



Textos para Discussão

SEGMENTOS INSTITUCIONAIS DE GESTÃO EM SAÚDE

Descrição, Tendências e Cenários Prospectivos



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Dilma Rousseff

Ministro da Saúde
Arthur Chioro

Secretaria-Executiva
Ana Paula Menezes Sóter

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Paulo Gadelha

Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Renata Macedo Pereira

Normalização bibliográfica
Marcia Carnaval Valporto de Almeida

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com apoio financeiro do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V614s Viana, Ana Luiza d'Ávila.

Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos / Ana Luiza d'Ávila Viana, Alcides Silva de Miranda, Hudson Pacifico da Silva. – Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 18 p.

Bibliografia: p. 18. - (Textos para discussão ; n. 2)

1. Modelos de gestão em saúde no Brasil. 2. Gestão de políticas de saúde – Brasil. 3. Institucionalidade da gestão em saúde – Brasil. 4. Projeção de cenários futuros em saúde – Brasil. 5. Projeto Saúde Amanhã. I. Viana, Ana Luiza d'Ávila. II. Miranda, Alcides Silva de. III. Silva, Hudson Pacifico da. IV. Fundação Oswaldo Cruz. V. Título. VI. Série.

CDU 614:658 (81)

Textos para Discussão
Nº 2

SEGMENTOS INSTITUCIONAIS DE GESTÃO EM SAÚDE

Descrição, Tendências e Cenários Prospectivos

Ana Luiza d'Ávila Viana
Alcides Silva de Miranda
Hudson Pacifico da Silva

Rio de Janeiro, Fevereiro de 2015

AUTORES

Ana Luiza d'Ávila Viana

Graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Cândido Mendes/RJ (1974) e doutorado em Economia pela Universidade Estadual de Campinas/SP (1994). Professora doutora no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Alcides Silva de Miranda

Graduação em Medicina (FEMP/PA), com Doutorado em Saúde Coletiva (ISC-UFBA). É Professor Adjunto (nível 4) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Coordenador da Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Hudson Pacifico da Silva

Graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas (1996) e doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (2007). Atualmente desenvolve atividades de ensino e pesquisa na FCA-Unicamp, onde atua como docente do curso de Administração Pública e do Programa de Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, e no DPCT-IG-Unicamp, onde atua no Programa de Pós-Graduação em Política Científica e Tecnológica.

SUMÁRIO

Introdução	7
Resultados Descritivos da Trajetória Tendencial dos Segmentos Institucionais de Gestão em Saúde no Brasil (2005-2013)	11
Prospecção Sumária acerca de Cenários Futuros para os Segmentos Institucionais de Gestão em Saúde em Horizonte de Médio Prazo (2030)	15
Referências Bibliográficas	18

SEGMENTOS INSTITUCIONAIS DE GESTÃO EM SAÚDE:

Descrição, Tendências e Cenários Prospectivos

1. INTRODUÇÃO

O conjunto das transformações ocorridas no âmbito do Estado contemporâneo possui relação direta com a crise de um determinado padrão de intervenção estatal, que se consolidou após a 2ª Guerra Mundial e entrou em declínio a partir da década de 1970. Este padrão foi marcado por políticas ativas de intervenção estatal, com o objetivo de promover crescimento econômico e, ao mesmo tempo, assegurar níveis mínimos de equidade através de políticas de acesso a bens e serviços públicos mediante a construção de uma ampla rede de proteção social.

Tais políticas passaram a ser duramente criticadas nas últimas décadas do século XX. Em sua essência, as críticas enfatizavam a ineficiência da intervenção estatal na atividade econômica, identificando a imperfeição do Estado como parte fundamental do problema. Essa imperfeição, por sua vez, estava associada à própria natureza do Estado, constituído por um grande número de atores com interesses próprios e comportamento caracterizado por estratégias de maximização de interesses pessoais, tornando o próprio Estado refém desses interesses, nem sempre coincidentes com os interesses da sociedade.

Reformar o Estado e suas instituições tornou-se um requisito para se alcançar padrões de governabilidade e governança na maioria dos países desenvolvidos a partir dos anos 1980. O êxito em promover padrões mais eficientes de gestão fiscal e maior redistribuição de recursos e responsabilidades moldou os contornos das políticas de reforma do Estado nos países da OCDE (REZENDE, 2005). Programas nacionais de reforma – como o *National Performance Review*, nos Estados Unidos, e o *Next Steps*, na Inglaterra – fundaram as bases do discurso gerencialista, no qual a busca pela eficiência se tornou condição fundamental para a organização e o funcionamento das organizações governamentais.

Do ponto de vista operacional, as mudanças institucionais desencadearam um conjunto amplo de reformas, voltadas para: (a) a emergência e o desenvolvimento de políticas de reformulação da administração pública, das relações trabalhistas, do judiciário, do legislativo e dos mecanismos regulatórios; (b) a modernização tributária; (c) os programas massivos de privatização; e (d) a revisão das relações entre governos centrais e subnacionais, especialmente em países organizados de forma federativa¹.

