

NOVOS RUMOS NA REGULAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS

*Sulamis Dain**

SUMÁRIO. 1. Introdução. 2. A relação público-privada e a separação de funções. 2.1. Concorrência, fragmentação e cooperação. 2.2. Eqüidade. 2.3. Racionalização da capacidade instalada e oferta de serviços. 2.4. A macro e a microeconomia das reformas sanitárias. 2.5. A distribuição do risco entre o financiador e o prestador de serviços. 2.6. Flexibilização institucional. 2.7. Tendência internacional de solução gerencial. 2.8. Contratualização: fundamentos principais. 2.9. Concepção de sistemas integrados de saúde. 2.10. Requisitos para a gestão contratualizada do Sistema de Saúde no Brasil. 3. Conclusão.

1. Introdução

Com a justificativa do rigor científico e uma visão positivista de ciência, o estudo da economia há muito se afastou das leis gerais que regem a acumulação e distribuição da riqueza, para deter-se na mensuração dos agregados, sem dúvida relevantes, nas regressões, correlações e mais recentemente na teoria dos jogos. Esta última formaliza a dimensão estratégica que um bom cientista social é capaz de fazer sem tanta pompa.

Mas, como diz magistralmente John Galbraith, não há nada que os economistas não possam dizer usando recursos de lógica, sem que tenham que recorrer à

* Professora Titular do Instituto de Medicina Social da UERJ.

linguagem matemática. Há entretanto, continua Galbraith, cada vez menos empregos para economistas e a formalização matemática criou uma torre de marfim acessível aos que a utilizam, excluindo os demais de seu acesso. Esta é uma boa maneira de selecionar os candidatos aos poucos empregos. A especialização excessiva é outra forma de manifestação do mesmo fenômeno.

A aproximação dos economistas à Saúde e à política social se dá, do ponto de vista doutrinário e de disciplina de trabalho, através da “teoria” dos bens públicos, nicho reservado pela teoria neoclássica ao conjunto de exceções ao equilíbrio setorial e microeconômico. Por ela, o que não vai de encontro às regras de funcionamento da mão invisível ou, dito de outra maneira, o que a mão invisível não é capaz de regular de forma automática, é depositado na caixa preta do Estado, para ser submetido à sua mão visível e a suas regras discricionárias. Os bens e serviços que abarrotam a caixa preta são denominados bens públicos e bens meritórios. A Saúde estaria na confluência entre os bens públicos e os bens meritórios, de acordo com as categorias analíticas da “teoria” dos bens públicos. Assim, o caráter coletivo das políticas de Saúde é sempre um desvio da norma, e um impedimento ao funcionamento das leis do mercado.

Na teoria neoclássica, Estado e mercado estão em pólos opostos, sendo tradicionalmente dominante o conceito de bem público definido como aquele que se contrapõe aos bens regulados pelo mercado por conta da existência de externalidades, que diferenciam lucro (e custos) individual e social. As políticas sociais, materializadas em programas e projetos, teriam como missão a satisfação de certas necessidades da população, *a priori* não garantidas ou não atendidas pelas regras de alocação de bens, serviços e recursos financeiros através do mercado.

Segundo a teoria, algumas ações da Saúde, por exemplo, no campo dos vetores, das políticas de saneamento etc, caracterizariam sua condição de bem público. A indivisibilidade de certos bens e serviços públicos não permitiria sua regulação pelo princípio da exclusão (do consumo de uns pelo consumo de outros), dada a impossibilidade de atribuir-lhes um preço unitário. Esses bens, portanto, não sendo mercantilizáveis, deveriam ser financiados pelo setor público através do sistema tributário.

Entre as “distorções” do mercado consideradas pela teoria dos bens públicos não está contemplada a insuficiência ou má distribuição da renda, nem seu impacto negativo sobre a demanda. Entretanto, sem a política social, as necessidades da população são frequentemente superiores à sua demanda exercida através dos mecanismos de mercado.

Assim, a política de saúde operaria também numa faixa em que a essencialidade dos bens e serviços justifica a ação do Estado de modo a garantir o acesso a serviços ou prover os meios para sua produção, independentemente da capacidade de pagamento da população. Os bens “ungidos” a essa condição de essencialidade caíam na categoria de bens meritórios. Ou seja, podem *a priori* ser precificados e tratados como mercadorias, mas o Estado os financia e produz ou compra, operando uma redistribuição segundo o critério da necessidade, dissociada do poder de compra através do qual os indivíduos “votam” no mercado. Subliminarmente, a teoria dos bens públicos atribui à política de saúde um caráter de excepcionalidade que o exame das experiências nacionais não comprovam.

