos pelo NHS²⁰² (cirurgia plástica estética, por exemplo). Além disso, seguros privados são utilizados a fim de acessar leitos privados existentes nos hospitais públicos (KEEN et al, 2001).

Ao longo da década de 1980, o setor de seguros privados cresceu no Reino Unido, ampliando a parcela da população com seguro privado de 6,4% (1980) para 11,7% (1990). Esse aumento decorreu de vários fatores: crescente asfixia de recursos ao setor público, gerando maior espaço para o privado; crescimento da visão dos indivíduos enquanto “consumidores” demandando maior escolha; aumento da classe média com acesso facilitado pelo empregador a seguros privados; incentivo do governo, que introduziu isenções fiscais para empresas que pagassem seguros privados para trabalhadores com renda anual de até £8.500 ao ano; maior liberdade dos médicos atuarem no setor privado, impulsionando-os a estimular seus pacientes a pagarem, principalmente, quando precisassem de cirurgias eletivas. Por sua vez, ao longo da década de 1990, a proporção da população com seguro privado manteve-se estagnada – o mesmo ocorrendo na década de 2000, até com pequeno decréscimo, sendo de 10,4% em 2008 (WEBSTER, 1998; KLEIN, 2001; OHE, 2013).

No sistema alemão, o seguro privado é principalmente substituto, ou seja, aqueles que optam pelo seguro privado não estão vinculados ao seguro social (BÖCKMANN, 2009). Entre 1975 e 2012, a parcela da população plenamente coberta pelo seguro privado ampliou-se de 6,9% (4,2 milhões) para 11% (9 milhões). Esta elevação está relacionada tanto à incorporação da Alemanha Oriental ao sistema, a partir de 1990, quanto a variações nas taxas de contribuição – para solteiros, com salários elevados e sem problemas de saúde, a contribuição era, muitas vezes, mais baixa nas Caixas privadas do que nas estatutárias. Por outro lado, os 11% da população com seguro privado é um percentual relativamente estável, desde os anos 1990. De forma geral, afora os funcionários públicos (que são cerca de metade dos segurados privados), apenas os solteiros ou casais sem filhos com alta renda adotam esse mecanismo, dado que, enquanto o seguro público cobre automaticamente todos os membros da família, sem custo adicional, o seguro privado cobra um adicional por dependente. Além disso, o seguro

estejam em alguma lista, não tem garantia de acesso ao atendimento de saúde. Dado a polêmica em torno dessa mudança, até 2014, ela não foi de fato implementada (MAYS, 2014).

²⁰² De acordo com dados de 2000, 80% dos tratamentos realizados em clínicas e hospitais privados eram financiados via seguro privado (KEEN et al, 2001).

privado pode não aceitar a adesão de pessoas com problemas de saúde prévios. Nesse sentido, desenvolveu-se ao longo do tempo uma “seleção” dos pacientes dos seguros privados, que se concentram entre os jovens ricos e saudáveis (GIOVANELLA, 2001; BUSSE e WÖRZ, 2004; GEISLER et al, 2011; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

As seguradoras alemãs atuam majoritariamente – cerca de $\frac{3}{4}$ de seus ganhos – como seguradoras privadas substitutas, em que o segurado tem todos os seus dispêndios cobertos pelos seguros privados. Apenas $\frac{1}{4}$ da renda é derivada da atuação que possuem como seguradoras complementares, cobrindo os gastos não cobertos pelo seguro social (como no modelo francês) e que, neste caso, é aberto a todos os cidadãos que quiserem adquirir, independentemente da renda que possuam²⁰³. Somando à parcela da população de alta renda que opta pelo seguro privado (11%) com esta modalidade complementar, tem-se 17,5% dos alemães com alguma forma de seguro privado (PARIS et al, 2010; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

Em 2008, duas importantes mudanças foram implementadas no sistema que afetaram tanto o seguro social como o privado: todo cidadão passou a estar obrigado a estar filiado a algum tipo de seguro – obrigação que não existia antes para os trabalhadores de alta renda. Além disso, determinou-se que aqueles que optarem pelo seguro privado não podem retornar ao público, após atingirem 55 anos (STABILE et al, 2013). Esta mudança aprofundou um forte diferencial do sistema alemão: diferente do britânico e do francês, o financiamento privado é segmentado, e não concorrente, com relação ao público. Os indivíduos que optam pelo privado têm todo acesso aos cuidados de saúde financiados por ele.

Nos três sistemas, podemos destacar que a relativa ampliação dos mecanismos de seguro privado de saúde impulsionou a presença de seguradoras privadas com fins lucrativos, indicando não só a ampliação de financiamento privado nos sistemas, mas também a maior participação de instituições de caráter lucrativo, ou seja, no sentido mercantilizante identificado neste estudo. Ainda assim, é importante que se explicita que a conservação da lógica pública geral de financiamento dos três sistemas de saúde – seja via impostos e/ou contribuições sociais – limita a ampliação de forma mais profunda dos seguros privados de saúde.

²⁰³ A participação das seguradoras privadas enquanto seguro complementar é relevante para os cuidados dentários e oftalmológicos (PALIER, 2010b).

3.2 MERCANTILIZAÇÃO EXPLÍCITA: OFERTA

A oferta de serviços de saúde é realizada por prestadores de serviço tanto públicos como privados (filantrópicos ou lucrativos²⁰⁴) nos sistemas públicos de saúde, após a Segunda Guerra Mundial. Nos três países estudados, os clínicos gerais mantiveram-se como profissionais liberais, atuando em consultórios privados e contratados pelo sistema público para ofertar seus serviços nos sistemas. No que diz respeito ao sistema hospitalar, enquanto o britânico estatizou sua rede de hospitais no pós-guerra, a Alemanha e a França mantiveram maior presença de hospitais privados (MAARSE, 2006).

Ainda assim, a participação privada tornou-se, de diversas formas, crescente com as reformas implementadas, a partir dos anos 1980. No Reino Unido, o que houve inicialmente foi o crescimento do setor privado na realização de serviços auxiliares (item 3.2.1). Na década de 1990, essa presença se expandiu com a utilização de recursos privados para financiar obras hospitalares (item 3.3.1) e, nos anos 2000, com a crescente contratação de instituições privadas para prestar serviços ao NHS (item 3.2.3), assim como alguns casos de terceirização da gestão de hospitais públicos (item 3.2.4). No caso francês e, principalmente, alemão, destaca-se a ampliação da participação privada assumindo instituições públicas, com a privatização de hospitais (item 3.2.5), que foi acompanhada de forte concentração do setor, com fusões entre instituições públicas e entre privadas (item 3.2.6).

Schulten e Böhlke (2012) comparam hospitais de diversos países europeus, com distintas estruturas de propriedade (público, privado e privado sem fins lucrativos), e apontam que as mudanças às quais foram expostos nas últimas décadas seguem uma mesma direção, com “[...] grandes mudanças organizacionais, derivadas de mudanças de propriedade, cooperação com parceiros privados ou fusões” (p. 89). Nesse processo, a crescente participação privada ocorreu, mas não foi homogênea. A ampliação da presença ocorreu em segmentos que proporcionam maior lucratividade, nos cuidados ambulatoriais e hospitalares de baixo risco e custo. Coube, assim, ao setor público preservar sua responsabilidade sobre hospitais que assumem os cuidados mais custosos e complexos – o que ajuda a compreender seus custos mais elevados (BELLANGER, 2004; BATIFOULIER, 2015).

²⁰⁴ Cabe apontar que os hospitais privados filantrópicos são instituições sem fins lucrativos e, de forma geral, remanescentes do período anterior à constituição dos sistemas públicos de saúde do pós-guerra. Nesse sentido, a mercantilização não está associada a essas instituições, mas sim aos hospitais privados lucrativos.

Além do setor hospitalar, outros setores considerados lucrativos passaram a ter crescente presença de agentes privados, como no caso dos tratamentos dentários. O caso dos cuidados dentários é bastante explícito dessa tendência, alimentada pela ampliação do co-pagamento dentro dos sistemas públicos (nos três países) e mesmo pela exclusão da lista de tratamentos garantidos no sistema público (como, durante alguns anos, na Alemanha). Nesse sentido, no que tange aos tratamentos dentários, tanto o financiamento quanto a provisão de serviços tornaram-se mais privados. Este mesmo movimento também afetou os tratamentos em domicílio, seja no pós-operatório, seja atrelado a doenças e condições crônicas (POULLIER e SANDIER, 2000; KEEN et al, 2001; MAARSE, 2006).

Cabe explicitar que a ampliação da mercantilização não ocorreu com a mesma profundidade em todos os países estudados, e as ênfases das mudanças, no que tange aos prestadores de serviço, são distintas. Saltman et al (2002) defendem que, ao se observar as reformas realizadas, os países que mais aprofundaram a incorporação de uma lógica de mercado no funcionamento de suas instituições (mercantilização implícita) passaram por menor transferência de propriedade pública para o setor privado (mercantilização explícita). Ao analisar as mudanças nos três países estudados, podemos verificar o quanto o aprofundamento da mercantilização na oferta dos serviços ocorreu de formas e intensidades diferentes.

3.2.1 Terceirização de Serviços Auxiliares

A terceirização de funções correlatas se assenta sobre a premissa de que, ao contratar outras empresas para a realização de serviços que não são o foco da instituição, isso permite à entidade se concentrar em sua atividade-fim, possibilitando ganhos de eficiência pela especialização do serviço prestado (tanto da terceirizada como da instituição contratante). Esta lógica foi incorporada nas reformas realizadas nos sistemas de saúde europeus, já a partir dos anos 1980, no setor hospitalar. A terceirização ocorreu, inicialmente, na contratação de serviços privados para realização de atividades não diretamente relacionadas ao cuidado médico, como os de lavanderia, alimentação, limpeza, segurança e diferentes serviços administrativos (MAARSE, 2006; ANDRÉ e HERMANN, 2009).

Na Alemanha e na França, os indícios de terceirização são pequenos, ainda que presentes. No caso alemão, a prática não é proibida e não causa grande controvérsia em termos de debate público. Ainda assim, a maior parte dos *Länder* autorizam hospitais privados vinculados a sua rede de atendimento a terceirizarem os serviços auxiliares, mas não os hospitais públicos – ainda que a prática exista, principalmente no que diz respeito aos serviços de limpeza e manutenção, cujos postos de trabalho no sistema declinaram ao longo da década de 1990. No caso francês, há aumento da terceirização, mas em alguns casos, como os serviços de *catering*, está limitada às instituições privadas que fazem parte da rede de oferta do sistema de saúde. No entanto, os serviços de segurança, lavanderia, manutenção de equipamentos e informática apresentam crescente terceirização, mesmo nos hospitais públicos e filantrópicos (MARRIOTT et al, 1998; EUROPEAN COMMISSION, 2013; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

Já no Reino Unido, a terceirização foi muito mais profunda, iniciando-se no começo da década de 1980 (conforme apresentado no item 2.4.6). O Departamento de Saúde emitiu, em 1983, uma circular (*NHS support services – Contracting Out*) instruindo todas as autoridades de saúde à abertura para a concorrência nos setores de limpeza, lavanderia e *catering*, incluindo detalhes sobre procedimentos a serem seguidos e acompanhamento direto do processo pela instituição (WEBSTER, 1998; KLEIN, 2001). Este processo foi aprofundado em 1988, com o *Health and Medicines Act*, que permitiu a expansão da renda privada – desde o aumento de estacionamentos pagos até a ampliação de leitos para pacientes privados – “desde que não prejudicasse pacientes do NHS”²⁰⁵ (LE GRAND et al, 1998, p. 4).

A terceirização dos serviços não clínicos reduziu este tipo de colocação no quadro de funcionários próprios do NHS, passando de 260.000 para 157.000, entre 1981 e 1990. Este processo gerou uma redução de custos, estimada entre 10 a 20%, decorrente, principalmente, do fato de que os empregos terceirizados ganhavam salários (em torno de 20%) e benefícios menores do que os trabalhadores do NHS. Após o início da implementação dos projetos de parceria público-privado para financiamento de novos hospitais (abordado no item 3.3.1), em 1997, a terceirização dos serviços não clínicos tornou-se norma, com contratação por parte do consórcio responsável pelo financiamento e execução da obra (SALTMAN et al, 2002; POLLOCK, 2005). Além disso, a

²⁰⁵ Houve abertura de espaço para restaurantes e lanchonetes privadas, assim como a cobrança de toda estrutura que não fosse explicitamente relacionada ao cuidado – do estacionamento ao uso do telefone e da televisão dos quartos (POLLOCK, 2005).

terceirização foi ampliada no início dos anos 1990, com a contratualização de serviços expandindo-se para análise clínica e laboratorial de exames (ANDRÉ e HERMANN, 2009).

3.2.2 Atendimento de Pacientes Privados na Estrutura Pública de Atendimento

Nos três países estudados, o uso de recursos privados é um mecanismo de acesso aos serviços de saúde. No sistema francês (conforme já apresentado no capítulo 2, item 2.2), a Seguridade Social financia a maior parte do acesso ao sistema, seguida das seguradoras privadas complementares e de uma parcela de desembolso direto não reembolsado. A soma dos recursos permite acessar toda a rede de atendimento, o que envolve instituições públicas e privadas (filantrópicas e lucrativas). Não existe, no caso francês, acesso ao sistema financiado exclusivamente de forma privada; sendo assim, a ideia de um paciente privado utilizando-se da rede pública não faz sentido. Já no caso alemão, embora exista segmentação entre o financiamento público e o privado – reflexo dos pacientes vinculados aos seguros sociais e aos privados –, o acesso aos prestadores de serviço é conjunto. Ou seja, tanto os pacientes “públicos” como os “privados” acessam a rede hospitalar como um todo: pública, filantrópica e privada.

No Reino Unido, a situação é bastante distinta. Desde a criação do NHS, um dos pontos polêmicos foi exatamente a possibilidade de atendimento na estrutura pública de pacientes com seguros privados ou realizando desembolso direto, por médicos contratados pelo NHS (item 3.1). Como decorrência da forte pressão dos médicos e do posicionamento favorável do partido Conservador, na própria implementação do NHS foi aberta a possibilidade de os médicos contratados em tempo parcial utilizarem suas horas vagas para atendimentos de pacientes privados, inclusive utilizando a estrutura de atendimento pública²⁰⁶. A justificativa era permitir ao paciente pagante o direito de ser atendido pelo médico de sua escolha, em um quarto privado. No entanto, isso possibilitou a formação de um sistema dual, no qual se constituiu uma relação entre o pagamento e o mais rápido acesso ao leito (KLEIN, 2001; POLLOCK, 2005).

Ainda assim, a existência de restrições fez com que, entre as décadas de 1950 e 1970, somente cerca de 1% dos leitos de todos os hospitais fosse destinado a pacientes

²⁰⁶ Os hospitais universitários possuíam uma cláusula específica que permitia a reserva de 1,3% dos leitos a pacientes privados (POLLOCK, 2005).

privados. Em 1976, o partido Trabalhista, então no poder, tentou extinguir essa prática – o que culminou, entre 1976 e 1979, na redução dos leitos privados de 4.000 para 2.800, dentro do NHS. Na década de 1980, a pressão para obtenção de mais recursos impulsionou a ampliação desse atendimento, aumentando para 3% dos leitos no sistema²⁰⁷ – principalmente em regiões com maior proporção de pessoas com planos privados, como em Londres –, além de permitir que também os médicos contratados em dedicação integral atendessem pacientes privados (condicionado a que não superasse 10% de seus rendimentos). Além disso, desde o início dos anos 1990, existiam também leitos privados derivados da construção de unidades privadas de atendimento dentro do terreno de instituições do NHS – ainda que tenha se constituído em um arranjo pouco frequente (KEEN et al, 2001; KLEIN, 2001; POLLOCK, 2005).

A partir de 2002, com a conversão dos hospitais em *foundation trusts* (abordado no item 3.4.2), aumentou a pressão para atendimentos dos pacientes privados no NHS. O governo determinou que o atendimento privado estaria condicionado a não ampliar sua participação nos leitos, frente a participação existentes antes da transformação em *foundation trusts*, e com uma limitação de 2% da renda obtida com pacientes privados. A maior mudança ocorreu na *Health and Social Care Act*, de 2012, que estabeleceu que os hospitais *foundation trusts* poderiam obter até 49% de sua renda por meio de fontes privadas²⁰⁸ (ALLEN, 2013; POWELL e MILLER, 2013).

3.2.3 Incorporação do Setor Privado na Oferta de Serviços

O aumento da contratação de instituições privadas na oferta dos serviços é perceptível ao longo das reformas. Esse fenômeno é mais explícito na oferta de serviços hospitalares, mas também presente em novas formas de prestação de serviços privados ambulatoriais e em pequenas unidades clínicas de atendimentos específicos²⁰⁹.

²⁰⁷ Sendo 1.300 leitos em unidades separadas do restante do hospital (*Private Patient Units*) e com acomodações superiores as demais (POLLOCK, 2005).

²⁰⁸ Os termos da *Health and Social Care Act*, de 2012, são bastante ambíguos: na seção 164, determina-se apenas que a renda obtida na prestação de serviços para o sistema público de saúde deve ser maior do que de qualquer outra fonte (REINO UNIDO, 2012). A polêmica em torno dessa seção e os indícios de uma forte elevação do atendimento de pacientes privados (FINANCIAL TIMES, 2013) fez com que possíveis emendas venham sendo debatidas, sem uma decisão definitiva até o início de 2016.

²⁰⁹ Embora sempre tenham existido, ampliaram sua presença, tendo em vista as mudanças tecnológicas no setor, que possibilitaram o aumento de serviços fora da estrutura hospitalar. No entanto sua expansão só pode ser plenamente compreendida levando-se em consideração o fato de que: “eles sempre foram parte do

Nos três países, grandes grupos privados, cuja atuação vem se expandindo com a aquisição de instituições públicas (item 3.2.5) e/ou diferentes formas de fusões entre elas (item 3.2.6), tem na participação junto aos sistemas públicos de saúde parte importante de sua estratégia de atuação – movimento explicitado por empresas como a Capio (sueca), BUPA (inglesa) e Fresenius (alemã) (LEHTBRIDGE, 2011). Neste processo, estas companhias se aproveitaram de mudanças legais tanto em seus países de origem como no restante da Europa – e do mundo – para expandir sua atuação, tendo nas parcerias público-privado (item 3.3.1) uma das formas mais seguras de expandir sua lucratividade sem aumentar de forma significativa seus riscos.

No Reino Unido, o setor privado já era contratado para prestações de serviços junto ao NHS, mas, até a década de 1990, este fenômeno ocorria de forma *ad hoc*. Esta situação passou por uma importante transformação nos anos 2000, com a implementação de um acordo (Concordata), que previa a possibilidade dos *NHS hospitals trusts* contratarem provedores privados locais, para realização de cirurgias eletivas e cuidados intermediários. Este processo foi ampliado em 2003, com a criação do programa *Independent Sector Treatment Centre* (ISTC). A justificativa inicial era que o ISTC permitiria uma ampliação na gama de escolha dos pacientes, além da redução na fila de espera por cirurgias eletivas²¹⁰. O setor recebeu, com isso, crescente prioridade de contratação por parte do Departamento de Saúde, com recursos do orçamento do NHS sendo realocados para os *Diagnostic and Treatment Centres* (DTCs)²¹¹. Inicialmente, os DTCs recebiam recursos mais elevados do que a tarifa nacional dos serviços prestados,

cenário hospitalar, mas o que é novo é que sua criação é agora encorajada pelos governos” (MAARSE e NORMAND, 2009, p. 110).

²¹⁰ No entanto, pode-se argumentar que: “o real propósito do programa de ISTC pode ser visto em retrospectiva em ter usado a preocupação pública com relação às filas de espera para quebrar o tabu prévio frente à introdução de empresas privadas na provisão de cuidados clínicos no NHS” (HERMANN, 2010, p. 134).

²¹¹ Os DTCs eram instituições privadas que poderiam vir de qualquer país – dentre os cinco primeiros a serem contratados junto ao NHS, dois eram ingleses, um canadense, um norte-americano e um sul-africano. Os contratos iniciais dos DTCs eram de duração de 5 anos, contendo duas cláusulas controversas: primeiro, a definição de uma renda mínima garantida para os provedores, independente do volume de serviços prestados. Segundo, os contratos contavam com uma cláusula de “adicionalidade”, que obrigava que o pessoal contratado pelos DTCs fosse externo ao já existente no NHS. A partir de 2005, ambas as cláusulas foram modificadas, sendo a última revogada – permitindo, com isso, que os trabalhadores do NHS passassem a atuar nos DTCs fora das suas horas contratualizadas junto ao sistema público. Com relação à renda mínima, esta foi mantida, porém só no que concerne a serviços de fato prestados pelos DTCs, tendo em vista que dados do Departamento de Saúde mostravam que 85% das atividades de cirurgias eletivas pagas foram de fato realizadas e apenas 25% dos serviços de diagnóstico. Além disso, esse descompasso entre os pagamentos feitos e os tratamentos realmente realizados teria induzido, em algumas regiões, os médicos a enviarem compulsoriamente seus pacientes para os respectivos DTCs locais (LISTER, 2008; HERMANN, 2010; MAYS et al, 2011).

vide a justificativa de lidar com os “custos de entrada no mercado”. Em 2012, hospitais privados DTCs foram incluídos, de forma compulsória, entre as escolhas dos pacientes. Todo paciente pode, a partir de então, escolher dentre cinco hospitais para tratamento, sempre incluindo ao menos um DTC (HERMANN, 2010; MAYS et al, 2011; POWELL e MILLER, 2013).

No caso francês, a grande mudança ocorreu com a reforma de 2004 (*loi Mattei*). Ela extinguiu a especificidade do conceito de serviço público hospitalar para cumprimento das missões de saúde, como metas de vacinação, que antes só podiam ser realizadas em hospitais públicos ou filantrópicos. Junto com o fim do conceito, criaram-se as Agências Regionais de Saúde (ARS), que tinham autonomia para contratar serviços (a fim de cumprir as missões de saúde) em hospitais públicos, filantrópicos ou privados. O setor privado ganhou maior espaço no sistema, tendo em vista a perspectiva de que a contratualização de instituições privadas permitiria um maior atendimento das necessidades de saúde. Este mecanismo foi mais utilizado pelas ARS de *Caen* e *Sud Francilien*²¹² (DEWULF e WRIGHT, 2009; TABUTEAU, 2013).

Na Alemanha, a situação é um pouco distinta. Há uma grande rede de hospitais (públicos e filantrópicos) para atendimento dos pacientes que fazem parte do sistema de seguros sociais, com pequenas filas de espera. A esfera local (*Länder*) tem autonomia para creditar, na oferta dos serviços de saúde do sistema público, qualquer tipo de hospital – público, filantrópico ou privado lucrativo –, repassando recursos de acordo com seu planejamento hospitalar regional (*Krankenhausplan*). A contratação de grandes instituições privadas foi utilizada em alguns *Länder*, principalmente junto a Rhön Klinikum e a Fresenius, para construção e operacionalização de hospitais dentro do planejamento regional, com remuneração de acordo com a quantidade de pacientes do seguro social atendidos (DEWULF e WRIGHT, 2009; MAARSE e NORMAND, 2009).

3.2.4 Gestão Privada de Instituições Públicas

A contratação de gestores privados por hospitais públicos instituiu-se como uma prática explícita de participação privada dentro das premissas do *new public management*

²¹² A partir de 2012, o governo François Hollande reestabeleceu o conceito de “serviço público hospitalar” – explicitado em um relatório de março de 2013, intitulado “*Le pacte de confiance pour l’hôpital*” – e de prioridade à contratação de instituições públicas. No entanto, a contratualização junto ao setor privado não foi, de fato, proibida (TABUTEAU, 2013).

(analisado no item 3.4.1). Na França, esta prática não está presente porque ela é legalmente interdita – ou seja, os hospitais públicos não podem ser geridos por instituições privadas (BATIFOULIER, 2014).

Na Alemanha, por sua vez, restrições dessa natureza também existiam. No entanto, no início dos anos 2000, a estrutura legal dos hospitais foi modificada, permitindo a contratualização de instituições privadas para gerirem hospitais públicos. A partir disso, diversos hospitais terceirizaram sua gestão estratégica e operacional junto a outros hospitais privados ou a empresas de consultoria. Não há dados oficiais sobre a extensão desse processo, mas destacamos o caso da empresa *Sana Kliniken-Gesellschaft*, que era, em 2003, a principal empresa gestora de hospitais públicos, com contratos em 41 hospitais, somando mais de 12 mil leitos – além de possuir hospitais privados próprios (BUSSE e WÖRZ, 2004; MAARSE, 2006).

No caso inglês, inicialmente, esta prática não se disseminou dentre os hospitais. Ao longo da década de 1990, ao invés de contratarem gestores privados, os hospitais passaram por um processo crescente de incorporação da lógica privada de atuação – até sua transformação em *foundation trusts*, a partir de 2002 (item 3.4.2). No entanto, uma vez convertidos em *foundations*, alguns hospitais optaram pela contratação de gestão privada (com ocorrência, no entanto, de rescisão de contratos por má gestão²¹³). Além disso, no setor ambulatorial, o governo permitiu, a partir de 2005, que o setor privado passasse a gerenciar centros de saúde, os *NHS Health Centres*, em suas diversas modalidades (*GP-led Health Centres*, *walk-in centres*, *GP Surgeries*). Em 2009, já existiam 23 instituições privadas com fins lucrativos gerenciando 227 *health centres* e *GP surgeries*. Embora a maioria seja gerenciada por clínicos gerais, aos menos duas grandes instituições privadas (Care UK e Assura) gerenciavam 12 *health centres* cada uma (LISTER, 2008, 2010; DAVIDSON e EVANS, 2010).

²¹³ Como no caso do hospital Good Hope Hospital Trust, que contratou a empresa Secta, em 2003, mas o contrato foi rompido antes do prazo, por iniciativa da Secta. A primeira experiência efetiva, com o estabelecimento de um contrato de gestão de longo prazo, ocorreu com o Hinchingsbrooke Hospital, cuja gestão foi assumida pela Circle Health em 2012 – decisão tomada a partir de uma seleção final de três instituições (Circle Health; a australiana Ramsay Health Care; e Serco), todas sem experiência com grandes hospitais, sendo a Serco sem qualquer experiência no setor de saúde. O contrato de 10 anos foi reincidido em 2015, após diversos relatórios públicos com denúncias de irregularidades econômicas e piora na qualidade (LISTER, 2010; HINCHINGBROOKE, 2015).

3.2.5 Transferência de Propriedade ao Setor Privado (Privatização *Stricto Sensu*)

A privatização *stricto sensu*, ou seja, com transferência de propriedade de instituições públicas para o setor privado, também está presente nas reformas dos sistemas de saúde. Dentre os três países estudados, a Alemanha se destaca como o principal caso, tendo em vista que foi o país no qual este procedimento se tornou mais comum²¹⁴. As privatizações no setor de saúde alemão foram impulsionadas pelo processo de reunificação do país (1990), com toda a oferta de serviços que era pública na Alemanha Oriental convertida predominantemente em privada, no primeiro ano após a reunificação. Além disso, esse processo está inserido em um movimento prévio de transformação de hospitais públicos em instituições autônomas²¹⁵, regidas pelo direito privado e, posteriormente, a privatização *stricto sensu*. Essas mudanças foram realizadas no nível dos *Länder*, com influência do contexto econômico específico de cada região, com as privatizações concentradas em hospitais municipais, nas regiões rurais e na antiga Alemanha Oriental (ANDRÉ e HERMANN, 2009; HERMANN e FLECKER, 2009).

Uma primeira privatização foi registrada em 1984, quando o grupo Sana adquiriu o hospital Hürth. No entanto, só se constituiu enquanto um processo a partir da década de 1990, quando as privatizações se concentraram em pequenos hospitais públicos, especialmente na antiga Alemanha Oriental. Já nos anos 2000, instituições de grande porte foram privatizadas, na parte ocidental do país. Destacam-se os casos dos sete hospitais locais de Hamburgo (*Landesbetrieb Krankenhäuser*), que foram privatizados em 2005, e as clínicas universitárias das cidades de Marburg e Gießen, em 2006²¹⁶. Além disso, grandes cadeias hospitalares, que estão presentes em baixa proporção na França e no Reino Unido, passaram a ter participação crescente no sistema alemão, em sua maioria por instituições de origem local, tais como Rhön Klinikum, Asklepios e Fresenius (HERMANN, 2010; SCHULTEN e BÖHLKE, 2012; EUROPEAN COMMISSION, 2013).

Assim, entre 1992 e 2006, o total de hospitais alemães privados com fins lucrativos passou de 15,5% para 27,8% – via construção de novos hospitais privados ou

²¹⁴ No restante da Europa, as privatizações de hospitais também ocorreram, nas décadas de 1990 e 2000, na Áustria e na Suécia.

²¹⁵ Esta “etapa” da transformação foi parte do processo de descentralização da propriedade hospitalar, conforme apontado no capítulo 2, item 2.4.3.

²¹⁶ Só estes casos (sete hospitais de Hamburgo e clínicas universitárias de Marburg e Gießen) representaram, somados, a transferência de mais de 8.000 leitos para o setor privado (HERMANN, 2010).

aquisição²¹⁷ de hospitais públicos, cuja participação no total de hospitais caiu de 44,6% para 34,1% – e a participação das instituições filantrópicas manteve-se estável no período²¹⁸. Como os hospitais públicos, em sua maioria, são de grande porte, o número de leitos hospitalares cotinuou predominantemente público. Ainda assim, a oferta de leitos hospitalares privados ampliou sua participação, de 8,9% para 13,6%, no mesmo período, atingindo 15% em 2009 (Tabela 16) (MAARSE e NORMAND, 2009; MOSEBACH, 2009; HERMANN e VERHOEST, 2012).

Ao contrário do caso alemão, em que o setor hospitalar passou por uma mudança legal para permitir a venda de instituições públicas para o setor privado, essa alteração não ocorreu na França. No caso francês, na verdade, o país já tinha, historicamente, uma presença relevante do setor privado lucrativo²¹⁹. Assim, conforme apresentado na Tabela 16, desde a década de 1980, cerca de ¼ dos leitos hospitalares no país estão em hospitais privados, com atendimento em *day care* e cirurgias eletivas simples, mantido estável desde a década de 1980 (BELLANGER, 2004; MAARSE e NORMAND, 2009).

Tabela 16: Distribuição de propriedade dos hospitais nos sistemas públicos de saúde (como % do número de leitos), Alemanha, França e Reino Unido, 2009.

Tipo de instituição	Alemanha	França	Reino Unido
Hospital público	49%	66%	96%
Hospital privado sem fins lucrativos	36%	9%	4%
Hospital privado lucrativo	15%	25%	0%

Fonte: Paris et al (2010).

O Reino Unido, por sua vez, não se destaca por essa tendência. Conforme apresentado no capítulo 2, item 2.2, na criação do NHS nacionalizou-se a estrutura hospitalar do país. Isso fez com que não haja, no NHS, hospitais privados lucrativos (Tabela 16). Por outro lado, sempre existiu uma pequena rede hospitalar privada, correspondente a cerca de 10% dos leitos hospitalares do país, com uma estrutura

²¹⁷ O numero de fusões e aquisições de hospitais públicos na Alemanha foi tão elevado neste período que chamou a atenção do órgão responsável pelo controle de fusões e aquisições no país, que revisou a forma e critérios para realização desse processo, impedindo a realização de algumas das fusões (ANDRÉ e HERMANN, 2009; MOSEBACH, 2009).

²¹⁸ Em outros setores de saúde, a participação privada é bem maior. No caso dos cuidados residenciais, somente 10% são realizados por agentes públicos.

²¹⁹ Os hospitais privados lucrativos franceses são de duas naturezas: pequenos (63% dos hospitais privados possuem menos de 100 leitos) de propriedade de médicos (como as *OC Santé* e as *Cliniques Privées Associées*) ou redes hospitalares de grandes investidores. Dentre estas, a maior é *La Générale de Santé*, que soma 154 clínicas privadas e é uma instituição de capital aberto desde 2001 (BELLANGER, 2004; SCHULTEN, 2006).

fortemente concentrada²²⁰, e voltada para atendimento de pacientes com seguro privado (cerca de 80%) ou que realizam pagamentos diretos (KEEN et al, 2001; MAARSE e NORMAND, 2009).

Ainda assim, a presença privada no NHS ocorreu de outras formas, que não via privatização das instituições públicas. Há contratação de hospitais privados para prestação de alguns serviços (item 3.2.3) e adoção de parcerias público-privado para o financiamento (item 3.3.1) – estas tornando, formalmente, hospitais construídos com este mecanismo legalmente propriedade dos investidores em questão, ainda que somente durante o período contratualizado, de 25 a 35 anos (HERMANN e FLECKER, 2009).

3.2.6 Fusões e Aquisições

O processo de fusões e aquisições no setor hospitalar está relacionado com uma série de fatores. Inicialmente, é impulsionado pela pressão geral para redução de gastos hospitalares, que eram responsáveis por grande parte do ritmo de expansão dos dispêndios públicos com saúde. Além disso, os interesses do setor privado, tanto o já envolvido no setor de saúde (como as corporações de saúde norte-americanas²²¹) como o sem experiência no ramo (como grandes fundos de investimento no formato de *private equities*), influenciaram as mudanças no setor. A ampliação do processo de fusões e aquisições ocorreu por meio das privatizações (item 3.2.5), entre instituições privadas e entre instituições públicas. Assim, entre 1990 e 2009, ocorreram 1.606 fusões e aquisições no setor de saúde em toda a Europa, envolvendo hospitais gerais e cirúrgicos (31%), instalações para cuidados de enfermagem qualificados (27%), serviços de cuidado domiciliar (16%), entre outros (ANGELI e MAARSE, 2012).

Conforme apresentado na Tabela 17, Alemanha, França e Reino Unido estão entre os quatro primeiros países europeus, tanto em termos de países cujas instituições foram adquiridas quanto entre os países cujas instituições realizaram aquisições no continente:

²²⁰ Na década de 1990, três instituições – General Healthcare Group, BUPA e Nuffield Hospitals Group – concentravam metade dos leitos privados, com hospitais de pequeno porte (30 a 50 leitos), focados em cuidados eletivos, sem atendimento de urgência e emergência. Em 2010, cinco grupos de provedores, General Healthcare Group, Nuffield, Spire, HCA e Ramsay, representavam, somados, 85% dos leitos privados, distribuídos em 165 hospitais (KEEN et al, 2001; MAARSE e NORMAND, 2009).

²²¹ Fusões e aquisições no setor de saúde já eram um processo característico do setor hospitalar dos Estados Unidos nas décadas de 1980 e 1990. De acordo com Angeli e Maarse (2012), os hospitais norte-americanos que fazem parte de grandes conglomerados passaram de 32,1% para 73,4% entre 1980 e 1997.

Tabela 17: Fusões e aquisições do setor saúde na Europa, países com maior participação, 1990 a 2009.

	País alvo	Quantidade	País comprador	Quantidade
1º	Reino Unido	789	Reino Unido	657
2º	Alemanha	238	Alemanha	215
3º	França	156	Desconhecido ¹	140
4º	Espanha	103	França	133

Fonte: Angeli e Maarse (2012). Elaboração própria.

¹De acordo com os autores, estima-se que a maior parte do que está denominado como compradores “desconhecidos” sejam provenientes dos Estados Unidos, principalmente *private equities*.

Diferente das fusões e aquisições que marcaram outros setores da economia, na década de 1990, nos sistemas de saúde este processo se intensificou nos anos 2000, atingindo seu auge, nesta série histórica, em 2007 – e perdendo força após a crise econômica mundial, em 2008. Dentre as aquisições internas, 60% foram realizadas por outras instituições de saúde e 27% por instituições financeiras. No entanto, 27% do total das fusões e aquisições foram realizadas por instituições estrangeiras – sendo que, dentre estas, 52% eram corporações financeiras e somente 28% instituições de saúde. É importante explicitar que as “privatizações por meio de fusões e aquisições lideradas por instituições financeiras – encorajadas ou não por mudanças regulatórias ou pela ação dos Estados – por definição alteram o mix público-privado dos sistemas de saúde” (ANGELI e MAARSE, 2012, p. 271). Isto significa não só uma mudança de propriedade, mas um aumento na incorporação dos princípios de mercado dentro da gestão das organizações de saúde, acentuando a adoção dos mecanismos de “*new public management*” (um dos instrumentos de mercantilização implícita mais presentes nas reformas, conforme exposto no item 3.4.1).

Entre os países estudados em nossa análise, a Alemanha e o Reino Unido destacam-se com diversas fusões e aquisições de hospitais privados, com importantes aquisições envolvendo a compra de hospitais por grandes conglomerados financeiros. No Quadro 9, resumizamos algumas dessas aquisições, ilustrativas do processo:

Quadro 9: Fusões e aquisições do setor saúde, casos ilustrativos, Europa, 1986 a 2007.

Ano	País	Hospital	Instituição compradora	Tipo	Origem
1986	R. Unido	St. George's Hospital	Grosvenor Est. Holding	Fundo investimento	R. Unido
2005	R. Unido	Cromwell Health Care	BUPA	Seguradora	R. Unido
2008	R. Unido	Priory Health Care	ABN-Amro Holding	Banco	Holanda
2002	Alemanha	Wittgensteiner Klinken	Fresenius	Grupo de saúde	Alemanha
2002	Alemanha	Herbolzheim	Wittg. Klinken/Fresen.	Grupo de saúde	Alemanha
2005	Alemanha	Grupo Helios	Fresenius	Grupo de saúde	Alemanha
2006	Alemanha	HUMAINE Clinic	Fresenius	Grupo de saúde	Alemanha
2006	Alemanha	Deutsche Klin. GmbH	Grupo Capiro	Grupo de saúde	Espanha
2007	Europa	Grupo Capiro	Apax	Fundo investimento	EUA

Fonte: Schulten (2006); Lethbridge (2007); Hermann (2010); Angeli e Maarse (2012).

¹ Como condição para a compra do Grupo Capiro, o fundo de investimento Apax foi obrigado a vender os hospitais da Capiro UK, o que foi realizado para a australiana Ramsay Health Care (LETHBRIDGE, 2007).

No caso do Reino Unido, embora seja um movimento entre instituições privadas²²², e não de hospitais do NHS, apontam uma tendência de ampliação do setor financeiro no setor saúde, característica crescente na economia financeirizada do país como um todo (conforme exposto no capítulo 1, item 1.4). Já com relação à Alemanha, este movimento, muito acentuado nos anos 2000, constituiu quatro grandes grupos hospitalares privados no país, principalmente de capital nacional.

Todas essas fusões não ocorreram, no entanto, sem reações. O Grupo Wittgensteiner Klinken/Fresenius, adquiriu, em 2002, o hospital Herbolzheim (antes de propriedade pública, da cidade de Freiburg). No entanto, foi acusado pelo sindicato *Ver.di* (*Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft*, a qual são filiados a maior parte dos profissionais não-médicos da saúde na Alemanha) de não prover os serviços necessários à população local. Por conta disso, teve que devolver o hospital ao governo local (SCHULTEN e BÖHLKE, 2012).

Na Alemanha, além das fusões entre instituições privadas, destacamos as fusões entre hospitais públicos. O caso mais notório foi a formação do grupo Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, em 2001, como resultado da fusão de 10 hospitais públicos em Berlim, concentrando 1/3 do mercado hospitalar da cidade. A propriedade do grupo manteve-se pública, do *Land* Berlim, mas o grupo formou-se enquanto instituição de direito privado, com capital aberto (BUSSE e WÖRZ, 2004).

²²² A instituição BUPA, que era, nas décadas de 1980 e 1990, a maior operadora de seguros privados no Reino Unido, adquiriu, em 2000, ¼ das ações da CHG (na época, o 4º maior grupo hospitalar privado no país) e assumiu suas operações. No entanto, na análise de concentração de mercado, o órgão responsável (*Competition Commission*) decidiu pelo bloqueio da fusão das instituições (QUINN, 2010).

3.3 MERCANTILIZAÇÃO IMPLÍCITA: FINANCIAMENTO

Conforme analisado no item 3.1, os sistemas de saúde na Europa têm apresentado uma participação crescente do setor privado no financiamento dos sistemas, em termos de recursos que ingressam via desembolso direto (incluindo co-pagamentos) e seguros privados. Estas são as formas mais explícitas de mercantilização no financiamento dos sistemas de saúde. No entanto, a participação privada no financiamento não se limita a isso.

A necessidade de recursos fez com que hospitais na França pudessem utilizar suas próprias “economias” – ou seja, a diferença entre os tetos orçamentários que possuíam e o que efetivamente dispendiam com custeio – para realizar investimentos. No Reino Unido, a transformação dos hospitais em *foundation trusts*, a partir de 2002, fez com que estes hospitais passassem a ter a liberdade de vender parte de suas terras e utilizar o ganho obtido em investimentos (THOMPSON e MCKEE, 2004; BEVAN e ROBINSON, 2005).

Além disso, as limitações orçamentárias levaram o setor hospitalar a se endividar junto ao setor privado, a fim de realizar investimentos – principalmente por meio da constituição de parcerias público-privado (PPPs). Na Alemanha e na França, não há obrigatoriedade de formação de PPPs para realização dos empréstimos; já no caso britânico, as restrições legais fizeram com que os empréstimos só tenham ocorrido na forma de PPPs. Assim, esses três países apresentam distintas formas de tomadas de recursos junto ao setor privado por parte dos hospitais públicos (e filantrópicos), abordadas no item 3.3.1.

Outra mudança relevante, em termos de concorrência e financiamento, diz respeito à atuação das Caixas de Saúde. Existentes nos sistemas bismarckianos, as Caixas francesas perderam importância no sistema, a medida que o Estado se tornou cada vez mais responsável pela alocação dos recursos no sistema. Por sua vez, as Caixas alemãs passaram por uma importante transformação, induzidas à maior concorrência e a fusão entre elas, conforme abordado no item 3.3.2.

Em todos os casos, o que se verificou, por meio de instrumentos completamente distintos, é a crescente adoção da lógica de mercado com a expectativa de que isso poderia aprimorar, internamente aos sistemas, suas limitações de recursos e maximizar a distribuição dos mesmos.

3.3.1 Parceria Público-Privada (PPP)

Os investimentos nos sistemas de saúde são tradicionalmente gestados e determinados pelo setor público. No entanto, a participação do capital privado no investimento dos sistemas tem crescido, como parte das políticas adotadas com o intuito de reduzir em absoluto os gastos públicos. Este aumento da participação privada tem ocorrido no setor hospitalar, tendo em vista a forte participação dos hospitais no total dispendido nos sistemas (entre 45% e 60%) e as necessidades (capital-intensivo) para poderem operar. Esta ampliação da participação privada, em termos financeiros, tem ocorrido por quatro formas: empréstimos privados tomados diretamente pelos hospitais; empréstimos privados tomados pelos órgãos regionais de saúde; formação de parcerias público-privado (PPPs)²²³, com o setor privado sendo responsável pela concepção, construção e operação de serviços não clínicos dos hospitais; e PPPs envolvendo também a gestão das funções clínicas pelo setor privado (THOMPSON e MCKEE, 2004).

A tomada direta de empréstimos de instituições públicas junto ao setor privado é possível na França e na Alemanha. Em ambos os casos, essa possibilidade está condicionada pelo planejamento público, sendo este regional na Alemanha (*Krankenhausplan*) e, na França, nacional até 2003 (*Carte Sanitaire*) e regional a partir de então (*Schémas régionaux d'organisation des soins*). Nos dois países, um planejamento quinquenal prevê a quantidade de hospitais e as necessidades de expansão dos serviços, condicionados às especificidades regionais (incluindo não só os hospitais públicos no planejamento, mas também os filantrópicos e privados lucrativos que façam parte da provisão de serviços do sistema público) (BUSSE e WÖRZ, 2004; THOMPSON e MCKEE, 2004; TABUTEAU, 2013).

Na Alemanha, em termos de financiamento hospitalar, devemos primeiramente compreender que, enquanto as Caixas de Saúde são responsáveis pelo financiamento dos custos correntes e de pequenos investimentos, os investimentos de maior porte, envolvendo construção e reformas dos hospitais, dependem dos recursos estaduais (*Länder*)²²⁴. Os hospitais têm liberdade para tomar empréstimos para investimentos hospitalares junto ao setor privado, desde que haja aprovação dos *Länder*, que consideram

²²³ As primeiras PPPs foram criadas nos Estados Unidos, para os setores de infraestrutura de gás, óleo e energia, na década de 1930 (DEWULF e WRIGHT, 2009).