Tais reformas, alinhadas com os preceitos da *New Public Management* (NPM)², colocaram em discussão a pertinência dos modernos sistemas de proteção social, consolidados durante o

¹ Autores como Majone (1999) destacam que esse processo foi marcado por uma progressiva substituição do Estado positivo (intervencionista) por um Estado regulador.

² A *New Public Management* se caracteriza pela transferência de conceitos, ferramentas e técnicas de gestão do setor privado para o setor público (FERLIE et al., 1999).

século XX. Dado o quadro mais geral de crise financeira dos Estados, mudanças nos benefícios sociais foram implementadas por muitos países da OCDE ao longo das décadas de 1980 e 1990, com destaque para a retração de titularidades no valor dos benefícios, no acesso aos programas e na introdução de formas de copagamento para utilização dos serviços (PIERSON, 1998).

Os sistemas de saúde também foram afetados, em alguma medida, pela crise do Estado e dos sistemas de proteção social. De fato, a literatura sobre o tema identifica a existência de duas ondas de reformas nos sistemas de saúde, distintos em sua natureza: as reformas dos anos 1970-80, impulsionadas pelo imperativo macroeconômico de controle das despesas nacionais com o setor saúde, e a agenda de reformas que teve início na década de 1990, cujas características estão associadas ao estabelecimento de inovações capazes de criar um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos prestadores de serviços de saúde.

Muitos países migraram de um modelo verticalizado para um modelo contratual de financiamento e provisão dos serviços, o que serviu como um estímulo complementar às políticas de controle de gastos no nível macroeconômico, gerando iniciativas de fortalecimento da eficiência e da capacidade de resposta aos usuários no nível microeconômico (HAM, 1997). A introdução de mecanismos mais alinhados com o mercado, o fortalecimento da gestão dos serviços de saúde e a adoção de incentivos orçamentários para melhorar o desempenho foram os principais instrumentos utilizados na implementação dessas políticas.

No Brasil, dois fenômenos emergiram com força na política de saúde nos últimos 25 anos, com impactos diferenciados segundo regiões e estados brasileiros: primeiro, a descentralização da formulação, gestão e implementação da política de saúde; segundo, o crescimento da quantidade e da diversidade de atores envolvidos com a oferta e gestão de serviços, de forma a incrementar tanto o papel e a importância de atores não governamentais nas atividades envolvidas com a implementação de políticas e ações, quanto o surgimento de diversos tipos de empresariamento da gestão e oferta de serviços. Ao mesmo tempo, as ideias gerencialistas para a governança operacional³ do sistema de saúde, com ênfase nas ações de melhor custo-benefício, foram difundidas e passaram a ter centralidade na política.

Esse dois fenômenos – a descentralização do poder regulatório e decisório para estados e municípios e a proliferação das atividades de empresariamento da oferta de serviços – foram contemporâneos e estratégicos para a conformação do sistema de saúde brasileiro e introduziram ciclos diferenciados ao longo da trajetória de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS): um ciclo que cobre os anos 1990, voltado para incrementar a descentralização com foco nos municípios, e outro, já nos anos 2000, de maior ênfase na estratégia de regionalização de forma a superar os entraves advindos das grandes desigualdades na oferta de serviços.

Resta saber como os dois fenômenos se interrelacionam e, mais importante, o que explica a expansão das atividades de empresariamento dos serviços, tendo em vista a vasta literatura nacional e internacional sobre o protagonismo dos processos de descentralização nas reformas dos sistemas de saúde, desde a década de 1980, porém com poucas menções sobre o segundo fenômeno e hipóteses sobre a sua contemporaneidade com o processo de descentralização, no caso da literatura nacional. Já a literatura internacional enfatiza a crescente importância do nível local e sua relação com atores horizontais e verticais, com mudança na relação local-nacional,

³ Governança operacional, diretiva e constitutiva (HUPE & HILL, 2006) se refere a diferentes funções no processo de conformação das políticas públicas. Constitutiva se refere à formulação de um arcabouço jurídico e institucional; diretiva, ao processo decisório; e operativa, ao processo de prestação dos serviços.

com desburocratização e um formato organizacional menos hierárquico e mais reticular e horizontal ou com delegação para as organizações privadas, que aumentaram seu protagonismo como forças/atores relevantes nas políticas de proteção social.

A construção dessa governança multinível⁴ se dá a partir de diversos tipos de relações intra e interinstituições, como devolução de recursos e funções (para um ente subnacional), governo conjunto (*joint-up government*) ou governo holístico (*whole-of-government*), quando se inicia na esfera pública e transborda para outros atores, na forma de uma governança compartilhada (*shared governance*). Com isso o tradicional modelo burocrático hierárquico, com base em cadeias de comando e na separação de competências e responsabilidades, deixa de ser o único formato que rege as relações intra e interinstitucionais, ao mesmo tempo em que emergem relações de rede (negociação, contratos e consórcios) e de mercado. A coordenação das políticas passa a ser a grande preocupação, tendo em vista que as regiões e o local são perpassados por três tipos de relação intra e interinstitucional: a governança burocrática hierárquica (papel da autoridade pública para definir prioridades e fronteiras de direito); a governança de rede (relação público e privado social) e a governança de mercado (relação entre público e privado de mercado)⁵.