Diga-se de passagem, é totalmente espúria a associação automática entre mercado e democracia. Onde todos têm poder de compra e as desigualdades são menores, todos poderiam, em princípio, votar no mercado, que seria assim democrático. O mesmo não ocorre onde

as desigualdades são muito significativas . Há, por exemplo, clara associação entre precariedade social, esperança de vida e incidência de doenças. Se o acesso às políticas e serviços de saúde fosse deixado ao mercado, ou seja, se a saúde fosse uma mercadoria, os mais necessitados estariam excluídos do acesso por sua incapacidade de pagamento. A política social opera subsidiando a produção de bens e serviços, para oferecê-los à população a um preço inferior ao preço de mercado, a um custo menor que seu custo de produção, ou mesmo de forma gratuita. Ou seja, é o Estado que opera a democratização do acesso.

Mas a política social não atende somente a tais carências, quer dizer, não deve ser entendida somente como um conjunto de ações de natureza compensatória, a título excepcional. Ela representa também e, principalmente, a garantia do acesso incondicional da população à prestação de serviços ou à produção de bens cuja universalização foi co-requisito dos avanços democráticos nos países avançados.

Os países subdesenvolvidos têm grandes dificuldades para reproduzir esta trajetória, dado que detêm atualmente 84% da população mundial e 93% da carga da doença, mas respondem apenas por 18% da renda e 15% do gasto mundial em saúde.

Assim, a questão do financiamento dessas políticas é, em si mesma, uma questão central. Na ausência de recursos não é suficiente afirmar que a Saúde não pode ser simplesmente tratada pela teoria do consumidor e sua produção pela teoria da firma. É necessário chamar atenção para o processo através do qual os pobres e incapazes se transformam eles mesmos em externalidades, sendo sutil a diferença entre externalidade e exclusão.

À ampliação do compromisso público com o bem-estar da população vigente nas economias desenvolvidas desde o pós-guerra, se contrapõem entretanto as

restrições decorrentes de políticas de estabilização, impostas, principalmente, aos países da América Latina e do Leste Europeu como parte dos acordos relativos à renegociação de seu endividamento externo. Tais restrições são em geral inconsistentes com um enfrentamento das questões sociais apoiado em abordagem sistemática, estrutural e de longo prazo, compatível com questões dessa natureza. Assim, a pressão pela universalização de direitos sociais no campo dos serviços essenciais e de pisos mínimos de renda convive, nestes países, com forte questionamento quanto à natureza e limites da intervenção estatal, e com processos de privatização que transcendem o campo do setor produtivo e alcançam a própria área de proteção social.

Desenham-se novos formatos institucionais no plano das relações intergovernamentais, bem como entre o governo e as organizações não-governamentais e, finalmente, entre o setor público e o setor privado. Diversificam-se as características do financiamento e provisão das políticas sociais, tornando mais essenciais e complexas suas múltiplas dimensões, entre as quais a dimensão econômico-financeira.

Atualmente, o universo dos programas sociais prioritários é, do ponto de vista de sua dimensão econômico-financeira, bastante diversificado e heterogêneo, configurando ampla gama de combinações de fontes de recursos e instituições que se colocam a partir da matriz tradicional de financiamento público.

2. A relação público-privada e a separação de funções

Utilizando-se a política de saúde como exemplo das transformações acima apontadas, a comparação internacional ressaltou as diferenças entre o Brasil e os demais casos apresentados quanto à concepção e

configuração atual da relação público-privada na política pública de saúde. No Brasil, o processo de construção de um comando único e descentralizado a política de saúde na última década reforçou sua dimensão estatal, na medida em que repassou recursos para os governos subnacionais dotados de uma rede de serviços de propriedade pública. A experiência dos países europeus, e em particular, a do Reino Unido e da Catalunha avançou na direção oposta, demonstrando que é possível combinar financiamento público, universalização do acesso e aperfeiçoamento da gestão com uma provisão autônoma, indiferentemente estatal e/ou privada dos serviços. Ou seja, o caráter público da política, a democratização do acesso e os ganhos de qualidade na prestação de serviços não se associam necessária ou exclusivamente a sua propriedade estatal.

