

Planeamento de saúde na Alemanha

Princípios fundamentais: descentralização, subsidiariedade, corporativismo

Health planning in Germany

Fundamental principles: decentralisation, subsidiarity, corporatism

Jens Holst

Universidade de Fulda

Resumo

O planeamento de saúde na Alemanha está amplamente determinada pela estrutura corporativista e descentralizado do seu sistema da saúde. Desde o início, o Estado terceirizou funções centrais de decisão e direção a órgãos de caráter público sem fins de lucro que representam os compradores e os prestadores de saúde, ou seja os seguros sociais obrigatórios de doença e hospitais, médicos da atenção ambulatoria e colégios médicos. Estes organismos atuam segundo alguns princípios fundamentais como solidariedade, paridade, subsidiariedade e autogoverno, isto é trata-se de órgãos autônomos de afiliação obrigatória e autoadministrados. Enquanto o Governo define o marco legal, a direção operativa do sistema e a concretização das regulações ficam a cargo da auto-governança. As associações têm o mandato legal de participar ativamente no planeamento e na direção do sistema. O órgão não governamental máximo e mais influente do sistema de saúde alemão é a Comissão Conjunta Federal composta por igual quantidade de representantes das caixas sociais e dos provedores. A comissão estipula as regras comuns a todos os níveis de cuidados médicos, orientações para a garantia da qualidade e orientações processuais para o planeamento; acima de tudo é responsável pelo pacote de benefícios do seguro social obrigatório de doença. Se por um lado o corporativismo assegura um alto nível de participação e legitimidade, por outro dificulta a implementação de políticas baseadas na evidência que estejam de acordo com as prioridades sanitárias.

Palavras Chave:

Cuidados de saúde, planeamento em saúde, segurança social, seguros de saúde, Alemanha.

Abstract

Health planning in Germany is largely determined by the corporatist and decentralised structure of the healthcare system. From the very beginning, the State has outsourced central decision-making and management functions to public, non-profit bodies representing purchasers and providers, i. e. compulsory social health insurance schemes and hospitals, outpatient care physicians and medical colleges. These organisations operate according to fundamental principles such as solidarity, parity, subsidiarity and self-government, that is they are autonomous and self-governed bodies with mandatory affiliation. While the government defines the legal framework, the system of self-governance is responsible for the operational steering of the healthcare system and the implementation of regulations. Corporatist associations have the legal mandate to actively participate in the planning and guidance of the system. The highest and most influential non-governmental body in the German health system is the Joint Federal Commission consisting of equal numbers of representatives from social insurance funds and providers organisations. The commission stipulates common rules for all levels of medical care, quality assurance guidelines and procedural guidelines for planning; over all is responsible for the benefits package of the social health insurance schemes. While corporatism ensures a high level of participation and legitimacy, it also hampers the implementation of evidence-based policy measures according to health priorities.

Key Words:

Health care, health planning, social security, health insurance, Germany.

1. Desenvolvimento histórico do sistema alemão de saúde

O Código dos Seguros Sociais emitido em 1883 considera-se geralmente o ponto de partida do sistema do Seguro Social Estatutário de Doença na Alemanha e, por último, também do sistema de saúde alemão. Na verdade, o então Chanceler Otto von Bismarck não começou do zero: o seu mérito foi essencialmente ter criado um quadro uniforme para todos os regimes de proteção social pré-existentes que em parte remontavam até à Idade Média [1: 4f]. O que se conhece hoje como o sistema de seguro social alemão surgiu de uma série de mudanças legislativas incrementais que estabeleceram uma rede de fundos seguradores da saúde parcialmente obrigatórios para grupos de trabalhadores em distintos sectores [2: 1560f]. É assim que naquela época existiram mais de 36.000 fundos de seguro de saúde pelo país os quais, no início, só cobriram uma parte menor da população do país centro-europeu.

Vale a pena destacar que o seguro social de saúde é parte de um amplo sistema de proteção social, garantida principalmente através de cinco ramos de seguros sociais que partilham características e princípios básicos: além do seguro-doença existem o seguro de aposentadoria, o seguro de desemprego, o seguro de acidentes de trabalho (financiado exclusivamente pelos empregadores) e o seguro para cuidados de longa duração. A assistência social, outro eixo da proteção social alemã que assegura um rendimento mínimo, foi regida por princípios distintos daqueles do seguro social, mas recentemente fundida com o seguro de desemprego.

Tiveram de passar várias décadas até que o sistema alemão de seguro social estatutário (ou obrigatório) de doença (*Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV) conseguisse alcançar o nível e a relevância que tem hoje [2: 1563]. Através duma expansão gradual, o sistema de seguros sociais de doença ampliou paulatinamente o número de beneficiários, o pacote de benefícios cobertos e a cobertura financeira dos cuidados de saúde, e só a partir de 1970 começaram a proteger a totalidade da população.¹ Desde o início da implementação do sistema bismarckiano até à realização da cobertura universal (UHC) segundo o conceito da Organização Mundial da Saúde [3: 14] passaram não menos de oitenta anos.