Uma linha forte de argumento relaciona os dois temas – descentralização e empresariamento – com o enfraquecimento do poder do Estado Nacional, o advento de profundas modificações nas economias capitalistas (com aprofundamento da globalização) e a hegemonia das ideias neoliberais. Outro aspecto também destacado é a crescente importância da *New Public Management* nas formas de organização do setor público.

As mudanças no sistema econômico, particularmente o crescimento dos serviços, a internacionalização dos circuitos produtivos, a intensificação dos processos de concentração, financeira e internacionalização do setor serviços, bem como as mudanças no mercado de trabalho e em aspectos sócio-demográficos, respondem, em parte, pelas inadequações dos sistemas de saúde e o surgimento de novas necessidades, forçando reformas importantes na forma de organização e prestação dos serviços de saúde. A literatura internacional é pródiga em relacionar descentralização e o empresariamento com esses fenômenos, de forma a caracterizar o sistema de proteção social como fragmentado (do ponto de vista institucional), heterogêneo e desigual (do ponto de vista territorial), assim como a perda de importância dos mecanismos de governança burocrática-hierárquica sob comando estatal.

Para o Brasil e, em particular, para a política de saúde, o que nos parece vital é ter uma perspectiva integrada para análise dos dois fenômenos (descentralização e empresariamento), de forma a compreender sua presença diferenciada no território nacional, seus ciclos de expansão e seus condicionantes histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural, e, mais importante, desenhar cenários futuros. Trata-se de relacionar esses dois processos de forma a discutir a evolução futura dos modelos de gestão levando em consideração as variáveis que influenciam

⁴ Governança multinível (ou de múltiplos níveis) enfatiza o compartilhamento de poder entre níveis de governo com nenhum centro de autoridade acumulada e cujas relações são caracterizadas pela interdependência mútua de recursos de todos – e não pela competição por recursos escassos (SMITH, 2010).

⁵ Aqui estamos trabalhando com o conceito de governança elaborado por Richard & Smith (2002), que a define como um instrumento para iluminar a mudança de natureza do processo político nas décadas recentes, em particular a entrada de múltiplos atores na ação de fazer políticas públicas. Esse conceito é completado pela definição de Milward e Provan (2000), para quem a governança objetiva criar mecanismos – recursos, contratos e acordos – complementares à autoridade e às sanções da esfera pública. Dessa forma, o uso do conceito de governança auxilia na compreensão das múltiplas variáveis e multiníveis de ações que influenciam o desempenho de uma determinada política pública.

ambos os processos e são capazes de identificar e localizar situações ou tipos de descentralização e empresariamento presentes no território nacional. Sinalizamos três variáveis que tendem a influenciar os modelos de gestão em saúde:

- Histórico-estrutural: aspectos de *path dependence* na relação público-privado na oferta de serviços de saúde e evolução recente;
- Político-institucional: governança constitutiva e diretiva do sistema de saúde (incentivo à conformação de novos tipos de arranjos público-privados, alcance da regulação e pertinência dos instrumentos regulatórios);
- Conjuntural: conjunturas específicas e locais onde se destaca a questão do (sub)financiamento (custeio e investimento) do sistema de saúde nos níveis locais e regionais.

Do ponto de vista das variáveis vinculadas ao *path dependence*, temos uma configuração histórica de predomínio da oferta privada de leitos hospitalares nos estados do Sul do Brasil, em oposição a um protagonismo da presença pública no extremo oposto, estados do Norte e Nordeste do país, e uma situação intermediária, de presença mista, pública e privada, nos estados do Sudeste⁶. Esse é um padrão histórico, e se o poder explicativo da variável *path dependence* for forte, o empresariamento estaria mais presente nas regiões Sul e Sudeste, ao passo que teria baixa penetração nos estados do Norte e Nordeste.

Por outro lado, os incentivos (traduzidos em leis e decretos estaduais e municipais) para criação de novos arranjos público-privados tiveram início nos estados do Sudeste⁷, mas é importante destacar a difusão desse modelo para outras regiões do país (Bahia, Sergipe, Pernambuco e Roraima) em anos recentes. Há proliferação de micro-acordos (particularistas e clientelistas) por todos os estados sem regras claras de desempenho, metas e eficiência na contratualização dessas entidades privadas, como característica forte em algum estado ou região específica.

