

Reformas dos sistemas de saúde na Alemanha, França e Reino Unido: características institucionais, agentes sociais e arranjos políticos

Mariana Ribeira Jansen Ferreira¹

Resumo: Desde os anos 1980, os sistemas de saúde europeus vêm passando por várias reformas. O objetivo deste artigo é evidenciar quais os agentes sociais e os arranjos políticos em torno dessas mudanças, tanto em seu impulso como nos bloqueios em torno das reformas. O artigo apresenta como o Estado, os médicos, os parceiros sociais, a população, o setor privado e agentes com interesses específicos na saúde tiveram papel chave nas alterações aprovadas e nas que não foram aceitas nos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. Além disso, o artigo evidencia como os arranjos políticos de cada país, o que inclui desde a estrutura política institucional até os partidos políticos no poder, influenciaram essas mesmas reformas. Ao longo do trabalho, desenvolvemos a hipótese que a compreensão sobre as mudanças aprovadas (e as que não foram aceitas) passam pelo entendimento dos arranjos previamente existentes; dos agentes sociais com maior influência; e pelas especificidades dos arranjos políticos. Essas diferenças ajudam a compreender porque reformas semelhantes (como a inclusão do pagamento por resultado nos hospitais) ocorreram de forma e com intensidades diferentes em cada país estudado.

Palavras-chave: Reforma dos Sistemas de Saúde; agentes sociais; arranjos políticos; Alemanha; França; Reino Unido.

Reforms of health systems in Germany, France and the United Kingdom: institutional characteristics, social agents and political arrangements

Abstract: Since the 1980s, European health systems have undergone several reforms. The aim of this article is to highlight the social agents and the political arrangements around these changes, both in their impulse and in the blockades around the reforms. The article presents how the state, doctors, social partners, population, the private sector and agents with specific interests in health played a key role in the amendments approved and those that were not accepted in the German, French and British health systems. Moreover, the article shows how the political arrangements of each country, which includes everything from the institutional political structure to the political parties in power, influenced these reforms. Throughout the paper, we have developed the hypothesis that the understanding about the approved changes (and those that were not accepted) go through the understanding of the previously existing arrangements; of the social agents with greater influence; and the specificities of political arrangements. These differences help to understand why similar reforms (such as the inclusion of pay in hospitals) occurred in different ways and with different intensities in each country studied.

Key-words: Health Systems Reform; social agents; political arrangements; Germany; France; United Kingdom.

¹ Departamento de Economia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Rua Monte Alegre, 984, São Paulo, SP, Brasil, Cep : 05014-901. mariana.jansen@gmail.com

Introdução

Os sistemas de saúde alemão, francês e britânico passaram por importantes reformas desde a década de 1980. Por meio desse artigo, busca-se analisar as formas institucionais por detrás das mudanças e seus bloqueios. Esse fenômeno poder ser interpretado de três formas diferentes: a) existência de impasses institucionais, derivados do modelo de decisão de cada país, e espaço que os grupos contrários tiveram em influenciar e bloquear transformações profundas (*veto players*); b) *path dependency*, no sentido de que instituições tendem a ser estáveis, refratárias a mudanças (aceitando apenas alterações incrementais)^{1,2}; c) conjunto de instituições e valores em torno dos sistemas de saúde, cuja percepção é de que modificações podem resultar em sistemas piores após as reformas e, por isso, tendem a criar obstáculos às alterações^{2,3,4}.

As reformas nos sistemas de saúde analisados, entre os anos 1980 e 2016, tiveram caráter predominantemente incremental; apesar disso, algumas podem ser caracterizadas como *path shifting*, no sentido de que abriram possibilidade para novas mudanças, sendo parte de um processo de alterações mais profundas^{5,6}. A princípio, o fato de serem todos sistemas razoavelmente centralizados (principalmente na França e no Reino Unido) e hierarquizados teria permitido aos agentes centrais estatais a capacidade de realizar importantes alterações. No entanto, a amplitude dessas mudanças dependeu da força dos demais agentes sociais no sistema. No caso francês, por exemplo, a centralidade do Estado não lhe proporcionou a capacidade de superar facilmente a oposição médica a reformas que afetassem sua liberdade de atuação e de remuneração. Além disso, as conjunturas históricas foram fundamentais para propiciar cenários mais favoráveis a mudanças, como nos momentos de crise econômica mais acentuada (como na Alemanha, após a reunificação no começo da década de 1990) ou de maior força do partido político no poder, como no Reino Unido com Thatcher, após sua terceira vitória no final da década de 1980, ou nos momentos de formação de grandes coalizões políticas na Alemanha, nos anos 1990 e 2000.

O artigo está organizado em três partes. A primeira parte apresenta as expressões das relações institucionais e as características dos sistemas de saúde. A segunda parte identifica os agentes sociais mais relevantes que atuaram nos sistemas. A terceira parte aborda a caracterização mais geral dos arranjos políticos existentes em cada país³.

Na primeira parte, as expressões das relações institucionais foram definidas principalmente a partir dos parâmetros utilizados por André^{7,8}, referência da análise da Teoria da Regulação. Na segunda parte, a análise dos agentes sociais tem como objetivo

compreender como agentes específicos influenciaram as reformas dos sistemas de saúde; sendo assim, focamos naqueles que identificamos como tendo maior influência nas transformações ocorridas nas últimas décadas, seja como agentes proponentes das mudanças, seja como agentes de bloqueio do processo. Na terceira parte, a dimensão política trata de como o sistema político e a organização na esfera dos partidos políticos que estiveram no poder, nos respectivos países, influenciaram nas reformas dos sistemas de saúde.

Ao longo deste artigo, trabalhamos com a hipótese de que as mudanças dos sistemas de saúde desde a década de 1980, assim como as características que foram preservadas, devem ser compreendidas na interação entre os agentes sociais, considerando a expressão das relações institucionais e a dimensão política.

Essa análise é importante considerando a atual realidade brasileira e na qual mudanças importantes entre os atores sociais dominantes podem gerar alterações significativas nas políticas sociais, incluindo o SUS, nos próximos anos. Assim, a estrutura de análise permite que nos apropriemos de um referencial teórico relevante e compreendamos como esses movimentos ocorreram em outros países – embora, claro, dentro de contextos distintos.

1. Arranjos Institucionais

As características institucionais dos sistemas de saúde são resultantes do desenho geral do Estado de bem-estar social construído em cada país; das especificidades de posicionamento dos agentes sociais direta ou indiretamente envolvidos nos sistemas de saúde; dos desdobramentos da crise econômica a partir dos anos 1970 sobre seus respectivos sistemas.

O Quadro 1 apresenta as características dos sistemas no início da década de 1970 comparadas a 2014, a partir das seguintes variáveis institucionais selecionadas^{7,8,9,10}: estrutura do sistema de saúde; formas de financiamento; cobertura; organização do sistema ambulatorial e hospitalar; mecanismos de remuneração dos médicos ambulatoriais e hospitalares; Sistema de médico referência (presente ou ausente); escolha do paciente.

