

Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha

The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain

Crisis financiera y sistemas de salud europeos: ¿universalidad amenazada? Tendencias de las reformas de salud en Alemania, Reino Unido y España

Lígia Giovanella ¹
Klaus Stegmüller ²

Abstract

The paper analyzes trends in contemporary health sector reforms in three European countries with Bismarckian and Beveridgean models of national health systems within the context of strong financial pressure resulting from the economic crisis (2008-date), and proceeds to discuss the implications for universal care. The authors examine recent health system reforms in Spain, Germany, and the United Kingdom. Health systems are described using a matrix to compare state intervention in financing, regulation, organization, and services delivery. The reforms' impacts on universal care are examined in three dimensions: breadth of population coverage, depth of the services package, and height of coverage by public financing. Models of health protection, institutionality, stakeholder constellations, and differing positions in the European economy are factors that condition the repercussions of restrictive policies that have undermined universality to different degrees in the three dimensions specified above and have extended policies for regulated competition as well as commercialization in health care systems.

Universal Access to Health Care Services; Health Care Reform; Health Policy

Resumo

O artigo analisa tendências de reformas de saúde contemporâneas, em contexto de forte pressão financeira, resultante da crise econômica iniciada em 2008, em países europeus com sistemas nacionais de saúde (modelos bismarckiano e beveridgeano) e discute suas consequências para a universalidade. São analisadas reformas recentes na Espanha, Alemanha e Inglaterra. Para descrição dos sistemas de saúde, utiliza-se matriz comparativa da intervenção estatal no financiamento, regulação, organização e prestação de serviços. O exame das repercussões das reformas sobre a universalidade é realizado com base em três dimensões: amplitude da cobertura populacional; abrangência da cesta de serviços; nível de cobertura por financiamento público. Modelos de proteção em saúde, institucionalidade, constelação de atores e posição na economia europeia diferenciados condicionaram as repercussões das políticas restritivas. Elas afetaram a universalidade nas três dimensões, com distinta intensidade nos países, e aprofundaram políticas prévias de competição regulada e comercialização.

Acesso Universal a Serviços de Saúde; Reforma dos Serviços de Saúde; Política de Saúde

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Fachbereich Pflege & Gesundheit Hochschule Fulda, Fulda, Germany.

Correspondência

L. Giovanella
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Brasil 4036, sala 1001, Rio de Janeiro, RJ 21040-361, Brasil.
giovanel@ensp.fiocruz.br

Imersos em sua maior crise econômica após a segunda guerra mundial, comparável àquela dos anos 1930^{1,2}, os países da União Europeia defrontam-se com importantes pressões financeiras sobre seus sistemas universais de saúde. Seguindo a crise bancária internacional de 2008 desencadeada nos Estados Unidos, decorrente da desregulação do mercado financeiro nas últimas décadas, produziu-se uma crise financeira com recessão generalizada em 2009. Desde então, observa-se uma crise europeia com elevado endividamento e déficits públicos como decorrência da publicização de dívidas privadas bancárias, da elevação e diferenciação dos juros pagos pelos diferentes estados europeus e das medidas de austeridade fiscal^{2,3}. Os governos europeus socorreram seu sistema financeiro com fundos públicos, transferindo dívidas bancárias privadas para a dívida pública, ao mesmo tempo em que a recessão econômica, com aumento do desemprego, provocou redução de receitas governamentais^{2,4}. Como resultado desse processo, produziram-se déficits nos orçamentos públicos, levando à denominada “crise da dívida pública”.

Com o objetivo de estabilizar o sistema financeiro europeu, foram acordados um pacto fiscal e um fundo financeiro de estabilização para apoiar os países em crise. Pelo pacto de austeridade fiscal, os países da União Europeia se comprometeram com a redução sustentada de seus déficits e maior disciplina orçamentária para “consolidar” seus orçamentos públicos^{1,2}. Ao recorrer a empréstimos do fundo de estabilização, os países se submeteram a um programa de austeridade e ajuste que incluiu medidas de reestruturação do mercado de trabalho, sistemas financeiro, tributário, previdenciário e de saúde, acompanhadas de cortes orçamentários sem precedentes em diversos programas sociais^{3,5}. Nesse processo, organizações internacionais intervêm diretamente nas políticas nacionais de saúde⁶.

Este artigo objetiva analisar tendências dos processos contemporâneos de reformas em saúde em contexto de forte pressão financeira, consequente à crise econômica (2008-), em países europeus com sistemas universais de saúde (modelos bismarckiano e Beveridgeano) e discutir suas consequências (imediatas e potenciais) para a universalidade. Tomados como casos exemplares, são analisadas as reformas recentes e as principais características dos sistemas de saúde da Espanha, Alemanha e Inglaterra.

A crise afeta os países europeus em diferentes intensidades e modos, condicionados pelo modelo de desenvolvimento capitalista em cada país, o correspondente regime de *welfare state*, com distintas interações entre políticas de crescimento, instituições do mercado de trabalho e

dos setores sociais², a correlação de forças políticas e a inserção diferenciada dos países no mercado único europeu. Todavia, ao tomar-se o excessivo endividamento público consequente à crise bancária como causa da crise, a receita única das agências europeias é um programa de austeridade fiscal que afeta as políticas sociais e condiciona as reformas em saúde⁵.

Repercussões da crise econômica e das políticas de austeridade fiscal sobre os sistemas de saúde já podem ser observadas. Em 2010, em diversos países europeus, as despesas de saúde *per capita* diminuíram em termos reais, revertendo a tendência de aumento constante (4,6% ao ano na década anterior)^{7,8}. A crise econômica tem também impactos sobre o acesso aos serviços de saúde e o estado de saúde da população, observando-se incremento de suicídios, homicídios, transtornos mentais e abuso de drogas, nos países mais afetados^{9,10,11}.

Metodologia

A análise comparada entre países é um recurso clássico da ciência política, há muito empregada para estudar regimes e instituições. No campo das políticas sociais, permitiu identificar regimes de *welfare state* como nos estudos clássicos de Titmuss¹² e Esping-Andersen¹³. Em políticas públicas, é comum a comparação para fins operativos de estruturas e instituições e, mais recentemente, para conhecer determinantes de performances¹⁴.

Na saúde, a análise em perspectiva comparada de políticas evoluiu nas últimas décadas, afastando-se de simples classificações e ranqueamento do desempenho de sistemas de saúde entre países, vistos cada vez com maior ceticismo¹⁵, para estudos que visam compreender mais profundamente as condições nas quais determinadas mudanças se processam: o que funciona, onde e por que¹⁶.

Estudos de caso seguem sendo a pedra angular da investigação comparativa e a tendência dos comparatistas é a análise intensiva de poucos casos, pois permite a compreensão abrangente do tema em estudo e das múltiplas inter-relações dos fenômenos observados^{14,17}. Em políticas de saúde, os estudos comparados de maior qualidade são aqueles que analisam poucos casos e examinam uma temática específica a partir de uma estrutura/matriz de análise comum, e/ou uma questão teórica principal¹⁸.

Para o presente estudo, foram selecionados três casos exemplares de países europeus com sistemas de saúde universais: Alemanha, Espanha e Reino Unido. Esses países se distinguem

no regime de *welfare* e organização de seu sistema de atenção à saúde e estão submetidos a diferentes pressões financeiras com a crise europeia. Assemelham-se, no período pré-crise, por elevado desenvolvimento econômico e social com sistema de proteção social ampliado, universalidade da cobertura em saúde com esquemas de financiamento público e participação dos gastos públicos em saúde superiores a 75% dos gastos totais de saúde. Compartilham excelentes indicadores de saúde com situação epidemiológica análoga e enfrentam pressões demográficas e de prevalência de doenças crônicas similares (Tabela 1).

Os casos escolhidos permitem contrastar reformas frente à crise e tendências em países com distintas modalidades de proteção à saúde e organização do sistema de saúde. Entende-se que a diferente institucionalidade setorial e a posição dos países na crise financeira europeia condicionam seus impactos sobre os sistemas nacionais de saúde¹⁸.

Como ferramenta para comparação e descrição analítica dos sistemas de saúde, foi desenvolvida uma matriz de análise que contempla as dimensões da intervenção estatal em saúde conforme sugerido por Immergut¹⁹ e correspondentes categorias: financiamento (participação de diferentes fontes no financiamento, evolução do financiamento público, copagamento, modalidades de alocação de recursos); regulação (do asseguramento, catálogo de serviços e incorporação de tecnologias médicas, relações entre financiadores e prestadores, sistemas de pagamento); e organização e prestação de serviços de saúde, agrupando propriedade dos serviços e emprego em saúde (oferta e organização de atenção ambulatorial primária e especializada, atenção hospitalar, participação e papel de prestadores públicos e privados, modalidades de gestão, vínculos empregatícios, mudanças nas relações público-privadas na prestação de serviços).