A questão do financiamento se distingue regionalmente, no tocante ao financiamento de custeio, porém é uma constante a baixa participação do investimento no gasto público em saúde. Os estados que se destacam no alto financiamento estadual da política de saúde estão localizados nas regiões Norte e Sudeste (Tocantins e São Paulo, por exemplo); já o alto financiamento municipal se encontra nos estados da região Centro-Oeste (Mato Grosso e Mato Grosso do Sul) e também na região Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais). Portanto, níveis altos ou baixos de financiamento não influenciam as decisões de empresariamento ou a adoção de processos de contratualização para oferta e gestão dos serviços de saúde.

O quadro a seguir sintetiza as situações das variáveis utilizadas, fruto de pesquisa com dados secundários extraídos de pesquisas recentes e fontes diversas, como teses e artigos. As variáveis com maior força explicativa são as referentes ao processo de governança constitutiva (incentivo jurídico institucional para criação de novos arranjos) e a questão do baixo investimento público para ampliação da capacidade instalada, principalmente na área hospitalar e de serviços

⁶ Dados para 2012 indicam que 83,5% das internações no Norte e Nordeste, onde vivem 35% da população brasileira, são realizadas por instituições públicas; no Sul, ao contrário, as internações privadas são maioria e somente 7,5% das internações ocorrem em entidades públicas (reside nessa macrorregião brasileira 21% da população); já no Sudeste, as internações públicas configuram 46,1%, portanto uma oferta mista, e ali residem 43% da população brasileira (VIANA et al., 2013).

⁷ Em São Paulo, a primeira Organização Social de Saúde é de 1995.

de apoio diagnóstico e terapêutico. De todo o modo, a descentralização foi peça importante para o surgimento do fenômeno do empresariamento porque concedeu grau de autonomia para as esferas subnacionais de governo no tocante à formulação, gestão e implementação de políticas.

Quadro 1. Resumo das variáveis que influenciam os modelos de gestão

VARIÁVEL	REGIÕES				
	NORTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	SUDESTE	SUL
Path Dependence ¹	Público	Público	Público	Misto	Privado
Governança constitutiva (incentivo à criação de novos arranjos público-privado)	Fraca	Média	Média	Forte	Forte
Governança diretiva ((regulação	Fraca	Fraca	Fraca	Média	Média
Governança operacional ((mecanismos de regulação	Fraca	Fraca	Fraca	Fraca	Fraca
Financiamento regional e (local (investimento	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo
Financiamento regional e local (custeio) ²	Estadual: elevado Municipal: baixo	Estadual: médio e baixo Municipal: médio e baixo	Estadual: baixo :Municipal elevado	:*Estadual elevado :Municipal elevado e médio	Estadual: médio ou baixo Municipal: médio ou baixo

Fonte: Elaboração dos autores

¹ Ver Viana et al. (2013). ² Dados extraídos de Levi & Scatena (2011).

(*) Exceções: RJ e MG, de baixo estadual e elevado municipal

Diante desse quadro, como desenhar cenários futuros que possam alterar o quadro atual ou mantê-lo de forma semelhante ou agravado? Apresentamos, a seguir, um levantamento empírico a partir dos dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para definir os segmentos institucionais de gestão em saúde no Brasil e os prováveis cenários para os tipos identificados.

2. RESULTADOS DESCRITIVOS DA TRAJETÓRIA TENDENCIAL DOS SEGMENTOS INSTITUCIONAIS DE GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL (2005-2013)

Considerada a diversidade de modalidades institucionais de gestão e prestação de serviços no setor saúde no Brasil, é complexa a tarefa de definir ordenações e classificações que permitam tanto análises distintivas, como de agregados com características afins. No Brasil, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) estabelece uma tipologia com o detalhamento de 13 modalidades institucionais para o setor (definidas como “natureza da organização”), para as quais disponibiliza dados que podem ser processados por configurações e ordenações sistêmicas (níveis de hierarquia, esferas administrativas, tipos de estabelecimentos, personalidades jurídicas etc.), tipos de formalizações normativas (contratos, convênios, habilitações etc.), características de estruturas físicas (leitos hospitalares, equipamentos etc.), quantitativos da produção de serviços (atendimentos prestados etc.) e da força de trabalho (notadamente, ocupações profissionais)⁸.

⁸ As modalidades de natureza organizativa estabelecidas pelo CNES são: Administração Direta da Saúde (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde); Administração Direta de outros órgãos (Min. da Educação, Forças Armadas etc.); Administração Indireta a partir de Autarquias; Administração Indireta a partir de Fundações Públicas; Administração Indireta a

Os dados do CNES sobre os estabelecimentos de saúde estão disponíveis em série histórica de períodos mensais, iniciada a partir de agosto de 2005, período ainda curto para análises de tendências retrospectivas que possam subsidiar projeções e análises prospectivas mais consistentes. Além disso, tal fonte secundária ainda apresenta indícios de subnotificações, que podem gerar vieses analíticos. Mesmo assim, trata-se da fonte disponível de maior confiabilidade, uma vez que a maior parte dos dados anteriores acessíveis provém de levantamentos amostrais pontuais (Pesquisas de Assistências Médicas Sanitárias) realizados pelo IBGE.