²²⁴ Esta separação na responsabilidade do financiamento foi adotada na Alemanha em 1972, conforme apresentado no capítulo 2, item 2.2.

a necessidade do recurso e se esta forma de empréstimo seria menos custosa do que por meio de recursos públicos. Do ponto de vista dos hospitais, a necessidade seria decorrente do lento processo de concessão de verba pelos *Länder* e da redução de recursos viabilizados²²⁵. No entanto, a tomada de empréstimos é limitada pela legislação, que prevê que a tomada de recursos privados está condicionada a que não haja comprometimento de recursos públicos, enquanto garantia do empréstimo (MAARSE e NORMAND, 2009; MOSEBACH, 2009; GEISLER et al, 2011).

A realização de uma PPP²²⁶ por um hospital alemão é uma decisão exclusiva do proprietário (municipal ou *Land*), possível quando o hospital público se transforma em instituição pública de direito privado (o que ocorreu, até 2007, com 38% dos hospitais públicos alemães). As dificuldades desse processo têm induzindo a maior parte dos *Länder* com problemas financeiros a optarem pela privatização *stricto sensu* dos hospitais (3.2.5), ao invés das PPPs. Ainda assim, até 2012, foram constituídas nove PPPs no setor hospitalar²²⁷ e mais doze projetos estavam sob avaliação, com maior presença entre os hospitais universitários (EUROPEAN COMMISSION, 2013).

No caso francês, embora a possibilidade de tomada de empréstimo junto ao setor privado já estivesse presente, as PPPs eram proibidas no setor hospitalar até o começo dos anos 2000 (ainda que a França fosse um dos países, em todo o mundo, com a maior quantidade de PPPs em outros setores). Apenas a partir de 2003/2004, o setor hospitalar foi incluído nas instituições passíveis de realizar uma PPP, com definição da esfera de regulamentação nacional e regional²²⁸. Em 2005, as PPPs foram incluídas como parte do *Plan Hôpital 2007*²²⁹. No total, entre 2005 e 2012, 50 contratos de PPPs foram aprovados,

²²⁵ Entre 1994 e 2004, os recursos dos *Länder*, via Ato de Financiamento Hospitalar (KHG), recuaram mais de 32%, em termos reais (MOSEBACH, 2009).

²²⁶ No caso das PPPs, não há nenhuma legislação específica no que concerne à adoção desse mecanismo na Alemanha, sendo previsto como parte da legislação geral de contratos pelo setor público (*Vergabe-und Vertragsordnung für Leistungen*). Mecanismos específicos só foram criados em 2005, com o Ato para aceleração das PPPs (*ÖPP Beschleunigungsgesetz*), fomentado a partir de 2008, quando os *Länder* decidiram pela constituição de uma comparação sistemática entre as vantagens das PPPs frente ao uso tradicional dos recursos públicos para investimento, contemplando o setor hospitalar nesse processo (EUROPEAN COMMISSION, 2013).

²²⁷ Os investimentos em infraestrutura hospitalar derivados de PPPs corresponderam, em 2009, a somente 8,2% do total realizado (EUROPEAN COMMISSION, 2013).

²²⁸ A regulação nacional é realizada pela *Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier*, regida pela *Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux*. No âmbito regional, a regulação é realizada, desde 2004, pela Agências Regionais de Saúde – ARS (*Agence Régionale de la Santé*) (EUROPEAN COMMISSION, 2013).

²²⁹ Já no ano de 2005, duas PPPs foram aprovadas, com relação à construção dos hospitais *Douai Logipôle* e do oftalmológico *Quinze Vingts* (Paris) e, em 2006, o *Centre hospitalier Sud-Francilien* e o *Hôpital de Caen* (estes dois últimos envolvendo investimentos de mais de € 440 milhões) (EUROPEAN COMMISSION, 2013).

com a construção completa de 35 hospitais, totalizando em torno de € 4,7 bilhões, o que equivaleu a 15% dos investimentos hospitalares totais no período. Apesar da regulamentação por parte das ARS, não há um acompanhamento específico por PPP que permita uma avaliação dos impactos e da possível “vantagem” econômica na adoção do mecanismo (EUROPEAN COMMISSION, 2013; HASSENTEUFEL, 2014).

Embora tanto a Alemanha como a França possuam PPPs no setor hospitalar, o caso britânico é o de maior destaque em nossa análise – tanto pelo seu aspecto precursor, como pela extensão das PPPs no país. Conforme abordado no item 2.4.6, as PPPs instituíram-se primeiramente no Reino Unido, em 1992.

A realização das parcerias público-privadas (PPPs) foi gestada por meio da criação do PFI (*Private Finance Initiative*), enquanto mecanismo de financiamento na construção dos hospitais públicos – formulado em 1992 e implementado a partir de 1997. O argumento a favor da proposta era de que o Tesouro público não era capaz de atender todas as demandas de investimento existentes no setor de saúde. O uso de recursos privados viabilizaria a ampliação da infraestrutura, transferindo riscos e, vide a maior “agilidade” da iniciativa privada, permitindo uma redução nos custos de construção. Logo no início da implementação do modelo de PFI, o setor hospitalar foi priorizado para sua adoção, com a criação, por parte do Ministério da Saúde, de um específico departamento responsável, com representantes também do Tesouro Nacional (THOMPSON e MCKEE, 2004; HERMANN, 2010; EUROPEAN COMMISSION, 2013).

Os contratos via PFI previam que os investidores privados seriam responsáveis pelo desenho, operação, financiamento e construção da infraestrutura pública. Normalmente, formava-se um *Special Purpose Vehicle*, composto por bancos, construtora, gestoras, entre outros. No caso do PFI, cabia depois, à autoridade pública, pagar uma taxa de 12% a 20% do rendimento anual para o consórcio envolvido, em contratos que durariam, a princípio, 25 anos. Esta taxa deveria cobrir os custos que estiveram envolvidos na construção e manutenção do hospital, assim como possíveis serviços prestados, como os de limpeza – juntamente ao financiamento privado, o PFI envolveu ampliação da terceirização de serviços hospitalares, principalmente os auxiliares (item 3.2.1). Entre 1997 e 2013, foram assinados 118 projetos de financiamento via PFI, o que correspondeu a 90% dos investimentos em infraestrutura hospitalar no país (com envolvimento de grandes corporações privadas, como Balfour Beatty, Tarmac,

Jarvis e Siemens) e somando £11,6 bilhões²³⁰ (POLLOCK, 2005; HERMANN, 2010; EUROPEAN COMMISSION, 2013).

O PFI envolve questionamentos sobre a real transferência de riscos para o capital privado, levando-se em consideração a forma de cálculo da construção e o longo período de duração dos contratos. Os custos teriam, ao invés de reduzir, se ampliado. Isto porque o setor privado tomava empréstimos a um custo maior do que o setor público; os dividendos a serem pagos pelos hospitais eram elevados; e novos custos surgiram, normalmente subdimensionados, de monitoramento dos contratos. Somente os custos com advogados e contadores chegaram a ser de £1 a £4 milhões por projeto, ou até 8% do total dos custos do hospital. Os custos de construção foram, assim, mais elevados do que o esperado, aumentando a taxa de pagamento posterior pelo setor público e o tempo de duração dos contratos (que aumentou de 25 para 30 e até 40 anos). Além disso, os custos elevados fizeram com que o tamanho dos hospitais fosse reduzido, junto como o número de leitos e o orçamento para salários. Sendo assim, apesar de a construção de novos hospitais ter sido realizada, o número de leitos no NHS continuou diminuindo, o *turn-over* de pessoal nos hospitais e a contribuição para redução das filas de espera é questionável (GAFFNEY e POLLOCK, 1999; POLLOCK, 2005; EUROPEAN COMMISSION, 2013).

Além do setor hospitalar, a Inglaterra foi precursora na utilização de recursos privados para financiamento da infraestrutura do setor ambulatorial. Em 1999, foi criado, com anuência do Tesouro Nacional, o *Local Improvement Finance Trust* (LIFT), que previa o financiamento para construção e melhorias do espaço de atuação dos clínicos gerais (*general practitioners* – GPs). Por sua vez, os GPs alugariam o espaço diretamente junto ao LIFT ou por intermédio de seu respectivo *Primary Care Trust* (PCT) – após 2012, por meio dos *Clinical Commissioning Groups* (CCGs), que substituíram os PCTs (item 3.4.2). Os primeiros projetos passaram por um processo lento de implementação, demorando 21 meses entre o início do processo e a efetiva utilização do recurso (POLLOCK, 2005; DEWULF e WRIGHT, 2009).

²³⁰ O primeiro hospital geral construído por meio do PFI foi o Cumberland Infirmary, em Carlisle, Cumberland (inaugurado em 2000) e o primeiro hospital universitário foi o Norfolk and Norwich University Hospital, em Norwich, East Anglia (inaugurado em 2001) (EUROPEAN COMMISSION, 2013).

3.3.2 Ampliação da Concorrência entre Caixas de Saúde

As Caixas de Saúde são um elemento importante nos sistemas de saúde bismarckianos, geridas pelos trabalhadores e empregadores, a partir da premissa de que aqueles que financiam o sistema via contribuições sociais são parte importante na sua gestão. Assim, as Caixas coordenam a distribuição dos recursos no sistema, tendo maior ou menor peso dependendo de como o sistema é estruturado – com diferenças entre sua atuação na Alemanha e na França, conforme abordado no capítulo 2, item 2.2. O Reino Unido, enquanto sistema nacional de saúde, financiado via impostos, não possui Caixas com esse modelo. Sendo assim, ao se abordar o tema da mercantilização das Caixas, a análise se restringe aos casos alemão e francês.

O sistema de Caixas de Saúde na França é concentrado na *Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* (CNAMTS), a qual são filiados cerca de 80% dos trabalhadores do país. Juntamente com a Caixa dos trabalhadores rurais (*Mutualité Sociale Agricole*) e a dos profissionais liberais (*Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs non Salariés des Professions non Agricoles*), as três somam 95% dos trabalhadores franceses. Não há, nesse sistema, qualquer concorrência entre as Caixas. O que as reformas da década de 1990 trouxeram, principalmente o *Plan Juppé* (em 1996), foi o maior controle do Estado sobre os acordos coletivos entre sindicatos e Caixas e sobre os recursos advindos das contribuições sociais – que passaram a estar submetidos a controle parlamentar, por meio da Lei de Financiamento da Seguridade Social (LFSS) (ROCHAIX e WILSFORD, 2005; ELBAUM, 2011).

O caso alemão é bastante distinto. O país era marcado, até o início da década de 1990, por um sistema de saúde com mais de 1.000 Caixas de Saúde, com os trabalhadores vinculados, compulsoriamente, de acordo com suas respectivas categorias profissionais e locais de residência. A reforma de 1992 (*Gesundheitsstrukturgesetz*) modificou uma série de características do sistema de saúde alemão, com destaque para as Caixas de Saúde. A principal mudança foi tornar livre, para a maior parte dos trabalhadores, a escolha da Caixa à qual iriam aderir. O objetivo dessa alteração era acirrar a competição entre as Caixas, o que se esperava que induzisse a fusões, com a redução no número de funcionários e no custo administrativo (GIOVANELLA, 1998; HASSENTEUFEL e PALIER, 2007).

A partir de então, as Caixas passaram a concorrer via preço, pela diferença entre suas taxas de contribuição social. Paralelamente, o governo determinou que os recursos acumulados pelas diferentes Caixas poderiam ser redistribuídos. Esta redistribuição foi implementada enquanto um esquema de equalização de riscos (*Risikostrukturausgleich*), considerando o perfil dos participantes das Caixas: renda, idade, sexo, número de dependentes e de aposentados presentes²³¹. O esquema tendeu a diminuir a diferenciação de taxas entre as Caixas: enquanto em 1992 cerca de 1/3 possuía contribuições que variavam mais de 1% (acima ou abaixo) com relação à tarifa média, em 1996, já eram apenas 10% das Caixas (GIOVANELLA, 1998; HASSENTEUFEL, 2014).

Desde 2000, a liberdade de escolha entre Caixas passou a abranger todos os trabalhadores. A alteração poderia ser realizada a qualquer momento, desde que o trabalhador permanecesse, no mínimo, 18 meses associado a uma determinada Caixa. Por outro lado, a reforma de 2007 fez com que, para os trabalhadores com mais de 55 anos e que optam pelo seguro privado, não seja mais possível retornar ao sistema de seguro social. Além disso, a reforma acirrou mais a concorrência: ela previu que as seguradoras privadas são obrigadas a ofertar uma cesta de serviços básicos, semelhante aos serviços ofertados pelo seguro social, e com similar taxa de contribuição. Com isso, o objetivo era ampliar a concorrência não só entre as Caixas estatutárias, mas entre estas e as seguradoras privadas (THOMSON e DIXON, 2006; HELDERMAN e STILLER, 2014).

Como resultado de todas as alterações realizadas, a meta de fusão entre as Caixas foi efetivamente alcançada: de 1.221, em 1993, para 498 em 1997 e apenas 131, em 2013. Mesmo entre as Caixas remanescentes, a concentração dos trabalhadores nas maiores é muito grande. Em 2009, as dez maiores Caixas concentravam 56% da população alemã coberta pelos seguros sociais (HASSENTEUFEL, 2014).

3.4 MERCANTILIZAÇÃO IMPLÍCITA: OFERTA

Ao analisarmos as formas de mercantilização explícita da oferta de serviços no sistema de saúde (item 3.2), pudemos verificar como o setor privado ampliou sua presença dentro dos sistemas, seja assumindo funções dentro das instituições públicas, seja as

²³¹ Conforme abordado no item 2.4.4, o mecanismo de equalização de riscos foi aprofundado em 2007, com a criação de um Fundo único de Financiamento (*Gesundheitsfonds*), que recebe as contribuições de todos as diferentes Caixas de administração e realoca os recursos considerando as variáveis que já existiam, mas também a presença de 80 doenças crônicas entre os filiados de cada caixa (*Risiko Struktur Ausgleich*) (PARIS et al, 2010; HASSENTEUFEL, 2014).

substituindo como parte da prestação de serviços. No entanto, estas não foram as únicas formas de expansão da lógica privada na oferta nos sistemas. As premissas de mercado, pautadas na precificação dos serviços e nos princípios de concorrência, se introjetaram dentro das instituições públicas, permeadas pela crescente adoção dos novos modelos de gestão (“*new public management*”). A concepção surgiu nos Estados Unidos, mas passou, a partir da década de 1980, a influenciar a organização dos sistemas de saúde em todo o mundo – essa hibridação ocorreu, é claro, com intensidades bastante distintas.

Dentre as diversas mudanças realizadas, destacamos a ampliação da autonomia de gestão nas instituições públicas; a contratação direta do setor privado, para “consultoria” sobre a gestão e organização hospitalar, sempre tendo como pauta o aumento da eficiência (na Alemanha); a separação entre o financiamento e a provisão dos serviços de saúde, processo atrelado à ideia de ampliar a concorrência entre seguradoras (nos sistemas bismarckianos) e entre provedores de serviço (nos três países), como a realizada no Reino Unido, no início dos anos 1990, na perspectiva de que isso poderia reduzir os custos e aumentar a eficiência (MAARSE, 2006; ANDRÉ e HERMANN, 2009).

Nos três países estudados, verificamos a adoção de princípios da nova gestão pública, modificando a organização – principalmente no Reino Unido, com a implementação do mercado interno (item 3.4.2) – e a distribuição de recursos dentro dos sistemas – nos três países, com a adoção do pagamento por DRG para os hospitais (item 3.4.3) e o pagamento por desempenho para os médicos (item 3.4.4).

3.4.1 Nova Gestão Pública (*New Public Management*)

Desde a década de 1970, com os desdobramentos da crise econômica, as restrições financeiras por parte dos Estados nacionais tornaram as discussões em torno da melhor forma de alocar os “recursos escassos” um dos temas mais presentes no âmbito estatal. A preocupação com a gestão pública cresceu e foi permeada pela premissa de que a maior eficiência do setor privado justificava a adoção de princípios de atuação semelhantes no setor público, modernizando sua atuação. É a partir dessa lógica que ganha espaço o *new public management*, a nova gestão pública, a fim de racionalizar a alocação dos recursos públicos, com a adoção de instrumentos e uma organização pautada na gestão. Tratou-se, nesse sentido, conforme apontado no capítulo 1, item 1.4, de uma interiorização da ideologia de eficiência privada; no caso, nos sistemas de saúde (DARDOT e LAVAL,

2009, 2010; GAULEJAC, 2009; DAIN, 2015). A adoção dos mecanismos da nova gestão proveu de uma roupagem tecnocrática e “científica” a adoção de práticas identificadas como provedoras de maior eficiência na alocação de recursos (ROLLAND e SICOT, 2012).

Este processo engendrou duas tendências, presentes nas reformas dos sistemas de saúde analisadas nesse trabalho. De um lado, a incorporação de regras de gestão privada, pautadas somente em critérios econômicos e quantitativos. Por outro lado, a transposição direta de responsabilidades dentro do sistema (a gestão em si; oferta de seguros; oferta de serviços, ambulatoriais ou hospitalares; etc.) para o setor privado (TABUTEAU, 2012). A substituição compreende as formas explícitas de mercantilização na oferta dos serviços de saúde, analisadas no item 3.2. A nova gestão pública, por sua vez, constitui uma forma de mercantilização implícita, por meio da incorporação de suas premissas e lógica de atuação no seio do setor público.

Maarse (2006) caracteriza as mudanças introjetadas na gestão como sendo parte de uma “privatização cultural”, ou seja, em termos de inserção dos mecanismos e das prioridades de gestão privada no sistema público, tendo como justificativa o aumento de eficiência e a “modernização” da gestão privada. O Reino Unido possuiu “[...] um papel pioneiro de introdução na Europa dos mercados internos e dos novos modelos de gestão, medidas importantes vindas dos Estados Unidos, com que o país possui laços particulares” (ANDRÉ, 2015, p. 19). Essa “nova cultura de gestão” foi fomentada a partir da reforma Griffiths (1982-83), que fomentou a substituição, nos altos cargos administrativos do NHS inglês e nos hospitais, de profissionais de saúde por executivos do setor privado com experiência em negócios (embora nenhuma no que tange ao sistema de saúde), com a explícita influência norte-americana por meio da origem da formação desse quadro – *US Commonwealth fund scholarships* e cursos de administração pública e negócios, como de Harvard (HASSENTEUFEL et al, 2001; POLLOCK, 2005).

Trata-se, nesse sentido, de um caso da hibridação institucional, que ocorreu de forma ampla no Reino Unido, conforme apontado no capítulo 1 (itens 1.3.3 e 1.4) e que

se proliferou no NHS, a partir da incorporação da literatura norte-americana sobre eficiência em saúde²³² e em recomendações diretas e específicas para o caso do NHS²³³.

Uma das características da nova gestão pública é a grande disseminação de contratos, com intuito de acordar as relações entre gestores e provedores de serviço, explicitando metas a serem cumpridas. Este movimento representou, de um lado, aumento dos custos do sistema (tendo em vista a necessidade de uma grande rede de trabalhadores administrativos para fazer e acompanhar os contratos), e de outro lado, a definição de metas quantitativas, muitas vezes questionáveis enquanto prioridades dos sistemas de saúde. Em termos das características dos contratos, as especificidades dos sistemas dificultariam a especificação e monitoramento de critérios de qualidade: ou não seriam plenamente contemplados ou seriam de difícil verificação (ALLEN, 2013).

O aumento de custos relacionado à maior ênfase na gestão é verificável no caso britânico. Os gastos administrativos do NHS aumentaram de 5% para 12%, entre 1986 e 1995, com maior contratação de gestores com formação em administração e economia, mas sem experiência na área da saúde (POLLOCK, 2005). Conforme apresentado na Tabela 18, nos primeiros anos do governo Blair, em que houve um grande aumento no aporte de recursos para o sistema, com ampliação na contratação de todos os profissionais envolvidos com o NHS, a categoria com maior ampliação de profissionais foi na gerência: entre 1997 e 2005, houve um aumento de quase 78% no quadro de gestores do sistema²³⁴.

²³² A importação de concepções de eficiência no sistema de saúde concebidas nos Estados Unidos é, no mínimo, irônica, dado o histórico do sistema norte-americano de ser, entre os países industrializados, o com maior gasto *per capita* e, ao mesmo tempo, menor parcela da população coberta pelo sistema, além de diversos indicadores de saúde piores do que os sistemas europeus e de seu vizinho Canadá. O elevado custo do sistema de saúde nos Estados Unidos (o dobro do britânico em termos de % PIB) impulsionou, entre as décadas de 1960 e 1980, uma ampla produção acadêmica sobre custos e melhoria de eficiência no setor. Neste sentido, produziu uma literatura que se tornou relevante para todos os países que passaram a enfrentar, principalmente a partir da década de 1980, dificuldades crescentes de financiamento dos sistemas de saúde. Como este cenário era mais evidente na Alemanha e na França, dentre os países estudados, sua adesão pioneira pelo Reino Unido é compreendida como de natureza ideológica (KEEN et al, 2001; GREENER, 2002). Para mais sobre a inspiração das análises sobre o sistema norte-americano para o Reino Unido, ver Keen et al (2001, cap. 5).

²³³ Estas foram encarnadas, principalmente, nas recomendações do economista Alain Enthoven, escritas inicialmente em 1985, a pedido do Nuffield Provincial Hospitals Trust. Enthoven defendeu mudanças profundas no sistema de saúde inglês, como a adoção dos HMOs (*Health maintenance organization*). Quando Enthoven visitou Oxford, em 1987, sugeriu mudanças gradativas, focadas na melhoria de desempenho e na produtividade do sistema. A proposta “inovadora” seria a criação de um mercado interno no NHS, em que as autoridades distritais pudessem adquirir serviços em outras regiões, priorizando uma análise custo-efetividade na escolha dos serviços contratados. Uma proposta mais ampla, que incluísse a transformação dos GPs em compradores dos serviços, começou a ser discutida entre economistas da saúde. A publicidade em torno de adoção desse esquema iniciou-se antes de sua divulgação, com a revista *The Economist* apresentando diversas dessas ideias como “salvadoras” para o NHS em abril de 1988 (JACOBS, 1998; WEBSTER, 1998; HASSENTEUFEL et al, 2001).

²³⁴ Esta tendência se modificou a partir de 2003, com aumento maior de recursos para contratação de médicos (generalistas e especialistas) e enfermeiros. Entre 2003 e 2013, considerando somente a Inglaterra,

Tabela 18: Ampliação do quadro de pessoal no NHS, categorias selecionadas, Reino Unido, 1997 a 2005.

Pessoal	1997	2005	% variação
Médicos especialistas	21.474	31.993	49,0%
Clínicos gerais	29.389	35.302	20,1%
Enfermeiros qualificados	318.856	404.161	26,8%
Gestores	22.173	39.391	77,7%
Administrativo e secretariado	160.479	233.174	45,3%

Fonte: Reino Unido (2008). Elaboração própria.

A tendência da gestão, antes realizada por médicos e profissionais da saúde, ser assumida por “administradores profissionais” é identificável não só no Reino Unido, mas também na França e na Alemanha: “os principais responsáveis pela regulação dos sistemas de proteção à doença (os administradores das unidades de saúde na Inglaterra, o pessoal das caixas na Alemanha, os altos funcionários na França...), de forma crescente, fizeram um curso no campo da economia e da gestão” (HASSENTEUFEL et al, 2001, p. 37).

O novo modelo de gestão foi amplamente incorporado no setor hospitalar, a fim de diminuir os custos setoriais. O objetivo era reduzir o tempo de internação dos pacientes e, com isso, os gastos diários. As mudanças de gestão, conjugadas com a incorporação de novas tecnologias e reformas psiquiátricas, viabilizaram a redução na quantidade de leitos hospitalares. Esse processo permitiu que, mesmo com menos leitos, houvesse mais internações, porém com menor tempo de permanência. A redução de leitos ocorreu principalmente por meio do fechamento de diversos pequenos hospitais e da concentração em instituições de maior porte. Com isso, a quantidade de leitos caiu, entre 1980 e 2007, de 897 para 526, para cada 100.000 habitantes, na média da União Europeia (SCHULTEN e BÖHLKE, 2012; EUROSTAT, 2015).

Esta tendência de queda é clara nos três países estudados nesse trabalho. Conforme exposto no Gráfico 5, ainda que apresentem uma quantidade de leitos bastante distinta, em todos é possível verificar a retração apontada:

a maior expansão foi de médicos generalistas, com aumento de 48%, seguido dos clínicos gerais (20,6%). Neste período, os gestores administrativos aumentaram apenas 2,3% (FANG e HARKER, 2014).

Gráfico 5: Número de leitos totais (por 100.000 habitantes), Alemanha, França e Reino Unido, 2000 a 2013.

Fonte: Eurostat (2015). Elaboração própria.

Entre 2000 e 2013, a quantidade de leitos totais, por 100.000 habitantes, caiu nos três países: de 912 para 820, na Alemanha; de 797 para 629, na França e de 410 para 276, no Reino Unido (Gráfico 5).

O novo modelo de gestão também modificou de forma profunda a alocação de recursos dentro dos sistemas de saúde. As alterações iniciaram-se com a premissa de reduzir os custos, com a imposição de tetos orçamentários aos hospitais, na Alemanha e na França. Posteriormente, esta lógica foi suplantada pela implementação de contratos com cláusulas de produtividade, sob a influência norte-americana dos princípios da “medicina baseada em evidências” (*evidence-based medicine*²³⁵), no qual as escolhas de tratamentos de saúde passavam pela premissa de avaliar os métodos mais eficientes. Na prática, este processo desembocou na adoção do pagamento por DRG (item 3.4.3). Finalmente, esta lógica passou a atingir, ainda que de forma embrionária, os cuidados ambulatoriais (MAARSE, 2006; TABUTEAU, 2013).

O processo acima descrito inicia-se já no final da década de 1970. Conforme apresentado no capítulo 2, item 2.4.1, a Alemanha e a França substituíram, na década de 1980, sistemas de remuneração dos hospitais, que eram realizados com base nas diárias de utilização (*per diem fees*), por tetos orçamentários, limitando os gastos máximos hospitalares, como ocorria desde a constituição do NHS britânico. Com isso, os três países passaram a ter uma lógica de financiamento que privilegiava a alocação dos recursos

²³⁵ As técnicas de avaliação na forma de *evidence-based medicine* começaram nos Estados Unidos na década de 1970, por meio de testes clínicos randomizados (TABUTEAU, 2013).

disponíveis, ao invés das necessidades dos pacientes (ANDRÉ, 2004; MAARSE, 2006). Por sua vez, o Reino Unido adotou, após as reformas de 1991, a necessidade dos hospitais conseguirem contratos juntos aos compradores dos sistemas (os clínicos gerais e as autoridades locais), não possuindo mais garantias, *a priori*, de financiamento de seus serviços (POLLOCK, 2005). Esta mudança está inserida como parte de uma transformação mais profunda para fomentar a concorrência entre os prestadores de serviço dentro do sistema, na criação do “mercado interno” (abordado no item 3.4.2).

Isto significa dizer que, no processo de reformas dos sistemas de saúde, no que tange ao financiamento dos hospitais, estes foram submetidos tanto a restrições predefinidas de recursos, como à necessidade de “gerarem” diretamente seu próprio recurso. Em todos os casos, isto representou um processo de delegação crescente de responsabilidade individual para cada hospital, uma mercantilização do acesso aos recursos para as instituições hospitalares.

Essas pressões para redução dos custos afetaram não só o atendimento hospitalar, mas também ambulatorial. Nos sistemas de saúde alemão e francês, nos quais o financiamento do atendimento ambulatorial passa pelas Caixas de Saúde, houve crescente pressão sobre estas. A diferença é que, no caso alemão, como os honorários médicos são pagos pelas Caixas, houve aumento do controle sobre o volume de recursos repassados pelas Caixas às associações de médicos, e estas tiveram que lidar com as limitações de recursos a serem distribuídos. Assim, na Alemanha, o controle orçamentário cresceu na órbita hospitalar e ambulatorial (STABILE et al, 2013; TABUTEAU, 2013).

Já no caso francês, como o pagamento médico é feito diretamente pelos pacientes, sendo estes posteriormente reembolsados pela Seguridade Social, este controle de gastos tornou-se mais difícil e foi maior a tendência de responsabilizar os pacientes pelo ritmo de expansão dos gastos – ampliando as formas de co-pagamento e reduzindo a cobertura garantida pela Seguridade Social, induzindo à ampliação dos seguros privados, conforme abordado no tópico 3.1.2. Além disso, dentro dessa mesma lógica, implementou-se na França – dentro de uma lógica direta de controle do Estado sobre os gastos totais no sistema, semelhante ao inglês – a Lei de Financiamento da Seguridade Social (LFSS), com necessidade de aprovação anual pelo Parlamento do montante de recursos alocados no sistema de saúde (na verdade, em toda a Seguridade Social) (BARBIER, 2007; HASSENTEUFEL, 2014).

As mudanças mais profundas ocorreram a partir da década de 1990. Como os tetos orçamentários não foram capazes de reduzir o ritmo de expansão dos gastos hospitalares, ampliou-se o debate para adoção de instrumentos mais eficazes. É neste contexto que diversos países europeus passam a estudar o método norte-americano do *Diagnosis Related Group* (DRG), que consiste na definição de uma classificação padrão dos custos do tratamento de diferentes tipos de problemas de saúde, com o pagamento aos hospitais sendo realizado com base nos tratamentos de fato realizados, na lógica de pagamento por desempenho – amplamente conhecido pela expressão em inglês, “*pay for performance*”.

Tendo em vista a relevância da adoção do pagamento por desempenho, ao ter se tornado um dos mecanismos mais difundidos dentro da nova gestão pública, sendo utilizado em quase todos os países europeus, analisamos em itens específicos as mudanças realizadas com relação ao financiamento dos hospitais na forma de pagamento por DRG (item 3.4.3) e para os profissionais de saúde, especialmente os médicos no trabalho ambulatorial, no pagamento por resultado (item 3.4.4).

3.4.2 Aumento da Concorrência entre Prestadores de Serviço

A nova gestão pública está associada a mudanças na própria organização dos sistemas de saúde como um todo. Uma das transformações mais profundas foi a ideia de que era possível incorporar, ao funcionamento destes sistemas, a premissa básica de um sistema privado: a organização enquanto um mercado. O país pioneiro nesse processo foi o Reino Unido²³⁶, a partir de uma “transferência de política”, no sentido da importação de um mecanismo adotado em outro país (Estados Unidos), ainda que adaptado às características específicas do NHS britânico (GREENER, 2002). Ou seja, nos termos regulacionistas, tratou-se de uma hibridação institucional no sistema de saúde britânico.

A instauração do “mercado interno” no NHS foi a última etapa de um processo de mudanças implementadas pelo governo Thatcher. O documento White Paper *Working for Patients*, de 1989, e implementado a partir de 1991, propôs a separação das funções de compradores e provedores de serviço (*purchaser/provider split*), tanto do sistema ambulatorial como hospitalar. As autoridades de saúde (*District Health Authorities* –

²³⁶ Dentro dos países estudados nesse trabalho, este é o único país a adotar este mecanismo, embora ele exista, ainda que parcialmente, em outros países de sistema nacional de saúde, como a Itália e a Suécia (ANDRÉ et al, 2014).

DHAs) passaram a comprar os serviços dos provedores, sendo que os hospitais poderiam se constituir enquanto instituições autônomas, os *hospitals trusts*. Os clínicos gerais (GPs), por sua vez, puderam continuar contratados às autoridades de saúde ou se tornarem *fundholders*, com um orçamento próprio, a partir do qual deveriam contratar todos os serviços necessários (não de urgência) para seus pacientes (WEBSTER, 1998; ALMEIDA, 1999; KLEIN, 2001).

A expectativa era de que a separação entre “compradores” e “provedores” fomentaria uma concorrência entre os provedores, que seriam estimulados a ampliar sua qualidade na prestação de serviço, uma vez que os compradores (os GP *fundholders* e as DHAs) teriam liberdade para escolha, inclusive contratando fora de sua região geográfica. Ou seja, criava-se um “quase-mercado” ou “mercado interno”, tendo em vista que, embora a maioria dos agentes envolvidos fossem da esfera pública²³⁷, estava-se fomentando uma disputa com a lógica de mercado, com concorrência via qualidade e preço, porém dentro dos parâmetros técnicos estabelecidos pelo próprio NHS (AKERMAN, 1993; EUROPEAN OBSERVATORY, 1999; TANAKA e OLIVEIRA, 2007).

Em 1997, quando o governo Trabalhista (*New Labour*) assumiu o poder, este propôs a extinção do mercado interno; no entanto, ao invés disso, a organização do NHS foi reformada. Os GP *fundholding* foram extintos, sendo que os GPs (há época, em torno de 30.000) foram reorganizados em *Primary Care Groups* (480 PCGs). Cada PCG era responsável pelos GPs e cuidados ambulatoriais de determinada localidade (incluindo os gastos com prescrições de medicamentos), abrangendo em torno de 100 mil habitantes. No caso dos cuidados hospitalares, seu comissionamento era de responsabilidade das autoridades locais, “aconselhadas” pelos PCGs quanto às necessidades de seus pacientes²³⁸. Os primeiros PCGs foram instalados em abril de 1999 (KLEIN, 2001; MAYS et al, 2011).

A partir de 2001, houve nova reestruturação do NHS, com os PCGs sendo convertidos em *Primary Care Trusts* (PCTs). Estas entidades eram responsáveis não só pelo provimento dos cuidados primários, como os PCGs, mas por toda sorte de cuidados comunitários que fossem necessários, assumindo, assim, tanto o papel dos PCGs quanto

²³⁷ A maioria dos prestadores de serviços eram públicos, embora as DHAs e os GP *fundholding* pudessem contratar também instituições privadas e filantrópicas (MAYS et al, 2011).

²³⁸ Os PCGs e as autoridades de saúde deveriam aprovar, conjuntamente, os “*Health Improvement Programmes*”, no qual se estabeleciam a gama e a distribuição dos serviços de saúde (KLEIN, 2001).

das autoridades locais, o que incluiu a obtenção dos serviços hospitalares. Nesse mesmo período, as DHAs foram substituídas pelas *Strategic Health Authorities* (SHAs), que realizavam uma supervisão estratégica (KLEIN, 2001; MAYS et al, 2011).

No setor hospitalar, por sua vez, os hospitais *trusts* iniciaram um processo de conversão para *foundation trusts*²³⁹. Nessa mudança, os hospitais tornaram-se instituições públicas autônomas de direito privado, deixando de fazer parte – em definitivo – da administração direta e, com isso, da subordinação ao Departamento de Saúde e às autoridades locais. Com isso, podiam atuar juntamente ao setor privado como lhes convinha: na tomada de empréstimos, venda de bens, definição de sua própria tabela salarial e contratualização de serviços junto a instituições privadas (abordado no item 3.2.3). Em termos de recursos, seu financiamento passou a ser definido em termos de DRG (analisado no item 3.4.3) e dependendo da obtenção de contratos junto as SHAs. Além disso, no âmbito organizacional e administrativo, os hospitais passaram a poder estabelecer “braços” comerciais ou participar de empreendimentos comerciais já existentes; transferir parte de seus funcionários para o setor privado; e determinar seus planos de investimento sem interferência estatal – e também sem sua coordenação com relação aos demais hospitais (POLLOCK, 2005; HUGHES et al, 2011).

O mercado interno continuou em processo de transformação. Em 2008, o *NHS operating framework* definiu uma nova reorganização no funcionamento dos PCTs, determinando a separação interna de suas funções enquanto comprador de serviços de saúde (medicamentos, cuidados hospitalares, etc.) e prestador (via seus GPs). Em 2010, as *Strategic Health Authorities* (SHAs) e os PCTs foram abolidos, com a contratualização dos serviços de saúde transferidos para os *Clinical Commissioning Groups* (CCGs). No setor hospitalar, aprofundou-se o processo de transformação dos hospitais *trusts* em *foundation trusts* (HUGHES et al, 2011; MAYS et al, 2011; ALLEN, 2013).

Sendo assim, o mercado interno do NHS inglês foi, ao longo dos anos desde sua implementação, aprofundando a separação de funções no sistema, fomentando a concorrência entre as partes envolvidas e ampliando os espaços de provisão de serviços pelo setor privado.

Embora a Alemanha e a França não tenham implementado a lógica de “mercado interno”, cabe apontar uma mudança no sistema alemão que gerou aumento da

²³⁹ A conversão dependia de uma avaliação de qualidade sobre o hospital, sendo todos submetidos a um sistema de ranqueamento, *star rating system*, em que apenas os hospitais que obtivessem “três estrelas” poderiam se converter em *foundation trusts* (KLEIN, 2001; LISTER, 2008).

concorrência entre prestadores de serviço. Até 2003, as Caixas de Saúde contratualizavam serviços ambulatoriais, obrigatoriamente, junto às associações dos médicos. Estas possuíam, nesse sentido, o monopólio de negociação para prestação desse tipo de serviço. Em 2003, esse processo foi liberalizado. Isso significa que, a partir de então, as Caixas passaram a poder realizar acordos individuais, com cada médico ou grupo de médicos, sem passar pela aprovação das associações. Essa mudança retirou o monopólio das associações e ampliou a diferenciação de contratos, gerando maior concorrência entre os prestadores de serviço ambulatorial (GERLINGER e SCHMUCKER, 2009).

3.4.3 Pagamento por Desempenho – Hospitais

O pagamento hospitalar com base no *Diagnosis Related Group* (DRG)²⁴⁰ é um mecanismo presente em grande parte das reformas nos sistemas de saúde europeus, tendo sido um dos instrumentos que mais rapidamente se disseminou. A ideia de implementação de uma tarifa nacional pautava-se no princípio de que, com o estabelecimento de um preço uniforme para um mesmo procedimento, isto forçaria as instituições a ampliarem sua eficiência, dado que só receberiam o valor definido na tabela nacional e teriam que se diferenciar pela maior eficiência e qualidade (MAARSE e NORMAND, 2009). Isto significa, na verdade, que o “pagamento por desempenho” seria um pagamento pela quantidade de procedimentos realizados de cada categoria.

Apesar da retórica dos governos, de que a implementação do DRG serviria como importante passo no processo de ampliação da eficiência dos serviços de saúde, ao atrelar diretamente o procedimento ao seu pagamento, chama a atenção o fato de que a adoção deste mecanismo estava alinhada com uma das principais reivindicações dos grandes grupos privados de saúde sobre os sistemas públicos até então, qual seja, o estabelecimento de um preço por cada tipo de cuidado. Nesse sentido, a instauração do

²⁴⁰ A tarifação por resultado foi desenvolvida nos Estados Unidos, a partir de trabalho realizado por um grupo de pesquisadores da Universidade de Yale, liderados por Robert Fetter, no final dos anos 1960, de identificação dos produtos gerados nos hospitais – técnica criada a partir do setor industrial, principalmente automobilístico. A ideia era que seria possível identificar os principais produtos (bens, mas principalmente serviços) gerados no setor hospitalar e implementar uma lógica de pagamento do produto prestado, com base nos custos envolvidos (pessoal e equipamentos diretamente envolvidos, assim como custos indiretos). Para tal objetivo, seria necessário definir “grupos homogêneos de doenças” ou “grupos homogêneos de diagnósticos” (*Diagnosis Related Group* – DRG), apontando características em comum nos tratamentos, a fim de viabilizar a homogeneização no pagamento de cuidados “iguais”, incluindo no valor os custos clínicos e não clínicos para se prover o cuidado. Esta concepção formulada na década de 1960 foi implementada, a partir de 1983, no *Medicare* norte-americano (SCHMID et al, 2010; BUSSE et al, 2011).

DRG, na perspectiva das empresas privadas, foi interpretada como uma maior aproximação do sistema com um mercado – no qual qualquer bem ou serviço possui um preço correspondente – e um passo importante para o aumento da concorrência (LETHBRIDGE, 2011).

Nos três países estudados, houve um lento processo de adoção desse mecanismo, tendo em vista que existia a preocupação em captar longas séries de dados (em termos de diversidades de hospitais e no tempo) para determinação das categorias de tratamentos e seus respectivos valores, englobando três diferentes tipos de custos: os departamentais; os indiretos associados a cada paciente; os diretos atrelados a cuidados de cada paciente. Este processo ocorreu de formas e em ritmos diferentes, dado que cada país possuía uma lógica no acompanhamento dos custos hospitalares. Enquanto na Inglaterra, dentro da premissa de um sistema nacional de saúde, todos os hospitais adotavam compulsoriamente um mesmo sistema de acompanhamento de custos (*mandatory cost-accounting system*), na França, os hospitais possuíam maior liberdade de criar seus próprios sistemas (ainda que seguindo algumas diretrizes nacionais) e, na Alemanha, esta autonomia era ainda maior, no máximo alinhado a cada *Land*²⁴¹ (BUSSE et al, 2011).

No Reino Unido e na França, o uso do DRG, ao longo da década de 1990, esteve vinculado a uma primeira fase de classificação dos procedimentos hospitalares e dos pacientes atendidos, sem que o mecanismo se transpusesse enquanto instrumento de pagamento. Ambos os países partiram da classificação DRG norte-americana e criaram seus próprios sistemas de classificação. Apenas nos anos 2000 é que se inicia a adoção do DRG enquanto remuneração para os hospitais, e também se inicia o processo de identificação dos procedimentos na Alemanha²⁴². Nos três países, a adoção do DRG foi apresentada como uma forma de ampliar o controle dos gastos com saúde, de tal forma que houvesse, simultaneamente, uma maior transparência sobre os serviços efetivamente prestados nos hospitais e a garantia do cumprimento de resultados “eficientes” no atendimento das necessidades de saúde da população. Nos casos francês e britânico, ao menos no desenho das políticas, tinha-se também o objetivo de associar, explicitamente, o pagamento a metas de qualidade. Ou seja, seria um mecanismo capaz de prover,

²⁴¹ Desses diferentes processos, resultaram classificações DRG com composições distintas em cada país: na Alemanha, tem-se 1.200 DRGs, na Inglaterra, 1.400, e na França, mais de 2.300 (BUSSE et al, 2011).

²⁴² No caso alemão, partiu-se de uma classificação já adaptada pela Austrália – Australian Refined (AR-DRGs) – para o desenvolvimento de seu próprio sistema (G-DRG).

simultaneamente, ampliação na transparência, eficiência e qualidade nos sistemas de saúde (BUSSE et al, 2011; BUSSE, 2012; STABILE et al, 2013).

No caso francês, a implementação do DRG foi precedida de um longo processo, que se inicia já na década de 1980, com as primeiras tentativas de mensurar os custos dos procedimentos hospitalares, mediante o *Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information*, e tendo sido o primeiro país europeu a desenvolver seu próprio DRG, já em 1986, denominado *Groupes Homogènes des Malades*²⁴³. Em 1991, o governo determinou que cada hospital deveria definir seu propósito de funcionamento, utilizando da classificação DRG para explicitar os procedimentos que de fato realizava: “com esta reforma, o orçamento de cada hospital seria determinado com a avaliação de suas atividades e sua perspectiva de desenvolvimento, com negociação junto ao Estado” (HASSENTEUFEL e PALIER, 2007, p. 589). No entanto, a falta de apoio administrativo e político fez com que, somente em 1996 (como parte do Plano Juppé), o programa começasse a ser incorporado nas discussões orçamentárias do sistema de saúde, mas ainda de forma preliminar. Apenas em 2004, com a reforma T2A no setor hospitalar, o mecanismo passou a ser efetivamente adotado para remuneração dos hospitais, com plena implementação em 2009 (BATIFOULIER, 2014; HASSENTEUFEL, 2014).

No Reino Unido, a adoção do DRG começou a ser debatida em 1992, com o desenvolvimento, em meados da década, dos *Healthcare Resource Groups* (HRGs). O mecanismo surgiu enquanto um instrumento para permitir a comparação entre os hospitais, ao homogeneizar as categorias dos diferentes serviços prestados em cada instituição, e viabilizar um maior controle interno dos serviços prestados e de como os recursos eram alocados. A partir de 1997, com o governo Trabalhista no poder, iniciaram-se estudos para que os recursos fossem efetivamente transferidos aos hospitais mediante os HRGs. Este processo começou formalmente em 2002, por parte do Departamento de Saúde e, de fato, a partir de 2004, no processo de estabelecimento das *foundation trusts*. Em 2009/2010, quase a totalidade das *foundation trusts* já eram remuneradas via HRGs (BEVAN e ROBINSON, 2005; MASON et al, 2011).

O caso da Alemanha é distinto do francês e do inglês, tendo em vista que os debates se iniciaram tardiamente, com a instauração na legislação do Ato de reforma do GKV (*Gesetzliche Krankenversicherung*), em 2000. O processo de implementação foi

²⁴³ Os grupos de doença definidos na França foram ampliados e adaptados ao longo do tempo, conforme pode ser visto em detalhes em Or e Bellanger (2011, p. 225-232).

progressivo, a partir de 2006, tendo como objetivo tornar-se a forma de financiamento de todos os serviços hospitalares²⁴⁴ e para o atendimento de todos os pacientes, independentemente de estarem vinculados a Caixas estatutárias ou privadas²⁴⁵. Na Alemanha, o Instituto para o Sistema de Remuneração Hospitalar (InEK) definiu o cálculo do DRG, com base em dados de custos voluntariamente disponibilizados pelos hospitais²⁴⁶. Os diferentes DRGs e seus pesos foram determinados no âmbito nacional, embora seu valor monetário seja estabelecido na esfera estadual (cada um dos 16 *Länder*), dada as possíveis diferenças de custos (BUSSE et al, 2011; GEISSLER et al, 2011).