O exame das repercussões das reformas sobre a universalidade baseou-se no modelo de análise sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁰ que inclui três dimensões da universalidade, para as quais foram definidas categorias: (i) amplitude da cobertura populacional por esquema público (variações na população coberta e regras de inclusão); (ii) abrangência da cesta de serviços (mudanças no catálogo, medidas de racionamento, variação na oferta) e (iii) nível de cobertura por financiamento público (proporção dos gastos em saúde coberta publicamente, evolução de gastos públicos e mudanças no copagamento).

As fontes de informação e técnicas contemplaram: análise documental de propostas de re-

forma e legislação (2008-2012), dados secundários do Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Data, de estatísticas da União Europeia e de sistemas de informação de cada país. Para acompanhamento dos atuais processos de reforma, realizou-se revisão da literatura recente, incluindo literatura gris e artigos de imprensa, pois se examinam processos em curso, com descompasso dos tempos para publicação de artigos analíticos em periódicos científicos. Esses são recursos valiosos como fontes adicionais de informação para a análise de processos políticos contemporâneos²¹.

Os sistemas nacionais de saúde em perspectiva comparada

Alemanha, Inglaterra e Espanha apresentam regimes de *welfare* diferenciados^{13,22}, e na saúde representam duas modalidades principais de intervenção estatal: modelos bismarckiano de seguro social e beveridgiano de serviço nacional de saúde (Tabela 1).

Na Alemanha, a proteção social à saúde é garantida pelo Seguro Social de Doença de afiliação compulsória, dependente da participação no mercado de trabalho e contribuições solidárias de trabalhadores e empregadores proporcionais aos salários²³ e, atualmente, cobre 89% da população. No Reino Unido, o National Health Service (NHS), criado em 1948, de acesso universal com base na cidadania e financiamento fiscal, garante cobertura gratuita a toda população, em estrutura tradicionalmente pública única e centralizada. Foi, todavia, descentralizado em 2004 para os quatro países do Reino Unido e os atuais NHS da Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte apresentam distintas peculiaridades²⁴. Assim, o caso analisado neste artigo é o NHS da Inglaterra. Na Espanha, após longo período ditatorial, a Constituição promulgada em 1978 definiu o direito universal à atenção à saúde e, em 1986, foi criado o Sistema Nacional de Salud (SNS), um serviço nacional de saúde de financiamento fiscal e acesso universal, descentralizado para as 17 Comunidades Autônomas (esfera estadual)^{25,26,27}.

Financiamento

O financiamento é predominantemente público com distintas fontes e características nos três países, sintetizadas na Tabela 2. A alocação de recursos apresenta diversas dinâmicas. Na Alemanha, um Fundo de Saúde do Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), criado em 2009,

Tabela 1

Características gerais dos países-caso selecionados: Alemanha, Espanha e Reino Unido.

Países	Alemanha	Espanha	Reino Unido
Modelo capitalismo	Economia de mercado coordenada "economia social de mercado".	Economia de mercado coordenada, em transição para o modelo liberal.	Economia de mercado liberal.
Regime de <i>welfare state</i> ²²	Regime conservador/meritocrático corporativo. Menor desmercadorização e maior participação da família do que no modelo social-democrata. Base em seguros sociais com direito de acesso condicionado à participação no mercado de trabalho, contribuição prévia, e equivalência entre contribuições e benefícios com manutenção de <i>status</i> diferenciados.	Regime pós-ditatorial. Tradição recente de intervenção governamental nos serviços sociais, fragmentação, forte influência da família, benefícios sociais mais baixos em comparação com outros países europeus, participação do setor privado, tradição católica e permanência de relações patrimonialistas.	Regime liberal, residual. Baixa desmercadorização, reduzida redistribuição de renda, foco no alívio da pobreza, e acesso a benefícios por testes de meios. Exceção para o serviço nacional de saúde NHS de acesso universal.
Modelo de proteção social em saúde	Seguro social de doença financiado com contribuições sociais obrigatórias proporcionais ao salário sem relação ao risco. Instituído em 1883.	Serviço nacional de saúde de acesso universal e financiamento fiscal. Instituído em 1986.	Serviço nacional de saúde de acesso universal e financiamento fiscal. Instituído em 1948 ²⁴ .
Ano de entrada na União Europeia	1951	1986	1973
Partidos/coalizão no poder anos 2000	1998-2005: socialdemocrata/verde. 2005-2009: grande coalizão (cristã democrata-social democrata). 2009: conservadora/liberal.	1996-2004: conservador (PP). 2004-2011: social democrata (PSOE). 2011: conservador (PP).	1997-2010: social democrata/novo trabalhismo 2010: conservadora liberal.
PIB <i>per capita</i> US\$ ppp (2010) *	37.567	32.076	35.917
População em milhões (2010) *	82,805	45,289	64,757
Percentual da população com 65 anos e + *	20,4	17,0	16,0
Esperança de vida ao nascer (2010) *	80,5	82,2	80,6
Homens	78,0	79,1	78,6
Mulheres	83,0	85,3	81,1
Mortalidade infantil (2010) *	3,4	3,2	6,1
Mortalidade materna/100 mil nascidos vivos (2010) **	5,5	4,1	5,0
Três principais causas de morte % (2009)	1a: doenças cardiovasculares (41,7%) 2a: câncer (26,0%) 3a: doenças respiratórias (7,4%)	1a: doenças cardiovasculares (31,7%) 2a: câncer (26,9%) 3a: doenças respiratórias (11,4%)	1a: doenças cardiovasculares (32,5%) 2a: câncer (28,0%) 3a: doenças respiratórias (13,8%)
Mortalidade por acidente vascular encefálico – homens/100 mil (2010) ⁸	38	38	43
Mortalidade câncer de mama – mulheres/100 mil (2010) ⁸	24,0	17,7	24,5

* Organisation for Economic Co-operation and Development. Country statistical profiles 2012. http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd_20752288 (acessado em 04/Fev/2013);

** Organisation for Economic Co-operation and Development. StatExtract: 2013. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT# (acessado em 04/Fev/2013).

Tabela 2

Características do financiamento dos sistemas nacionais de saúde da Alemanha, Espanha e Inglaterra.

Características	Alemanha	Espanha	Reino Unido/Inglaterra *
	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Seguro Social de Doença	Sistema Nacional de Salud (SNS)	National Health Service (NHS)
Gasto público em saúde (% PIB) **,***			
2005	8,0	5,6	6,7
2008	7,9	6,3	7,3
2010	8,6	6,9	8,0
2011	8,4	6,6	7,8
Gasto público em saúde (% do gasto total) **			
2000	79,5	71,6	79,1
2005	76,6	71,0	80,9
2010	76,7	74,2	83,5
2011	76,5	73,0	82,8
Gasto público <i>per capita</i> em saúde US\$ ppp **			
2000	2.130	1.101	1.446
2005	2.577	1.614	2.206
2008	3.037	2.169	2.593
2009	3.250	2.314	2.819
2010	3.331	2.267	2.857
Gasto total em saúde (% PIB) **,***			
2000	10,4	7,2	7,0
2005	10,8	8,3	8,3
2010	11,6	9,6	9,6
Modelo de financiamento	Contribuições sociais, proporcionais ao salário (15,5%) não relacionadas ao risco; 8,2% trabalhadores; 7,3% empregadores.	Recursos fiscais descentralizados para as CCAA (tributação progressiva).	Recursos fiscais (tributação progressiva).
Principais fontes/agentes (2010) ^{24,28} **			
Recursos fiscais	6,7	69,2	67,9
Contribuições seguro social	70,5	4,6	15,3
Seguros privados	9,6	5,7	2,9
<i>Out of pocket</i>	12,4	20,2	11,1
Copagamento no sistema público/seguro social	10 Euros por dia de internação hospitalar, máximo 28 dias; medicamentos, transporte sanitário e outros meios entre 5 a 10 Euros; Carga máxima de 2% da renda familiar e de 1% para doentes crônicos; próteses dentárias subsidiadas parciais; Isentos: crianças até 18 anos e grávidas.	Até 2012: medicamentos, no valor de 40% do preço de venda e de 10% para algumas situações crônicas, com isenção para maiores de 65 anos.	Medicamentos, tratamentos e próteses dentárias. 50% da população estão isentas: > 60 anos, crianças, grávidas, baixa renda.

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Características	Alemanha Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Seguro Social de Doença	Espanha Sistema Nacional de Salud (SNS)	Reino Unido/Inglaterra * National Health Service (NHS)
Transferências financeiras/ Alocação de recursos	Um Fundo do Seguro Social de Saúde reúne as contribuições sociais arrecadadas e as redistribui entre as caixas do GKV em base à <i>per capita</i> por segurado ponderado por idade, sexo e morbidade (80 agravos). Alocação entre setores: negociações anuais entre atores corporativos por setor de atenção.	Recursos para a saúde integram as transferências gerais para as CCAA, sem vinculação, estruturadas em Fundo de Garantia de Serviços Públicos Fundamentais e Fundo de Suficiência Global.	Transferências para CCG, antes PCT, por capitação ponderada: <i>per capita</i> ajustado por fatores demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, desigualdades em saúde.