Alcançada a cobertura universal, a política de saúde na Alemanha começou a transformar-se fundamentalmente a partir da década de 70 do século passado. O largo período expansivo transformou-se rapidamente numa fase de contenção de custos manifestando-se em três grandes tendências, acompanhadas de um foco crescente no controlo de qualidade e seguro:

1. Crescente subordinação dos gastos de saúde à renda disponível dos seguros sociais de doença e priorização da estabilidade das taxas de contribuição;

2. Reforço cuidadoso dos compradores – seguros públicos de doença - em relação aos prestadores de serviços (acordos contratuais inovadores, competição entre fundos de seguro obrigatório de saúde);

3. Tendência geral para a privatização dos custos dos cuidados de saúde (exclusão de serviços, copagamentos).

2. Antecedentes do planeamento de saúde

Do ponto de vista do planeamento em saúde vale a pena destacar que o desenvolvimento incremental acontecia surpreendentemente com independência de todas as dinâmicas políticas que existiram durante as décadas transcorridas entre 1883 e 1970. O sistema de seguro social de doença alemão caracteriza-se por uma impressionante continuidade e alta estabilidade da estrutura sob diferentes governos, desde o Império Alemão, passando pela primeira democracia da República de Weimar e pelo regime fascista do nacional-socialismo, a fundação da República Federal de Alemanha até à incorporação da República Federal Alemã com 17 milhões de usuários adicionais [4: 11; 2: 1576].

Neste contexto vale a pena destacar dois factos importantes para o desenvolvimento do sistema de saúde alemão e dos mecanismos de planeamento existentes na atualidade. O primeiro factor relevante foi que a profissão médica conseguiu maior independência política e autonomia profissional como recompensa especial pelo seu forte apoio ao regime nazi; a situação privilegiada deste grupo profissional e das suas organizações mantem-se até hoje. Em segundo lugar temos que destacar a expansão coroada de êxito em todas as três dimensões da cobertura de saúde universal, a saber: cobertura da totalidade da população, amplo pacote de benefícios e quase completa proteção financeira. Até hoje o cidadão pode escolher livremente os médicos e os hospitais onde quer procurar tratamento. A universalização da cobertura em saúde complementou-se com grandes investimentos na infraestrutura sanitária a partir de 1970. Na atualidade, a Alemanha ocupa o terceiro lugar no *ranking* mundial de gastos públicos em saúde.

Contudo, só desde 1992 existe a obrigação geral de ter seguro de saúde na Alemanha para todos cidadãos e residentes. Anteriormente esta obrigatoriedade limitava-se aos cidadãos que dispunham de um salário até um determinado nível; pessoas de maior rendimento com vencimentos acima do nível definido por lei podiam afiliar-se voluntariamente a um seguro público, contratar um seguro privado (saindo assim do sistema público), ou ficar sem seguro de saúde. Aqueles que têm um rendimento acima do limite estipulado pelo governo podem ainda hoje optar por um plano de saúde privado.² O mesmo é válido para trabalhadores independentes e funcionários públicos. Neste caso,

o leque de coberturas e os custos mensais com o plano podem variar bastante.

Apesar da coexistência com um subsistema privado, o sector público cobre quase 90% da população residente no país e é portanto de longe o mais importante sector, não só dentro do sistema de financiamento de saúde mas também na política sanitária alemã. São as seguradoras públicas que participam no autogoverno conjunto de compradores e provedores e formam parte do planeamento estratégico e político do sistema. Como o sistema público é muito mais importante não só no que diz respeito à cobertura populacional e à produção de serviços de saúde mas também como entidade de planeamento, condução e controlo do sistema de saúde alemão, o presente artigo concentra-se neste subsector. Pois os seguros privados, por seu lado, navegam no canal preparado pelo sistema público, com exceção do respeito pela determinação das tarefas de contribuição segundo as expectativas de lucro da indústria seguradora privada.

Contudo, na provisão de serviços médicos existe uma mistura de facilidades públicas, privadas, sem (p. ex. hospitais pertencentes a ordens religiosas ou a ONG caridosas) e com fins lucrativos, na área da assistência hospitalar e um forte domínio de consultórios médicos privados no âmbito dos cuidados ambulatoriais, complementados por um pequeno sector de saúde pública provido pelos departamentos de saúde estatais a cargo dos municípios. Enquanto todos os prestadores de serviços de saúde participam ativamente nos processos de planeamento em saúde, por parte dos compradores são exclusivamente as seguradoras públicas que formam parte dos respetivos processos. Por isso, todas as considerações a respeito do planeamento em saúde alemão podem limitar-se ao sector comprador público representado pelos seguros sociais de doença.