Para o propósito específico de análise descritiva e tendencial, simplificada e subsidiária para projeção de cenários futuros, optou-se por um escopo com agregação segmentar e classificação mais abrangente, com três setores primordiais de institucionalidades (pública estatal, pública não estatal e privada). A partir desta classificação inicial, considerados também os critérios de égide formal de direito administrativo (Público ou Privado) e relação com o Sistema Único de Saúde (serviços próprios, serviços complementares ao SUS ou serviços suplementares do SUS), estabeleceu-se a derivação de nove segmentos institucionais (Quadro 2).

Quadro 2. Tipos de esferas, setores e segmentos institucionais utilizados para a análise de tendências e cenários futuros

A) Esfera pública, Setor estatal

A1) Segmento de Administração Direta, égide de Direito Público, serviços próprios do SUS. Trata-se de serviços próprios do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A2) Segmento de Administração Direta, outros órgãos estatais (exceto do setor de saúde) égide de Direito Público, serviços complementares ao SUS e suplementares. Trata-se de serviços de outros Ministérios, como o Ministério da Educação (p.ex. alguns Hospitais universitários), serviços Forças Armadas etc.

A3) Segmento de Administração Indireta, égide de Direito Público, serviços próprios do SUS. Trata-se de serviços de Autarquias (federais, estaduais e municipais), Autarquias em Regime Especial, Fundações Públicas, Consórcios Interfederativos etc.

A4) Segmento de Administração Indireta, égide de Direito Privado, serviços próprios do SUS. Trata-se de serviços de Empresas Públicas de Saúde (p.ex. alguns hospitais universitários, serviços estaduais, municipais etc.), Fundações Estatais, Autarquias em Regime Especial, Sociedades de Economia Mista, Parcerias Público-Privadas.

A5) Segmento de Previdência Complementar de Servidores de Estatais, sob Administração Indireta, égide de Direito Privado, serviços suplementares ao SUS. Trata-se de serviços de Entidades Fechadas de Previdência Complementar (EFPC) de servidores públicos (federais, estaduais e municipais) e de servidores de empresas estatais etc. Alguns dos serviços de saúde de Fundos de Previdência de servidores de Estatais estão cadastrados no CNES como Fundações Privadas sem fins lucrativos (p.ex. Cassi, Petros etc.)

partir de Empresas Públicas; Administração Indireta a partir de Organizações Sociais Públicas; Empresas Privadas; Fundações Privadas; Cooperativas; Serviços Sociais Autônomos; Entidades Benéficas Sem Fins Lucrativos; Sociedades de Economia Mista; e Sindicatos.

B) Esfera pública, Setor não estatal

Segmento de serviços públicos ofertados por associações civis sem fins lucrativos, égide de Direito Privado, com serviços complementares contratados pelo SUS e serviços suplementares. Trata-se de serviços de Associações civis qualificadas como Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e congêneres

Esfera privada, Setor privado

C) Segmento privado sem fins lucrativos, égide de Direito Privado, com serviços complementares conveniados ao SUS e serviços suplementares. Trata-se de serviços de Entidades Beneficentes, Serviços Sociais Autônomos, Associações Sindicais, Fundações Privadas (incluindo algumas entidades fechadas de previdência complementar de servidores de estatais), Cooperativas etc.

D) Segmento privado com fins lucrativos, égide de Direito Privado, com serviços complementares contratados pelo SUS e serviços suplementares. Trata-se de serviços de Empresas privadas (várias modalidades).

E) Segmento misto e ambivalente (público-privado), égide de Direito Privado, com serviços complementares contratados pelo SUS e serviços suplementares. Trata-se de serviços de Sociedades de Economia Mista, contratos de Parcerias Público-Privadas e congêneres.

Fonte: elaborado pelos autores

Essa classificação permite um melhor discernimento de ênfase em agregados com características afins, com pelo menos três setores (estatal, público estatal e privado) e foco naqueles segmentos em que há disponibilidade de agregação de dados e melhor possibilidade para análises comparativas. A partir dessa classificação, buscou-se uma análise mais descritiva e sumária do atual cenário de institucionalidades de gestão em saúde, em termos de quantificação de proporcionalidades para estabelecimentos cadastrados (CNES) e agregados em segmentos institucionais. Em tal descrição são realçados aspectos relevantes da oferta e organização desses serviços (tipos, níveis de atenção, distribuição estadual, vínculos empregatícios de trabalhadores etc.).

A partir das informações disponíveis, foi possível calcular as variações proporcionais no período 2005-2013, tomando-se como referências temporais os meses de dezembro de 2005 e 2013, sobre diversos aspectos relativos aos segmentos institucionais de gestão em saúde⁹. Reproduzimos abaixo os principais resultados encontrados.