CCAA: Comunidades Autônomas; CCG: *clinical commissioning groups*; PCT: *primary care trust*; PIB: produto interno bruto.

* Os dados numéricos referem-se ao Reino Unido e às especificações do NHS à Inglaterra;

** Organisation for Economic Co-operation and Development. Country statistical profiles 2012. http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd_20752288 (acessado em 04/Fev/2013);

*** Organisation for Economic Co-operation and Development. StatExtract: 2013. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT# (acessado em 04/Fev/2013).

reúne todas as contribuições arrecadadas pelas Caixas de Doença e as redistribui segundo um *per capita* ajustado por risco baseado em idade, sexo e presença de oitenta agravos entre os segurados de cada caixa ²⁸. A alocação entre setores assistenciais decorre de negociações entre caixas e entidades representativas dos prestadores por setor de atenção.

Na Espanha, desde 2002, a responsabilidade pela atenção à saúde foi plenamente transferida para as Comunidades Autônomas (CCAA), e o financiamento da saúde passou a integrar as transferências gerais da União, sem vinculação, calculadas com base em critérios demográficos e serviços públicos a serem cobertos ²⁹.

Na Inglaterra, as transferências para os órgãos desconcentrados do NHS, responsáveis pela contratação de serviços (autoridades de saúde, posteriormente *primary care trust* – PCT, e desde 2013 *clinical commissioning groups* – CCG), baseia-se em uma fórmula de “capitação ponderada” para alocação equitativa de recursos: *per capita* ajustado por fatores demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos e desigualdades em saúde (Tabela 2) ²⁴.

Regulação

As reformas em saúde orientadas para o mercado, nas últimas décadas, colocaram novos desafios à regulação estatal e foram acompanhadas da criação de organismos específicos para tal tarefa ³⁰. A regulação da proteção em saúde e do sistema de saúde nos três países, além dos pro-

cessos legislativos nacionais, ocorre de distintas formas. Na Alemanha, o processo de tomada de decisão é compartilhado entre organizações corporativas com funções públicas, o governo federal e os 16 estados. A regulação setorial é tradicionalmente de tipo mesocorporativo, segundo o qual o Estado delega a regulação de determinado setor da sociedade aos atores imediatamente envolvidos. Por legislação federal, são definidas as condições estruturais, enquanto as competências para sua materialização são delegadas aos atores corporativos, entidades representativas das Caixas do Seguro Social de Doença e de prestadores com destaque para as Associações de Médicos Credenciados das Caixas (KVen) e a Comissão Federal Conjunta de Caixas, Médicos e Hospitais (G-BA) ³¹.

Na Inglaterra, tradicionalmente, a regulação do NHS esteve a cargo do Department of Health que, além de financiar, regulava alocação de recursos e prestação. A partir da constituição do mercado interno, nos anos 1990, uma série de agências independentes com funções específicas na regulação foram criadas e sucessivamente reestruturadas, com destaque para o National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Monitor e Health Quality Commission (CQC) (Tabela 3) ^{21,30,32}.

A regulação do SNS espanhol ocorre especialmente por meio de legislação nacional e estadual, e por órgãos estatais: Ministério da Saúde, o Conselho Interterritorial do SNS, as Consejerias de Salud e Servicios de Salud das 17 CCAA (estados). O Estado (União) por meio do Ministério da Saúde tem por competências

Tabela 3

Características da regulação dos sistemas nacionais de saúde da Alemanha, Espanha e Inglaterra*.

Regulação	Alemanha Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Seguro Social de Doença	Espanha Sistema Nacional de Salud (SNS)	Reino Unido/Inglaterra* National Health Service (NHS)
Forma predominante de regulação	Legislação nacional e regulação mesocorporativa por meio de organizações, com funções públicas, representativas de caixas e prestadores.	Legislação nacional e estadual, e por órgãos estatais: Ministério da Saúde, Conselho Interterritorial, Consejerías de Salud e Servicios de Salud das 17 Comunidades Autônomas.	Legislação nacional e agências especializadas independentes: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Monitor, Health Quality Commission (CQC).
Asseguramento e cobertura populacional ⁶⁴	Seguro social compulsório vinculado à participação no mercado de trabalho. GKV 146 caixas em 2012. Cobre 89% da população (2011).	Acesso universal a cidadãos e residentes. Cobertura de 99% da população (2011). SNS con 17 Servicios Comunitarios de Salud (estaduais).	Acesso universal a cidadãos e residentes habituais. NHS 100% população.
Cobertura seguro privado	11% – substitutivo (4,4% funcionários públicos).	13% – aditivo/duplicado (5% substitutivo para funcionários públicos)	13% – aditivo
Cesta coberta	Ampla em todos os níveis de atenção. Inclui a quase totalidade de ações diagnósticas e terapêuticas disponíveis; auxílio-doença; cobertura uniforme entre caixas; não há uma cesta definida.	Ampla em todos os níveis de atenção; está definida uma carteira de serviços comuns, a ser garantidos em todas as CCAA; atenção odontológica restrita; variações entre CCAA.	Ampla em todos os níveis de atenção; garante atenção integral, não há cesta definida.
Regulação do catálogo de serviços e incorporação de tecnologias	Comissão Federal Conjunta do GKV: corporativa composta por representantes de Caixas, médicos e hospitais; apoiada pelo Instituto para a Qualidade e Eficiência do Sistema de Saúde (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen-IQWiG)	Ministério da Saúde apoiado pelo Conselho Interterritorial do SNS composto pelos 17 Consejeros de Salud das CCAA, e avaliação previa pela Agência de Avaliação de Tecnologias Sanitárias do Instituto de Saúde Carlos III e Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.	NICE recomenda diretrizes clínicas e define se novos procedimentos/tratamentos devem ser disponibilizados pelo NHS a partir de análises de custo efetividade. Desenvolve diretrizes para uso de tecnologias, guias de prática clínica para tratamento apropriado de doenças específicas, diretrizes para promoção da saúde.
Regulação da relação entre financiadores e prestadores	Contratos coletivos (e seletivos) entre Caixas e entidades corporativas de prestadores em cada um dos setores de atenção: Associações de Médicos Credenciados, Associações de Dentistas Credenciados, associações de hospitais, farmácias, parteiras, indústria farmacêutica etc.	Relação entre a Consejería de Salud (financiador) e o Serviço Regional de Saúde (prestador) regulada por contrato-programa (sistema de gestão por objetivos), reproduzido nos vários níveis de gestão: entre o Serviço Regional e as Gerências de Área, e entre estas e seus centros de saúde e hospitais.	Contratos de comissionamento de serviços entre PCT/CCG e prestadores. CQC: estabelece padrões e monitora a segurança e qualidade de serviços. Monitor: regula Foundations Trusts, licencia prestadores, regula a competição entre prestadores do NHS (any qualified provider) e define preços.

CCAA: Comunidades Autônomas; CCG: *clinical comissioning groups*; PCT: *primary care trust*.

* Os dados numéricos referem-se ao Reino Unido e às especificações do NHS à Inglaterra.

estabelecer normas básicas e requisitos para o funcionamento e a coordenação do SNS e garantir equidade. Os 17 Sistemas Regionais de Saúde organizados por CCAA, são autônomos e respondem aos seus parlamentos locais ²⁷.

Nos três países, as garantias de asseguramento e cobertura populacional são reguladas por legislação nacional e a cobertura de serviços é ampla em todos os níveis de atenção. A regulação da incorporação de novos serviços e tecnologias tende a ser realizada por órgãos específicos (Tabela 3).

A regulação das relações entre financiadores e prestadores responde a diferentes mecanismos nos países. Na Alemanha, essas relações são reguladas corporativamente por negociações de contratos coletivos (alguns seletivos) entre as caixas e representações de prestadores, organizados em Associações em cada um dos setores de atenção: de médicos credenciados, dentistas credenciados, hospitais, farmácias, parteiras; e, inclusive diretamente com a indústria farmacêutica.

Na Inglaterra, com a criação do mercado interno e separação de funções entre financiamento e prestação no NHS, organizações de atenção primária assumiram funções de planejamento, contratualização (*commissioning*) e compra de serviços e passaram a estabelecer contratos com os prestadores de atenção especializada. Tais organizações de atenção primária adquiriram diferentes formas ao longo do tempo: nos anos 1990, alguns *GP-Fundholders*; entre 2003 e 2012, os PCT agruparam todos os GPs (*general practitioners*) de determinada área, e a partir de 2013, foram criados os CCG. Atualmente, as relações entre CCGs e outros prestadores são reguladas pela nova autoridade de saúde, o NHS-England, que autoriza, contrata e monitora os grupos de comissionamento clínico, CCG, repassa recursos, comissiona os serviços de atenção primária e parte da atenção especializada de maior complexidade, substituindo as anteriores autoridades estratégicas de saúde. A CQC estabelece padrões e monitora a segurança e a qualidade de serviços. O Monitor licencia prestadores, define preços e regula a competição entre prestadores do NHS ^{24,33}.