Quadro 1: Características institucionais selecionadas, Alemanha, França e Reino Unido comparação entre 1970 e 2014.

Caract. Institucionais	Período	Alemanha	França	Reino Unido
Financiamento (mecanismo predominante)	1970	Contribuições sociais - valor: cada Caixa	Contribuições sociais - valor: Estado	Impostos
	2014	Contribuições sociais - valor: Estado	Imposto específico (CSG)	Impostos
Sistema de saúde	1970	Seguro compulsório com Caixa atrelada à profissão	Seguro compulsório com Caixa atrelada à profissão	Nacional
	2014	Seguro compulsório com Caixa de livre escolha	Seguro compulsório com Caixa atrelada à profissão	Nacional
Cobertura	1970	Todos, com co-pagamento médio	Todos, com co-pagamento médio	Todos
	2014	Redução de cobertura de cuidado dentário	Todos, com co-pagamento elevado	Sem cobertura para óculos / baixa cobertura para cuidados dentários
Serviço ambulatorial - médico generalista	1970	Médico individual	Médico individual	Médico individual
	2014	Crescim. clínicas c/ grupos	Médico individual	Clínicas em grupo (CCGs)
Serviço ambulatorial - médico especialista	1970	Médico individual	Médico individual	Hospital público
	2014	Crescim. clínicas c/ grupos	Médico individual / clínicas privadas	Hospital público
Mecanismo de remuneração dos médicos - ambulatorial	1970	Pagamento por caso tratado	Pagamento por caso tratado	Pagamento por capitação/ato
	2014	Pagamento por ato/resultado	Pagamento por ato/resultado	Pagamento por ato/resultado
Mecanismo de remuneração dos médicos - hospitalar	1970	Salário	Salário	Salário
	2014	Salário/resultado	Salário	Salário/resultado
Mecanismo de remuneração dos hospitais	1970	Pagamento por diárias de utilização	Pagamento por diárias de utilização	Orçamento pré-definido
	2014	Pagam. por ato/DRG	Pagam. por ato/Teto orçamentário setorial/DRG	Pagam. por ato/Teto orçamentário setorial/DRG
Médico generalista - porta de entrada	1970	Não existia	Não existia	Compulsório
	2014	Existe, mas não obrigatório (maior co-pagamento sem uso de porta de entrada)	Existe, mas não obrigatório (maior co-pagamento sem uso de porta de entrada)	Compulsório
Escolha do paciente - médico generalista	1970	Livre	Livre	Limitado à região
	2014	Livre	Livre	Limitado à região
Escolha do paciente - médico especialista	1970	Livre	Livre	Limitado à indicação do GP
	2014	Livre	Penalização se não indicado por generalista	Livre
Escolha do paciente - hospital	1970	Livre	Livre	Limitado à indicação do GP
	2014	Livre	Livre	Livre

Fonte: Elaboração própria, a partir de conjunto bibliográfico^{7,8,9,10}.

Conforme apresentado no Quadro 1, o sistema alemão foi, e continua sendo, estruturado em torno dos trabalhadores, com financiamento via contribuição social em um sistema de seguro social organizado em torno de múltiplas Caixas. As reformas

retiraram a paridade na contribuição, fazendo com que os trabalhadores paguem percentual maior do que as empresas (em 2004/2007) e a quantidade de Caixas diminuiu para menos de 1/10, fruto de forte concorrência ocorrida após a liberação da competição entre elas, com liberdade de adesão pelos trabalhadores (em 1992). O sistema francês, que é também organizado com base em seguros, diversificou-se ao longo do tempo: o poder estatal frente às Caixas cresceu com as reformas, principalmente em termos de controle dos recursos no sistema (1996); a proteção ao trabalhador ampliou-se para toda população (2000) e o financiamento passou a depender cada vez menos das contribuições sociais, com a criação de impostos específicos, como a contribuição social geral, a CSG (1990). O sistema britânico, por sua vez, não sofreu modificações, mantendo-se sistema nacional, abrangendo toda população e sendo financiado mediante impostos.

Em termos de abrangência da cobertura, os três sistemas mantiveram a mesma lógica: a cobertura dos sistemas de saúde é definida em nível nacional na Alemanha e na França. No caso do Reino Unido, assim como ocorre em geral nos países com sistemas nacionais de saúde, não há uma definição prévia, com os termos legais garantindo a cobertura das “necessidades” que os pacientes apresentarem no NHS. No entanto, o controle sobre a cobertura é mais restrito, no que diz respeito aos medicamentos: nos três países, desenvolveram-se ao longo das reformas mecanismos de avaliação para inclusão de medicamentos na cobertura dos sistemas públicos, além do crescimento dos mecanismos de co-pagamento.

Em termos organizacionais, o acesso aos médicos modificou-se. Os sistemas que apresentavam anteriormente maior liberdade de escolha (Alemanha e França, mas principalmente no caso francês) criaram restrições, com o intuito de racionalizar o uso do sistema. No Reino Unido, cujo acesso sempre foi mediado pelo *gate-keeper*, foi ampliada a liberdade de escolha (para o médico especialista e o hospital). Além disso, o sistema britânico ampliou a organização do atendimento, principalmente no que diz respeito à atenção primária ambulatorial, em clínicas de atendimento, com maior integração do cuidado médico. Esse movimento ocorreu com menor intensidade na Alemanha e foi quase ausente na França. Em ambos os casos, manteve-se a predominância do atendimento ambulatorial em consultórios particulares.

2. Agentes sociais

Um ponto importante na análise comparativa das reformas diz respeito aos *agentes sociais*. Ao mapear os atores mais importantes, selecionamos para análise: o Estado; os médicos; os parceiros sociais (trabalhadores e empresas nos sistemas de seguro social); a população; os agentes privados (as seguradoras privadas de saúde e o setor farmacêutico); e alguns agentes sociais específicos, denominados como “atores programáticos”.

Inicialmente, cabe uma primeira diferenciação mais geral. Os sistemas de seguros sociais, como o alemão e o francês, pautados na organização, benefício e financiamento do sistema de saúde em torno do trabalhador, tem nos parceiros sociais (trabalhadores e empregadores) parte importante do arranjo dos sistemas – e suas reformas. Por sua vez, no caso britânico, os conflitos são, *grosso modo*, internos à esfera política – ainda que submetidos à pressão dos provedores de serviço, seja no que tange ao conjunto dos interesses dos médicos e outros trabalhadores do sistema, seja das instituições privadas que atuam no NHS. Esta internalização na esfera política é compreensível pela importância central do Estado no sistema, em seus três aspectos essenciais: financiamento, provisão de serviços e regulamentação^{11,12}.

