



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E GESTÃO
DE POLÍTICAS PÚBLICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO ECONÔMICA DE FINANÇAS
PÚBLICAS

THIAGO ROGÉRIO CONDE

AVALIAÇÃO DAS ESTRUTURAS DE SAÚDE IMPLEMENTADAS NOS
MUNICÍPIOS: a interação entre os setores público e privado na disponibilização de
serviços pelo SUS e seus reflexos na sustentabilidade fiscal

BRASÍLIA

2020

THIAGO ROGÉRIO CONDE

**AVALIAÇÃO DAS ESTRUTURAS DE SAÚDE IMPLEMENTADAS NOS
MUNICÍPIOS: a interação entre os setores público e privado na disponibilização de
serviços pelo SUS e seus reflexos na sustentabilidade**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Economia.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Madeira Nogueira

BRASÍLIA

2020

THIAGO ROGÉRIO CONDE

AVALIAÇÃO DAS ESTRUTURAS DE SAÚDE IMPLEMENTADAS NOS MUNICÍPIOS: a interação entre os setores público e privado na disponibilização de serviços pelo SUS e seus reflexos na sustentabilidade fiscal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Economia.

Aprovação: Brasília,

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Jorge Madeira Nogueira
ORIENTADOR

Professor Dr. Elke Urbanavicius Costanti
EXAMINADOR EXTERNO

Professor Dr. Antonio Nascimento Junior
EXAMINADOR INTERNO

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, Zezé, por me proporcionar um lar tão acolhedor neste momento importante de minha vida, propiciando condições fundamentais para o desempenho de minhas tarefas.

Agradeço à minha filha, Alinne, por ser tão paciente e madura, mais que o pai, inclusive, de forma a me possibilitar a tranquilidade necessária para a conclusão dos trabalhos necessários para obtenção deste título.

Agradeço ao meu pai, Alberto, por seu exemplo e pela fixação do estudo como prioridade em minha vida. Agradeço aos meus irmãos, Anna e Alberto Jr., e seus respectivos cônjuges, pelo suporte e proteção envolvidos.

Agradeço à Polly, minha companheira, pela compreensão e por ter se tornado uma pessoa tão importante, especialmente nesta etapa de minha vida.

Agradeço ao professor Jorge Madeira Nogueira pelos ensinamentos e pela orientação fundamental durante todas as etapas deste trabalho.

Agradeço, por derradeiro, à UnB e ao GDF, por me possibilitarem a obtenção deste grau fundamental para a capacitação pessoal. Declaro a necessidade em mim existente de retribuir o investimento realizado.

RESUMO

CONDE, Thiago Rogério. AVALIAÇÃO DAS ESTRUTURAS DE SAÚDE IMPLEMENTADAS NOS MUNICÍPIOS: a interação entre os setores público e privado na disponibilização de serviços pelo SUS e seus reflexos na sustentabilidade. Dissertação (Mestrado em Gestão Econômica de Finanças Públicas) – Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

A disponibilização de serviços de saúde é tema essencial à discussão da viabilidade do Estado, em razão da importância desse serviço nos anseios da sociedade e da soma de recursos despendidos mundialmente na tentativa de proporcionar serviços satisfatórios nesse âmbito. Desta forma, a discussão de elementos de economia do setor público permite a identificação de desvios de comportamento que afastam a organização da busca por um padrão de eficiência típico de entidades presentes no setor privado. Essa característica, presente em diversas instituições que atuam em mercados monopolistas ou oligopolistas, típicos da atuação governamental, reflete na sustentabilidade fiscal do setor público e desses serviços, que são tidos como essenciais a todas as sociedades. A pesquisa realizada foi do tipo descritiva, utilizando-se dos dados disponíveis no sistema de informações do SUS e publicações relativas ao desempenho fiscal dos estados, para uma comparação acerca dos resultados fiscais e operacionais da estrutura implementada, utilizando como base os modelos de análise envoltória de dados desenvolvidos por Charnes *et al.*, em 1978 (CRS – Retornos Constantes de Escala), e redefinidos por Banker *et al.* (1984), no artigo Some Models for Estimating Technical and Scale Inefficiencies in Data Envelopment Analysis.

Palavras-chave: Eficiência. Serviços Públicos. Sustentabilidade Fiscal.

ABSTRACT

CONDE, Thiago Rogério. EVALUATION OF HEALTH STRUCTURES IMPLEMENTED IN MUNICIPALITIES: the interaction between the public and private sectors in the provision of services by SUS and its impact on sustainability. Dissertation (Master's degree in Economic Management of Public Finance) - University of Brasilia, Brasília, 2020.

The availability of health services is an essential topic in the discussion of the State's viability, due to the importance of this service in society's desires and the sum of resources spent worldwide in an attempt to provide satisfactory services in this area. Thus, the discussion of elements of public sector economics allows the identification of deviations in behavior that keep the organization away from the search for a standard of efficiency typical of entities present in the private sector. This characteristic, present in several institutions that operate in monopolistic or oligopolistic markets, typical of government action, reflects on the fiscal sustainability of the public sector and these services, which are considered essential to all societies. The research carried out was of the descriptive type, using the data available in the SUS information system and publications related to the fiscal performance of the states, for a comparison about the fiscal and operational results of the implemented structure, using the envelopment analysis models as a basis data developed by Charnes et al., in 1978 (CRS - Constant Returns of Scale), and redefined by Banker et al. (1984), in the article Some Models for Estimating Technical and Scale Inefficiencies in Data Envelopment Analysis.

Keywords: Efficiency. Utilities. Fiscal Sustainability.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Gasto em Saúde como proporção do PIB	27
Tabela 2 -	Gasto per capita em saúde (2015), em US\$	28
Tabela 3 -	Peso do setor saúde nas contas municipais	63
Tabela 4 –	Peso do setor saúde nas contas municipais (em milhões de reais) - continuação	63
Tabela 5 -	Gasto total do setor saúde x Fontes legalmente vinculadas	65
Tabela 6 -	Composição dos gastos em saúde pública por Grupo de Natureza de Despesa (GND)	67
Tabela 7 -	Restos a Pagar Frente ao Orçamento Total Disponível para a Saúde	68
Tabela 8 -	Quadro comparativo das finanças e estruturas dos municípios	71
Tabela 9 -	<i>Inputs</i> Financeiros	73
Tabela 10 -	<i>Inputs</i> de Capital	74
Tabela 11 -	<i>Inputs</i> de Trabalho	74
Tabela 12 -	<i>Outputs</i> : AIHS aprovadas no período	75
Tabela 13 -	<i>Outputs</i> : Média de Permanência e Inverso da Taxa e Mortalidade	76
Tabela 14 -	Relatório da Análise Envoltória de Dados	77
Tabela 15 -	Benchmark da Análise Envoltória de Dados	78

LISTA DE FIGURAS

- | | |
|---|----|
| Figura 1 - Gráfico da Área da Envoltória | 55 |
| Figura 2 - Equação da análise envoltória de dados, pelo modelo benchmark, utilizando pesos | 56 |

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	“Frentes de Batalha” do Gerencialismo	35
Quadro 2 -	Dimensões dos serviços do Estado	43
Quadro 3 -	Estratégias para completar a reforma administrativa no setor saúde	46
Quadro 4 -	Aparato Institucional dos Municípios Integrantes da Amostra	70
Quadro 5 -	Amostra de instituições para a Análise Envoltória de Dados	73
Quadro 6 -	Distribuição da Análise de Eficiência	79

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	ECONOMIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E EFICIÊNCIA	15
1.1	Razões para intervenção do Estado na economia	15
1.2	Falhas de governo	18
1.2.1	Teorias normativas das falhas de governo	19
1.2.2	Teorias positivas das falhas de governo	22
1.3	Estudo da ineficiência-X aplicada aos serviços públicos de saúde	24
2	PANORAMA MUNDIAL NA DISPONIBILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	27
2.1	Contexto mundial na prestação de serviços de saúde	27
2.2	As reformas administrativas concebidas na prestação de serviços de saúde	33
2.2.1	O contexto reformista dos serviços públicos	33
2.2.2	As reformas setoriais específicas da saúde	36
3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	38
3.1	O contexto de implantação do SUS	38
3.2	O Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e funcionamento	40
3.3	Descentralização administrativa no contexto nacional	42
3.4	Descentralização dos serviços de saúde	45
3.5	Contexto atual do sistema de saúde brasileiro	48
4	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	50
4.1	Objetivo da aferição	50
4.2	Detalhamento do quadro fiscal de cada ente	50
4.2.1	Peso do setor saúde nas contas do município	51
4.2.2	Gasto total do setor saúde <i>versus</i> Fontes legalmente vinculadas	51
4.2.3	Composição dos gastos em saúde pública por Grupo de Natureza de Despesa (GND)	51
4.2.4	Restos a pagar frente ao orçamento total disponível para a saúde	52
4.3	Análise Envoltória de Dados (DEA)	53
4.4	DEA aplicada ao setor saúde	57
4.5	As limitações do DEA	59
4.6	Municípios selecionados	61
5	RESULTADOS DA ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS	63

5.1	Quadro fiscal dos municípios selecionados	63
5.1.1	Peso do setor saúde nas contas municipais	63
5.1.2	Gasto total do setor saúde <i>versus</i> Fontes legalmente vinculadas	64
5.1.3	Composição dos gastos em saúde pública por Grupo de Natureza de Despesa (GND)	66
5.1.4	Restos a pagar frente ao orçamento total disponível para a saúde	67
5.2	Aparato institucional dos municípios analisados	68
5.3	Quadro comparativo das Finanças dos municípios analisados	71
5.4	Amostra de instituições para a análise envoltória de dados	72
5.4.1	<i>Inputs</i> financeiros	73
5.4.2	<i>Inputs</i> de capital	74
5.4.3	<i>Inputs</i> de trabalho	74
5.4.4	<i>Outputs</i> : AIHs aprovadas no período	75
5.4.5	<i>Outputs</i> : proxy de sucesso no atendimento	76
5.5	Relatório da Análise Envoltória de Dados (DEA)	76
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	83

INTRODUÇÃO

O sistema de prestação de serviços públicos de saúde é fator intrínseco ao equilíbrio fiscal dos entes da federação. Pode-se observar que, pelo peso desse setor, o sucesso na gestão da saúde pública contribui de forma relevante para o quadro fiscal dos entes federativos. Nesse panorama, cumpre ressaltar que a universalidade prevista para o Sistema Único de Saúde (SUS), modelo hoje utilizado no Brasil, prevê a disponibilização de uma gama bastante abrangente de procedimentos a todos os cidadãos.