Na Espanha, a autoridade de saúde em cada CCAA é a Consejería de Salud. Responsável pela política de saúde individual e coletiva constitui, regula e planeja o Serviço Autônomo/Regional de Saúde que assume diferentes formas de gestão nas CCAA. Tem como atribuição a prestação de serviços de saúde, o gerenciamento de redes e sua coordenação. A relação entre a Consejería de Salud (financiador) e o Serviço Autônomo/Regional de Saúde (prestador), e deste com cada

gerência de área de saúde é regulada por um contrato-programa: um sistema de gestão por objetivos que estabelece orçamento, modelo de avaliação e incentivos para fortalecer linhas estratégicas ²⁶.

Organização e prestação de serviços

Os modelos de proteção social e de arranjo territorial do Estado em cada país condicionam a organização de seus sistemas de prestação de serviços de saúde. O Seguro Social de Doença alemão não presta serviços diretamente, contratando-os de prestadores públicos ou privados organizados em entidades corporativas, sem regionalização ou territorialização da rede. Nos serviços nacionais de saúde da Inglaterra (unitário) e Espanha (descentralizado para estados), o predomínio é de prestadores próprios com tradição na organização territorial de redes de serviços regionalizada e hierarquizada, com atenção primária forte e médicos generalistas com função de *gatekeeper*. A Tabela 4 sintetiza as principais características da organização do sistema e da atenção ambulatorial e hospitalar nos três países.

Peculiaridades no setor hospitalar diferenciam os países-caso. Na Alemanha, as caixas estabelecem contratos com cada hospital e remuneram as internações de seus segurados com base em um sistema de pagamento prospectivo, diagnóstico relacionado (DRG adaptado). A quase totalidade dos hospitais existentes na Alemanha é contratada pelo conjunto das caixas com oferta distribuída entre prestadores públicos (49%), filantrópicos (35%) e privados (17%) ²⁸.

No setor hospitalar inglês, os estabelecimentos são predominantemente públicos (95%), ainda que gradualmente tenham assumido formas de gestão com maior autonomia (*trusts*), e os médicos são empregados assalariados do NHS ²⁴.

Na Espanha, 84% dos leitos em hospitais gerais são públicos, 81% das internações são financiadas pelo SNS e, entre elas, 92% prestadas em hospitais públicos ³⁴. Cada área de saúde, com população entre 200 e 250 mil habitantes, tem pelo menos um hospital geral responsável por internações, atenção especializada ambulatorial e serviço de urgências. A maioria dos hospitais permanece na administração pública direta sob contrato-programa de gestão com o Serviço Regional de Saúde da CCAA ²⁶.

Crise financeira e reformas em saúde

Nas últimas décadas, frente a pressões econômicas, demográficas, epidemiológicas e políticas,

Tabela 4

Características da organização e prestação de serviços nos sistemas nacionais de saúde da Alemanha, Espanha e Inglaterra.

Características	Alemanha Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Seguro Social de Doença	Espanha Sistema Nacional de Salud (SNS)	Reino Unido/Inglaterra * National Health Service (NHS)
Atenção ambulatorial			
Características atenção primária/tipo de prestador	Sem definição de primeiro nível; profissionais autônomos; consultórios privados credenciados ao GKV por intermédio das Associações de Médicos Credenciados.	Organização territorial em áreas de saúde subdivididas em zonas básicas com população de 5 mil a 25 mil registrada em centros de saúde de atenção primária públicos com profissionais assalariados em tempo integral.	Clínicas de GP, profissionais autônomos com contrato exclusivo com o NHS; Organização territorial em 211 CCG agregando GPs de uma região responsáveis pela contratação de serviços secundários (a partir de 2013).
Função de <i>gatekeeper</i>	Não (alguns contratos seletivos de adesão voluntária).	Sim: lista de 1.300 a 1.800 usuários para o generalista e 700 crianças até 15 anos para o pediatra.	Sim: lista média de 1.432 pacientes por GP (2009) (em 1997 eram 1.999).
“Equipe” de saúde de atenção primária à saúde	Não estão estabelecidas equipes de atenção primária à saúde; atenção por GP ou especialista; alguns auxiliares com delegação para realizar visita domiciliar em áreas rurais; parteiras independentes.	Equipes multiprofissionais: médicos de família e comunidade, pediatras, enfermeiros, apoio de assistentes sociais, fisioterapeutas, matronas.	Clinica em média com 5 GPs, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes de atenção em saúde, administradores.
Forma de remuneração da atenção primária à saúde	Casos tratados por trimestre; limitada por tetos financeiros por consultório e especialidade.	Salário mais complemento <i>per capita</i> por usuário registrado na lista, ajustado por idade (15%).	Capitação ajustada por risco + desempenho.
Características da atenção especializada (consultas e procedimentos)	Profissionais autônomos; Consultórios privados credenciados ao GKV por intermédio das Associações de Médicos Credenciados.	Acesso à atenção especializada, condicionado ao encaminhamento pelo generalista, prestada em ambulatórios hospitalares ou centros de especialidades vinculados ao hospital público da Área por especialistas assalariados da CCAA.	Acesso à atenção especializada, condicionado ao encaminhamento pelo generalista, prestada em ambulatórios de hospitalais públicos (Trusts e Foundation Trusts) por médicos especialistas assalariados do NHS.
Número de médicos/mil habitantes (2010) **,***	3,7	3,8	2,4
Número de GP/mil habitantes (2010) ²⁴ #	0,7	0,8	0,7
Número de consultas médicas/mil habitantes (2010) ⁴⁶ **,***	17,0	7,5	5,0
Forma de remuneração do especialista	Casos tratados por trimestre, limitada por tetos financeiros por consultório e especialidade.	Salário mais complementos diferenciados entre CCAA.	Salário mais complementos por desempenho.
Atenção hospitalar			
Número de leitos agudos/mil habitantes (2010) **,***	5,7	2,5	2,4
Distribuição de leitos por prestador (2010) ^{24,28,34} ##			
Percentual públicos (n)	48,6 (387)	83,9 (376)	94,2
Percentual privados não lucrativos (n)	34,5 (229)	-	-
Percentual privados (n)	16,9 (125)	16,1 (113)	5,8

(continua)

Tabela 4 (continuação)

Características	Alemanha	Espanha	Reino Unido/Inglaterra *
	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Seguro Social de Doença	Sistema Nacional de Salud (SNS)	National Health Service (NHS)
Taxa de internação/100 habitantes (2010) **,***,###	24,0	10,2	13,6
Sistema de pagamento hospitalar	Prospectivo grupos diagnósticos relacionados (DRG adaptado) desde 2003.	Orçamento global com base à unidade ponderada assistencial, DRG- parcial.	PbR pagamentos por resultados com sistema nacional de tarifas por procedimentos similar a DRGs.
Número de tomógrafos/milhão habitantes	17,7	15,0	8,9

CCAA: Comunidades Autônomas; CCG: *clinical commissioning groups*; DRG: *diagnosis related groups*; GP: *general practitioner*; PbR: *payment by results*.

* Os dados numéricos referem-se ao Reino Unido e às especificações do NHS à Inglaterra;

** Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Statistics 2013. <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata.htm> (acessado em 15/Jan/2014).

*** Organisation for Economic Co-operation and Development. Country statistical profiles 2012. http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd_20752288 (acessado em 04/Fev/2013);

World Health Organization Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). <http://data.euro.who.int/hfad/> (acessado em 21/Mai/2013);

Entre parênteses informa-se a média de n. leitos/hospital;

Internações hospitalares por todas as causas.

os sistemas de saúde dos países europeus passaram por reiteradas reformas. Particularmente durante os anos 1990, acompanhando políticas econômicas neoliberais, foram disseminadas reformas, introduzindo mecanismos de mercado para aumento da competição em sistemas públicos de saúde, com resultados diversos entre países, condicionados pelo legado institucional, tradições de intervenção estatal em saúde, constelação de atores, distribuição de poder, valores ^{31,35,36,37}.

No contexto da crise, os três países estão submetidos a distintas pressões financeiras (Tabela 5) com diferentes repercussões sobre os sistemas de saúde. Espanha, Reino Unido e Alemanha, entraram em recessão em 2009, contudo, sua distinta inserção na economia europeia condicionou o enfrentamento da crise ^{38,39} e suas consequências para os sistemas nacionais de saúde, apresentadas a seguir, iniciando pela Espanha.