O sistema de proteção social de saúde na Alemanha está baseado no princípio da cobertura obrigatória fundamentada na contribuição para o seguro social de doença, isto é: cada um paga um valor correspondente ao seu poder de compra e tem acesso aos serviços de saúde de acordo com as necessidades. Portanto, o sistema segurador público de saúde na Alemanha operacionaliza o princípio de solidariedade – pelo menos para os grupos com rendimentos inferiores ou médios. Enquanto este princípio só se aplica para salários até ao limite superior de avaliação da contribuição,³ todo o rendimento acima de 4.350 € mensais (equivalente a 52.200 € anuais, dados para o ano 2017), e além disso todo o rendimento que não seja laboral, está isento da contribuição para o seguro social de doença. Por isso, a classe socioeconómica superior não participa no financiamento do sistema segurador de doenças de acordo com a sua capacidade de pagamento porque ou pode sair do sistema público ou só contribui com uma parte menor que é os 14,6% obrigatórios.

Outra das características básicas do sistema é a pluralidade

de organizações responsáveis pela proteção social de saúde. O Seguro Social Obrigatório de Doença é composto por distintos tipos de Caixas de Seguro Social de Doença historicamente organizados por ramo de produção, empresa, profissão ou região e classificados em oito tipos. Em 2017, existem na Alemanha 117 Caixas; entre estas, 11 são locais (*Allgemeine Ortskrankenkassen-AOK*), 93 de empresas (*Betriebskrankenkassen-BKK*), 6 de corporações de artes e ofícios (*Innungskrankenkassen-IKK*), 6 substitutas para empregados ou operários (*Ersatzkassen*), 1 caixa rural, de silvicultura e de horticultura (*Krankenkasse für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau*) mais 1 caixa conjunta dos mineiros (ex *Bundesknappschaft*), de marinheiros (ex *Seekasse*) e do caminho de ferro (ex *Bahn*) (*Knappschaft-Bahn-See*) [5: 1]. Embora o número de caixas do seguro social de doença esteja a diminuir de modo intenso nos últimos anos,⁴ em consequência da intensificação do processo de concentração, que foi potenciado pela introdução dos mecanismos de competição, a pluralidade do sistema continua a ser uma das suas características.

O sistema é composto por diferentes seguradoras públicas, todas obrigadas a assegurar todos os requerentes que desejem afiliar-se. Cada um dos planos públicos de saúde tem que cobrir o catálogo obrigatório de serviços determinado pelos centros decisores do sistema de autogoverno conjunto, mas tem o direito a acrescentar o pacote de benefícios com base numa decisão autónoma do conselho de administração da respetiva caixa de doença. No princípio, também existe paridade no financiamento dos seguros sociais de doença porque empregador e empregado partilham as contribuições dos planos em partes iguais.⁵ O financiamento paritário reflete-se numa participação direta e igualitária de empregadores e funcionários no autogoverno das caixas do seguro social de doença. Os seus conselhos de administração são responsáveis pelas principais funções como a eleição e supervisão da direção, tomada de decisão sobre o orçamento e a fusão com outros seguros, e concessão de benefícios adicionais (além do pacote obrigatório). Os membros dos conselhos de administração são escolhidos através de eleições sociais por parte dos empregadores e sindicatos em representação dos parceiros contribuintes. Portanto, o controlo obedece ao princípio de autogoverno sob supervisão legal do Governo, ou seja: a tomada de

1 - Excepto os grupos de pessoas isentas da obrigação e autorizadas a contratar um seguro privado de saúde (veja em baixo).

2 - Vale a pena destacar que a Alemanha, junto com o Chile, é o único país membro da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com sistema bismarckiano de saúde que permite às pessoas dos estratos socioeconómicos mais altos saírem do sistema público e comprarem uma apólice privada de seguro de saúde. Atualmente, um em cada dez cidadãos na Alemanha têm um seguro privado de saúde enquanto que 89% estão cobertos por um seguro público.

3 - No ano 2017, o limite superior da avaliação da contribuição ao seguro social de doença está fixada em 52.200 € de salário anual equivalente a 4.350 € mensais.

4 - Enquanto em 1970 havia ainda 1.815 seguros sociais de saúde, em 1990 o número já tinha reduzido para 1.147 e até 2000 a 420 [4: 72]; hoje existem apenas 117 caixas públicas de doença [5: 1].

decisão no interior das seguradoras públicas é responsabilidade dos seus conselhos de administração, compostos de forma paritária por representantes de empregadores e trabalhadores.

3. Princípios básicos do planeamento em saúde

A Alemanha é uma república parlamentar federal composta por 16 Estados constituintes (os *Länder*, incluindo três cidades-estado e 13 estados não-cidades) com clara separação dos poderes estabelecida na Constituição: Os *Länder* têm responsabilidade exclusiva para duas funções fundamentais do Estado: segurança interna e educação. Além disso, os Estados federativos participam ativamente no planeamento doutras áreas políticas através da legislação concomitante. E no sector da saúde, o planeamento e financiamento de investimentos da infraestrutura hospitalar é competência dos *Länder*, assim como a supervisão das organizações provedoras e financiadoras a nível regional. Os municípios, por seu lado, organizam o serviço público de saúde que presta benefícios sanitários de prevenção e controlo de doenças a nível populacional.