Nos países que aderiram à contratualização dos serviços de saúde, tanto o setor público como o setor privado incorporaram elementos de gestão típicos da concorrência, como a adoção de sistemas de incentivos ou a contratação por resultados. Tais mecanismos de indução de desempenho foram aplicados tanto aos serviços prestados como à política de recursos humanos.

2.1. Concorrência, fragmentação e cooperação

Em termos da provisão de serviços, a experiência internacional apresentou duas trajetórias alternativas, a da cooperação entre os prestadores e a da concorrência. Em geral, a concorrência só apresentou avanços concretos na qualidade da prestação dos serviços em países onde já havia sido conquistada previamente grande homogeneidade no acesso e onde os problemas de desigualdade econômica e social eram inexpressivos, como nos países nórdicos e na Holanda. Nos demais

países onde o estímulo à concorrência entre compradores e prestadores de serviços foi levado às últimas conseqüências, como no Reino Unido, gerou-se uma excessiva fragmentação da oferta de serviços e ineficiência na prestação. Lá, o processo recente tem sido o da recomposição de escalas compatíveis com a natureza dos serviços de saúde, através do reagrupamento das compras e da oferta de serviços. Tal recomposição tem o objetivo de viabilizar o melhor planejamento e controle das ações.

O processo de recentralização afetou também as próprias unidades de planejamento, gerando a revisão dos critérios de regionalização por distritos e secretarias setoriais, com a intenção de diminuir o número de agências e de instâncias de planejamento.

No Brasil, a descentralização dos serviços defrontou-se com um quadro de excessiva pulverização no número de municípios, gerando como resposta, no período recente, algumas ações de reconcentração de serviços, através da constituição de consórcios intermunicipais. Entretanto, o sucesso e a estabilidade destas iniciativas requerem uma ação estadual e uma harmonização de interesses hoje pouco presente no país.

Aqui, o processo de descentralização e fragmentação no âmbito municipal que culminou com seu recente enfraquecimento fiscal, paradoxalmente correspondeu ao fortalecimento político desta instância de governo. Na experiência internacional, tendeu-se a um consenso suprapartidário sobre a reforma sanitária. Na Catalunha isso ocorreu por acordo partidário e, no Reino Unido, pela adoção de critérios técnicos na escolha de dirigentes, tanto nas instâncias de planejamento como na prestação de serviços.

2.2. Eqüidade

Em nenhum dos casos de reforma sanitária analisados, com a exceção do Brasil, a questão dos recursos ou do financiamento setorial apareceu como problema. Os recursos públicos,

gerados pela tributação em geral, ou complementados com contribuições específicas dos beneficiários, parecem ter sido suficientes para financiar os gastos propostos. Mais que isso, a gestão destes recursos tem sido pautada por critérios de economicidade e por um planejamento territorial das ações de saúde, ao qual são referidos os usuários, que tende a garantir uma alocação de recursos mais coerente com as prioridades estabelecidas. No plano internacional, as maiores conquistas em termos de equidade deram-se pela garantia de acesso aos serviços. Onde o acesso já é universal, novos ganhos de economicidade e equidade têm sido alcançados através da redução do viés tecnológico e da capacidade ociosa nos serviços, o que resulta em sua melhor distribuição no território, evitando também o comprometimento desnecessário de recursos com procedimentos de maior complexidade. Tais procedimentos tendem a excluir os mais pobres e os mais distantes deste segmento da oferta, em geral concentrada. Todas as reformas sanitárias analisadas reorientaram suas prioridades para a garantia de acesso, e portanto para a reformulação da atenção primária, particularmente visando ao aumento de sua resolutividade e ao aperfeiçoamento dos recursos humanos a ela associados. Na experiência da Catalunha, tem havido incentivos à associação entre as ações de atenção primária, secundária e terciária. De outra parte, estimulou-se, no próprio sistema hospitalar, o desenvolvimento de ações de natureza ambulatorial, com o objetivo de ampliar o acesso ao sistema e concentrar as ações nas modalidades de atenção que concentram grande parte da demanda.