A disponibilização de uma política pública, com os princípios e pretensões presentes no SUS, requer o aporte significativo de recursos públicos, o que não condiz com a situação fiscal do país, em que estudos apontam para um subfinanciamento da ordem de 3% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, para a manutenção da estrutura. Um complicador para o cenário desenhado são as crises cíclicas que circundam a conjuntura econômica, restringindo os recursos disponíveis para aporte no SUS e levando boa parte da população a depender dos serviços disponibilizados no âmbito público. Também deve-se prestar especial atenção à concorrência da destinação de recursos para a saúde com outras áreas sensíveis para o Estado, em especial, a previdência e assistência social, que dividem as dotações destinadas ao quadro da seguridade social.

Diante deste quadro complexo, a adoção de uma estratégia de disponibilização de serviços baseada na sustentabilidade do sistema é essencial para a manutenção dos serviços, sem prejudicar a disponibilidade aos cidadãos. Adicionalmente, é relevante visualizar a experiência internacional no trato dessa questão, em que o tema saúde pública perpassa a prestação de serviços gratuitos pelo Poder Público e alcança outras estratégias, como a cobertura de procedimentos em instituições particulares ou a destinação de um plano de saúde obrigatório aos cidadãos, mediante contrapartida.

Formulação do problema

A problemática existente na disponibilização de serviços públicos em saúde envolve vários aspectos, que vão desde o financiamento desse setor até a abrangência dos serviços disponibilizados à população, em um caráter universal. No quadro apresentado, vale ressaltar que o complexo cenário financeiro para que haja o desenvolvimento de modelos de prestação de serviços que atendam a população e garantam a sustentabilidade do setor, de forma a não incorrer na descontinuidade do serviço.

Assim, conforme diagnosticado por Bresser Pereira (1998), quando da análise do aparelho público presente para o atendimento da população, observaram-se problemas quantitativos e qualitativos do lado da oferta de serviços, incorrendo em uma disponibilidade abaixo do necessário e mesmo em qualidade inferior ao desejável. Desta forma, estas lacunas se refletiam no orçamento das famílias que passavam a ser responsáveis pelo financiamento de serviços particulares.

Diante desse panorama, pode-se concluir que a utilização de uma estratégia adequada, envolvendo o setor privado e organizações do terceiro setor, é fundamental para o sucesso das iniciativas desenvolvidas na função saúde. Nesse sentido, concorreu para este fim a aprovação da reforma setorial da Saúde, concebida pelo MARE¹, com vistas à redefinição do Espaço Público, abrindo espaço para a utilização de entidades privadas e do terceiro setor, via contratualização, para o desempenho de papéis na execução destes serviços públicos.

Desta forma, observando o leque hoje presente para o gestor público tomar decisões com relação às modalidades de prestação de serviços de saúde, vale a comparação, com relação à eficácia e eficiência, das instituições utilizadas para compor a carteira de prestadores de serviços em uma localidade, de forma que este trabalho pretende contribuir com o estado da arte observado para a matéria com relação à seguinte questão:

Quais municípios estão sendo mais bem-sucedidos na prestação de serviços públicos de saúde, em termos de gestão fiscal e eficácia, qual estratégia institucional está sendo utilizada e qual a possível relação entre esses aspectos?

Objetivos

Objetivo geral

Verificar o grau de eficiência técnica percebida por diferentes instituições, de municípios selecionados para a amostra, na prestação de serviços públicos de saúde, buscando relacionar o resultado obtido com a natureza jurídica da instituição, permitindo a comparação do resultado obtido com a doutrina estabelecida para Economia do Setor Público e os estudos realizados para a concepção da reforma administrativa no Brasil, cotejando os objetivos perseguidos por esta reforma.

Objetivos específicos

¹ Ministério da Administração Federal e Reforma de Estado.

- Determinar o desempenho comparativo de instituições constantes dos diversos municípios participantes da amostra;
- Apreciar as instituições e as diversas modalidades utilizadas por cada município para a prestação desses serviços;
- Analisar o comportamento das finanças públicas do município, verificando a influência da área de “saúde” nesse resultado;
- Avaliar o resultado obtido por tipo de instituição verificando a possibilidade de ganho em termos de eficiência na prestação de serviços de saúde pela utilização de instituições privados, ou do terceiro setor.

Justificativa

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de encontrar arranjos de disponibilização de serviços de saúde, pelo Setor Público, que sejam mais eficientes em termos econômicos e garantam um resultado fiscal mais satisfatório para o Estado. Insta ressaltar que, conforme delineado anteriormente, a constrição fiscal é fator presente nas nações em desenvolvimento, o que impede o alcance de um gasto público em padrão satisfatório para a população. Desta forma, é necessário se voltar para as modalidades legalmente disponíveis para provimento desses serviços, com o fito de avaliar quais dessas estruturas mais se coadunam com a sustentabilidade fiscal.

Assim, dada a heterogeneidade dos entes da federação envolvidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a pesquisa é válida a fim de se avaliar quais arranjos institucionais garantem um resultado econômico mais satisfatório, em termos de sustentabilidade. Destaca-se que o sucesso na realização desta pesquisa pode traduzir-se em orientação ao Estado para a criação/transformação de estruturas presentes no seu arcabouço institucional, para o alcance de uma disponibilização mais eficiente de serviços de saúde.

Para alcançar o objetivo proposto, esta dissertação encontra-se dividida nesta introdução e mais seis capítulos, além das considerações finais. O primeiro capítulo aborda o panorama doutrinário da matéria economia do setor público, especialmente no que tange à economia do setor público, de forma que são abordadas as falhas de governo e expõem-se as considerações acerca de economia, políticas públicas e eficiência. No segundo é apresentado o panorama mundial na disponibilização de serviços de saúde, de forma a exemplificar o trato deste assunto por diversos países, possibilitando um apanhado das semelhanças e diferenças na prestação destes serviços em diversas nações.

Por sua vez, o terceiro capítulo busca resumir os princípios e diretrizes presentes no modelo nacional de prestação de serviços de saúde, o SUS, buscando cientificar acerca dos desafios e necessidades do estado brasileiro para o alcance dos objetivos propostos neste âmbito. No quarto capítulo discorre-se acerca dos métodos e procedimentos utilizados para o alcance da comparação intentada neste trabalho, de forma que são apresentadas a metodologia para comparação do quadro fiscal dos municípios envolvidos na amostra e ainda o arcabouço conceitual da análise envoltória de dados (DEA).

No quinto capítulo são descritos os resultados fiscais da amostra selecionada para o trabalho, sendo que são efetuadas considerações acerca dos resultados publicados e são apresentadas as instituições que farão parte do panorama da microanálise, em nível individual de prestadores de serviços. Esse conteúdo é complementado no sexto capítulo, em que são discutidos os resultados encontrados nos *inputs* e *outputs* presentes para a operacionalização da análise envoltória de dados, tabulando-se as variáveis presentes do modelo utilizado, além de serem apresentados os resultados encontrados após a utilização do DEA.

Para finalizar, são discutidos os resultados decorrentes da aplicação da análise envoltória de dados, com base no panorama normativo apresentado, de forma que se busca cotejar a teoria a respeito das falhas de governo, com o marco teórico definido para a prestação de serviços por entidades não estatais, presente no Brasil, com o resultado da análise da eficiência técnica obtida pela análise por diferentes tipos de prestadores de serviços.

1 ECONOMIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E EFICIÊNCIA

1.1 Razões para intervenção do Estado na economia

A teoria econômica neoclássica entende o mercado como instrumento regulatório ideal para ordenação das transações e obtenção do máximo de bem-estar possível para a sociedade, mediante as trocas reguladas pelos princípios do livre mercado. Nessa esteira, a intervenção governamental é tida como pouco eficaz, visto que a regulação, pelo próprio mercado, seria suficiente para a garantia da satisfação máxima dos desejos da sociedade, a um nível justo, obtido pela interação entre a oferta e a demanda. Para Hayek (1990), nenhuma intervenção estatal é bem-vinda. O autor ressalta a capacidade do mercado em prover soluções que maximizem o bem-estar dos indivíduos, respeitando a liberdade de escolha dos particulares.

Para o correto funcionamento dessa relação existem, no entanto, algumas pré-condições que devem ser respeitadas, de forma a alcançar o maior nível possível dos excedentes dos consumidores e produtores combinados, a saber:

- a) Número muito grande de vendedores e compradores: nenhum deles possui condições de influenciar os preços das mercadorias. Ambos são tomadores de preços.
 - b) Produto homogêneo: os produtos são substitutos perfeitos. Os compradores são indiferentes quanto à firma que o produziu. Portanto, o produto com menor preço será o preferido.
 - c) Há livre entrada e saída de firmas: única barreira de entrada é o custo de produção.
 - d) Há perfeita informação no mercado: tanto de preços quanto de custos, tanto no presente quanto no futuro
- (SILVA; STEPHENS, 2018, p. 3)

Adiciona-se às propriedades acima o fato de que as atuações devem ser pautadas pelo comportamento racional dos participantes, de forma que as escolhas serão sempre baseadas pela maximização de seus benefícios. Conforme observado por Lemos (1999), o comportamento racional dos consumidores pode ser caracterizado pela escolha que maximize seus benefícios, dado limite definido por sua renda.

Observa-se, portanto, que nas condições descritas o mercado é considerado como a ferramenta ideal para a obtenção máxima de benefícios para compradores e vendedores, visto que a livre iniciativa concorre para que a utilização dos recursos econômicos se dê da forma mais eficiente. Concorrentemente, os pressupostos presentes na teoria apresentada induzem à conclusão que a avaliação pelas vantagens comparativas induzirá à especialização e que o comportamento competitivo, com vias à maximização dos benefícios, incorrerá em uma solução que seja mais acertada para o conjunto, maximizando a soma possível dos excedentes.

Ainda deve-se levar em consideração que a presença de um número expressivo de participantes concorre para a redução dos custos de transação e que o comportamento concorrencial tende a incentivar o surgimento de inovações e o aperfeiçoamento dos produtos. De acordo com esta teoria, eventuais desequilíbrios resultantes em uma economia de mercado tendem a se ajustar pela interação entre os ofertantes e os demandantes.

Não obstante, a obtenção das condições mencionadas anteriormente depende de uma conjunção muito difícil de fatores, sendo que a ocorrência de mercados imperfeitos é contumaz na prática. Assim, o preço deixa de ser um mecanismo eficiente para alocação dos recursos, por não refletir fidedignamente dos custos e os benefícios sociais presentes em uma transação (CANDLER; RANDLE, 2017).