O **Estado** é o agente social central no financiamento e organização, em todos os países que desenvolveram sistemas de saúde com objetivos de abrangência universal à população, seja mediante sistemas nacionais ou de seguros sociais^{13,14}. A França e o Reino Unido, com sistemas de saúde bastante centralizados no Estado, tiveram seus desenhos institucionais (financiamento, organização e gestão) definidos na esfera estatal. Em ambos os casos, a esfera executiva de poder foi preponderante tanto na definição inicial como nas reformas dos sistemas. Já no caso do sistema alemão, apesar da predominância corporativista dos parceiros sociais, o Ministério da Saúde sempre teve importante papel regulatório, além de intermediação entre as esferas de compradores (as Caixas do Seguro Social de Doença e as esferas estaduais) e provedores do sistema (hospitais e serviço ambulatorial)^{15,16,17}.

No caso da Alemanha e da França, sistemas pautados em uma organização do sistema de saúde por meio de Caixas, o Estado passou a ampliar sua participação já na década de 1970, frente à pressão financeira. As políticas de redução de custos vieram acompanhadas de maior controle estatal, com mudança mais profunda no caso francês, em que a criação da Lei de Financiamento da Seguridade Social (1996) tornou os gastos

com saúde submetidos à definição parlamentar e o Ministério da Saúde responsável pelo cumprimento do orçamento. Na França e no Reino Unido, a pressão para menores gastos recaiu também sobre os Ministérios da Finança. No caso alemão, a participação estatal se elevou, principalmente na reforma de 2007, com a determinação de uma taxa de contribuição social única definida pelo governo (modificando a autonomia das Caixas na definição da contribuição) e na gestão do Fundo único de financiamento, responsável pela realocação dos recursos arrecadados entre as Caixas^{18,19}.

As reformas também ampliaram a regulamentação dos sistemas de saúde. Ainda que parte dessa mudança tenha ocorrido mediante a criação de agências regulatórias independentes, os Ministérios da Saúde são, nos três países, responsáveis pela supervisão dos órgãos de regulamentação que foram criados nas reformas dos anos 2000: na Alemanha, com a criação da Comissão Federal Conjunta (G-BA) (em 2003), na França com o Alto Comissariado de Saúde – HAS (em 2004) e no Reino Unido, com o Instituto Nacional de Excelência Clínica – NICE (em 1999)^{19,20}.

Além do Estado, os **médicos** são, nos mais diferentes sistemas de saúde, um dos agentes-chave para seu funcionamento, reivindicando seu “monopólio” de conhecimento e habilidade para constituir este papel central²¹. Nos três países estudados, os médicos desenvolveram fortes organizações sindicais. Além disso, organizaram outras fontes de influência no sistema: na Alemanha, mediante as negociações diretas com as Caixas de Saúde; no Reino Unido, pela elevada presença em todos os órgãos administrativos e regulatórios; na França, por meio da direta participação política, com diversos médicos atuando como membros do Parlamento francês^{13,22,23,24}.

Na década de 1980, as reformas para redução de custos na Alemanha e na França tiveram oposição dos médicos, inclusive se unindo à indústria farmacêutica, a fim de bloquear a imposição, por parte dos governos, de listas de medicamentos. No entanto, a distinta inserção histórica gerou posicionamentos diferentes. Enquanto, no caso alemão, os médicos tenderam a reforçar seus laços com as Caixas de Saúde, em virtude da responsabilidade de ambos pela sustentabilidade financeira do sistema, no francês, os médicos se isentaram desse tipo de responsabilidade, dado que ela pertencia ao Estado. Além disso, na França, considerando o objetivo do governo de que a tarifa recebida pelos médicos (a convenção coletiva) não se tornasse muito elevada, os médicos ambulatoriais pressionaram para poder cobrar dos pacientes valores maiores (do que o estipulado na convenção coletiva), o *dépassement honoraire*^{17,25,26}.

No Reino Unido, os médicos foram bastante influentes nas primeiras reformas do período Thatcher. Em 1979, como um dos primeiros atos do governo com relação ao NHS, o governo atendeu uma reivindicação da categoria, de que todos os médicos contratados pelo sistema pudessem atender, por tempo parcial, pacientes privados. No entanto, os médicos foram excluídos do processo decisório em torno da reforma do mercado interno (1989-1991)^{22,23,27}.

Nos três países, posições distintas entre os clínicos gerais e os médicos especialistas os colocaram em lados opostos frente a reformas. A reforma do mercado interno britânico teve apoio dos clínicos gerais, que reforçaram sua centralidade no sistema. Da mesma forma, na reforma alemã Seehofer (1992) e no Plano Juppé, na França (1996), os clínicos gerais apoiaram as reformas, na expectativa de que o governo reforçaria o papel destes médicos como centro do sistema, ao criar a figura do *gate-keeper*, ainda inexistente nestes países²³. Em sua aprovação, estas três reformas acabaram representando uma fragilização do poder médico nos sistemas, dado que aumentaram o controle financeiro sobre os médicos e ampliaram a regulamentação estatal.

No entanto, esta perda de autonomia não deve ser sobrevalorizada. No caso britânico, os clínicos gerais se fortaleceram com a reforma. Os médicos franceses na esfera ambulatorial, por sua vez, foram capazes, mesmo após a aprovação do controle direto do orçamento da saúde pelo Parlamento, de preservar a maior parte de sua autonomia. Enquanto o controle dos gastos hospitalares (que já vinha sendo adotado) foi ampliado, aquele sobre os gastos ambulatoriais, especialmente os relacionados diretamente às consultas e recomendações médicas (de exames e medicamentos), mostrou-se difícil de ser cumprido. Por sua vez, no caso alemão, os ajustes foram mais facilmente aceitos, diante da maior propensão dos médicos em os aceitarem, dada sua relação direta com as Caixas de Saúde dentro do modelo corporativista^{13,24,25,28,29}.

Um terceiro agente social que merece destaque são os **parceiros sociais**. Esta expressão é utilizada na Alemanha e na França para designar o papel dos sindicatos dos trabalhadores e patronal, que historicamente financiavam e geriam grande parte dos sistemas de saúde, adquirindo centralidade – o que não ocorre no sistema nacional de saúde britânico^{30,31}. O desenho institucional das Caixas de Saúde conformou-se, após a Segunda Guerra Mundial, de forma distinta na Alemanha e na França. No sistema alemão, as Caixas do Seguro Social de Doença possuíam liberdade para definição do valor das contribuições sociais pagas pelos parceiros sociais, assim como o valor pago aos prestadores dos serviços de saúde, o que não ocorria no caso francês (país em que ambos

os valores eram definidos pelo Estado)^{13,16}. Com isso, os parceiros sociais alemães tinham um poder maior do que os franceses.

A partir da década de 1980, os governos propuseram (em 1997 na Alemanha e em 1980 na França) a implementação de tetos orçamentários para os gastos ambulatoriais. No caso francês, a tendência inicial foi rejeitar qualquer mudança no financiamento e na gestão das Caixas, com os parceiros sociais se unindo aos médicos. Tal união foi sacramentada em uma aliança singular entre o principal sindicato médico (CSMF) e o principal sindicato geral dos trabalhadores (CGT) na época, fazendo com que a proposta fosse abandonada^{13,23}.