2.3. Racionalização da capacidade instalada e oferta de serviços

Um dos problemas enfrentados por todos os sistemas de saúde analisados, em parte gerado pelo excesso de concorrência ou de outros fatores que acarretam a fragmentação dos serviços e em parte consequência da

dinâmica da concentração urbana, é o da desigual distribuição da oferta de serviços no território e sua concentração nos grandes centros urbanos. A respeito, no caso do Reino Unido, a liquidação de unidades e serviços redundantes tem sido estimulada pela cobrança de uma taxa sobre a capacidade ociosa.

De uma outra perspectiva, deu-se recentemente no Chile, a criação no âmbito do Fondo Nacional de Salud (FONASA) de um plano de seguro público, o seguro Catastrófico, FONASA, que promove o acesso de seus beneficiários ao tratamento de doenças relacionadas a procedimentos mais onerosos e de mais alta complexidade. Este fato pode ser útil como demonstração da possibilidade de racionalização e maior equidade no uso desses serviços diferenciados por sua tecnologia, complexidade e maiores custos, e tornados disponíveis para o conjunto dos segurados e demais beneficiários do sistema público

2.4. A macro e a microeconomia das reformas sanitárias

O seminário permitiu estabelecer claramente as diferenças entre o aperfeiçoamento da gestão macroeconômica de sistemas unificados de saúde e os avanços na dimensão micro- empresarial da gestão. Tanto no Chile como principalmente no Brasil, grande parte dos aperfeiçoamentos vem ocorrendo no plano macroeconômico, através da busca de critérios adequados de distribuição de recursos por orçamentos e hierarquias de serviços. Na macro gestão têm-se registrado aperfeiçoamentos no planejamento das ações por região e por programas, e a adoção de critérios redistributivos destinados a diminuir diferenças de acesso entre regiões (Chile) e a estabelecer pisos de gastos *per capita* (Chile e Brasil). No caso brasileiro há menos espaço

para a reorientação do gasto em saúde realizado pelas esferas locais de governo, que em geral apenas sancionam padrões tradicionais de desembolso. Sem mudanças necessárias no campo institucional, o Brasil não disporá de instrumentos legais que respaldem a adoção de mecanismos de incentivo e penalização referentes a serviços, capacidade instalada e investimentos. E nem de um conjunto de informações gerenciais de simples manejo que permita cobrar e avaliar resultados. Tais mecanismos, essenciais à incorporação do enfoque microeconômico, são consubstanciados em contratos de gestão firmados entre os compradores e os prestadores de serviços de saúde.

No Chile, predomina nos anos 90 a reversão da ênfase privatista dos anos 70 e 80 e a correção das iniquidades alocativas dela derivadas, embora permaneça vigente o sistema de incentivos à gestão empresarial dos serviços.

A adoção dos acordos de gestão no Sistema Único de Saúde brasileiro depende de reformas no campo da administração pública e da reformulação de instituições que aumentem a autonomia decisória dos prestadores de serviço e abram espaço para a condicionalidade dos contratos e para a aplicabilidade dos incentivos à gestão empresarial. No bojo destas reformas, que podem ser internas ou externas ao setor, seria possível superar a lógica administrativo- orçamentária e as normas do direito público inerentes ao modelo institucional-legal vigente.

O atual modelo dificulta a adesão dos prestadores a um sistema de avaliação que estabeleça, de forma progressiva e pactuada, os requerimentos referentes a padrões de desempenho e que, a partir deles, tenha capacidade técnica e jurídica para impor suas prioridades sob a forma de incentivos dirigidos a provedores e usuários. A adoção de contratos que estabeleçam direitos e deveres de parte a parte requer a flexibilização das decisões e das ações e a superação da lógica burocrática de gestão

incompatíveis com o marco institucional vigente no início destas transformações.

2.5. A distribuição do risco entre o financiador e o prestador de serviços

Uma das questões mais novas introduzidas pela possibilidade de separação de funções na Saúde é a de como equacionar a distribuição do risco entre o financiador e o provedor, transferindo parte do mesmo ao provedor. Assim, mesmo antes de colocar a questão da separação, é importante verificar a capacidade do sistema em aceitar condições, sendo uma delas a capacidade de acolher riscos. Este problema é menos percebido no setor público, onde as duas funções se confundem. A experiência internacional demonstra que o excesso de fragmentação aumenta o risco, que só se dilui quando a escala de operação é adequada à população alvo e à natureza dos serviços.