As imperfeições constantes em um mercado são conhecidas como falhas de mercado e tais características distorcem a percepção dos preços em razão de os custos totais não estarem revelados na equação, de forma que a decisão racional passa a não mais abranger todos os aspectos necessários. Nesta mesma direção, Smith (1766) já havia definido que as falhas de mercado podem ser caracterizadas como as áreas onde a mão invisível falharia em maximizar o bem-estar geral da população. Dollery e Wallis (2001) apresentam as seguintes falhas básicas de mercado: competição imperfeita, bens públicos, externalidades, mercados incompletos e assimetria de informações, que justificam a intervenção governamental na economia.

O poder de mercado é uma das características que impedem o completo desenvolvimento da concorrência perfeita, visto que a presença de condições desiguais na negociação significa o não alcance do máximo bem-estar social, pela apropriação do excedente majoritário por uma das partes. Essa falha pode se dar tanto pela presença de poucos produtores, monopólio ou oligopólio, ou pela presença de poucos compradores, oligopsônio ou monopsônio. Como consequência, a influência sob a precificação de um produto passa a responder mais a uma das partes da transação, de forma que a obtenção de uma maior parte do excedente por essa parte é corolário do poder presente na negociação

De Resende (2012), ao observar as características presentes no mundo real, concluiu que a concorrência imperfeita pode ser comumente verificada, sendo que há casos onde o mercado é controlado por apenas uma empresa, monopólio, ou por um conjunto pequeno de empresas, oligopólio, ou, ainda, ocorre a discriminação através das características dos produtos, concorrência monopolística. Nesses modelos, o preço estaria mais sensível à determinação pelo produtor, devido à menor inclinação da curva de demanda. Desta forma, a determinação do bem-estar social se daria em um nível aquém do ótimo social. Ao ser

praticado o poder de monopólio, haverá captura de excedentes (tanto do consumidor quanto do produtor) causando uma perda de peso morto. A regulação funcionará como uma forma de maximizar o bem-estar social, aumentando os níveis de utilidade dos agentes e minimizando tal perda de peso morto (MAZZONI, 2019).

Ainda é verificada a existência de bens que não se enquadram como bens rivais e excludentes, ou seja, a relação de consumo não é apropriada para a exclusão dos benefícios gerados às demais pessoas, mesmo que não envolvidas na relação. Tais bens são classificados como bens públicos (REZENDE, 2001). O custeio de bens e serviços que se enquadrem nesta condição é realizado, via de regra, pela tributação, de forma a ser rateado pela sociedade o custo de se manter uma estrutura necessária, mas que não seja passível de exclusão pela relação de consumo (DOS SANTOS et al., 2013).

As externalidades referem-se a benefícios (positivas) ou malefícios (negativas) que extrapolam a relação de consumo, fazendo com que a quantidade consumida de um bem não seja adequadamente regulada pela relação normal de consumo, seja por estar aquém ou além do desejado socialmente. As externalidades revelam um descolamento do custo de mercado do custo social, resultando no fato de a quantidade transacionada e o preço de equilíbrio serem diferentes do praticado nas relações de consumo. Assim, há uma ineficiência na maximização do bem-estar. (MEIRELLES, 2010)

Os bens meritórios decorrem de externalidades positivas geradas pelo consumo de determinado produto, resultando em um consumo aquém do socialmente desejado de um bem. Como exemplo, podemos citar a educação, em que os benefícios sociais da transação desse bem extrapolam as relações de consumo. Tal característica impede a maximização dos benefícios da sociedade, visto que o preço passa a não servir mais como eficiente alocador de recursos.

Observa-se que, em caso de verificação de falhas de mercado, a intervenção governamental passa a ser desejável, como uma forma de mitigar os efeitos das características que distanciam os benefícios gerados pelas transações do ótimo social desejado. Arrow citado por Mazzucato (2018) define que a teoria da falha de mercado justifica a intervenção estatal na economia quando o mercado não consegue prover um mecanismo de alocação de recursos eficiente. Lemos (1999), observa a frequente complementação da oferta de produtos pelo Estado ou a utilização de estímulos/penalidades para influenciar a produção, quando da ocorrência de tais situações.

O caso em apreciação neste trabalho refere-se a um exemplo clássico de bem meritório, o consumo de serviços de saúde pela sociedade, sendo que a externalidade positiva gerada

pelo consumo desse bem distorce a relação de consumo, de maneira que a quantidade transacionada encontra-se, com frequência, aquém do ideal. Verifica-se, assim, a utilização do aparato estatal nas relações de consumo desse bem, seja pela regulação, seja pela complementação do mercado, como uma tentativa de majorar o consumo dele. Corroborando com esta definição, Viana et. al. (2006) aduzem que o governo em geral tem como meta garantir o acesso de toda a população a este bem, não ocorrendo saciedade no consumo, visto que se trata de um serviço associado diretamente à capacidade produtiva e à vida do indivíduo.

1.2 Falhas de governo

Da mesma forma que são verificadas características que impedem o correto funcionamento dos mercados, como institutos garantidores do máximo benefício coletivo, a atuação governamental se encontra sujeita à ocorrência de situações que obstam o alcance das finalidades intentadas pela política pública. A literatura econômica classifica esses fatos como falhas de governo, nos quais a persecução dos objetivos primários da intervenção estatal é desviada, desfocando a avaliação custo benefício da presença governamental na estrutura produtiva.

Conforme De Campos (2009), nos anos 70 houve uma reflexão a respeito dos possíveis malefícios decorrentes da regulação econômica concebida pelo Estado. Desenvolveu-se, então, uma teoria para identificar as falhas de governo. Stigler (1971) descreveu a forma como grupos relativamente pequenos e cientes do processo político decisório poderiam influenciar a regulação efetuada pelo Estado, de forma a utilizar-se destes em seu próprio benefício.

Desta forma, muitas das situações que incorrem nos desvios da atuação governamental referem-se a capturas do poder decisório e à apropriação da estrutura estatal por determinados agentes, que garantem benefícios a si mesmos, em razão da influência no poder decisório, desfocando o julgamento do aparato público. Nesse viés, Torres (2013) contextualiza este problema para o caso brasileiro, alertando para o risco de captura das agências reguladoras nacionais, desviando-as da persecução do interesse público e fazendo com que estas passem a representar meros braços das instituições privadas dominantes.

Resumindo, apesar das falhas de mercado poderem ser conceituadas como condição necessária para intervenção do Estado, a doutrina estabelecida reconhece que tal condição não é suficiente para se decidir por esta via de atuação, de forma que deve-se avaliar se os ganhos

obtidos com a intervenção superam as perdas decorrentes da atividade pública, mormente em razão das falhas de governo, que podem advir da captura do poder decisório por grupos hegemônicos, má alocação, ou concorrência indevida com o setor privado (Mazzucato 2018).

O estudo tradicional da teoria econômica separa a regulação governamental em duas vertentes. Sob uma ótica, intenta-se demarcar as condições e os princípios da intervenção regulatória na economia; trata-se de uma teoria normativa. Já a abordagem positiva se concentra em traduzir o processo regulatório e descrever a racionalidade dele, analisando inclusive as questões políticas atinentes, extrapolando o campo convencional da economia, como uma forma de descrever os aspectos mais práticos da intervenção governamental. Tratam-se de teorias complementares, e não excludentes (NAGIB, 2013)

1.2.1 Teorias normativas das falhas governamentais

Colacionam-se, a seguir, as principais teorias que se alinham a essas correntes de propositura de atuação. Com a Teoria das Falhas de Não Mercado, Wolf (1989) procura definir um cenário de falha de governo, de modo a tentar corrigir as assimetrias, possibilitando percorrer um caminho racional de escolha entre Estado e Mercado, incorrendo em uma decisão menos danosa à sociedade (DOLLERY; WORTHINGTON, 1996). Assim, primeiramente deve-se partir para uma análise descritiva dos atributos referentes às transações de não mercado, com a finalidade de formular uma taxonomia capaz de garantir a eficiência da intervenção governamental (WOLF, 1989). Além disso, pode-se definir que certos padrões de interferência governamental, ou mesmo produção direta pelo Estado, falham em razão das diferenças entre as características da demanda e oferta mercadológica ou não mercadológica. São destacadas a seguir as características referentes às transações de não mercado.

Atributos da Oferta de não Mercado: Produtos sem definição clara, dificultando a avaliação quantitativa ou qualitativa; observa-se, nesse quesito, que a participação do governo pode se dar de diversas formas, com abordagens complexas não avaliáveis pela métrica do mercado. Frequentemente, a produção e a distribuição dos produtos de não mercado se dão por entidades monopolistas, em razão das dificuldades de se participar do mercado específico. Desta forma, a falta de concorrência pode incorrer em aspectos ineficientes que são mascarados pela falta de participantes no mercado. Como as entidades públicas são, em regra, monopolistas e gozam de proteção governamental para o funcionamento, falta uma percepção acerca dos resultados econômicos de suas atuações, visto que parâmetros como lucro ou

prejuízo são mais relevantes em entidades que se enquadrem em um panorama concorrencial (DOLLERY; WORTHINGTON, 1996).

Atributos de demandas não-mercado: A organização de certos grupos de interesse, que possuam representatividade e poder de barganha tende a polarizar a obtenção de benefícios para determinada parcela da sociedade. A influência das classes política e burocrata acarreta a disseminação de soluções práticas que desconsideram a métrica do custo como parâmetro, principalmente em razão do descolamento do mercado competitivo e do prazo eleitoral para obtenção de resultados pela intervenção (DOLLERY; WORTHINGTON, 1996).

O custeio das ações referentes a produtos de não mercado se dá, muitas vezes, via tributação, implicando em uma desconexão entre o público pagador e o beneficiário da ação. Também deve-se levar em consideração que a produção governamental advém de uma necessidade incorrida por uma falha de mercado, o que pode acarretar um sentimento de desejo da sociedade pela intervenção em si, atrapalhando o julgamento com relação à efetividade da solução desenvolvida (WALTER, 2004). Assim, Wolf (1989, p.30) concluiu: “a maioria das decisões de políticas públicas geralmente se preocupa ainda mais com questões de distribuição (a saber, quem recebe os benefícios e quem paga os custos), em vez de questões de eficiência (a saber, qual o tamanho dos benefícios e custos)”.

