

O agir econômico como motor da política de saúde na Alemanha: consequências para a prevenção e promoção da saúde

Economic behaviour as leitmotiv in health policy in Germany and its consequences for prevention and health promotion

Klaus Stegmüller¹

Abstract *Since the mid 1970s the health policy in Germany has focused on cost containment – precisely reduction of employer’s contribution for statutory health insurance (SHI). However political parties and the government have also changed their strategies to achieve this aim. The grown structures of SHI concerned with financing provision and management remained unaltered till the early 90s. The 90s are marked by a broad transformation of the health sector. Regulatory instruments have been developed to create financial incentives for all stakeholders (sickness funds, health care providers, insured/patients) to reduce expenditure in health sector. The transformation process is marked by normative principle of taking stakeholders as economic subjects acting rationally. The article aims at evaluating the desired/undesired impacts of this paradigm shift, where solidarity is surpassed by competition, co-payment and privatisation. It shows where this paradigm change can be observed and which instruments have been used for its realisation. It is also given an analysis on the reaction of important stakeholders to this change. Finally, it is demonstrated, by using examples of prevention and health promotion that the only focus on economic models doesn’t allow health policy to adequately meet the challenges set upon it.*

Key words *Health policy, Economic behaviour, Privatisation, Commercialisation, Prevention and health promotion policies*

Resumo *Desde os anos setenta, a política de saúde alemã se concentrou na contenção de custos – mais precisamente, na redução da contribuição do empregador para o seguro de saúde estatutário (SHI). As estruturas expandidas do SHI relacionadas ao financiamento, provisão e gerenciamento permaneceram inalteradas até o início dos anos noventa. Porém, o período seguinte foi marcado por ampla transformação. Desenvolveram-se instrumentos regulatórios para criar incentivos financeiros a fundos de saúde, fornecedores de assistência médica e segurados/pacientes para reduzir os gastos. Essa transformação baseou-se no princípio normativo, que considera os interessados como sujeitos econômicos agindo de forma racional. O objetivo deste trabalho é avaliar os impactos desejados e não desejados de uma mudança de paradigma, em que a solidariedade é sobrepujada pela competição, co-pagamento e privatização. Mostra-se onde essa mudança paradigmática pode ser vista e os instrumentos usados para que se realizasse. Em seguida, analisam-se as reações dos fundos de saúde, provedores de assistência médica e segurados/pacientes a essa mudança. Por fim, demonstra-se, com exemplos de prevenção e promoção de saúde, que o foco exclusivo neste modelo econômico não permite que a política de saúde realize adequadamente seus objetivos.*

Palavras-chave *Política de saúde, Comportamento econômico, Privatização, Comercialização, Políticas de promoção de saúde e prevenção*

¹ Department Nursing and Health Sciences, University of Applied Sciences Fulda. Marquardstr. 35, D-36039 Fulda. stegmueller@hs-fulda.de

O sistema alemão de saúde¹

A saúde na Alemanha é financiada por um sistema de contribuições sociais que assegura assistência médica gratuita para todos através de seguros sociais de saúde – as caixas de doença. O pagamento dos seguros sociais baseia-se num percentual da renda, dividido de forma paritária entre empregado e empregador. O seguro de saúde na Alemanha pode ser social/compulsório ou privado. O seguro social de saúde, ou “Gesetzliche Krankenversicherung” (GKV), ocupa uma posição de destaque no sistema de saúde, cobrindo 88% da população, sendo obrigatório para todos com renda bruta inferior a 4.050 euros mensais (em 2009). Os serviços privados de saúde podem fornecer assistência completa para os que optam pela não participação no GKV (10% da população) ou complementar à cobertura para os segurados do GKV.

O sistema de atenção à saúde é descentralizado, caracterizando-se pelo federalismo e pela delegação a entidades não-governamentais corporativas o papel de atores principais do sistema de seguro social de saúde: associações de médicos e dentistas credenciados, do lado dos prestadores, e as caixas de doença e suas associações, do lado dos compradores. A prestação de serviços de saúde na Alemanha, dividida, em linhas gerais, entre atenção ambulatorial e hospitalar, é garantida por um grande número de instituições e indivíduos que contribuem para promover, manter e restaurar a saúde da população. Serviços ambulatoriais estão, em grande parte, sob a responsabilidade de médicos independentes que trabalham como autônomos em seus consultórios contratados pelo GKV. Médicos que prestam assistência aos segurados das Caixas devem, por lei, ser credenciados à Associação Nacional dos Médicos das Caixas. Cada um dos dezesseis estados (“Bundesländer”) compartilha a responsabilidade com o governo central pela atenção hospitalar, enquanto os prestadores do GKV exercem algum controle sobre os custos de operação.