Ainda que os ritmos e processo de adoção tenham sido distintos, em 2010, o mecanismo de pagamento aos hospitais via DRG já era responsável por 60% de toda receita hospitalar, na Inglaterra, e 80% na França e na Alemanha (BUSSE et al, 2011). Diferente dos casos alemão e britânico, nos quais a implementação dos mecanismos de DRG nas instituições ocorreu de forma progressiva, na França, após longo tempo de debate sobre a adoção do mecanismo, uma vez aprovado, sua imposição foi muito mais abrupta do que nos outros países. No ano de 2005, 25% dos recursos para hospitais públicos e privados sem fins lucrativos eram via DRG; em 2008, já representava quase a totalidade do financiamento (BRÉCHAT et al, 2008; OR e BELLANGER, 2011).

Apesar da ampla adoção e da perspectiva que o pagamento aos hospitais por meio da classificação DRG poderia proporcionar uma série de benefícios, há diversos riscos envolvidos nessa forma de remuneração. Em prol de obter uma maior receita, e se considerando a existência de uma significativa assimetria de informação entre os pagadores e os hospitais, o DRG pode incentivar a realização de tratamentos desnecessários, mas que proporcionam receitas elevadas (*overtreatment*); a reclassificação de pacientes em categorias distintas das que realmente deveriam estar (*upcoding*); a seleção de pacientes com base no seu histórico e a perspectiva de custos nos cuidados (*cream-skimming*); o aumento da quantidade de pacientes atendidos, com possíveis prejuízos à qualidade do atendimento (BUSSE et al, 2011; MAYS et al, 2011).

²⁴⁴ Com algumas exceções apontadas nesse trabalho, assim como no caso do financiamento da infraestrutura hospitalar, que permanece desvinculada do DRG e com pagamento realizado não pelas Caixas de Saúde, mas sim por cada *Land*, com parte dos recursos orçamentários (GEISSLER et al, 2011).

²⁴⁵ Para maior detalhamento das fases de implementação do DRG alemão, ver Quentin et al (2010, p. 4-6) e Geissler et al (2011, p. 248-251).

²⁴⁶ A fim de incentivar o preenchimento dos dados, o InEK reembolsa com uma tarifa adicional os hospitais que coletam e disponibilizam os dados de custos nos cuidados de todos os seus pacientes (GEISSLER et al, 2011).

Na Europa, as pesquisas sobre o impacto da adoção do DRG ainda são bastante incipientes, tendo em vista o curto período em que o mecanismo se encontra em vigor nos diversos países²⁴⁷. Ainda assim, algumas preocupações já podem ser apontadas. As primeiras pesquisas sobre o caso inglês indicam um aumento nos custos administrativos associados à implementação do mecanismo de DRG – cerca de £ 100 mil por instituição. Em termos de atendimento, haveria um aumento de pacientes atendidos em um dia (*day cases*) e redução no tempo de internação. Além disso, há pesquisas com resultados conflitantes quanto à capacidade de o mecanismo reduzir as filas de espera por atendimento nos hospitais (MAYS et al, 2011; SILVERMAN e SKINNER, 2004).

Na França, as instituições privadas, teriam, após a adoção do T2A, modificado a composição nas atividades realizadas, focando naquelas com maiores pagamentos, e aumentado a taxa de readmissão de tratamentos cardiovasculares e de câncer – o que elevou os pagamentos recebidos, sem uma justificativa médica clara de porquê tais readmissões teriam se elevado após 2004. Pesquisas apontam que os hospitais franceses ampliaram seus custos depois da adoção do T2A, principalmente no que concerne às instituições públicas. Esta tendência aparece de forma explícita em uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde francês, em 2009, que apontou que 1/3 dos hospitais públicos estavam em condição deficitária após a implementação do DRG – o que estaria atrelado aos custos elevados desses estabelecimentos que realizam procedimentos mais complexos do que os privados, que apresentariam melhores condições financeiras com o DRG (OR e BELLANGER, 2011; STABILE et al, 2013; TABUTEAU, 2013).

Além da preocupação com os impactos financeiros e os possíveis estímulos à seleção de pacientes, os mecanismos de pagamento por procedimento, ao homogeneizar o pagamento realizado aos hospitais, seria incapaz de apreender que um mesmo cuidado pode ser realizado em circunstâncias muito distintas (a colocação de uma prótese pela primeira vez, em comparação com a substituição de uma já existente), assim como não teria como incorporar no valor as condições socioeconômicas prévias dos pacientes, que podem afetar a quantidade de dias necessários de tratamento, assim como de possíveis

²⁴⁷ As evidências nos Estados Unidos, país pioneiro na adoção deste mecanismo, colocam, no mínimo, em dúvida a validade do instrumento. Diversas fraudes teriam sido registradas, com destaque para a prática de *upcoding*, a fim de que o estabelecimento recebesse maiores pagamentos – ou seja, categorização dos pacientes de forma a obter maiores receitas. Outra questão relevante diz respeito a não só o risco de classificar erroneamente, mas a classificar cuidados desnecessários, inflando os pagamentos aos hospitais.

complicações. Nesse sentido, o risco de seleção de pacientes teria se tornado mais intenso²⁴⁸ (MAARSE e NORMAND, 2009; MAYS et al, 2011).

3.4.4 Pagamento por Resultado – Médicos

Enquanto os hospitais passaram a ser pagos pelos procedimentos realizados, a remuneração ambulatorial iniciou a implementação de mecanismos de desempenho, em termos de resultados alcançados. A premissa era que, ao vincular o pagamento com o desempenho atingido, ter-se-ia um sistema mais eficiente, com melhores resultados, e com profissionais mais motivados a cumprirem as metas estabelecidas. Além disso, seria capaz de suplantar os problemas de “incentivo” derivados das formas de remuneração presentes nos sistemas de saúde até então – pagamento por capitação, salarial ou por ato médico. Até este momento, predominava, para os médicos ambulatoriais, o pagamento por ato médico na Alemanha e na França e por capitação no Reino Unido; por sua vez, os médicos que atuavam em hospitais eram, nos três países, funcionários públicos assalariados (DA SILVA, 2012).

A extensão de remuneração por resultado é bastante distinta nos três países estudados em nosso trabalho: em 2009, enquanto na Inglaterra estimava-se que 84% dos médicos poderiam receber ao menos parte de seus ganhos dessa forma, estes corresponderiam a somente 6% na Alemanha e na França (SCHOEN et al, 2009).

Dentre os três países estudados, a Inglaterra é precursora na associação entre a remuneração dos médicos e o estabelecimento de parâmetros de “resultado” a serem cumpridos. Em 2002, o NHS implementou um novo contrato de trabalho para os clínicos

²⁴⁸ Deve-se destacar, no entanto, algumas tentativas de lidar com as possíveis distorções do mecanismo de DRG. A fim de evitar que tratamentos de doenças graves e cujos custos de realização são elevados perdessem espaço na oferta dos serviços hospitalares, os três países criaram categorias especiais para remuneração desses procedimentos, para além da categorização DRG. Tratar-se-ia de uma forma de possibilitar que a remuneração seja mais elevada, o que desincentivaria um comportamento de seleção de pacientes por parte dos hospitais – ou seja, impediria a prática de “*cream-skimming*”. Além disso, a fim de lidar com a prática de “*upcoding*”, tanto a Alemanha como a França têm realizado auditorias periódicas. No caso francês, uma auditoria realizada em 2006, com os hospitais que já tinham adotado o mecanismo, apontou algum erro de codificação em 60% dos casos analisados e a falta de justificativa médica para 30% dos medicamentos “inovadores” (financiados de forma separada, com valores mais elevados) prescritos. Este procedimento gerou um retorno de € 24 milhões de pagamentos indevidos em 2006. Na Alemanha, uma investigação feita em 2009, em 12% do total de procedimentos hospitalares, gerou um retorno médio de €850 de custos recuperados por caso auditado. Outra preocupação, a internação excessiva de pacientes, fez com que a Alemanha e a Inglaterra adotassem uma penalização financeira no caso de readmissão de um paciente, por um mesmo problema, em menos de 30 dias. Nesses casos, a segunda internação não recebe nenhum pagamento (BUSSE et al, 2011; GEISLER et al, 2011; OR e BELLANGER, 2011; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

gerais (GPs), denominado *UK GP contract of April 2002*. O novo contrato²⁴⁹ determinava o pagamento aos profissionais com base no cumprimento de metas, e não mais com base na capitação, considerando a quantidade de pacientes atrelados ao PCT. Por exemplo, ao invés de receber um valor proporcional à quantidade de crianças vacinadas, foi determinado um valor fixo a ser pago, desde que se cumprisse a meta de imunizar 90% das crianças sob sua responsabilidade (POLLOCK, 2005; KLEIN, 2007).

Em 2004, as medidas de desempenho foram oficialmente estabelecidas, ainda que por adesão voluntária, mediante o programa *Quality and Outcomes Framework*. O programa estabeleceu 146 indicadores, em torno de cinco campos: cuidado clínico para 10 doenças crônicas; organização da atenção; satisfação do paciente; serviços adicionais; desempenho geral. Cada meta plenamente cumprida (com taxas que variam de 50% a 90% dos pacientes) geraria um ganho – £76 anuais em 2004/2005, £125 a partir de 2005/2006, com ajustes de acordo com a lista de pacientes e prevalência de doenças atendidas por cada médico. As metas eram anualmente revistas pelo governo (via Departamento de Saúde) e pelo sindicato médico (BMA), sendo que, a partir de 2009, o *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) também passou a contribuir nos parâmetros de qualidade adotados. Em termos de acompanhamento, para cumprimento das metas, foi implementada uma nova estrutura de âmbito local, denominada *Patient and Public Involvement Forums* (DA SILVA, 2012; DORAN e ROLAND, 2010; EIJKENAAR, 2012).

Analisando a evolução entre 2003 e 2006, ter-se-ia que a remuneração dos GPs se elevou, em média, em torno de 60% em três anos²⁵⁰. No entanto, as medidas de associação da remuneração ao desempenho seriam apenas parcialmente responsáveis por esse incremento, dado que representam aproximadamente 15% da remuneração dos GPs. O aumento seria resultado, também, da adoção de uma política de melhor remuneração e redução da diferenciação de pagamento entre os médicos de atendimento ambulatorial e hospitalar (DORAN e ROLAND, 2010; PARIS et al, 2010).

Em 2008, foi implementado o *Advancing Quality*, cujo objetivo era estender o pagamento por resultados aos médicos especialistas, atuando dentro de hospitais. Como os mesmos são assalariados, o acréscimo de remuneração era baixo, em torno de 2 a 4%

²⁴⁹ Além disso, o novo contrato descentralizou a negociação salarial: ela deixou de ser realizada entre os GPs e o Secretário de Estado, intermediada pelo sindicato British Medical Association (BMA), como anteriormente, e passou a ser feita entre os GPs e seus respectivos PCTs (KLEIN, 2007).

²⁵⁰ O valor médio recebido, anualmente, por um médico generalista passou de £41.600 para £66.600 (DORAN e ROLAND, 2010).

do salário. O mecanismo foi implementado de forma embrionária nos hospitais de apenas uma região do país (North West region), e absorvido, a partir de 2010, como parte de um novo sistema nacional, denominado *Commissioning for Quality and Innovation* (CQUIN).

Na França, as modificações na forma de pagamento no setor ambulatorial ocorreram a partir de 2009. O processo começa com a implementação de contratos (denominados *Contrats d'amélioration des pratiques individuelles*) entre os médicos de referência (*médecin traitant*) e as Caixas de Saúde. A ideia era que estes contratos definissem metas de saúde pública a serem obtidas ou de redução das despesas, organizados em torno de 16 objetivos²⁵¹, com duração de três anos. Apesar de uma recusa inicial dos sindicatos médicos, houve rápida incorporação por parte dos médicos – com adesão de 1/3 dos médicos no primeiro ano e progressiva aceitação por parte dos sindicatos – e das Caixas, o que permitiu que, em 2011, o mecanismo tenha sido incorporado na convenção médica. Nesta convenção, o contrato tornou-se parte da adoção da “remuneração por desempenho”, nomeada oficialmente de *Rémunération sur objectif de santé publique*. Os objetivos foram expandidos para 30, com metas de cumprimento centradas em dois eixos: “rastreamento e doenças crônicas” e “otimização das prescrições”²⁵², com os médicos podendo obter um adicional de até €7 por paciente, o que se estima que expandiria de 3% a 6% os honorários obtidos (DA SILVA, 2012; TABUTEAU, 2013).

Destaca-se que, na Inglaterra e na França, a modificação na remuneração dos médicos, associando-a a mecanismos de desempenho, ocorreu mediante mecanismos diferentes. No caso francês, manteve-se a tradição da convenção médica, apenas incorporando as metas enquanto parte dos contratos (que continuam sendo acordados entre os sindicatos médicos e as Caixas, como são desde o pós-guerra). Por sua vez, na Inglaterra, esta mudança foi precedida pela alteração na esfera de negociação trabalhista, que saiu do nível nacional e passou para a esfera específica de cada PCT. Além disso, na Inglaterra, a remuneração por desempenho já se estabeleceu como parte importante na composição dos ganhos médicos e a parcela que de fato recebem depende não só de sua

²⁵¹ Os objetivos centravam-se em torno de quatro tipos de indicadores: clínico, de prevenção, de organização e de eficiência (HASSENTEUFEL, 2014).

²⁵² Dentre as metas, tem-se como exemplo: vacinar ao menos 75% das pessoas com mais de 65 anos contra gripe; definição de determinados medicamentos cuja prescrição de genéricos deve ser de pelo menos 60%, sendo considerado de “alto desempenho” com prescrição de 90% de antibióticos genéricos (DA SILVA, 2012; TABUTEAU, 2013).

performance, mas da decisão dos PCTs (a partir de 2012, o Departamento de Saúde, o *NHS England*) aos quais estão atrelados. No caso francês, a parcela da remuneração atrelada ao desempenho ainda é baixa e o ganho auferido, se ocorre, está relacionado diretamente a cada médico individualmente.

Essas diferenças apontadas explicitam, conforme aprofundado no capítulo 4, item 4.1.2, as diferenças na força dos médicos, enquanto categoria, na defesa de sua inserção enquanto trabalhadores nos sistemas de saúde. Assim, enquanto na França, as transformações têm sido feitas “por dentro” dos mecanismos existentes, tendo em vista a forte pressão dos sindicatos médicos para preservar os instrumentos de acordo coletivo, na Inglaterra, os mecanismos *em si* têm sido alterados e com uma dimensão muito mais ampla. Evidencia-se, neste caso, a maior inércia institucional francesa, com menor alteração na estrutura e na força dos agentes sociais no sistema.

Na Alemanha, os recursos utilizados para pagamento dos médicos são obtidos por meio de uma transferência de recursos das Caixas de Saúde para as associações de médicos, que, por sua vez, remuneram todos seus médicos associados. A distribuição desses recursos, até 2008, era definida de acordo com a quantidade de pacientes atendidos em determinado período. Algumas regiões já adotavam, então, experiências de inclusão de medidas de desempenho como parte da remuneração dos médicos, como o programa *Ergebnisorientierte Vergütung*, implementado em 2001 em um *Land* (*Nordrhein-Westfalen*). Em 2009, este tipo de prática adquiriu caráter nacional. A partir deste ano, a remuneração passou a ser determinada por três fatores: a quantidade de pacientes atendidos, ponderada por uma taxa de morbidade; serviços individuais, tais como imunização e cirurgias ambulatoriais; e um recurso vinculado ao atendimento de emergências, tais como epidemias. Os serviços realizados são quantificados em termos de pontos (dentro do mecanismo de Escala de Valores Uniforme), que são contabilizados para determinar a remuneração de cada médico, cujo valor depende também dos acordos estaduais (EIJKENAAR, 2012; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

Esse último item finaliza a apresentação da classificação da mercantilização dos sistemas de saúde. Este capítulo não teve como intuito esgotar a apresentação de todos os mecanismos de mercado que ampliaram sua presença nos três sistemas de saúde nas últimas décadas, mas, sim, permitir uma visão ampla do processo, explicitando que a mercantilização afetou todos os campos dos sistemas de saúde, ainda que em intensidades distintas, principalmente quando se analisa cada um dos três países. Alemanha, França e

Reino Unido apresentam, em 2016, sistemas de saúde com características distintas daqueles presentes nos “anos dourados” do pós-guerra. A fim de compreender mais a fundo as especificidades no processo de mudança desses sistemas, realizamos no capítulo 4 uma análise institucional, considerando tanto os fatores que impulsionaram as mudanças como aqueles que as bloquearam ou ao menos limitaram as transformações.

CAPÍTULO 4: ANÁLISE INSTITUCIONAL DAS REFORMAS NA ALEMANHA, FRANÇA E REINO UNIDO – CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONAIS, AGENTES SOCIAIS E ARRANJOS POLÍTICOS

Os sistemas de saúde alemão, francês e britânico passaram por importantes reformas nas últimas décadas, conforme analisamos nos capítulos 2 (item 2.4) e 3. A abordagem realizada no capítulo 4 tem como objetivo compreender a institucionalidade no interior destas reformas. A relevância deste capítulo, para a real compreensão das transformações que afetaram os três sistemas de saúde nas últimas décadas, é bem resumida na análise de Palier e Bonoli (1999), sobre as reformas nos sistemas de proteção social:

As reformas não são simples adaptações dos sistemas aos constrangimentos (econômicos, demográficos ou tecnológicos), mas são também fruto de debates e de lutas entre diferentes grupos sociais, cujos interesses são muitas vezes contraditórios. A fim de compreender a implementação (ou o bloqueio) de uma reforma, a forma particular que ela adquire, é necessário, de um lado, analisar em detalhe os argumentos e as representações utilizadas por e contra estas (as ideias), e, de outro lado, os interesses vinculados a essas reformas. Os desenvolvimentos dos sistemas de proteção social dependem, assim, da evolução do ambiente econômico nacional e mundial, das formas institucionais existentes na proteção social dos países, mas também da evolução de suas formulações e do apoio na esfera política (p. 415).

Enquanto o capítulo 3 foi todo dedicado à análise das reformas, mais especificamente em seu aspecto mercantil, nosso objetivo neste capítulo é compreender as formas institucionais por detrás dessas mudanças e seus bloqueios. De forma geral, os sistemas de saúde analisados se modificaram de modo muito mais incremental do que abrupto. Esse fenômeno poder ser interpretado de três formas diferentes: existência de impasses institucionais, derivados do modelo de decisão de cada país, e espaço que os grupos contrários tiveram em influenciar e bloquear transformações profundas (*veto players*); *path dependency*²⁵³, no sentido de que mudanças têm custos elevados frente à estrutura prévia, que, assim, tende a se perpetuar ou aceitar apenas alterações

²⁵³ A concepção de *path dependency* é de que as instituições tendem a ser estáveis, refratárias a mudanças. Essa noção surgiu com o objetivo de compreender, a partir de análises anglo-saxãs, por que o surgimento de tecnologias novas e mais eficientes não eram, necessariamente, adotadas em um determinado setor. Com o tempo, essa concepção forjada na história econômica da tecnologia passou a ser utilizada como referencial para análises sobre políticas públicas. A concepção de *path dependency* desenvolveu-se, a partir daí, como uma categoria de análise neoinstitucionalista, com uma vertente histórica, tendo como primeira grande referência Pierson (1994), e uma vertente da escolha racional, tendo como grande referência Douglas North (1990). Para maiores detalhes sobre os detalhes teóricos da concepção de *path dependency*, ver Wilsford (1994, p. 252-253), Palier e Bonoli (1999, p. 400-403) e Wilsford (2010), este último inteiro focando na contribuição teórica de *path dependency* e do neo institucionalismo para a análise das “permanências” nos sistemas de saúde.

incrementais; conjunto de instituições e valores em torno dos sistemas de saúde, cuja percepção é de que alterações podem resultar em sistemas piores após as reformas e, por isso, tendem a bloquear as mudanças, com destaque para a resistência pública às reformas. No caso do conjunto de instituições e valores, a percepção é de que estes são reflexo de uma sociedade e, sendo assim, a organização de um sistema de saúde existente, ao menos em alguns aspectos, é decorrente das preferências da população²⁵⁴ dentro dessa sociedade (WILSFORD, 1994; OLIVER e MOSSIALOS, 2005; GRIGNON, 2012).

A concepção de *path dependency* também pode ser compreendida a partir do conceito regulacionista de inércia institucional (abordado no capítulo 1, item 1.1), segundo o qual a conjugação das formas institucionais, uma vez gerada certa estabilidade, tende a se perpetuar ao longo do tempo. Essa permanência não é fruto apenas de sua existência prévia, mas da resistência social para sua preservação. No entanto, é importante ressaltar que essas interpretações tendem a subestimar a relevância das reformas, em termos de alterações de características importantes dos Estados de bem-estar. Ainda que a maioria das reformas nos sistemas de saúde, nos anos 1980 e 1990, tenham sido limitadas, algumas podem ser caracterizadas como *path shifting*, no sentido de que abriram possibilidade para novas mudanças, sendo parte de um processo de alterações mais profundas (PALIER e BONOLI, 1999; AMABLE, 2005). Nesse sentido, as análises baseadas em *path dependency* ou inércia institucional são importantes para compreender os fatores que influenciaram na permanência de diversas características dos sistemas de saúde, mas não para analisar as mudanças que, com menor ou maior intensidade, de fato ocorreram.

Em nossa análise, compreendemos que os três sistemas de saúde estudados passaram por mudanças relevantes. A princípio, o fato de serem todos sistemas razoavelmente centralizados (principalmente na França e no Reino Unido) e hierarquizados teria permitido aos agentes centrais estatais a capacidade de realizar importantes alterações. No entanto, a amplitude dessas mudanças dependeu da força dos demais agentes sociais no sistema, como foi bem ilustrado, ao longo das décadas, pelo caso francês: um sistema bastante centralizado não proporcionou ao Estado a capacidade de superar facilmente a oposição médica a reformas que afetassem sua liberdade de atuação e de remuneração. Além disso, as conjunturas históricas foram fundamentais para

²⁵⁴ Ou, ao invés de preferências, poder-se-ia utilizar uma abordagem marxista, na qual são vistas como reflexo da distribuição de poder entre as classes sociais (GRIGNON, 2012).

propiciar cenários mais favoráveis a mudanças, como nos momentos de crise econômica mais acentuada (como na Alemanha, após a reunificação no começo da década de 1990) ou de maior força do partido político no poder (como no Reino Unido com Thatcher, após sua terceira vitória no final da década de 1980, ou nos momentos de formação de grandes coalizões políticas na Alemanha, nos anos 1990 e 2000).

A partir das leituras sobre as reformas, do arcabouço regulacionista e dos referenciais específicos de análise sociológica-institucional sobre as reformas nos sistemas de saúde abordados nesta tese, definimos os recortes que pautam este capítulo. A organização está realizada em três subitens: as expressões das relações institucionais mais características dos sistemas de saúde; os agentes sociais mais relevantes dentro dos sistemas; e a caracterização mais geral dos arranjos políticos existentes em cada país. Essa estrutura foi inspirada em um número especial da revista *Journal of Health Politics, Policy and Law* (vol. 30, de 2005), que analisou as reformas nos sistemas de saúde de diversos países europeus a partir desses três recortes, sendo a base teórica (“novo institucionalista”) apresentada no artigo de Oliver e Mossialos (2005).

Embora a abordagem “novo institucionalista” utilizada pelos autores não seja por nós assumida, utilizamos o ponto de referência em comum com a Teoria da Regulação, qual seja, o institucionalismo e a concepção que aponta “a necessidade de se levar em conta, a fim de se compreender a ação dos indivíduos e suas manifestações coletivas, as mediações entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais. Essas mediações são precisamente as instituições” (THÉRET, 2003, p. 225).

A partir desses três recortes, o escopo de cada um deles foi decidido ao longo do processo de leituras da tese, em que os elementos considerados mais relevantes (quais características institucionais, quais agentes sociais e quais arranjos políticos) no processo de estudo são aqueles destacados neste trabalho.

Assim, no item 4.1, as expressões das relações institucionais foram definidas principalmente a partir dos parâmetros utilizados por André (2004, 2015), referência da análise da Teoria da Regulação sobre as reformas nos sistemas de saúde europeus, e da contribuição da OCDE (PARIS et al, 2010). No item 4.2, a análise dos agentes sociais tem como objetivo compreender como agentes específicos influenciaram as reformas dos sistemas de saúde. Sendo assim, a análise não abrange todos os agentes que fazem parte direta ou indiretamente dos sistemas, mas aqueles que identificamos como tendo maior

influência nas transformações ocorridas nas últimas décadas, seja como agentes proponentes das mudanças, seja como agentes de bloqueio do processo.

No item 4.3, a dimensão política trata de como o sistema político e a organização na esfera dos partidos políticos que estiveram no poder, nos respectivos países, influenciaram nas reformas dos sistemas de saúde. Não se objetiva, com isso, fazer uma análise pormenorizada dos respectivos governos em suas diversas dimensões, mas somente abordar aquilo que diz respeito ao nosso objeto de estudo específico e de como a estrutura política e o posicionamento político dos diferentes governos atuou nas propostas de reformas realizadas e em sua implementação.

Ao longo deste capítulo, trabalhamos com a hipótese de que as mudanças dos sistemas de saúde desde a década de 1980, assim como as características que foram preservadas, são fruto do imbricamento das três esferas analisadas, ou seja, de como a interação entre os agentes sociais, considerando a expressão das relações institucionais e a dimensão política, resultou nas reformas realizadas nos sistemas de saúde nos três países estudados (em um contexto de transformações econômicas e sociais, estudadas nos capítulos 1 e 2). Neste sentido,

A experiência do setor saúde nos anos 1980 e 1990 é que circunstâncias políticas e econômicas nos diversos países moldaram a reforma tão decisivamente quanto o desempenho dos respectivos sistemas. Isto posto, as características estruturantes [...] filtram as pressões de momento de vários modos (FREEMAN e MORAN, 2002, p. 55).

4.1 ARRANJOS INSTITUCIONAIS

As características institucionais dos sistemas de saúde são resultantes do desenho geral do Estado de bem-estar social em cada país (capítulo 1, item 1.2.2); das especificidades de posicionamento dos agentes sociais direta ou indiretamente envolvidos nos sistemas de saúde (item 4.2); dos desdobramentos da crise econômica a partir dos anos 1970 sobre seus respectivos sistemas (capítulo 1, item 1.3.2; capítulo 2, item 2.4; capítulo 3). Na análise já realizada, destacamos como os sistemas da Alemanha, França e Reino Unido podem ser pensados dentro de determinadas tipologias, principalmente no que diz respeito à diferenciação entre sistemas nacionais ou de seguros sociais.

Assim, o sistema alemão foi, e continua sendo, estruturado em torno dos trabalhadores, com financiamento via contribuição social em um sistema de seguro social organizado em torno de múltiplas Caixas. As reformas retiraram a paridade na contribuição, fazendo com os trabalhadores paguem percentual maior do que as empresas

(2004/2007) e a quantidade de Caixas diminuiu para menos de 1/10, fruto de forte concorrência ocorrida após a liberação da competição entre elas, com liberdade de adesão pelos trabalhadores (1992). O sistema francês, que é também organizado com base em seguros, mas desde sua constituição muito mais híbrido do que o alemão, ampliou sua hibridação ao longo do tempo: o poder estatal frente às Caixas cresceu com as reformas, principalmente em termos de controle dos recursos no sistema (1996); a proteção ao trabalhador ampliou-se para toda população (2000) e o financiamento passou a depender cada vez menos das contribuições sociais, com a criação de impostos específicos, como a CSG (1990). O sistema britânico, por sua vez, manteve-se enquanto sistema nacional, abrangendo toda população e sendo financiado mediante impostos.

No entanto, para além da tipologia básica (sistema nacional / de seguro social), nosso objetivo neste capítulo é apontar o que há de mais específico em cada um deles. Afinal, “[...] comparações que se baseiam em princípios gerais de financiamento e organização não são suficientes para proporcionar um maior entendimento dos sistemas de saúde” (WENDT, 2009, p. 432). Assim, selecionamos variáveis institucionais, a partir dos trabalhos de André (2004, 2015), Björkman (2009), Wendt (2009) e Paris et al (2010)²⁵⁵, além da importância percebida na extensa revisão bibliográfica realizada:

- Estrutura do sistema de saúde;
- Formas de financiamento;
- Cobertura;
- Organização do sistema ambulatorial e hospitalar;
- Mecanismos de remuneração dos médicos ambulatoriais e hospitalares;
- Sistema de médico referência (presente ou ausente);
- Escolha do paciente

Com base nessas variáveis, montamos o Quadro 10, que sumariza as características desses indicadores em 1970 (ou seja, antes da realização de reformas nos sistemas de saúde) e em 2014 (último ano com dados completos para todas as informações apresentadas):

²⁵⁵ O trabalho de Paris et al (2010) é, na verdade, uma publicação da OCDE, fruto de um amplo levantamento feito junto a todos os países que compõem a organização (Health System Characteristics Survey 2008-2009). Este trabalho é importante, tendo em vista que não só contribui para a definição das variáveis institucionais, como provém informações dos três países estudados nesse trabalho. Além disso, chama a atenção por ser um dos únicos trabalhos já desenvolvidos por essa instituição, no que tange aos sistemas de saúde, de análise institucional.

Quadro 10: Características institucionais selecionadas, Alemanha, França e Reino Unido comparação entre 1970 e 2014.

Caract. Institucionais	Período	Alemanha	França	Reino Unido
Financiamento (mecanismo predominante)	1970	Contribuições sociais - valor: cada Caixa	Contribuições sociais - valor: Estado	Impostos
	2014	Contribuições sociais - valor: Estado	Imposto específico (CSG)	Impostos
Sistema de saúde	1970	Seguro compulsório com Caixa atrelada à profissão	Seguro compulsório com Caixa atrelada à profissão	Nacional
	2014	Seguro compulsório com Caixa de livre escolha	Seguro compulsório com Caixa atrelada à profissão	Nacional
Cobertura	1970	Todos, com co-pagamento médio	Todos, com co-pagamento médio	Todos
	2014	Redução de cobertura de cuidado dentário	Todos, com co-pagamento elevado	Sem cobertura para óculos / baixa cobertura para cuidados dentários
Serviço ambulatorial - médico generalista	1970	Médico individual	Médico individual	Médico individual
	2014	Crescim. clínicas c/ grupos	Médico individual	Clínicas em grupo (CCGs)
Serviço ambulatorial - médico especialista	1970	Médico individual	Médico individual	Hospital público
	2014	Crescim. clínicas c/ grupos	Médico individual / clínicas privadas	Hospital público
Mecanismo de remuneração dos médicos - ambulatorial	1970	Pagamento por caso tratado	Pagamento por caso tratado	Pagamento por capitação/ato
	2014	Pagamento por ato/resultado	Pagamento por ato/resultado	Pagamento por ato/resultado
Mecanismo de remuneração dos médicos - hospitalar	1970	Salário	Salário	Salário
	2014	Salário/resultado	Salário	Salário/resultado
Mecanismo de remuneração dos hospitais	1970	Pagamento por diárias de utilização	Pagamento por diárias de utilização	Orçamento pré-definido
	2014	Pagam. por ato/DRG	Pagam. por ato/Teto orçamentário setorial/DRG	Pagam. por ato/Teto orçamentário setorial/DRG
Médico generalista - porta de entrada	1970	Não existia	Não existia	Compulsório
	2014	Existe, mas não obrigatório (maior co-pagamento sem uso de porta de entrada)	Existe, mas não obrigatório (maior co-pagamento sem uso de porta de entrada)	Compulsório
Escolha do paciente - médico generalista	1970	Livre	Livre	Limitado à região
	2014	Livre	Livre	Limitado à região
Escolha do paciente - médico especialista	1970	Livre	Livre	Limitado à indicação do GP
	2014	Livre	Penalização se não indicado por generalista	Livre
Escolha do paciente - hospital	1970	Livre	Livre	Limitado à indicação do GP
	2014	Livre	Livre	Livre

Fonte: André (2004, 2015), Björkman (2009), Wendt (2009) e Paris et al (2010). Elaboração própria.

Conforme apresentado no Quadro 10, em termos de abrangência da cobertura, os três sistemas mantiveram a mesma lógica: a cobertura dos sistemas de saúde é definida em nível nacional na Alemanha e na França. No caso do Reino Unido, assim como ocorre

em geral nos países com sistemas nacionais de saúde, não há uma definição prévia, com os termos legais garantindo a cobertura das “necessidades” que os pacientes apresentarem no NHS. No entanto, o controle sobre a cobertura é mais restrito, no que diz respeito aos medicamentos: nos três países, desenvolveram-se ao longo das reformas mecanismos de avaliação para inclusão de medicamentos na cobertura dos sistemas públicos, além do crescimento dos mecanismos de co-pagamento (capítulo 3, item 3.1.1).

Em termos organizacionais, o acesso aos médicos modificou-se. Os sistemas que apresentavam anteriormente maior liberdade de escolha (Alemanha e França, mas principalmente no caso francês) criaram restrições, com o intuito de racionalizar o uso do sistema. No Reino Unido, cujo acesso sempre foi mediado pelo *gate-keeper*, foi ampliada a liberdade de escolha (para o médico especialista e o hospital). Além disso, o sistema britânico ampliou a organização do atendimento, principalmente no que diz respeito à atenção primária ambulatorial, em clínicas de atendimento, com maior integração do cuidado médico. Esse movimento ocorreu com menor intensidade na Alemanha e foi quase ausente na França. Em ambos os casos, manteve-se a predominância do atendimento ambulatorial em consultórios particulares.

Nos termos desenvolvidos por Reibling (2010), a França caracterizar-se-ia como um “estado de incentivo financeiro”, no qual há grande liberdade de escolha aos médicos, com grande densidade de profissionais de saúde e equipamento, mas com acesso limitado por co-pagamentos elevados. Já no Reino Unido, ter-se-ia quase a situação oposta: baixa densidade de profissionais e equipamentos, com forte *gate-keeper* pelo clínico geral, porém sem co-pagamento para o acesso médico. Estas características seriam de um “estado de forte porta de entrada e baixa oferta”. O caso alemão seria, considerando os parâmetros utilizados, o de maior acesso, um “estado com baixa regulamentação e alta oferta”: sem porta de entrada, com grande disponibilidade de profissionais de saúde e equipamentos, e sem (ou com baixo) co-pagamento. É, ao mesmo tempo, o sistema mais “caro” entre os três, com maior gasto com saúde como proporção do PIB e em termos *per capita*.

4.2 AGENTES SOCIAIS

Um ponto importante na análise comparativa das reformas diz respeito aos agentes-chave presentes nos sistemas de saúde de cada país. Em nossa análise,

consideramos essencial compreender o papel dos agentes sociais envolvidos no processo, a fim de analisar tanto os agentes idealizadores das reformas, como aqueles que buscaram (e, alguns contextos, sucederam) bloquear as mudanças. Em nossa compreensão, partimos do pressuposto de que cada agente social foi forjado em um contexto específico, em cada país, com características e capacidade de imposição de suas posições variando nos três países:

Deve-se notar que os parâmetros que, em cada país, explicam a configuração da rede de atores mais essenciais para qualquer política ou regulação, sua coesão ou sua fragmentação, não são apenas de natureza política e institucional, refletindo as estruturas de poder; eles possuem também origens sócio-históricas e culturais, possuindo componentes, tanto ideológicos quanto pragmáticos, que constituem as relações sociais (CATRICE-LOREY e STEFFEN, 2006, p. 170).

Ainda assim, nos cabe uma primeira diferenciação mais geral, referente aos sistemas de saúde nacionais (ou *beveridgiano*), como no caso britânico, e de seguros sociais (ou *bismarckiano*), como nos casos alemão e francês. O modelo *bismarckiano*, ao se pautar na organização, benefício e financiamento do sistema de saúde em torno do trabalhador (item 4.1), tem nos parceiros sociais (trabalhadores e empregadores) parte importante dos conflitos sobre os sistemas – e suas reformas. Tal característica é perceptível tanto no sistema francês como no alemão, o que não ocorre no sistema britânico *beveridgiano*. Neste, os conflitos são, *grosso modo*, internos à esfera política – ainda que submetidos à pressão dos provedores de serviço, seja no que tange ao conjunto dos interesses dos médicos e outros trabalhadores do sistema, seja das instituições privadas que atuam no mesmo. Esta internalização na esfera política é compreensível, no Reino Unido, pela importância central do Estado no sistema, em seus três aspectos essenciais: financiamento, provisão de serviços e regulamentação (PALIER, 1997; SCHMID et al, 2010).

Sendo assim, enquanto no caso alemão e francês o posicionamento dos parceiros sociais (item 4.2.3) é essencial para compreender o direcionamento das reformas, no Reino Unido, o Estado, pensado em sua inserção central (item 4.2.1) e considerando os conflitos político-partidários (item 4.3), é o agente-chave de reflexão sobre a implementação das reformas.

No entanto, além do Estado e dos parceiros sociais, agentes sociais específicos dos sistemas de saúde possuem papel relevante em seu desenho, principalmente os médicos. No caso do sistema de saúde francês, a organização do sistema é realizada mediante Caixas, assim como na Alemanha. No entanto, a figura predominante no

sistema é interna, mais especificamente os médicos. Em diversos episódios de negociação em torno da implementação das reformas propostas pelo governo, a aceitação por parte dos parceiros sociais não garantiu a adoção das medidas (como nas propostas de reforma de 1980 e de 1991), principalmente com relação a políticas que afetavam diretamente os atendimentos primários. Nesse sentido, apesar de o sistema de saúde francês ser organizado em torno de Caixas e com forte centralização estatal, o posicionamento dos médicos é central para compreender as resistências às reformas, muitas vezes mais do que dos parceiros sociais e do Estado. Já no caso alemão, a estrutura corporativista é dominante, de modo que o poder é concentrado nos parceiros sociais. Mesmo a relação destes com os médicos e com o Estado é permeada pelo corporativismo (COUDREAU, 2004; NEWMAN e KUHLMANN, 2007).

Sendo assim, do ponto de vista da estrutura dos sistemas de saúde no pós-guerra (item 4.1), em termos de agentes sociais, há uma clara predominância histórica dos parceiros sociais no sistema alemão, enquanto o francês é dominado pelo poder dos médicos (liberais, no sistema ambulatorial) e o britânico pelo Estado. Partindo dessa percepção, nosso objetivo é analisar os diferentes agentes sociais considerando: sua presença dentro dos sistemas de saúde; sua importância específica nos sistemas dos três países estudados; sua relevância em termos de estímulo ou bloqueio das reformas, na definição do desenho das mudanças e na sua efetiva implementação.

Primeiramente, analisamos o Estado (item 4.2.1), figura central na definição dos sistemas e na proposição das reformas. Em segundo, os agentes sociais internos ao sistema: os médicos (item 4.2.2); os parceiros sociais (item 4.2.3); e a população e usuários atendidos no sistema (item 4.2.4). Além disso, destacamos a importância de agentes que atuam direta ou indiretamente no sistema de saúde, mas de origem privada: as seguradoras privadas de saúde e os prestadores, com foco nos hospitais privados (item 4.2.5), e a indústria farmacêutica (item 4.2.6). Por último, desenvolvemos uma análise voltada a agentes específicos (item 4.2.7), agrupados na alcunha de “atores programáticos”, analisados a partir de referencial específico em torno do tema, em um nível mais específico de abstração. Trabalhamos com a hipótese de que a análise do papel desses “atores programáticos” nas reformas contribui para ampliar a capacidade explicativa de nosso estudo sobre os agentes sociais que influenciaram no processo histórico de mudanças (e bloqueio às mesmas) nos sistemas de saúde alemão, francês e britânico.

4.2.1 Estado / Regiões

O Estado é o agente social central no financiamento e organização dos sistemas de saúde, em todos os países que desenvolveram sistemas com objetivos de abrangência universal à população, seja por meio de sistemas nacionais, seja sistemas de seguros sociais. Nesse item, partimos da concepção sobre o Estado apresentada no capítulo 1, item 1.1.1. A partir das contribuições de Poulantzas (2000), Théret (1988, 1992) e Jessop (2008), compreendemos o Estado como arena do conflito capital-trabalho.

Para a análise da ação estatal, especificamente com relação aos sistemas de saúde, nos apropriamos da abordagem de Moran (1995), que propõe a ideia de *health care state*. Para o autor, o Estado assume três formas diferentes de definição e interação com os sistemas de saúde: o Estado-regulador (com participação no financiamento e na provisão de serviços variando em cada país, mas com clara predominância na regulamentação dos sistemas); o Estado competidor-industrial (regulando, fomentando e até atuando diretamente nas indústrias, principalmente as de alta tecnologia, como a farmacêutica e de equipamentos médicos); e o Estado-distribuidor (definindo a alocação dos recursos nos sistemas de saúde, como reflexo do conflito capital-trabalho ao longo do tempo).

Este embasamento é importante porque permite que ampliemos nossa capacidade de compreender, para além do papel de cada agente social no sistema, a interação do Estado com os demais agentes selecionados para análise. Nesse sentido, ainda que o Estado-regulador e distribuidor sejam o pano de fundo central, o Estado competidor-industrial também é relevante na análise da articulação do Estado com a indústria farmacêutica (item 4.2.7).

O Estado é um agente central nos três países, caracterizados por democracias com centralização estatal – embora, no caso alemão, essa centralidade seja diferente da existente na França e no Reino Unido, dado que a relação Estado-sociedade passa por uma esfera de negociação corporativista e de organização política descentralizada e federativa. Em termos de política de saúde, podemos afirmar, de forma genérica, que os sistemas francês e inglês são bastante centralizados no Estado, no nível central de decisões, enquanto no alemão o sistema é marcado pelo corporativismo (relevância dos parceiros sociais, item 4.2.3) na organização do sistema. Esta característica influencia o planejamento dos sistemas de saúde, com a esfera central (mediante os Ministérios da Saúde) determinando o planejamento geral dos sistemas tanto na França como no Reino

Unido, enquanto na Alemanha as Caixas alocam os recursos para o setor ambulatorial e cada *Land* realiza o planejamento das políticas da atenção hospitalar²⁵⁶. Por outro lado, enquanto na França e na Alemanha, o planejamento estatal é concentrado nos cuidados hospitalares – principalmente na quantidade e distribuição de leitos por habitante –, no Reino Unido, o planejamento envolve tanto os cuidados ambulatoriais como hospitalares (ALTENSTETTER e BUSSE, 2005; ETTELT et al, 2009).

Para além das características históricas de formação de cada sistema de saúde (conforme apresentado no capítulo 2, item 2.2) e suas respectivas estruturas institucionais (item 4.1), alguns pontos com relação a relevância do Estado em cada sistema de saúde merecem atenção. A França e o Reino Unido, com sistemas de saúde bastante centralizados no Estado, tiveram seus desenhos institucionais (financiamento, organização e gestão) definidos na esfera estatal ao longo do tempo. Em ambos os casos, por diferentes arranjos políticos (item 4.3), a esfera executiva de poder foi preponderante tanto na definição inicial como nas reformas dos sistemas. No caso britânico, o poder era muito concentrado no Ministério da Saúde²⁵⁷ e das Finanças²⁵⁸; na França, além, obviamente, do Ministério da Saúde, os Ministérios das Finanças²⁵⁹, da Educação Nacional²⁶⁰, da Indústria²⁶¹, além dos encontros interministeriais, atuavam sobre o sistema de saúde no país. Já no caso do sistema alemão, apesar da predominância corporativista dos parceiros sociais (item 4.2.3), o Ministério da Saúde²⁶² sempre teve importante papel regulatório, além de intermediação entre as esferas de compradores (Caixas e esferas estaduais) e provedores do sistema (hospitais e serviço ambulatorial) (ALTENSTETTER

²⁵⁶ Cabe salientar que os estados, os *Länder*, tem distribuições populacionais e de riqueza bastante distintas. Enquanto o menor *Länder* (Freie Hansestadt Bremen) possui menos de 700 mil habitantes, o maior (Nordrhein-Westfalen) tem mais de 17 milhões (ETTELT et al, 2009).

²⁵⁷ No Reino Unido, o Ministério da Saúde é conhecido como Departamento de Saúde. Ele foi criado como Ministério (*Ministry of Health*) em 1919, dissolvido e unificado com a Seguridade Social como um todo, em 1968 (*Department of Health and Social Security* – DHSS) e separado novamente em 1988, com a criação do *Department of Health*.