A Espanha foi um dos países europeus mais fortemente atingido pela crise financeira de 2008. Com modelo de produção de baixa competitividade, moderada desindustrialização após a entrada na União Europeia, crescente dependência econômica do mercado de construção civil e de hipotecas e *boom* imobiliário que acarretou progressivo endividamento privado, o estouro da bolha imobiliária teve consequências desastrosas: inadimplência generalizada de famílias devedoras, aumento do desemprego e elevação de juros (European Central Bank. Statistical da-

warehouse 2013. <http://sdw.ecb.europa.eu>, acessado em 13/Jan/2013) ^{40,41}. Com recessão sustentada, o déficit público mantém-se acima de 10% desde 2009 (Tabela 5).

A Espanha, no contexto de crise, submeteu-se aos ditames de austeridade fiscal definindo importantes cortes de gastos públicos ⁴¹. Na saúde, em 2012, uma lei nacional específica, *Real Decreto Lei nº 16/2012* ⁴², incluiu medidas drásticas: impôs cortes de sete bilhões de euros ao SNS, definiu mudança legal na cobertura populacional, excluindo imigrantes ilegais, alterou a carteira comum de serviços, ampliou co-pagamentos, e incorporou mudanças na regulação da assistência farmacêutica. Os impactos dessa reforma nas dimensões da universalidade estão sumarizados na Tabela 6.

Considerada peça de contrarreforma sobre a garantia de um sistema público universal ^{26,43,44}, o *Real Decreto Lei nº 16/2012* ⁴², ao impor mudança legal na cobertura populacional, rompeu com a cidadania sanitária e definiu uma condição de segurado à Previdência Social em contraposição ao direito universal cidadão e ao espírito da *Lei General de Sanidad* de 1986 que constituiu o SNS, com quebra de consensos anteriores e um retorno a suas origens bismarckianas, segundo diversos pesquisadores críticos da reforma ^{26,43,45}.

O cenário de cortes no SNS previsto pelo governo conservador é drástico, e os cortes já produziram redução do orçamento médio *per capita* do SNS de 1.343 para 1.203 euros entre

Tabela 5

Indicadores econômicos, Alemanha, Espanha e Reino Unido, 2008-2012.

Indicadores econômicos	Alemanha	Espanha	Reino Unido
Taxa anual de crescimento do PIB (%) *			
2008	1,1	0,9	-0,8
2009	-5,1	-3,8	-5,2
2010	4,0	-0,2	1,7
2011	3,3	0,1	1,1
2012	0,7	-1,6	0,3
Taxa de juros de dez anos (%) **			
12.2008	3,05	3,86	3,36
12.2009	3,14	3,81	3,60
12.2010	2,91	5,38	3,34
12.2011	1,93	5,53	1,81
07.2012	1,24	6,79	1,47
12.2012	1,30	5,34	1,60
Dívida pública (% PIB) *			
2008	66,8	40,2	52,3
2009	74,5	53,9	67,8
2010	82,5	61,5	79,4
2011	80,5	69,3	85,0
2012	81,0	86,0	88,7
Aumento da dívida pública entre 2007 e 2011 (%)	23,5	90,9	92,3
Déficit/superávit público (% PIB) *			
2008	-0,1	-4,5	-5,1
2009	-3,1	-11,2	-11,5
2010	-4,1	-9,7	-10,2
2011	-0,8	-9,4	-7,8
2012	0,2	-10,6	-6,3
Aumento da dívida privada entre 2001 e 2007 (%) *	-8,0	62,6	30,8
Taxa de desemprego *,***			
2008	7,3	14,9	6,5
2009	7,6	19,2	7,7
2010	6,6	20,5	7,8
2011	5,6	23,2	8,3
2012	5,4	26,2	7,8

PIB: produto interno bruto.

* Dados da European Comission. (Eurostat: statistics. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database, acessado em 22/Jan/2014);

** Dados do European Central Bank (Statistical data warehouse 2013. <http://sdw.ecb.europa.eu>, acessado em 13/Jan/2013);

*** Referente ao mês de dezembro de cada ano.

2010 e 2012 ^{46,47,48}. A redução de gastos se produziu sobretudo por meio de cortes em pessoal (redução e congelamento de salários, não substituição, aumento da jornada) e em assistência farmacêutica, dado aumentos no copagamento e novas regras para uso racional ⁴⁷. Como consequência imediata dos cortes, redução de pessoal e de compra de serviços, aumentaram os tempos de espera para cirurgias eletivas ³⁴.

A pressão sobre as CCAA para implementar os cortes é crescente, mas as respostas das CCAA são distintas, dependendo dos governos: cinco CCAA entraram com recurso de inconstitucionalidade contra o *Real Decreto Lei nº 16/2012* e continuaram a atender aos imigrantes, com implementação diferenciada da legislação ⁴³.

No Reino Unido, por conta da grande importância do setor financeiro, a crise bancária de

Tabela 6

Impactos das reformas de saúde diante da crise financeira (2008-2012) nas dimensões da universalidade, Alemanha, Espanha e Inglaterra.

	Alemanha Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Seguro Social de Doença	Espanha Sistema Nacional de Salud (SNS)	Reino Unido/Inglaterra National Health Service (NHS)
Amplitude: variações na população cobertura			
Mudanças nas regras de inclusão	Não	Muda o direito de cobertura da condição de cidadão, para condição de segurado à Previdência Social para acesso ao cartão do SNS. Para os que não se enquadrem na condição de segurados, prevê inscrição em convênio especial com pagamento de cota.	Não
Mudanças na proporção da população coberta	Não	Exclui imigrantes ilegais (150 mil pessoas); descobre jovens > de 26 anos sem alguma experiência de inserção laboral.	Não
Abrangência: serviços cobertos			
Mudanças no catálogo de serviços – exclusão explícita e cortes de serviços	Não	Fragmenta a carteira comum de serviços do SNS: (i) básica: serviços clínicos, sem copagamento; (ii) suplementar: medicamentos, órteses/próteses, produtos dietéticos, transporte sanitário não urgente, com copagamentos; (iii) acessória. Exclui 417 medicamentos para sintomas menores.	Não. CCGs podem definir quais serviços consideram necessários para atender as necessidades de saúde. Alguns PCTs/CCGs definem “prioridades”.
Medidas de racionamento e priorização de ações (formais e informais) implícitas e explícitas	Implícitas nos sistemas de pagamento.	Implícitas por redução de pessoal e investimentos.	Frente aos cortes orçamentários os CCGs serão forçados a racionar serviços; prática já realizada por alguns PCTs que excluíram de suas listas serviços com baixa relação custo-efetividade e regulam acesso.
Controle para a entrada de novas ações no catálogo de serviços	Reforçada a ação da Comissão Federal Conjunta do GKV na definição de ações a serem incorporadas ou não ao catálogo	Aumento do poder discricionário do Ministério da Saúde no corte de ações; ampliado o controle da entrada de novas ações por meio da criação da Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.	Amplia as funções do National Institute for Health and Care Excellence (NICE): inclui cuidados sociais – avalia se os procedimentos são custo-efetivos e seguros e desenvolve diretrizes para prioridades.
Aumento dos tempos de espera	Não. Não há listas de espera para cirurgias; demora para consultas especializadas regulada: tempo máximo quatro semanas.	Aumento das listas de espera para cirurgias eletivas: o número de pacientes em espera cresceu em 43% entre junho de 2009 e junho de 2012 e o tempo de espera aumentou de 63 para 76 dias (21%) ³⁴ .	Prevê-se aumento dos tempos de espera (dados não disponíveis); redução da satisfação dos usuários.