O Ministério da Saúde propõe leis para o setor saúde que – quando passam pelo parlamento – definem a estrutura regulatória do sistema do GKV. Também supervisiona as entidades corporativas e – com o auxílio de diversas autoridades – realiza funções de licenciamento e supervisão, trabalhos de consultoria científica, e presta serviços de informação. Aproximadamente 202 (em 2009) caixas de doença arrecadam contribuições e compram proativamente ou pagam retroativamente por serviços de saúde e cuidados de longa duração. Desde 1996, quase todos os segurados têm direito à livre

escolha das caixas de doença, que são obrigados a aceitar qualquer candidato.

Em comparação internacional, o sistema alemão de saúde possui alto nível de recursos financeiros e capacidade instalada. O acesso da população é uniforme e fácil e os benefícios são abrangentes em todos os níveis de assistência: a existência de listas de espera e decisões explicitamente restritivas é virtualmente desconhecida até o momento. Há dúvidas, entretanto, se os gastos já altos e crescentes vêm se traduzindo em uma adequada relação custo/benefício. Por isso, o governo iniciou um processo de transformação cujos princípios normativos consideram todas as partes interessadas como sujeitos agindo de forma meramente econômica, através da intensificação da competição e da implementação do co-pagamento e da privatização.

Reformas na Saúde: mudança de paradigma e seus instrumentos

Desde meados dos anos setenta, a política de saúde na Alemanha divide-se em duas fases distintas: a fase 1 (1972 – 1993) é caracterizada por medidas políticas para conter custos sem mudanças nas estruturas do GKV. A fase 2, que se iniciou com a promulgação da Lei da Estrutura da Saúde em 1993 (GSG) e continua até os dias atuais, é marcada por reformas estruturais que introduzem competição no mercado de seguros de saúde e privatização.

Política tradicional de contenção de custos

A política tradicional de contenção de custos da primeira fase enfatizava o envolvimento das associações corporativas, com o objetivo de reduzir custos², causando mudanças apenas moderadas na estrutura regulatória do GKV³. As estruturas historicamente expandidas do GKV relacionadas ao financiamento, provisão e gerenciamento permaneceram basicamente iguais. Os incentivos criados (como o co-pagamento moderado, orçamentos não muito rígidos) não eram tão fortes a ponto de efetivamente estimular os atores a restringir as prestações, financiamento ou utilização dos serviços médicos.

Mudança de paradigma: incentivos financeiros e competição

A promulgação da Lei da Estrutura da Saúde de 1993 deu início à mudança de paradigma na política alemã de saúde⁴ para conter custos em outro patamar e com novos instrumentos. Em um pro-

cesso de transformação que perdura até hoje⁵, os instrumentos regulatórios financeiros foram constantemente ampliados. Foram aplicados os seguintes instrumentos para incentivar as mudanças:

- . desde 1993, a implementação de livre escolha de caixas de doença para os segurados intensificou a competição no GKV. Inicialmente, a competição entre caixas de doença por associados dava-se em torno de suas taxas de contribuição;

- . a adoção de pagamentos por capitação e orçamentos individuais como mecanismos para remuneração de serviços médicos passou a colocar o risco financeiro nas mãos dos prestadores de assistência médica;

- . os pacientes foram forçados a contribuir com co-pagamentos elevados. Há uma clara tendência em direção à privatização dos custos de assistência médica, como evidencia a criação de possibilidades de diferentes tarifas, deduções e reembolsos de contribuições opcionais para os segurados;

- . as caixas de doença podem agora firmar contratos seletivos com os prestadores de assistência médica e os contratos coletivos dominantes estão gradualmente perdendo importância;

- . e, por fim, a lei de reforma da assistência médica (Lei do Fortalecimento da Competição do GKV), de 2009, introduz diversas medidas que mudarão os arranjos institucionais do financiamento da saúde alemã. O projeto da competição regulada no GKV é alterado pelo estabelecimento de um Fundo Federal de Seguros de Saúde, uma taxa de contribuição unitária e elementos de um mecanismo de ajuste de risco baseado em morbidade, ao mesmo tempo em que a concorrência é finalmente implementada no Seguro Privado de Saúde. Através deste, o objetivo do governo é intensificar a competição no sistema de saúde para aumentar sua eficiência econômica. A nova lei, entretanto, terá efeitos contraditórios, tanto sobre o funcionamento da competição, quanto sobre as bases da solidariedade do GKV. Em primeiro lugar, a intensificação da competição dentro do GKV não abolirá os incentivos econômicos para *cream skimming* (seleção de pacientes de baixo risco) pelas caixas de doença. Em segundo lugar, a convergência da regulamentação do GKV e do seguro privado também tornará o *cream skimming* uma estratégia comum entre as caixas de doença e companhias privadas de seguro de saúde, que competem, ambas, pelos jovens, ricos e saudáveis.

A política alemã de saúde concebeu todas as partes interessadas como sujeitos econômicos agindo de forma racional e tenta integrá-los em um sistema de incentivos financeiros e competição.