²⁵⁸ Tendo em vista a tradição monarca, o ministro das Finanças é o Chanceler do Tesouro (*Chancellor of the Exchequer*). Cabe ao Ministério das Finanças definir o orçamento do setor, como parte do Orçamento geral do país, a partir das demandas do Departamento da Saúde, posteriormente votado no Parlamento (EUROPEAN OBSERVATORY, 1999; ETTELT et al, 2010).

²⁵⁹ Principalmente após a criação da Lei de Financiamento da Seguridade Social (LFSS) e seu acompanhamento dos resultados financeiros do sistema.

²⁶⁰ O Ministério da Educação Nacional determina o programa dos cursos de medicina, determinando, inclusive, a quantidade e especialidades de formandos nas faculdades de medicina do país (ROCHAIX e WILSFORD, 2005).

²⁶¹ O Ministério da Indústria tem um papel importante na determinação do preço dos medicamentos, especialmente por meio do *Comité économique des produits de santé* (ROCHAIX e WILSFORD, 2005).

²⁶² O Ministério da Saúde alemão é conhecido como Ministério Federal da Saúde (*Bundesministerium für Gesundheit*), sendo que cada *Land* possui seu respectivo Ministério da Saúde estadual.

e BUSSE, 2005; ROCHAIX e WILSFORD, 2005; CATRICE-LOREY e STEFFEN, 2006).

A análise sobre o Estado, no que diz respeito às reformas, é a análise sobre o agente social que liderou as mudanças. Neste processo, o Estado não só foi o responsável pelas políticas adotadas (ainda que influenciado pelos demais agentes sociais), como, enquanto resultado das reformas, tendeu a ampliar sua relevância nos sistemas de saúde. No caso da Alemanha e da França, sistemas pautados em uma organização do sistema de saúde por meio de Caixas, o Estado passou a ampliar sua participação já na década de 1970, frente à pressão financeira. Conforme apresentado no capítulo 2, item 2.4.1, as políticas de redução de custos vieram acompanhadas de maior controle estatal, com mudança mais profunda no caso francês, em que a criação da Lei de Financiamento da Seguridade Social – LFSS (1996) tornou os gastos com saúde submetidos a definição parlamentar e o Ministério da Saúde responsável pelo cumprimento do orçamento. Na França e no Reino Unido, a pressão para menores gastos recaiu também sobre os Ministérios da Finança. No caso alemão, em que o sistema é todo coordenado pelas Caixas de Saúde, a participação do Ministério sempre foi pequena. Ainda assim, a participação estatal se elevou, principalmente na reforma de 2007, com a determinação de uma taxa de contribuição social única (para todos os trabalhadores em Caixas estatutárias) e na gestão do Fundo único de financiamento, responsável pela realocação dos recursos arrecadados entre as Caixas²⁶³ (GODT, 1987; ETTELT et al, 2010).

Além disso, as reformas ampliaram a regulamentação dos sistemas de saúde. Ainda que parte dessa mudança tenha ocorrido mediante a criação de agências regulatórias independentes (capítulo 2, item 2.4.4), os Ministérios da Saúde são, nos três países, responsáveis pela supervisão dos órgãos de regulamentação que foram criados nas reformas dos anos 2000: na Alemanha, com a criação da Comissão Federal Conjunta (G-BA)²⁶⁴ (em 2003), na França com o Alto Comissariado de Saúde – HAS (em 2004) e no Reino Unido, com o Instituto Nacional de Excelência Clínica – NICE (em 1999). Na Alemanha, cabe ao Ministério apenas questionar as indicações da Comissão, porém são as Caixas que definem a adoção das indicações dadas²⁶⁵. Já nos casos francês e britânico,

²⁶³ A gestão do Fundo único é, na verdade, realizada pelo Ministério federal do trabalho e de questões sociais, por meio de uma secretaria específica.

²⁶⁴ A Comissão recebe o suporte técnico da Instituto para Qualidade e Eficiência em saúde (IQWiG).

²⁶⁵ Há casos de interferência do ministério, em que este decidiu pela inclusão de um medicamento não aprovado pela Comissão (G-BA), em 2005. Neste caso, o G-BA levou o caso para a apreciação da justiça, argumentando que se tratava de uma interferência indevida de responsabilidades. Em 2008, a Corte social federal deu ganho de causa para o G-BA (ETTELT et al, 2010).

os Ministérios da Saúde possuem a prerrogativa de definir se as indicações da HAS e do NICE, respectivamente, são atendidas – com o Ministério britânico sempre aceitando as recomendações, e o francês com maiores conflitos frente às decisões da HAS²⁶⁶ (GERLINGER e SCHMUCKER, 2009; ETTELT et al, 2010).

A atuação estatal frente aos sistemas de saúde também se modificou nas reformas no que diz respeito à descentralização dos sistemas (capítulo 2, item 2.4.3). Enquanto, na França e na Inglaterra, aumentaram as responsabilidades dos níveis regionais e locais, na Alemanha, a tendência foi contrária, centralizando algumas funções antes descentralizadas. No entanto, mesmo essas tendências gerais não são claras. Ao mesmo tempo em que ampliou a responsabilidade dos gestores do sistema ambulatorial inglês, o país aumentou a pressão para adoção das normas nacionais do NICE. Na França, a reforma de 2004 descentralizou o sistema (com a criação da HAS), mas a de 2010 centralizou novamente, ao criar as Agências regionais de saúde (ARS), que concentraram a organização regional tanto do sistema hospitalar como ambulatorial, estando subordinadas ao Ministério da Saúde. Na Alemanha, a maior centralização envolveu a criação da Comissão Federal Conjunta (que centralizou diversas comissões setoriais), em 2003, e a fusão das associações de médicos atuantes nas Caixas, em 2007. Esse movimento de centralização, ao reduzir a quantidade de atores corporativos envolvidos no sistema, estaria ampliando o poder do Ministério da Saúde – ainda que sem modificar a natureza corporativista do sistema (ROCHAIX e WILSFORD, 2005; ETTELT et al, 2010; HASSENTEUFEL, 2014).

Com relação à Alemanha, cabe ainda destacar a importância dos estados (*Länder*), pela sua relevância de representação política, por meio do *Bundesrat*²⁶⁷. Assim, grande parte dos debates, idas e vindas frente às propostas, é decorrente de visões diferentes entre o governo no poder (que, para estar no poder executivo, possui maioria no *Bundestag*) e o *Bundesrat*, que deve aprovar inicialmente as reformas, para somente depois ser debatida

²⁶⁶ Na prática, representantes do NICE afirmam que o ministério da saúde britânico nunca se utilizou de sua prerrogativa de interferir, com as indicações do NICE podendo ou não ser adotadas nas esferas ambulatoriais e hospitalares. Já no caso francês, há polêmicas, principalmente, no que diz respeito a exclusão de medicamentos cobertos no sistema (retirada da lista positiva). Em diversos casos, houve recomendação da HAS de retirada de um medicamento, por falta de evidência de seus benefícios, mas o ministério decidiu pela manutenção de sua cobertura pelo sistema (ETTELT et al, 2010).

²⁶⁷ No sistema político alemão, a instância legislativa principal é representada pelo *Bundestag* (Câmara inferior). No entanto, todas as propostas realizadas pela esfera federal que afetem os estados (*Länder*) tem que passar pela aprovação do *Bundesrat* (Câmara superior), já que este representa os dezesseis estados federativos. Este é o caso das reformas que afetam o sistema de saúde alemão (ALTENSTETTER e BUSSE, 2005).

no *Bundestag* (aprofundado no item 4.3). O *Bundesrat* utilizou-se, em diversas circunstâncias, de seu poder de veto nos debates sobre mudanças nos sistemas de saúde, principalmente no setor hospitalar, defendendo os interesses dos *Länder*, e não tanto por diferenças entre os partidos e grupos políticos (ALTENSTETTER e BUSSE, 2005; DÄUBLER, 2008). Isto se explicitou no processo de negociação em torno de várias reformas: algumas, como a implementação do DRG como mecanismo de remuneração dos hospitais (2000) e a criação do Fundo único de financiamento (2007), apesar da oposição dos *Länder*, foram aprovadas. Nesse sentido, a esfera estadual tem um papel importante na aprovação e no veto das reformas, mas não sobrepujante à estrutura corporativista (item 4.2.3).

4.2.2 Médicos

Os médicos são, nos mais diferentes sistemas de saúde, um dos agentes-chave para seu funcionamento, reivindicando seu “monopólio” de conhecimento e habilidade para constituir este papel central²⁶⁸ (IMMERGUT, 1996). O poder médico reside neste monopólio, assim como no fato de que, a partir disso, estes profissionais adquiriram uma posição dominante na hierarquia de cuidados e impuseram sua autonomia no nível da prática médica. Estas três características permitiram que os médicos tenham se firmado, já no século XIX, como profissionais liberais e autônomos. A própria supervisão da prática médica foi configurada para ser feita entre pares, nos três países estudados: a mais antiga é a britânica *Royal College* (1858), seguida do Conselho médico alemão *Reichsärztekammer*²⁶⁹ (1935) e pelo francês *Ordre des médecins* (1940) (HASSENTEUFEL, 1999).

²⁶⁸ A posição dos demais trabalhadores da área de saúde é muito distinta e historicamente muito mais frágil, fomentada pela luta dos médicos em preservar para si o monopólio de diversas funções nos cuidados à saúde. Com isso, o papel que os demais profissionais possuem sempre tendeu a ser negligenciado. Como consequência, com exceção de estudos específicos, conhecesse muito pouco sobre o papel, por exemplo, dos enfermeiros no desenho dos sistemas e, principalmente, em suas reformas (MORAN, 1995; DUFOUR e HEGE, 2010). Deve-se, no entanto, apontar que os demais profissionais de saúde são parte importante da estrutura e da pressão para bloqueio das reformas nos sistemas; com destaque para o papel dos enfermeiros no NHS britânico.

²⁶⁹ O Conselho alemão, criado durante o poder nazista de Hitler, passou por importante reformulação após a Segunda Guerra Mundial, não só pelo contexto de sua criação, mas principalmente pelas práticas médicas criminosas que foram, explícita ou implicitamente, aceitas. Assim, em 1950, foi substituído pelo Conselho médico *Bundesärztekammer*.

No entanto, é essencial destacar que, embora tais características sejam importantes para compreender a relevância dos médicos tanto no formato dos sistemas de saúde pós-guerra, como nas reformas a partir dos anos 1980, isto, por si só, não se constitui uma explicação satisfatória para as diferenças de influência que possuem em cada país, dado que estas características estão presentes em todos os países. Assim, como nas circunstâncias históricas e no caso dos países analisados por Immergut (1992, 1996)²⁷⁰, a questão é a diferença da capacidade dos médicos de imporem politicamente seus pontos de vista, como consequência da posição que construíram dentro do desenho político-institucional de cada país.

Nos três países estudados, a força médica deriva, primeiramente, da forte e antiga capacidade de organização sindical. O Reino Unido possui o mais antigo sindicato médico do mundo, o *British Medical Association* (BMA), de 1838; a Alemanha, uma ampla estrutura institucional, com esferas de representação junto ao Estado e às Caixas de Saúde²⁷¹; a França, uma forte organização desde o primeiro modelo de sistema de saúde, na década de 1920²⁷². Além disso, os médicos alemães se apoiaram na histórica lógica corporativista do sistema, pautado na autorregulação, para estruturarem sua esfera de negociação junto aos parceiros sociais²⁷³. Por sua vez, os médicos na França e no Reino Unido apoiaram-se nas estruturas políticas e organizacionais: no caso britânico, a força política dos médicos foi derivada da presença de representantes dos médicos em todas as instituições decisórias do sistema, do Ministério da Saúde às autoridades locais de saúde. No caso francês, pela sua direta influência política, dado a “sobre-representação” dos médicos como membros do Parlamento francês (tanto na Assembleia Nacional como no

²⁷⁰ Immergut (1992, 1996) analisa as diferenças nos sistemas de saúde da França, Suécia e Suíça, no momento da constituição de seus sistemas nacionais de saúde.

²⁷¹ A relação entre os médicos e as Caixas foi institucionalizada pelas associações dos médicos das Caixas de Saúde (*Kassenärztliche Vereinigungen*) e, junto ao Estado, pela adesão à Câmara Federal de médicos (*Bundesärztekammer*). Além dos mecanismos de representação compulsória, os médicos podem se filiar, voluntariamente, ao sindicato *Hartmannbund/Marburger Bund*, criado em 1900 (os demais profissionais de saúde são filiados ao sindicato *Ver.di*). A “densidade” de profissionais médicos sindicalizados é alta, em torno de 77%, muito acima das demais categorias de profissionais de saúde na Alemanha (STILLER, 2010; SCHULTEN e BÖHLKE, 2012).

²⁷² O primeiro sindicato médico criado na França foi a *Confédération des syndicats médicaux français*, em 1928, em meio ao processo de aprovação da primeira legislação nacional de seguros sociais.

²⁷³ Historicamente, o sistema de saúde alemão é organizado em torno das Caixas de Saúde, com gestão paritária dos parceiros sociais. Neste sistema, os médicos ambulatoriais desenvolveram uma forte capacidade de negociação junto às Caixas, por meio dos sindicatos dos médicos contratados junto ao sistema de saúde estatutário. O processo de negociação pelo valor pago aos serviços médicos e as prescrições de serviços tendia a ser favorável aos médicos, tendo em vista a grande quantidade de Caixas (mais de 2.000) que existiam até o início da década de 1970. Sendo assim, os médicos ambulatoriais constituíram, historicamente, um forte poder de barganha dentro do sistema, pautada em sua posição central no sistema e sua homogeneidade como grupo e na representação sindical (LUZIO, 2004).

Senado), nos diversos partidos políticos²⁷⁴ (item 4.3) (WILSFORD, 1994; HASSENTEUFEL, 1999; COUDREAU, 2004; STILLER, 2010).

Os governos alemão, francês e britânico se defrontaram com um difícil processo de negociação com os médicos na constituição dos sistemas públicos de saúde do pós-guerra (capítulo 2, item 2.2), dado que os médicos temiam terem sua autonomia profissional reduzida (IMMERGUT, 1996). Nesse sentido, a pressão foi semelhante nos três casos: os médicos buscaram preservar seu status de profissionais liberais, e não funcionários públicos dos sistemas; obtenção de salário proporcional aos pacientes atendidos, e não assalariado; a possibilidade de atenderem pacientes privados (seguro privado ou desembolso direto), e não só do sistema público.

A luta pela autonomia teve contornos distintos em cada país, mas significou, em todos, a preservação da categoria com uma lógica própria dentro dos sistemas de saúde. Neste processo, a acomodação de interesses dos médicos acabou sendo mais fácil na Alemanha e no Reino Unido. No caso alemão, os clínicos gerais preservaram sua autonomia, ainda que tenham assumido, junto com as Caixas, a responsabilidade financeira sobre o sistema – corroborando o sistema corporativo. Já no caso britânico, o arranjo sustentou-se em um “compromisso histórico” entre médicos e Estado, com este último determinando os recursos destinados ao NHS, porém com os GPs definindo a alocação dentro do sistema. Por sua vez, na França, a acomodação foi bem mais complexa. Os médicos cederam muito menos, o que fez com que algumas características do sistema só se concretizassem muitos anos após sua criação, em 1945: uma Caixa nacional de seguro saúde foi criada apenas em 1967 e a primeira convenção coletiva²⁷⁵, entre a Seguridade Social e os médicos (ambulatoriais), foi assinada somente em 1971 (HASSENTEUFEL, 1999; COUDREAU, 2004).

Essa análise mais geral deve ser acrescida da compreensão de que os médicos não são, mesmo dentro de cada país, uma categoria homogênea. Nos três países, na estrutura dos sistemas de saúde pós-guerra, os médicos ambulatoriais mantiveram-se enquanto profissionais autônomos, atuando enquanto agentes privados contratados pelo setor

²⁷⁴ A figura do médico-político é uma marca na história da saúde pública francesa (BERGERON e NATHANSON, 2012).

²⁷⁵ Entre 1945 e 1971, as autoridades públicas tentaram diversos acordos com os médicos para que eles assinassem uma convenção coletiva, aceitando uma tarifa comum para os serviços prestados. Na década de 1960, a Seguridade Social propôs a assinatura da convenção por regiões (com os médicos do interior aceitando os termos) e mesmo a assinatura de forma individual. A aceitação de parte dos médicos acabou pressionando os demais, já que, para os pacientes, a garantia de ter sua consulta reembolsada pelo teto da Seguridade Social só ocorria no caso dos médicos “convencionados”. Assim, no começo dos anos 1970, finalmente se acordou uma convenção com tarifas únicas em todo o país (BATIFOULIER, 2014).

público para prestar serviços nos sistemas de saúde. Além disso, puderam continuar a atender pacientes privados (com seguros privados ou desembolso direto), independente de seus vínculos com o sistema público, principalmente no caso alemão²⁷⁶. No Reino Unido, os clínicos gerais foram colocados em um papel específico de “porta de entrada” do sistema (*gate-keepers*), enquanto, na Alemanha e na França, mantiveram maior autonomia. Já os médicos atuando em hospitais tornaram-se funcionários públicos assalariados nos três países, sendo mais valorizados no caso britânico, país em que todos os especialistas estavam alocados no setor hospitalar e os que atuavam em hospitais universitários se tornaram referência. Mesmo como funcionários públicos (empregados públicos, na Alemanha), em todos os casos, puderam continuar atendendo pacientes privados – embora com maiores restrições no Reino Unido –, inclusive utilizando a estrutura pública (KOTT, 1995; KLEIN, 2001; HASSENTEUFEL et al, 2008).

A partir das características supracitadas, podemos afirmar que a influência dos médicos, no tocante às reformas dos sistemas de saúde, dependeu, fundamentalmente, de dois fatores. De um lado, a capacidade e a forma de influência que possuíam em cada sistema; de outro, a dispersão de interesses entre os próprios médicos em cada país. De forma geral, nos três países, as diferenças ocorreram entre os médicos ambulatoriais e hospitalares, assim como entre os clínicos gerais e os especialistas. Enquanto no Reino Unido essa oposição incluía, basicamente, os mesmos profissionais (dado que todos os médicos ambulatoriais eram clínicos gerais e quase todos alocados em hospitais eram especialistas), na Alemanha e na França a dispersão de interesses era maior (tendo em vista que os clínicos gerais e os médicos especialistas atuam em ambos os setores, ainda que com a predominância do generalista na esfera ambulatorial).

Conforme já apontado no capítulo 2, item 2.3, na década de 1980, os sistemas da Alemanha e da França foram pressionados para reduzir seus custos, enquanto o britânico para aumentar sua eficiência frente às filas de espera. Do ponto de vista dos médicos, isto significou que os profissionais alemães e franceses foram pressionados a gastar menos, principalmente no que dizia respeito à prescrição de medicamentos. Em ambos os países, os médicos se opuseram a tais políticas, considerada uma interferência direta na prática clínica, inclusive se unindo à indústria farmacêutica (item 4.2.6) a fim de bloquear a

²⁷⁶ Desde a aprovação da legislação de seguros de saúde em 1883, a obrigatoriedade de associação estava vinculada à condição de renda. Sendo assim, a parcela da população mais rica, podia optar por aderir ao sistema público estatutário ou a uma Caixa privada (ou mesmo a nenhum, até 2007, quando a adesão a algum seguro se tornou nacionalmente obrigatória). A manutenção da renda até a qual a adesão era obrigatória era, assim, uma maior possibilidade de atender pacientes privados.

imposição, por parte dos governos, de listas de medicamentos. Apesar de enfrentarem uma mesma problemática, e em ambos os países os médicos se oporem às restrições, a inserção histórica distinta gerou posicionamentos diferentes. Enquanto no caso alemão, os médicos tenderam a reforçar seus laços com as Caixas de Saúde, dada a responsabilidade de ambos pela sustentabilidade financeira do sistema, no francês, os médicos se isentaram desse tipo de responsabilidade, dado que ela pertencia ao Estado. Além disso, na França, considerando o objetivo do governo de que a tarifa recebida pelos médicos (a convenção coletiva) não se tornasse muito elevada, os médicos ambulatoriais pressionaram para poderem cobrar dos pacientes valores maiores (do que o estipulado na convenção coletiva), o *dépassement honoraire* (capítulo 2, item 2.4.6) (LUZIO, 2004; CATRICE-LOREY e STEFFEN, 2006; TABUTEAU, 2013).

Na prática, a maior parte dos clínicos gerais não cobra *dépassement honoraire*. Por sua vez, parte dos médicos especialistas o faz, a fim de obter maior renda. A diferença de tarifa cobrada se tornou cada vez maior com o tempo: na média, de 23% maior que a tarifa acordada (em 1985) para 54% (em 2010). Além disso, a quantidade de médicos que cobra a tarifa diferenciada cresceu ainda mais após 2004, com a possibilidade de médicos submetidos à convenção coletiva cobrarem atendimentos fora do horário de funcionamento normal da clínica e para visitas domiciliares. Nacionalmente, dados de 2011 mostravam que cerca de 25% dos médicos franceses cobravam tarifas diferenciadas, sendo apenas 10% dos clínicos gerais, mas mais de 50% dos oftalmologistas, otorrinolaringologistas e ginecologistas. A maior proporção era no caso dos cirurgiões, com mais de 85% (TABUTEAU, 2013; BATIFOULIER, 2014, 2015).

No Reino Unido, os médicos foram bastante influentes nas primeiras reformas do período Thatcher. Em 1979, como um dos primeiros atos do governo com relação ao NHS, o governo atendeu uma reivindicação da categoria, de que todos os médicos contratados pelo sistema, mesmo os que possuíam dedicação integral, pudessem atender pacientes privados²⁷⁷. No entanto, os médicos, historicamente presente em todas as esferas de decisão do NHS, não participaram do processo decisório em torno da reforma do mercado interno (1989-1991). Embora a exclusão dos médicos tenha sido parte da estratégia do governo Thatcher, reduzindo as decisões a um pequeno núcleo político (item

²⁷⁷ A diferença é que os médicos com contrato de tempo integral podiam obter, no máximo, 10% de sua renda com atendimento privado; os médicos de contrato parcial não tinham mais qualquer restrição, desde que atendessem seus “compromissos”, sem que se especifique quais explicitamente deveriam ser (KEEN et al, 2001).

4.3), isto foi possível por dois fatores. Primeiro, a reforma Griffiths (em 1983) que, em nome da eficiência, fomentou a substituição dos médicos por administradores nos principais cargos de gestão do sistema (capítulo 3, item 3.4.1), reduziu a relevância dos médicos nos cargos de gestão. Em segundo lugar, a própria fragmentação de interesses entre os médicos facilitou a dispersão de sua posição frente à reforma: os clínicos gerais, apesar de certa reticência inicial de seu sindicato (BMA), apoiaram a reforma, dado que ampliava a centralidade, já histórica, do GP no NHS britânico, com a criação do *GP Fundholder* (capítulo 3, item 3.4.2). Já os *Royal Colleges*, como o que representava os médicos especialistas, opunham-se pelas transformações no sistema hospitalar²⁷⁸ (WILSFORD, 1994; HASSENTEUFEL, 1999; KLEIN, 2001).

O posicionamento distinto entre os médicos foi explícito não só na reforma do mercado interno britânico, mas também nos sistemas alemão e francês, de forma clara na reforma alemã Seehofer (1992) e no Plano Juppé, na França (1996). Em ambos os casos, assim como havia ocorrido no Reino Unido, os clínicos gerais apoiaram as reformas, na expectativa de que o governo reforçaria o papel destes médicos como centro do sistema, ao criar a figura do *gate-keeper*, ainda inexistente nestes países (e, no caso da Alemanha, acrescido da proposta de reconhecimento da formação generalista como uma especialidade, com competência específica) (HASSENTEUFEL, 1999).

Na Alemanha, o sindicato que representava os clínicos gerais, o BPA (*Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.*), apoiou oficialmente a reforma de 1992, assim como o sindicato de esquerda VDÄA (*Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte*), que representava os médicos “alternativos”. Além disso, mesmo entre os médicos que se opunham à reforma, houve fragmentação na estratégia (greve, saída dos médicos das Caixas de Saúde etc.), o que resultou em discursos distintos entre os porta-vozes das associações de médicos das Caixas. Ou seja, além da disparidade de interesses entre clínicos gerais e especialistas, a adoção de estratégias diferentes entre os especialistas fragilizou sua posição, facilitando a aprovação da reforma (HASSENTEUFEL, 1999).

²⁷⁸ Cabe apontar que a fragmentação de interesse entre os médicos britânicos se ampliou não só porque as reformas forçaram a explicitação de posicionamentos distintos, mas também pela influência de dois outros fatores. De um lado, houve um processo generalizado de aumento da especialização médica, que contribuiu para a fragmentação da representação do BMA, em um sistema que era historicamente marcado pela importância do clínico geral. De outro lado, conforme apresentado no capítulo 1, item 1.3.1, os sindicatos perderam força política na crise do fordismo, o que incluiu os sindicatos médicos (GREENER, 2002).

Na França, a diferença de posicionamento entre dois importantes sindicatos médicos, o CSMF (*Confédération des syndicats médicaux français*, representando os clínicos gerais) e o FMF (*Fédération des Médecins de France*, representando principalmente os médicos especialistas), já havia se explicitado no começo de 1980, quando o FMF apoiou a adoção de um orçamento global para a saúde, em vistas de poder cobrar *dépassement honoraire*, o que não interessava ao CSMF de clínicos gerais (que conseguiram, na época, bloquear a reforma). Estas disparidades se ampliaram frente ao Plano Juppé (1996). Os maiores sindicatos médicos de então, o CSMF, o FMF e o SML se opuseram, mas o MG France²⁷⁹ (*Médecins Généralistes de France*) apoiou o governo, tanto pelo seu objetivo de ampliar o papel do médico generalista (como *gate-keeper* do sistema²⁸⁰), como pela não adesão à “frente liberal”²⁸¹. Essa fragmentação na posição médica tornou mais fácil a aprovação do Plano Juppé (HASSENTEUFEL, 1999; ROCHAIX e WILSFORD, 2005; HASSENTEUFEL e PALIER, 2007).

O processo em torno das três reformas supracitadas (britânica de 1989-91, alemã de 1992 e francesa de 1996) representou, assim, uma fragilização do poder médico nos sistemas, dado que, embora bastante distintas, as três reformas representaram aumento do controle financeiro sobre os médicos e ampliação da regulamentação estatal. No entanto, esta perda de autonomia não deve ser sobrevalorizada.

Os médicos franceses na esfera ambulatorial foram capazes, mesmo após a aprovação do Plano Juppé, com implementação da LFSS e da votação anual pelo Parlamento da ONDAM, de preservar a maior parte de sua autonomia. Enquanto o controle dos gastos hospitalares (que já vinha sendo adotado) foi ampliado, aquele sobre os gastos ambulatoriais, especialmente os relacionados diretamente às consultas e recomendações médicas (de exames e medicamentos), mostrou-se difícil de ser cumprido.

²⁷⁹ O sindicato MG France surgiu no final da década de 1980, como uma dissidência dos atritos entre o CSMF e o FMF. Inicialmente pequeno, o sindicato adquiriu, com o tempo, presença em todo território francês e, nos anos 2000, passou a ter, inclusive, maior influência nas negociações junto ao governo do que os rivais (não tanto pela quantidade de filiados, mas pela atitude apaziguadora e mais propensa à negociação) (ROCHAIX e WILSFORD, 2005).

²⁸⁰ Os clínicos gerais eram diretamente favoráveis ao plano, porque ele propunha três mudanças que os beneficiaria: a possibilidade da assinatura de convenções separadas entre especialistas e generalistas (do setor ambulatorial); o estabelecimento de metas financeiras diferenciadas, objetivando ampliar o papel do generalista; concepção do médico-referência como porta de entrada do sistema, concepção formulada na reforma de 1996 (*médecin référent*), mas difundida apenas após a reforma de 2004 (*médecin traitant*).

²⁸¹ De acordo com Rochaix e Wilsford (2005), os sindicatos franceses têm proximidades muito claras com determinados posicionamentos políticos, seja o CSMF (centro-direita), o FMF (direita), o MG France (centro-esquerda) ou o pequeno *Syndicat des Médecins Libéraux* (SML) (extrema direita). O posicionamento de centro-esquerda do MG France fez com que ele tenha tendido a se opor aos demais sindicatos, principalmente em períodos nos quais o Partido Socialista esteve no poder, apoiando as políticas do governo.

Essa situação permaneceu mesmo após a aprovação, em 2000, de objetivos específicos para o setor (*Objectif de Depense Delegate*), que deveriam ser garantidos via negociação entre as Caixas e os profissionais de saúde. A inoperância do mecanismo e os diversos pareceres jurídicos favoráveis aos médicos fizeram com que a medida fosse abandonada, em 2002 (COUDREAU, 2004; BATIFOULIER, 2014).

No caso britânico, como os GPs se fortaleceram com a reforma, a capacidade de oposição dos demais profissionais foi bem mais frágil. Os médicos especialistas atuando nos hospitais universitários, que teriam maior capacidade de resistência às mudanças pela sua valorização no NHS, não conseguiram adotar uma agenda de interesses comum. Por sua vez, no caso alemão, os ajustes foram mais facilmente aceitos, dada a maior propensão dos médicos em os aceitarem, dada sua relação direta com as Caixas de Saúde, dentro do modelo corporativista (LUZIO, 2004; BEVAN e ROBINSON, 2005; STILLER, 2010).

Sendo assim, os médicos franceses possuem historicamente maior resistência frente às reformas do que seus pares alemães e britânicos. Sua maior capacidade de reação – do ponto de vista político – os permite maior influência no bloqueio das reformas ou em seu direcionamento. No entanto, estes mesmos profissionais fazem parte de uma situação paradoxal, o que se explicita nas reformas. Os médicos utilizam sua influência política, a fim de bloquear as reformas que afetam seu *status quo* – fundamentalmente, a autonomia de atuação e o pagamento por ato. No entanto, no que diz respeito a outras questões, como a parcela de recursos na ONDAM para os cuidados ambulatoriais, as desavenças de posicionamento entre os médicos se explicitam e eles se apresentam como uma fraca força política (ROCHAIX e WILSFORD, 2005).

Nesse sentido, a maior permeabilidade dos médicos alemães e britânicos, ao mesmo tempo que os tornou mais frágeis para resistir às mudanças, possibilitando uma maior incorporação de medidas de contenção de custos e de maior concorrência nos sistemas de saúde, também viabilizou a adoção de mecanismos de maior coesão entre as práticas médicas ambulatoriais e hospitalares (pouco presente, nos três países, nos sistemas estruturados após a Segunda Guerra Mundial, conforme abordado no capítulo 2, item 2.2). Na Inglaterra, principalmente entre o final da década de 1990 e a primeira metade dos anos 2000, a pressão impulsionou a constituição de “equipes de cuidado”, atuando de forma conjunta em clínicas ambulatoriais. De acordo com dados apresentados por Schoen et al (2009), em 2008, 98% dos ingleses já haviam utilizado clínicas com essa estrutura. No caso alemão, a maior parte dos médicos ainda atua em consultórios

individuais, mas há a formação de “equipes de cuidado” e maior interação entre o sistema ambulatorial e hospitalar do que na França.

Tem-se, assim, que o posicionamento dos médicos nos países estudados pode ser compreendido a partir de três prismas. Primeiro, uma defesa, em todos os países, de sua autonomia e de seu monopólio no sistema. Nesse sentido, a tendência inicial sempre foi refratária às reformas. Segundo, dado que os médicos não formam um corpo homogêneo, as diferenças de interesses entre médicos ambulatoriais e hospitalares, generalistas e especialistas, tornou os sistemas de saúde mais propensos a mudanças, frente às pressões para redução de custos e aumento de eficiência. Terceiro, para além dessas caracterizações comuns aos três países, a distinção entre os médicos, em termos de importância na estrutura de cada um dos sistemas, contribuiu para sua maior ou menor capacidade de resistência frente às reformas, com destaque para os franceses.

4.2.3 Parceiros Sociais

Dentre os países estudados nesta tese, o papel dos sindicatos dos trabalhadores e patronal é bastante distinto. No Reino Unido, por se tratar de um sistema de financiamento fiscal, não existe uma associação direta entre o sistema de saúde e os trabalhadores – melhor dizendo, o sistema não é estruturado em torno dos trabalhadores, e sim de todos os cidadãos. Neste sentido, os sindicatos com impacto maior sobre o sistema são dos profissionais de saúde, especialmente os médicos (item 4.2.2). Tal conformação é bem distinta da existente na Alemanha e na França, países cujo financiamento do sistema de saúde ocorre, historicamente, de forma preponderante pelas contribuições de trabalhadores e empregadores, e com ambos realizando a gestão das Caixas de Saúde. Com isso, os parceiros sociais adquiriram, nos dois países, um papel central nos sistemas de saúde (GIAIMO e MANOW, 1999; HASSENTEUFEL et al, 2010).

Conforme apontado no capítulo 2, itens 2.1 e 2.2, e sumariado no item 4.1, o desenho institucional das Caixas de Saúde conformou-se, após a Segunda Guerra Mundial, de forma distinta na Alemanha e na França. Ainda que seja central em ambos, no sistema alemão, as Caixas possuíam liberdade para definição do valor das contribuições sociais pagas pelos parceiros sociais, assim como o valor pago aos prestadores dos serviços de saúde, o que não ocorria no caso francês (ambos os valores definidos pelo Estado). Por outro lado, a existência de mais de 2.000 Caixas de Saúde na

Alemanha, com adesões compulsórias dos trabalhadores dependendo do local de moradia e da profissão, tornava a atuação das Caixas muito mais pulverizada do que no caso francês, em que, desde 1967, constituiu-se uma Caixa de Saúde única (CNAMTS) para a maior parte dos trabalhadores do país (KOTT, 1995; COUDREAU, 2004; ROCHAIX e WILSFORD, 2005). Nesse sentido, enquanto os parceiros sociais alemães tinham maior peso nas decisões administrativas e operacionais do sistema de saúde, seus pares franceses possuíam um maior poder político por meio da CNAMTS.

A força política da CNAMTS era decorrente tanto da concentração de interesses que representava, como pela forte estabilidade de sua liderança. A composição de seu conselho de administração manteve-se, na maior parte de seus membros, a mesma durante décadas. Ao longo de 25 anos (1967-1991), o sindicato patronal teve o mesmo representante principal (Emile Boursier – *Confederation Nationale du Patronat Français*), assim como o dos trabalhadores (Maurice Derlin – *Force Ouvrière*) (COUDREAU, 2004).

Já no que diz respeito à influência no sistema de saúde, os parceiros sociais alemães, dada o papel das Caixas dentro do sistema, tinham um poder maior do que os franceses. O sistema alemão operava de forma paritária, com a mesma quantidade de representantes dos trabalhadores e dos empregadores nos conselhos administrativos e a mesma participação no financiamento (ou seja, uma vez definida a taxa de contribuição social, 50% era pago pelos trabalhadores e 50% pelos empregadores). Essa estrutura corporativa e paritária permitiu que tivessem grande influência não só sobre o desenho do sistema de saúde após a Segunda Guerra Mundial, mas também frente às reformas. Este espaço de influência ajuda a compreender porque, apesar dos empregadores serem crescentemente críticos dos custos associados ao sistema – e do valor elevado que as contribuições sociais representariam nos custos das empresas, prejudicando sua competitividade –, não defenderam historicamente reformas radicais de caráter liberal, que poderiam diminuir os custos para as empresas, mas às custas de reduzir também seu raio de influência, ao estreitar a importância das Caixas de Saúde (GIOVANELLA, 1998, 2001; GIAIMO e MANOW, 1999).

O impacto da crise econômica, a partir da década de 1970, e as reformas nos sistemas de saúde levaram às Caixas alemães e francesas a posições distintas. No caso alemão, a primeira grande mudança ocorreu em 1977, quando o governo propôs a implementação de tetos orçamentários, limitando o crescimento dos gastos do sistema

ambulatorial ao ritmo da expansão dos salários. Esta proposta foi acompanhada de uma ampliação do poder regulatório das Caixas, que passaram a ter igualdade de condições com os médicos para definição da provisão de serviços ambulatoriais, retirando esse planejamento da exclusividade médica (como era desde 1931). Além disso, a criação de comitês conjuntos entre Caixas e médicos, processo acentuado em 1988 pela criação de um comitê conjunto federal (*Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen*), ampliou as decisões cuja aprovação passava pela avaliação de ambos²⁸². Nesse sentido, as reformas adotadas, entre o final da década de 1970 e ao longo dos anos 1980, tenderam a modificar a estrutura de poder, transferindo o poder dos médicos para as Caixas de Saúde e seus parceiros sociais (LUZIO, 2004; GERLINGER e SCHMUCKER, 2009).

No caso francês, a tendência inicial foi rejeitar qualquer mudança no financiamento e na gestão das Caixas. Em 1980, quando o governo propôs a implementação de tetos orçamentários, inspirado na reforma alemã de 1977, os trabalhadores se uniram aos médicos na rejeição à proposta. Tal união foi sacramentada em uma aliança singular entre o principal sindicato médico (CSMF) e o principal sindicato geral dos trabalhadores (*Confédération Générale du Travail* – CGT) na época, fazendo com que a proposta fosse abandonada (item 4.2.2). Já na década de 1990, o conselho de trabalhadores e empregadores passou a propor mudanças mais profundas nas convenções acordadas junto aos médicos. Estas reformas incluíram a adoção das *références médicales opposables*, desde 1993, para impor sanções aos médicos que prescrevessem tratamentos e medicamentos considerados desnecessários. Este maior poder das Caixas, no entanto, não foi plenamente adotado, perdendo força com a mudança no conselho administrativo da principal Caixa, a CNAMTS, e com a forte oposição dos médicos – item 4.2.2 (HASSENTEUFEL, 1999; COUDREAU, 2004).

Na Alemanha, por sua vez, o maior empoderamento dos parceiros sociais fez com que eles tenham sido, no início da década de 1990, proponentes das principais mudanças no sistema de saúde no país. A reforma de 1992, por exemplo, foi encabeçada por propostas feitas e amplamente debatidas pelos representantes das Caixas, incluindo a liberalização do sistema, com os trabalhadores podendo escolher entre as Caixas. Apesar de a reforma ter induzido uma forte redução na quantidade de Caixas, com a fusão de várias delas (reduzindo para menos de 1/10, de mais de 2.000 para menos de 200, ao

²⁸² O que englobava a definição de padrões de qualidade, a regulação da adoção de novas tecnologias e a definição de técnicas de diagnósticos e tratamentos cujo reembolso poderia ser excluído do sistema (LUZIO, 2004).

longo de 20 anos), este movimento reduziu a fragmentação do sistema e tornou as Caixas que restaram mais influentes, inclusive frente aos médicos (HASSENTEUFEL et al, 2001; LUZIO, 2004; BANDELOW, 2007).

As reformas de 1996 e dos anos 2000, no entanto, aumentaram o poder de regulamentação estatal (item 4.2.1) e reduziram a autonomia das Caixas. A mudança na distribuição de recursos entre as Caixas (reformas de 1997 e de 2007), realizada por um Fundo único de Financiamento (item 2.4.3), assim como a definição de uma contribuição social igual entre as diferentes Caixas (2007-2009) reduziu a discricionariedade entre as instituições e, com isso, o poder decisório dos parceiros sociais dentro do sistema. Nesse sentido, “[...] o empoderamento das Caixas de Saúde foi complementado por reformas ampliando o poder da autoridade central” (HASSENTEUFEL et al, 2010, p. 522).

Além disso, nos anos 2000, um dos pilares do sistema corporativo alemão, qual seja, a paridade de representação e financiamento entre trabalhadores e empregadores foi desfeita. Conforme abordado no capítulo 2, item 2.4.2, a pressão das empresas, associada a um movimento mais amplo de redução de direitos dos trabalhadores alemães (capítulo 1, item 1.3.1), fez com que a paridade no financiamento do sistema de saúde fosse abandonada, com os trabalhadores pagando uma parcela maior da alíquota do que os empregadores (a partir de 2009, dos 15,5%, 8,2% pagos pelos trabalhadores e 7,3% pelos empregadores).

No caso francês, a década de 2000 marcou uma redução na importância das Caixas enquanto agentes sociais, principalmente no que se refere à regulamentação no sistema. A criação da Alta autoridade de saúde (*Hauté Autorité de santé* – HAS), na reforma de 2004, e das agências regionais de saúde (*Agences Regionales de Santé* – ARS), em 2009, transferiu a responsabilidade pela definição dos setores prioritários de aplicação de recursos na saúde, assim como de avaliação de sua efetiva adoção, dos parceiros sociais para essas novas instituições. Cabe, no entanto, apontar que, apesar da mudança formal de responsabilidades, a HAS e a ARS não possuem pessoal suficiente para realizar o controle efetivo da realização das políticas na ponta, ou seja, junto aos médicos. As Caixas de Saúde, por sua vez, possuíam, em 2011, mais de 10.000 pessoas no serviço de controle médico (9.200 somente na CNAMTS). Com isso, o “corpo-a-corpo” na regulamentação e controle de qualidade continuou sendo realizado pelas Caixas (TABUTEAU, 2013).

Conforme apontado no começo deste item, consideramos que, mesmo no caso britânico, em que os trabalhadores não foram relevantes do ponto de vista da estrutura do

sistema de saúde, sua importância histórica manifestou-se na pressão que exerceram para que sistemas de saúde universais fossem instaurados nos três países (capítulo 2, item 2.2.). A partir da década de 1970, o aumento do desemprego, juntamente com as políticas de flexibilização das relações trabalhistas, fragilizou a condição dos trabalhadores e sua representação sindical (capítulo 1, item 1.3.1). Sendo assim, os trabalhadores, enquanto agentes sociais relevantes, modificaram-se profundamente, perdendo capacidade de pressão política, principalmente no Reino Unido (GINGRICH e HÄUSERMANN, 2015).

Do ponto de vista dos parceiros sociais, podemos apontar que, tanto no sistema alemão como no francês, as reformas reduziram a importância dos trabalhadores e empregadores na gestão do sistema. Embora em termos estruturais eles continuem sendo os gestores das Caixas de Saúde, suas responsabilidades foram mitigadas pelo poder estatal. No caso alemão, os parceiros sociais ainda preservam maior influência no sistema do que os franceses – mas se pode argumentar que essa diferença é decorrente do fato de os parceiros sociais sempre foram mais relevantes no sistema alemão do que no francês, e não em decorrência das diferenças nas reformas implementadas em cada país.

4.2.4 População / Usuários

O grande apoio populacional aos sistemas públicos de saúde pode ser observado de diversas formas. Entre elas, destacamos duas que avaliamos como relevantes: a aprovação de que cabe ao Estado garantir o acesso ao setor e o grau de satisfação com a utilização do sistema de saúde. O posicionamento frente a essas duas questões pode variar muito entre os países, assim como dentro da população de cada país, sendo influenciado por uma série de fatores, com destaque para três deles: auto interesse; posicionamento ideológico; características institucionais do Estado de bem-estar de cada país. Algumas pesquisas (GEVERS et al, 2000; WENDT et al, 2010; MISSINNE et al, 2013) apontam que o auto interesse parece ser pouco importante, enquanto o posicionamento ideológico e, principalmente, as características institucionais do sistema são relevantes para o apoio: o maior apoio ao sistema público ocorre entre as pessoas que se declaram politicamente de esquerda e aos sistemas com maiores gastos públicos e maior rede de provisão de serviços.

Ao se analisar diferentes trabalhos sobre o tema, dentre os países estudados, o maior grau de satisfação com o sistema foi verificado na França e o maior apoio ao

sistema público no Reino Unido. Na pesquisa de Gevers et al (2000), confrontados com três opções sobre qual deveria ser o papel do sistema público (garantir acesso à toda população; garantir acesso às pessoas de baixa renda; ou não obrigatoriedade estatal de garantir acesso), nos três países, a maior parte da população optou pela ideia de que caberia ao Estado garantir acesso ao sistema de saúde à toda população: 71,8% na Alemanha, 76,2% na França e 85,9% no Reino Unido. No trabalho de Missinne et al (2013), a mesma tendência foi verificada: o maior apoio ao sistema público foi registrado no caso britânico²⁸³.

Apesar das diferenças, nos três países, verifica-se um claro apoio ao sistema público de saúde. Este é um fator relevante de pressão na tomada de decisão em torno das reformas implementadas nos sistemas. O Reino Unido é um caso explícito disso. Conforme apontado na análise político-partidária (item 4.3), na tomada de decisão do governo Thatcher com relação a modificar o NHS na década de 1980, um dos fatores relevantes para a preservação de suas principais características foi o forte apoio popular ao sistema. O apoio nacional ao NHS é tão enraizado que pôde ser simbolicamente verificado em campanhas, como *Keep Our NHS Public*, e durante a abertura das Olimpíadas de Londres, em 2012: na apresentação de características marcantes do país, o NHS foi incluído, com uma clara celebração de sua relevância nacional, com destaque para o trabalho das enfermeiras.