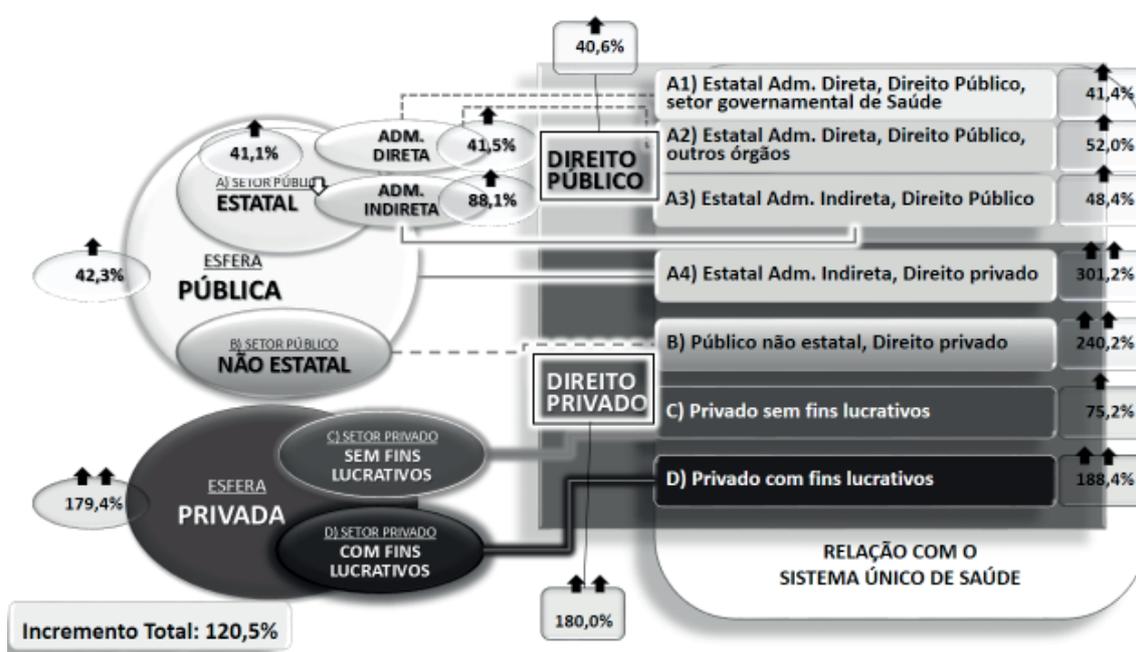
- O número de estabelecimentos cadastrados em todos os segmentos aumentou em termos absolutos (120,5%), mas esse aumento foi bastante desigual (Fig. 1). No âmbito do setor privado, o aumento foi 179,4%, ao passo que no setor público foi 42,3%. Como resultado, houve aumento proporcional dos estabelecimentos privados no período, que passaram a representar 72% do total de estabelecimentos em 2013. Esse mesmo resultado pode ser observado quanto à divisão dos estabelecimentos nos dois ramos do Direito, com aumento mais acentuado dos estabelecimentos sob a égide do Direito Privado;

⁹ Convém destacar que não se trata propriamente de enfoque longitudinal, mas de dois recortes transversais com intercurso de oito anos. Estamos cientes de que esse tipo de análise não permite projeções mais consistentes para o longo prazo; todavia, é esse o período cujos dados estão disponíveis.

- Os tipos de estabelecimentos de saúde que predominam em cada segmento são diferentes. Na esfera pública estatal há predomínio de ambulatórios de atenção básica, unidades de vigilância em saúde, centros de atenção psicossocial, laboratórios públicos, hospitais gerais, centros de saúde, unidades móveis pré-hospitalar e centros de especialidades médicas. Na esfera privada o destaque é para os serviços de atenção hospitalar geral e especializada (complementar ao SUS) e para os consultórios isolados, policlínicas e centros de especialidades (na saúde suplementar);
- Serviços de atenção básica estão mais presentes no segmento público estatal; entretanto, as variações no período mostram que aumentou a proporção desse tipo de serviço entre os estabelecimentos privados mistos, ao mesmo tempo em que diminuiu a proporção na esfera pública;
- Serviços de média complexidade são proeminentes em todos os segmentos institucionais, com destaque para os estabelecimentos privados com fins lucrativos e privados mistos, que possuem pouco mais de 70% dos seus estabelecimentos concentrados nesse nível de complexidade assistencial. Além disso, o segmento de associações civis sem fins lucrativos apresentou grande variação positiva nesse tipo de serviço no período (de 36% para 51%);
- Serviços de alta complexidade representam uma proporção importante dos estabelecimentos da esfera privada, especialmente os filantrópicos (31%) e lucrativos (23%). Também são importantes nos estabelecimentos do segmento de serviços do SUS pertencentes à administração indireta e que se submetem às regras do Direito Público (26%) e no segmento de associações civis sem fins lucrativos (21,2%);
- A proporção de estabelecimentos com vínculos de complementaridade com o SUS (venda de serviços) caiu em todos os segmentos, especialmente os privados com fins lucrativos e privados mistos;
- A grande maioria dos leitos hospitalares da esfera pública (estatal e não estatal) e dos estabelecimentos privados sem fins lucrativos está disponível para o SUS. Por outro lado, os estabelecimentos privados lucrativos reduziram bastante a proporção de leitos disponíveis para o SUS no período (de 56% para 36%);
- Houve aumento da proporção de estabelecimentos que mantêm vínculos com o SUS sob gestão municipal em todos os segmentos (descentralização da gestão para os municípios), com exceção dos estabelecimentos da esfera pública não estatal, que inclui as organizações sociais de saúde. Nesse último caso, o que ocorreu foi o aumento dos estabelecimentos sob gestão estadual;
- As taxas de oferta de serviços no território nacional mostram a existência de uma oferta maior de serviços públicos estatais nas regiões Norte e Nordeste, enquanto a oferta de serviços privados está mais concentrada no Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Já os serviços públicos não estatais apresentam taxas mais elevadas nas seguintes unidades da federação: MS, MG, SC, MT, BA e RR. Houve ainda aumento da oferta em todos os segmentos institucionais, com destaque para os serviços do SUS pertencentes à administração indireta e que se submetem às regras do Direito Privado (de 5,5 para 21,1 por 10.000 habitantes), associações civis sem fins lucrativos (de 5,5 para 10,2) e privado lucrativo (de 3,4 para 9,1).