A ideologia de competição e incentivos financeiros

A interpretação predominante entre os formuladores de políticas de orientação neoliberal e acadêmicos na Alemanha baseia-se nas seguintes suposições:

a) a implementação de competição e incentivos financeiros orientaria tanto as caixas de doença e os prestadores de assistência médica em direção a uma assistência médica eficiente e de alta qualidade. Os incentivos comportamentais desenvolvidos dentro do sistema regulatório historicamente expandido do GKV foram desafiados, pois eles, do ponto de vista do comportamento econômico racional, produziram efeitos contraproduzidos: no caso dos prestadores de assistência médica, os mecanismos de remuneração vigentes incentivaram a prestação de assistência desnecessária; no caso das caixas de doença, a adesão compulsória de membros deu às caixas de doença a garantia de uma existência ineficaz;

b) o livre acesso à assistência médica garantido pelo GKV não daria incentivos aos segurados/pacientes para reduzir a utilização dos serviços. De acordo com a teoria do “risco moral”, argumenta-se que se, por um lado, os segurados não podem influenciar a extensão de sua contribuição ao seguro, têm, por outro, o incentivo de aumentar a utilização individual de serviços médicos, e interesse em recuperar, através da “super-utilização”, os custos individuais incorridos, o que traz desvantagens para todos os membros do sistema e para a sociedade;

c) esta teoria baseia-se em outra suposição: a demanda pelos serviços médicos seria “elástica aos preços”, isto é, quanto menor a co-participação, maior será a demanda, e vice-versa. Sob este ponto de vista, os co-pagamentos e a privatização seriam importantes por dois motivos: primeiro, motivam os pacientes a utilizar apenas aqueles serviços médicos necessários; segundo, os incentivam a adotar um comportamento saudável, de forma a reduzir a probabilidade de futura utilização dos serviços médicos. Na opinião dos defensores desta hipótese, o volume de co-pagamentos alcançado e o nível de privatização no início dos anos noventa não foram suficientes para motivar os segurados a reduzir a utilização de serviços a níveis consideráveis.

Entretanto, esta mudança de paradigma incorpora consequências extensas para todos os envolvidos. Para as caixas de doença, a taxa de contribuição diante de um catálogo uniforme de benefícios é o único parâmetro crucial na competição por associados. Qualquer aumento na taxa de contribuição é combinado com uma probabilidade

iminente de perda de participação no mercado. A introdução de pagamentos por capitação mudou profundamente os incentivos financeiros para os prestadores de serviços de assistência médica. No caso do pagamento por capitação, os prestadores podem aumentar sua renda, não pela superprestação de serviços, mas apenas pela redução de serviços prestados por caso tratado. A extensão do lucro agora está na diferença entre o pagamento previamente definido para o tratamento e seus custos finais reais. Com isto, esse tipo de pagamento ao prestador cria incentivos à redução dos serviços prestados por paciente. Os pacientes devem agora cada vez mais participar dos custos gerados pela assistência médica prestada (privatização); os segurados se vêem confrontados com a exigência de agir como consumidores soberanos no mercado de seguros procurando pelas melhores ofertas disponíveis (comercialização).

Expectativas e padrões comportamentais

O sistema de competição e os incentivos financeiros têm impactos muito fortes. A opção de saída/desligamento para o segurado ameaça as caixas de doença com diminuição de sua receita, rearranjos organizacionais (demissão de empregados, fechamento de escritórios) e talvez insolvência. O sistema de incentivos guia o comportamento dos prestadores de serviços de assistência médica no sentido de maximizar os lucros e reduzir os prejuízos. Os que não conseguem se manter nesse ambiente competitivo enfrentam sérias desvantagens econômicas. Portanto, os pacientes e os segurados se vêem no meio de partes interessadas que seguem seus próprios e fortes interesses financeiros na área da saúde.

Os defensores desse sistema de competição e incentivo argumentam o seguinte: ele oferece às partes interessadas a oportunidade de demonstrar todo seu potencial de continuamente melhorar os serviços de assistência médica e os produtos de seguro de saúde. Não basta apenas oferecer boas soluções; mais exatamente, o sucesso no mercado de seguros de saúde é medido pelo fato de uma parte interessada conseguir oferecer melhores soluções que a concorrência. A competição levaria a uma economia e maior eficiência dos serviços de assistência médica, simultaneamente a uma melhora na qualidade dos serviços prestados (“competição por qualidade”). A competição funcionaria como um mecanismo para a melhoria das estratégias de resolução de problemas que, de outra forma, não seriam desenvolvidas – como diz Hayek⁶, um “processo de descoberta”. Os pacientes

– nesta linha de pensamento – seriam os ganhadores dentro deste novo sistema regulatório, beneficiando-se de maior qualidade e do desenvolvimento de serviços de assistência médica e produtos de seguro, que melhor atenderiam às necessidades específicas de cada indivíduo.