As responsabilidades de planeamento e regulação no sistema de saúde alemão não estão só sujeitas à descentralização e separação de poderes entre o Governo federal, os *Länder* e os municípios mas também ao

princípio de subsidiariedade. Este conceito, derivado da doutrina social da Igreja Católica, que é também fundamental no funcionamento da União Europeia, significa que as tarefas e decisões políticas devem ser delegadas ao nível mais imediato ou local que seja capaz de realizá-las de forma efetiva. No sector da saúde, isto implica a delegação de competências de orientação e direção a níveis descentralizados e especializados. Assim, o papel do Governo é principalmente de suporte para as instituições executoras do sistema saúde, que em vez de operar de forma subordinada desempenham o papel principal de planeamento, decisão e direção da política de saúde [6: 17f].

É uma particularidade específica do sistema de saúde da Alemanha que o planeamento e a condução operacional não sejam de responsabilidade do Governo mas de diversas organizações públicas não-governamentais de direito público. Enquanto o marco geral está regulado por leis federais especializadas (e parcialmente pela legislação dos *Länder*),⁶ o papel do Governo restringe-se ultimamente à regulamentação geral, ao controlo e à supervisão do sistema. Todas as tarefas e responsabilidades de organização, concretização de detalhes, implementação e direção operacionais estão terceirizados a corporações públicas não-governamentais com autonomia organizacional e financeira que atuam em nome do Estado. A atuação dos Seguros Sociais de Saúde – geralmente denominadas Caixas de Doença - e o cumprimento das responsabilidades legalmente atribuídas é vigiada pelo Estado através de órgãos dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Ordem Social e pelo Departamento Federal de Seguros (*Bundesversicherungsamt*).

O sector da saúde alemão é o arquétipo de um sistema corporativista descentralizado onde o Estado delega poderes e competências de decisão a organizações ou corporações legalmente mandatadas, públicas, mas não governamentais, e autogovernadas dos grupos funcionais mais relevantes de um sistema de saúde além da mera regulação ou gestão (*stewardship*), isto é compradores (*purchasers*) e prestadores (*providers*) [7: 3]. No sistema alemão de saúde, a primeira categoria está representado pelas caixas do seguro social de doença, e a segunda abarca as corporações legais dos distintos grupos de prestadores que fornecem serviços de saúde à população assegurada, a saber os Conselhos Médicos Gerais, as Associações de Médicos (Dentistas / Psicoterapeutas) do Seguro Social de Doença (ou Associações de Médicos Credenciados das Caixas) e as Federações Hospitalares. O próximo capítulo apresenta brevemente os órgãos corporativistas que desempenham um papel importante no sistema de saúde alemão.

Fig. 1: Geografia da Alemanha



4. As corporações autônomas de direito público⁷

A corporação de compradores ou financiadores compõem-se do conjunto dos seguros sociais estatutários de doença. Em dezembro 2016 existiam 117 caixas sociais a nível nacional e regional que concediam proteção social de saúde a quase 72 milhões de residentes na Alemanha [5: 78, 83].⁸ As suas tarefas principais são:

1. Cobrança das contribuições obrigatórias dos segurados e a sua transferência para o Fundo Nacional de Saúde que junta os recursos para a saúde provenientes de distintas fontes (contribuições, impostos gerais, subsídios);
2. Receção e gestão dos reembolsos transferidos do Fundo Nacional de Saúde a cada seguro de acordo com o perfil de risco dos beneficiários;
3. Remuneração dos prestadores de serviços de saúde (em espécie) mais pagamento em caso de doença e gravidez (em dinheiro).

Além dessas competências técnico-financeiras fundamentais para o funcionamento do sistema da saúde, as caixas de seguro social de doença, através das suas federações regionais e nacionais, participam nas negociações coletivas com os órgãos corporativistas dos provedores, representando os interesses dos seus beneficiários, ou seja os segurados do sector público. A sua contraparte nas negociações coletivas são as organizações legais dos distintos prestadores de saúde organizados de acordo com o nível de cuidados médicos. O grupo profissional dos médicos está organizado em 17 associações regionais (1 por Land, 2 para a Renânia do Norte-Westphalia) denominados Conselhos Médicos (*Ärztekammern*). A filiação é obrigatória para todos os médicos ativos exercendo a sua profissão. Os conselhos regulam e resolvem todas as questões profissionais e vocacionais incluindo a garantia da qualidade, a qualificação profissional e a especialização médica de pós-graduação.

Além disso, existem 17 Associações de Médicos (Dentistas) Credenciados das Caixas (*Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen*) e 17 Associações de Psicoterapeutas com filiação obrigatória para todos os prestadores de serviços médicos ambulatoriais, ou seja para todos os médicos, dentistas e psicoterapeutas com consultório próprio que atendem pacientes cobertos por uma das caixas públicas. As associações têm o mandato contratual para salvaguardar os cuidados de ambulatório em todo o país. Também são responsáveis pela canalização do pagamento dos prestadores em ambulatório e das transferências da remuneração para os seus membros com base no acordo coletivo entre as caixas do seguro social de doença e as associações que regulam a atenção coletiva e o pagamento total numa região.