- Os vínculos empregatícios dos profissionais que atuam nos diferentes segmentos institucionais tendem a ser mais fortes e estáveis nos estabelecimentos da esfera pública estatal, com predomínio de vínculos estatutários (administração direta) e contratos CLT (administração indireta, direito privado), e mais frágeis nos demais estabelecimentos. Embora na esfera privada o percentual de profissionais com contrato CLT seja importante, variando de 22% a 42%, a prestação de serviços (terceirização) é o vínculo predominante nos estabelecimentos privados lucrativos (49%) e privados mistos (36%). Os vínculos são ainda mais frágeis nos estabelecimentos da esfera pública não estatal, onde os contratos temporários representam 50% e os profissionais autônomos 30%.

Figura 1. Incremento proporcional do número de estabelecimentos de saúde cadastrados, de acordo com os setores e segmentos institucionais (Brasil, 2005-2013)



Fonte: CNES

3. PROSPECÇÃO SUMÁRIA ACERCA DE CENÁRIOS FUTUROS PARA OS SEGMENTOS INSTITUCIONAIS DE GESTÃO EM SAÚDE EM HORIZONTE DE MÉDIO PRAZO (2030)

No exercício sobre tendências e cenários projetados para um horizonte de médio prazo, a questão primordial que se apresenta diz respeito a uma caracterização sobre os prováveis tipos de pluralismo segmentar, levando-se em conta as seguintes características: (a) a arquitetura segmentar, considerando o tamanho e a abrangência de cada segmento institucional; (b) a modelagem sistêmica e funcional de atenção à saúde, consideradas principalmente as diretrizes organizativas de hierarquização e regionalização; (c) a preponderância normativa e administrativa de Direito Público ou Privado; (d) as vinculações e/ou interações com o SUS; (e) o financiamento público direto e indireto; (f) as vinculações empregatícias e características da força de trabalho; (g) a competência e a capacidade de regulação estatal e de controle público/social; (h) os

tipos preponderantes de governança sistêmica múltipla; e (i) os condicionantes internos ao setor saúde que, uma vez mantidos ou modificados, podem consolidar ou alterar o curso de tendências e cenários futuros.

Em se tratando do perfil e prioridades de problemas, necessidades e demandas de saúde para os próximos anos, optou-se por uma configuração tendencial comum para os três cenários projetados: o gradual aumento da expectativa de vida da população para outros patamares (transição demográfica) e a conjugação de eventos de causas variadas (tripla carga de doenças: agudas, crônicas e de causas externas) com proeminência de condições crônicas de evolução. Desse modo, o referencial de tendência para demandas futuras é o mesmo para todos os cenários projetados.

Um esquema sintético acerca de três prováveis cenários futuros pode ser visualizado na Figura 2. O primeiro cenário, **pluralismo empresariado, de institucionalidade híbrida, sob a égide do Direito Privado**, está relacionado com uma dinâmica inercial de manutenção de vetores determinantes e condicionantes acerca de institucionalidade da gestão em saúde. Essa tendência deve projetar um cenário futuro com consolidação da predominância quantitativa do segmento institucional privado com fins lucrativos, complementar ao SUS e sob regulação estatal agenciada (ANS). Os tipos de estabelecimentos que mais devem crescer, em termos proporcionais e de abrangência de cobertura territorial e populacional, são: empresas públicas, fundações estatais e congêneres (segmento público estatal de administração indireta, sob a égide do Direito Privado) e organizações sociais, OSCIPs e congêneres (segmento de associações civis sem fins lucrativos). Para fins de prestação de serviços públicos, tais segmentos poderão conformar uma instância de quase-mercado (GRAND, 1991; FEIOK, 1998) regulada por relações contratuais (contratos de gestão, termos de parceria, etc.) focadas na produção de procedimentos assistenciais. Denominamos esse tipo de vinculação contratual como “empresariamento” público, pois privilegia a gestão empresarial agenciada contratualmente e regulada em foco procedimental e produtivo.