A suposição de que os incentivos financeiros estimulam um aumento de eficiência na saúde é, em princípio, plausível. Existem, ainda, circunstâncias em que a busca por lucros e a melhora na qualidade podem ser sincronizadas. Certamente, por um lado, o aumento nos lucros e, por outro, a melhora na qualidade da assistência são dois diferentes objetivos, que seguem lógicas distintas. A melhora na qualidade pode não ser a reação mais irrefutável. Não só as caixas de doença, mas os prestadores de assistência médica podem reagir de formas bem diferentes. Daí, em uma tentativa de seguir os interesses econômicos, a qualidade da assistência poderia ser reduzida, a fidelidade aos padrões de qualidade poderia ser forjada ou problemas de qualidade poderiam ser mascarados. Entretanto, também é possível uma inversão do princípio da adequação. O aumento nos lucros e maior concorrência entre as caixas de doença provavelmente serão os verdadeiros objetivos dirigindo as ações das partes interessadas.

Caixas de doença

Como se sabe, a competição gera incentivos para seleção de risco por parte das caixas de doença. Embora o mecanismo de compensação financeira de riscos, criado em 1993, equalize os riscos financeiros das caixas de doença com perfil de segurados de risco mais elevado devesse impedir esse comportamento, até 2008, a morbidade do segurado ainda não havia sido considerada como parâmetro para a redistribuição. A competição concentrou-se apenas em atrair segurados saudáveis de renda mais elevada. Em contraste, os portadores de doenças crônicas, por causarem mais despesas para as caixas de doença, não constituíam clientela atraente. Já que o um quinto mais dispendioso dos segurados é responsável por quase 80% do total de despesas⁷, as caixas de doença tinham incentivos para reduzir a parcela do chamado “mau risco” em seu *pool* de riscos. De fato, as caixas de doença dificultaram o desenvolvimento de estruturas modernas de saúde direcionadas às necessidades específicas dos segurados com doenças crônicas. Embora os segurados possam agora livremente escolher suas caixas de doença e estas não possam recusar potenciais segurados, atualmente estão sendo praticadas estratégias de seleção de riscos⁸. Por exemplo, atra-

vés de propaganda seletiva, convites seletivos para troca, ofertas especiais para os “bons riscos”, inconveniências para os segurados indesejáveis, diferenças na qualidade do serviço, etc. Tais estratégias de seleção de riscos também são comuns em outros sistemas de saúde que introduziram competição entre as caixas de doença^{9,10}.

A introdução de contratos seletivos entre as caixas de doença individuais e prestadores de assistência médica individuais como complemento ao até então predominantes contratos coletivos aumenta a possibilidade das caixas de doença recusarem os prestadores que fornecem serviços de baixa qualidade ou assistência médica desnecessária. Neste meio tempo, contratos seletivos foram realizados em diferentes áreas da saúde, como o controle da porta de entrada, programas de assistência integrada e gerenciamento de doenças. Desde meados dos anos noventa, estas opções para as caixas de doença e prestadores de serviços de assistência médica têm sido continuamente ampliadas, mas representam apenas um pequeno segmento do universo dos serviços de saúde¹¹. Entretanto, até agora não houve uma avaliação profunda; esta deveria estar atenta à diminuição de qualidade, racionamento e *cream skimming*

Prestadores de serviços de assistência médica

Desde a primeira metade dos anos noventa, os mecanismos de remuneração introduzidos incentivaram os médicos e hospitais a reduzir e restringir a quantidade dos serviços prestados. Os instrumentos mais importantes são pagamentos por capitação e orçamentos. A implementação destes instrumentos baseia-se na experiência de que médicos, na ausência de limites de gasto, tendem a arbitrariamente aumentar o volume dos diagnósticos e terapias. O problema fundamental inerente a esses mecanismos de remuneração encontra-se no fato de eles serem orientados pela estabilidade da taxa de contribuição e não pelas reais necessidades de obtenção de assistência médica. Além do mais, estes mecanismos de remuneração não garantem que serviços desnecessários sejam excluídos e apenas os serviços necessários sejam financiados.