No caso alemão, a proposta de teto foi acompanhada de uma ampliação do poder regulatório das Caixas, que passaram a ter igualdade de condições com os médicos para definição da provisão de serviços ambulatoriais, retirando esse planejamento da exclusividade médica (como era desde 1931). Além disso, a criação de comitês conjuntos entre Caixas e médicos ampliou as decisões cuja aprovação passava pela avaliação de ambos. Nesse sentido, as reformas adotadas ao longo dos anos 1980 tenderam a modificar a estrutura, transferindo poder dos médicos para as Caixas de Saúde e seus parceiros sociais^{20,25}.

O maior empoderamento dos parceiros sociais alemães fez com que eles tenham sido, no início da década de 1990, proponentes das principais mudanças no sistema de saúde do país, como no caso da reforma de 1992. Apesar de a reforma ter induzido uma forte redução na quantidade de Caixas, com a fusão de várias delas (reduzindo para menos de 1/10, de mais de 2.000 para menos de 200, ao longo de 20 anos), este movimento reduziu a fragmentação do sistema e tornou as Caixas que restaram mais influentes^{25,32}. No entanto, o poder decisório dos parceiros sociais diminuiu dentro do sistema, principalmente após duas mudanças: a distribuição de recursos entre as Caixas foi centralizada em um Fundo único de Financiamento (reformas de 1997 e de 2007) e o governo definiu uma contribuição social igual entre as diferentes Caixas (2007-2009), retirando seu poder discricionário³¹.

No caso francês, a década de 2000 marcou uma redução na importância das Caixas enquanto agentes sociais, principalmente no que se refere à regulamentação no sistema. A criação da Alta autoridade de saúde, na reforma de 2004, e das agências regionais de saúde, em 2009, transferiu a responsabilidade pela definição dos setores prioritários de aplicação de recursos na saúde, assim como de avaliação de sua efetiva adoção, dos parceiros sociais para essas novas instituições²⁶.

Um quarto agente social que merece destaque é a **população**. Em pesquisas realizadas sobre os três sistemas de saúde^{33,34}, identificou-se claro apoio (mais de 70% da população) à manutenção de sistemas públicos, com atendimento garantido a todos. Este apoio é um fator relevante de pressão na tomada de decisão em torno das reformas implementadas nos sistemas. O Reino Unido é um caso explícito disso. Conforme apontado na análise político-partidária (item 3), na tomada de decisão do governo Thatcher com relação a modificar o NHS na década de 1980, um dos fatores relevantes para a preservação de suas principais características foi o forte apoio popular ao sistema¹. Na Alemanha, a rejeição da população frente às reformas de 1992 e 1997, principalmente no que tange à ampliação dos mecanismos de co-pagamento, foi um dos fatores que contribuíram para a perda da maioria pelo partido Conservador (CDU/CSU) no Parlamento, nas eleições de 1998^{15,30}.

Ainda assim, o apoio tende a ser mais explícito no que tange a um sistema público no sentido do financiamento, do livre acesso, do que na prestação dos serviços de saúde. No Reino Unido, a adoção do “mercado interno” (1989-91) não provocou clara rejeição da população. Uma pesquisa realizada, em 2011, mostrava que 38% dos britânicos se opunham a participação privada na oferta dos serviços no NHS, mas 31% eram a favor (e o restante não sabia opinar)^{22,35}.

Nesse sentido, compreende-se, ao menos no que diz respeito a esse agente social, porque mudanças na oferta de serviços foram mais fáceis no Reino Unido do que em seu financiamento. Além disso, cabe contextualizar que este parcial apoio está inserido em um amplo e longo processo fomentado pelo governo e pela mídia de que alterações mercantis no NHS britânicos eram essenciais para que ele se tornasse mais eficiente e de maior acesso.

Além do maior ou menor grau de apoio da população ao sistema, destacamos como os usuários diretos do sistema de saúde modificaram (e foram modificados) pelas reformas nas últimas décadas.

A representação dos pacientes por meio de instituições (normalmente, organizações sem fins lucrativos) ganhou força a partir da década de 1980, inicialmente atrelado a condições de saúde específicas, como a AIDS. Ao longo dos anos 1990 e 2000, as instituições de representação dos pacientes se proliferaram, atuando junto aos governos nacionais, supranacionais, Caixas de Saúde e à indústria farmacêutica³⁶. Esse movimento gerou um novo “status” aos usuários dos sistemas, com maior influência sobre as reformas e com suas necessidades percebidas como “demandas de consumidores”. Um

aspecto comum nas reformas tem sido a ampliação da gama de escolha dos pacientes. A Alemanha implementou, nos anos 1990, a livre escolha entre as Caixas de Saúde existentes – antes a filiação era compulsoriamente relacionada à profissão e local de moradia. No Reino Unido, ampliou-se a escolha dos hospitais, principalmente a partir de 2005, quando os usuários passaram a escolher diretamente entre ao menos cinco opções de hospitais³⁷.

Cabe destacar que, concomitante à ampliação na escolha, o usuário se tornou também, de forma crescente, responsável por sua saúde. Essa lógica serviu como embasamento para aumentos cada vez maiores (em valor e em abrangência) dos mecanismos de co-pagamento, vistos como uma forma de racionalizar o uso do sistema.

Os agentes sociais privados também merecem destaque para a compreensão das reformas dos sistemas de saúde. A participação direta do setor privado, na provisão de serviços e no financiamento, cresceu com as reformas implementadas. Destacamos a relevância e pressão das **seguradoras privadas de saúde**.

A partir da década de 1980, seguradoras privadas lucrativas e fundos de pensão ingressaram no sistema de saúde francês e britânico. No caso do Reino Unido, este movimento influenciou duas mudanças, já nos anos 1980: primeiro, a ampliação da liberdade de atendimento dos médicos a pacientes privados (dado que a forte restrição que existia antes tornava pouco vantajoso a obtenção do seguro privado). Segundo, a demanda por isenções ou ao menos reduções fiscais para os pacientes com seguros privados. A reforma do “mercado interno”, de 1989, aprovou abatimentos no imposto de renda para segurados privados com mais de 60 anos. Ainda que essa medida tenha sido extinta em 1997, ela explicitou o poder das seguradoras privadas em influenciarem as reformas²⁷.

Na França, a pressão do setor privado complementar também influenciou duas reformas. Na reforma de 2004, as seguradoras privadas passaram a participar de decisões sobre as definições de cobertura e valores reembolsados pela Seguridade Social, além de possuírem poder de veto (em algumas circunstâncias) na negociação entre a Seguridade Social e os profissionais de saúde. Além disso, a aprovação em 2013 da obrigatoriedade, para empresas com mais de 100 funcionários, de garantirem um seguro complementar aos seus funcionários, fez com que o seguro complementar “voluntário” tenha se tornado, oficialmente, parte integrante do sistema de saúde^{26,29}.