Pela sua parte, a filiação às 16 Associações Hospitalares (*Krankenhausgesellschaften*) – uma por cada estado federal - é voluntária para os prestadores de serviços de internamento médico legalmente admitidos nos planos hospitalares

dos *Länder*. As associações representam os prestadores hospitalares nas negociações com as caixas de doença referentes a todos os assuntos relacionados com o internamento. Os resultados das negociações coletivas sobre a provisão e remuneração de acordo com um sistema de pagamento associado a diagnóstico, são obrigatórios para ambos parceiros. Quanto ao pagamento dos serviços prestados, está a cargo das caixas de doença, os *Länder* estão diretamente incumbidos do planeamento hospitalar e dos custos de investimento e manutenção das instalações hospitalares.

5. Governo conjunto

O princípio de autogoverno foi incorporado no sistema de seguros sociais estatutários de doença alemão desde a sua criação em 1883 [2: 1575]. Dentro do marco estipulado pela legislação geral e específica na área da prestação e proteção social de saúde, toda operacionalização e concretização estão a cargo do sistema de autogoverno conjunto ou administração autónoma. Deste modo, o planeamento está sujeito às negociações coletivas entre as representações corporativistas dos compradores e dos prestadores de cuidados de saúde, ou seja entre as organizações das caixas do seguro social de doença e os órgãos hospitalares, dos cuidados de ambulatório e conselhos médicos que negociam e celebram contratos sobre cuidados médicos e remuneração dos prestadores [8: 2269f].

Pelo seu funcionamento, o sistema de autogoverno do sector da saúde abarca uma série de comités conjuntos com representação paritária em ambos os grupos, ou seja com número igual de representantes de compradores e de fornecedores. Vale a pena mencionar os seguintes órgãos:

- Comissão Conjunta Federal (*gemeinsamer Bundesausschuss-gBA*): Órgão máximo do sistema autogovernado de saúde na Alemanha (veja abaixo).
- Comissão de Avaliação Médicos (*Bewertungsausschuss Ärzte*): Grémio composto por três a três representantes da Associação Federal dos Médicos das Caixas e da Federação Máxima das Caixas Sociais que acorda de forma obrigatória para ambos parceiros regulamentos gerais e o volume da remuneração da atenção ambulatoria.

5 - Na verdade, o princípio de paridade está atualmente limitado pelo facto que os seguros podem cobrar uma contribuição adicional no caso dos rendimentos com base nas contribuições oficiais não serem suficientes para cobrir os gastos ao longo do ano. Esta contribuição suplementar, que em 2016 estava numa média de 1,1% dos salários, fica exclusivamente por conta dos empregados e trabalhadores, ou seja: os patrões estão completamente isentos de participar nessa quota adicional e com isso dos aumentos dos gastos da atenção médica.

6 - As definições e regulamentações básicas estão definidas pelo Código Social (*Sozialgesetzbuch – SGB*) que é um corpo de lei federal do qual os Códigos 5 (SGB-V) sobre o Seguro Social de Doença, o Código 9 (SGB-IX) sobre Reabilitação e Participação de Pessoas com Deficiências, e o Código 11 (SGB-XI) sobre o Seguro Obrigatório de Cuidados de Longo Prazo têm particular relevância para a saúde

7 - Para mais detalhes veja Busse & Blümel 2014: 17ff.

8 - 34.421.237 homens e 37.529.521 mulheres; 38.982.197 membros contribuintes mais 16.146.348 (BMG 2016: 80f)

- Instituto para o Sistema de Remuneração Hospitalar (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus-InEK*): Sociedade anónima de responsabilidade limitada sem fins lucrativos que presta apoio às caixas e aos hospitais para estabelecer os Grupos Relacionados com Diagnósticos (*Diagnosis Related Groups - DRG*), implementar um sistema de codificação e calcular as ponderações, adjudicações e redução de pagamentos.

Além disso existem vários comités de arbitragem a nível federal e estadual, compostos de forma paritária por delegados nomeados pelos parceiros e por membros imparciais que entram em ação quando os órgãos corporativistas não conseguem chegar a acordo.

Desde 2008, o órgão não governamental máximo e mais influente do sistema de saúde alemão é a Comissão Conjunta Federal – gBA de acordo a sua abreviatura em alemão. É o grémio resolutivo mais importante do sistema e tem a competência para concretizar todas as tarefas delegadas ao nível corporativista [9]. Através das suas diretrizes o gBA determina diretamente o catálogo de serviços das caixas de seguro social de doença para mais de 70 milhões de beneficiários (e desta maneira também, indiretamente, o pacote coberto pelas seguradoras privadas), e do mesmo modo quais os serviços médicos reembolsados pelos seguros públicos. Além disso, a Comissão Conjunta Federal acorda medidas de garantia de qualidade para os cuidados de saúde em regime ambulatorio e hospitalar; também desenvolve e promove novas formas de cuidados e serviços de saúde e os correspondentes projetos de investigação através do seu Comité de Inovação [10].