Esses mecanismos prospectivos de pagamento facilitam que haja uma demora na prestação de serviços médicos injustificados, enviando os pacientes para outras instituições médicas, e recusando-se a prestar serviços. Há evidências de que a aplicação desses instrumentos leva ao racionamento de serviços de assistência médica – uma recusa de serviços deliberada, porém não justificável do

ponto de vista médico. Numa pesquisa realizada por uma grande caixa de doença, 27% dos entrevistados afirmaram que pelo menos um serviço fora negado no decorrer do último trimestre. À metade dos entrevistados foi dito que a recusa baseou-se nas limitações financeiras daquele momento. Após analisar os dados dos pacientes, o autor concluiu que, em 10% dos casos, os serviços recusados eram necessários do ponto de vista médico¹². Outros estudos apóiam essas conclusões¹³. A recusa é especialmente observada na prescrição de medicamentos, mas também nos tratamentos executados pelos médicos. No segmento hospitalar, pagamentos prospectivos por procedimento (DRGs) levaram, entre outras coisas, à alta prematura de pacientes, à recusa de aceitação de tratamentos e ao adiamento de cirurgias¹⁴. A atual implementação dos Grupos Relacionados a Diagnósticos (DRGs) demonstra que os fatores econômicos tornam-se cada vez mais significativos na área da saúde¹⁵. Há claros sinais de racionamento de assistência médica, embora previsões confiáveis sobre a abrangência dessas práticas não possam ser feitas no momento. Também não é claro se os indivíduos de baixa renda são fortemente afetados por este racionamento. A hipótese de que as demandas dos grupos e indivíduos com menor nível educacional, socialmente desfavorecidos, geralmente são recusadas, é plausível, pois detêm menos recursos para articular e conseguir atender às suas necessidades de forma efetiva.

Segurados e pacientes

O aumento nos co-pagamentos e a exclusão de ações da lista de serviços obrigatórios também são ferramentas principais de contenção de custos no GKV. Em 1991, o volume de co-pagamentos chegou a 3,3 bilhões de euros – o que corresponde a 4,4% dos gastos no GKV¹⁶; com 9,8 bilhões de euros em 2002, compreendeu 7,3% dos gastos. Com a promulgação da Lei da Modernização do GKV (GKV-GMG) em 2004, que aumentou pesadamente os co-pagamentos existentes e introduziu novos, a soma novamente aumentou de maneira considerável. Entre 2003 e 2005, os co-pagamentos referentes exclusivamente a medicamentos passaram de 1,8 para 3,3 bilhões de euros, um aumento de 27%¹⁷.

Quando financeiramente palpáveis, os co-pagamentos podem reduzir a utilização dos serviços de assistência médica. Como esse efeito aumenta à medida que a renda diminui, afetam-se predominantemente os grupos financeiramente mais fracos da população. Assim, o efeito regulatório desejado é inconsistente com a aceitabilidade social. Este efeito seria intensificado pelo fato de que os

riscos de saúde e as necessidades de tratamento entre os membros de classes sociais inferiores geralmente estão acima da média geral da população. Os socialmente prejudicados, assim, seriam quase que duplamente punidos. O mecanismo de redistribuição materializado pelo princípio de solidariedade também seria enfraquecido. O fato de se evitar consultar um médico não implica necessariamente efeitos negativos sobre a saúde, mas pode levar ao agravamento da doença. O risco é maior no caso dos pacientes com más condições de saúde, que evitem consultar um médico mesmo em situações em que isto é imperativo do ponto de vista clínico. Isto se reflete no Experimento RAND de Seguro Saúde, que é, atualmente, a análise empírica mais abrangente dos efeitos da participação de custos sobre o comportamento do segurado¹⁸. O estudo mostrou que os pacientes, cuja utilização de serviços de assistência médica diminuiu com o aumento dos co-pagamentos, evitaram tanto os serviços médicos ineficazes quanto os eficazes.

Erosão do sistema de solidariedade

A privatização dos custos de assistência médica ampliou-se mais pela introdução de tarifas opcionais, junto com deduções ou reembolsos de contribuição, que implicam um corte profundo no princípio de solidariedade. Os métodos e princípios comuns no seguro de saúde privado terminaram por se infiltrar no GKV. São especialmente atraentes para os segurados jovens e saudáveis e drenam recursos financeiros do GKV baseado em solidariedade. Embora estes modelos não afetem diretamente a utilização dos serviços, sobrecarregam indivíduos com maiores necessidades de assistência médica, pois têm de lidar com deficiências no serviço recebido, sem que se beneficiem das tarifas opcionais. A redistribuição financeira baseada na solidariedade entre os saudáveis e os doentes no GKV é, conseqüentemente, limitada, e a solidariedade se enfraquece.

O conceito de incentivos financeiros deriva do princípio de utilização econômica e do comportamento racional egoísta. Este raciocínio contrasta com o princípio de solidariedade, que implica ação coletiva em caso de doença, desprovida, entretanto, do desejo de alcançar vantagens individuais. As caixas de doença são, até o momento, consideradas as guardiãs da idéia de um vínculo comum no GKV. A competição exigiu que para expandir sua liberdade empresarial, as caixas de doença utilizassem todos os recursos possíveis para melhorar suas posições individuais no mercado. A liberali-

zação de contrato com os prestadores de assistência médica e diferenciações nas condições contratuais com os segurados e pacientes assumiram um papel central na ação das caixas de doença. Com a promulgação da Lei da Saúde de 2007 (GKV-WSG), as caixas de doença puderam oferecer tarifas opcionais variadas, utilizadas intensivamente para ganhar os “bons riscos”. Há um risco crescente de que, com a disseminação das tarifas opcionais e co-pagamentos, os segurados deixem de encarar o GKV como uma comunidade de solidariedade, já que devido à privatização do risco da saúde, vivenciam cada vez menos essa solidariedade. A privatização forçada incentiva uma atitude que prioriza as vantagens financeiras individuais.