(continua)

Tabela 6 (continuação)

	Alemanha Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Seguro Social de Doença	Espanha Sistema Nacional de Salud (SNS)	Reino Unido/Inglaterra National Health Service (NHS)
Redução da oferta de serviços de saúde (redução de pessoal, redução de investimentos)	Fusão de Caixas	Fechamentos de pontos de atenção continuada e consultórios locais em áreas rurais; fechamento de centros cirúrgicos; redução de investimentos em 16,5% em 2011 e 35,3% em 2012 ²⁶ .	Redução de cargos gerenciais – deslocamento de 30 mil profissionais do NHS.
Privatização de serviços de saúde e novas formas de gestão de estabelecimentos públicos	Fusão e venda de alguns hospitais municipais por pressão orçamentária do programa nacional de ajuste de gastos públicos.	Planos de terceirização da gestão de hospitais públicos; parcerias públicas privadas para concessão de serviços (Madrid, Valencia, Castilla la Mancha) – forte oposição – suspensão da privatização ⁵⁹ .	Todos os hospitais transformados em Foundation Trusts; CCGs devem contratar <i>any qualified provider</i> (público ou privado); Serviços de apoio ao comissionamento devem ser terceirizados.
Nível: proporção dos gastos cobertos com recursos públicos			
Propostas de redução dos gastos públicos de saúde	Controlar taxas de contribuição do GKV; fim da paridade: congela taxa de contribuição do empregador.	Reduzir gastos públicos de saúde de 6,5% para 5,1% do PIB em 2015; <i>per capita</i> do SNS reduziu de 1.343 para 1.203 Euros entre 2010 e 2012 (-10,4%) ⁴⁶ .	Reduzir 20 bilhões Libras entre 2010 e 2015.
Participação dos gastos públicos nos gastos totais em saúde (%)			
2007	76,4	71,9	80,2
2011	76,5	73,0	82,8
Variação anual dos gastos públicos em saúde (%) *			
2008-2009	4,6	6,0	8,3
2009-2010	2,3	-1,2	-0,7
2010-2011	0,7	-4,3	-1,2
Mudanças no copagamento	Abolição em 2012 do copagamento para consultas médicas ambulatoriais de 10 Euros por trimestre.	Elevação das taxas e ampliação dos serviços submetidos a copagamento: introdução de copagamento para transporte sanitário, órteses/próteses e produtos dietéticos; copagamento de medicamentos para os aposentados.	Implícitas: prestadores oferecem aos pacientes do NHS a “opção” para pagamento direto privado (<i>self funding</i>) de procedimentos não aprovados pelos PCTs ou com longos tempos de espera (fertilização <i>in vitro</i> , densitometria óssea ⁵⁸).

CCAA: Comunidades Autônomas; CCG: *clinical comissioning groups*; PCT: *primary care trust*.

* Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Statistics 2013. <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata.htm> (acessado em 15/Jan/2014).

Fonte: elaboração própria a partir de The National Archive ³³; Congreso de los Diputados ⁴¹ e Reiners & Müller ⁶⁵.

2008 teve consequências graves para a economia britânica. O Reino Unido apresentou recessão com redução do PIB em 2009, baixo crescimento nos anos posteriores, forte aumento da dívida pública (92%) e do déficit público que alcançou, em 2009, -11,5% do PIB, mesmo com juros mantidos baixos (European Central Bank. Statistical data warehouse 2013. <http://sdw.ecb.europa.eu>, acessado em 13/Jan/2013. European Commission. Eurostat: statistics. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database, acessado em 22/Jan/2014) (Tabela 5). A elevada dependência do setor financeiro e do endividamento privado na crise obrigou o governo britânico a enfrentar o duplo desafio de redução das receitas provenientes do setor financeiro e simultaneamente a necessidade de injetar recursos públicos nesse setor para evitar um colapso bancário¹¹. O programa de austeridade britânico, no entanto, não decorreu de imposição da União Europeia. O Reino Unido não introduziu o euro e em defesa de suas elites financeiras negou-se a participar do pacto fiscal de 2012, que incluiu diretrizes para regulação do sistema financeiro³⁹.

Na Inglaterra, com o novo governo da coalizão conservadora liberal, iniciou-se em 2010 importante reforma do NHS, regulada, em 2012, no *Health and Social Care Act 2012*³³ que estabeleceu uma política de cortes no NHS inglês (20 bilhões de libras em cinco anos) e acentuou tendências anteriores de privatização de serviços e de introdução de maior competição ao interior do NHS com reorganização das relações entre financiamento/compra e prestação, e ampliação de funções das agências reguladoras^{32,49,50}. Criou os CCGs, organizações locais de clínicas de GPs, que desde abril de 2013 substituíram os PCTs na função de contratação de serviços especializados e hospitalares para seus pacientes registrados (abandonando a responsabilização territorial⁵¹, e passaram a gerenciar 70% dos gastos do NHS). Para incentivar a competição, os CCGs devem comprar serviços de qualquer prestador (“*any qualified provider*”) que inclui os hospitais públicos do NHS (que devem ser todos transformados em Foundation Trust) e prestadores privados. Ademais, os CCGs devem apresentar opções de prestadores aos pacientes encaminhados³³, o que pretende impulsionar a oferta privada, ainda pouco presente no NHS. Os CCGs devem ser estruturas administrativas pequenas de direção e contratar serviços de apoio para as tarefas de contratualização (*commissioning support services* – CSS)^{52,53}. O objetivo seria cortar gastos administrativos do NHS em 45% e estima-se que deslocará mais de 30 mil empregados do NHS³² (Tabela 6).

Os CCGs terão maior autonomia e serão regulados pelo NHS-England, organização com independência do Departamento de Estado de Saúde, o que vem sendo avaliado como uma desresponsabilização do Secretário de Estado de Saúde pela garantia de atenção⁵⁴. Os CCGs devem garantir a prestação, porém não são responsáveis pela saúde da população em determinada área geográfica, a não ser para urgência e emergência. O dever do governo em prover atenção integral, segundo Pollock & Price⁵⁵, teria sido abolido, pois pela letra da nova lei o governo somente teria o dever de promover um serviço integral, não de garanti-lo.

A Alemanha, com modelo de produção, baseado em alto desenvolvimento tecnológico, elevada qualificação de sua força de trabalho e produtividade, foi beneficiada com a introdução do euro², que facilitou a exportação na região. Em posição vantajosa com crescentes superávits da balança comercial alemã com países europeus, e taxas de juros baixíssimas, a Alemanha retomou o crescimento em 2010, reduziu o desemprego (Tabela 5), recebe investimentos, e os seguros sociais, dado o aumento do emprego, apresentaram superávits em 2012³⁸.

Na Alemanha, com a crise financeira não se introduzem novos instrumentos de contenção, ou uma reforma estrutural em saúde, mas a crise foi catalisadora e serviu como legitimação para intensificar cortes sociais e a mercadorização na saúde pela coalizão conservadora-liberal⁵. Foi promulgada uma série de legislações relativas ao financiamento, assistência farmacêutica e regulação e melhora da oferta de serviços em áreas rurais²⁸.

Frente à recessão de 2009, foram prognosticados déficits do GKV e, inicialmente, para compensar perda de receitas condicionadas pela crise, foi definida transferência adicional de recursos fiscais para o Fundo de Saúde do GKV (criado em 2007). Em 2010, a taxa de contribuição do GKV foi majorada para 15,5% e a paridade de contribuição perdeu vigor: a contribuição dos empregadores foi fixada em 7,3% e a contribuição dos trabalhadores majorada para 8,2% do salário. Ademais, foi abolido o limite para a cobrança de taxa adicional – valor *per capita* sem relação com o salário pago diretamente pelo contribuinte à Caixa, caso ela não consiga cobrir suas despesas com os recursos provenientes do Fundo do GKV –, reduzindo a solidariedade no financiamento⁵⁶.

Também em 2010, uma importante lei para a reordenação do mercado farmacêutico estabeleceu um conjunto de regras para controle e redução de preços de medicamentos e normas estritas para avaliação sistemática dos benefícios

de novos medicamentos pela Comissão Federal Conjunta do GKV, ampliando suas funções^{28,56}.

Repercussões (imediatas e potenciais) sobre a universalidade

As reformas nos países estudados incidem nas três dimensões da universalidade com diferentes intensidades (Tabela 6). A primeira dimensão, “amplitude da cobertura populacional por esquema público”, é afetada na Espanha por mudanças nas regras de inclusão, que resultarão em curto e médio prazo em redução na proporção da população, com exclusão de imigrantes ilegais e residentes sem qualquer inscrição na Previdência Social. Entretanto, ainda não se observam mudanças nos indicadores de cobertura populacional, uma vez que o número de imigrantes ilegais é relativamente pequeno e algumas CCAA e serviços resistem a implementar as restrições.

Nos três países, a cobertura por esquema público manteve-se nos níveis anteriores e não ocorre aumento de cobertura por seguros privados. A proporção com cobertura duplicada na Espanha e Inglaterra não se altera e, na Alemanha, a população coberta por seguro substitutivo permanece no mesmo nível (Tabela 3)²⁹.

A dimensão da universalidade “abrangência da cesta de serviços coberta” é tensionada e sofre restrições de distintas ordens nos três países. Mudanças no catálogo de serviços com exclusão explícita de serviços ocorrem na Espanha. Na Inglaterra, CCGs poderão definir os serviços que consideram necessários⁵⁴. Nos três países, medidas implícitas de racionamento com priorização de ações tendem a se apresentar decorrentes dos cortes de recursos. Intensifica-se o controle para a entrada de novas ações no catálogo de serviços, fortalecendo-se o papel dos órgãos de regulação (Tabela 6). O aumento dos tempos de espera para cirurgias eletivas é um efeito imediato dos cortes na Espanha e previstos na Inglaterra. A redução da oferta de serviços de saúde por diminuição de pessoal e de investimentos é verificada na Espanha.