Na Alemanha, a rejeição da população frente às reformas de 1992 e 1997, principalmente no que tange à ampliação dos mecanismos de co-pagamento, foi um dos fatores que contribuíram para a perda da maioria pelo partido Conservador (CDU/CSU) no *Bundestag* (e, conseqüentemente, do mandato como chanceler de Helmut Kohl, após 16 anos no poder), nas eleições de 1998²⁸⁴ (GIAIMO e MANOW, 1999; ALTENSTETTER e BUSSE, 2005).

Ainda assim, o apoio tende a ser mais explícito no que tange a um sistema público no sentido do financiamento, do livre acesso, do que na prestação dos serviços de saúde. No Reino Unido, a adoção do “mercado interno” (1989-91) não provocou clara rejeição da população. Uma pesquisa realizada, em 2011, mostrava que 38% dos britânicos se

²⁸³ A pesquisa de Gevers et al (2000) foi realizada a partir de dados coletados em 1996. Por sua vez, a análise de Missinne et al (2013) foi realizada a partir de dados coletados pela União Europeia, incluindo 24 países europeus, a *European Social Survey Round 4*, entre 2008 e 2009.

²⁸⁴ O compromisso do partido socialdemocrata (SPD) em reverter parte dessas medidas teria contribuído para sua vitória. Após assumir, o chanceler Schröder de fato reduziu alguns dos co-pagamentos, embora tenha mantido parte das reformas que não agradaram à população, como a retirada da proteção ao tratamento dentário para a população jovem (ALTENSTETTER e BUSSE, 2005).

opunham a participação privada na oferta dos serviços no NHS, mas 31% eram a favor (e o restante não sabia opinar) (WILSFORD, 1994; POWELL e MILLER, 2013).

Nesse sentido, compreende-se, ao menos no que diz respeito a esse agente social, porque mudanças na oferta de serviços foram mais fáceis no Reino Unido do que em seu financiamento. Além disso, cabe contextualizar que este parcial apoio está inserido em um amplo e longo processo fomentado pelo governo e pela mídia de que alterações mercantis no NHS britânicos eram essenciais para que ele se tornasse mais eficiente e de maior acesso. Nesse sentido,

Mais de 30 anos depois [do início das reformas], a comercialização e industrialização do NHS é reconhecida e detestada pela grande maioria dos trabalhadores do sistema e da população. Porém, lamentavelmente, ainda a maioria aceita esse processo como inevitável, um preço que tem que ser pago pela aplicação eficiente e efetiva do progresso técnico (HART, 2011, p. 447).

Além do maior ou menor grau de apoio da população ao sistema, destacamos como os usuários diretos do sistema de saúde modificaram (e foram modificados) pelas reformas nas últimas décadas. Em termos de ação dos usuários, foi importante a criação de diversas instituições de representação de seus interesses, utilizadas enquanto mecanismo de institucionalização da pressão dentro dos sistemas. No que tange a como as reformas modificaram a inserção dos usuários, destaca-se a constituição da lógica do paciente-consumidor. Ambos os movimentos estão, em nossa análise, bastante entrelaçados.

A representação dos pacientes por meio de instituições (normalmente, organizações sem fins lucrativos) ganhou força a partir da década de 1980, inicialmente atrelado a condições de saúde específicas²⁸⁵. Apenas nos anos 1990, organizações de pacientes, voltadas a problemas de saúde e reivindicações comuns, tornaram-se mais usuais. No Reino Unido, já em 1974, o *Britain Community Health Councils* foi criado como espaço de representação dos pacientes e da população em geral, embora não participasse das decisões sobre as reformas realizadas no NHS. Por sua vez, a *UK Consumers' Association*, espaço de representação organizado pelos usuários, tornou-se importante fonte de pressão, tanto na esfera nacional como da União Europeia, para inclusão de medicamentos genéricos. Na Alemanha e na França, a representação era muito mais forte pela estrutura corporativa, ou seja, pelos trabalhadores (item 4.1.3), do

²⁸⁵ Suas raízes encontram-se em organizações como os Alcoólatras Anônimos nos Estados Unidos, na década de 1950, e depois no movimento do uso terapêutico de drogas, nos anos 1970. Em meados da década de 1980, essa mesma forma de organização constituiu-se em torno dos pacientes portadores do vírus HIV.

que para os usuários do sistema. Ainda assim, o *Collectif interassociatif sur la santé* foi criado na França, em 1996, após a aprovação da reforma hospitalar no mesmo ano, agrupando usuários de 26 organizações de pacientes diferentes (LASCOURMES, 2003; PERMANAND e ALTENSTETTER, 2004; NEWMAN e KUHLMANN, 2007).

Ao longo dos anos 1990 e, principalmente, dos 2000, as instituições de representação dos pacientes se proliferaram²⁸⁶, atuando junto aos governos nacionais, supranacionais (no caso dos países analisados, principalmente na esfera da União Europeia), Caixas de Saúde (em nosso estudo, na Alemanha e na França) e à indústria farmacêutica. No âmbito da União Europeia, em que historicamente outros agentes sociais atuavam como “porta-vozes” das demandas dos pacientes, apenas na década de 1990 surgiram algumas organizações de pacientes voltadas a doenças específicas (como câncer, Alzheimer, diabetes, HIV) e, em 2003, foi criada a Plataforma europeia de pacientes (*European Patients’ Forum*), formalizando o espaço de representação (LAMBERT, 2009; CHEYNIS, 2011).

Esse movimento gerou, por um lado, um novo “status” aos usuários dos sistemas, com maior influência sobre as reformas e com suas necessidades percebidas como “demandas de consumidores”. Por outro lado, a influência é limitada e a nova forma de ver os usuários está inserida em um movimento mais amplo, de responsabilização do paciente por sua condição de saúde. Além disso, tornou-se comum o financiamento das instituições de representação dos pacientes por empresas farmacêuticas, distorcendo a estrutura de interesses²⁸⁷ (LAMBERT, 2009). Todas essas mudanças estão relacionadas com o aumento da mercantilização nos sistemas de saúde (capítulo 3).

A ideia de responsabilização do usuário do sistema está atrelada à concepção de paciente-consumidor, que se difundiu em meio às reformas. Elas tenderam a ampliar o

²⁸⁶ O formato dessas instituições varia muito, com algumas focadas em doenças específicas e outras com uma abrangência mais ampla no debate ao acesso a tratamentos e medicamentos. Além disso, a estrutura também é variável, com algumas pequenas e outras grandes organizações, com uma ampla estrutura profissional.

²⁸⁷ Do ponto de vista da indústria, este financiamento contribui para melhora da sua imagem junto à população, ao adquirirem um “alinhamento” com os dos usuários, contribuindo para que tenham seus interesses representados. No entanto, muito mais do que a possibilidade de atrelar a indústria farmacêutica à imagem de “responsabilidade social”, o apoio às organizações de pacientes tornou-se um mecanismo direto de identificação de consumidores existentes e em potencial, de divulgação de novos medicamentos, de pressão pelos pacientes junto aos médicos para prescrição e de “parceria” na pressão sobre os órgãos públicos para liberação de novas drogas. Dentre os países estudados, ao menos no Reino Unido há evidências de que o financiamento das organizações de pacientes por parte da indústria motivou a divulgação de informações parciais sobre um medicamento, supervalorizando seus benefícios e subestimando seus efeitos, além da pressão para mudança de pareceres do NICE contrários à inclusão de determinados medicamentos no NHS, mas sem reações semelhantes quando empresas desistiram da produção de medicamentos “não custo-eficientes” (LAMBERT, 2009).

leque de escolhas dos pacientes nos sistemas. Este aumento na escolha concentrou-se nos seguintes temas: escolha de qual Caixa de seguro social (Alemanha); escolha do médico (sempre presente na Alemanha e na França, incluindo-se também no Reino Unido); escolha do hospital (mesmo movimento identificado com relação aos médicos). Por sua vez, no que diz respeito a escolha da “porta de entrada” no sistema, podemos verificar, ao menos entre os países estudados nessa tese, uma tendência. O Reino Unido introduziu mecanismos de escolha, o que não existia anteriormente. Já na Alemanha e na França, países com sistemas de saúde historicamente calcados na liberdade de escolha de médicos e hospitais, houve a introdução de algumas restrições a essa liberdade – movimento mais importante no caso francês do que alemão (POULLIER e SANDIER, 2000; LASCOUMES, 2003; THOMSON e DIXON, 2006).

No caso britânico, os *walk-in centres* (apresentados no capítulo 3, item 3.2.4 como espaços de atendimento primário com possível gestão privada no NHS) podiam ser escolhidos como opção de atendimento, ao invés do GP no qual os usuários estavam cadastrados. Já na Alemanha e na França, a criação do médico de referência no sistema tornou-se, na década de 1990, uma opção e, nos anos 2000, um mecanismo quase compulsório na França – ou, ao menos, um caminho pelo qual a não adoção envolve maiores custos para os pacientes (com uma redução na cobertura, pela Seguridade Social, de 70% para 30% no valor da consulta). No que diz respeito à escolha dos hospitais, esta possibilidade surgiu no Reino Unido, inicialmente, com a reforma do mercado interno em 1991, com a escolha definida entre médico e paciente, mas que, na prática, continuou sendo do GP. Apenas a partir de 2005, os usuários passaram a escolher diretamente entre ao menos cinco opções de hospitais (pela internet, incluindo hospitais de fora de sua região, e com a inclusão de uma opção privada, conforme abordado no item 3.2.3) (THOMSON e DIXON, 2006; NEWMAN e KUHLMANN, 2007).

Cabe destacar que, embora essas políticas supracitadas tenham sido adotadas com a premissa de ampliar a escolha do paciente, “[...] a escolha foi usada para obter outros objetivos de política” (THOMSON e DIXON, 2006, p. 170), como o aumento da concorrência. Assim, junto à ideia de consumidor de serviços, dotado de direitos de reivindicação, o usuário se tornou também, de forma crescente, responsável por sua saúde. Essa lógica serviu como embasamento para aumentos cada vez maiores (em valor e em abrangência) dos mecanismos de co-pagamento, vistos como uma forma de racionalizar o uso do sistema (capítulo 3, item 3.1.1).

4.2.5 Setor Privado: Seguradoras e Prestadores de Serviço

O setor privado de saúde tem, de forma bastante evidente, interesses envolvidos nas reformas realizadas nos sistemas de saúde. Nos três países, apesar das profundas mudanças nos sistemas no pós-guerra, mantiveram-se algumas características do setor privado: medicina ambulatorial autônoma, sendo contratada pelos sistemas na oferta de serviços (nos três países); presença de hospitais privados como prestadores de serviços (Alemanha e França); presença de seguros privados de saúde. No que tange às seguradoras, nos casos alemão e francês, elas eram parte constituinte dos sistemas de saúde: na Alemanha, como mecanismo obrigatório de acesso para os funcionários públicos e opcional para a população de alta renda e, no caso francês, como mecanismo de financiamento do co-pagamento (item 3.1.2). Além disso, na provisão de serviços, hospitais privados mantiveram-se como parte dos sistemas públicos na Alemanha e na França (no Reino Unido, foram todos nacionalizados, na criação do NHS).

Ainda assim, conforme abordado no capítulo 3, a participação direta do setor privado, na provisão de serviços e no financiamento, cresceu com as reformas implementadas. Para além dos objetivos de ampliação na eficiência dos sistemas de saúde, tais alterações viabilizaram maior participação e rentabilidade destes agentes privados. Nesse sentido, destacamos a relevância e pressão das seguradoras privadas de saúde e dos prestadores, especialmente os hospitais (dado que, no que tange ao setor ambulatorial, a pressão dos médicos enquanto agentes privados foi abordado no item 4.2.2). Um último agente que merece destaque são as empresas farmacêuticas, debatidas no item 4.2.6.

As seguradoras privadas de saúde são parte integrante dos sistemas nos três países. Conforme abordado no capítulo 3, item 3.1.2, as seguradoras possuem papéis diferentes em cada país, mas em todos têm origem nas seguradoras mútuas, presentes muito antes dos sistemas constituídos após a Segunda Guerra Mundial²⁸⁸. Nos sistemas estruturados pós-guerra, manteve-se a presença de seguradoras mútuas, ou seja, instituições sem fins lucrativos e geridas por um conselho administrativo escolhido pelos próprios membros

²⁸⁸ As seguradoras mútuas surgiram no século XIX, como parte dos primeiros mecanismos de solidariedade entre os trabalhadores industriais. A França possui mecanismos de seguros privados desde a existência das sociedades de seguros mútuos (*sociétés de secours mutuels*), em 1791, com as primeiras *mutuelles* no formato atual sendo legalmente criadas em 1850. No Reino Unido, elas também datam do século XIX, com as *friendly societies* sendo regulamentadas a partir de 1875 (*Friendly Societies Act 1875*) (MAYNARD, 1986; ELBAUM, 2011).

que aderiram à mutualidade. Além disso, eram instituições cujo princípio de solidariedade imperava, sendo que a condição de saúde não podia influenciar no valor da contribuição realizada (ainda que a idade sim). A pressão dessas instituições foi importante para que elas mantivessem um papel nos sistemas públicos de saúde, sendo mais explícito na França. Na criação de um sistema de seguro de saúde público de âmbito nacional, foi, em grande medida, a pressão por partes dessas instituições que fez com que, desde o início, se implementasse mecanismos de co-pagamento – permitindo uma brecha dentro do sistema público para atuação dessas corporações, dado que a inserção das seguradoras mútuas (*mutuelles*) passou a ser a cobertura da parcela dos dispêndios com saúde não financiados pela Seguridade Social (ELBAUM, 2011; BRAS e TABUTEAU, 2012).

A partir da década de 1980, tanto na França como no Reino Unido, seguradoras privadas lucrativas e fundos de pensão ingressaram no sistema de saúde (capítulo 3, item 3.1.2). No caso britânico, este movimento influenciou duas mudanças, já nos anos 1980: primeiro, a ampliação da liberdade de atendimento dos médicos a pacientes privados (dado que a forte restrição que existia antes tornava pouco vantajoso a obtenção do seguro privado). Segundo, a demanda por isenções ou ao menos reduções fiscais para os pacientes com seguros privados. Frente a isso, a reforma do “mercado interno”, de 1989, aprovou abatimentos no imposto de renda para segurados privados não corporativos (não atrelados à concessão por parte de empresas a seus trabalhadores), para pessoas com mais de 60 anos. Ainda que essa última medida tenha sido extinta em 1997, ela explicitou o poder das seguradoras privadas em influenciarem as reformas (WEBSTER, 1998; KLEIN, 2001).

Na França, a pressão do setor privado complementar também influenciou duas reformas, mais recentes. Na reforma de 2004, foi criada uma instituição de representação única das seguradoras complementares, a União nacional dos organismos de seguro de saúde complementar (*L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire*). A instituição foi criada tendo a premissa de participar, junto com a União nacional das Caixas de Saúde (públicas), das definições de cobertura e valores reembolsados pela Seguridade Social, além de possuírem poder de veto (em algumas circunstâncias) na negociação entre a Seguridade Social e os profissionais de saúde. Além disso, a aprovação em 2013 da obrigatoriedade, para empresas com mais de 100 funcionários, de garantirem um seguro complementar aos seus funcionários, fez com que o seguro complementar “voluntário” tenha se tornado, oficialmente, parte integrante do

sistema de saúde e obtido um “poder de arbitragem” junto a esfera da Seguridade Social e dos profissionais de saúde (BATIFOULIER et al, 2008; TABUTEAU, 2013).

O caso alemão é um pouco distinto. Ainda que a tendência inicial tenha sido a mesma, com aumento da participação de seguradoras lucrativas²⁸⁹, o seguro privado sempre possuiu um espaço dentro do sistema, voltado para os trabalhadores de alta renda e os funcionários públicos. Sendo assim, ele possuía um mercado cativo, oferecido pela própria estrutura do sistema. As reformas realizadas, principalmente nos anos 2000, tenderam a reduzir, ao invés de ampliar, as liberdades dessas instituições. As seguradoras privadas, que até então podiam definir suas tarifas (na prática, o percentual de contribuição social sobre os salários) com base em diversos critérios (idade, sexo, doenças preexistentes), passaram, na reforma de 2000, a ter que garantir um pacote mínimo de serviços com base em uma “tarifa padrão”, definida pelo governo, e oferecida, obrigatoriamente, para todas as pessoas com mais de 65 anos e que já fizessem parte da mesma Caixa privada por pelo menos 10 anos²⁹⁰. Este movimento foi aprofundado na reforma de 2007, que substituiu a “tarifa padrão” por uma “tarifa básica”, que deveria ser ofertada inicialmente para todos os segurados, com um valor de contribuição que não poderia ser maior do que o teto do sistema público-estatutário (em 2014, em torno de € 630 por mês) e nem considerar as condições prévias de saúde no cálculo da contribuição paga (somente idade e sexo)²⁹¹ (BÖCKMANN, 2009; BUSSE e BLÜMEL, 2014).

No caso do setor privado hospitalar, embora estivesse presente desde o princípio nos sistemas públicos alemão e francês, sua forma de inserção se modifica ao longo do tempo, conforme pressionavam por maior rentabilidade nos sistemas. O caso da França é emblemático: até o início da década de 1980, os hospitais públicos e privados (*cliniques*) eram remunerados pela Seguridade Social da mesma forma pelos serviços que prestavam. Conforme apontado no capítulo 2, item 2.4.1, a fim de reduzir os gastos hospitalares, em 1984, o governo francês implementou tetos orçamentários para remuneração dos

²⁸⁹ O sistema de seguros privados alemão é bastante fragmentado, sendo composto por 43 seguradoras privadas de saúde, que formam a Associação das Empresas de seguros privados (*Verband der privaten Krankenversicherung*), sendo que 24 são seguradoras privadas lucrativas, de capital aberto, e 19 são seguradoras mútuas. Além disso, há também mais 30 pequenas seguradoras, de atuação regional (BUSSE e BLÜMEL, 2014).

²⁹⁰ Ou no caso dos trabalhadores com mais de 55 anos, já na mesma Caixa privada há mais de 10 anos, e cuja renda caia abaixo do limiar para adoção compulsória do seguro estatutário/público. Para casais e servidores públicos atrelados ao seguro privado, a tarifa paga não pode ultrapassar 1,5 a maior contribuição do seguro estatutário (BÖCKMANN, 2009).

²⁹¹ Além disso, essa mesma reforma proibiu a migração da Caixa privada para uma pública-estatutária para as pessoas acima de 55 anos, conforme apontado no capítulo 3, item 3.3.2 (BÖCKMANN, 2009).

hospitais. No entanto, vide a pressão das *cliniques*, o mecanismo foi adotado para as instituições públicas e filantrópicas, mas não para as privadas, que continuaram, até meados dos anos 2000, a serem remuneradas com base na utilização de seus serviços (ou seja, pagamento *ex post*, e não *ex ante*). Além disso, mesmo após a adoção de mecanismos iguais de remuneração, com o reembolso via DRG (capítulo 3, item 3.4.3), os hospitais privados foram beneficiados pela maior liberdade na escolha de atendimento ao paciente, o que é vedado às instituições públicas (OR e BELLANGER, 2011; HASSENTEUFEL, 2014).

Tem-se, ainda, a ampliação do espaço dos hospitais privados nos sistemas. Na França, a descentralização da gestão hospitalar (capítulo 2, item 2.4.3) foi acompanhada da liberdade para contratação de hospitais privados (capítulo 3, item 3.2.3) para cumprir as metas estabelecidas em termos de “funções públicas”, até então realizadas somente por instituições públicas e filantrópicas.

No que tange ao setor privado hospitalar na Alemanha e no Reino Unido, a identificação das instituições enquanto agentes de pressão é mais difícil. Assim como no caso das seguradoras privadas, os hospitais privados sempre fizeram parte do sistema de saúde alemão. Há efetiva ampliação de sua participação no sistema, inclusive com forte privatização de hospitais públicos estaduais (capítulo 3, item 3.2.5), mas com vinculação mais evidente com as condições financeiras regionais do que às demandas dos agentes privados. Da mesma forma, no caso britânico, as mudanças no sistema hospitalar foram decisões estatais, que transformaram os hospitais do NHS em instituições com lógica privada, dentro dos preceitos da nova gestão pública (capítulo 3, item 3.4.1), mas conservando sua propriedade estatal. A identificação dos interesses privados é mais evidente na criação do *Independent Sector Treatment Centre* (ISTC), em 2003, a partir do qual se podia contratar instituições privadas para prestarem serviços junto ao NHS (capítulo 3, item 3.2.3).

4.2.6 Indústria Farmacêutica

A indústria farmacêutica é, nos três países estudados, privada. O histórico de constituição de sistemas públicos de saúde (capítulo 2, item 2.2) não envolveu mudança

de propriedade no setor farmacêutico²⁹². No entanto, como se constituíram sistemas de organização e financiamento público, isto criou uma lógica de mercado muito específica. Enquanto agente privado, as empresas do setor sempre buscaram definir um preço de venda que maximize seus lucros. Por outro lado, seu comprador mais importante é o próprio Estado (de forma direta, no Reino Unido, por meio das Caixas de Saúde, na Alemanha e na França), que é também o regulador do setor²⁹³, atuando sob uma base comum definida no âmbito da União Europeia²⁹⁴ (FREEMAN e MORAN, 2002; ABRAHAM, 2002, 2009; MONTALBAN, 2011).

Essa dualidade é ainda mais relevante quando se considera a importância econômica dessa indústria nos três países. Todos eles possuem ao menos uma empresa entre as 15 maiores do mundo, as *Big Pharma*²⁹⁵: a francesa Sanofi (6ª maior do mundo em 2014), a alemã Bayer (7ª maior) e as britânicas GlaxoSmithKline (8ª maior) e AstraZeneca (13ª maior) (EFPIA, 2014; FORBES, 2015). Além disso, esta indústria é importante fonte de geração de renda e emprego (em sua maioria altamente qualificados), de investimentos em pesquisa e desenvolvimento (P&D), além de proporcionar um saldo comercial positivo (Tabela 19).

²⁹² No Reino Unido, em que a estatização avançou mais, como no caso dos hospitais na criação do NHS, chegou-se a cogitar a transformação de parte do setor farmacêutico em público. Essa proposta foi debatida na criação do NHS (1948) e novamente nas eleições de 1974, como proposição do Partido Trabalhista. No entanto, jamais foi implementada. Cabe ainda salientar que a francesa Sanofi, maior farmacêutica do país, era, até 1993, uma empresa de propriedade estatal (MONTALBAN, 2007; ABRAHAM, 2009).

²⁹³ A regulamentação da indústria farmacêutica existe desde sua criação. No entanto, nos três países, somente na década de 1960 regulamentações restritas sobre a produção e venda de medicamentos foram criadas, em decorrência do escândalo envolvendo o uso de talidomida por mulheres grávidas e as graves consequências em termos de sequelas para os fetos (em 1961) (MONTALBAN, 2007; ABRAHAM, 2009).

²⁹⁴ Conforme apontado no capítulo 2, item 2.3.3, a livre circulação de medicamentos entre os Estados-membro é definida no âmbito da União Europeia (UE). Por conta disso, a harmonização da regulamentação de medicamentos na UE ocorreu a partir da década de 1990, sacramentando, em 1995, com a criação da Agência Europeia de Medicamentos (*European Medicines Evaluation Agency*), avaliando para toda a UE a licença para comercialização dos medicamentos. No entanto, a instituição realiza recomendações, que podem ou não ser adotadas pelas respectivas agências de avaliação em âmbito nacional, que continuam restando a prerrogativa de concessão da licença para comercializar qualquer novo medicamento em seu país (PERMANAND e ALTENSTETTER, 2004; CHEYNIS, 2011; MULLER, 2011).

²⁹⁵ As 15 maiores empresas farmacêuticas, as *Big Pharma*, eram, em 2014: Johnson & Johnson, Pfizer, Roche, GlaxoSmithKline, Novartis, Bayer, Sanofi-Aventis, AstraZeneca, Abbott Laboratories, Merck & Co, Eli Lilly, Amgen, Teva Pharmaceutical, McKesson e Gilead Sciences. Há uma clara predominância de empresas de origem norte-americana, oito dentre as 15 maiores (FORBES, 2015). As *Big Pharmas* obtiveram, em 2009, 46% de todo faturamento do setor (faturamento total setorial de mais de US\$ 800 bilhões), com uma margem de lucro líquido médio de 23% e rentabilidade financeira de quase 30%. Além disso, as 15 maiores empresas obtiveram um adicional de 35% em seu faturamento (de US\$ 376 para 508 bilhões), de ganhos obtidos com vendas de produtos que não são medicamentos (MONTALBAN, 2011).

Tabela 19: Indústria farmacêutica, dados diversos, Alemanha, França e Reino Unido, 2012.

		Alemanha	França	Reino Unido
Produção	Total (€ Bilhões)	27,68	20,75	20,00
	% PIB industrial	4,25%	8,03%	7,33%
	% PIB total	1,00%	0,99%	0,97%
<hr/>				
P&D	Total (€ Bilhões)	5,77	4,39	5,19
	% P&D setor privado	10,73%	14,61%	24,60%
	% P&D total	7,29%	9,44%	15,58%
<hr/>				
Setor externo	Exportação (€ Bilhões)	56,01	27,81	28,60
	% nas exportações total	5,1%	6,3%	7,8%
	Saldo comercial (€ Bilhões)	20,04	4,52	6,44
<hr/>				
Emprego	Quantidade total	110.006	95.692	73.000
	% empregados na indústria	1,38%	3,12%	2,52%
	% empregados total	0,29%	0,37%	0,25%

Fonte: EFPIA (2014); Eurostat (2015). Elaboração própria.

Conforme apresentado na Tabela 19, em participação do PIB, a indústria farmacêutica corresponde a parcela mais importante no PIB industrial, na geração de emprego na indústria e nos investimentos com P&D nos casos francês e britânico. Os gastos em P&D merecem especial atenção, representando 7,3% na Alemanha, 9,4% na França e 15,6% no Reino Unido, de todo dispêndio em P&D de cada país. No caso alemão, a maior parte do faturamento é decorrente de exportações (62,5% das vendas), gerando um saldo comercial setorial de € 20,04 bilhões. Nos casos britânico e, principalmente, francês, a maior parte da produção é destinada ao mercado interno²⁹⁶ (EFPIA, 2014; EUROSTAT, 2015).

A importância econômica e estratégica do setor farmacêutico é fundamental para nossa análise, na medida em que afeta a interação do setor com os sistemas de saúde. Nos três países, como o acesso aos medicamentos ocorre com reembolso ou pagamento direto pelo Estado, a definição dos preços dos medicamentos não é decorrente de uma relação de mercado (oferta x demanda), mas sim de um processo de negociação direto entre a

²⁹⁶ Cabe destacar que, no caso britânico, a indústria farmacêutica é de extrema importância econômica, sendo um dos únicos setores industriais nos quais o país ainda se destaca na concorrência internacional. Além disso, é também um dos únicos setores no qual a crônica balança comercial deficitária do país apresenta um resultado positivo (FREEMAN e MORAN, 2002). Do ponto de vista da estrutura de capitalismo de cada país apresentado no capítulo 1, itens 1.2.1 e 1.3.1, avaliamos que, enquanto no caso alemão a indústria farmacêutica se insere dentro de uma forma institucional usualmente focada na inovação e diversificação industrial, no caso britânico a indústria farmacêutica se destaca como uma exceção dentro de um país com decadente setor industrial e relevância econômica no setor financeiro.

indústria farmacêutica e os respectivos Estados nacionais (CHEYNIS, 2011; MONTALBAN, 2011). Sendo assim, os governos alemão, francês e britânico lidam com demandas distintas e, muitas vezes, contraditórias: garantir rentabilidade elevada para um setor importante, ao mesmo tempo em que buscam controlar o ritmo de expansão de gastos com medicamento e garantir acesso aos remédios a quem precisa. A conjunção dessa problemática coloca em outra perspectiva as reformas realizadas nos sistemas de saúde, no que tange ao acesso a medicamentos.

O forte aumento de preço dos medicamentos é uma marca de todos os países industrializados desde a década de 1980, com elevações anuais entre 6% a 20% a.a. (PIGNARRE, 2004). Conforme apontado na Tabela 20, apesar de importantes oscilações ao longo das décadas, o gasto público com medicamentos, como parcela do dispêndio público total no setor, aumentou nos três países, entre 1980 e 2010: de 13,2% para 15,1% na Alemanha, de 13,7% para 14,4% na França e de 10,2% para 11,8% no Reino Unido.

Tabela 20: Gastos públicos com medicamentos (como % do gasto público total em saúde e em termos *per capita*), Alemanha, França e Reino Unido, 1980 a 2010.

	Ano	Alemanha	França ¹	Reino Unido ²
Gasto público c/ medicamentos (% gasto público em saúde)	1980	13,2%	13,7%	10,2%
	1985	13,4%	14,3%	11,2%
	1990	14,2%	14,1%	11,4%
	1995	11,7%	12,3%	12,2%
	2000	12,8%	14,3%	12,8%
	2005	14,9%	15,6%	13,0%
	2010	15,1%	14,4%	11,8%
Total público com medicamentos <i>per capita</i> (US\$ PPP)	1980	203	149	88
	1985	231	183	105
	1990	260	210	122
	1995	257	246	165
	2000	309	314	179
	2005	372	382	287
	2010	433	374	293

Fonte: OCDE (2015c).

¹ Quebra na série em 1995, mudança de metodologia.

² Dado mais recente disponível de 2008.

O aumento do gasto público com medicamentos *per capita* (em termos de paridade do poder de compra, em dólares) torna ainda mais clara a importância desse dispêndio, tendo ao menos dobrado ao longo de 30 anos: na Alemanha, de € 203 para € 433, na França, de € 149 para € 374, e no Reino Unido, de € 88 para € 293 (Tabela 20).

Por conta desse cenário, os governos nos três países adotaram, já nos anos 1980, políticas que almejavam controlar o ritmo de expansão dos gastos com medicamentos no setor público. O Reino Unido é o primeiro a adotar limitações de cobertura de medicamentos pelo sistema, com a criação de uma lista positiva de medicamentos, o que fez com que cerca de 1.800 drogas (consideradas não importantes, do ponto de vista terapêutico) deixassem de ser pagas pelo NHS. Frente à pressão da indústria, em 1986, o governo substituiu a lista positiva por uma lista negativa, com a explicitação apenas dos medicamentos não cobertos pelo sistema²⁹⁷, reduzindo os medicamentos não garantidos pelo NHS. Em 1992, a lista foi ampliada (incluindo medicamentos contraceptivos, antialérgicos, supressores de apetite, entre outros) e o maior controle recaiu sobre os médicos, após a adoção do GP *fundholding* (1991), e a responsabilidade do mesmo em alocar seus recursos para aquisição de todas as necessidades dos pacientes, incluindo os medicamentos (KLEIN, 2001; ABRAHAM, 2009).

A França e a Alemanha também criaram restrições para a cobertura de medicamentos em seus sistemas de saúde, em 1991 e 1993, respectivamente. No caso francês, a criação dos *références médicales opposables* definia uma lista de medicamentos cobertos pelo sistema. No caso alemão, a reforma *Seehofer* (1992-93) também impôs limites para a prescrição de medicamentos, como parte das restrições da adoção dos tetos orçamentários nos hospitais (capítulo 2, item 2.4.1), com os médicos podendo ser penalizados por prescrições excessivas. A criação da lista foi aprovada na reforma de 1993, para adoção a partir de 1996; no entanto, foi suspensa logo após sua implementação. A reforma de 2000 reintroduziu a lista, implementada em 2002, e novamente cancelada. Em ambos os casos, explicitou-se a capacidade de pressão por parte da indústria farmacêutica, junto ao *Bundesrat* (espaço de representação dos *Länder*), para supressão das listas (ALTENSTETTER e BUSSE, 2005; BATIFOULIER et al, 2008; PANNOWITSCH, 2009).

Em todos os casos supracitados, a indústria farmacêutica pressionou a fim de limitar as mudanças – sendo bem-sucedida em evitar a inclusão de novos medicamentos, em diversas circunstâncias, nas listas britânicas e francesas e bloqueando, mesmo que não de forma permanente, a adoção de listas no sistema alemão. Ainda assim, ao longo dos anos 2000, após algumas alterações, os três países mantêm mecanismos de controle sobre

²⁹⁷ A lista negativa ficou restrita a medicamentos de sete classes terapêuticas, como remédios para dores leves, remédios laxantes e para digestão, vitaminas, antigripais, entre outros. Ou seja, de forma geral, a exclusão de cobertura no NHS ficou restrita a medicamentos que não precisavam da prescrição médica.

os medicamentos prescritos: a Alemanha e o Reino Unido com uma lista negativa e a França com uma lista positiva²⁹⁸ (ETTELT et al, 2010; PARIS et al, 2010).

A fim de endossar essas listas, todos os países criaram, entre o final dos anos 1990 e meados dos anos 2000, agências responsáveis pela avaliação de todo novo medicamento cobertos pelos sistemas, por meio do aprofundamento do uso de métodos de avaliação com base em premissas custo-efetividade. Assim, na Inglaterra, o governo criou, em 1999, o NICE²⁹⁹, incentivando os médicos a adotarem as recomendações – embora não houvesse mecanismos objetivos de imposição das recomendações realizadas. Já no caso francês, também foi criada uma instituição de supervisão e avaliação, a *Haute Autorité de Santé* (HAS), em 2004 (ABRAHAM, 2009; HASSENTEUFEL, 2014).

Conforme sumarizado no Quadro 11, além das listas, os governos modificaram, a partir dos anos 1980, as políticas de definição do preço dos medicamentos, influenciados, reitera-se, tanto pela pressão para redução dos gastos como pelo *lobby* da indústria farmacêutica.

Quadro 11: Políticas de regulamentação dos preços de medicamentos, Alemanha, França e Reino Unido, 2003.

País	Segmento do mercado	Preço livre	Controle direto do preço	Comparação preços internacionais	Controle de lucro	Preço de referência
Alemanha	Patente	X				
	Sem patente					X
França	Patente		X	X		
	Sem patente					X
Reino Unido	Patente	X			X	
	Sem patente		X			

Fonte: Mrazek e Mossialos (2004). Elaboração própria.

²⁹⁸ No restante da União Europeia, a lista positiva é o mecanismo mais utilizado de controle de prescrição de medicamentos (PARIS et al, 2010).

²⁹⁹ Ao longo da década de 1980, a indústria farmacêutica (normalmente por meio de seu sindicato, a *Association of the British Pharmaceutical Industry* - ABPI) ampliou sua pressão para que as análises para liberação de novos medicamentos fossem realizadas mais rapidamente, a fim de agilizar o processo de lançamento de novas drogas no mercado, ameaçando inclusive transferir sua produção para outros países. Esta pressão acabou resultando na proposta de que a indústria financiaria os testes, a fim de tornar o procedimento mais ágil (ainda que o país fosse considerado, em 1988, o mais rápido na avaliação e liberação de novos medicamentos em todo União Europeia). Sendo assim, em 1989, a Divisão de Medicamentos foi abolida e se criou a Agência de Controle de Medicamentos (*Medicines Control Agency* - MCA), operando como um negócio que vendia as avaliações para a indústria, a fim de que as empresas pudessem colocar seus novos medicamentos no mercado. Apesar da garantia do governo de que essa mudança não iria comprometer a independência da instituição frente a indústria, em seus primeiros anos de atuação nenhum medicamento teve seu pedido de licença negado, algo que nunca havia ocorrido no esquema anterior. Além disso, medicamentos com severos efeitos colaterais continuaram a ser lançados no mercado. Por conta de fortes críticas, o NICE, após sua criação em 1999, passou a avaliar todo novo medicamento para inclusão no mercado britânico (ABRAHAM, 2002, 2009).

Nos países europeus, os medicamentos patenteados, quando colocados inicialmente no mercado, costumam ser objeto de controles direto de seus preços. Como exposto no Quadro 11, a Alemanha e o Reino Unido constituem exceções. Nos dois países, os medicamentos patenteados são lançados no mercado com preços livres – embora, no Reino Unido, submetidos aos controles de lucros definidos pela política *Pharmaceutical Price Regulation Scheme* (PPRS), que definia margens de lucro para o setor³⁰⁰. A França, por sua vez, mantém uma política de controle direto sobre o preço dos novos medicamentos, utilizando-se de parâmetros de preços internacionais para definição do valor, cuja validade é de cinco anos, uma vez estabelecido³⁰¹. Em 2003, o país adotou uma exceção, qual seja, os novos medicamentos classificados como “inovadores”³⁰² passaram a não ter seus preços predefinidos pelo Estado (desde que com preço coerente ao encontrado na Alemanha, na Espanha, na Itália e no Reino Unido) (MRAZEK e MOSSIALOS, 2004; MONTALBAN, 2007).

No que concerne aos medicamentos que já não estão protegidos por patentes, podendo ser produzidos genéricos e similares, a Alemanha (em 1989) e a França (em 2003) adotaram políticas de preço de referência. Neste caso, é estabelecido um preço de referência para um conjunto de medicamentos de mesmo grupo (uso da mesma molécula, mesmo uso etc.), sendo que o reembolso do valor tem como parâmetro este preço de

³⁰⁰ O preço dos medicamentos é determinado, no Reino Unido, por meio de um acordo entre o Departamento de Saúde e a indústria farmacêutica (representada pelo seu sindicato, ABPI), em um sistema conhecido como *Pharmaceutical Price Regulation Scheme* (PPRS), implementado em 1957. O sistema, na verdade, não regula o preço diretamente, mas, sim, por meio da definição de margens de lucro consideradas razoáveis a fim de viabilizar, ao mesmo tempo, o acesso aos medicamentos e recursos suficientes para as empresas investirem em P&D. Apenas as empresas com valores de venda acima de £25 milhões são obrigadas a enviar o detalhamento de seu balanço financeiro para o PPRS. Variações frente a margem de lucro acordada de até 40% são aceitas; se a empresa obtiver uma margem maior do que isso, deve abaixar seus preços ou realizar um reembolso para o governo. Este mecanismo, no entanto, faz com que as empresas tendam a superestimar seus custos, e investir no marketing dos medicamentos junto aos médicos. Além disso, a forma como o PPRS é estruturada faz com que políticas de incentivo, junto aos GPs e aos hospitais, de aumentarem a prescrição de medicamentos genéricos não surte efeito em termos de abaixar os gastos com medicamentos, já que as empresas compensam a queda de ganhos com o aumento de preços de suas drogas mais conhecidas. Uma grande negociação do PPRS foi realizada em 2004, com um acordo de redução de 7% nos preços dos medicamentos referência. Ainda assim, o impacto sobre os gastos do NHS foi baixo. Em janeiro de 2014, o mecanismo do PPRS foi substituído pelo *Value Based Pricing*, no qual o preço passou a ser o objeto de negociação entre a indústria e o NHS, sendo que a avaliação via NICE, criado em 1999, adquiriu maior peso (MRAZEK e MOSSIALOS, 2004; ABRAHAM, 2009).

³⁰¹ O valor é definido pela Comissão Nacional de Transparência, que responde aos Ministérios da Saúde e da Seguridade Social. No entanto, a Comissão Econômica Francesa (composta por representantes destes dois ministérios, assim como do Ministério da Economia e Finanças e da Caixa Nacional de Saúde, CNAMTS) pode realizar um parecer desfavorável ao preço definido, o que ocorre principalmente diante da preocupação orçamentária (MRAZEK e MOSSIALOS, 2004).

³⁰² A classificação como medicamentos inovadores é realizada pela Comissão Nacional de Transparência, que responde para os Ministérios da Saúde e da Seguridade Social (MRAZEK e MOSSIALOS, 2004).

referência. Isto significa, que caso algum dos medicamentos do grupo seja vendido a um preço mais elevado, a diferença é arcada pelo paciente (ou seja, ele realiza o co-pagamento pelo medicamento). Tendo acesso a essas informações, tornar-se-ia responsabilidade do paciente pressionar o médico e o farmacêutico para adquirir a droga com preço igual ao de referência, “forçando” a convergência de preços (MRAZEK e MOSSIALOS, 2004). Neste caso, a política tendeu a responsabilizar diretamente o paciente pelo controle de preços.

No caso francês, além da política de controle direto dos preços, o país criou diversos acordos com a indústria, que são tanto de natureza coletiva (envolvendo a indústria farmacêutica como um todo) como individuais, com cada empresa³⁰³. Ainda assim, o forte aumento de prescrições fez com que os gastos com medicamentos continuassem se elevando no país (MRAZEK e MOSSIALOS, 2004; PIGNARRE, 2004).

As políticas de definição de medicamentos cobertos pelos sistemas, assim como dos mecanismos de definição dos preços, geraram fortes reações da indústria, com processos judiciais e mesmo ameaças de algumas empresas de retirarem sua produção do país em questão. Isto ocorreu na Inglaterra, frente a decisões do NICE pela não recomendação do uso de alguns medicamentos pelo NHS, e na França, como no episódio de negociação de preços de medicamentos em 2002, quando a Pfizer ameaçou retirar sua produção do país por não concordar com os preços propostos pelo governo pelos novos medicamentos (PIGNARRE, 2004; ABRAHAM, 2009). Além disso, em todos os países, diferentes formas de co-pagamento incidiram de forma crescente sobre os medicamentos – embora sempre com diversas isenções, afetando os mais pobres, idosos, mulheres gestantes, doentes graves, etc.

Além do controle sobre a entrada de novos medicamentos no mercado, em seu preço e no reembolso recebido pelo paciente, os países também criaram mecanismos para incentivar os médicos e os farmacêuticos a venderem os remédios mais baratos, incitando a venda de genéricos. Com relação aos médicos, na França, a criação de mecanismos de pagamento por desempenho, em 2009, incluiu entre as metas a prescrição de medicamentos genéricos (capítulo 3, item 3.4.4). No caso dos farmacêuticos franceses,

³⁰³ Destaca-se o acordo com o sindicato nacional da indústria farmacêutica, firmado em 1994, a partir do qual definiram-se metas em comum entre indústria e governo. Caso os gastos com medicamentos fossem considerados excessivos pelo Estado, a indústria teria que realizar um pagamento para as Caixas de Saúde. Essa regra, embora tenha permanecido, é aplicada a poucas empresas, já que elas tiveram a opção de realizar acordos individuais com o governo, com maior especificação dos preços dos medicamentos, a depender de sua classificação de eficiência dentro da lista positiva do governo (MRAZEK e MOSSIALOS, 2004).

estes possuem, em raros casos, liberdade para modificar a prescrição definida pelo médico, sem que haja uma política específica nesse caso. Por sua vez, o NHS britânico possui um sistema de pagamento às farmácias que consiste de um valor fixo por item dispensado. Assim, as farmácias são incentivadas a venderem as versões mais baratas dos medicamentos, retendo o diferencial com relação ao valor que recebem. Na Alemanha, o pagamento é de uma margem do valor do medicamento, o que não incentiva nem desincentiva a venda de genéricos³⁰⁴ (MOSSIALOS et al, 2004; BATIFOULIER, 2014).

Os gastos com medicamentos também são inflados por fenômenos mais recentes, identificados, principalmente, a partir da década de 1990: a medicalização, caracterizada pela identificação como doença de condições que antes não eram, e a “farmaceutização”, com remédios sendo prescritos para o tratamento de diversas condições que antes não envolviam a recomendação de medicamentos³⁰⁵ (ABRAHAM, 2009; APPLBAUM, 2010).

Sendo assim, nos três países, é possível identificar a influência da indústria farmacêutica nas reformas, especialmente nas políticas que objetivaram controlar os gastos com medicamentos. A influência da indústria ocorre de forma bastante direta. No Reino Unido, uma grande proporção de cientistas que atua nos órgãos de regulamentação, como o PPRS, a Divisão de Medicamentos do Departamento de Saúde e o NICE, são originários da indústria farmacêutica – e alguns voltam a atuar nestas empresas, após alguns anos nos órgãos regulatórios. Na Alemanha, a influência não ocorre de forma tão direta nos órgãos regulatórios, mas nas esferas de decisão das políticas, tendo em vista a capacidade da indústria de angariar apoio junto a partidos políticos (como o partido Liberal) e instâncias políticas de decisão (*Bundestag*) (questão aprofundada no item 4.3). Além disso, mesmo no âmbito da União Europeia, a indústria farmacêutica possui representantes diretos na Agência Europeia de Medicamentos (*European Medicines Evaluation Agency*) e na tomada de decisão sobre a liberação da produção dos medicamentos que lhe interessam (ABRAHAM, 2002; FREEMAN e MORAN, 2002; PERMANAND e ALTENSTETTER, 2004).

³⁰⁴ Em 2012, em termos de valor de venda com medicamentos, 32% na Alemanha era decorrente da venda de genéricos, 25% no Reino Unido e somente 16% na França (EFPIA, 2014).