O segundo cenário, **pluralismo integrado, de institucionalidade estatal, sob a égide do Direito Público**, depende da alteração substancial de fatores diferenciais em âmbito setorial, mas, sobremaneira, de fatores mais abrangentes, como reformas institucionais do Estado brasileiro (tributária, política, etc.). Em âmbito setorial, requer inovações e reformas incrementais do setor público estatal, com ênfase e prioridade na institucionalidade sob a égide de Direito Público. Requer, ainda, maior provimento e melhor aporte de recursos financeiros, além de reforço na capacidade regulatória estatal e controle público/social. A arquitetura plural e segmentar estaria focada não somente em integração sistêmica, como também, social. Ocorreria substituição da hierarquização em níveis de complexidade assistencial por arranjos de poliarquia reticular de atenção integral, com ênfase redistributiva, visando produzir maior equidade. Universalidade integral com redes regionais de serviços, sob governança constitutiva e direcional, coordenação federativa, regulação forte e maior controle público/social. Em tal perspectiva, a capacidade regulatória estatal não estaria pautada somente em normatividade prescritiva e contratual (regulação agenciada e contratualizada), mas se daria principalmente pelo controle direto da maior parte dos serviços de saúde e da produção de insumos. Não se trataria de um processo de “estatização”, propriamente dito, mas de inovação na institucionalidade estatal, com maior provimento e melhor aporte de recursos financeiros para esse setor, além de reordenamento de processos de trabalho e maior integração de cargos e carreiras profissionais do SUS.

O terceiro cenário, **pluralismo mercantil, de institucionalidade privada lucrativa**, apresenta como tendência projetada a privatização preponderante para o conjunto do sistema de saúde, com subvenções estatais para oligopólios mercantis, de operadoras de planos de saúde, com regulação agenciada. O setor privado, filantrópico e lucrativo, além de manter a maior quantidade de estabelecimentos e serviços de saúde, obteria maior incremento proporcional, notadamente nas regiões metropolitanas do país. A característica mais significativa nesse cenário seria a inversão do sentido de complementaridade do setor privado ao setor público, de modo que os segmentos institucionais públicos serviriam de suporte e complemento dos privados. A focalização dos serviços públicos em estratos populacionais de maiores riscos e vulnerabilidades seria outra característica marcante desse cenário.

Figura 2. Representação esquemática de três tendências e cenários possíveis para a configuração de institucionalidades de gestão em saúde no Brasil, horizonte de 2030



Fonte: elaborado pelos autores

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FEIOCK, R. C. **A Quasi-Market Theory of Local Development Competition**. Florida: Florida State University, 1998. 32 p. Disponível em: <http://localgov.fsu.edu/papers/archive/Feiock_001.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.
- FERLIE, E. **A nova administração pública em ação**. Brasília: Ed Universidade de Brasília, 1999. 468 p.
- GRAND, J. Le. Quasi-Markets and Social Policy. **The Economic Journal**, London, v. 101, n. 408, p.1256-1267, 1991.
- HAM, C. **Health Care Reform: Learning from International Experience**. Philadelphia: Open University Press, 1997. 147 p.
- HUPE, P. L.; HIIL, M. J. The three action levels of governance: Reframing the policy process beyond the stages model. In: PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon. **Handbook of Public Policy**. London: Sage, 2006. p. 13-30.
- LEVI, M. L.; SCATENA, J. H. G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A. L. D'Ávila; LIMA, L. .D. de (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. p. 81-113.
- MAJONE, G. Do Estado Positivo ao Estado Regulador: causas e consequências de mudança no modo de governança. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 50, n. 1, p.5-36, 1999.
- MILWARD, H. B.; PROVAN, K. G. How networks are governed. In: CAROLYN, H; LYNN, L. E. (Editors). **Governance and Performance: New Perspectives**. Washington: Georgetown University Press, 2000. p. 238-262.
- PIERSON, C. **Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare**. Texas: Penn State University Press, 1998. 240 p.
- REZENDE, F. da C. Tendências da Gestão Pública nos Países da OCDE. In: LEVY, Evelyn; DRAGO, Pedro Anibal. **Gestão Pública No Brasil Contemporâneo**. São Paulo: Fundap, 2005. p. 29-39.
- RICHARDS, D.; SMITH, M. **Governance and Public Policy in the UK**. Oxford: Oxford University Press, 2002. 332 p.
- SMITH, A. Governança de múltiplos níveis: o que é e como pode ser estudada. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Org.). **Administração pública: Coletânea**. São Paulo: Editora Unesp, 2010. p. 619-635.
- VIANA, A. L. et al. **Pesquisa Política, planejamento e gestão das regiões e redes de saúde**. Cnpq/MS, Banco de indicadores. 2013. Disponível em www.resbr.net.br.