Tendo em vista as características acima descritas, a taxonomia para a intervenção do governo em mercados deve buscar a obediência aos seguintes princípios:

a) A desconexão do setor público com mecanismos de mercado que garantam a avaliação sob o prisma do custo e do retorno acaba por atingir o julgamento sobre a alocação de recursos, de forma que o desempenho passe a não ser mais relevante para o processo decisório. Desta forma, a organização pública deve buscar internalizar um sistema de preços que permita uma avaliação quanto aos resultados da agência para guiar a distribuição de recursos (DOLLERY; WORTHINGTON, 1996);

b) Foco nos custos de produção, visto que as organizações de não mercado são sustentadas, em grande parte, por recursos advindos do poder impositivo do estado, perde-se a noção acerca dos recursos necessários ao custeio, justamente pela falta de métrica com relação aos mecanismos de mercado;

c) Da mesma forma que as externalidades podem ser geradas nas relações de mercado, desfocando o julgamento com relação ao custo e benefício social de determinada atividade, as atividades de não mercado estão sujeitas a essa característica, sendo que, no caso, a intervenção é mais difícil, pelas características próprias das entidades públicas, fora

que, frequentemente, as instituições não possuem ferramentas para percepção destas externalidades.

d) a atividade governamental, por estar sujeita a um número grande de influências, pode gerar uma falha na equidade distributiva, visto que o processo decisório é sensível à atuação de grupos de pressão, que organizadamente podem influir no resultado. (WALTER, 2004)

A teoria alternativa à teoria das falhas de não mercado foi desenvolvida por Le Grand, citado por Wallis e Dollery (1999) e refere-se à classificação das falhas governamentais pela maneira a qual o governo intervém nas atividades econômicas e sociais: abastecimento, taxação (ou subsídio) e regulação, analisando essas intervenções sob a ótica da eficiência alocativa, ineficiência-x e igualitarismo (WALTER, 2004).

No que tange à primeira modalidade de intervenção, denominada abastecimento, ou provisão de bens, a utilização pelo governo de pessoal próprio e instituições estatais fomentam um ambiente propício para a ineficiência alocativa e para a ineficiência-X. Observa-se que as instituições utilizadas pelo governo disponibilizam bens e serviços em condições restritas de demanda, muitas vezes em mercados monopolísticos, ou semi monopolísticos. Desta forma, não há incentivos para a busca da eficiência e redução de custos. Neste ponto, Le Grand (1991), reconhece que a utilização de empresas privadas, pelo governo, ao invés de instituições próprias, pode distorcer mais o cenário, em virtude de estas buscarem maximizar os ganhos com mais vigor, de forma a privatizarem os resultados obtidos com a intervenção.

Com relação às distorções geradas pelo uso de taxação e subsídios, o governo altera os preços relativos percebidos pelo mercado, de forma que, com relação à divergência entre os preços efetivamente praticados e os preços de mercado, há um deslocamento da eficiência alocativa em razão da não observância dos custos marginais sociais e mesmo dos preços, de forma que sempre serão verificados pesos mortos e ineficiências que incorrerão em um resultado subótimo.

Quando a intervenção governamental se dá pela regulação de mercados, de forma que o governo intervém na quantidade e ou no preço transacionado, a fim de garantir o abastecimento necessário ou o mínimo lucro necessário para o empreendedor, o Estado age diretamente na estrutura de mercado para influenciar os resultados obtidos. Também deve-se considerar que os setores beneficiados não serão incentivados a procurarem comportamentos eficientes, fora os riscos envolvendo a possibilidade de captura das agências governamentais e da ineficiência alocativa decorrente dessa possibilidade. Le Grand citado por Wallis; Dollery

(2001, p. 7) observa que “enquanto a regulamentação pode redistribuir a renda para indivíduos e grupos mais pobres, conseqüências distributivas regressivas perversas são igualmente prováveis”.

Vining e Weimer (1991), críticos quanto à posição de atributos de não mercado de Wolf, desenvolveram um modelo onde se busca definir os limites da atuação governamental, descrevendo quais as situações que ensejam a utilização do aparato público e comparando estes mercados com alternativas de provimento pelo mercado. Desta forma, buscam-se utilizar mercados contestáveis, onde não haveria barreiras à entrada, ou à saída de ofertantes (BAUMOL et al., 1982). Assim, a instituição monopolística, ou as instituições monopolísticas, viriam-se obrigadas a atuar na margem em razão de a concorrência poder ser substituída pela contestabilidade.

1.2.2 Teorias positivas das falhas governamentais

As teorias positivas das falhas de mercado têm como condão a prescrição de uma atuação que incorra no sucesso da intervenção estatal. Para tanto, essas teorias se escoram na construção de cenários, considerando as escolhas e interesses dos agentes envolvidos; ou seja, essas teorias consideram o ambiente político em que ocorrerá a atuação governamental.

Conforme exposto por Dixit, citado por Nagib (2013), até a década de 60 a teoria positiva era tratada como decorrência da teoria normativa, onde era estabelecida a taxonomia e havia como premissa a presença de uma espécie de ditador benevolente e onisciente, que se encarregaria de conduzir as políticas públicas definidas.

A partir da década de 60, ganhou força a corrente de pensamento que discute a competência e o interesse público presente nas ações governamentais. Assume, portanto, a escola de Chicago como principal expoente, onde são rediscutidos os ganhos da intervenção governamental, bem como o interesse público envolvido nessas ações, e sugere-se a redução do espaço factível de atuação do governo. Ao se referir a esta escola de pensamento, Mueller (2013) discorre sobre a pouca aplicabilidade da teoria normativa da regulação, em razão da abstração das instituições concebidas para tal fim. Den Hertog (2010) afirma que a outra tradição que estuda a teoria econômica da regulação pública parte de um pressuposto que os agentes governamentais não possuem informações completas sobre os casos, no que tange a custos, comportamento das firmas e outras dimensões da regulação, de forma que a intervenção se dará de forma imperfeita, sendo questionado ainda o suposto interesse público

presente nas decisões governamentais, já que seria factível a atuação dos reguladores em benefício próprio.

Quanto à perda da crença na interferência governamental no ambiente econômico, as teorias positivas das falhas de governo se escoram basicamente em três pressupostos: primeiramente, deve-se considerar a capacidade do mercado em se autorregular, onde outros fatores atuam para ajustar a conduta dos particulares e reforçariam o comportamento corretivo das firmas; ainda é necessário ter em mente a possibilidade de ajuste de comportamento em razão da possibilidade de controle judicial. Assim, os particulares seriam influenciados a ajustar previamente seu comportamento para não incorrer em sanções; por derradeiro, a escola positivista questiona a busca pela eficiência social pela possibilidade de o agente público sofrer influência de grupos mais organizados, destoando a atuação governamental da principal finalidade – proteção da sociedade.

Stigler, citado Mueller (2003) descreveu a possibilidade de grupos com menores custos para se organizarem, e com maiores ganhos potenciais, serem mais bem-sucedidos na influência do processo político decisório de regulação, de forma a influenciar os *policymakers* a não agirem de forma impessoal, se apropriando dos ganhos ocasionados pela política regulatória. Desta vertente de pensamento, surgiu a teoria da captura da regulação.

A Teoria da Captura da Regulação considera elevada a probabilidade de captura dos setores reguladores pelos setores regulados, de maneira que a atuação visando a manutenção ou majoração do bem-estar social esteja comprometida pela atuação dos agentes. Trata-se, na verdade, da dicotomia agente/principal, em que a possibilidade de absorção do poder decisório pelo mercado regulado é considerável, resultando na ineficiência da atuação.

Wallis e Dollery (2001) afirmam que a regulação é suprida por políticos, que buscam maximizar seus interesses por votos, representando interesses de grupos de consumidores ou produtores. Assim, os lucros auferidos pela empresa com poder de monopólio, cuja origem sustenta-se na transferência de renda proveniente dos consumidores, poderiam ser absorvidos pelas atividades de *rent-seeking*, de modo que o monopolista obteria somente a taxa de retorno competitiva. Dessa forma, as atividades de *rent-seeking* por parte de um monopolista implicam uma situação em que os recursos associados à referida transferência resultam em custos sociais a serem adicionados à tradicional perda de eficiência de Pareto. (GOMES e MACEDO, 2016)

A captura também pode ser caracterizada pelo incremento do poder da agência em virtude do aumento do conhecimento sobre as empresas, o que naturalmente ocorre em decorrência do relacionamento contínuo. Tais aspectos abrem janelas de oportunidade para

que os agentes políticos persigam seus próprios objetivos, de forma que uma regulamentação mais dura se torna necessária, o que deixam as agências mais suscetíveis às sugestões apresentadas pelos regulados (DEN HERTOOG 2010).

Posner (1974), ao descrever os resultados práticos observados pela atuação regulatória do Estado, discorda da suposta relação de dependência entre estruturas monopolistas e externalidades e a necessidade de intervenção estatal, bem como dos resultados auferidos por estas ações em termos de equidade, aumento de bem-estar, ou mesmo eficiência, se não para apenas uma parcela do mercado regulado.

Outra teoria importante no trato positivo do tema é a teoria da escolha pública, que se baseia nos elementos da democracia representativa para descrever o comportamento do eleitor, onde os grupos especiais, políticos, eleitores e burocratas supostamente irão utilizar os recursos e oportunidades disponíveis para perseguir seus próprios objetivos (WALLIS; DOLLERY, 2001).

Trata-se de mais uma teoria que contesta a tese do déspota benevolente e a teoria normativa da regulação (teoria do interesse público) ao colocar as dificuldades inerentes ao processo público de regulação no âmbito do estudo das falhas governamentais. Esta teoria relaciona as falhas na intervenção governamental em razão dos interesses divergentes dos grupos participantes do processo, a saber: políticos, burocratas, cidadãos e *rent seeking*. De acordo com a teoria da escolha pública, o mercado relativo aos bens públicos sofre a influência do comportamento de grupos auto interessados de políticos, burocratas e grupos organizados influentes de um lado e de outro dos eleitores contribuintes, desta forma, a dinâmica deste processo não favorecerá que os gastos públicos atendam os interesses dos eleitores, que a priori deveriam ser o grupo protegido pela ação estatal (ARAUJO; SIQUEIRA, 2016).

1.3 Estudo da ineficiência-X aplicada aos serviços de saúde

A ineficiência-X aplicada ao setor público decorre, principalmente, da falta de interesse da atuação burocrática em reduzir custos, ou atuar na margem de eficiência, visando a posicionar a instituição em um patamar superior de eficiência. Na análise normativa das falhas de governo foi verificado que, em razão das situações excepcionais encontradas para que haja a intervenção governamental no mercado, há poucos incentivos para a perseguição, pelos gestores, da eficiência no desempenho de suas atividades.