³⁰⁵ Há diversos exemplos desse fenômeno e da dupla associação entre medicalização e “farmaceutização”, como no caso do crescente diagnóstico de déficit de atenção em crianças e a forte medicalização para seu tratamento (ABRAHAM, 2009).

4.2.7 Agentes Específicos

A análise sobre os agentes sociais tradicionais é importante, mas consideramos insuficiente para compreender as alterações nos sistemas de saúde. Para além do debate sobre os objetivos do Estado (item 4.2.1), dos interesses dos médicos (item 4.2.2) e dos parceiros sociais (item 4.2.3), das demandas da população (item 4.2.4) e da pressão por parte dos agentes privados (itens 4.2.5 e 4.2.6), é possível identificar, em um nível menor de abstração, o papel de “novos” agentes sociais, que influenciaram de maneira direta nas reformas dos sistemas de saúde.

Em uma série de trabalhos desenvolvidos por Hassenteufel e um grupo de pesquisadores³⁰⁶ (HASSENTEUFEL et al, 2008; HASSENTEUFEL et al, 2010; GENIEYS e HASSENTEUFEL, 2012; HASSENTEUFEL, 2014), os autores desenvolveram a hipótese de que a compreensão sobre as reformas nos sistemas de saúde passa pela conformação, nos três países estudados nesta tese, de um novo agente social, que eles denominam como “atores programáticos”. Este novo agente é marcado por duas características gerais: ter um projeto concreto em comum (possuem recursos, ideias e propósitos específicos) e a possibilidade de realizarem decisões políticas diretas (possuem poder institucional). Sendo assim, tratar-se-ia de um “[...] grupo de atores com acesso direto a posições de tomada de decisão, que é estruturado de forma consciente em torno de um compromisso comum, junto a um modelo programático coerente e concreto para um determinado setor político” (GENIEYS e SMYRL, 2008, p. 76).

Para além desta caracterização geral, estes grupos possuem especificidades em cada país. Na França, atuam como uma elite programática, formada por servidores públicos antigos do sistema, especialmente médicos e parceiros sociais, cujo conhecimento lhes proporcionou, historicamente, papel de destaque na tomada de decisões. Na Alemanha, formam uma coalizão programática, com agentes sociais das mais distintas “origens” (Parlamento, *Länder*, partidos políticos, academia, etc.), tendo em comum interesses no setor e uma visão do que deveria ser modificado. No Reino Unido, trata-se de um grupo programático, também constituído dos mais diversos agentes, originários principalmente do meio acadêmico e do setor privado, porém com passagem “efêmera” pelos cargos de decisão, atuando mais como consultores, com a absorção de

³⁰⁶ O detalhado processo de investigação sociológica que envolveu essa definição e caracterização dos “atores programáticos”, envolvendo um longo processo de pesquisas e entrevistas, é descrito em Genieys e Hassenteufel (2012).

suas propostas dependendo da liderança política no governo (GENIEYS e SMYRL, 2008; HASSENTEUFEL et al, 2008; HASSENTEUFEL et al, 2010; HASSENTEUFEL, 2014).

Algumas características são importantes para compreendermos o caso em cada país. A elite programática francesa é composta de funcionários públicos, cuja formação foi realizada nas *Grandes Écoles*, como é tradição na carreira pública do país. No entanto, os que formaram essa elite programática, no que tange às políticas sociais, possuem características específicas: inicialmente menos valorizados dentro da estrutura estatal³⁰⁷, eles têm maior especialização e estabilidade de carreira do que funcionários públicos de outros ministérios. Além disso, atuam em alguns espaços específicos (como a área social da *Cour des Comptes* e a *Inspection Générale des Affaires Sociales*, além de cargos de menor destaque no Ministério de Assuntos Sociais), com forte influência entre as gerações de funcionários atuando nessas instituições. É possível identificar, também, que mudanças dos partidos políticos no poder têm baixo impacto no posicionamento desta elite (HASSENTEUFEL e PALIER, 2007; GENIEYS e SMYRL, 2008). A partir dessas características, “[...] uma nova abordagem sobre política social foi forjada durante os anos 1980, uma que integrava restrições financeiras e procedimentos em uma visão genuinamente ‘social’ da política setorial” (GENIEYS e SMYRL, 2008, p. 80).

Historicamente, ao longo dos vinte anos entre meados das décadas de 1980 e 2000, este grupo teve um importante efeito sobre o direcionamento do Estado de bem-estar. Enquanto cresceram os mecanismos de mercado, as privatizações e diferentes instrumentos de contestação da forte ação do Estado francês, no que diz respeito às políticas sociais, a ação estatal ampliou sua relevância (JOBERT, 1999). No caso específico do sistema de saúde, além dos espaços estatais supracitados, trabalhadores antigos da Seguridade Social, assim como de hospitais, também tiveram um papel importante na constituição de uma “contracultura”. Diversas políticas implementadas neste setor (como a adoção do teto orçamentário hospitalar, em 1983, a implementação da CMU, em 2000, e mesmo a adoção da LFSS, em 1996-97) estão diretamente relacionadas com propostas realizadas por esta elite programática, dentro do contexto de pressão orçamentária que fazia com que antagonizassem com o Ministério de Finanças (HASSENTEUFEL et al, 2001; GENIEYS e SMYRL, 2008).

³⁰⁷ Ainda que, dado o menor prestígio das áreas sociais frente ao núcleo econômico, elas não fossem normalmente priorizadas, principalmente o Ministério da Saúde, que tendiam a receber os piores alunos das *Grandes Écoles* (BERGERON e NATHANSON, 2012).

Na Alemanha, a visão do grupo programático foi identificada desde os debates iniciados em 1987 (que antecederam a reforma de 1992), liderados por parlamentares e diferentes especialistas no campo da saúde, em uma Comissão para a reforma estrutural do sistema de seguros de saúde, explicitado em seu relatório final (*Enquete Kommission Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung*). O relatório defendia a maior concorrência e autonomia dentro do sistema, assim como a priorização das políticas de prevenção (HASSENTEUFEL et al, 2008; GENIEYS e HASSENTEUFEL, 2012). Além da reforma de 1992, diretamente influenciada por este relatório, diversas reformas implementadas, a partir de então, explicitaram características presentes no estudo realizado ao final dos anos 1980. Dentre elas, destacamos: maior concorrência entre as Caixas de Saúde e autonomia na contratualização dos prestadores de serviços (reformas de 1992, 1997, 2000 e 2003); mudanças nos honorários médicos, com inclusão de pagamentos variáveis por desempenho (1997 e 2007); modificação na remuneração hospitalar, com adoção do pagamento por DRG (2000).

No Reino Unido, a visão foi constituída, principalmente, por meio de especialistas acadêmicos e gestores, que formaram equipes de assessoramento junto aos Primeiros-ministros e Ministros da saúde, com a constituição de equipes programáticas. A presença destes profissionais ocorreu, de forma geral, com permanências curtas, sem a constituição de traços profundos de relação política como na Alemanha e, principalmente, na França. A maior parte dos acadêmicos (em sua maioria, economistas da saúde) e gestores eram relacionados com grandes instituições internacionais e com forte influência das experiências e teorias internacionais advindas dos Estados Unidos (item 3.4.1) (HASSENTEUFEL et al, 2008; GENIEYS e HASSENTEUFEL, 2012).

Considerando-se as características e circunstâncias nos três países, podemos apontar que os atores programáticos tiveram relevância nas reformas dos sistemas de saúde, mas de maneiras muito distintas. Enquanto na França a elite programática foi importante fonte de bloqueio de mudanças no sistema de saúde, no caso britânico, o grupo programático influenciou para que ocorressem reformas mais profundas. Já na Alemanha, a coalizão programática teve papel distinto dependendo das circunstâncias e das propostas envolvidas: em alguns casos, estimulou e, em outros, atuou na restrição às mudanças.

4.3 ARRANJOS POLÍTICOS

A análise da estrutura institucional dos sistemas de saúde (4.1) e dos agentes sociais (4.2) é essencial para entender as reformas que foram (e as que não foram) implementadas nos sistemas de saúde. No entanto, a compreensão da arena política na qual as decisões são tomadas também é importante, dado que as diferenças entre os sistemas políticos presentes, assim como dos partidos-políticos no poder, são fundamentais no desenho das reformas, na forma como foram adotadas e nos espaços de veto presentes em cada país: “os sistemas de representação e organização de interesses, os comportamentos e alianças entre atores políticos, suas estratégias e projetos ao nível setorial só alcançam ser compreendidos à luz da análise dos regimes e instituições políticas” (TEIXEIRA, 1989, p. 25).

A análise institucional de Immergut (1992, 1996) contribui para a proposta aqui realizada, no sentido de que as reformas (em termos de seus desenhos, sua implementação e seu alcance) foram influenciadas pelas diferentes instituições políticas de cada país:

São [as instituições políticas] que estabelecem diferentes regras do jogo para políticos e para grupos de interesse, buscando aprovar ou bloquear planos de ação. Regras *de jure* que compõem o desenho institucional determinam procedimentos que facilitam ou impedem a tradução do poder político em políticas concretas. Regras de fato que se originam nos resultados eleitorais e nos sistemas partidários alteram a maneira pela qual essas instituições formais funcionam na prática. O conjunto dessas normas institucionais determina lógicas distintas de tomada de decisão, que definem os parâmetros da ação do governo e da influência dos grupos de interesse (IMMERGUT, 1996, p. 140).

Em cada um dos três países, estruturas políticas bastante distintas³⁰⁸ geraram maior dificuldade ou facilidade na aprovação das reformas. Na França e no Reino Unido, um executivo forte, ainda que pautado em estruturas muito diferentes, permitiu aos respectivos governos maior capacidade de imposição das reformas. Por sua vez, na Alemanha, um sistema parlamentarista, de difícil constituição de maioria por somente um

³⁰⁸ A organização política dos três países assemelha-se, em âmbito geral, em torno do princípio de Estado de direito (o *Rechtstaat* alemão, *État de droit* francês e *Bill of Rights* britânico), com instituições democráticas. As democracias francesa e alemã, em seu formato conhecido no século XXI, são relativamente recentes: a Alemanha, por conta dos impactos do nazismo, e na França, com diversas instabilidades políticas, levando a configuração de várias Repúblicas (a atual, em 2016, é considerada a Vª República francesa, conformada em 1958). Sendo assim, as Constituições em vigor nesses dois países são razoavelmente recentes, datando da segunda metade do século XX. O Reino Unido, por sua vez, possui um aparato democrático bem mais antigo e estável, sendo que a organização política se assenta sob um forte consenso institucional – a tal ponto de o país não possuir uma Constituição formal escrita (GUILLAUME, 1992).

único partido, exigiu a formação de diversas coalizões formais ou informais para aprovação de reformas³⁰⁹.

Além disso, é possível identificar uma correlação entre as principais características das reformas e os partidos políticos no poder. Nas reformas implementadas entre o fim dos anos 1980 e a primeira metade da década de 1990, a predominância foi de políticas voltadas à ampliação da concorrência, à diversificação de prestadores de serviços (incluindo o setor privado) e à implementação de mecanismos de livre escolha para os pacientes. Todas essas medidas, de caráter mais liberal, foram implementadas por governos de partidos de direita: o governo conservador britânico de Thatcher (1979), o cristão-democrata alemão Kohl (1982) e o partido UMP francês com Chirac (1986) (GUILLAUME, 1992; TOTH, 2010).

Por sua vez, a partir de meados da década de 1990, partidos de esquerda obtêm vitórias em diversos países europeus, como o (Novo) Trabalhista de Tony Blair no Reino Unido, a aliança plural de esquerda (socialistas, comunistas e verdes) na França, ambos em 1997, e a coalizão socialdemocrata (SPD) e do Partido Verde (*Bündnis90/Die Grünen*) com Schröder, na Alemanha em 1998. Estas vitórias são associadas a políticas de ampliação da regulamentação estatal e de integração dos serviços de saúde. Sendo assim, poder-se-ia argumentar que “a inclinação ideológica dos governos no poder pode desempenhar um papel importante na influência sobre o conteúdo das reformas nos sistemas de saúde” (TOTH, 2010, p. 87). No entanto, os programas e as políticas implementadas nos três países eram bastante distintos da socialdemocracia “tradicional” do pós-guerra, sendo identificadas, na Alemanha e no Reino Unido, enquanto um “novo meio” ou “terceira via”³¹⁰ (PIERSON, 2001; AMABLE, 2005).

As reformas dos anos 2000, por sua vez, não tinham um direcionamento claro entre ideologia e tipo de reformas. O governo trabalhista britânico implementou políticas de concorrência, ao mesmo tempo em que aumentou os recursos para o sistema de saúde. O governo francês, com períodos socialistas e conservadores no poder, ambos tanto ampliaram a universalidade (a cobertura universal, CMU, em 2000), como expandiram a participação privada no sistema. Por sua vez, no caso alemão, a predominância no poder

³⁰⁹ O partido da União-Democrático-Cristã (CDU) foi o primeiro partido na história alemã a obter maioria absoluta dos assentos no Parlamento, o que ocorreu em 1957. Isso deu ao partido amplo domínio político, o que ficou conhecido como “Estado-CDU” (*CDU-Staat*) (JESSOP, 2009, p. 142).

³¹⁰ A fim de ver maiores detalhes das principais características e propostas da “terceira via”, ver Giddens (1998). Para uma análise sobre o tema pela Teoria da Regulação, ver Amable (2005, p. 299-315).

do partido conservador (CDU/CSU), com Merkel, gerou tanto maior concorrência entre as Caixas e responsabilização dos trabalhadores (maior alíquota de contribuição social) e dos pacientes (maiores co-pagamentos), como a ampliação de mecanismos mais solidários de financiamento (impostos) e a obrigatoriedade de inclusão de toda a população no sistema.

No Reino Unido, as visões econômicas e políticas dos partidos Conservador e Trabalhista são, a princípio, relevantes para compreender as reformas implementadas durante o período em que cada um dos partidos teve maioria no Parlamento britânico. A imposição das primeiras grandes alterações do sistema, com a inclusão de mecanismos de mercado (e a criação de um mercado interno) ocorreu durante o período de 18 anos consecutivos em que o partido Conservador esteve no poder (Margareth Thatcher e John Major, entre 1979 e 1997). Por sua vez, quando o partido Trabalhista retomou a maioria do Parlamento, em 1997, lideraram um processo de retomada de investimentos públicos no NHS (governo Blair). No entanto, ao longo das últimas décadas, ambos os partidos adotaram, de forma crescente, políticas de mercado no sistema. Ao mesmo tempo, a forte construção de um consenso histórico em torno do NHS fez com que sua plena mercantilização tenha sido constantemente refreada politicamente, com o partido Conservador ou o partido Trabalhista no poder (GIAIMO e MANOW, 1999; BEVAN e ROBINSON, 2005).

A vitória do partido Conservador nas eleições de 1979 e sua longa permanência no poder (1979-1997) foram possíveis tanto por características próprias do sistema político britânico, como pelas circunstâncias econômicas e sociais do período. A compreensão destes fenômenos é importante, na medida em que contribuem para o entendimento das condições que viabilizaram a implementação do projeto “neoliberal” de Thatcher e, em que medida, este afetou o NHS britânico.

O projeto “neoliberal” do governo Thatcher pôde ser implementado quase sem necessidade de concessões. Isto ocorreu por uma série de fatores. Primeiro, pelo próprio regime capitalista liberal característico do país (AMABLE, 2005), que tornava a adoção das políticas neoliberais muito mais fácil do ponto de vista ideológico e econômico. Além disso, a percepção de falência das políticas adotadas nas décadas de 1950 e 1960 (com a crise das políticas keynesianas, conforme visto no capítulo 1, item 1.3.1), juntamente com a perda de credibilidade dos políticos que a apoiaram (principalmente o Partido Trabalhista, desgastado pelos anos no poder em meio a uma crise econômica, entre 1974

e 1979) e de espaço do movimento trabalhista, facilitaram as políticas do governo Thatcher e o discurso de “não há alternativa” (PIERSON, 2001; KORPI e PALME, 2003).

Além das mudanças econômicas e sociais, a estrutura do sistema político britânico facilitou a imposição das políticas planejadas pelo governo Thatcher. Isso ocorreu em decorrência de três características: o sistema político britânico gera, quase sempre, uma maioria parlamentar controlada por um único partido³¹¹; há forte relação entre o executivo e o legislativo, com o executivo tendo controle da fidelidade partidária dos membros de seu partido no legislativo; a estrutura política não gera muitos espaços de veto. Considerando estes traços, as propostas do governo Thatcher tinham uma aprovação quase automática no Parlamento, com forte “fidelidade partidária”, mesmo o Partido Conservador tendo obtido, nas três eleições em que ela permaneceu no poder, no máximo 44% dos votos (WILSFORD, 1994; JACOBS, 1998).

O governo Thatcher realizou profundas reformas neoliberais já em seus primeiros anos no poder, principalmente no que se referia à inserção do Estado na economia. As reformas no Estado de bem-estar social aceleraram a partir de seu segundo mandato (1983), principalmente na previdência, habitação e seguro-desemprego. O NHS, no entanto, não passou por grandes alterações, pelo menos até seu terceiro mandato (1987), em decorrência de suas características históricas (item 2.2) e dos arranjos institucionais e agentes sociais previamente apresentados (itens 4.1 e 4.2), principalmente o amplo apoio da classe média britânica (item 4.2.4). Nesse sentido, a preservação do NHS esteve atrelada a um cálculo político, que fez com que o sistema de saúde tenha sido a única política social britânica cujos recursos não foram reduzidos na década de 1980³¹². Ao mesmo tempo, a terceira vitória seguida ampliou o poder do governo Conservador. Este cenário, associado à disseminação de ideias de que mecanismos de “eficiência de mercado” poderiam melhorar o NHS, criou as condições para uma transformação

³¹¹ O sistema político britânico (e da maioria de suas ex-colônias) baseia-se no princípio *First Past The Post*. Cada eleitor vota em um parlamentar de sua preferência, em seu respectivo distrito, e o parlamentar que obtém a maior quantidade de votos, ganha. Não há qualquer impacto da diferença de votos e nenhuma ponderação da quantidade de votos recebido pelo partido (como há no sistema eleitoral brasileiro). Esta característica contribuiu para a formação de um sistema concentrado em dois partidos políticos (Conservador e Trabalhista), disputando a maioria parlamentar e, com isso, a indicação do Primeiro-ministro, e os partidos pequenos dificilmente obtendo qualquer assento entre os parlamentares.

³¹² Na verdade, a saúde ampliou sua participação nos gastos sociais de 18% para 22%. No entanto, considerando a variação dos preços atrelados diretamente ao sistema de saúde, e não a inflação da economia como um todo, a expansão real de recursos para a saúde foi apenas metade da usualmente considerada (WESBTER, 1998).

importante no sistema, encarnada na reforma do “mercado interno” (1989-1991)³¹³ (GIAIMO e MANOW, 1999; TUOHY, 2012).

Por sua vez, quando o Partido Trabalhista assumiu o poder, em 1997, houve um compromisso em aumentar de forma significativa os recursos do NHS, além de uma proposta de extinção do “mercado interno”, indicando uma importante mudança ideológica no sistema. Essa diferenciação, no entanto, não deve ser superestimada, dado que o partido Trabalhista foi responsável pela continuidade (e, na verdade, ampliação) da inserção de mecanismos de mercado.

Os exemplos são diversos. Em 1997, o partido manteve uma política de controle de gastos; adotaram plenamente o PFI no NHS (capítulo 3, item 3.3.1); rejeitaram formalmente o “mercado interno”, mas criaram mecanismos que, no fundo, deram continuidade à política (os PCTs, ainda que tornando os GPs ainda mais centrais no sistema). Em 2002, é também o governo Trabalhista quem retoma os princípios de Thatcher, de ampliar a concorrência e a escolha dentro do sistema, ampliando a possibilidade de hospitais públicos tornarem-se *foundation trusts* e aumentando a provisão de serviços privados, pela constituição do *Independent Sector Treatment Centres* (ISTC) (BEVAN e ROBINSON, 2005; TUOHY, 2012). Sendo assim, de forma geral, tanto o período Conservador (1979-1997) como o Trabalhista (1997-2010) são marcados por uma perspectiva de ampliar a participação privada no NHS (ainda que nenhum deles assuma uma retórica de privatizar o sistema).

A reforma mais recente, *Health and Social Care Act 2012*, proposta pelo partido Conservador, gerou forte debate partidário. O conflito maior foi a proposição do partido Conservador de aumentar a provisão de serviço privada, com a inclusão compulsória de um hospital privado entre cinco escolhas disponíveis para o paciente, assim como na ampliação de atendimento de pacientes privados no sistema (com a polêmica liberação para os hospitais *trusts* obterem até 49% de suas rendas com usuários privados). No entanto, apesar das divergências, ambos os partidos “reconheceram” a importância do setor privado no sistema (POWELL e MILLER, 2013).

Essa adoção por parte do partido Trabalhista, de políticas criadas pelo partido Conservador, possui algumas explicações (assim como ocorreu no caso alemão): primeiramente, mudanças institucionais deixam marcas que são dificilmente revertidas

³¹³ Além disso, mudanças anteriores, como a abertura para a concorrência dos serviços auxiliares, com sua terceirização (capítulo 3, item 3.2.1), facilitaram a posterior adoção da reforma do mercado interno em 1989 (WEBSTER, 1998; KLEIN, 2001).

(inércia institucional). Por exemplo, uma política com o alcance do mecanismo de mercado interno tem um custo de reversão importante, e demandaria uma grande reestruturação do sistema, e não uma “simples” retirada do mecanismo³¹⁴. Em segundo lugar, a adoção de preceitos “neoliberais”, nos anos anteriores pelos partidos conservadores, enraizou uma determinada visão sobre as políticas sociais. Este fator nos remete a um terceiro motivo, qual seja, a diferença entre as visões dos partidos não é tão ampla, com os preceitos da “terceira via” aproximando-se em vários pontos dos princípios liberais (BEVAN e ROBINSON, 2005; BANDELOW, 2007; GRIGNON, 2012).

Tanto o governo trabalhista britânico como o socialdemocrata (SPD) alemão utilizaram-se, entre a segunda metade da década de 1990 e a primeira de 2000, da concepção de “terceira via”. No que concerne aos sistemas de saúde, isto significou que as propostas encampadas por Blair (1997-2007) e Schröder (1998-2005) consistiam, a princípio, de uma aparente composição de princípios liberais e socialdemocratas.

De um lado, ambos defendiam a prioridade na ampliação da qualidade e da garantia de acesso ao sistema, sob responsabilidade do Estado. Por outro lado, a incorporação de mecanismos de mercado (maior concorrência, controle de qualidade por instituições regulatórias independentes, entendimento do paciente como consumidor) era vista como importante para aumentar a eficiência, assim como a importação de experiências internacionais relevante para melhorar o funcionamento de seus respectivos sistemas de saúde (hibridação institucional). Em ambos os casos, políticas de saúde mais associadas à esquerda (redução dos co-pagamentos e aumento de recursos fiscais para financiamento da saúde, na Alemanha, aumento de recursos para o sistema e redução da lógica de mercado interno, no Reino Unido) foram adotadas nos primeiros dois anos no poder, sob influência dos setores mais à esquerda nos partidos. No entanto, tais políticas foram sendo, paulatinamente, suplantadas por políticas liberais (BANDELOW, 2007; HINRICHS, 2010).

Na Alemanha, a preocupação com a contenção de custos no sistema de saúde, que já estava presente no governo conservador anterior, manteve-se durante o governo Schröder. No Reino Unido, por sua vez, a plataforma de melhoras sociais do Partido (Novo) Trabalhista representou, no NHS, um compromisso com a ampliação de recursos no sistema, a fim de melhorar sua qualidade e reduzir suas filas de espera. Nestes dois

³¹⁴ Ainda que caiba apontar que, após a devolutiva em 1997, os governos da Escócia e da Irlanda do Norte retiraram a estrutura de “mercado interno” de seus respectivos NHS.

países, as diferenças de comportamento podem ser compreendidas pelos diferentes contextos, em meados da década de 1990. Na Alemanha, o aumento do desemprego, associado com um acirrado debate sobre o envelhecimento populacional e mudanças no sistema previdenciário, fizeram com que a preocupação com a qualidade do sistema de saúde ficasse à margem do debate político. A situação anterior de grande densidade médico-paciente, assim como a elevada proporção de recursos que era alocado para o sistema, tornaram a preocupação com a contenção de custos predominante. Já no caso britânico, o menor gasto com saúde, assim como uma das mais baixas relações médico-paciente na Europa, tornava a pressão pela melhor qualidade muito mais acentuada. Em ambos os casos, os partidos de esquerda adotaram medidas mais próximas das expectativas de seus eleitores da classe média: foco na melhora da situação econômica alemã e nas condições sociais, no Reino Unido (NEWMAN e KUHLMANN, 2007).

Nesse sentido, as reformas no sistema alemão são decorrentes, em grande medida, de um cenário econômico e de uma estrutura de sistema de saúde (item 4.1) distintos do caso britânico. No entanto, é necessário considerar também que o sistema político na Alemanha gerou um processo de aprovação das reformas completamente distinto. Seu sistema eleitoral proporcional torna muito difícil a formação de maioria absoluta parlamentar. Somado ao fato de ser um sistema federativo, cuja representação dos *Länder* no *Bundesrat* lhes confere poder de veto (item 4.2.1), a formação de coalizões e, com isso, a necessidade de consensos, é muito mais forte do que no Reino Unido (PIERSON, 2001).

As primeiras reformas no sistema de saúde alemão, na década de 1960, com intuito de aumentar o financiamento do sistema (principalmente hospitalar) foram possíveis dentro de um contexto de formação de grandes coalizões políticas: entre 1966 e 1969, com os partidos União Democrata Cristã/União Social Cristã (*Christlich Demokratische Union/ Christlich Soziale Union*, CDU/CSU) e o Social Democrata (*Sozialdemokratische Partei Deutschlands*, SPD)³¹⁵ e, entre 1969 e 1974, pelo SPD e o partido Democrático Liberal (*Freie Demokratische Partei* – FDP). A formação destas coalizões permitiu a constituição de ampla maioria tanto no *Bundestag* como no *Bundesrat*, tornando fácil a

³¹⁵ Os partidos União Democrata Cristã (CDU) e União Social Cristã (CSU) são partidos-irmão, formando uma coligação conhecida como a “União”. O CDU concorre às eleições em todos os *Länder*, com exceção da Baviera, em que atua o CSU. Além disso, cabe ressaltar que os partidos democrata-cristão (CDU/CSU) e o socialdemocrata (SPD) são os dois principais partidos políticos da Alemanha e são, usualmente, identificados como os mais importantes partidos, no espectro ideológico, de direita e esquerda, respectivamente.

aprovação das mudanças legais. É neste contexto que se compreende, por exemplo, a aprovação da Lei de Financiamento Hospitalar, em 1972. Por outro lado, tentativas posteriores de reformar o financiamento hospitalar, centralizando os recursos para investimento na esfera central, foram sucessivamente bloqueados pelos *Länder*, por meio do *Bundesrat* (dado o interesse direto dos *Länder*, tendo em vista que eram proprietários da maioria dos hospitais) (BÖHM, 2009).

Nas reformas que alteraram de forma mais profunda o sistema de saúde, a partir da década de 1990, as coalizões foram elementos-chave para que elas ocorressem. As reformas dependeram de acordos entre os principais partidos políticos (CDU/CSU e SPD), seja porque as duas assembleias (*Bundesrat* / *Bundestag*) tinham maiorias opostas (como durante as reformas de 1992 e de 2003), seja porque os partidos formaram uma coalizão no poder (na reforma de 2007). Por outro lado, em momentos em que o governo no poder teve dificuldades de convencer a oposição das propostas feitas, a oposição funcionou como um *veto player*. Em outros momentos, parcelas do próprio partido no poder atuaram como veto. Este foi o caso da “Agenda 2010”, proposta por Schröder em 2005, que reformulava vários campos da proteção social e que sofreu forte oposição da ala mais à esquerda de seu próprio partido, o SPD. Esta oposição interna não só vetou as reformas, mas acabou por contribuir para a antecipação eleitoral naquele ano, dada a dificuldade de manter a coesão de apoio interna no partido (DÄUBLER, 2008; BANDELOW, 2009; GENIEYS e HASSENTEUFEL, 2012).

O processo de negociação e aprovação da reforma de 1992 (*Gesundheitsstrukturgesetz*)³¹⁶ ficou centrada nos atores político-partidários, com o CDU/CSU no poder propondo um compromisso junto ao principal partido de oposição, o SPD. Para isso, foi realizado um processo de negociações, que culminou em três dias de conversas sobre os específicos termos da reforma. A proposta básica era de aumento nos mecanismos de co-pagamento e ampliação de concorrência entre as Caixas de Saúde, com livre escolha pelos trabalhadores (capítulo 3, item 3.3.2). A inclusão de um mecanismo de compensação de recursos entre as Caixas (*Risikostrukturausgleich*), por

³¹⁶ A reforma de 1992 (Lei de Estrutura da saúde de 1992 – *Gesundheitsstrukturgesetz*) ocorreu em um contexto marcado, dentro do sistema de saúde, pela continua alta dos custos, em um cenário no qual as elevações nas contribuições sociais eram cada vez mais criticadas (pelo impacto no custo das empresas) e os efeitos econômicos da reunificação (1990) ainda eram apurados, além dos impactos da formação do mercado único europeu. Além disso, do ponto de vista político, as expectativas frente a uma série de eleições que ocorreriam em 1994 (em todas as esferas, municipal, os *Länder*, nacional e europeia) pressionavam o partido então no poder, o Conservador (CDU/CSU), a fim de se manter no poder. Sendo assim, as contribuições sociais das empresas, que já vinham em uma tentativa de estabilização (na saúde, desde a reforma de 1988), colocou-se como pauta central (STILLER, 2010).

exemplo, foi uma demanda do SPD. Uma vez aceito pelos dois partidos, a aprovação parlamentar ocorreu de forma rápida. A busca de consenso junto ao SPD foi um importante mecanismo para obter maioria no *Bundesrat*³¹⁷. Além disso, reduziu a capacidade de pressão de outros agentes sociais contrários à reforma e do partido FDP, que fazia parte da coalizão no poder, mas se opunha à reforma pela defesa dos interesses dos médicos (item 4.2.3) (GIOVANELLA, 1998; HASSENTEUFEL, 1999; STILLER, 2010).

Diferentemente, a reforma de 1997 (Leis de Reordenação do Seguro Social de doença – 1./2.*GKV-Neuordnungsgesetz*), apesar de tentativas do CDU/CSU, não obteve apoio da oposição (SPD), o que fez com que a primeira proposta do governo fosse abandonada. O sistema de saúde era novamente apresentado como um problema do ponto de vista financeiro³¹⁸. Com isso, as propostas centraram-se no controle do ritmo de expansão das taxas de contribuição (atrelando a aumentos no co-pagamento dos usuários); forte redução na cobertura dos cuidados dentários; associação do controle financeiro dos sistemas ambulatorial e hospitalar; possibilidade de as Caixas estabelecerem contratos diferenciados entre os assegurados. O processo de aprovação foi muito mais complexo, com a rejeição do SPD explicitada de forma clara no Parlamento, o que se refletiu em cada casa legislativa: aprovação pelo *Bundestag* (com maioria da coalizão no poder CDU/CSU e FDP) e bloqueio pelo *Bundesrat* (com maioria do SPD). Sendo assim, configurou-se um importante impasse político e institucional (GIOVANELLA, 1998; STILLER, 2010).

Do ponto de vista do entrelaçamento entre os diferentes agentes sociais envolvidos no sistema de saúde e a disputa na esfera político-partidária, a disputa em torno desta reforma foi bastante distinto frente a de 1992. Em 1996/97, o SPD não aprovou os termos da reforma, principalmente pela redução da cobertura para os usuários. Os políticos do partido viam-se mais distantes da coalizão no poder e a aproximação das eleições de 1998 contribuíram para um fortalecimento de posição, frente às políticas mais liberais propostas. Este recorte mais “neoliberal” da reforma foi decorrente de uma série de fatores.

³¹⁷ Instância na qual o CDU/CSU não possuía maioria sozinho para aprovar a reforma (STILLER, 2010).

³¹⁸ As taxas de contribuições sociais pagas por empresas e trabalhadores (em 1996, uma média de 13,4%) continuavam elevando-se e, assim, prejudiciais nos custos não-salariais das empresas e para a competitividade alemã no mercado mundial. As contribuições sociais totais vinculadas ao salário, que incluíam além da saúde, a previdência, seguro desemprego, seguro de acidentes de trabalho e seguro para cuidados de longa duração, representavam, à época, somados cerca de 42% sobre os salários. A meta do governo era que essa proporção fosse reduzida para menos de 40%, até 2000 (GIOVANELLA, 1998).

O avanço do FDP nas eleições de 1994 lhes fortaleceu na coalizão no poder (CDU/CSU e FDP), ampliando sua influência liberal sobre o governo. Além disso, o agravamento das condições econômicas (impactos da reunificação, desemprego, queda de competitividade da indústria, pressão dos critérios de Maastricht) tornou sua deterioração a questão central no debate acerca do sistema de saúde. Neste processo, diversos agentes sociais (item 4.2) utilizaram-se de seu mecanismo de representação política, a fim de bloquear impactos maiores da reforma sobre eles: o bloqueio de mudanças mais profundas no sistema hospitalar pelos *Länder* (via seu mecanismo de veto no *Bundesrat*); sobre os médicos por meio de sua influência no partido FDP; sobre as Caixas de Saúde, vide foco nos empregadores (e seus custos com as contribuições sociais), pelo CDU/CSU. Sendo assim, no desenho final, a maior parte das mudanças recaiu sobre os usuários, dentro de uma caracterização de aumento da “responsabilização individual” (GIOVANELLA, 1998; STILLER, 2010).

Entre 1998 e 2005, período em que o partido socialdemocrata (SPD) esteve no poder, a maioria formada com apoio do Partido Verde lhe permitiu a implementação de reformas sem o apoio da oposição Democrata Cristã (CDU/CSU). No entanto, já em 2003, o SPD realizou um acordo com a oposição (CDU/CSU), ampliando a responsabilidade do trabalhador no financiamento do sistema (com o fim da paridade na contribuição entre empregadores e trabalhadores) e sobre o usuário (criação de uma taxa de € 10 na visita médica por trimestre, posteriormente extinta) (HINRICHS, 2010).

A reforma alemã de 2007, por sua vez, explicitou divergências tanto partidárias como de natureza federativa, primordialmente no que diz respeito ao financiamento do sistema. A “Grande coalizão” do governo Merkel³¹⁹ tinha propostas bastante distintas, com longa negociação para se atingir uma orientação em comum³²⁰. Esta envolveu a manutenção da base de financiamento do sistema via contribuições sociais, porém com a criação de um Fundo único de Financiamento (*Gesundheitsfonds*), redistribuindo os recursos entre as diferentes Caixas. Tal proposta, no entanto, enfrentou dificuldades de

³¹⁹ A “Grande coalizão” entre CDU/CSU e SPD foi a base do governo Merkel (CDU/CSU) em seu primeiro mandato (2005-2009) e voltou a se formar na sua terceira vitória (2013). Em ambos os casos, o partido CDU/CSU obteve a maior parte dos votos, mas não o suficiente para governar sozinho (mesmo considerando suas coalizões tradicionais, como junto ao FDP). Assim, constituiu uma aliança junto ao SPD, com Merkel como chanceler alemã.

³²⁰ Os socialdemocratas, juntamente com o Partido Verde, os partidos de esquerda e os sindicatos dos trabalhadores, propuseram a criação de uma contribuição cidadã, a fim de aumentar a base de arrecadação do sistema, na qual todos os cidadãos iriam contribuir para o financiamento do sistema. Já o partido liberal, defendeu a criação de uma taxa de contribuição social básica igual para todas as Caixas (PANNOWITSCH, 2009; HELDERMAN e STILLER, 2014).

aprovação no *Bundesrat*, com a versão final rejeitada por seis dos dezesseis *Länder*. Esta rejeição não foi derivada de um posicionamento político-partidário, mas por temores das regiões mais ricas de perderem parte de seus recursos no processo de realocação do Fundo único de Financiamento (ZANDER et al, 2009; HELDERMAN e STILLER, 2014).

Enquanto, na Alemanha e no Reino Unido, as posições político-partidárias e a própria estrutura política foram elementos essenciais para a compreensão das reformas nos sistemas de saúde, na França estas características não foram tão importantes. A compreensão sobre as reformas é muito mais atrelada ao posicionamento dos diferentes agentes sociais (item 4.2) do que às possíveis distinções de posicionamento entre os partidos políticos. Caso emblemático disso são os médicos (item 4.2.3): a presença de médicos nos vários partidos políticos é, em diversas reformas, mais importante para compreender como as prioridades destes agentes sociais marcam as mudanças do que distinções de visão entre os partidos.

Ainda assim, não se pode subestimar por completo as características políticas do país. O formato da Vª República, por exemplo, é relevante ao ter ampliado os poderes da esfera executiva de poder, criando um sistema semipresidencialista *sui generis*³²¹. Com o fortalecimento do executivo, este pôde legislar no caso das políticas de saúde, mesmo sem ratificação parlamentar (IMMERGUT, 1996). A negociação para aprovação do Plano Juppé (1996) é bastante emblemática nesse sentido: o processo ocorreu entre os formuladores da proposta e cada Ministério que seria afetado. O plano, inicialmente, iria para votação no Parlamento, mas dada a forte reação da oposição e da opinião pública, foi retirada sua parte mais polêmica (que dizia respeito à reforma da previdência) e ele foi implementado diretamente pelo executivo³²² (HASSENTEUFEL, 1999). Este episódio demonstra, de um lado, a força da pressão da oposição e da população e, de outro, a capacidade da esfera executiva impor mudanças na política de saúde.

Outro ponto político relevante é em termos de identificação entre partido-político e tipo de reformas. É possível observar uma maior relação entre a presença do Partido Socialista francês no poder e a implementação de políticas de universalização do sistema.

³²¹ A Vª República, iniciada em 1958, introduziu diversas alterações políticas: “a eleição direta para presidente, a possibilidade de legislar por decreto sem necessidade de aprovação do Parlamento e uma rígida separação entre os ministros e a Assembleia criaram um Executivo independente, livre do desgaste provocado pela falta de maiorias estáveis no Parlamento” (IMMERGUT, 1996, p. 150). A partir de então, a França possui um sistema parlamentarista *suis generis*, no qual grande parte do poder político está no executivo, e não na esfera legislativa.

³²² Mecanismo conhecido, na França, como *ordonnance*, próximo do conceito de medida provisória existente no Brasil.

Por exemplo, a “elite programática” de funcionários públicos, que defendia a maior preservação do sistema constituído no pós-guerra (item 4.2.7), teve maior capacidade, entre 1992 e 2002, de impor sua agenda durante os períodos em que o Partido Socialista esteve no poder. As reformas precisaram do apoio de alguns parlamentares da oposição para serem aprovadas, mas isto foi possível com a adesão dos médicos que estavam em partidos oponentes (UMP, principalmente). Este apoio permitiu a criação de: um sistema nacional de monitoramento da condição de saúde e identificação de riscos à população; a criação de agências voltadas a políticas de prevenção e acompanhamento sanitário; definição de direitos dos pacientes (constituição do conceito de democracia sanitária); adoção da terminologia de seguridade sanitária (*sécurité sanitaire*). Além disso, o conceito de “serviço público hospitalar” (e de priorização na contratação de instituições públicas), retirado no governo de direita de Sarkozy, foi retomado pelo governo socialista de Hollande, em 2012 (BERGERON e NATHANSON, 2012; TABUTEAU, 2013).

As características apresentadas não tiveram o intuito de esgotar a análise sobre as possíveis relações entre a estrutura política estatal, o posicionamento político-partidário e as reformas nos sistemas de saúde. Ainda assim, algumas conclusões importantes são possíveis. Em todos os países, a estrutura política é relevante para aprovação ou bloqueio das reformas, sendo mais explícito na Alemanha, cujas particularidades na necessidade de formação de coalizões torna os posicionamentos político-partidários mais em evidência do que na França e no Reino Unido. Nestes países, a capacidade de imposição (do Presidente e do Primeiro-ministro, respectivamente) torna o partido no poder mais soberano sobre o desenho das reformas. Além disso, em termos de posicionamento ideológico dos partidos, ainda que seja possível uma identificação entre maior preocupação com a preservação da universalidade dos sistemas e a presença de partidos de esquerda no poder, nos três países, esta correlação foi se tornando cada vez mais frágil, o que se torna explícito com a “terceira via” no poder, nas décadas de 1990 e 2000. Isto porque, independente do partido no poder, a adoção de mecanismos de mercado foi crescente, mesmo em períodos, como na segunda metade da década de 1990, de melhora das condições econômicas.

Considerando as três características apresentadas nesse capítulo (as especificidades institucionais, os agentes sociais e os arranjos políticos), podemos afirmar que, na Alemanha, a compreensão sobre as reformas passa pela esfera política e pela estrutura corporativa do sistema. A capacidade de pressão dos agentes envolvidos

diretamente no sistema de saúde sempre esteve subjugada às coalizões político-partidários. Nos momentos em que foi possível um acordo entre os partidos (como para as reformas de 1993 e 2003), a oposição dos prestadores de serviços não foi capaz de bloquear as mudanças. Ainda assim, é essencial destacar a importância da estrutura corporativista, não só em termos da articulação dos parceiros sociais na gestão das Caixas, mas também na relação com os prestadores de serviços.

No Reino Unido, por sua vez, a esfera política também é predominante, tanto pela centralidade do Estado enquanto agente social, característica institucional marcante do sistema, como pelo desenho político do país, com predominância do executivo na imposição das reformas. Já o caso francês se diferencia mais dos outros dois países; os agentes sociais têm maior capacidade de influência sobre o sistema, com relevância maior do que a estrutura política estatal e a relação político-partidária. Dentro dessa lógica, destacam-se, dentre os agentes sociais, os médicos e a parcela do Estado comandada pela “elite programática”. Enquanto agentes que tiveram como princípio preservar, mais do que modificar o sistema, esta parcela da burocracia estatal e os médicos foram uma importante fonte da maior inércia institucional, no sistema de saúde francês.

CONCLUSÃO

As reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico podem ser compreendidas enquanto parte de um processo de adaptação dos sistemas de saúde às transformações da realidade na qual foram forjados. Em meio a este processo, ter-se-ia constituído um duplo movimento: as reformas proporcionaram tanto uma ampliação da lógica privada nos sistemas de saúde, ao aprofundar a adoção de mecanismos de mercado e a própria participação privada no financiamento e na oferta de serviços, como um aumento na universalidade dos sistemas.

Essa dualidade pode ser interpretada de duas formas diferentes. Primeiro, como processos relativamente autônomos, influenciados por dinâmicas concomitantes, mas de natureza distintas. Segundo, como a dupla face de um mesmo processo, qual seja, o regime de acumulação financeirizado forçou a inclusão do setor de saúde como espaço direto de valorização do capital, mas, ao mesmo tempo, a piora das condições socioeconômicas desse período exigiu uma expansão da universalidade para além das características do período fordista, além da pressão dos agentes sociais envolvidos a fim de preservar, e mesmo ampliar, o acesso aos sistemas de saúde. Nesse sentido, na Alemanha e na França é o aumento do desemprego e do trabalho parcial que impulsionaram o acesso ao sistema por mecanismos de cidadania, e não como trabalhador – característica que marcava esses sistemas bismarckianos (ainda que a mudança tenha sido mais relevante no caso francês). No caso britânico, o aumento de recursos no sistema de saúde, que teve a maior ampliação europeia na primeira metade dos anos 2000, foi a contraparte do que viabilizou o avanço privado no setor.

A segunda visão nos parece mais coerente, considerando-se a tendência à complementariedade institucional e às transformações relacionadas à mudança do regime de acumulação fordista para o financeirizado. No fordismo, regime de acumulação predominante nos 30 anos entre meados das décadas de 1940 e 1970, os sistemas de saúde estruturam-se como parte de Estados de bem-estar social, arranjo no qual as políticas sociais tinham grande importância social, política e econômica, representando cerca de 40% do PIB nacional nos três países. A importância das políticas sociais estava relacionada à acomodação na relação capital-trabalho, fazendo frente (ainda que de forma parcial) às reivindicações dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que contribuía para a acumulação de capital nos moldes fordistas, como parte do ciclo econômico.