2.6. Flexibilização institucional

Os países que avançaram na separação entre financiamento e provisão de serviços de saúde adotaram novos formatos institucionais mais flexíveis, onde nem a política pública requer necessariamente a propriedade estatal, nem a descentralização é acompanhada pela privatização. Frequentemente, a reforma dos sistemas de saúde foi precedida ou induziu a realização de reformas administrativas. Sem elas, tomam-se inexecutáveis o processo de contratualização e a política de recursos humanos necessários à gestão dos novos formatos organizacionais que consagram a separação de funções.

A característica dos novos sistemas é a convivência entre entes públicos autônomos, empresas estatais regidas por

estatuto jurídico privado, cooperativas e consórcios, além de parcerias entre o setor público e o setor privado.

2.7. Tendência internacional de solução gerencial

Nos países europeus adotou-se a contratualização sistêmica envolvendo níveis de governo e unidades prestadoras de serviço de diferentes níveis, portes e complexidade. Assim, os elementos macroeconômicos da gestão combinaram-se com a particularização deste processo, no nível das empresas e de seu sistema operacional.

2.8. Contratualização: fundamentos principais

A contratualização, se adotada como instrumento de integração e gestão dos sistemas de saúde tem como fundamentos a eficiência alocativa, a autonomia gerencial, a inovação organizacional, a eficácia nos resultados e a *accountability* das ações. Sua adoção requer a definição de mecanismos de regulação pública, bem como de avaliação e controle públicos.

2.9. Concepção de sistemas integrados de saúde

Alguns países, como o Reino Unido, os países nórdicos e a Nova Zelândia estão constituindo Sistemas Integrados de Saúde como base organizativa de seus Sistemas Nacionais de Saúde. Os sistemas integrados visam à ação combinada das várias organizações de saúde no território, à responsabilidade por todas as ações de saúde, à intervenção mais ativa dos pacientes em seus processos clínicos, à maximização dos padrões de desempenho baseados na evidência, bem como dos

resultados positivos na saúde de sua população alvo, à efetividade clínica dos serviços, à difusão da lógica de incentivos para prestadores e usuários e à otimização integrada dos recursos.

Assim, a reforma sanitária não se esgotaria na configuração de um sistema nacional de saúde. A adoção de um modelo organizacional integrado, com as características acima descritas, levaria mais longe o processo de mudança.

2.10. Requisitos para a gestão contratualizada do Sistema de Saúde no Brasil

Levando-se em conta as semelhanças e diferenças entre o Brasil e os países que adotaram a separação de funções no contexto de suas reformas sanitárias, a possibilidade de adoção de Gestão Contratualizada do Sistema de Saúde no Brasil, dependeria das seguintes condições:

- Separação clara das funções de financiamento, planejamento, avaliação, regulação e provisão de serviços;
- Separação clara do segmento prestador de serviços em “Unidades de Negócio” autônomas e integradas a nível corporativo e regional;
- Regionalização e hierarquização utilizando novos conceitos de redes urbanas;
- Consideração da Heterogeneidade de Tipos Disponíveis;
- Conhecimento e incorporação aos critério de gestão dos fluxos e relações sócio-econômicas existentes;
- Maior equilíbrio entre os entes federativos, com o reforço da participação dos governos estaduais, e a menor fragmentação municipal.

Experiência Internacional ¹

Embora o leque de opções sobre a organização do setor de saúde tenha se estreitado na última década, não existe um modelo ideal para o setor e sim avanços em modelos organizativos baseados na convergência de quatro tendências, a saber:

- a separação entre as funções de comprador e provedor;
- os ganhos de autonomia institucional e de gestão dos hospitais;
- a priorização da atenção primária;
- a organização de serviços integrados de saúde, com responsabilidade por todos os serviços necessários para uma população definida;

Ainda que algumas destas tendências sejam apenas incipientes, serão eixos de gestão e organização dos serviços de saúde na Europa nos próximos anos, razão pela qual foram discutidas no seminário.

Os principais desafios enfrentados pelos países que avançaram no aperfeiçoamento de seus sistemas públicos de saúde foram a questão dos custos e ineficiência, a questão da falta de padronização e efetividade clínica, a questão das necessidades dos pacientes e da comunidade, as questões ligadas à produtividade dos serviços, a escolha do “*mix*” adequado de serviços e a atual fragmentação da atenção.