A seguir, com o exemplo da promoção de saúde e prevenção, mostra-se que, devido à forte orientação em termos de comportamento econômico, competição e privatização, a política de saúde não consegue abordar adequadamente problemas centrais da saúde.

Promoção de saúde e prevenção

A promoção de saúde e a prevenção estão entre os maiores desafios da política de saúde. Os defensores da mudança de paradigma mencionado argumentam que a forte privatização dos custos de saúde gera também incentivos à adoção de hábitos saudáveis, que ajudariam a evitar futuros custos relacionados à saúde. Não há, entretanto, provas empíricas substanciais desta correlação. A base de conhecimento empírico atual sobre os fatores que influenciam o comportamento da saúde vai contra tal suposição.

Os comportamentos relacionados à saúde (alimentação, atividades físicas, drogadição) expressam arranjos entre o indivíduo/ ambiente que mudam a longo prazo e não podem ser explicados pelo conceito de *homo oeconomicus*. A saúde está nas circunstâncias da vida e, no máximo, é um dos seus objetivos, mas não o mais significativo. Os comportamentos que oferecem riscos à saúde normalmente conferem utilização direta aos indivíduos. Comparativamente, a aparição de doenças em consequência de tais comportamentos é meramente um evento que pode ocorrer no futuro. A expectativa de que os indivíduos abandonem comportamentos que oferecem riscos para a saúde com o objetivo de economizar com tratamentos futuros não é razoável. Com relação à saúde individual, supõe-se um princípio custo-benefício que não existe na realidade social. Não que os incentivos financeiros que objetivam mudanças comportamentais se-

jam de todo ineficazes. Por exemplo, o aumento dos impostos sobre o tabaco certamente alcançou um efeito regulatório. O motivo por trás da mudança de comportamento, nesse caso, é diferente: permite evitar determinadas despesas resultantes de um comportamento nocivo à saúde, mas não os custos de um possível tratamento necessário no futuro. Mudanças comportamentais somente são possíveis na interação entre as condições de vida, que, dependendo da posição social, oferecem ao indivíduo maior ou menor escopo e oportunidades para agir¹⁹. Sucesso na prevenção de doenças e promoção da saúde exige o desenvolvimento de estratégias complexas, que não apenas expandem os recursos relacionados à saúde para os humanos, como também modificam suas condições de vida de tal forma que levam a mudanças permanentes de comportamento em relação à saúde²⁰.

O surgimento de doença só pode ser parcialmente atribuído aos comportamentos individuais, sendo os fatores mais significativos os relacionados ao trabalho, ambiente e condições de vida. Os grupos da população em desvantagem social são mais expostos a condições adversas e, ao mesmo tempo, têm poucas oportunidades e recursos disponíveis influenciar essas condições. A privatização do risco de má saúde não muda nada nos recursos disponíveis para ação por parte desses indivíduos; ao contrário, sobrecarrega as pessoas envolvidas com custos resultantes.

Pode-se plausivelmente supor que os incentivos financeiros gerem, na verdade, resultados contraproducentes. Se uma caixa de doença financia medidas preventivas, a prevenção, neste momento, gera custos. Se um benefício financeiro pode ser alcançado, em muitos casos isto ocorre apenas depois de decorrido um longo período. Em vista da concorrência entre as caixas de doença e da possibilidade de troca por parte dos segurados, uma caixa não pode ter certeza se obterá benefícios resultantes de possíveis economias de gastos no futuro com o investimento em prevenção, ou se outra caixa seria beneficiada, com a troca por parte do segurado. Do ponto de vista do benefício econômico, a prevenção é uma ação no escuro. Assim, a competição econômica é o maior obstáculo para a consideração da promoção à saúde e prevenção por parte das caixas de doença²¹.

Desigualdades em oportunidades de saúde podem ser atribuídas, principalmente, à interação entre circunstâncias de vida difíceis e estilo de vida. Há consenso nas ciências da saúde de que a redução de desigualdades em saúde podem ser provavelmente alcançada quando as intervenções não se restringirem apenas aos comportamentos relacio-

nados à saúde, mas também objetivarem mudanças nas condições de vida, trabalho e ambiente (*settings*). Mas a criação de *settings* promotores de saúde exige intervenções complexas e abrangentes. Na Alemanha, entretanto, só foram desenvolvidos alguns poucos modelos de práticas inovadoras e pioneiras, o que pode ser encarado como inovação social. A implementação de tais esforços pode, ainda, alcançar obstáculos, o que pode ser abordado pela teoria de inovação nas ciências sociais²².