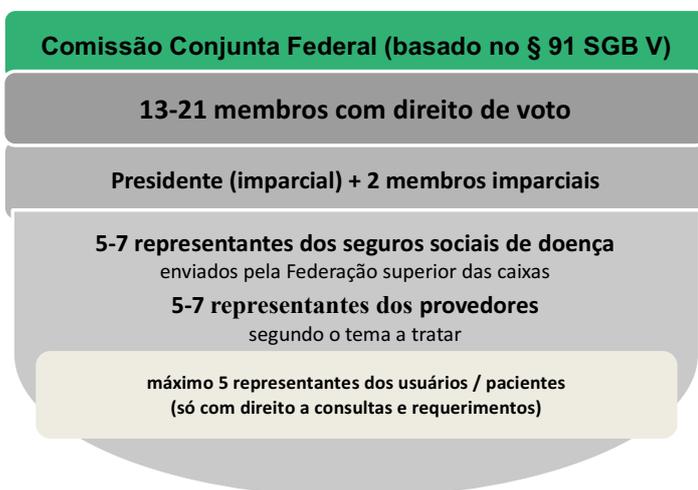
Os grémios da Comissão Conjunta Federal são compostos por um número ímpar de membros com direito a voto, com paridade de representantes da Associação Federal de Seguros de Doença e dos órgãos corporativistas de prestadores (Associações de Médicos, Dentistas e Psicoterapeutas Credenciados das Caixas, Associações Hospitalares),

respetivamente, mais três membros neutros. Estão mandatados e são responsáveis por decidir sobre o pacote de benefícios e a qualidade dos cuidados. A eles juntam-se até cinco representantes de organizações de utilizadores ou pacientes sem direito a voto, mas com participação ativa porque têm o direito de opinar, fazer consultas e solicitar pesquisas adicionais.

A base jurídica para o trabalho do gBA é o Livro Cinco do Código Social Alemão (SGB V) que especifica os mandatos e responsabilidades da comissão, a nomeação dos seus membros, a participação dos utilizadores, a inclusão de terceiros, bem como o marco geral das estruturas e procedimentos da comissão. Nos seus estatutos e regras de procedimento aprovados pelo Ministério Federal da Saúde, o gBA definem-se os detalhes dos regulamentos estatutários [11]. Quanto às decisões sobre benefícios cobertos pelo sistema de seguros sociais estatutários de doença, é o gBA quem interpreta e concretiza os requisitos legais estabelecidos no Código Social que exige que os serviços prestados e remunerados sejam “suficientes, adequados e eficientes” (§12 SGB V).

A comissão estipula as regras comuns para todos os níveis de cuidados médicos, orientações para a garantia da qualidade e especificações processuais para o planeamento e, sobre tudo, a decisão sobre o pacote de benefícios que todas as caixas de seguro social de doença têm de cobrir. Todo o procedimento diagnóstico e terapêutico inovador tem que ser aprovado pela Comissão Conjunta Federal partindo do princípio que tem que provar necessidade médica, pertinência e eficiência. As decisões do gBA apoiam-se nas análises e pesquisas sistemáticas realizadas por instituições públicas, principalmente o Instituto de Qualidade e Eficiência no Sector da Saúde (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen-IQWiG*), o Instituto de Promoção e Pesquisa da Qualidade Aplicadas no Sistema da Saúde (*Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen-AQUA*) e o Instituto de Controlo da Qualidade e Transparência no Sistema da Saúde (*Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – IQTIG*). Como instituição científica profissionalmente independente, com capacidade jurídica e científica, o IQWiG investiga os benefícios e prejuízos de intervenções médicas. Mediante relatórios científicos e informações em saúde, o instituto difunde, de forma facilmente compreensível, conhecimentos sobre as vantagens e desvantagens dos métodos diagnósticos e terapêuticos.⁹ O Instituto AQUA é uma consultoria e empresa de pesquisa profissional independente que se dedica a elaborar conceitos de saúde, estratégias aplicadas à promoção e garantia de qualidade, investigação científica de

Fig. 2



qualidade e a implementação de projetos complexos. Finalmente o Instituto de Controlo da Qualidade e Transparência no Sistema da Saúde estabeleceu-se em 2015 como instituição científica independente; apoia em primeiro lugar o gBA, mas também o Ministério Federal da Saúde com a sua experiência numa série de tarefas de garantia da qualidade dos cuidados médicos e participa na implementação de procedimentos de controlo externo de qualidade [9].