Desta forma, pode-se observar que, em comparação com instituições de mercado, as entidades de não mercado tendem a apresentar um grau de desperdício maior, seja pela subutilização, seja pela combinação errada dos fatores. Ainda se adiciona ao cenário encontrado a lógica incremental de dotação de recursos, em que, na discussão do orçamento público, é privilegiada a entidade que consumiu mais recursos no exercício anterior, de modo que ocorre justamente o inverso à lógica de mercado.

Nowlan (2018) relata que, na falta de pressão concorrencial, como observado em firmas monopolísticas americanas, tais empresas acabam por se tornarem obsoletas e inchadas, em termos de custos indiretos. A observação de Nowlan se aplica às instituições públicas brasileiras que são encarregadas de atuar em mercados com oferta restrita ou reguladas, como no caso dos serviços de saúde.

A condição de ineficiência-X é motivada pela ausência de incentivos para redução dos custos e pela busca de uma atuação na margem, visto que não existem pressões externas que ensejem um comportamento competitivo. Desta forma, empresas que detêm poder de mercado estão mais suscetíveis a esta distorção (WALTER, 2004). Neste diapasão, verifica-se que a disjunção entre a origem dos recursos para o financiamento das atividades e o beneficiário dos serviços prestados pela organização pública concorre para desmotivar a busca por um ambiente eficiente.

Explicando, o custeio da atividade pública, mesmo quando se trata da complementação do mercado, advém, em sua grande maioria, do poder de tributar, onde a obrigação de recolher aos cofres públicos o valor referente à manutenção do aparato estatal afasta o foco dos gestores da economia de recursos ou da prestação de serviços com mais eficiência. Sobre esse aspecto em específico, Ghosh (2001) assinala que a ineficiência-X é o resultado da falta de diligência e esforço na organização governamental. A estrutura organizacional e a cultura de trabalho não são apropriadas para efetivar o potencial produtivo dos trabalhadores. Desta forma, verifica-se que o ambiente público propicia o comportamento ineficiente, por diversas causas, sendo que não é possível identificá-las individualmente; por essa razão, o fenômeno descrito é denominado como ineficiência-X.

Nowlan (2018) explica que ineficiência-X foi um termo criado por Harvey Leibenstein, para caracterizar a perda de eficiência de várias empresas que não buscam a minimização de desperdícios, o que acaba por acarretar o não funcionamento ideal da firma, ou a não busca por um comportamento na margem. Este comportamento ineficiente pode ser atribuído a um erro de alocação, ou simplesmente à falta de concorrência.

Zuhang et. al (2016) relata que esses problemas são também verificados em empresas governamentais, que geralmente atuam em mercados com ausência de competição, de forma a formarem barreiras ao desenvolvimento próprio. Deniozos et. al (2019) conclui que, devido à corrupção, distorções em decisões públicas, ineficiência-x e *rent-seeking*, os governos tendem à falhar na busca da maximização do bem estar social.

Para este trabalho, será proposta a análise de estruturas de disponibilização de serviços públicos de saúde e seu resultado fiscal e econômico para o Estado, de forma que se comparem as estruturas escolhidas por diversas localidades (municipalidades) e se verifiquem os resultados encontrados tanto em um âmbito macro (resultados fiscais) quanto em um âmbito micro (análise de eficiência pela análise envoltória de dados). Vale ressaltar que na pesquisa intentada busca-se comparar a utilização de diversas modalidades de prestação de serviços, como a disponibilização própria por esse público, bem como a utilização de estruturas do setor privado em complementação, como previsto na legislação.

Desta forma, o problema discutido se emoldura na falha de governos relativa à ineficiência do setor público, mais especificamente na ineficiência-X governamental, pois a prestação do serviço público de saúde não atinge níveis suficientes para suprir a demanda populacional, a um custo questionável, tendo em vista o não alinhamento das práticas utilizadas no setor público às regras de mercado. Assim, quando da Reforma Administrativa do Aparelho de Estado, iniciada em 1998, a leitura da equipe gestora governamental à época era identificar as áreas sob responsabilidade do setor público que possuíam condições de serem conduzidas pelo setor privado, de forma isolada ou complementar, rompendo com o ciclo de ineficiência verificado até o momento. Cardoso, citado por De Faria (2017) expôs que o discurso oficial da reforma administrativa gerencial brasileira tinha como mote a utilização de conceitos atuais de administração, visando a eficiência, com foco no controle de resultado e na proximidade com o cidadão, de modo a enfatizar a qualidade e a produtividade do serviço público.

2 PANORAMA MUNDIAL NA DISPONIBILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 Contexto mundial na prestação de serviços de saúde

A prestação de serviços de saúde constitui parte do eixo central da agenda dos governos nacionais. Vale ressaltar que as externalidades positivas geradas por esse setor posicionam o tema em situação de destaque nas políticas governamentais. Observa-se que a saúde da população, bem como o controle de epidemias e doenças, reflete diretamente na produtividade do país, envolvendo ainda questões como a nutrição e bem-estar, fatores esses diretamente relacionados com a estabilidade do governo.

Nesse contexto, verifica-se o elevado montante despendido neste título pelas diversas nações. Conforme Piola et al. (2012), os dispêndios com saúde representavam 3% do PIB mundial em 1948, sendo que no período compreendido entre 1998-2003 houve um crescimento acentuado, alcançando o montante de 8,7% do PIB em 2004 (PIOLA *et al.*, 2012). Para ilustrar a importância econômica atualmente conferida a esse setor, a Tabela 1 resume dados referentes aos gastos de 2015 (última base disponível), de alguns países.

Tabela 1 - Gastos em saúde como proporção do PIB² em 2015

País	Gasto (percentual do PIB)
Argentina	6,8
Austrália	9,4
Brasil	8,9
Colômbia	6,2
Chile	8,1
Estados Unidos da América	16,8
Grã-Bretanha e Irlanda do Norte	9,9
Suécia	11
Sudão	6,3

Fonte: Elaborada pelo autor com dados da World Health Organization.

² Dados extraídos da World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/health_financing/en/. Acesso em: 6 nov. 2018.

No panorama atual, é possível observar que nos países mais ricos as atenções estão cada vez mais voltadas para eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que maior nível de dispêndios é condição insuficiente para alcançar melhores condições de saúde (HSIAO, 1995). Em contraponto, nos países mais pobres observa-se a necessidade de estender o acesso aos serviços de saúde de forma igualitária, de forma a melhorar a qualidade do atendimento e buscar formas de suprir o financiamento setorial em concorrência com outras exigências do desenvolvimento social (PIOLA *et al.*, 2012). Tal perspectiva é visível na Tabela 1, na qual se pode verificar a dificuldade de países em desenvolvimento em atingir patamares de gastos semelhantes a países desenvolvidos.

Ao expandirmos a perspectiva apresentada para gasto por cidadão, obtemos os resultados para os mesmos países integrantes da amostra, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Gasto per capita em saúde (2015), em US\$³

País	Gasto Per Capita (em US\$)
Argentina	997,90
Austrália	4.934,00
Brasil	780,40
Colômbia	374,20
Chile	1.102,00
Estados Unidos da América	9.535,90
Grã Bretanha e Irlanda do Norte	4.355,80
Suécia	5.600,10
Sudão	151,80

Fonte: Elaborada pelo autor com dados da World Health Organization.

Assim, tendo em vista as dificuldades de financiamento e provisão de serviços pelos países, a discussão de modelos de prestação de serviços e estruturas dos sistemas de saúde ganha importância. O enfoque dos estudos é a forma de tornar o gasto com saúde mais eficiente, envolvendo o papel a ser desempenhado pelo setor público nesse contexto, seja como agente provedor, financiador ou ambos. A busca por esta eficiência, acompanhando o *status quo* da ciência da Administração Pública, desembocou em uma

³ Dados extraídos de World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/health_financing/en/. Acesso em: 6 nov. 2018.

reforma “gerencialista”. Partindo de uma crítica ao modelo de gestão burocrático verificado até aquele momento, os teóricos responsáveis por conceber a reforma administrativa intentada justificavam os baixos resultados do governo pela baixa governança, pelo grau alto de insulamento da burocracia e pela rigidez dos instrumentos de gestão, de forma que, escorados nas ideias de Osborne e Gaebler (1992), tentou-se a construção de um espaço público não exclusivo, de forma a fomentar a concorrência e o comportamento eficiente (SOARES, 2016)

Nessa mesma esteira, verifica-se que na Europa, onde os sistemas de saúde são majoritariamente públicos, há a recente preocupação com a separação das funções de financiamento e provisão dos serviços. De acordo com Storto et al. (2017), na última década os países europeus têm enfrentado uma série de dificuldades, como o envelhecimento da população, as restrições orçamentárias, a desigualdade no acesso e à má distribuição de profissionais pelas regiões, de forma que os países passaram a investir na medição de desempenho e na seleção das melhores práticas administrativas para melhorar o desempenho dos sistemas.

Conforme verificado no NHS⁴, na Inglaterra, os países que aderem a sistemas de saúde universais, conhecidos como *beveridgianos*⁵, buscam o financiamento da estrutura na forma de repartição simples, geralmente via impostos, como uma forma de garantir o acesso a todos os cidadãos. Em países com uma convicção voltada ao corporativismo, é comum a utilização de caixas de assistência capitalizadas por recursos de contribuições dos empregados e empregadores e uma cobertura limitada e segregada à capacidade financeira da categoria, geralmente profissional, da população. Estes tipos de propostas são conhecidos como *Bismarkianas*, devido à origem na Alemanha de Bismarck, na década de 80 do século XIX⁶ (MARQUES, 2016). Junior (2013) complementa ao explicar que a ausência do Estado, inicialmente verificada no custeio

⁴ National Health System é o nome habitualmente utilizado para referir-se aos quatro sistemas públicos de saúde do [Reino Unido](#) coletiva ou individualmente, embora atualmente, em geral, seja apenas ao serviço de saúde da Inglaterra que é corretamente chamado de Serviço Nacional de Saúde sem qualquer outra qualificação. Fonte: sítio eletrônico do governo do Reino Unido (<https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>)

⁵ Referência ao relatório Beveridge, de 1942, na Inglaterra, que é conhecido como o mais importante documento que embasa o regime de Welfare State britânico no imediato pós II Guerra Mundial. Fonte: (<http://www.sinteseeventos.com.br/bien/pt/papers/fabioluizlopesAINFLUENCIADORELATORIOBEVERIDGE.pdf>)

⁶ Otton Von Bismarck foi o estadista mais importante da [Alemanha](#) do século XIX. Coube a ele lançar as bases do Segundo Império, ou [2º Reich](#) (1871-1918), que levou os países germânicos a conhecer pela primeira vez na sua história a existência de um Estado nacional único. Fonte: Britannica (<https://www.britannica.com/biography/Otto-von-Bismarck>)

deste sistema, é suprida posteriormente na administração dos recursos e dos dispêndios, havendo a complementação, quando da necessidade de aporte.