De algum modo a separação entre o financiamento e a provisão e o desenvolvimento de um modelo contratual e de acordos de gestão pretende responder à maior parte destes desafios. As respostas entretanto não têm sido únicas.

Para reduzir custos e aumentar a eficiência, alguns países estimularam a concorrência entre prestadores de serviços, enquanto outros caminharam para a cooperação.

¹ BENGOA, Rafael. (*B y F Gestión y Salud/ Espanha*).

Em todos caminhou-se para a maior descentralização financeira e de gestão, para a responsabilidade clínica sobre gastos e qualidade. Em muitos casos, incentivos foram dirigidos a instituições e indivíduos. Houve fixação de metas de eficiência e foram estabelecidos contratos de serviços.

As questões de padronização puderam ser respondidas com protocolos clínicos baseados na evidência, com processos de credenciamento baseados em excelência clínica e com indicadores de resultados clínicos. A maximização da sensibilidade às necessidades dos pacientes baseou-se no estabelecimento de códigos de direitos e garantias dos pacientes, no acesso dos pacientes a informações e ao auto cuidado e na participação comunitária em muitas instâncias. Ganhos de produtividade puderam ser avaliados por indicadores de saúde, pela equidade no acesso, pela qualidade da atenção, por ganhos de eficiência e pela avaliação dos usuários. Finalmente a adoção de um "mix" mais adequado de serviços foi viabilizada pela maior ênfase na promoção da saúde e da prevenção de doenças, no deslocamento de recursos para uma atenção primária dotada de maior resolutividade, na busca de integração de serviços primários, secundários e terciários, e na reordenação dos hospitais gerais, de modo coerente com as prioridades de serviço estabelecidas.

A adoção de acordos de gestão supõe um modelo no qual o setor não é controlado por hierarquias, por sistemas de regulação ou por normas e sim por uma lógica contratual. Para tanto é necessário instituir agências de contratação, definindo suas funções, delimitando sua população alvo, e legitimando seu questionamento sobre as prioridades dos provedores.

De fato, a separação entre financiamento e provisão não se dá no nível central de governo e sim, no nível de agências de contratação, que passam a centralizar a compra de serviços. Estas agências são instâncias

intermediárias cuja função é de unir ou articular a prestação de serviços e não de fragmentá-las.

O grande salto qualitativo das reformas sanitárias se dará, daqui em diante, pelo aperfeiçoamento e integração entre instituições e não apenas dentro de uma instituição. A tendência a perseguir com a contratação é de ampliar a integração e consistência de serviços e diminuir sua fragmentação. Paradoxalmente, a sinalização que emana da lógica de separação de funções é a possibilidade de conseguir maior integração entre serviços, a partir da clarificação das identidades e papéis de cada um. A tendência que se destaca, juntamente com o avanço da separação, é a da crescente imposição da prática da cooperação sobre a da concorrência.

A partir da definição de níveis de responsabilidade nos acordos de gestão, é possível construir uma tipologia dos entes de contratação:

- modelo agência de contratação: o orçamento é administrado por agências de contratação, definidas como instâncias administrativas de saúde (em nível regional ou distrital) ou de administração municipal;
- modelo híbrido, no qual o orçamento é partilhado entre a agência de contratação e a atenção primária;
- modelo de atenção primária como ente de contratação, no qual todo o orçamento para a contratação de serviços especializados e comunitários está sob a responsabilidade da atenção primária;

Tais acordos têm como pré-requisitos a adequada avaliação das necessidades, a existência de métodos de priorização disponíveis, a minimização dos custos de transação, a seleção pertinente de informações, a gestão do risco financeiro através do estabelecimento de *cash limits* associados aos serviços e à gestão dos orçamentos e da demanda.

A decisão fundamental sobre o nível de centralização ou descentralização depende da história e

da cultura dos países e também de critérios de decisão adotados sobre objetivos. O *trade off* entre modelos alternativos é exemplificado em seguida, a partir do impacto potencial diferenciado das prioridades adotadas sobre estruturas centralizadas e descentralizadas.