Apesar de estar sujeita à supervisão estatutária do Ministério Federal da Saúde, a gBA é finalmente o comité mais alto do sistema corporativista de saúde da Alemanha e responsável pelas decisões básicas e gerais relativas à direção e governança do sector da saúde. É certo que as diretrizes e regras de execução aprovadas pelo gBA são auditadas pelo Ministério Federal da Saúde, conforme aos requisitos estabelecidos no Código Social, mas se não houver objeções, as resoluções do gBA entram imediatamente em vigor através da publicação no *Gazette Legal Federal*. O Governo não pode intervir a não ser que as duas partes não consigam um acordo ou as decisões sejam incompatíveis com a legislação vigente.

6. Avaliação do corporativismo

Como se mostrou nas secções anteriores, uma grande parte do planeamento do sistema da saúde acontece no sistema de autogoverno e é responsabilidade dos atores corporativistas. Deixar o Estado fora da gestão diária resulta em maior flexibilidade, melhor compreensão das necessidades locais e menos burocracia. Isso significa que o rol do nível central e do governo é evidentemente menor em comparação com os sistemas estatais e financiados através de impostos. A seguinte tabela resume os fundamentos lógicos e compara-os com os resultados práticos reais.

Tabela 1:

Fundamentos lógicos	Efeitos observáveis
Alívio do Governo e do Estado de tarefas e deveres	Poder das associações para defender interesses próprios, rejeição e refutação de inovações
Utilização de recursos da sociedade civil pelo Estado (p. ex. perícia)	Potencial ineficiência de soluções e decisões tomadas pelos órgãos corporativistas
Integração de grupos sociais e da sociedade civil	Decisões em detrimento de terceiros (ausentes)
Aquisição de legitimidade	Falta de legitimação democrática

Indubitavelmente, uma das vantagens do corporativismo mostra-se principalmente no aumento da governabilidade. Sem informações de negócios e da sociedade, um Estado só pode reagir de forma limitada à evolução social e depende, portanto, das informações de grupos de interesse que aliviam os ministérios e outras autoridades públicas, uma vez que os grupos de interesse disponibilizam os seus conhecimentos e perícia. Além disso os órgãos corporativistas atuam como instâncias de controlo orientadas pelo bem comum e pode observar-se uma tendência para a institucionalização como consequência da delegação de responsabilidades. Em resultado disso, o corporativismo prova um mecanismo que traz os delegados mandados originalmente como representantes de determinados interesses a preocupar-se mais com o sucesso das negociações com os “adversários” que da representação da sua base.

Uma desvantagem significativa deriva do risco de “captura” das autoridades do Estado, bem como o processo de “deparlamentarização” num processo que muda o planeamento para o executivo e parece ignorar o parlamento com o objetivo de intervir na legislação já de forma antecipada nos projetos de lei. Portanto, há o perigo real de só vir para cumprir o interesse público particular a favor de associações federais organizadas. É certo que economistas neoliberais consideram o corporativismo como ineficiente quando surgem cartéis protegidos pelo Estado porque induzem perdas de bem-estar e providência. Mas, de facto, o corporativismo não dificulta a introdução passo a passo de elementos de privatização de tal forma que entretanto seria mais certo descrever o sistema da saúde alemão como uma mistura de governação direta e mecanismos movidos pela lógica do mercado.

Em resumo pode dizer-se que o corporativismo no sistema de saúde alemão se caracteriza por uma série de pontos fortes, sobretudo as experiências de longa data de direção eficaz e coroada de êxito, o alto nível de participação e comprometimento dos parceiros corporativistas e também de independência do sector de saúde no seu conjunto devido à limitada influência imediata do Governo. Por outro lado, com as vantagens confrontam-se vários pontos fracos como a criação de viés institucionais e estimulação de interesses particulares, o aumento dos problemas de legitimidade dentro dos parceiros corporativistas e na opinião pública, a manutenção da hegemonia da medicina sobre todas as outras profissões da saúde e a pouca flexibilidade das políticas públicas. Com base nesta

9 - O IQWIG foi fundado em 2004 é comparável a outras instituições de avaliação da tecnologia da saúde como a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) nos Estados Unidos da América, a *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH) no Canadá, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) na Grã-Bretanha, a *Haute Autorité de Santé* (HAS) em França e o *Swedish Council for Health Technology Assessment* (SBU) na Suécia [12: 246].

análise podem detetar-se e analisar os problemas e desafios prioritários que o sistema de saúde alemão está a enfrentar atualmente.

7. Desafios atuais: exemplo dos Cuidados Primários de Saúde

Durante os últimos anos, a política de saúde na Alemanha tem-se confrontado com crescentes problemas na sua obrigação de salvaguardar o direito constitucional de acesso universal a cuidados médicos de qualidade para todos os residentes no país. Como em tantos outros países do mundo, a progressiva diminuição da força de trabalho médica nas áreas rurais ameaça a cobertura universal fora dos grandes centros urbanos. Embora o diagnóstico seja claro e as medidas necessárias para desacelerar o êxodo profissional do campo sejam amplamente conhecidos, introduzir as mudanças e dar os passos políticos necessários não é um desafio pequeno no sistema corporativista. Existe abundante evidência internacional que os cuidados de saúde primários (CSP) podem contribuir para reduzir os efeitos indesejáveis da transição social e demográfica, incluindo o êxodo rural, e que os sistemas de saúde estatais ou governamentais são mais eficazes na promoção dos CSP [13: 460ff].