Na Inglaterra, onde vigora o sistema de saúde que influenciou o brasileiro, os problemas que reforçaram a necessidade de reforma advêm do subfinanciamento do setor e da qualidade dos serviços prestados à população. Tais desafios podem ser observados no relatório *understanding NHS financial pressures*, onde Robertson et al. (2017), informa que o custeio das despesas com saúde (funding growth) têm apresentado uma desaceleração relevante, alcançando o patamar de 1,2% ao ano, ao passo que a despesa com a cobertura dos pacientes tem aumentado de forma consistente, exigindo 4% a mais, anualmente, dos financiadores do sistema. A Inglaterra chegou a trabalhar com a ideia de se instituir o seguro social, substituindo o financiamento via impostos gerais, individualizando o acesso à cesta de serviços. Porém, essa ideia não prosperou e o foco da reforma mudou para o controle dos custos.

Em uma tentativa de solucionar os problemas verificados na dinâmica do NHS, foi criada uma série de metas de produtividade com o objetivo de economizar 22 bilhões de libras anualmente, o que corresponde a um percentual próximo de 3% (ROBERTSON et al. 2017). Alderwick et al. (2015) assinala que, embora esse seja um movimento que abre uma janela de oportunidades para a melhoria dos serviços no âmbito do NHS, isto pode demorar anos para produzir economias relevantes e entregar serviços de qualidade a um custo baixo. Nesse âmbito, como uma forma de acelerar o processo, o princípio norteador foi a separação do Estado provedor para Estado assegurador, em que a responsabilidade do Governo passou a restringir-se a assegurar a prestação de serviços disponíveis aos cidadãos. Assim, vale ressaltar a terceirização de serviços não essenciais como uma forma de reduzir a pressão por custos, bem como por introduzir a competição por qualidade e menores preços⁷ (WOLF, DE OLIVEIRA; 2017).

O acesso à saúde gratuita nos Estados Unidos é restrito à população de baixa renda, de forma que os dois programas de saúde (medicare e medicaid) têm uma cobertura bastante restrita à população. Estima-se que em torno de 46 milhões de americanos não têm cobertura de saúde. (MARQUES et al., 2016). Para os americanos que não são considerados de baixa renda, porém não têm condições de acessar os planos

⁷ A título ilustrativo Campbell (2015), saliente que em 2015, ocorreu a maior terceirização de serviços antes prestados pelo NHS da história: 780 milhões de libras em contratos assinados com empresas e outras organizações privadas

de saúde, foram estruturados planos de saúde com financiamento trilateral, de forma a reduzir o custo à população, pois, segundo dados da OMS (2015), os Estados Unidos é o país que mais gasta com saúde no mundo, apesar do pouco acesso (MARQUES et al., 2016)

Neste sentido, concebeu-se no mercado norte americano a ideia do sistema de planos de saúde de pré-pagamento, que se propõem a fornecer assistência médica a grupos específicos, através da negociação prévia de pagamentos e de pacotes assistenciais, pretendendo articular prestação e financiamento, ao passo de conter os custos através de medidas reguladoras da relação médico paciente (BARROS; PIOLA, 2016). Ainda se agrega a esse sistema a ideia de mercado trilateral, composto por compradores, vendedores e patrocinadores, de forma que se busca a formação de um mercado forte do lado da demanda, regulado pelo governo, incluindo o máximo possível de cidadãos em um contexto de pacote básico de saúde. Assim, neste diapasão, os preços e custos seguem sob controle, em virtude da regulação do mercado pelo grande poder do lado da demanda e maior capacidade de organização dos compradores e patrocinadores.

O modelo de saúde pública do Chile, por sua vez, tem suas origens relacionadas a dois diferentes tipos de pensamento, antagônicos, que se referem à modalidade de envolvimento do estado na prestação de serviços e à política de financiamento desses. De um lado, propunha-se um modelo centrado no aparato estatal, e de outro, buscava-se a descentralização desses serviços para a iniciativa privada, ficando a cargo do Estado a orientação, a formação de profissionais e a administração dos recursos. Conforme Carrillo et al. (2016), essa dicotomia se estendeu ao atual sistema, onde a maior parte da população, 80%, encontra-se abrangida por um sistema público, com um rol restrito de procedimentos inclusos, e financiamento por meio do sistema tributário. A outra parcela da população encontra-se sob a égide do sistema contributivo com ênfase na prestação de serviços privados, sendo que as contribuições são escalonadas de 7% a 15% do salário. Historicamente, a consolidação desse modelo de saúde pública ocorreu durante a ditadura chilena, de forma que a tendência à segregação da prestação de serviços das funções do Estado ganhou ênfase.

Como resultado das características presentes no sistema de saúde do Chile, comenta-se que há prejuízos na articulação da rede e na regionalização dos serviços, sendo que a diretriz estabelecida para a particularização dos planos de saúde da população não restou atendida. O maior desafio a ser enfrentado pelo sistema chileno,

na atualidade, é a coordenação e a integração das redes de atendimento (ALMEIDA et al. (2018).

Complementando, Luca et al. (2020) informa que o *Sistema Nacional de Salud* enfrenta problemas com relação à acesso geral, integração e sustentabilidade fiscal, sendo que alguns grupos se encontram desassistidos, como os *White-Collars*, trabalhadores rurais e desempregados, assim, percebe-se que o sistema abrange mais consistentemente os trabalhadores formais, como os *Blue-Collars*.

O Sistema de Saúde da Argentina resultou de um novo desenho concebido após a redemocratização desse país, de forma que, com forte influência da política neoliberal presente à época, buscou-se uma diminuição do papel do estado no desempenho de atividades diretas na prestação de serviços. Assim, foi estruturado um modelo composto por três subsistemas: o público, o privado e as obras sociais (com vinculação ao sistema previdenciário) (CARRILLO et al., 2016).

A organização e o relacionamento entre esses três subsectores são definidos pelo Ministério da Saúde, que interpreta e analisa a legislação atinente ao assunto. A articulação regional das políticas públicas de saúde é marcada por uma forte presença de concessão de autonomia às províncias, sendo que as leis são elaboradas pela unidade central e enviadas às províncias, que possuem autonomia para aceitar ou rejeitar.

As Obras Sociais referem-se a uma cobertura de serviços médicos que é prestada aos trabalhadores formais mediante desconto de uma contribuição no seu contracheque. O valor da contribuição é diferenciado pela categoria profissional. Enquanto o Setor privado alimenta-se basicamente de planos pré-pagos, o sistema público adstringe-se à população que não tem acesso ao mercado formal de trabalho e nem condições de arcar com os custos da medicina pré-paga. Segundo Nogueira et al. (2015) o setor estatal de saúde, de acesso universal, é garantido à população, que conta somente com esse tipo de cobertura, calculada atualmente em 34,9% da população. As empresas de medicina pré-pagas cobrem 10% e os demais (55%) obtêm cobertura através das obras sociais.

Quanto ao financiamento desse sistema, ele é misto, sendo aportados recursos orçamentários das diferentes esferas da federação, havendo ainda a complementação por recursos da previdência social e a contribuição dos empregados e empregadores, no caso específico das obras sociais. O subsistema particular é financiado basicamente por planos pré-pagos e ocorre ainda a utilização de contratos de prestação de serviços a obras sociais e seguros saúde. O peso do Ministério de *Salud y Desarrollo Social* frente

ao orçamento público nacional argentino é de cerca de 48%⁸, de forma que se permite inferir o tamanho do setor com relação à estrutura governamental, levando-se em consideração, ainda, a grande parte da população dependente de uma estrutura contributiva, ou gratuita, para ter acesso aos serviços de saúde (STOLKINER et al., 2016).

Na Colômbia, buscou-se conceber um modelo de meio termo, que buscasse resolver a dicotomia entre a forte centralização do Estado e a pulverização dos agentes do Setor Privado, além de agir na regulação das falhas de mercado advindas da priorização do setor privado na prestação de serviços. No que tange ao financiamento, verifica-se a presença de dois segmentos, sendo o contributivo para trabalhadores formais e o subsidiado por impostos para a população sem capacidade de contribuição, além de um regime especial para determinadas características (CARRILLO et al., 2016). Cardenas et al. (2016) traz à baila a influência das reformas estruturantes dos anos 80, implantada em 1993 naquele país, onde buscou-se uma “concepção de pluralismo estruturado”, tendo como diretrizes a adoção de pacotes básicos de assistência, a administração do seguro por empresas privadas, a expansão dos serviços prestados em âmbito não governamental e a adoção do financiamento segundo a capacidade de pagamento.

Como resultados, verifica-se uma lacuna na assistência à saúde da população, mormente da parcela da população de renda mais baixa, o fortalecimento do caráter privado da saúde e a fragmentação do sistema, características comumente encontradas na América Latina, que possui um histórico de fragilização da proteção social (CARDENAS et al., 2016). Verifica-se, na realidade predominante na América Latina, a existência de sistemas de saúde pouco integrados, com segregação por categorias e divisão por subsistemas, aumentando a complexidade do trato deste assunto. (ALMEIDA et al., 2018)

2.2 As reformas administrativas concebidas na prestação de serviços de saúde

2.2.1 O contexto reformista dos serviços públicos

⁸ Conforme consulta efetuada ao sítio eletrônico <https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/quien-gasta>. Acesso em: 10 set. 2019.

As reformas mundiais incidentes sobre a saúde pública tiveram como motivação a agenda reformista da Década de 80, baseada nos princípios do *New Public Management* (NPM), que buscavam uma maior sustentabilidade fiscal dos serviços públicos, aliada a um aumento da eficiência, rediscutindo o papel do estado na prestação, administração e financiamento desses.