Além disto, as condições necessárias para o sucesso das inovações sociais são bem reconhecidas, conforme resumido por Everett Rogers²³: as chances de sucesso de uma inovação aumentam quando se excedem os benefícios esperados, quando há maior correlação com as condições existentes, maior demonstrabilidade dos benefícios e baixa complexidade de mudanças, e vice-versa. Considerando estas condições para o sucesso da criação de *settings* promotores de saúde, fica claro que a execução destes últimos está sujeita a grandes desafios.

Benefício

O incentivo mais forte para a redução das desigualdades em saúde, que pode receber apoio político para resolução de discrepâncias entre as partes interessadas, provavelmente é evitar custos de futuros tratamentos. Tal objetivo pode provavelmente ser atingido, pode-se argumentar, se as medidas para a promoção de saúde e prevenção concentrarem-se naqueles grupos com maior necessidade de assistência médica. Entretanto, em termos concretos, a redução da desigualdade na saúde pode interferir com outros interesses. Isso pode ser demonstrado pelo exemplo do ambiente de trabalho. As empresas, em muitos casos, perseguem seus interesses através da exploração da saúde de seus empregados, e da transferência dos custos resultantes dessa prática para a sociedade. Isto indica que a redução das desigualdades na saúde não é atingida se os interesses de diferentes partes interessadas colidirem uns com os outros.

Compatibilidade

O apoio à prevenção de doenças e à promoção de saúde pode ser mobilizado se for comercializado e, na forma de bens e serviços, atingir uma demanda bem fundamentada. Mas geralmente este não é o caso quando as medidas para promoção de saúde e prevenção são inespecíficas. Enquanto as partes interessadas, em geral, concorrem umas com as outras pelos escassos recursos disponíveis

no setor da saúde, suas propostas recebem fraco apoio dos prestadores de serviços. Por fim, os princípios econômicos predominam sobre os aspectos da saúde na política de saúde.

Complexidade

As intervenções preventivas exigem uma abordagem complexa e conjunta, com inúmeros níveis e campos de intervenção, bem como partes interessadas. Estas têm de questionar suas antigas formas de agir e perceber problemas; entretanto, frequentemente as medidas preventivas são inseridas em organizações e relações estruturais que perseguem outros objetivos e sistemas de incentivo. A necessidade de coordenação e adaptação geralmente sobrecarrega as partes interessadas. Assim, a probabilidade de bloqueios à inovação cresce em proporção direta à extensão de ação necessária para implementar medidas preventivas e ao número de partes interessadas, com seus interesses heterogêneos.

As medidas de promoção de saúde e prevenção, cujo objetivo é criar mudanças estruturais, enfrentam grandes dificuldades. As medidas que visam à redução de desigualdades na saúde se baseiam em conceitos com foco nos indivíduos e não em intervenções complexas com o objetivo de mudar as condições de trabalho e vida. Hagen Kühn e Rolf Rosenbrock chamaram esses mecanismos de “lei de Darwin da política de prevenção”²⁴. Num esforço para prevenir doenças, diferentes medidas preventivas concorrem umas com as outras. As únicas medidas que podem entrar em vigor são, provavelmente, aquelas que melhor se adaptam ao ambiente social. Assim, as chances de realização de intervenções que previnam riscos à saúde no nível individual (disposição genética, hábitos de saúde) são maiores de se realizar que intervenções complexas no nível social. As razões para isto são que as intervenções no nível individual em forma de bens e serviços podem ser mais facilmente comercializadas e não exigem mudanças nas estruturas socioeconômicas. Além disso, a abordagem comportamental preventiva sustenta ideologias que argumentam que os indivíduos são responsáveis pelos riscos à sua saúde (*healthism*).

Conclusão

Um amplo processo de transformação no setor de saúde alemão iniciou-se na primeira metade dos anos noventa. Diversos instrumentos regulatórios foram implantados com o objetivo de criar consciência de custos entre as partes do GKV através de execução, financiamento e utilização de serviços de assistência médica. O governo alemão, basicamente, encarava as partes interessadas como sujeitos egoístas agindo de forma meramente econômica. Esse sistema de incentivo financeiro foi combinado com a competição entre as caixas de doença e os prestadores de serviços de assistência médica. Entretanto, os incentivos financeiros e competição no GKV não levaram à satisfação das expectativas de um sistema de saúde de alta qualidade e eficiência, sem efeitos contraproducentes e indesejados. Além do mais, os incentivos financeiros, combinados a vários elementos da privatização do risco de doença, ameaçam o GKV com a erosão do princípio de solidariedade. Adicionalmente, como a regulamentação do setor da saúde concentra-se na idéia de que as partes se comportam de maneira economicamente racional, deixa de cumprir com outros desafios essenciais, como, por exemplo, nas e políticas de promoção de saúde e prevenção.