Naquele contexto, Alemanha e França possuíam formas institucionais mais congruentes com o regime de acumulação de trabalho intensivo e compartilhamento dos ganhos de produtividade entre salário e lucro. O Reino Unido tinha formas institucionais de relação trabalhista e de inserção internacional mais apoiadas no liberalismo, embora a ação direta do Estado na estrutura produtiva e nas políticas sociais fosse relevante. Sendo assim, durante os “anos gloriosos”, Alemanha e França apresentaram maiores taxas de produtividade do trabalho e de crescimento econômico, que financiaram uma robusta estrutura de proteção social. No que concerne à saúde, tal estrutura era baseada diretamente no trabalho, com trabalhadores e empregadores realizando a gestão de Caixas de Saúde (ainda que, no caso francês, o Estado tivesse um papel maior na determinação das contribuições e na garantia de financiamento). No caso britânico, o ritmo de crescimento econômico foi mais lento nas três décadas e o sistema de saúde tinha recursos menores do que nos outros dois países. Sua estrutura, no entanto, foi desenhada de forma muito diferente, decorrência do compromisso de guerra, com o NHS pautado no acesso pela cidadania e financiado por toda a população, mediante recursos fiscais.

Nesse processo, a Alemanha e a França constituíram Estados de bem-estar coerentes com suas demais formas institucionais, em estruturas capitalistas corporativistas, enquanto o Reino Unido estruturou um Estado de bem-estar que destoava de suas demais formas institucionais liberais, em seu capitalismo de mercado. No que diz respeito especificamente aos sistemas de saúde, enquanto nos casos alemão e francês, os sistemas de saúde tinham características claras do arranjo institucional geral do país – ou seja, um caso de isomorfismo –, o NHS inglês possuía características bastante divergentes do restante da estrutura nacional, o que não significou uma instabilidade, mas uma exceção frente às suas demais formas institucionais.

Nos três países, os sistemas de saúde criados no pós-guerra possuíam características diretamente relacionadas a um cenário no qual o regime de acumulação fordista, com elevado crescimento econômico e baixo desemprego, a solidariedade nacional, a pressão dos trabalhadores, a tentativa de refrear a influência do socialismo e a inserção produtiva e social do Estado – na forma que ficou conhecida como Estado de bem-estar social – possibilitaram a criação de sistemas com uma abrangência de cobertura e solidariedade nos mecanismos de financiamento sem precedentes. As diferenças no formato entre os países eram resultantes de estruturas prévias distintas (e do peso político

de agentes sociais como o Estado, a relação entre trabalhadores e empregadores, médicos, seguradoras mútuas, entre outros), assim como de impactos distintos da própria guerra.

No entanto, a partir da década de 1970, as formas institucionais características do fordismo entraram em crise e foram sendo entremeadas por mudanças atreladas a novos mecanismos de acumulação capitalista. Com isso, a relação capital-trabalho reduziu os ganhos salariais e flexibilizou os direitos trabalhistas. Ou seja, a inserção do trabalhador tornou-se mais precária e frágil. A inserção estatal foi pressionada a reduzir os déficits fiscais e se concentrar na garantia de credibilidade da economia nacional, frente aos mercados (financeiros) internacionais. O setor externo aprofundou muito sua importância: economias cujo crescimento era determinado, principalmente, pelo consumo e investimento domésticos, passaram a ter na internacionalização produtiva e financeira os determinantes centrais de seu crescimento. A concorrência se acentuou, ampliando sua escala global, com a produção se concentrando em países de baixo custo de mão-de-obra. Por sua vez, a desregulamentação dos mercados financeiros gerou inovações e forte aumento dos fluxos de capital. O ganho obtido no mercado financeiro e a instabilidade se tornaram marcas do regime de acumulação financeirizado.

Alemanha, França e Reino Unido foram afetados pelas transformações do regime de acumulação, tanto pelo esgotamento interno do fordismo como pelo impacto das mudanças na economia hegemônica, os Estados Unidos. A crise gerou queda na produtividade do trabalho, menor crescimento econômico e aumento do desemprego nos três países. Ainda assim, a dimensão da crise não foi a mesma em cada um deles.

Nos casos alemão e britânico, os países possuíam formas institucionais, anteriores à crise do fordismo, mais coerentes com a lógica de acumulação que se tornou predominante. Em ambos os países, relações trabalhistas mais flexíveis tornaram mais fácil a acomodação de menores ganhos de produtividade para os salários. Além disso, em termos mais gerais, o tipo predominante de inserção de suas economias facilitou o processo: a estrutura produtiva alemã, baseada na diversificação e inovação, com foco na exportação de bens de capital, e a relevância do mercado financeiro na economia britânica. Sendo assim, a economia do Reino Unido apresentou, já na década de 1980, recuperação no crescimento econômico e uma baixa taxa de inflação – embora a taxa de desemprego, sob os ajustes do governo Thatcher, tenha dobrado na década. No caso alemão, a recuperação foi mais lenta (dada a dependência de recuperação das outras

economias, a fim de expandir suas exportações) e afetada pelo processo de reunificação do país, no início dos anos 1990.

No que diz respeito à França, o país possuía indicadores econômicos melhores do que os outros dois países, em meados dos anos 1970, mediante um regime de acumulação fordista pautado em indexados ganhos salariais e um crescimento econômico impulsionado principalmente pelo consumo interno. Neste caso, as mudanças externas, como o primeiro choque do petróleo (1973) e as transformações na econômica norte-americana, alteraram as bases de acumulação nacional. Ainda que os governos tenham buscado realizar mudanças dentro das bases fordistas até 1983, a contínua deterioração da situação econômica, premida pelos ganhos de competitividade das empresas alemãs, impulsionaram a flexibilização das relações trabalhistas, a redução nos ganhos salariais e a privatização da estrutura produtiva estatal.

As transformações econômicas verificadas em cada país, no processo de crise do regime fordista e ascensão da financeirização, tiveram impacto direto sobre os Estados de bem-estar social e, para nossa reflexão específica, nos sistemas de saúde. A queda na arrecadação tributária (principalmente das contribuições sociais) tornou mais difícil o financiamento das políticas sociais, com os Estados-nacionais pressionados a reduzir seus déficits fiscais (acentuado ainda mais no início dos anos 1990, no contexto europeu pós Tratado de Maastricht) e, simultaneamente, os gastos das empresas, que responsabilizavam os custos atrelados ao trabalho pela sua perda de competitividade, em meio ao acirramento da concorrência global. Esta pressão fez com que os Estados de bem-estar passassem por importantes alterações a partir da década de 1980, relacionadas, principalmente, à redução dos dispêndios, almejando maior eficiência na alocação dos recursos existentes. De forma geral, isso representou parcial desoneração das empresas no financiamento das políticas sociais, além de redução da proteção pública e maior recorrência à esfera privada, com ampliação da responsabilidade dos indivíduos por suas condições sociais. Ainda assim, os gastos sociais continuaram se elevando.

Esse processo não foi, no entanto, homogêneo. O Reino Unido alterou seu Estado de bem-estar já ao longo dos anos 1980, sob a égide do neoliberalismo thatcherista, com profundo impacto sobre seus sistemas previdenciário e habitacional. No caso alemão, as maiores mudanças ocorreram a partir da década de 1990, sob impacto da reunificação do país, restringindo a assistência e a previdência social. Nos dois países, o acesso ao seguro-desemprego se vinculou à premissa de *workfare*, pressionando pela busca e aceitação de

empregos (mesmo fora da especialidade individual) para reinserção no mercado de trabalho. No caso francês, à medida que a forte pressão sindical se fez mais presente, nos anos 1980 e 1990, as reformas previdenciárias foram interditadas e a acomodação trabalhista ocorreu via redução nacional na jornada de trabalho, além da acentuação da política familiar, a fim de garantir a reposição da população economicamente ativa, em um cenário de envelhecimento populacional. As reformas mais controversas estão relacionadas à criação da renda mínima de inserção, em 1988, e de um novo imposto (a contribuição social generalizada) para financiamento das políticas sociais. Em ambos os casos, foram mudanças que ampliaram a premissa de cidadania, mas que também foram interpretadas como uma retomada da estrutura de um Estado que protege somente aos mais pobres, ou seja, assistencialista.

No que concerne aos sistemas de saúde, a Alemanha e a França foram, do ponto de vista econômico, mais diretamente afetadas, dado a dependência que possuíam das contribuições sociais para seu financiamento. No entanto, ao analisar a evolução histórica das reformas nas últimas décadas, avaliamos que as mudanças realizadas nos sistemas de saúde, nos anos 1980, tiveram um caráter incremental. Ou seja, realizaram alterações nos sistemas, mas sem modificar as suas principais características, o que explicita a inércia institucional. Mesmo as elevações nos co-pagamentos, que representavam um aumento do financiamento pelos usuários e, nesse sentido, da participação privada, não tiveram grande peso, dada a grande quantidade de pessoas isentas. A reforma de maior envergadura, entre os países estudados, ocorreu no final da década: a criação do “mercado interno” no NHS britânico, em 1989. Dentre os três, tratava-se do sistema com menor gasto em saúde, mas foi o mais influenciado pelas mudanças políticas, tendo em vista o governo neoliberal de Thatcher.

Nesse sentido, três pontos merecem destaque: primeiro, a primeira grande reforma nos sistemas estudados ocorreu em decorrência mais de pressões ideológicas do que objetivas. Segundo, o processo explicitou o início de uma hibridação dos sistemas de saúde frente ao modelo norte-americano. Nesse sentido, é compreensível que tenha ocorrido inicialmente no Reino Unido, dada a maior influência direta e o maior alinhamento do governo Thatcher aos princípios de livre mercado. Terceiro, apesar da implementação de mudanças importantes no NHS, adaptando sua organização para uma lógica de compra e venda, seus princípios públicos mais característicos, como o financiamento socializado via impostos e o sistema hospitalar estatal, foram conservados,

explicitando a especificidade do NHS no modelo de mercado britânico, e mesmo dentro de seu Estado de bem-estar social, após a década de 1980. Nesse sentido, ainda que o Reino Unido tenha apresentado uma tendência ao isomorfismo institucional, com seu Estado de bem-estar se aproximando das características de mercado das demais formas institucionais liberais, o sistema de saúde pareceu se preservar como uma exceção.

Ao longo da década de 1990, no entanto, alterações mais profundas afetaram os três sistemas de saúde. A participação dos usuários no financiamento dos sistemas foi ampliada na Alemanha e na França, com maior limitação para isenções no caso francês. O princípio da concorrência explicitou-se como norma de organização do NHS, com a plena implementação do “mercado interno”, e foi também incorporado no sistema de Caixas alemão, com a disputa pela adesão dos trabalhadores. No caso francês, a maior mudança não apontou uma lógica de mercado, mas de aumento do controle estatal sobre os gastos (com a obrigatoriedade de aprovação dos dispêndios do setor pelo Parlamento) e de socialização do financiamento da saúde, com a redução das contribuições sociais e a criação de um imposto, a contribuição social generalizada (CSG).

Sendo assim, a incorporação de mecanismos de mercado foi, nos anos 1990, mais acentuada na Alemanha e no Reino Unido do que na França. No caso britânico, os princípios de mercado foram aprofundados, apesar da saída do partido Conservador do poder e do início do governo Trabalhista, em 1997. A retórica da “terceira via” fez com que o princípio da concorrência fosse mantido como parte da organização do NHS. No caso alemão, as circunstâncias históricas, relacionadas com os custos da reunificação do país, geraram pressões maiores sobre o sistema de saúde, impulsionando tanto a maior concorrência entre as Caixas, como a privatização de hospitais da região da antiga Alemanha Oriental. A França, por sua vez, acentuou a característica estatal de seu sistema, muito mais do que mercantil. Apesar das importantes diferenças, nos três casos tornou-se mais difícil dizer que a inércia era a característica marcante dos sistemas de saúde.

Nos anos 2000, as alterações tornaram-se mais profundas, mas suas diferenças ainda mais difusas. Primeiro, várias das mudanças implementadas podem ser identificadas nos três países. Do ponto de vista da prestação dos serviços de saúde, a mercantilização implícita cresceu nos três sistemas (com a incorporação de princípios da “nova gestão pública” e o pagamento por DRG aos hospitais e, em menor dimensão, o pagamento por resultado, aos médicos ambulatoriais), assim como a mercantilização

explícita, com a maior contratualização do setor privado nos sistemas francês e inglês. Além disso, cresceu a maior regulamentação, tanto diretamente estatal, como por instituições independentes, sendo principalmente estatal na França e independente no caso inglês.

No entanto, reformas com características diferentes também se aprofundaram. Na Alemanha e na França, houve a ampliação da cobertura do sistema, com maior profundidade no caso francês, com a criação da cobertura de saúde universal (CMU), que garantia acesso à população de baixa renda. Já o universal sistema britânico passou por alterações com impactos contraditórios. Enquanto, nos anos 2000, o governo realizou a maior expansão de recursos da história do NHS (com os gastos públicos com saúde passando de 5% para 7,2% do PIB), reduzindo as filas de espera, a reforma de 2012 propôs uma grande expansão do atendimento a pacientes privados na estrutura do NHS.

Em termos de impacto das reformas, frente ao posicionamento dos principais agentes sociais e da estrutura institucional dos sistemas de saúde, verificamos que o NHS britânico passou pela inserção de diversos mecanismos de mercado. Este movimento permitiu a ampliação da presença de agentes privados no sistema de saúde, como o aumento, na década de 1980, das seguradoras privadas (dobrando a proporção de britânicos com seguros privados de saúde) e a contratação de instituições privadas para provisão de serviços, a partir dos anos 2000. No entanto, o movimento foi marcado mais pela incorporação de mecanismos de mercado na lógica do setor público do que por uma ampliação direta do setor privado no financiamento e na provisão de serviços de saúde. Ou seja, dentro do escopo de nossa análise, mais pela mercantilização implícita do que pela explícita do NHS.

Esta aparente limitação pode ser compreendida dentro dos marcos debatidos no capítulo 4: o NHS britânico, desde sua criação em 1946, é pautado na centralidade do Estado, como regulador, financiador e provedor do sistema. Ainda que as três características tenham se tornado mais privadas (com incorporação de agências regulatórias independentes; participação direta de instituições privadas no sistema hospitalar, até o início dos anos 2000 integralmente público; aumento, ainda que moderando, do co-pagamento e do seguro privado no financiamento), a predominância pública se mantém como reflexo do desenho institucional inicial, da força histórica que isto proporcionou ao Estado enquanto agente social no sistema, e do apoio dos médicos e da população ao NHS e à sua institucionalidade do pós-guerra.

Ainda que as transformações do capitalismo, a partir da década de 1970, tenham realizado importantes mudanças nas políticas britânicas e em seu sistema de proteção social, reforçando sua institucionalidade liberal, as características históricas do NHS ajudam a compreender a resistência a reformas mais profundas no sistema de saúde britânico. Nesse sentido, avaliamos o NHS como uma exceção frente às formas institucionais liberais britânicas, no que concerne ao regime monetário, à inserção internacional, à concorrência. O Estado é muito mais importante (no financiamento e na provisão de serviços de saúde) do que em outras esferas institucionais, e mantém grande parte dessa relevância mesmo diante das reformas realizadas no NHS. Agentes sociais pouco valorizados na esfera liberal, como os médicos generalistas, mantêm e aprofundam sua relevância dentro do sistema. O apoio populacional, de baixa capacidade de garantir a preservação de outras esferas de proteção social, resta como uma marca fundamental para a universalidade do sistema de saúde.

No entanto, é inegável que o NHS, principalmente no que diz respeito à provisão de serviços, adotou princípios liberais condizentes com a caracterização geral da economia do país, mais explícita desde a década de 1980. Essa marca aprofundou-se, nos anos 2000, no NHS inglês, uma vez que os demais países componentes do Reino Unido (Irlanda do Norte, País de Gales e, principalmente, Escócia) passaram a ter maior autonomia sobre seus sistemas de saúde e, frente a isso, recuperaram as características menos mercantis e mais universais, com a extinção do mercado interno e a retirada dos mecanismos de co-pagamento para os pacientes. A reforma do NHS inglês de 2012 parece apontar o aprofundamento da mercantilização do sistema, ampliando para quase metade dos recursos a liberdade de financiamento privado pelos hospitais (e, com isso, permitindo um amplo uso da rede pública para atendimento de pacientes com seguros privados).

No caso dos sistemas de saúde alemão e francês ou, mais especificamente, dos agentes sociais que conformam e influenciam esses sistemas, estes servem como uma clara analogia de como se articulam econômica e socialmente estes países. No que diz respeito à Alemanha, o corporativismo é explicitamente representado na organização das Caixas de Saúde e no arranjo do sistema de saúde como um todo, inclusive no que remete à interação entre os parceiros sociais e os médicos. Essa articulação explicitou-se nas reformas: ao contrário da total rejeição, como no caso francês (ainda que ela esteja presente, principalmente por parte dos médicos liberais), a tendência foi a negociação,

com os trabalhadores e empregadores compondo a formulação das reformas e de sua aprovação. Essa lógica, também presente na esfera político-partidária das coalizões no poder, é uma marca alemã, e se explicita no sistema de saúde. Como resultado, as reformas, ainda que tenham permitido uma maior mercantilização do sistema de saúde do que no caso francês, viabilizou um processo mais paulatino e acordado entre as partes.

A flexibilidade das relações trabalhistas e da inserção produtiva sempre estiveram presentes na Alemanha, tornando as relações mais instáveis, mas também mais coerentes com seu desenho institucional de acomodação da relação capital-trabalho mediante acordos diretos, com menor participação estatal, na lógica corporativista. O Estado, nesse sentido, era mais um garantidor da acomodação capital-trabalho do que um participante direto das articulações. Do ponto de vista do Estado de bem-estar social, isso se refletiu na preservação da gestão direta do sistema pelos parceiros sociais, ou seja, por representantes dos trabalhadores e empregadores, o que é claro no caso do sistema de saúde. Desde a constituição do sistema em 1889, e mesmo depois de sua estrutura no pós-guerra (em 1949), as Caixas de Saúde eram centrais na gestão, organização e financiamento do sistema. Essa centralidade das Caixas enquanto agente social perpassa, em nossa tese, a compreensão tanto do desenho inicial do sistema como de suas reformas. Os parceiros sociais estiveram diretamente imbricados na própria formulação das reformas no sistema de saúde alemão na década de 1980 e início dos anos 1990.

No entanto, os fortes custos associados à reunificação alemã e à crise econômica do país, na primeira metade da década de 1990, impulsionaram um fortalecimento da ação estatal frente aos demais agentes sociais. No caso da saúde, isso é claro nas reformas: as Caixas tiveram seu poder reduzido e as decisões tornaram-se muito mais fruto da articulação estatal, na formação de coalizões no poder que viabilizassem a aprovação das reformas, do que da proposição e aceitação por parte dos parceiros sociais. Isso significa um fortalecimento da regulamentação do Estado central frente aos parceiros sociais, sem que isso tenha significado um rompimento da estrutura corporativista alemã.

No caso francês, as reformas no sistema de saúde ilustram uma característica mais geral identificável no país, qual seja, a capacidade de resistência às transformações neoliberais, com um posicionamento explicitamente refratário às reformas. Em nossa análise, a maior inércia ou *path-dependency* do sistema francês é decorrente tanto de características mais gerais do país, como da ação de agentes sociais (principalmente os médicos e a “elite programática”) sobre a preservação da estrutura de proteção à saúde

forjada no pós-guerra. O posicionamento dos médicos franceses é bastante ilustrativo desse processo. A posição histórica proporcionou maior capacidade de resistência às mudanças, muito mais forte do que nos casos alemão e britânico, preservando de maneira mais acentuada suas características estruturantes, e protegendo o sistema de alterações mercantis mais profundas.

Este posicionamento tem um impacto duplo. Por um lado, significa uma maior capacidade de bloqueio às mudanças no sistema de saúde do que o registrado na Alemanha e no Reino Unido e, com isso, uma tendência maior à inércia de seu sistema de saúde e de menor mercantilização na sua provisão de serviços e no financiamento. Por outro lado, essa característica significa, também, um bloqueio de mudanças possivelmente benéficas (como, por exemplo, a maior integração entre as esferas ambulatorial e hospitalar) e uma imposição mais abrupta da mercantilização quando porventura ela ocorreu. Um exemplo importante foi a adoção da remuneração hospitalar por DRG, que, após anos de resistência, foi implementada de forma muito mais rápida na França do que nos casos alemão e britânico.

De qualquer forma, os médicos franceses e a maior preservação do sistema de saúde francês nos moldes implementados no pós-guerra são uma expressão da maior inércia institucional presente no país. A maior resistência do sistema de saúde francês, assim como, em sentido amplo, do sistema econômico fordista e do Estado de bem-estar social do país, proporcionou uma maior preservação, mas, simultaneamente, uma menor capacidade de adaptação às transformações com relação as quais eles não possuem pleno controle, como os choques econômicos externos, os efeitos de sua inserção na União Europeia e a influência hegemônica norte-americana.

A influência hegemônica norte-americana, visível na financeirização das diferentes economias, está inscrita também no que diz respeito aos sistemas de saúde. Ela se explicitou nas pressões para abertura à concorrência, a fim de viabilizar a inserção de corporações norte-americanas (hospitais, seguradoras e mesmo instituições financeiras) nos sistemas de saúde, como evidenciado pelas pressões no âmbito do GATS e pelas fusões e aquisições no setor. No entanto, para além disso, as reformas implementadas nos sistemas alemão, francês e britânico apontam uma hibridação institucional com relação aos Estados Unidos. A incorporação de preceitos desenvolvidos no sistema de saúde norte-americano, no que tange a implementação de mecanismos para ampliar a eficiência,

ocorreu de diversas formas: a lógica da “nova gestão pública”, o pagamento por DRG nos hospitais, o pagamento por desempenho dos médicos, entre outros.

Na hipótese geral desta tese, apresentada na Introdução, foi proposto que as reformas alemãs, francesas e britânicas mercantilizaram seus sistemas de saúde. No entanto, ponderou-se que a própria deterioração das condições econômicas, usadas como justificativa para a criação de sistemas mais eficientes, também gerou a necessidade de ampliar o acesso aos cuidados de saúde. Ao mesmo tempo, propusemos que as características institucionais poderiam ter limitado ou mesmo bloqueado parte das mudanças impetradas pelos governos.

Ao analisarmos às reformas realizadas nos três sistemas de saúde, nas últimas décadas, identificamos marcas de uma hibridação frente ao modelo norte-americano e à incorporação das transformações econômicas no seio das políticas sociais de saúde. Nesse sentido é que se inscreve nossa análise de mercantilização dos sistemas de saúde, em que agentes privados e a lógica mercantil foram absorvidos na organização e financiamento dos sistemas. Ao mesmo tempo, a deterioração das condições socioeconômicas, com o aumento do desemprego, de inserções precárias no mercado de trabalho e da pobreza, induziu à ampliação da universalidade de acesso aos sistemas de saúde, embora sem garantia de equidade desse acesso. Além disso, o conflito social, incorporado no posicionamento dos diversos agentes sociais, foi importante fonte de pressão para preservação dos sistemas do pós-guerra.

Dentre os países estudados, a França apresentou, ao mesmo tempo, a maior inércia frente à pressão para mercantilização e o maior aumento dos mecanismos universalizantes, com o desenvolvimento de formas de financiamento (a contribuição social generalizada – CSG) e de acesso (a cobertura universal de saúde – CMU) desvinculadas do universo do trabalho. Nesse sentido, seu sistema de saúde bismarckiano, que sempre possuiu algumas características mais identificadas com o modelo beveridgiano, como a forte presença estatal, ampliou ainda mais sua hibridação.

No entanto, não menosprezamos as contínuas elevações nos co-pagamentos e a expansão dos seguros privados vinculados a este processo, premido pela pressão dos interesses das seguradoras privadas e pelas metas de redução de déficits da Seguridade Social, assim como pela pressão dos médicos. Isto porque os médicos, ao mesmo tempo em que têm historicamente contribuído na preservação do sistema de saúde do pós-guerra,

pressionam a fim de garantir seus privilégios corporativos, como a cobrança de tarifas sobre os pacientes mais elevadas do que os acordos coletivos nacionais.

No caso alemão, o sistema bismarckiano continua sendo uma marca da saúde, ainda que haja recursos fiscais no financiamento do sistema (mas de apenas 5% do total) e que tenha se ampliado a esfera regulatória estatal, reduzindo o poder discricionário das Caixas de Saúde. Nesse processo, a Alemanha apresentou, entre os três países, a maior mercantilização explícita, com maior financiamento privado e ampliação da participação direta do setor privado na prestação de serviços de saúde, como a privatização hospitalar. Cabe apontar, no entanto, que essas mudanças não foram alvo de debate social, tendo em vista que hospitais privados lucrativos sempre fizeram parte da rede de atendimento do sistema como um todo. No entanto, reformas que impactaram diretamente os usuários provocaram reação muito maior, como nas elevações de co-pagamento e na redução de garantias de acesso a cuidados, como o dentário para os jovens. Nestes casos, as insatisfações se explicitaram nos arranjos políticos, inclusive influenciando no posicionamento geral dos partidos políticos na formação das coalizões no poder.

No Reino Unido, a universalidade do NHS não foi modificada pelos preceitos neoliberais do governo Thatcher. Ainda que, desde o início da década de 1980, a formação do “mercado interno” tenha fomentado a concorrência entre os prestadores de serviço, o acesso ao sistema continuou embasado em um financiamento socializado e em um amplo apoio social ao sistema de saúde. No entanto, é importante destacar que a mercantilização implícita do NHS continua se aprofundando e que a transformação dos hospitais em instituições de lógica privada, somado à concorrência com instituições privadas na prestação de serviços, tende a tornar a oferta dos serviços de saúde subordinada aos princípios de rentabilidade. A recusa da Escócia, por exemplo, em manter o mercado interno e os co-pagamentos, explicita visões diferentes sobre os princípios que permeiam o NHS, com o aprofundamento da mercantilização, nos anos 2000, como um fenômeno especificamente inglês dentro do Reino Unido. Este movimento representa, em nossa análise, a incorporação no NHS inglês do modelo de mercado financeirizado que marca a economia do país e que passou também a se esmiuçar em seu Estado de bem-estar, na década de 1980. Nesse sentido, o NHS ainda se sustenta como uma exceção, calcada sobretudo na defesa social de seus princípios, mas cada vez mais frágil.

Considerando os três países estudados, nossa tese explícita que é possível uma situação de intenso conflito social e econômico, como o deflagrado na Europa desde a

década de 1970, porém com lentas mudanças sociais, devido ao grau de inércia e de profundidade na qual parte do aparato institucional, como no caso dos sistemas de saúde, está inscrito na sociedade. Sendo assim, há uma forte inércia institucional decorrente não da ausência de conflitos sociais frente aos sistemas, mas sim porque eles se tornaram parte arraigada do arranjo social vigente. Por outro lado, esses sistemas não estão isolados da estrutura socioeconômica da qual fazem parte. Nesse sentido, o regime de acumulação financeirizado influencia na constituição de sistemas de saúde muito distintos daqueles que foram forjados como parte do regime de acumulação fordista. A mercantilização dos sistemas, nesse sentido, coaduna com a concepção de isomorfismo frente às demais formas institucionais, todas adquirindo uma tendência à concorrência e à subordinação às finanças.

Sendo assim, a convergência das reformas é derivada de um mesmo contexto do capitalismo neoliberal e de pressão para redução do gasto público e de aumento da produtividade, acentuado nos países estudados pela inserção na União Europeia. Por outro lado, distinções importantes existiram como reflexo das disparidades históricas e institucionais nos sistemas de saúde de cada país estudado. É nesse sentido que se valorizou, ao longo deste trabalho, a explicitação das especificidades alemã, francesa e britânica. Ainda que todos estejam inseridos dentro de uma mesma realidade – crise do regime de acumulação fordista, com crescente financeirização –, Alemanha, França e Reino Unido sempre possuíram características econômicas, políticas e sociais diferentes, fruto de histórias distintas. Os sistemas de saúde não são exceções a essa percepção geral; eles explicitam realidades próprias, na qual a estrutura institucional, os agentes sociais e os arranjos políticos geraram e reformaram sistemas de saúde muito específicos.

Tem-se, assim, uma situação paradoxal dos três sistemas de saúde em meados da década de 2010. Todos foram afetados pela financeirização de suas economias, com reformas que mercantilizaram os sistemas de saúde. Ao mesmo tempo, na Alemanha, França e Reino Unido, a (parcial) inércia e a força política e social dos sistemas de saúde fazem com que todos mantenham uma estrutura de financiamento, ainda que com restrições, solidária e um acesso aos serviços de saúde ainda mais coerentes com a realidade do pós-guerra do que com o neoliberalismo preconizado desde os anos 1980.

O impacto do regime de acumulação financeirizado tem relevância nas estruturas dos sistemas, com a regulamentação estatal e de agentes independentes se fazendo cada vez mais presente, assim como a participação de agentes privados na estrutura e nos

princípios dos sistemas de saúde. Por outro lado, a intensidade e a forma das alterações em cada sistema foram, e continuam sendo, resultantes das forças políticas e sociais presentes em cada realidade. Sendo assim, tem-se um sistema alemão cuja acomodação corporativista na gestão das Caixas continua enquanto marca essencial; um francês no qual a resistência às reformas (principalmente dos médicos e de parte da burocracia estatal) é a principal força; um NHS inglês, em que a ação social de resistência é fundamental na preservação do sistema.

Nesta tese, a questão essencial é, assim, justamente a percepção dessa dualidade e o reconhecimento de que a compreensão sobre qualquer realidade histórica passa pelo estudo das características gerais em transformação (em nosso caso, do regime de acumulação fordista para financeirizado). Além disso, também é importante considerar as especificidades do objeto de pesquisa (os sistemas de saúde) e da realidade de cada cenário estudado (nos casos, os três países selecionados, Alemanha, França e Reino Unido), reconhecendo a importância das características institucionais para a efetiva compreensão de mudanças que estão além do senso comum – quer seja o que preconiza um neoliberalismo redentor da ineficiência do Estado de bem-estar social, quer seja de uma visão homogeneizante do impacto provocado pela financeirização. O que temos são sistemas de saúde permeados por reformas mercantilizantes, sem que isso tenha representado a perda de suas especificidades, e com a continuidade de estruturas de financiamento e de acesso, de forma geral, universalizantes e cidadãs.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, J. Partial Progress: Governing the Pharmaceutical Industry and the NHS, 1948–2008. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 34, n° 6, p. 931-977, Dec. 2009.

_____. The pharmaceutical industry as a political player. **The Lancet**, vol. 360, p. 1498-1502, Nov. 2002.

AGLIETTA, M. **Europe**. Sortir de la crise et inventer l'avenir. Paris: Michalon Éditeur, 2014.

_____. **Zona do Euro**. Qual o Futuro? Editora Ideias & Letras, 2013.

_____. **Macroéconomie financière**. Paris: Éditions La Découverte, 5^a edição, 2008a.

_____. **La crise**. Pourquoi en est-on arrivé là? Comment en sortir? Paris: Michalon Éditeur, 2008b.

_____. **Le capitalisme de demain**. Paris: Fondation Saint-Simon, 1998.

_____. **Régulation et crises du capitalisme**. Paris: Éditions Odile Jacob, 3^a edição, 1997.

AKERMAN, M. O sistema de saúde britânico após as reformas de 1991: uma avaliação inicial. São Paulo: **Revista Saúde e Sociedade**, USP, v° 2, n° 2, 1993.

ALLEN, P. An economic analysis of the limits of market based reforms in the English NHS. **BMC Health Services Research**, vol. 13, suplemento 1, May 2013. Disponível em: www.biomedcentral.com/1472-6963/13/S1/S1 Acesso em: 17/03/2014.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 4, n° 2, p. 263-286, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v4n2/7112.pdf> Acesso em: 04/04/2011.

ALTENSTETTER, C.; BUSSE, R. Health Care Reform in Germany: Patchwork Change within Established Governance Structures. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 30, n° 1–2, Feb.-Apr. 2005.

AMABLE, B. Morals and politics in the ideology of neo-liberalism. **Socio-Economic Review**, vol. 9, n°1, p. 3-30, 2011.

_____. **Structural reforms in Europe and the (in)coherence of institutions**. CEPREMAP, Documento de trabalho n° 0809, juil. 2008.

_____. **Les cinq capitalismes**: diversité des systèmes économiques et sociaux dans la mondialisation. Paris: Éditions du Seuil, 2005.

_____ ; PALOMBARINI, S. A neorealist approach to institutional change and the diversity of capitalism. **Socio-Economic Review**, vol. 7, p. 123-143, 2009.

AMELI (ASSURANCE MALADIE EN LIGNE). **Assures: soins et remboursements_CMU et Complementaires.** Disponible em: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/index.php> Acesso em: 06/04/2015.

ANDRÉ, C. Les systèmes de santé européens en longue période. **Revue de la régulation**, n° 17, Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire, 1er semestre / Spring 2015.

_____. Les configurations de la protection sociale en Europe: stabilité de la typologie malgré un certain effritement. In: POUCH, T. (ed.). **La politique économique: mondialisation et mutations.** Paris: Ed. L'Harmattan, p. 37-97, 2006.

_____. **Les transformations contemporaines des politiques de santé en Europe.** Cepremap, novembro 2004.

_____. Ten European systems of social protection: an ambiguous convergence. In: PIETERS, D (Ed.). **European Social Security and Global Politics.** Kluwer Law International, p. 3-44, 2003.

_____. État providence et compromis institutionnalisés: des origines à la crise contemporaine. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation: l'état des savoirs.** Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 144-152, 2002.

_____ ; BATIFOULIER, P.; JANSEN-FERREIRA, M.R. Une nouvelle grille d'analyse des processus de privatisation en Europe. In: ABECASSIS, P.; COUTINET, N (Eds.). **Economie sociale: crises et renouveaux, XXXVes journées de l'Association d'économie sociale.** Louvain la Neuve: Presses Universitaires de Louvain, p. 95-110, 2015.

_____. **La privatisation du soin en Europe: De la théorie à la pratique.** Communication au 4^{ème} congrès de l'Association Française d'Economie Politique, ENS Cachan, 2-4 juil. 2014.

ANDRÉ, C.; HERMANN, C. Privatisation and Marketisation of Health Care Systems in Europe. In: HERMANN, C., HUFFSCHMID, J. (ed.) **Privatization against the European Social Model: a critique of European policies and proposal for alternatives.** Hampshire: Palgrave MacMillan, 2009.

ANGELI, F.; MAARSE, H. Mergers and acquisitions in Western European health care: Exploring the role of financial services organizations. Elsevier: **Health Policy**, n° 105, p. 265-272, 2012.

APPLBAUM, K. Marketing global health care: the practices of Big Pharma. **Socialist Register**, vol. 46, p. 1-20, 2010.

ARRIGHI, G. **O longo século XX: dinheiro, poder e as origens de nosso tempo**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Editora UNESP, 1996.

ATKINSON, P.; CHOURAQUI, J. Taux d'intérêt réels et perspectives de croissance durable. **OECD Economics Department Working Papers**, nº 21, Éditions OCDE, 1985. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/taux-d-interet-reels-et-perspectives-de-croissance-durable_122754857224 Acesso em: 16/01/2015.

BANCO MUNDIAL. **Market capitalization of listed domestic companies (% of GDP)**. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/CM.MKT.LCAP.GD.ZS/countries?display=default> Acesso em: 22/12/2015.

BANDELOW, N. C. Health Governance in the Aftermath of Traditional Corporatism: One Small Step for the Legislator, One Giant Leap for the Subsystem? **German Policy Studies**, vol. 5, nº 1, p. 45-63, 2009.

_____. Health Policy: Obstacles to Policy Convergence in Britain and Germany. **German Politics**, vol. 16, nº 1, p. 150-163, Mar. 2007.

BARBIER, J.C. **The French social protection system in the throes of reform** (1975-2007). Documents de Travail du Centre d'Economie de la Sorbonne, nº 48, 2007.

_____; THÉRET, B. **Le système français de protection sociale: nouvelle édition**. Paris: La Découverte, 2009.

BATIFOULIER, P. Aux origines de la privatization du financement du soin: quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire. **Revue de la régulation**, nº 17, Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire, 1er semestre / Spring 2015.

_____. **Capital santé**. Quand le patient devient client. Paris: La Découverte, 2014.

_____. Davantage d'Etat pour plus de marché. L'orientation marchande de la politique de santé. **Revue Savoir/Agir** nº5, Économiser la santé, 2008.

_____ et al. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. La Decouverte, **Revue Française de Socio-Économie**, nº1, p. 27-46, 2008. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2008-1-page-27.htm> Acesso em: 04/08/2013.

_____; DOMIN, J.P.; GADREAU, M. Chapitre introductif. Politique de santé: la grande transformation? ISMEA: **Économie Appliquée**, État social et politique de santé, tome LX, nº 1, p. 5-35, 2007.

BECK, U. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. Editora 34, São Paulo, 1ª edição, 2010.

BEHRING, E. R. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 4ª edição, 2009.

BELLANGER, M. Modernisation instead of privatisation in French health care. In: MAARSE, H. **Privatization in European health care: a comparative analysis in eight-country**. Elsevier gezondheidszorg, p. 63-78, 2004.

BELLUZZO, L. G. M. **Ensaio sobre o capitalismo do século XX**. São Paulo: Editora UNESP: Campinas, SP: Unicamp, Instituto de Economia, 2004.

_____. **Dinheiro e as transfigurações da riqueza**. In: TAVARES, M. C.; FIORI, J. L. Poder e dinheiro: uma economia política da globalização. Petrópolis: Editora Vozes, p. 151-193, 1997.

BERGERON, H; NATHANSON, C. A. Construction of a Policy Arena: The Case of Public Health in France. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 37, nº 1, p. 5-36, Feb. 2012.

BEVAN, G.; et al. **The four health systems of the United Kingdom: how do they compare?** The Health Foundation and Nuffield Trust, 2014. Disponível em: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/revised_4_countries_report.pdf
Acesso em: 19/05/2014.

_____; ROBINSON, R. The Interplay between Economic and Political Logics: Path Dependency in Health Care in England. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 30, nº 1-2, Feb.-Apr., 2005.

BEVERIDGE, W. **Social insurance and allied services**. Londres: HMSO, 1942.

BJÖRKMAN, J. W. Reformas de saúde em perspectiva comparada - uma questão sem fim...ou uma busca improvável. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, nº 3, p. 763-770, 2009.

BÖCKMANN, R. The Private Health Insurance: Demarketization of a Welfare Market? **German Policy Studies**, vol. 5, nº 1, p. 119-140, 2009.

BÖHM, K. Federalism and the “New Politics” of Hospital Financing. **German Policy Studies**, vol. 5, nº 1, p. 99-118, 2009.

BORON, A. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

BOURDIEU, P. **Coisas Ditas**. São Paulo: Editora Braziliense, 1990.

BOYER, R. **Le modèle anthropogénétique comme horizon du XXI^e siècle: le cas de la santé**. Paris: Séminaire d'Economie Politique de la Santé, Maison des Sciences Economiques, juin 2013.

_____. **Teoria da Regulação: os fundamentos**. Tradução Paulo Cohen – São Paulo: Estação Liberdade, 2009.

_____. Comment concilier solidarité sociale et efficacité économique à l'ère de la globalisation: une lecture régulationniste. In: PAUGAM, S. (Org.). **Repenser la solidarité**. L'apport des sciences sociales. Paris: PUF, p. 887-914, 2007.

_____. L'État social à la lumière des recherches régulationnistes récents. Paris: CES-Matisse. Colloque International **État et regulation sociale**: Comment penser la coherence de l'intervention publique? Sept. 2006.

_____. Coherence, Diversity, and the Evolution of Capitalisms – The Institutional Complementary Hypothesis. **Evol. Inst. Econ. Rev**, vol. 2, n° 1, p. 43-80, 2005.

_____. **Les analyses historiques comparatives du changement institutionnel**: quels enseignements pour la théorie de la régulation? L'année de la régulation n° 7, Presses de Sciences Po, p. 167-203, 2003.

_____. Aux origines de la théorie de la régulation. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation**: l'état des savoirs. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 21-30, 2002a.

_____. Du fordisme canonique a une variété de modes de développement. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation**: l'état des savoirs. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 369-377, 2002b.

_____. Postface à l'édition de 2002. La théorie de la régulation à l'épreuve des années quatre-vingt-dix. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation**: l'état des savoirs. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 531-550, 2002c.

_____. **The french welfare**: an institutional and historical analysis in European perspective. Paris: CEPREMAP, n° 7, 2000a. Disponível em: http://www.cepremap.fr/depot/couv_orange/co0007.pdf Acesso em: 10/02/2014.

_____. Is a Finance-led growth regime a viable alternative to Fordism? A preliminary analysis. **Economy and Society**, vol. 29, n° 1, p. 111-145, 2000b.

_____. **Le politique a l'ère de la mondialisation et de la finance**: Le point sur quelques recherches régulationnistes. Paris: CEPREMAP, n° 9820, 1998. Disponível em: http://www.cepremap.fr/depot/couv_orange/co9820.pdf Acesso em: 30/06/2015.

_____. **Essor et crise d'une variante etatique du fordisme**: le capitalisme français à la croisée des chemins. Paris: CEPREMAP, n° 9515, 1995. Disponível em: http://www.cepremap.fr/depot/couv_orange/co9515.pdf Acesso em: 05/07/2015.

_____. **The capital labor relations in OECD countries**: from the fordist "Golden Age" to contrasted national trajectories. Paris: CEPREMAP, n° 9020, 1990. Disponível em: http://www.cepremap.fr/depot/couv_orange/co9020.pdf Acesso em: 06/07/2015.

_____. **La théorie de la régulation**: une analyse critique. Paris: La Découverte, 1986.

_____; SAILLARD, Y. Un précis de la régulation. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation: l'état des savoirs**. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 58-68, 2002.

BRAGA, J. C. S. Alemanha: império, barbárie e capitalismo avançado. In: FIORI, J. L. (Org). **Estados e moedas no desenvolvimento das nações**. Petrópolis: Vozes, p. 191-221, 1999.

BRAS, P.L.; TABUTEAU, D. **Les assurances maladies**. Paris: PUF, Que sais-je?, 2012.

BRÉCHAT, P.H. et al. Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007. **Santé publique**, vol. 20, n° 6, p. 611-621, 2008.

BRUNHOFF, S. et al. **A finança capitalista**. São Paulo: Alameda, 2010.

BRUNN, M. et al. The impact of the crisis on the health system and health in France. In: MARESSO, A. (ed.) **Economic crisis, health systems and health in Europe**. European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series, n° 41, p. 75-101, 2015.

BUSSE, R. Do Diagnosis-Related Groups explain variations on hospitals costs and length to stay? Analysis from the EuroDRG Project for 10 episodes of care across 10 European countries. **Health Economics**, n° 21 (supl. 2), p. 1-5, 2012.

_____. et al (ed.) **Diagnosis-Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals**. McGraw Hill: Open University Press. European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2011.

_____; BLÜMEL, M. **Germany: Health system review**. European Observatory on Health Systems and Policies Series: Health Systems in Transition, vol. 16, n° 2, 2014. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf Acesso em: 26/08/2014.

_____; WÖRZ, M. The ambiguous experience with privatization in German health care. In: MAARSE, H. **Privatization in European health care: a comparative analysis in eight-country**. Elsevier gezondheidszorg, p. 79-95, 2004.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 9ª edição – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

_____. **A insegurança social**. Tradução de Lúcia M. Endlich Orth. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

CATRICE-LOREY, A.; STEFFEN, M. Implementation of health care reforms in the bismarckian systems: unequal capacities. La Documentation française: **Revue française des affaires sociales**, n° 6, p. 163-182, 2006. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-6-page-163.htm> Acesso em: 12/02/2014.

CHADELAT, J.F. Les enjeux du financement de la santé. **Revue française d'administration publique**, nº 113, p. 65-73, 2005. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2005-1-page-65.htm> Acesso em: 04/08/2013.

CHESNAIS, F. O capital In: BRUNHOFF, Suzanne de et al. **A finança capitalista**. São Paulo: Alameda, p. 95-182, 2010.

_____. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: CHESNAIS, F. (org.) **A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências**. São Paulo: Boitempo, p. 35-67, 2005.

_____. A teoria do regime de acumulação financeirizado: conteúdo, alcance e interrogações. **Economia e Sociedade**, vol. 18, nº 1, p. 1-44, jan./jun. 2002.

_____. (org.) **A mundialização financeira: gênese, custos e riscos**. São Paulo: Xamã, 1998.

_____. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CHEVREUL, K. et al. **France: Health system review 2010**. European Observatory on Health Systems and Policies Series: Health Systems in Transition, vol. 12, nº 6, 2010. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/135809/E94856.pdf Acesso em: 23/11/2012.

_____.; DURAND-ZALESKI, I. **Cost containment in France: assessment of current policy initiatives**. Eurohealth incorporating Euro Observer, vol. 18, nº 2, 2012.

CHEYNIS, E. Politique du médicament en Europe. La difficile constitution d'une prise de parole face à l'industrie. **Savoir/Agir**, nº 16, p. 51-59, 2011. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-savoir-agir-2011-2-page-51.htm> Acesso em: 25/08/2015.

CLÉVENOT, M. **Financiarisation, régime d'accumulation et mode de régulation: peut on appliquer le "modèle americaine" à l'économie française?** CEPN, Université Paris Nord/13, Tese de Doutorado, 2006.