Novas formas de gestão de estabelecimentos públicos, iniciativas de parcerias público-privadas para investimentos, privatização e terceirização da gestão de hospitais são tendências encontradas nos três países, que podem influenciar na disponibilidade de serviços, dada a orientação comercial. Na Inglaterra, todos os hospitais públicos devem se transformar em Foundation Trust com maior autonomia e possibilidade de captação recursos privados e os CCGs serão obrigados a contratar qualquer prestador, prevendo-

-se maior participação do setor privado na prestação. Ainda assim, na Espanha, o governo conservador de Madri renunciou a sua iniciativa de privatização de hospitais públicos por causa da ampla mobilização social do movimento “*marea blanca*” em defesa dos hospitais públicos e greve de profissionais de saúde por cinco semanas⁵⁷.

A terceira dimensão da universalidade “nível de cobertura por financiamento público”, é afetada pelos cortes de recursos e aumentos de copagamentos, ainda que não se observe imediato impacto sobre a proporção dos gastos em saúde cobertos publicamente, que em 2011 ostentam níveis levemente superiores àqueles de 2007 e mantêm sua participação no PIB (Tabelas 2 e 6). As legislações impuseram restrições. A partir de 2009, a tendência é de gastos públicos decrescentes na Espanha e Reino Unido, e de desaceleração na Alemanha, acompanhando a tendência em países europeus de redução de gastos públicos em saúde com a crise financeira^{7,8}.

Aumentos nos copagamentos implicam transferências da responsabilidade de financiamento do Estado para as famílias. Seguindo tendência de outros países europeus⁶, copagamentos foram ampliados explicitamente na Espanha, e na Inglaterra implicitamente, pois hospitais públicos transformados em entes autônomos passam a oferecer aos pacientes do NHS a “opção” para pagamento direto privado para determinados serviços⁵⁸. Na Alemanha, pelo contrário, frente ao superavit do GKV, foi abolida o copagamento na atenção ambulatorial por pressão dos médicos especialistas eleitores do partido liberal, integrante da coalizão governamental conservadora³⁸.

Considerações finais

A recente crise financeira internacional acentuou as pressões econômicas sobre os sistemas nacionais de saúde e foi tomada como oportunidade por governos conservadores para aprofundar medidas restritivas, ampliar o espaço do mercado e competição e reduzir a intervenção estatal^{5,39}.

As políticas recentes diante da crise financeira seguem estratégias anteriores das “reformas voltadas para o mercado” e aprofundam a competição regulada, com separação de funções entre financiadores/compradores e prestadores de serviços nos sistemas nacionais de saúde, e mecanismos para ampliar a competição entre as entidades seguradoras nos seguros sociais. Expandem-se medidas gerenciais inspiradas no *New Public Management*, como novos modelos de gestão nos serviços públicos e a re-

lação entre prestadores e compradores regulada por contratos.

As respostas à crise nos três casos tiveram aspectos comuns nos seus objetivos de contenção de gastos públicos em saúde e políticas de austeridade para controle do déficit público, todavia com diferentes medidas. A Espanha, mais atingida pela crise sofre cortes diretos mais drásticos com ênfase em aumentos de copagamento, exclusão de coberturas, e cortes de gastos com pessoal. A reforma inglesa é a mais profunda, com ampla reorganização do NHS e das relações entre financiadores e prestadores com redução de funções gerenciais e pessoal administrativo e abertura do “mercado interno” para os prestadores privados, com aumento da competição e comercialização no NHS. O financiamento permanece público, contudo uma tendência à privatização é verificada em diversos componentes do NHS: incentivo ao uso privado de serviços hospitalares, prestação de serviços de GP por empresas privadas, mudanças nos modelos de gestão e propriedade dos hospitais do NHS, e terceirização do manejo dos fundos com a criação dos CCGs. As decisões alocativas sobre a maioria dos recursos do NHS serão tomadas por serviços de apoio à contratualização pelos CCG que se prevê devam ser terceirizados, não mais por órgãos do NHS como eram os PCTs. A Alemanha, melhor posicionada na crise, com baixo desemprego, apresentou superávit no Seguro Social de Doença, reforçou suas políticas para controle da evolução das taxas de contribuição. Congelou a contribuição dos empregadores, transferindo aumentos futuros para responsabilidade dos segurados, permitindo taxas adicionais estipuladas pelas caixas, caso não alcancem cobrir seus gastos com os recursos do fundo do GKV, forçando a competição entre caixas e a redução de gastos.

Com modelos de proteção em saúde, institucionalidade e constelação de atores setoriais diversos, e posição dos países muito diferenciada na crise financeira e economia europeias, a intensidade dos impactos das medidas restritivas sobre a universalidade diverge entre países. A “amplitude” da população coberta é afetada explicitamente somente na Espanha. A “abrangeção” da cesta de serviços cobertos é atingida de forma indireta nos três países com maior controle da incorporação de novos procedimentos e

restrições na prestação. Redução de gastos públicos *per capita* ocorre na Espanha e na Inglaterra, atingindo o ‘nível’ da universalidade.

Não obstante, essas mudanças atingem até o momento de forma marginal a universalidade: os esquemas públicos cobrem a grande maioria da população, o catálogo de serviços cobertos permanece amplo e, nos três países, mais de 74% dos gastos em saúde permanecem públicos. Em face da crise, os países europeus, em geral, não realizaram mudanças importantes no pacote de benefícios legalmente coberto e reduções na cobertura populacional, em geral, foram marginais⁶. Porém, ocorreu estagnação ou redução dos gastos públicos em saúde que, se persistir, em médio prazo pode ter consequências deletérias para a universalidade.

Esse é um processo em aberto. A crise financeira impôs sérias pressões aos *welfare states* europeus e aos sistemas nacionais de saúde, no entanto as análises das repercussões de experiências anteriores de reformas conservadoras nas décadas de 1980 e 1990 indicam processos não lineares com retrocessos e avanços. A intensidade da retórica pró-mercado prevaleceu sobre sua possibilidade de implementação e o princípio da solidariedade e o caráter público dos sistemas de saúde não foram abalados^{35,37,59,60,61}.

Por outro lado, as crises podem engendrar também consequências positivas e novas soluções. Conjunturas de crise econômica tornam evidente a importância das políticas sociais para mitigar seus efeitos adversos e os cidadãos se mobilizam em sua defesa⁶². A intensidade das repercussões sobre a universalidade em médio e longo prazo será condicionada pela ação dos atores sociais e pela natureza da crise, se conjuntural, ou estrutural enquanto crise do capitalismo democrático que caracterizou a Europa ocidental na segunda metade do século 20¹.

O estudo dos casos selecionados permitiu mostrar uma diversidade de situações dos sistemas públicos de saúde diante da crise financeira e contribui para o debate contemporâneo sobre a universalidade⁶³. Não obstante, trata-se de análise conjuntural, limitada ao exame de literatura recente e dados gerais que impedem conhecer consequências para grupos sociais específicos e desigualdades geográficas e sociais. Conhecer a evolução em prazo mais longo requer acompanhamento e novos estudos.

Resumen

El artículo analiza las tendencias de reformas de salud contemporáneas -dentro del contexto de la crisis económica (2008)- en países europeos con sistemas universales de salud (modelos bismarckiano y Beveridgiano) y discute las implicaciones para la universalidad. Se analizan las reformas de salud en España, Alemania y Reino Unido. Para la descripción de los sistemas de salud se utiliza una matriz comparativa de la intervención del Estado en la financiación, regulación, organización y prestación de servicios. Se examinan los efectos de las reformas sobre la universalidad en base a tres dimensiones: amplitud de la cobertura a la población; composición de la cesta de servicios; y nivel de cobertura con fondos públicos. La diversidad de modelos de protección en salud, instituciones implicadas, constelaciones de actores y la posición de esos países en la economía europea han condicionado el impacto de las políticas restrictivas en cada uno de ellos. Estas últimas afectaron a la universalidad en sus tres dimensiones, con diferente intensidad, y profundizaron políticas anteriores de competencia regulada y comercialización.

Acceso Universal a Servicios de Salud; Reforma de la Atención de Salud; Política de Salud

Colaboradores

L. Giovanella e K. Stegmüller participaram da concepção do artigo, análise e interpretação das informações, redação e revisão crítica do artigo.

Agradecimentos

À Capes pelo auxílio recebido de bolsa para estágio sênior no exterior BEX 3831/11-6. À Mariana Konder pelo apoio na revisão final.