O caso alemão é um pouco distinto. As reformas realizadas, principalmente nos anos 2000, tenderam a reduzir a liberdade dessas instituições. As seguradoras privadas,

que até então podiam definir suas tarifas (na prática, o percentual de contribuição social sobre os salários) com base em diversos critérios (idade, sexo, doenças preexistentes), passaram, na reforma de 2000, a ter que garantir um pacote mínimo de serviços com base em uma “tarifa padrão”, definida pelo governo. Essa tarifa era oferecida, obrigatoriamente, para todas as pessoas com mais de 65 anos e que já fizessem parte da mesma Caixa privada por pelo menos 10 anos. Este movimento foi aprofundado na reforma de 2007, que substituiu a “tarifa padrão” por uma “tarifa básica”, que deveria ser ofertada inicialmente para todos os segurados, com um valor de contribuição que não poderia ser maior do que o teto do sistema público-estatutário e nem considerar as condições prévias de saúde no cálculo da contribuição paga (somente idade e sexo)³⁸.

Outro agente privado que merece destaque é a **indústria farmacêutica**. Os governos dos três países criaram limites para gastos com medicamentos desde os anos 1980, mediante a criação de listas positivas (apresentando quais medicamentos seriam cobertos pelo sistema público de saúde) ou negativas (explicitando apenas as drogas excluídas de cobertura). Em todos os casos, a forte pressão da indústria levou à redução dos medicamentos não cobertos pelo sistema (Reino Unido e França) ou a sua intermitente adoção e suspensão (como no caso alemão, com suspensão em 1996, reintrodução na reforma de 2000, para sofrer novo cancelamento em 2002)^{15, 27, 29}. A fim de endossar as listas, todos os países criaram, entre o final da década de 1990 e meados dos anos 2000, agências responsáveis pela avaliação de todo novo medicamento cobertos pelos sistemas, por meio do aprofundamento do uso de métodos de avaliação com base em premissas custo-efetividade³⁹.

Além disso, os governos modificaram as políticas de definição do preço dos medicamentos, buscando ampliar a produção de genéricos e similares. A determinação dos medicamentos cobertos pelos sistemas e dos valores pagos geraram fortes reações da indústria, com processos judiciais e mesmo ameaças de algumas empresas de retirarem sua produção do país em questão. Isto ocorreu na Inglaterra, frente a decisões do *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) pela não recomendação do uso de alguns medicamentos pelo NHS, e na França, como no episódio de negociação de preços de medicamentos em 2002, quando a Pfizer ameaçou retirar sua produção do país por não concordar com os preços propostos pelo governo pelos novos medicamentos^{39, 40}.

Nos três países, é possível identificar a influência da indústria farmacêutica nas reformas, especialmente nas políticas que objetivaram controlar os gastos com medicamentos. No Reino Unido, uma grande proporção de cientistas que atua nos órgãos

de regulamentação é originária da indústria farmacêutica – e alguns voltam a atuar nestas empresas, após alguns anos nos órgãos regulatórios. Na Alemanha, a influência não ocorre de forma tão direta, mas nas esferas de decisão das políticas, tendo em vista a capacidade da indústria de angariar apoio junto a partidos políticos (como o partido Liberal) e instâncias políticas de decisão (*Bundestag*). Além disso, mesmo no âmbito da União Europeia, a indústria farmacêutica possui representantes diretos na Agência Europeia de Medicamentos e na tomada de decisão sobre a liberação da produção dos medicamentos que lhe interessam.

Além dos agentes sociais tradicionais, é possível identificar, em um nível menor de abstração, o papel de “novos” agentes sociais, que influenciaram de maneira direta nas reformas dos sistemas de saúde. Em uma série de trabalhos desenvolvidos por um grupo de pesquisadores^{31,41}, os autores desenvolveram a hipótese de que a compreensão sobre as reformas nos sistemas de saúde passa pela conformação, nos três países estudados, de “**atores programáticos**”. Este novo agente é marcado por duas características gerais: ter um projeto concreto em comum (possuem recursos, ideias e propósitos específicos) e a possibilidade de realizarem decisões políticas diretas (possuem poder institucional).

Para além desta caracterização geral, estes grupos possuem especificidades em cada país. Na França, atuam como uma elite programática, formada por servidores públicos antigos do sistema, especialmente médicos e parceiros sociais, cujo conhecimento lhes proporcionou, historicamente, papel de destaque na tomada de decisões. Ao longo dos vinte anos entre meados das décadas de 1980 e 2000, este grupo teve um importante efeito sobre o direcionamento do Estado de bem-estar. Enquanto cresceram os mecanismos de mercado, as privatizações e diferentes instrumentos de contestação da forte ação do Estado francês, no que diz respeito às políticas sociais, a ação estatal ampliou sua relevância. No caso específico do sistema de saúde, diversas políticas implementadas neste setor (como a adoção do teto orçamentário hospitalar, em 1983, a implementação da cobertura universal de saúde, em 2000, e mesmo a adoção do orçamento anual, em 1996-97) estão diretamente relacionadas com propostas realizadas por esta elite programática, dentro do contexto de pressão orçamentária que fazia com que antagonizassem com o Ministério de Finanças⁴¹.

Na Alemanha, o grupo forma uma coalizão programática, com agentes sociais das mais distintas “origens” (Parlamento, estados, partidos políticos, academia, etc.), tendo em comum interesses no setor e uma visão do que deveria ser modificado. Estas concepções, formuladas em debates parlamentares desde o final da década de 1980,

influenciaram diversas reformas que foram aprovadas: maior concorrência entre as Caixas de Saúde e autonomia na contratualização dos prestadores de serviços (reformas de 1992, 1997, 2000 e 2003); mudanças nos honorários médicos, com inclusão de pagamentos variáveis por desempenho (1997 e 2007); modificação na remuneração hospitalar, com adoção do pagamento por resultado (2000).

No Reino Unido, pode-se identificar um grupo programático associado a especialistas acadêmicos e gestores, que formaram equipes de assessoramento junto aos Primeiros-ministros e Ministros da saúde. A presença destes profissionais ocorreu, de forma geral, com permanências curtas, sem a constituição de traços profundos de relação política como na Alemanha e, principalmente, na França. A maior parte dos acadêmicos (em sua maioria, economistas da saúde) e gestores eram relacionados com grandes instituições internacionais e com forte influência das experiências e teorias internacionais advindas dos Estados Unidos^{31,41}.

Considerando-se as características e circunstâncias nos três países, podemos apontar que os atores programáticos tiveram relevância nas reformas dos sistemas de saúde, mas de maneiras muito distintas. Enquanto na França a elite programática foi importante fonte de bloqueio de mudanças no sistema de saúde, no caso britânico, o grupo programático influenciou para que ocorressem reformas mais profundas. Já na Alemanha, a coalizão programática teve papel distinto dependendo das circunstâncias e das propostas envolvidas: em alguns casos, estimulou e, em outros, atuou na restrição às mudanças.