Esta área é dominada por interesses econômicos, diferentes opiniões e lógicas, dificuldades em fornecer evidências para medidas inespecíficas e problemas complexos. Nestas condições, as políticas de saúde tendem a resgatar a complexidade das medidas e o alcance das mudanças desejadas, adaptando-as de acordo com a constelação de poder entre as partes interessadas.

A privatização progressiva dos custos da saúde não amplia somente as desigualdades sociais, como também as desigualdades em saúde não podem ser enfrentadas. A política de prevenção, durante os últimos anos na Alemanha, harmonizou-se com o paradigma da comercialização e privatização na política de saúde. É uma necessidade dos tempos atuais que a política de saúde e de prevenção na Alemanha abandone esta tendência e, mais uma vez, concentre-se em assegurar acesso à saúde e aos serviços preventivos, sem qualquer tipo de discriminação social. Não obstante, atualmente não se observa mudança dessa tendência na política de prevenção ou de saúde. Tal iniciativa só seria tomada caso as demandas fossem formuladas a partir da população em geral, e os riscos de legitimação de “seguir adiante” fossem consideravelmente aumentados para as elites políticas.

Referências

1. Busse R, Riesberg A. *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.
2. Döhler M, Manow P. *Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren*. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1997.
3. Gerlinger T. *Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel* (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-204). Berlin: WZB; 2002.
4. Stegmüller K. *Wettbewerb im Gesundheitswesen – Konzeptionen zur “dritten Reformstufe” der Gesetzlichen Krankenversicherung* Frankfurt a.M.: VAS; 1996.
5. Rosenbrock R, Gerlinger T. *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung* Bern: Hans-Huber; 2006.
6. Hayek, FA von. Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren. In: Hayek, FA von. Tübingen: Freiburger Studien. p. 249-65
7. Winkelhake O, Miegel U, Thormeier K. Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999. Konsequenzen für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens. *Sozialer Fortschritt* 2002, 51: 58-61.
8. Höppner K et al. *Grenzen und Dysfunktionalitäten des Kassenwettbewerbs in der GKV: Theorie und Empirie der Risikoselektion in Deutschland* [Arbeitspapier Nr. 4/2005]. Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik; 2005.
9. Greß S. Regulated Competition in Social Health Insurance: A Three-Country Comparison. *International Social Security Review* 2001; 59: 27-47.
10. Woolhandler S, Himmelstein D. Competition in a publicly funded healthcare system. *British Medical Journal* 2007; 335: 1126-1129.
11. Greß S, Stegmüller K. Gesetzliche Spielräume zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte – Eine systematische Analyse der einschlägigen Regelungen und deren Entwicklung. In: Amelung VE, Sydow J, Windeler A, eds. *Vernetzung im Gesundheitswesen - Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: Kohlhammer; 2008. p. 91-102.
12. Braun B. *Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln?* St. Augustin: Asgard; 2000.
13. Gerlinger T. *Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik* [Diskussionspapier 2007-2]. Frankfurt a.M.: Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Medizinische Soziologie; 2007.
14. Simon M. *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen* [Discussion Paper P01-205]. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health; 2001.
15. Buhr P, Klinke S. *Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien* [SP I 2006-311]. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health; 2006.
16. Pfaff AB, Busch S, Rindsfüßer C. *Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen der Reformgesetzgebung 1989 und 1993 auf die Versicherten*. Frankfurt a.M./New York: Campus; 1994.
17. Nink K, Schröder H. Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes 2005. In: Schwabe U, Paf-frath D, eds. *Arzneiverordnungs-Report 2006. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare* Berlin, Heidelberg: Springer; 2006. p. 182-244.
18. Newhouse J. *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge: Harvard University Press; 1993.
19. Smedley BD, Syme SL, eds. *Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington, D.C.: Institute of Medicine; 2001.
20. Syme SL. *Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit*. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 17: Rationierung der Medizin. Hamburg: Argument-Verlag; 1991. p. 91-111.
21. Rosenbrock R. *Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität*. In: Walter U, Drupp M, Schwartz FW, eds. *Prävention durch Krankenkassen – Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit*. Weinheim/München: Juventa; 2002. p. 40-57.
22. Van de Ven AH, Angle HL, Poole MS, eds. *Research on the Management of Innovation: The Minnesota Studies*. New York: Harper & Row; 1989.
23. Rogers EM. *Diffusion of Innovations* 5th ed. New York: Simon & Schuster International; 2003.
24. Kühn H, Rosenbrock R. *Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften*. In: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler BM, eds. *Präventionspolitik – Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung* Berlin: edition sigma; 1994. p. 39-53.

Artigo apresentado em 16/01/2009
Aprovado em 02/02/2009