Referências

1. Streeck W. Die Krisen des demokratischen Kapitalismus. *Lettre International* 2011; 95:7-13.
2. Lehndorff S. Ein Triumph gescheiterter Ideen. Warum Europa tief in der Krise steckt. Hamburg: VSA Verlag; 2012.
3. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Um país em sofrimento. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2012.
4. Wahrig L, Vallina IG. The effect of the economic and financial crisis on government revenue and expenditure. *Eurostat Statistics in Focus* 2011; 45:1-12.
5. Heise A, Liese H. Haushaltkonsolidierung und das Europäische Sozialmodell. Auswirkungen der europäischen Sparprogramme auf die Sozialsysteme. Berlin: Friedrich Ebert Stiftung; 2011.
6. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M. Health policy in the financial crisis. *Eurohealth* 2012; 18:3-6.
7. Morgan D, Astolfi R. Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected? Paris: OECD Publishing; 2013. (OECD Health Working Papers, 60).
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance: Europe 2012. Paris: OECD Publishing; 2012.
9. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health* 2013; 103:973-9.
10. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health* 2013; 23:103-8.
11. McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med* 2012; 12:346-50.
12. Titmuss RM. What is social policy? In: Abel-Smith B, Titmuss K, editors. *Social policy*. London: George Allen and Unwin; 1974. p. 24-32.
13. Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press; 1990.
14. Meny I, Thoenig JC. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel Ciencia Política; 1992.

15. Oliver A. The folly of cross-country ranking exercises. *Health Econ Policy Law* 2012; 7:15-7.
16. Dixon A, Poteliakhoff E. Back to the future: 10 years of European health reforms. *Health Econ Policy Law* 2012; 7:1-10.
17. Sartori G, Morlino L. La comparación en las ciencias sociales. Madrid: Alianza Editorial; 1994.
18. Marmor TR, Freeman R, Okma KGH. Comparative studies and politics of modern medical care. London: Yale Press University; 2009.
19. Immergut E. Health Politics: interest and institutions in Western Europe. New York: Cambridge University Press; 1992.
20. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
21. Burau V, Fenton L. How healthcare states matter: comparing the introduction of clinical standards in Britain and Germany. *J Health Organ Manag* 2009; 23:289-303.
22. Arts W, Gelissen J. Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *J Eur Soc Policy* 2002; 12:137-58.
23. Stegmüller K. Wettbewerb im Gesundheitswesen: Konzeptionen zur "dritten reformstufe" der Gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt: Verlag Akad Schriften; 1996.
24. Boyle S. United Kingdom (England): health system review. *Health Syst Transit* 2011; 13:1-483.
25. Freire JM. La atención primaria de salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. In: Navarro López V, editor. El estado de bienestar en España. Madrid: Tecnos; 2004. p. 239-91.
26. Repullo-Labrador JR. La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas. In: Presno Linera MA, editor. Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2012. p. 132-62.
27. Lopez-Casasnovas G, Costa-Font J, Planas I. Diversity and regional inequalities in the Spanish "system of health care services". *Health Economics* 2005; 14 Suppl 1:S221-35.
28. Bundesministerium für Gesundheit. Daten des Gesundheitswesens 2012. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2012.
29. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. España: análisis del sistema sanitario. *Sistemas Sanitarios en Transición* 2011; 12:1-269.
30. Helderman JK, Bevan G, France G. The rise of the regulatory state in health care: a comparative analysis of the Netherlands, England and Italy. *Health Econ Policy Law* 2012; 7:103-24.
31. Gerlinger T. Competitive transformation and state regulation in social health insurance countries: Germany, Switzerland, and the Netherlands compared. In: Dingeldey I, Rothgang H, editor. Governance of welfare state reform: a cross national and cross sectoral comparison of policy and politics. Cheltenham: Edward Elgar; 2009. p. 145-75.
32. Baker MR, Ham C. Making sense of the new NHS White Paper. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd.; 1998.
33. The National Archives. Health and social care act 2012. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted> (acessado em 02/Ago/2012).
34. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de centros sanitarios de atención especializada. Resultados provisionales, año 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
35. Altenstetter C, Björkman JM. Health policy reform, national variation and globalization. London: MacMillan Press; 1997.
36. Rico A, Costa-Font J. Power rather than path dependency? The dynamics of institutional change under health care federalism. *J Health Polit Policy Law* 2005; 30:231-51.
37. Toth F. Healthcare policies over the last 20 years: reforms and counter-reforms. *Health Policy* 2010; 95:82-9.
38. Schuldenkrise: Nervenkampf um den Euro. <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/mario-monti-trifft-kanzlerin-merkel-zum-euro-krisengipfel-a-839978.html> (acessado em 22/Jun/2012).
39. Taylor-Gooby P, Stoker G. The coalition programme: a new vision for Britain or politics as usual? *Polit Q* 2011; 82:4-15.
40. Banyuls J, Recio B. Der Albtraum des Meditteranen Neoliberalismus. Spanien nach dem Scheitern des „dritten Weges. In: Lehdorff S, editor. Ein Triumph gescheiterter Ideen. Warum Europa tief in der Krise steckt Zehn Länder-Fallstudien. Hamburg: VSA Verlag; 2012. p. 207-25.
41. Navarro V. Spain is experiencing a period of intense social crisis. http://www.social-europe.eu/2012/11/spain-is-experiencing-a-period-of-intense-social-crisis/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+social-europe%2FwmyH+%28Social+Europe+Journal%29 (acessado em 12/Nov/2012).
42. Congreso de los Diputados. Real Decreto Ley nº 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado* 2012; 24 abr.
43. Rico A, Blakey E. El impacto de la crisis en sanidad: recortes estructurales asimétricos con altos costes diferidos. In: Fundación Encuentro, editor. Informe España 2012. Madrid: Fundación Encuentro; 2011. p. 173-233.
44. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Comienza la contrarreforma sanitaria: análisis del RD-Ley 16/2012. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; 2012.
45. Freire JM. Notas de urgencia sobre el Real Decreto Ley del copago y los recortes sanitarios (RDL 16/2012). <http://www.actasanitaria.com/notas-de-urgencias-sobre-el-real-decreto-ley-del-copago-y-los-recortes-sanitarios-rdl-162012/> (acessado em 30/Mai/2012).

46. *Ärzteblatt D. Fünf Fragen zur Zahl der Arztkontakte an Dominik von Stillfried. Deutsches Ärzteblatt.* <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49601/Fuenf-Fragen-zur-Zahl-der-Arztkontakte-an-Dominik-von-Stillfried> (acessado em 22/Mar/2012).
47. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Informe sobre los recortes sanitarios en las Comunidades Autónomas. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; 2012.
48. Sánchez-Bayle M. Evolución de la financiación sanitaria entre 1981-2010. In: Palomo L, editor. Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011). Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; 2011.
49. Hunter DJ. Change of government: one more big bang health care reform in England's National Health Service. *Int J Health Serv.* 2011;41(1):159-74.
50. Roland M, Rosen R. English NHS embarks on controversial and risky market-style reforms in health care. *N Engl J Med* 2011; 364:1360-6.
51. Whitehead M, Hanratty B, Popay J. NHS reform: untried remedies for misdiagnosed problems? *Lancet* 2010; 376:1373-5.
52. Reynolds L, McKee M. GP commissioning and the NHS reforms: what lies behind the hard shell? *J R Soc Med* 2012; 105:7-10.
53. Reynolds L, McKee M. "Any qualified provider" in NHS reforms: but who will qualify? *Lancet* 2012; 379:1083-4.
54. Pollock A, Price D. How the secretary of state for health proposes to abolish the NHS in England. *BMJ* 2011; 342:d1695.
55. Pollock AM, Price D, Roderick P, Treuherz T, McCoy D, McKee M, et al. How the Health and Social Care Bill 2011 would end entitlement to comprehensive health care in England. *Lancet* 2012; 379:387-9.
56. Simon M. Von der Koalitionsvereinbarung bis Ende 2010: Eine Zwischenbilanz Schwarz-gelber Gesundheitspolitik. *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaft* 2012; 47:9-28.
57. Marcos J, Sevillano EG. Madrid da marcha atrás a la privatización sanitaria tras el último revés judicial. http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/01/27/madrid/1390839012_137715.html (acessado em 27/Jan/2014).
58. O'Dowd A. The "self funding" NHS patient: thin end of the wedge? *BMJ* 2012; 345:e5128.
59. Conill E. Sistemas comparados de saúde. In: Akerman M, Campos GWS, Carvalho YM, Drumond Junior M, Minayo MCS et al. organizadores. Tratado de saúde coletiva. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2012. p. 591-659.
60. Maarse H, Paulus A. Has solidarity survived? A comparative analysis of the effect of social health insurance reform in four European countries. *J Health Polit Policy Law* 2003; 28:585-614.
61. Almeida CM. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 871-922.
62. Hemerijck A. When Changing welfare states and the Eurocrisis meet. *Sociologica* 2012; (1):1-49.
63. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:847-9.
64. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2013: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2013.
65. Reiners H, Müller O. Die Reformfibel: Handbuch der Gesundheitsreformen. Berlin: KomPart-Verlag; 2012.

Recebido em 11/Fev/2014

Versão final reapresentada em 22/Jun/2014

Aprovado em 28/Jul/2014