3. Arranjos políticos

A compreensão da arena política na qual as decisões são tomadas é importante, dado que as diferenças entre os *sistemas políticos* presentes, assim como dos *partidos-políticos no poder*, são fundamentais no desenho das reformas, na forma como foram adotadas e nos espaços de veto presentes em cada país.

Na França e no Reino Unido, um executivo forte, ainda que pautado em estruturas muito diferentes, permitiu aos respectivos governos maior capacidade de imposição das reformas. Por sua vez, na Alemanha, um sistema parlamentarista, de difícil constituição de maioria por somente um único partido, exigiu a formação de diversas coalizões formais ou informais para aprovação de reformas.

Além disso, é possível identificar uma correlação entre as principais características das reformas e os partidos políticos no poder. Nas reformas implementadas entre o fim dos anos 1980 e a primeira metade da década de 1990, a predominância foi de políticas voltadas à ampliação da concorrência, à diversificação de prestadores de serviços (incluindo o setor privado) e à implementação de mecanismos de livre escolha para os pacientes. Todas essas medidas, de caráter mais liberal, foram implementadas por governos de partidos de direita: o governo conservador britânico de Thatcher (1979-1990), o cristão-democrata alemão Kohl (1982-1998) e o partido UMP francês com Chirac (1986-1988).

Por sua vez, nos anos de 1997 e 1998, partidos de centro-esquerda obtêm vitórias nos três países: o (Novo) Trabalhista de Tony Blair no Reino Unido, a aliança plural de esquerda (socialistas, comunistas e verdes) na França e a coalizão socialdemocrata (SPD) e do Partido Verde com Schröder, na Alemanha. Estas vitórias são associadas a políticas de ampliação da regulamentação estatal e de integração dos serviços de saúde. No entanto, os programas implementados nos três países eram bastante distintos da socialdemocracia “tradicional” do pós-guerra, sendo identificadas, na Alemanha e no Reino Unido, como uma “terceira via”^{6,42}.

As reformas dos anos 2000, por sua vez, não tinham um direcionamento claro entre ideologia e tipo de reformas. O governo trabalhista britânico implementou políticas de concorrência, ao mesmo tempo em que aumentou os recursos para o sistema de saúde. O governo francês, com períodos socialistas e conservadores no poder, ambos ampliaram a universalidade (com a criação da cobertura universal, em 2000, que permitiu à população de baixa renda acessar o sistema independente do pagamento de contribuições sociais), porém expandiram a participação privada no sistema. Por sua vez, no caso alemão, a predominância no poder do partido conservador (CDU/CSU), com Merkel, gerou tanto maior concorrência entre as Caixas e responsabilização dos trabalhadores (maior alíquota de contribuição social) e dos pacientes (maiores co-pagamentos), como a ampliação de mecanismos mais solidários de financiamento (impostos) e a obrigatoriedade de inclusão de toda a população no sistema.

Algumas das características políticas específicas de cada país merecem maior detalhamento. No Reino Unido, a vitória do partido Conservador nas eleições de 1979 e sua longa permanência no poder (1979-1997) foram possíveis devido à fácil adesão do projeto “neoliberal” em um país em que diversas características institucionais já eram liberais e em que o desgaste do Partido Trabalhista (no poder entre 1974-1979), em meio

à crise econômica, deslegitimou as políticas mais intervencionistas do Estado⁴². Além disso, a estrutura do sistema político britânico também facilitou a imposição das políticas planejadas pelo governo Thatcher. Isso ocorreu em decorrência de três características: o sistema político britânico gera, quase sempre, uma maioria parlamentar controlada por um único partido (*first past the post*); há forte relação entre o executivo e o legislativo, com o executivo tendo controle da fidelidade partidária dos membros de seu partido no legislativo; a estrutura política não gera muitos espaços de veto. Considerando estes traços, as propostas do governo Thatcher tinham uma aprovação quase automática no Parlamento, com forte “fidelidade partidária”²².

O governo Thatcher realizou profundas reformas neoliberais já em seus primeiros anos no poder, principalmente no que se referia à inserção do Estado na economia. O NHS, no entanto, não passou por grandes alterações em seus dois primeiros mandatos, em decorrência principalmente do amplo apoio da classe média britânica. No entanto, a terceira vitória seguida (em 1987) ampliou o poder do governo Conservador. Este cenário, associado à disseminação de ideias de que mecanismos de “eficiência de mercado” poderiam melhorar o NHS, criou as condições para uma transformação importante no sistema, encarnada na reforma do “mercado interno” (1989-1991)³⁰.

Por sua vez, quando o Partido Trabalhista assumiu o poder, em 1997, houve um compromisso em aumentar de forma significativa os recursos do NHS, sendo que, entre 2000 e 2010, o gasto público com saúde aumentou de 5% para 7,2% do PIB⁴³. Já entre 1997 e 2005, o partido adotou as parcerias público-privado para construção de novos hospitais no NHS. Ao retomarem os princípios de Thatcher de concorrência e participação privada, ampliaram a possibilidade de hospitais públicos tornarem-se *foundation trusts*, aumentando a provisão de serviços privados, pela constituição do *Independent Sector Treatment Centres* (ISTC)²⁸.

Essa adoção por parte do partido Trabalhista, de políticas criadas pelos conservadores, possui algumas explicações. Primeiramente, mudanças institucionais deixam marcas que são dificilmente revertidas (passíveis de explicação via *path dependency*), como no caso do “mercado interno” no NHS. Em segundo lugar, a adoção de preceitos “neoliberais” na década de 1980 enraizou uma determinada visão sobre as políticas sociais. Este fator nos remete a um terceiro motivo, qual seja, a diferença entre as visões dos partidos não é tão ampla, com os preceitos da “terceira via” aproximando-se em vários pontos dos princípios liberais^{4,28,32}.

Tanto o governo trabalhista britânico como o socialdemocrata (SPD) alemão utilizaram-se, entre a segunda metade da década de 1990 e a primeira de 2000, da concepção de “terceira via”. No que concerne aos sistemas de saúde, isto significou que as propostas encampadas por Blair (1997-2007) e Schröder (1998-2005) consistiam, a princípio, de uma aparente composição de princípios liberais e socialdemocratas.

De um lado, ambos defendiam a prioridade na ampliação da qualidade e da garantia de acesso ao sistema, sob responsabilidade do Estado. Por outro lado, a incorporação de mecanismos de mercado (maior concorrência, controle de qualidade por instituições regulatórias independentes, entendimento do paciente como consumidor) era vista como importante para aumentar a eficiência, assim como a importação de experiências internacionais relevante para melhorar o funcionamento de seus respectivos sistemas de saúde. Em ambos os casos, políticas de saúde mais associadas à redução dos co-pagamentos e aumento de recursos fiscais para financiamento da saúde, na Alemanha, e aumento de recursos para o sistema e redução da lógica de mercado interno, no Reino Unido, foram adotadas nos primeiros dois anos no poder. No entanto, tais políticas foram sendo, paulatinamente, suplantadas por políticas liberais³².