CNAMTS. **Les médecins exerçant en secteur 2**. Point d'information, maio 2011. Disponível em: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_medecins_en_secteur_2_-_vdef.pdf Acesso em: 25/03/2015.

CORIAT, B. France: un fordisme brisé... et sans successeur. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation: l'état des savoirs**. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 389-397, 2002.

COUDREAU, D. Les partenaires sociaux, l'État et la régulation de l'assurance maladie (1967-2003). Chronique d'un échec. **Les Tribunes de la santé**, nº 4, p. 39-49, 2004.

COURTY, G.; DEVIN, G. **La construction européenne**. Paris: La Découverte, Collection Repères, 3^a edição, 2010.

DA SILVA, N. Motivation et performance des médecins. Un examen de la littérature empirique. In: PETRELLA, F.; RICHEZ-BATESTI, N. (ed.) **Travail, organisations et politiques publiques**: quelle soutenabilité à l'heure de la mondialisation? p. 571-587, 2012.

_____; GADREAU, M. La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme. **Revue de la régulation**, n° 17, Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire, 1^{er} semestre / Spring 2015.

DAIN, S. **Do direito social à mercadoria**: a trajetória das relações público-privadas em Saúde na perspectiva do SUS. Aula inaugural IMS-UERJ, 27 de março de 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IBTGHhn40CM> Acesso em: 01/11/2015.

_____. Limites e limitações da Teoria da Regulação. In: Fiori, José Luis (org.). **Globalização, o Fato e o Mito**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, p. 233-239, 1998.

_____; JANOWITZER, R. A saúde complementar no contexto dos sistemas de saúde: a experiência internacional. In: BIASOTO, G.; SILVA, P. L.B.; DAIN, S. (org.). **Regulação do Setor Saúde nas Americas**: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Brasília: Opas Organização Panamericana da Saúde, 13^a edição, v. 1, p. 17-70, 2006.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **Néolibéralisme et subjectivation capitaliste**. Cités, n° 41, p. 35-50, 2010.

_____. **La Nouvelle Raison du monde**. Essai sur la société néolibérale. Paris: La Découverte, 2009.

DÄUBLER, T. Veto Players and Welfare State Change: What Delays Social Entitlement Bills? Cambridge: **Journal of Social Policy**, vol. 37, n° 4, p. 683-706, 2008.

DAVIDSON, S.; EVANS, P. **NHS Unlimited? Who runs our GP services**. A study of GP services put out to tender by the NHS. Brighton: NHS Support Federation, 2010. Disponível em: <http://www.nhscampaign.org/uploads/documents/NHS%20Unlimited.pdf> Acesso em: 29/04/2014.

DELORME, R. L'état relationnel intégré complexe (ERIC). In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation**: l'état des savoirs. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 180-188, 2002.

_____; ANDRÉ, C. **L'État et l'économie**. Paris: Seuil, 1983.

DEWULF, G.; WRIGHT, S. Capital financing models, procurement strategies and decision-making. In: RECHEL, B. et al. **Investing in hospitals of the future**. Observatory Studies Series n° 16, p. 123-144, 2009.

DOMIN, J.P. **Crise et transformation du système de soins: vers la fin du paradigme de la solidarité?** Contribution au Forum de la Régulation, Maison des sciences économiques, Université Paris I, 2009.

_____. Les assurances sociales et l'ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la population: les prémices d'une politique globale de santé publique (1914-1941). **Revue Française des Affaires sociales**, n° 1, p. 131-154, 2002.

DONNANGELO, M.C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DORAN, T.; ROLAND, M. Lessons from major initiatives to improve primary care in the United Kingdom. **Health Affairs**, 29, n° 5, p. 1023-1029, 2010.

DORMONT, B. **Les dépenses de santé: une augmentation salubre?** Paris: Éditions Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure, CEPREMAP, 2009.

DREES. **Les dépenses de santé en 2014**. Études et résultats, n° 935, sept. 2015. Disponível em: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_935_depenses_de_sante.pdf Acesso em: 28/09/2015.

_____. **60 années de dépenses de santé**. Une rétrospection des Comptes de la santé de 1950 à 2010. Études et résultats, n° 831, fev. 2013.

DROZ, J. **Histoire de l'Allemagne**. Paris: PUF – “Que sais-je?” 14^a edição, 2003.

DUFOUR, C.; HEGE, A. **Evolutions et perspectives des systèmes de négociation collective et de leurs acteurs: six cas européens**. Allemagne, Espagne, France, Grande-Bretagne, Italie, Suède. Paris: IRES, dec. 2010.

DUVAL, J. **Le mythe du “trou de la Sécu”**. Paris: éditions Raisons d'Agir, 2007.

EFPIA – The European federation of pharmaceutical Industries and Associations. **The Pharmaceutical Industry in Figures: Key Data, 2014**. Disponível em: http://www.efpia.eu/uploads/Figures_2014_Final.pdf Acesso em: 14/09/2015.

EICHENGREEN, B. **A Globalização do Capital: uma história do sistema monetário internacional**. São Paulo: Editora 34, 2000.

EIJKENAAR, F. Pay for Performance in Health Care: an international overview of initiatives. **Medical Care Research and Review**, vol. 69, n° 3, p. 251-276, 2012.

ELBAUM, M. **Économie politique de la protection sociale**. Paris: PUF, 2011.

EMMENEGER, P. et al. *Three Worlds of Welfare Capitalism: The making of a classic*. **Journal of European Social Policy**, vol. 25, n° 1, p. 3-13, 2015.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010.

ESPING-ANDERSEN, G. Prologue: What does it Mean to Break with Bismarck? In: PALIER, B. (ed.). **A Long Goodbye to Bismarck?** The Politics of Welfare Reform in Continental Europe. Amsterdam: Amsterdam University Press, p. 11-18, 2010.

_____. Quel Etat-providence pour le XXI^e siècle? Convergences et divergences des pays europeens. **Esprit**, n° 272, p. 122-150, fev. 2001.

_____. **O futuro do welfare State na nova ordem mundial**. Lua Nova, n° 35, p. 73-111, 1995.

_____. **The Three Worlds of Welfare capitalism**. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

_____. The comparision of policy regimes: an introduction. In: REIN, M.; ESPING-ANDERSEN, G.; RAINWATER, L. (eds.) **Stagnation and renewal in social policy**: the rise and fall of policy regimes. Armonk: Sharpe, p. 3-13, 1987.

_____. **Politics against markets**. The social democracy road to power. New Jersey: Princeton University Press, 1985.

_____; PALIER, B. **Trois leçons sur l'État-providence**. Paris: Éditions du Seuil et la République des Idées, 2008.

ETTELT, S. et al. Involvement of Ministries of Health in Health Service Coverage Decisions: Is England an Aberrant Case? **Social Policy & Administration**, vol. 44, n° 3, p. 225-243, Jun. 2010.

_____. Planning health care capacity: whose responsibility? In: RECHEL, B. et al. **Investing in hospitals of the future**. Observatory Studies Series n° 16, p. 47-66, 2009.

EUROPEAN COMMISSION. **Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnership in Health Care Delivery across EU**. Annexes. European Union, 2013. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/documents/publications/docs/ppp_finalreport_annexes_en.pdf Acesso em: 19/12/2014.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. **Health Care Systems in Transition: United Kingdom – 1999**, 1999. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series> Acesso em: 02/02/2011.

EUROSTAT. Dados diversos. Disponível em: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> Acesso em: abril a outubro de 2015.

FANG, R.; HARKER, R. NHS workforce statistics. **House of Commons**, Standard Note n° 2223, 2014. Disponível em: www.parliament.uk/briefing-papers/SN02223.pdf Acesso em: 11/10/2015.

FERRERA M. La comparacion y el estado de bienestar: un caso de exito? In: SARTORI; MORLINO (Ed.). **La comparacion en las ciencias sociales**. Madrid: Alianza Editorial, p. 151-177, 1994.

FINANCIAL TIMES. **NHS income from private patients rises sharply**. 26 setembro, 2013. Disponível em: <http://www.ft.com/intl/cms/s/0/0067138c-2689-11e3-9dc0-00144feab7de.html#axzz3pshBelEr> Acesso em: 28/10/2015.

FLORA, P.; HEIDENHEIMER, A. J. **The Development of welfare states in Europe and America**. Transaction Publishers, 1984.

FORBES. **2015 Global 2000: The World's Largest Drug and Biotech Companies**, 2015. Disponível em: <http://www.forbes.com/sites/liyanchen/2015/06/04/2015-global-2000-the-worlds-largest-drug-and-biotech-companies/> Acesso em: 08/09/2015

FORTES, M. T.; MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Acreditação ou acreditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. **Rev Assoc Med Brasileira**, São Paulo, vol. 57, nº 2, p. 239-246, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n2/v57n2a25.pdf> Acesso em: 13/02/2013.

FRANÇA. Comprendre le ralentissement de la productivité en France. France Stratégie, Note d'analyse, nº 38, Janv. 2016. Disponível em: <http://www.strategie.gouv.fr/publications/comprendre-ralentissement-de-productivite-france> Acesso em: 27/01/2016.

FRASER, D. **The Evolution of the British Welfare State**. A History of Social Policy since the Industrial Revolution. Macmillan, 2ª edição, 1984.

FREEMAN, R.; MORAN, M. A saúde na Europa. In: DAVILA, A. L.; NEGRI, B. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, p. 45-64, 2002.

FRIOT, B. **Puissances du salariat**. Nouvelle édition augmentée. Paris: La Dispute, collection Travail et salariat, 2012.

GAFFNEY, D.; POLLOCK, A. M. Pump-Priming the PFI: Why are Privately Financed Hospital Schemes being subsidized? CIPFA: **Public Money & Management**, p. 55-62, jan.-mar. 1999.

GALBRAITH, J. K. **1929: A Grande Crise**. São Paulo: Larousse, 2010.

GAULEJAC, V. **La société malade de la gestion**. Nouvelle édition. Paris: Seuil, 2009.

GEISSLER, A. et al. Germany: Understanding G-DRGs. In: BUSSE, R. et al (ed.) **Diagnosis-Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals**. McGraw Hill: Open University Press. European Observatory on Health Systems and Policies Series, p. 243-271, 2011.

GENIEYS, W.; HASSENTEUFEL, P. Qui gouverne les politiques publiques? Par-delà la sociologie des élites. **Gouvernement et action publique**, nº 2, p. 89-115, 2012.

_____; SMYRL, M. Inside the Autonomous State: Programmatic Elites in the Reform of French Health Policy. **Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions**, vol. 21, nº 1, p. 75-93, Jan. 2008.

GERLINGER, T.; SCHMUCKER, R. A Long Farewell to the Bismarck System: Incremental Change in the German Health Insurance System. **German Policy Studies**, vol. 5, nº 1, p. 3-20, 2009.

GEVERS, J.M.P; GELISSEN, J.P.T.M; ARTS, W.A.; MUFFELS, R.J.A. Public Health Care in the Balance: Exploring Popular Support for Health Care Systems in the European Union. **International Journal of Social Welfare**, vol. 9, nº 4, p. 301-321, 2000.

GIAIMO, S.; MANOW, P. Adapting the Welfare State: The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States. **Comparative Political Studies**, v. 32, nº 8, p. 967-1000, Dec. 1999.

GIDDENS, A. **A terceira via**: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Editora Record, 1998.

GINGRICH, J.; HÄUSERMANN, S. The decline of the working-class vote, the reconfiguration of the welfare support coalition and consequences for the welfare state. **Journal of European Social Policy**, vol. 25, nº 1, p. 50-75, 2015.

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’. Tese de Doutorado, Ministério da Saúde: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), 1998.

_____; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, vol. 30, nº 11, p. 1-19, nov. 2014.

GLYN, A.; HUGHES, A.; LIPIETZ, A.; SINGH, A. The rise and fall of the Golden Age. In: MARGLIN, S.; SCHOR, J. (org.) **The Golden Age of Capitalism**: reinterpreting the postwar experience. Oxford: Clarendon Press, 1990.

GODT, P. J. Confrontation, Consent, and Corporatism: State Strategies and the Medical Profession in France, Great Britain, and West Germany. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 12, nº 3, p. 459-480, 1987.

GREENER, I. Understanding NHS Reform: The Policy-Transfer, Social Learning, and Path-Dependency Perspectives **Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions**, vol. 15, nº 2, p. 161-183, Apr. 2002.

GREER, I; SYMON, G. **Comparing workfare regimes**: similarities, differences, and exceptions. University of Greenwich: Working Paper, 2014. Disponível em: http://gala.gre.ac.uk/11194/1/WERU6_Greer_Symon.pdf Acesso em: 24/05/2014

GREER, S. L. **Four Way Bet: how devolution has led to four different models for the NHS**. Londres: The Constitution Unit, 2004. Disponível em: <http://www.ucl.ac.uk/spp/publications/unit-publications/106.pdf> Acesso em: 26/02/2014.

GRIGNON, M. A Democratic Responsiveness Approach to Real Reform: An Exploration of Health Care Systems' Resilience. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 37, n° 4, p. 665-676, Aug. 2012.

GUILLAUME, S. **Histoire Politique Comparée: Grande-Bretagne, R.F.A, France 1945-1991**. Paris: Éditions Nathan, Histoire n° 128, Histoire Comparée n° 8, 1992.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, vol. 22, n° 9, p. 1795-1807, set. 2006.

HARKER, R. NHS funding and expenditure. **House of Commons**. Abril, 2012. Disponível em: <http://www.nhshistory.net/parlymoney.pdf> Acesso em: 02/04/2014.

HART, J. T. Which future for the UK National Health Service (NHS)? **Michael Quarterly**, vol. 8, p. 442-459, 2011.

HASSENTEUFEL, P. Les systèmes de santé entre conceptualisation économique et reconceptualisation politique. **Socio-logos: Revue de l'association française de sociologie** [online], n° 9, mars 2014. Disponível em: <http://socio-logos.revues.org/2812> Acesso em: 01/05/2014.

_____. Quelle européanisation des systèmes de santé? **Information Sociale**, n° 135, p. 48-59, jan. 2013. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2013-1-page-48.htm> Acesso em: 20/05/2014.

_____. Vers le déclin du "pouvoir medical"? Un éclairage européen: France, Allemagne, Grande-Bretagne. **Pouvoir**, n° 89, p. 51-64, 1999.

_____ et al. Programmatic Actors and the Transformation of European Health Care States. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 35, n° 4, p. 517-538, Aug. 2010.

_____. La libéralisation des systèmes de protection maladie européens: Convergence, européanisation et adaptations nationales. **Revue politique européenne**, n° 2, p. 29-48, 2001.

HASSENTEUFEL, P; GENIEYS, W.; SMYRL, M. Reforming European Health Care States: Programmatic Actors and Policy Change. **Pôle Sud**, n° 28, p. 87-107, 2008. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-pole-sud-2008-1-page-87.htm> Acesso em: 08/11/2013.

_____; PALIER, B. Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems. **Social Policy & Administration**, vol. 41, n° 6, p. 574-596, Dec. 2007.

HATZFELD, H. **Du paupérisme a la sécurité sociale 1850-1940**: Essai sur les origines de la Sécurité sociale en France. Nancy: Presses universitaires de Nancy, XVIII, 2004.

HELDERMAN, J.K.; STILLER, S. The Importance of Order and Complements: A New Way to Understand the Dutch and German Health Insurance Reforms. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 39, n° 4, p. 811-840, Aug. 2014.

HERMANN, C. The Marketisation of Health Care in Europe. **Socialist Register**, vol. 46, p. 125-144, 2010.

_____; FLECKER, J. **Privatization of Public Services and the Impacts on Quality, Employment and Productivity (PIQUE)**. Comissão Europeia, 6th Framework programme, 2009. Disponível em: <http://cordis.europa.eu/documents/documentlibrary/122489371EN6.pdf> Acesso em: 01/06/2014.

_____; VERHOEST, K. The Process of Liberalisation, Privatisation and Marketisation. In: HERMANN, C.; FLECKER, J. **Privatization of Public Services: Impacts for Employment, Working Conditions, and Service Quality in Europe**. Routledge: Taylor & Francis Group, p. 6-32, 2012.

HINCHINGBROOKE. **Hinchingbrooke Health Care NHS Trust – Transition update**. Mar. 2015. Disponível em: <http://www.hinchingbrooke.nhs.uk/hinchingbrooke-health-care-nhs-trust-transition-update/> Acesso em: 09/05/2015.

HINRICHS, K. A Social Insurance State Withers Away. Welfare State Reforms in Germany – Or: Attempts to Turn Around in a Cul-de-Sac. In: PALIER, B. (ed.). **A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe**. Amsterdam: Amsterdam University Press, p. 45-72, 2010.

HOBSBAWN, E. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HUGHES, D. et al. Contracts in the English NHS: Market levers and social embeddedness. **Health social review**, vol. 20, n° 3, p. 321-337, 2011.

HUSSON, M. L'école de la regulation, de Marx a la fondation Saint-Simon: un aller sans retour? In: BIDE, J.; KOUVELAKIS, E. **Dictionnaire Marx contemporain**, PUF, 2001.

IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 11, n° 30, p. 139-165, 1996.

_____. **Health politics: interests and institutions in Western Europe**. Cambridge University Press, 1992.

IRES. **Les mutations de l'emploi en France**. Paris: Éditions La Découverte, Collection Repères, 2005.

JACOBS, A. Seeing Difference: Market Health Reform in Europe. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 23, nº 1, p. 1-33, Feb. 1998.

JANSEN-FERREIRA, M. R.; CAGNIN, R. F. **A Crise do fordismo e as Reformas institucionais na França: o caso do sistema de saúde (1980-2012)**. Uberlândia: VIII Encontro internacional da AKB, 19-21 agosto 2015.

JESSOP, B. O Estado, o poder, o socialismo de Poulantzas como um clássico moderno. Curitiba: **Rev. Sociol. Política**, vol. 17, nº 33, p. 131-144, jun. 2009.

_____. **State Power**. A Strategic-Relational Approach. Cambridge: Polity, 2008.

_____. Twenty Years of the Regulation Approach: Has it been worth it? **New Political Economy**, vol. 2, nº 3, p. 503-526, 1997.

_____; SUM, N.L. **Beyond the Regulation Approach**. Putting Capitalist Economies in their Place. Edward Elgar, 2006.

JOBERT, B. **Des États en interactions**. Paris: La Découverte, L'Année de la régulation, vol. 3, p. 77-95, 1999.

JUDT, T. **Pós-guerra: Uma história da Europa desde 1945**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

JUILLARD, M. Régimes d'accumulation. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation: l'état des savoirs**. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 225-235, 2002.

JURD, A. **Expenditure on Healthcare in the UK, 1997-2010**. Office for National Statistics, 2012.

KEEN, J.; LIGHT, D.; MAYS, N. **Public-Private Relations in Health Care**. Londres: King's Fund, 2001.

KERLEAU, M. La politique de santé en France. De l'État-providence à l'État-précaution. ISMEA: **Économie Appliquée**, État social et politique de santé, tome LX, nº 1, p. 127-152, 2007.

KERSTENETZKY, C. L. **O estado do bem-estar social na idade da razão: A reinvenção do estado social no mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KEYNES, J. M. **A teoria geral do emprego, do juro e da moeda**. São Paulo: Atlas, 1982.

KLEIN, R. The new model NHS: performance, perceptions and expectations. Oxford Journals: **British Medical Bulletin**, vol. 81, p. 39-50, 2007.

_____. **The new politics of the NHS**. Prentice Hall, Pearson Education, 4ª edição, 2001.

KORPI, W.; PALME, J. New Politics and Class Politics in the Context of Austerity and Globalization: Welfare State Regress in 18 Countries, 1975-95. **The American Political Science Review**, vol. 97, nº 3, p. 425-446, Aug., 2003.

KOTT, S. **L'État social allemand**. Représentations et pratiques. Éditions Belin, 1995.

KRUGMAN, P. **A crise de 2008 e a economia da depressão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

LAMBERT, R. Patient Organisations & Medicines Policy. Financial engagement with the pharmaceutical industry. **Health Action International** (HAI) Europe, Paper Series nº 2, Sept. 2009.

LANCRY, P.J. Le financement de la santé en France. **Revue d'Économie Financière**, nº 34, Le financement de la santé, p. 167-181, 1995. Disponível em: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ecofi_0987-3368_1995_num_34_3_2196 Acesso em: 23/09/2013.

LAPAVITSAS, C. **El capitalismo financiarizado**. Expansión y crisis. ABADA, 2009.

_____. et al. **Crisis in the Eurozone**. Verso Books, 2012.

LASCOUTES, P. L'usager, acteur fictif ou vecteur de changement dans la politique de santé? **Les Tribunes de la santé**, nº 1, p. 59-70, 2003. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2003-1-page-59.htm> Acesso em: 26/08/2015.

LAVAL, C. Mort et résurrection du capitalisme libéral. **Revue du MASS**, nº 29, p. 393-410, 2007.

LE GRAND, J; MAYS, N.; MULLIGAN, J.A. (ed.) **Learning from the NHS Internal Market**: a review of the evidence. Londres: King's Fund, 1998.

LEATHARD, A. **Health Care Provision**: Past, Present and Into the 21st Century. Cheltenham: Stanley Thornes, 2ª edição, 2000.

LETHBRIDGE, J. Understanding multinational companies in public health systems, using a competitive advantage framework. **Globalization and Health**, vol. 7, nº 19, 2011. Disponível em: <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/19> Acesso em: 30/05/2014.

_____. **A global review of the expansion of multinational healthcare companies**. University of Greenwich: Public Services International Research Unit (PSIRU), 2007. Disponível em: http://gala.gre.ac.uk/2975/1/PSIRU_Report_%289761%29_-2008-3-H-GlobalhealthcareMNCs.pdf Acesso em: 30/05/2014.

LEWIS, R; DIXON, J. **NHS market futures**: exploring the impact of health service market reforms. King's Fund: Discussion Paper, setembro 2005.

LIPIETZ, A. O mundo do pós fordismo. **Revista Indicadores Econômicos FEE**, vol. 24, nº 4, p. 79-130, 1997.

_____. **O capital e seu espaço**. São Paulo: Nobel, 1988.

LISTER, J. **Health Policy Reform: Global Health versus Private Profit**. Faringdon: Libri Publishing, 2013.

_____. **If these companies are the answer...**the privatisation of management at Hinchingsbrook Hospital. UNISON Eastern Region, Apr. 2010. Disponível em: <http://www.healthemergency.org.uk/workingwu/Ifthesearetheanswer.pdf> Acesso em: 22/04/2014.

_____. **The NHS after 60: for patients or profits?** Middlesex University Press, 2008.

LORDON, F. Théorie de la régulation et politique économique. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation: l'état des savoirs**. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 198-206, 2002a.

_____. Formaliser la dynamique et les crises régulationnistes. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation: l'état des savoirs**. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 264-272, 2002b.

_____. The logic and limits of désinflation competitive. **Oxford Review of Economic Policy**, v. 14, nº 1, p. 103-120, 1998.

LUZIO, G. The Irresistible Decline of the Medical Profession? An Empirical Investigation of its Autonomy and Economic Situation in the Changing German Welfare State. **German Politics**, vol.13, nº 3, p. 419-448, Sept. 2004.

MAARSE, H. The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 31, nº 5, p. 981-1014, Oct. 2006.

_____. **Privatization in European health care: a comparative analysis in eight-country**. Elsevier gezondheidszorg, 2004.

_____; NORMAND, C. Market competition in European hospital care. In: RECHEL, B. et al. **Investing in hospitals of the future**. Observatory Studies Series nº 16, p. 103-122, 2009.

MANOW, P. Trajectories of Fiscal Adjustment in Bismarckian Welfare States. In: PALIER, B. (ed.). **A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe**. Amsterdam: Amsterdam University Press, p. 279-299, 2010.

MARESSO, A. et al. **Economic crisis, health systems and health in Europe**. European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series, nº 41, 2015.

MARMOR, T. R.; FREEMAN, R.; OKMA, K. G.H. Comparative perspectives and policy learning in the world of health care. **Journal of Comparative Policy Analysis**, Special Issue, vol. 7, nº 4, p. 331-348, Dec. 2005.

MARQUES, R. M. O lugar das políticas sociais no capitalismo contemporâneo. Vitória: **Argumentum**, v. 7, nº 2, p. 7-21, 2015.

_____. O Lugar do Município em Tempos de Globalização e Questionamento dos Sistemas de Proteção Social Centralizados. In: CEAPM – Fundação Centro Faria Lima. **O município no século XXI: cenários e perspectivas**. São Paulo: p. 105-110, 1999.

_____. **A Proteção social e o mundo do trabalho**. São Paulo: Bial, 1997a.

_____. A proteção social e as transformações do mundo do trabalho: garantias de mínimos ou direito de cidadania? In: GERSHMAN, S.; VIANNA, M.L.W. (org.). **A Miragem da Pós Modernidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 213-227, 1997b.

_____; MENDES, A. N. O financiamento do Sistema Único de Saúde e as diretrizes do Banco Mundial. In: PEREIRA, J. M. M. (org). **A demolição de direitos: um exame de políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, p. 275-293, 2014.

_____. A proteção social no capitalismo contemporâneo em crise. Vitória: **Argumentum**, v. 5, nº 1, p. 135- 163, jan./jun. 2013.

MARQUES, R. M.; NAKATANI, P. **O que é capital fictício e sua crise**. São Paulo: Brasiliense, Coleção primeiros passos, nº 337, 2009.

MARRIOTT, L. et al. **L'externalisation dans les établissements de santé**. Enquête ISLI/EXEL LOGISTICS. *Revue Logistique & Management*, vol. 6, nº1, p. 107-114, 1998. Disponível em: http://www.logistique-management.com/document/pdf/article/6_1_102.pdf Acesso em: 21/12/2014.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

_____. **O Capital: crítica da economia política**, livro terceiro: o processo global de produção capitalista, volume VI. 3ª edição. São Paulo: Nova Cultural, Os economistas, 1988.

MASCARO, A. L. **Estado e forma política**. São Paulo, SP: Boitempo, 2013.

MASON, A.; WARD, P.; STREET, A. England: the Healthcare Resource Group system. In: BUSSE, R. et al (ed.) **Diagnosis-Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals**. McGraw Hill: Open University Press. European Observatory on Health Systems and Policies Series, p. 197-220, 2011.

MAYNARD, A. Financing the U.K. national health services. Elsevier: **Health Policy**, vol. 6, p. 329-340, 1986.

MAYS, N. **Introduction to the English health system and NHS**: current reforms and 'hot' issues. UNC Gillings School of Global Public Health, DrPH program, London, May 2014.

_____; DIXON, A.; JONES, L. (ed.). **Understanding New Labour's market reforms of the English NHS**. Londres: The Kings Fund, 2011. Disponível em: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/understanding-new-labours-market-reforms-english-nhs> Acesso em: 24/04/2014.

MENDES, A. N. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira**: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

MERRIEN, F.X.; PARCHET, R.; KERNEN, A. **L'État social**: Une perspective internationale. Paris: Dalloz, 2005.

MICHON, F. Longues durées de travail, temps flexibles, temps contraints. Les nouveaux enjeux du temps de travail. **La Revue de l'Ires**, vol. 3, n° 49, p. 9-33, 2005.

MISSINNE, S.; MEULEMAN, B.; BRACKE, P. The popular legitimacy of European healthcare systems: A multilevel analysis of 24 countries. **Journal of European Social Policy**, vol. 23, n° 3, p. 231-247, 2013.

MONTALBAN, M. La financiarisation des *Big Pharma*. De l'insoutenable modèle *blockbuster* à son dépassement? **Savoir/Agir**, n°16, p. 13-21, 2011. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-savoir-agir-2011-2-page-13.htm> Acesso em: 25/08/2015.

_____. **Financiarisation, dynamiques des industries et modes productifs**: une analyse institutionnaliste du cas de l'industrie pharmaceutique. Université Montesquieu – Bordeaux IV, Tese de Doutorado, 2007.

MORAN, M. Three Faces of the Health Care State. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 20, n° 3, p. 767-781, 1995.

MOSEBACH, K. Commercializing German Hospital Care? Effects of New Public Management and Managed Care under Neoliberal Conditions. **German Policy Studies**, vol. 5, n° 1, p. 65-98, 2009.

MOSSIALOS, E.; MRAZEK, M.; WALLEY, T. (org.). **Regulating pharmaceuticals in Europe**: striving for efficiency, equity and quality. European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98432/E83015.pdf Acesso em: 23/06/2014.

_____; THOMSON, S. (org.) **Voluntary health insurance in the European Union**. European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

MRAZEK, M.; MOSSIALOS, E. Regulating pharmaceutical prices in the European Union. In: MOSSIALOS, E.; MRAZEK, M.; WALLEY, T. (org.). **Regulating pharmaceuticals in Europe**: striving for efficiency, equity and quality. European

Observatory on Health Systems and Policies, 2004, p. 114-129. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98432/E83015.pdf Acesso em: 23/06/2014.

MULLER, S. L'industrie pharmaceutique et l'État. Comment garantir la santé sans nuire au commerce? **Savoir/Agir**, nº16, p. 37-42, 2011. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-savoir-agir-2011-2-page-37.htm> Acesso em: 25/08/2015.

NADEL, H. La régulation et Marx. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation: l'état des savoirs**. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 40-48, 2002.

NEWMAN, J.; KUHLMANN, E. Consumers enter the political stage? The modernization of health care in Britain and Germany. **Journal of European Social Policy**, vol. 17, nº 2, p. 99-111, 2007.

NORTH, D. **Institutions, Institutional Change and Economic Performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

OCDE. **Dados diversos**. Disponível em: <https://stats.oecd.org> Acesso em: abril a dezembro/2015, 2015a.

_____. **OECD Health Statistics 2015**. Frequently Request Data. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/OECD-Health-Statistics-2015-Frequently-Requested-Data.xls> Acesso em: 01/10/2015, 2015b.

_____. **Health expenditure and financing**. Disponível em: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT# Acesso em: Dezembro/2015, 2015c.

_____. **OECD Institutional Investors Statistics 2014**, 2014. Disponível em: <http://www.oecd.org/publications/oecd-institutional-investors-statistics-2225207x.htm> Acesso em: 17/01/2016.

_____. Recent Trends: Institutional Investors Statistics. In: **Financial Market Trends**, nº 80, 2001. Disponível em: <http://www.oecd.org/finance/financial-markets/2444676.pdf> Acesso em: 31/07/2015.

OFFE, C. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OHE (Office of Health Economics). **OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics**. Segunda Edição, 2013. Disponível em: <http://www.ohe.org/publications/article/ohe-guide-to-uk-health-and-health-care-statistics-135.cfm> Acesso em: 19/03/2014.

OLIVEIRA, F. O Surgimento do Antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. In: OLIVEIRA, F. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

OLIVER, A.; MOSSIALOS, E. European Health Systems Reforms: Looking Backward to See Forward? Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 30, n° 1-2, p. 8-28, Feb.-Apr. 2005.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World Health Report 2000** – Health Systems: Improving Performance. Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf Acesso em: 27/03/2015.

_____. **Life in the 21st century: A vision for all.** Genebra, 1998. Disponível em: http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1 Acesso em: 26/05/2014.

OR, Z.; BELLANGER, M. **France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market.** In: BUSSE, R. et al (ed.) **Diagnosis-Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals.** McGraw Hill: Open University Press. European Observatory on Health Systems and Policies Series, p. 221-241, 2011.

PALIER, B. The Dualizations of the French Welfare System. In: PALIER, B. (ed.). **A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe.** Amsterdam: Amsterdam University Press, p. 73-99, 2010a.

_____. The Long Conservative Corporatist Road to Welfare Reforms. In: PALIER, Bruno (ed.). **A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe.** Amsterdam: Amsterdam University Press, p. 333-387, 2010b.

_____. Les évolutions des systèmes de protection sociale en Europe et en France: une perspective institutionnelle comparée. **Pouvoirs**, n° 82, p. 147-166, 1997.

_____; BONOLI, G. Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale. **Revue française de science politique**, 49e année, n° 3, p. 399-420, 1999.

_____; THELEN, K. Dualization and Institutional Complementarities: Industrial Relations, Labor Market and Welfare State Changes in France and Germany. In: EMMENEGGER, P. (eds.). **The Age of Dualization: The Changing Face of Inequality in Deindustrializing Societies.** Oxford: Oxford University Press, p. 201-225, 2012.

_____; SUREL, Y. et al. L'explication du changement dans l'analyse des politiques publiques: identification, causes et mecanismes. In: PALIER, B. et al. **Quand les politiques changent: temporalites et niveaux de l'action publique.** Paris: L'Harmattan, coll. Logiques politiques, 2010.

PANOWITSCH, S. Institutionalized Healthcare Reform in Germany: Error Correction or Political Strategy? **German Policy Studies**, vol. 5, n° 1, p. 141-168, 2009.

PARIS, V.; DEVAUX, M.; WEI, L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. **OECD Health Working Papers**, n° 50, OECD Publishing, 2010. Disponível em: <http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP%282010%291&docLanguage=En> Acesso em: 01/02/2011.

PELLET, R. L'évolution du financement de l'assurance-maladie: bilan et perspectives. **Revue d'Économie Financière**, vol. 76, n° 3, p. 87-127, 2004.

PERMANAND, G.; ALTENSTETTER, C. The politics of pharmaceuticals in the European Union. In: MOSSIALOS, E.; MRAZEK, M.; WALLEY, T. (org.). Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. **European Observatory on Health Systems and Policies**, p. 38-54, 2004. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98432/E83015.pdf Acesso em: 23/06/2014.

PETIT, P. Emploi, chômage et politique économique. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation: l'état des savoirs**. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 254-263, 2002.

PFALLER, A.; GOUGH, I. The Competitiveness of Industrialised Welfare States: A Cross-country Survey. In: PFALLER, A.; GOUGH, I.; THERBORN, G. **Can the Welfare State Compete? A Comparative Study of Five Advanced Capitalist Countries**. Macmillan, p. 15-43, 1991.

PHILIP, L. L'indispensable clarification du mode de financement de la sécurité sociale. **Revue Politiques et management public**, vol. 20 n° 1, 2002. Disponível em: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pomap_0758-1726_2002_num_20_1_2710. Acesso em: 18/09/2013.

PIERSON, P. Coping with Permanent Austerity. Welfare State Restructuring in Affluent Democracies. In: PIERSON, Paul (ed.). **The New Politics of the Welfare State**. Oxford University Press, p. 410-456, 2001.

_____. **Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

PIGNARRE, P. **Le grand secret de l'industrie pharmaceutique**. Paris: La Découverte, 2004.

POLANYI, K. **A grande transformação**. As origens de nossa época. Rio de Janeiro: Elsevier, 2ª edição, 2012.

POLLOCK, A. M. **NHS pic: the privatization of our health care**. United Kingdom: Verso, 2005.

POLTON, D. **Décentralisation des systèmes de santé – Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères**. CREDES: Bulletin d'information en économie de la santé, n° 72, outubro 2003.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. **Poder político e classes sociais**. São Paulo: Martins Fontes, 1ª edição, 1977.

POULLIER, J.P.; SANDIER, S. France. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 25, n° 5, p. 899-905, Oct. 2000.

POWELL, M.; MILLER, R. Privatizing the English National Health Service: An Irregular Verb? **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 38, n° 5, p. 1051-1059, Oct. 2013.

PRZEWORSKY, A. **Estado e economia no capitalismo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

_____. **Capitalismo e social-democracia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

QUENTIN, W. et al. **DRG-type hospital in Germany**: The G-DRG system. Health Policy Bulletin: Euro Observer, vol. 12, n° 3, p. 4-6, 2010.

QUINN, I. Pioneering pathfinder consortium signs referral management deal with UnitedHealth. **Pulse**, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.pulsetoday.co.uk/pioneering-pathfinder-consortium-signs-referral-management-deal-with-unitedhealth-uk/11048530.article#.U1P6mVcbEmE> Acesso em: 20/04/2014.

RAMAUX, C. **L'État social**. Pour sortir du chaos néolibéral. Mille et une nuits, 2012.

REIBLING, N. Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access. **Journal of European Social Policy**, vol. 20, n° 1, p. 5-18, 2010.

REINO UNIDO. **Health and Social Care Act 2012**, seção 164. Disponível em: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/section/164/enacted> Acesso em: 28/10/2015.

_____. Staff in the NHS 1997-2007 (England). **The Information Centre**, 2008. Disponível em: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB00829/nhs-staf-1997-2007-over-rep.pdf> Acesso em: 22/01/2016.

RENARD, D. Assistance et assurance dans la constitution du système de protection sociale française. **Genèses**, n° 18, p. 30-46, 1995. Disponível em: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/genes_1155-3219_1995_num_18_1_1275 Acesso em: 05/10/2013.

ROCHAIX, L.; WILSFORD, D. State Autonomy, Policy Paralysis: Paradoxes of Institutions and Culture in the French Health Care System. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 30, n° 1-2, p. 97-119, Feb-Apr. 2005.

ROLLAND, C.; SICOT, F. Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial. **Revue Gouvernement et action publique**, vol. 3 n° 3, p. 53-75, 2012.

SAILLARD, Y. Le salaire indirect. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation**: l'état des savoirs. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 153-161, 2002.

_____. **Politique économique en matière de santé**: une approche par la théorie de la régulation. Séminaire: Politiques de régulation des dépenses de santé. Ateliers thématiques en Economie de la Santé, 2001.

SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBBAEK, K. (ed.). **Decentralization in health care**: strategies and outcomes. European Observatory on Health Care Systems Series, 2007. Disponible em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf Acesso em: 18/02/2015.

_____; BUSSE, R.; MOSSIALOS, E. **Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems**. European Observatory on Health Care Systems Series, 2002. Disponible em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98430/E74487.pdf Acesso em: 26/02/2014.

SCHMID, A.; CACACE, M.; GÖTZE, R.; ROTHGANG, H. Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and the Emergence of “Hybrid” Health Care Systems. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 35, n° 4, p. 455-486, Aug. 2010.

SCHOEN, C. et al. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. **Health Affairs**, vol. 28, n° 6, p. 1171-1183, 2009.

SCHULTEN, T. **Liberalisation, privatization and regulation in the German health care sector/hospitals**. Project Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE). European Commission's 6th Framework programme, 2006.

_____; BÖHLKE, N. Hospitals under Growing Pressure from Marketisation and Privatisation. In: HERMANN, C.; FLECKER, J. **Privatization of Public Services**: Impacts for Employment, Working Conditions, and Service Quality in Europe. Routledge: Taylor & Francis Group, p. 89-108, 2012.

SÉCURITÉ SOCIALE. **Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2014**. Édition 2015. Disponible em: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_2015_web.pdf Acesso em: 25/10/2015.

SHEARD, S. A creature of its time: the critical history of the creation of the British NHS. **Michael Quarterly** 8, p. 428-441, 2011.

SILVERMAN, E.; SKINNER, J. Medicare upcoding and hospital ownership. **Journal of Health Economics**, n° 23, p. 369-389, 2004.

STABILE, M. et al. Health Care Cost Containment strategies used in four other high-income countries hold lessons for The United States. **Health Affairs**, vol. 32, n° 4, p. 643-652, 2013.

STILLER, S. **Ideational Leadership in German Welfare State Reform**. How Politicians and Policy Ideas Transform Resilient Institutions. Amsterdam University Press, 2010.

STOLPE, M. **Reforming Health Care – The German Experience**. IMF Conference Public Health Care Reforms: Challenges and Lessons for Advanced and Emerging Europe. Paris, June 2011. Disponível em: <https://www.imf.org/external/np/seminars/eng/2011/paris/pdf/stolpe.pdf> Acesso em: 10/06/2014.

TABUTEAU, D. **Démocratie Sanitaire**: Les nouveaux défis de la politique de santé. Paris: Odile Jacob, 2013.

_____. **Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau**. Verbatim Santé: Service public et santé. Editions de Santé, Presses de Sciences Po, 2012.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.7-17, jan-abr, 2007.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (coord). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. Ed. Cortez, Tab. (ABRASCO. Pensamento Social e Saúde), p. 17-46, 1989.

THATCHER, M. **Speech to Conservative Party Conference**. Outubro, 1983. Disponível em: <http://www.margaretthatcher.org/document/105454> Acesso em: 22/12/2016.

THERBORN, G. **Do marxismo ao pós-marxismo?** São Paulo: Boitempo, 2012.

THÉRET, B. The Place of National Systems of Social Protection and Political Representation in Socio-Economic Regulation: A Morphogenetic Structuralist View on Institutional Change in Comparative Perspective with Special References to Japan and France. **Evol. Inst. Econ. Rev.**, vol. 7, n° 2, p. 177-208, 2011.

_____. Les transformations de l'État social français depuis 1975: une analyse centrée sur les politiques de santé et menée au regard des standards typologiques et theoriques du changement institutionnel. ISMEA: **Économie Appliquée**, État social et politique de santé, tome LX, n° 1, p. 69-100, 2007.

_____. As instituições entre as estruturas e as ações. **Lua Nova**, n° 58, p. 225-254, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n58/a11n58.pdf> Acesso em: 20/02/2014.

_____. État, finances publiques et régulation. In: BOYER, R.; SAILLARD, Y. **Théorie de la régulation: l'état des savoirs**. Nouvelle édition complétée. Paris: La Découverte, p. 189-197, 2002.

_____. Méthodologie des comparaisons internationales, approches de l'effet sociétal et de la régulation: fondements pour une lecture structuraliste des systèmes nationaux de protection sociale. **L'Année de la régulation**, vol. 1, p. 163-228, 1997.

_____. **De la comparabilité des systèmes nationaux de protection sociale dans les sociétés salariales essai d'analyse structurale**. Association Recherche & Régulation, MIRE, Programme Europe - Département SHS du CNRS, RR serie E, 1995.
Disponível em: <http://webu2.upmf-grenoble.fr/regulation/wp/index.html> Acesso em: 12/03/2012.

_____. O Neoliberalismo como Retórica Econômica e Modo de Ação Política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, nº 24, p. 52-66, fev. 1994.

_____. **Régimes économiques de l'ordre politique**. Esquisse d'une théorie régulationniste des limites de l'Etat. Paris: PUF, 1992.

_____. **La place de l'État dans les théories de la régulation**: revue critique et repositionnement à la lumière de l'histoire. Association Recherche & Régulation c/o LEPII-CNRS, RR serie E, 1988.

THOMPSON, C. R.; MCKEE, M. Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union. Elsevier: **Health Policy**, nº 67, p. 281-291, 2004.

THOMSON, S.; DIXON, A. Choices in health care: the European experience. **Journal of Health Serv Res Policy**, vol. 11, nº 3, p. 167-171, July 2006.

_____; FOUBISTER, T.; MOSSIALOS, E. **Can user charges make health care more efficient?** British Medical Journal, vol. 341, p. 487-489, Sept. 2010.

_____. **Financing health care in the European Union**: challenges and policy responses. European Observatory on Health Systems and Policies: Observatory Studies Series nº 17, 2009.

TITMUSS, R. M. **Social Policy**: an introduction. Nova York: Pantheon Books, 1974.

TOTH, F. Health policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms. Etillsevier: **Health Policy**, nº 95, p. 82-89, 2010.

TUOHY, C. H. Reform and the Politics of Hybridization in Mature Health Care States. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 37, nº 4, p. 611-632, Aug. 2012.

_____; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations. Duke University Press: **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 29, nº 3, p. 359-396, Jun. 2004.

VIGARELLO, G. **Histoire des pratiques de santé**. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge. Paris: Éditions du Seuil, 1993.

VINCENT, M.B. **Histoire de la société allemande au XX^e siècle I: Le premier XX^e siècle 1900-1949**. Paris: Éditions La Découverte, 2011.

WEBER, M. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 7^a reimpressão, 2008.

WEBSTER, C. **The National Health Service: a political history**. New York: Oxford University Press, 1998.

WENDT, C. Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. **Journal of European Social Policy**, vol. 19, n° 5, p. 432-445, 2009.

_____; KOHL, J.; MISCHKE, M.; PFEIFER, M. How Do Europeans Perceive Their Healthcare System? Patterns of Satisfaction and Preference for State Involvement in the Field of Healthcare. **European Sociological Review**, vol. 26, n° 2, p. 177-192, 2010.

_____; ROTHGANG, H.; HELMERT, U. **The self-regulatory German health care system between growing competition and state hierarchy**. TranState working papers, n° 32, 2005.

WILSFORD, D. Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 35, n° 4, p. 663-680, Aug. 2010.

_____. The Logic of Policy Change: Structure and Agency in Political Life. **Journal of Public Policy**, vol. 14, n° 3, p. 251-283, Jul.-Dec., 1994.

ZANDER, B.; KIMMERLE, J.; SUNDMACHER, L.; BÄUMLER, M. **Health Policy in Germany after the election**. Health Policy Monitor, Bertelsmann Stiftung, n° 14, 2009.