O quadro anterior à reforma era marcado por um paradigma Weberiano de controle racional, com características verticais e forte escalonamento da hierarquia, com foco no controle procedimental e centralização (CAVALCANTE, 2017). No campo das finanças públicas, sob o domínio do *welfare-state*, verifica-se um elevado nível de despesas públicas, com déficits recorrentes e o direcionamento de quase totalidade da arrecadação para a manutenção da máquina pública (despesas de custeio), desta forma, o espaço para investimentos era muito restrito, prejudicando o investimento econômico (SCHIAVO-CAMPO; MCFERSON, 2014)

Neste contexto, observaram-se vários movimentos que foram abrigados sob a égide do *New Public Management* (NPM), com objetivos de promover a utilização de conhecimentos gerenciais adaptados do setor privado para o setor público, com a finalidade de aumentar a eficiência da máquina pública e, por consequência, reduzir seu tamanho. Desta forma, pautada na perspectiva dominante de resultados fiscais e efetividade das políticas públicas, a agenda transformadora aplicada à época teve como mote a necessidade de se reduzir o desequilíbrio fiscal e a agenda no cliente (cidadão), como uma forma de orientar a estrutura institucional e legal aplicável aos serviços públicos. Gomes (2018) descreve o NPM como a introdução de critérios empresariais e de conceitos da gestão pública, como a concorrência e participação dos cidadãos, de forma a transformar o aparato administrativo e torna-lo o mais eficaz e eficiente possível. Também é ressaltado, neste aspecto, a importância da mensuração de desempenho.

Corroborando com esta linha, Serapioni (2016) traz o registro histórico que a crise petrolífera e sucessivas crises vivenciadas por países ocidentais, nos anos 80, reorientaram o papel do Estado, de forma a reduzir a expansão das políticas públicas e, conseqüentemente, o déficit público. Assim, a finalidade da avaliação governamental foi focada para racionalizar a despesa pública e orientar a contenção de gastos.

Como um corolário lógico, a busca pelos princípios acima listados incorreu na diminuição do estado tradicional, que se baseava nas ideias burocráticas, abrindo uma margem para o empoderamento do gestor, na concepção de agências públicas reguladoras, na flexibilização de regras e códigos e na utilização da iniciativa privada na

execução dos serviços. A utilização da sociedade na construção política foi estendida ao cenário de prestação de serviços, onde se buscou a utilização de outras estratégias, que não o aparato público tradicional, para a condução de serviços públicos não essenciais. Neste campo, destaca-se a privatização e a contratualização com o terceiro setor, de forma a tornar a administração mais profissional (CAVALCANTE, 2017).

Desta forma, a abordagem gerencial desencadeada buscava orientação em princípios privados de administração, como uma forma de modelar o serviço público. Assim, alguns consensos foram estabelecidos, como a seguir.

Quadro 1 – “Frentes de Batalha” do Gerencialismo

1	flexibilidade gerencial;
2	remoção das “barreiras burocráticas”;
3	atendimento das demandas do consumidor (cidadão/cliente);
4	introdução de mecanismos de competição de mercado;
5	terceirização e investimentos em novas tecnologias de informação, tornando as organizações mais leves;
6	foco na mudança de procedimentos e nos processos;

Fonte: ALMEIDA (1999)

Quando se fala de flexibilidade gerencial, busca-se corrigir o comportamento burocrata legalista verificado no período anterior, onde o foco nos processos e nos procedimentos não abria margem para uma atuação dinâmica adaptável à mudança situacional. Esse ponto se complementa pela remoção das barreiras burocráticas, já que podia ser observado no *status quo* anterior o excesso de normas, gerando uma disfunção. O *consumerism*, ou seja, o foco no atendimento das demandas do cidadão, vinha com o propósito de resgatar a credibilidade do serviço público e na indicação do seu principal cliente, a sociedade. Este aspecto reforça a tendência de mensuração do desempenho das atividades e das organizações.

Conforme observado nas teorias referentes às disfunções econômicas do setor público, o desempenho de atividades em um cenário não concorrencial concorre para o autoreferenciamento das instituições, e por consequência para a ineficiência-x (NOWLAN, 2018). Pode-se concluir, portanto, que a utilização de estruturas não tradicionais para o desempenho de atividades públicas, não exclusivas, visa corrigir a distorção causada pela atuação de entidades em um mercado monopolístico, ou mercado pela regulação, de forma a reduzir o fenômeno explicado. Haynes, citado por Ribeiro (2016) observa que utilização de uma gestão pública orientada para o mercado

fomentaria a concorrência, aumentando a competitividade, fazendo com que as empresas passassem a se pautar pelo desempenho, procurando melhorar os resultados.

A utilização de parcerias público privadas, ou de serviços geridos pelo terceiro setor, utilizada como estratégia para induzir a gestão orientada ao mercado, aparece como uma oportunidade para atender as demandas de redução do déficit fiscal do Estado, notadamente agravado pelo Estado do Bem-Estar Social. A fase gerencial do NPM mudou a natureza da provisão de serviços públicos, de forma que os agentes públicos e privados financiadores cobram que as agências façam cada vez mais, com menos, com um nível alto de prestação de contas (FINEMAN et al., 2016)

Assim, conclui-se que nos países mais desenvolvidos a reforma conduzida neste diapasão foi bem-sucedida em segregar as funções do Estado financiador e Estado executor, porém, não foram obtidos resultados claros acerca da melhoria da eficiência e da satisfação dos usuários. Com relação aos países em desenvolvimento, por exemplo a América Latina, a literatura aponta para uma constrição dos setores afetados, muito em razão da busca por resultados financeiros positivos, ocorrendo vários casos de desarticulação de redes nacionais.

2.2.2 As reformas setoriais específicas da saúde

No que tange à saúde pública, a agenda reformista dos anos 70-80 se preocupou com a necessidade de se reduzir o déficit fiscal proveniente do setor, sendo que a releitura do papel do estado na provisão ou financiamento da estrutura era necessária. Vale lembrar que o contexto vivenciado pelos países era de crise econômica ocasionada pelas pressões financeiras decorrentes do *Welfare State*.

Internacionalmente, a conjuntura favoreceu a utilização de atores privados na condução de serviços de saúde, com a utilização maciça de instituições filantrópicas, organizações não governamentais e mesmo empresas privadas, reguladas por contratos, para o alinhamento do serviço prestado às novas concepções de avaliação de desempenho, *accountability* e *consumerism* (ALMEIDA, 2019). Assim, a contratualização de entidades não submetidas ao regramento rígido e às dificuldades em manejar processos públicos orçamentários e de compras foi a vertente predominante nesta faceta específica da reforma gerencialista (CARNUT e MENDES, 2018).

Para Araújo, citado por Andrade (2018), A utilização de entidades regidas pela contratualização na saúde pública, vem na perspectiva de aumentar a responsabilização

e a qualidade dos serviços, enquanto seja possível utilizar-se destas modalidades para refletir em uma flexibilidade de processos de compras e de contratação de recursos humanos, o que tem chamado a atenção de vários governantes.

No modelo inglês podia-se observar a utilização destas entidades não governamentais como uma possibilidade de introduzir a competição para o aumento da qualidade de recursos (NOGUEIRA, 2020). Neste aspecto, a diversificação das empresas participantes de um modelo estruturado de prestação de serviços, competindo pelos repasses públicos concorre para os fins almejados pelo NPM. Desta forma, observa-se que o cancelamento de repasses automáticos para as instituições a vinculação dos recursos à prestação de serviços é parte integrante desta nova concepção.

A influência desta agenda no panorama latino-americano pôde ser observada pela transferência do enfoque na utilização de entidades puramente públicas para a utilização de um mix público-privado, não sujeito às regras tradicionais da burocracia. Também observa-se a tentativa da remodelagem do financiamento da estrutura, de forma a utilizar mais amplamente o modelo de seguros, para pelo menos parte da população (ANDRADE, 2018).

Desta forma, observa-se que houve a tentativa de introduzir mecanismos que procurassem aproximar a prestação de serviços no âmbito da saúde da eficiência conferida pelo mercado competitivo, de forma a maximizar o ambiente e competição e fomentar a racionalização das estruturas, com foco nos custos dos serviços. A seguir, será abordado o arcabouço normativo do Sistema Único de Saúde (SUS), modelo utilizado no Brasil.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

3.1 O Contexto de implantação do SUS

A implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil ocorre na transição do regime militar para a abertura política conferida pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988). Durante o regime militar, a Saúde era tratada como subsidiária da Previdência Social, que acumulava as funções de assistência social e assistência à saúde, com diversos órgãos para agir em várias frentes.

Na primeira década do regime militar, influenciada pela teoria burocrática, houve preponderância da lógica previdenciária no trato da saúde, com vultuosos recursos concentrados no Ministério da Previdência (ESCOREL, 2012). Neste contexto, Sousa e Fernandes (2020) assinalam a priorização da lógica privada da saúde, em razão do tratamento conferido pelos governantes, com a extensiva prestação de serviços para a previdência, prejudicando a saúde pública. Menicucci, citado por de Paula (2020) assevera que a previdência social marcaria o que seria tratado como os serviços oferecidos pelo Estado, no período, sendo que o vínculo com Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensão daria acesso aos serviços médicos. A parcela da população que não possuía acesso a essas facilidades, seria encaminhada ao Ministério da Saúde, para obtenção de atendimento.

Vários autores apontam para o aumento da desigualdade no acesso, durante a ditadura militar. Nesta mesma vertente, Souto e Oliveira (2016) atentam para a fragilização da saúde pública em razão da cisão entre o tratamento conferido aos trabalhadores formais (Ministério da Previdência) e ao restante da população (Ministério da Saúde), ocorrendo a expansão dos planos de saúde e a consequente deterioração dos serviços públicos. No período em comento, houve a prevalência do Setor Privado sobre o público na prestação de serviços, sendo que o setor público buscava o papel de administrador dos recursos. Percebe-se, portanto, que a elevação do direito à saúde à qualidade de direito constitucional, transmutando-se em obrigação estatal, é acontecimento recente na história nacional. No período logo anterior à redemocratização, a ênfase privatizante no tratamento dessa área coincidia com a exclusão da população não participante do mercado de trabalho da medicina curativa.

Assim, em decorrência do foco conferido à saúde pública, ocorre uma desarticulação da saúde preventiva da saúde curativa, sendo que órgãos distintos organizavam esses serviços. Segundo Melamed (2011), no final da década de 70, o setor público de assistência à saúde estava organizado em três principais subsistemas: o INAMPS; o Ministério da Saúde e suas autarquias; as administrações estaduais e municipais.

Ramos et al. (2017) caracterizam a exclusão da sociedade da participação política como uma das características da ditadura militar, de forma que aos trabalhadores formais, abrangidos pela proteção conferida pela previdência, era relegado o papel de apenas financiadores do sistema. A forma de atuação do governo federal também era alvo de críticas pela falta de coordenação entre as duas maiores áreas responsáveis pelo tema. Observou-se que o INAMPS era órgão responsável pela aplicação de recursos na chamada medicina curativa, ou seja, reativa, responsável pelo tratamento de enfermos. Neste sentido, notou-se um grande volume de recursos concentrados em hospitais públicos presentes apenas em determinadas regiões e em hospitais particulares mais espalhados pelo país.