Na Alemanha, a preocupação com a contenção de custos no sistema de saúde, que já estava presente no governo conservador anterior, manteve-se durante o governo Schröder. No Reino Unido, por sua vez, a plataforma de melhoras sociais do Partido Trabalhista representou, no NHS, um compromisso com a ampliação de recursos no sistema, a fim de melhorar sua qualidade e reduzir suas filas de espera. Nestes dois países, as diferenças de comportamento podem ser compreendidas pelos contextos distintos, em meados da década de 1990. Na Alemanha, o aumento do desemprego, associado com os impactos da reunificação, o acirrado debate sobre o envelhecimento populacional e mudanças no sistema previdenciário, fizeram com que a preocupação com a qualidade do sistema de saúde ficasse à margem do debate político. A situação anterior de grande densidade médico-paciente e a elevada proporção de recursos que era alocado para o sistema, tornaram a preocupação com a contenção de custos predominante. Já no caso britânico, o menor gasto com saúde e uma das mais baixas relações médico-paciente na Europa, tornava a pressão pela melhor qualidade muito mais acentuada. Em ambos os casos, os partidos de centro-esquerda adotaram medidas mais próximas das expectativas de seus eleitores da classe média: foco na melhora da situação econômica alemã e nas condições sociais, no Reino Unido.

No caso alemão, a aprovação das reformas dependeu de uma estrutura política muito mais complexa: seu sistema eleitoral proporcional dificulta a formação de maioria absoluta parlamentar e sua estrutura federativa permite aos estados poder de veto no *Bundesrat* (Câmara Federativa). Com isso, a necessidade de consensos, mediante a formação de coalizões, é muito mais forte do que no Reino Unido. Isso fica bem claro nas reformas do sistema de saúde. Em anos em que os principais partidos políticos (CDU/CSU e SPD) formaram alianças, as reformas foram aprovadas. Isso ocorreu mediante alianças pontuais em torno das reformas de 1992 e 2003, e com a presença de uma efetiva coalizão no poder durante a reforma de 2007. Por outro lado, em momentos em que o governo no poder teve dificuldades de convencer a oposição das propostas feitas, a oposição funcionou como um *veto player*^{41,42}.

Enquanto, na Alemanha e no Reino Unido, as posições político-partidárias e a própria estrutura política foram elementos essenciais para a compreensão das reformas nos sistemas de saúde, na França estas características não foram tão importantes. A compreensão sobre as reformas é muito mais atrelada ao posicionamento dos diferentes agentes sociais (item 2). Caso emblemático disso são os médicos: a presença deles em vários partidos políticos é, em diversas reformas, mais importante para entender a votação parlamentar do que visões distintas entre os partidos.

Ainda assim, não se pode subestimar por completo as características políticas do país. O formato da Vª República, implementada desde 1958, é relevante ao ter ampliado os poderes da esfera executiva de poder, criando um sistema semipresidencialista *sui generis*, com executivo independente. Com o fortalecimento, este pôde legislar no caso das políticas de saúde, mesmo sem ratificação parlamentar²¹. A negociação para aprovação do Plano Juppé (1996) é bastante emblemática nesse sentido: o plano, inicialmente, iria para votação no Parlamento; no entanto, dada a forte reação da oposição e da opinião pública, foi retirada sua parte mais polêmica (que dizia respeito à reforma da previdência) e ele foi implementado diretamente pelo executivo²³. Este episódio demonstra, de um lado, a força da pressão da oposição e da população e, de outro, a capacidade de a esfera executiva impor mudanças nas políticas de saúde.

Outro ponto político relevante é em termos de identificação entre partido-político e tipo de reformas. É possível observar uma maior relação entre a presença do Partido Socialista francês no poder e a implementação de políticas de universalização do sistema. Por exemplo, a “elite programática” de funcionários públicos, que defendia a maior preservação do sistema constituído no pós-guerra (item 2), teve maior capacidade, entre

1992 e 2002, de impor sua agenda durante os períodos em que o Partido Socialista esteve no poder. As reformas precisaram do apoio de alguns parlamentares da oposição para serem aprovadas, mas isto foi possível com a adesão dos médicos que estavam em partidos oponentes. Este apoio permitiu: a criação de agências voltadas a políticas de prevenção e acompanhamento sanitário; definição de direitos dos pacientes (constituição do conceito de democracia sanitária); a adoção da terminologia de “segurança sanitária”. Além disso, o conceito de “serviço público hospitalar” (e de priorização na contratação de instituições públicas), retirado no governo de direita de Sarkozy, foi retomado pelo governo socialista de Hollande, em 2012²⁶.

As características apresentadas não tiveram o intuito de esgotar a análise sobre as possíveis relações entre a estrutura política estatal, o posicionamento político-partidário e as reformas nos sistemas de saúde. Ainda assim, algumas conclusões importantes são possíveis. Em todos os países, a estrutura política é relevante para aprovação ou bloqueio das reformas, sendo mais explícito na Alemanha, cujas particularidades na necessidade de formação de coalizões torna os posicionamentos político-partidários mais em evidência do que na França e no Reino Unido. Nestes países, a capacidade de imposição (do Presidente e do Primeiro-ministro, respectivamente) torna o partido no poder mais soberano sobre o desenho das reformas. Além disso, em termos de posicionamento ideológico dos partidos, ainda que seja possível uma identificação entre maior preocupação com a preservação da universalidade dos sistemas e a presença de partidos de centro-esquerda no poder, nos três países, esta correlação foi se tornando cada vez mais frágil, o que se torna explícito com a “terceira via” no poder, nas décadas de 1990 e 2000. Isto porque, independente do partido no poder, a adoção de mecanismos de mercado foi crescente, mesmo em períodos, como na segunda metade da década de 1990, de melhora das condições econômicas.

Conclusão

Considerando as três características apresentadas nesse artigo, as especificidades institucionais, os agentes sociais e os arranjos políticos, podemos afirmar que, na Alemanha, a compreensão sobre as reformas passa pela esfera política e pela estrutura corporativa do sistema. A capacidade de pressão dos agentes envolvidos diretamente no sistema de saúde sempre esteve subjugada às coalizões político-partidários. Nos momentos em que foi possível um acordo entre os partidos, como para as reformas de 1993 e 2003, a oposição dos prestadores de serviços não foi capaz de bloquear as

mudanças. Ainda assim, é essencial destacar a importância da estrutura corporativista, não só em termos da articulação dos parceiros sociais na gestão das Caixas, mas também na relação com os prestadores de serviços.

No Reino Unido, por sua vez, a esfera política também é predominante, tanto pela centralidade do Estado enquanto agente social, característica institucional marcante do sistema, como pelo desenho político do país, com predominância do executivo na imposição das reformas. Já o caso francês se diferencia mais dos outros dois países; os agentes sociais têm maior capacidade de influência sobre o sistema, com relevância maior do que a estrutura política estatal e a relação político-partidária. Dentro dessa lógica, destacam-se, dentre os agentes sociais, os médicos e a parcela do Estado comandada pela “elite programática”. Enquanto agentes que tiveram como princípio preservar, mais do que modificar o sistema, esta parcela da burocracia estatal e os médicos foram uma importante fonte da maior inércia institucional no sistema de saúde francês.