Contudo, a imposição de uma política sensata e baseada em evidência origina desafios a vários níveis para o sistema político descentralizado alemão. Primeiro, a formação pré-graduada (universitária) dos médicos está sob responsabilidade dos *Länder* encarregados do sistema de educação. As prioridades regionais e institucionais das universidades dirigem-se crescentemente à visibilidade, excelência e reputação científicas, mas não aos CSP e à medicina rural. A estrutura descentralizada do sistema político alemão malogra os esforços e opções do Gover-

no central para impor prioridades nacionais na educação profissional em saúde.

Além da organização descentralizada do Estado, existem outros obstáculos para uma promoção decidida da atenção médico-rural que resultam diretamente do corporativismo. Por um lado são as Associações Regionais de Médicos Credenciadas das Caixas que têm o mandato de garantir o acesso aos cuidados ambulatoriais, incluindo os CSP, na respetiva região e, por último, em todo o país. Por outro lado, os Conselhos Médicos regionais são os órgãos responsáveis pela educação e formação pós-graduada dos médicos, incluindo os médicos de CSP. Estas duas condições restringem as possibilidades do Governo influenciar diretamente a priorização quantitativa e qualitativa da formação profissional e a distribuição geográfica de consultórios médicos.

Desafios adicionais derivam de dois problemas fundamentais do sistema da saúde alemão: em primeiro lugar vale a pena mencionar a relação hierárquica das profissões da saúde que se reflete na distribuição dos poderes no sistema corporativista. Os médicos ocupam indiscutivelmente a liderança dentro do sistema da saúde, não só porque todos os outros profissionais só podem prestar serviços indicados por um médico, mas também porque somente a profissão médica tem representação própria nos órgãos do autogoverno corporativista. Enquanto os outros grupos profissionais da saúde não alcançarem maior peso dentro do sistema de autogoverno da saúde, a sua inclusão nas soluções e reformas necessárias ficarão muito difíceis de atingir. Ao mesmo tempo, a crescente comercialização do sector da saúde através de reformas orientadas para o mercado reduz ainda mais as opções para reforçar os cuidados de saúde primários e a adaptação das políticas corporativistas às exigências reais do planeamento em saúde.

Bibliografia

- Obermann K, Müller P, Müller HH, Schmidt B, Glazinski B (eds.). *Understanding the German Health Care System*. Mannheim Institute of Public Health, Universidade de Heidelberg, Alemanha 2013 (http://miph.umm.uni-heidelberg.de/miph/cms/upload/pdf/GHCS_Kap_1.pdf).
- Bärnighausen T, Sauerborn R. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Social Science & Medicine* 2002 54 (10): 1559–1587
- OMS. Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. *Organização Mundial da Saúde, Ginebra, Suíça* 2010 (http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf).
- Giovanella L. *Entre a solidariedade e a subsidiaridade* [Tese de doutoramento]. Fio-cruz, Rio de Janeiro, Brasil 1998 (<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/EntreSolidariedade.pdf>).
- BMG. *Gesetzliche Krankenversicherung, Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Monatswerte Januar-Dezember 2016 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1)*, Stand: 29. Dezember 2016. Bundesministerium für Gesundheit (Ministério Federal da Saúde), Berlin 2016 (http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/161230_KM1_Januar_bis_Dezember_2016.pdf).
- Busse R, Blümel M. Germany. *Health System Review*. Health Systems in Transition 2014 16 (2): 1-296 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf).
- Kutzin J. *Health Financing Policy: A Guide for Decision-Makers*. Health Financing Policy Paper 2008/1. WHO EURO, Copenhagen, Dinamarca 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78871/E91422.pdf).

- Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad Saúde Pública* 2014 30 (11): 1-19 (http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/pt_0102-311X-csp-30-11-2263.pdf).
- Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet* 2017 (online first). DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31280-1 ([http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)31280-1.pdf](http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)31280-1.pdf))
- gBA1. The Federal Joint Committee: Who we are and what we do. *Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin, Germany* 2017 (<http://www.english.g-ba.de/structure>).
- gBA2. Legal mandate, procedures. *Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin, Alemanha* 2017 (<http://www.english.g-ba.de/legalmandate>).
- Drummond M, Schwartz S, Jönsson B, Luce B, Neumann, Siebert U, Sullivan S. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *Int J Technol Assessm Health Care* 2008 24 (3): 244–258. DOI: 10.1017/S0266462308080343 (https://www.researchgate.net/profile/Uwe_Siebert/publication/5251086_Response_from_the_authors_of_Key_principles_for_the_improved_conduct_of_health_technology_assessments_for_resource_allocation_decisions/links/00b7d52d026871a8b0000000.pdf).
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly* 2005 83 (3): 457-502 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x/epdf>; http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Starfield_Milbank.pdf).