QUADRO I

Critérios de Avaliação	Sistema Centralizado	Sistema Descentralizado
P/Custos de Gestão	Baixo	Alto
P/Equidade/Acesso	Alto	Baixo
P/Sensibilidade a necessidades locais	Baixo	Alto
P/Contenção de custos	Baixo	Alto
P/Estabilidade de provedores	Alto	Baixo

Um outro tema que vem sendo motivo de aperfeiçoamento a partir da separação entre financiamento e a provisão de serviço é a possibilidade de alcançar soluções integradas por parte dos provedores. Isto que depende de sistemas de controle baseados em guias e protocolos clínicos integrados e do desenvolvimento adequado dos sistemas de informação. Embora existam inegáveis avanços a partir da adoção destes procedimentos, deve-se observar que os modelos adotados visam a dar maior consistência aos serviços, não se trabalhando com a mesma intensidade o potencial de aperfeiçoamento de suas interfaces.

O aprendizado das experiências de separação entre o financiamento e a provisão confirma o sucesso desta diretriz de mudança, assim como da adoção de contratos

de gestão, da passagem de maiores responsabilidades à atenção primária, bem com de maior descentralização das responsabilidades no nível operacional. Em contrapartida, avalia como negativas as experiências baseadas na concorrência pela prestação de serviços que acarreta a fragmentação entre provedores e a visão burocratizada, que se expressa, entre outras dimensões, na definição de contratos anuais. Estes deveriam dar lugar aos contratos de longo prazo que resultariam de uma concepção estratégica do planejamento das ações de saúde.

3. Conclusão

Conclui-se, assim, que, caráter público da política, a democratização do acesso e os ganhos de qualidade na prestação de serviços, almejados e observados em certas instâncias da política social, não se associam necessária ou exclusivamente a sua propriedade estatal.

De forma mais específica, o financiamento das políticas públicas parece estar num cruzamento entre o possível e o desejável, marcado, por um lado, pela lógica de mercado —precificação, recuperação de custo, retorno das aplicações, gestão empresarial, competição por recursos de crédito, engenharias financeiras, privatização, terceirização etc. — e, de outro, pelo mundo da necessidade, onde a complexidade e a amplitude de certos investimentos, aliados a “déficits” de serviços envolvem o aporte obrigatório de recursos a fundo perdido para o financiamento corrente e para a expansão da universalização da cobertura.

No caso brasileiro, levando-se em conta a estrutura federativa e o processo relativamente recente de redemocratização do país, o correto enquadramento da temática atual do financiamento à política pública requer o aprendizado da transição entre um setor público centralizado, financiador direto e muitas vezes executor e

um setor público normatizador. Este deve ser capaz de delimitar e articular os recortes locais de materialização das políticas, capacitando-o também para a necessária catalisação dos recursos, nos níveis de governo pertinentes para a tarefa proposta.

Isto significa que, para viabilizar uma nova formulação de políticas e de estratégias de financiamento que apontem na direção da recuperação do investimento e do aperfeiçoamento da prestação de serviços prioritários na área social, é preciso superar os conceitos convencionais de uma rígida divisão intergovernamental (encargos exclusivos a cada esfera de governo), intersetorial e entre o setor público e o setor privado. Esta é a nova realidade que se coloca como desafio à definição de novos padrões de financiamento, e de novos parâmetros de avaliação econômico-financeira de políticas sociais.

Do ponto de vista da formulação, produção e financiamento das políticas públicas é preciso lidar com um amplo espectro de combinações entre o governo, em seus vários níveis e formatos organizacionais e as organizações não-governamentais, que configuram em conjunto a teia de relações da política social. Na perspectiva dos fluxos financeiros, existem relações relevantes entre Estado e mercado, algumas facilmente quantificadas, envolvendo preços conhecidos, níveis de demanda dados e custos totais de aquisição e outros, menos visíveis, representados por subsídios implícitos e renúncias de arrecadação que, de alguma maneira, necessitam ser contabilizados, para fins de avaliação.

Agregando complexidade ao universo de referência da política social, a política econômica, em suas dimensões macro e micro e, também, o grau de compatibilização entre ambas afetam a formulação e implementação das políticas sociais; como tal, devem ser levados em conta na análise a ser realizada. Assim como

estes, o campo das relações intergovernamentais e a distribuição de encargos por níveis de governo desafiam a avaliação com o emaranhado constitucional de competências tributárias e de gasto que tornam a rota de financiamento e provisão de serviços por vezes irracional e complexa.

Referência:

BENGOA, Rafael. (*B y F Gestión y Salud/ Espanha*).