Referências

1. Pierson P. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
2. Wilsford D. Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2010 Aug; 35 (4): 663-680.
3. Oliver A, Mossialos E. European Health Systems Reforms: Looking Backward to See Forward? *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005 Feb-Apr; 30 (1-2): 8-28.
4. Grignon M. A Democratic Responsiveness Approach to Real Reform: An Exploration of Health Care Systems' Resilience. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2012 Aug; 37 (4): 665-676.
5. Palier B, BONOLI G. Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale. *Revue française de science politique*. 1999; 3: 399-420.
6. Amable B. *Les cinq capitalismes: diversité des systèmes économiques et sociaux dans la mondialisation*. Paris: Éditions du Seuil; 2005.
7. André C. Les systèmes de santé européens en longue période. *Revue de la régulation*. 2015 1er semestre; 17.

8. André C. Les transformations contemporaines des politiques de santé en Europe. Cepremap; 2004.
9. Paris V, Devaux M, Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers. OECD Publishing 2010; 50.
10. Björkman J. W. Reformas de saúde em perspectiva comparada - uma questão sem fim...ou uma busca improvável. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14 (3): 763-770.
11. Palier B. Les évolutions des systèmes de protection sociale en Europe et en France: une perspective institutionnelle comparée. *Pouvoirs*. 1997; 82: 147-166.
12. Schmid A, Cacace M, Götze R, Rothgang H. Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and the Emergence of “Hybrid” Health Care Systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2010 Aug; 35 (4): 455-486.
13. Coudreau D. Les partenaires sociaux, l'État et la régulation de l'assurance maladie (1967-2003). *Chronique d'un échec. Les Tribunes de la santé*. 2004; 4: 39-49.
14. Newman J, Kuhlmann E. Consumers enter the political stage? The modernization of health care in Britain and Germany. *Journal of European Social Policy*. 2007; 17 (2): 99-111.
15. Altenstetter C, Busse R. Health Care Reform in Germany: Patchwork Change within Established Governance Structures. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005 Feb-Apr; 30 (1-2): 121-142.
16. Rochaix L, Wilsford D. State Autonomy, Policy Paralysis: Paradoxes of Institutions and Culture in the French Health Care System. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005 Feb-Apr; 30 (1-2): 97-119.
17. Catrice-Lorey A, Steffen M. Implementation of health care reforms in the bismarckian systems: unequal capacities. *Revue française des affaires sociales*. 2006; 6: 163-182.
18. Godt PJ. Confrontation, Consent, and Corporatism: State Strategies and the Medical Profession in France, Great Britain, and West Germany. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1987; 12 (3): 459-480.
19. Ettelt S. et al. Involvement of Ministries of Health in Health Service Coverage Decisions: Is England an Aberrant Case? *Social Policy & Administration*. 2010 Jun; 44 (3): 225-243.
20. Gerlinger T, Schmucker R. A Long Farewell to the Bismarck System: Incremental Change in the German Health Insurance System. *German Policy Studies*. 2009; 5 (1): 3-20.

21. Immergut EM. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 1996; 11 (30): 139-165.
22. Wilsford D. The Logic of Policy Change: Structure and Agency in Political Life. *Journal of Public Policy*. 1994 Jul-Dec; 14 (3): 251-283.
23. Hassenteufel P. Vers le déclin du “pouvoir medical”? Un éclairage européen: France, Allemagne, Grande-Bretagne. *Pouvoir*. 1999; 89: 51-64.
24. Stiller S. Ideational Leadership in German Welfare State Reform. How Politicians and Policy Ideas Transform Resilient Institutions. Amsterdam University Press; 2010.
25. Luzio G. The Irresistible Decline of the Medical Profession? An Empirical Investigation of its Autonomy and Economic Situation in the Changing German Welfare State. *German Politics*. 2004 Sept; 13 (3): 419-448.
26. Tabuteau D. *Démocratie Sanitaire: Les nouveaux défis de la politique de santé*. Paris: Odile Jacob; 2013.
27. Klein R. *The new politics of the NHS*. 4th ed. Prentice Hall: Pearson Education; 2001.
28. Bevan G, Robinson R. The Interplay between Economic and Political Logics: Path Dependency in Health Care in England. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005 Feb-Apr; 30 (1-2).
29. Batifoulier P. *Capital santé. Quand le patient devient client*. Paris: La Découverte; 2014.
30. Giaimo S, Manow P. Adapting the Welfare State: The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States. *Comparative Political Studies*. 1999 Dec; 32 (8): 967-1000.
31. Hassenteufel P. et al. Programmatic Actors and the Transformation of European Health Care States. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2010 Aug; 35 (4): 517-538.
32. Bandelow NC. Health Policy: Obstacles to Policy Convergence in Britain and Germany. *German Politics*. 2007 Mar; 16 (1): 150-163.
33. Gevers JMP, Gelissen JPTM, Arts WA, Muffels RJA. Public Health Care in the Balance: Exploring Popular Support for Health Care Systems in the European Union. *International Journal of Social Welfare*. 2000; 9 (4): 301-321.
34. Missinne S, Meuleman B, Bracke P. The popular legitimacy of European healthcare systems: A multilevel analysis of 24 countries. *Journal of European Social Policy*. 2013; 23 (3): 231-247.

35. Powell M, Miller R. Privatizing the English National Health Service: An Irregular Verb? *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2013 Oct; 38 (5): 1051-1059.
36. Lambert R. Patient Organisations & Medicines Policy. Financial engagement with the pharmaceutical industry. *Health Action International (HAI) Europe*. 2009 Sept; 2.
37. Thomson S, Dixon A. Choices in health care: the European experience. *Journal of Health Serv Res Policy*. 2006 July; 11 (3): 167-171.
38. Böckmann R. The Private Health Insurance: Demarketization of a Welfare Market? *German Policy Studies*. 2009; 5 (1): 119-140.
39. Abraham J. Partial Progress: Governing the Pharmaceutical Industry and the NHS, 1948–2008. *Duke University Press: Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2009 Dec; 34 (6): 931-977.
40. Pignarre P. *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*. Paris: La Découverte; 2004.
41. Hassenteufel P, Genieys W, Smyrl M. Reforming European Health Care States: Programmatic Actors and Policy Change. *Pôle Sud*. 2008; 28: 87-107.
42. Pierson P. Coping with Permanent Austerity. Welfare State Restructuring in Affluent Democracies. In: Pierson P, editor. *The New Politics of the Welfare State*. Oxford University Press; 2002. p. 410-456.
43. OCDE. *OECD Health Statistics 2015. Frequently Request Data*. [acesso outubro 2015]. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/OECD-Health-Statistics-2015-Frequently-Requested-Data.xls>