Em relação à ênfase privatizante, a proposta mais agressiva que se verificou partiu do Ministério da Saúde, por meio do Plano Nacional de Saúde (PNS), que visava a venda de todos os hospitais governamentais para a iniciativa privada, mantendo apenas o aspecto de financiador para o Setor Público (ESCOREL, 2012). Para Mercadante *et al.* (2002), o plano não obteve sucesso devido à resistência das demais esferas federativas, dos profissionais de saúde e dos sindicatos.

Desta forma, caracteriza-se o tratamento da saúde durante o regime militar pela não observância dos princípios da universalidade e integralidade, havendo uma atenção diferenciada para os trabalhadores formais, de forma que o papel do setor público, além de administrador, era restrito às atividades de vigilância sanitária e controle de pragas. A parcela da população que se encontrava à margem do mercado de trabalho formal deveria buscar atendimento junto às instituições de caridade (ASENSI, 2013).

Assim, no contexto de redemocratização, observava-se um país com um déficit na prestação de serviços e com dificuldade na comunicação do usuário com as instituições, já que não havia um padrão instituído para acesso às diversas regiões. Nesta conjuntura, iniciaram-se várias frentes de luta que agregavam ideias referentes à inclusão social de toda a população no contexto da saúde pública e a descentralização

do poder decisório, como uma forma de garantir o poder de fiscalização e decisão à sociedade. Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária, como um movimento norteador da nova saúde pública, expressou-se nos seguintes sentidos: democratização do acesso, garantindo os princípios da universalidade e igualdade a um sistema único; democratização do aparelho do estado, com respeito ao pacto federativo; democratização da Sociedade, com a inclusão de representantes da população nos conselhos diretivos do sistema de saúde (SOUTO E OLIVEIRA; 2016). Assim, a reforma em destaque, e as conferências antecessoras à promulgação da Constituição Federal de 1988 já apontavam para o preenchimento do vácuo existente entre o usuário e o Setor Público, reforçando a política de investimentos, a descentralização do setor e a aproximação da sociedade ao controle do Sistema.

Desta forma, observou-se uma convergência das ideias a padrões Beveridgianos no trato da saúde, buscando-se a concepção de uma política inclusivista, o que se refletiu na criação do SUS, na constituinte de 1988. A ideia central que dominava a pauta para a transformação do Sistema de Saúde para o atual era não se ater a modificações administrativas e financeiras, mas incluir a revisão do conceito de saúde, ampliando-o. Para tanto, a reforma abarcaria as modificações necessárias na legislação. Conforme Polignano, citado por Ramos (2017), a concepção do SUS no texto constitucional ressalta os anseios da sociedade à época, com relação a uma Saúde Pública garantida pelo setor público e mesmo com relação à participação popular nos comitês decisórios, de forma a resgatar o compromisso estatal com o bem-estar social e reafirmando o papel da cidadania na construção das políticas sociais.

3.2 O Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e funcionamento

O arcabouço institucional do SUS, concebido na CF/1988, reflete os anseios da sociedade naquele momento, incluindo o alargamento do acesso à saúde pública, a incorporação da sociedade na discussão a respeito do tema e a descentralização do processo decisório, reforçando a participação dos entes federativos mais próximos aos usuários. Faz-se necessário ressaltar que a luta para a instituição de um novo modelo no trato da saúde pública parte de uma estratégia *bottom-up*, em que o movimento sanitário catalisava ideias apresentadas nas convenções, mormente pelos secretários

municipais de saúde, levando aos níveis decisórios as demandas verificadas na base do sistema, mais próxima ao cidadão.

Conforme Coronel et al. (2016), a criação do SUS foi definida como um plano ambicioso em um país marcado pelas desigualdades sociais, sendo que o Plano foi estruturado para atender os princípios da universalidade, descentralização, regionalização, hierarquização e ainda o controle social, sendo garantido o assento dos cidadãos nos conselhos e comitês gestores. Desta forma, o SUS abrange uma gama de princípios relacionados à integração e universalidade, válidos em todo o território nacional e abrange uma rede de atendimento integrada, que visa reafirmar o papel preponderante do Estado como garantidor das políticas públicas, indo desde a prevenção até ao atendimento. Neste diapasão, ressalta-se o caráter democrático da gestão e do processo decisório (LIMA et al., 2008).

O país retrocedeu, então, na ênfase privatizadora e contributiva verificada até o momento, característica dos regimes verificados em outros países da América Latina, havendo o fortalecimento do papel do setor público nos três níveis federais. Vale destacar que o âmbito das atividades geridas pelo SUS vai desde as campanhas sanitárias aos serviços ambulatoriais, revelando um leque bastante amplo e complexo de ações. Assim, a saúde pública sendo tratada como integrante da seguridade social, portanto financiada por toda a população via impostos e contribuições vai ao encontro da concepção Beveridgiana, que seria, de acordo com a OMS, um sistema de mais impacto na vida da população, estando ainda prevista a descentralização do sistema, de forma a alcançar uma maior abrangência (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Conforme pode ser observado pelo documento básico do Ministério da Saúde (1993), o SUS tem como objetivo a saúde como um todo, definida não apenas pela medicina curativa, mas a saúde entendida como um requisito para o exercício pleno da cidadania, que começa a ser garantida pelos serviços preventivos de vigilância sanitária, e se completa pela efetiva proteção da saúde de cada cidadão. Quanto à participação do setor privado, essa assume a complementaridade das ações.

Assim, o SUS não é composto somente por serviços públicos, mas também por uma rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados com recursos tributários destinados à Saúde. Nesta linha, faz-se necessário trazer a reflexão histórica prestada por Almeida (2017), que remete à participação do setor privado, como agente complementar, ao espaço aberto pelas reformas iniciadas nos anos 80, onde há a valorização da visão de mercado e

empresarial, bem como a desqualificação do espaço público até então concebido para a provisão de bens públicos.

A articulação e a hierarquização da ampla rede de unidades disponíveis para a condução de ações pelo SUS, no âmbito federativo, também se mostra como uma dificuldade a ser enfrentada para o aperfeiçoamento do sistema. A articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços do SUS, que transcenda o espaço político-administrativo de um estado, é uma questão bastante complexa e esbarra em uma série de dificuldades políticas e operacionais (LIMA et al., 2008). Segundo Coronel et al. (2016), as dificuldades presentes na conjuntura atual do Sistema Único de Saúde, são: a escassez de profissionais, falta de integração entre os integrantes da rede e o subfinanciamento.

3.3 Descentralização administrativa no contexto nacional

Na década de 1970, o olhar global para o setor público teve de ser modificado. Tal fato ocorreu por conta das crises econômicas ocorridas, o que ensejou a necessidade de rediscutir o posicionamento estatal, como uma forma de conter o avanço do déficit público. O tipo de Estado que ruiu, para dar início ao movimento do NPM era de três dimensões: econômica, social e administrativa, todas interligadas. A primeira dimensão refere-se à concepção keynesiana, a dimensão social concerne ao *Welfare State* e a concepção administrativa liga-se ao modelo racional burocrático.

As bases do gerencialismo advêm de uma concepção privatizadora, na qual a ideia é a utilização de técnicas e concepções do setor privado, com o fito de fomentar o foco no cliente, *consumerism*, a utilização mais racional dos recursos, fomentar a competição e uma nova política de recursos humanos, para países em que ocorriam distorções nesse quesito. De acordo com Ferlie et al. (1999), teóricos e defensores do gerencialismo, podem ser diferenciados quatro “modelos”, sendo possível identificar um conjunto de técnicas e noções de gestão importadas do setor privado. São eles: i) o impulso para a eficiência; ii) *downsizing* e descentralização; iii) em busca da excelência; e iv) orientação para o serviço público.

No Brasil, já houve sinais convergentes com o gerencialismo desde o Decreto-Lei nº 200/67, sendo aplicados princípios como a delegação, coordenação e controle (SANTOS; DE OLIVEIRA, 2016). Porém, quando da criação do Ministério da Administração e da Reforma de Estado, em 1995, são incorporados conceitos mais

substantivos deste movimento, como a previsão da utilização de entidades desvinculadas das amarras burocráticas para atender ao cidadão de forma mais eficiente. A motivação para a reforma deu-se pela presença persistente de déficits públicos, o que implicava em taxas de crescimento incompatíveis com a necessidade nacional e ainda a pressão causada pelo excesso de demandas encaminhadas para o setor público pela população, o que demonstrou o esgotamento da estratégia de intervenção governamental e a necessidade de diminuição do aparelho estatal, com foco nas atividades puramente de Estado (LEITE, 2016).

Conforme Burgos e Bellato (2019), a origem do gerencialismo, na Inglaterra, remete a uma reação conservadora ao modelo do *welfare state*, de forma que se utilizam princípios de mercados para o planejamento de políticas públicas, com ênfase no desempenho dos setores, para nortear o funcionamento do setor público. Ainda de acordo com o autor, tal visão ganha força no Brasil durante a gestão de Fernando Henrique (1994-2020), influenciando a reforma do Estado nacional. Assim, a reforma que se implementou no Brasil tinha como mote o resgate do papel do Estado como coordenador das políticas públicas, negando a concepção rígida e extremamente voltada para os processos, advindas da leitura weberiana e adotando padrões gerenciais na atividade pública. (ABRUCIO, 1997).

Desta forma, conforme Bresser Pereira (1995), se fazia necessário discutir o papel do estado na prestação de serviços, de forma a diminuir o nicho puramente estatal e abrir espaço para a utilização de entidades do âmbito privado, ou, terceiro setor, para a assunção de tarefas que não necessariamente dependeriam de um aparato estatal, de forma a trazer um sentimento de competição para a melhoria dos serviços, no mesmo sentido pregado pelo movimento do NPM. Desta forma, dividiu-se a atuação do estado em quatro vertentes:

Quadro 2 – Dimensões dos serviços do Estado

1.	NÚCLEO ESTRATÉGICO.
2.	ATIVIDADES EXCLUSIVAS.
3.	SERVIÇOS NÃO EXCLUSIVOS.
4.	PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS PARA O MERCADO.

Fonte: Bresser Pereira 1995

Assim, no *núcleo estratégico* estariam posicionadas as atividades referentes à dimensão política, envolvendo as autoridades dos três poderes, responsáveis pelas

decisões estratégicas e formulação das políticas públicas. Com relação às *atividades exclusivas*, essas seriam desenvolvidas pelo poder público em razão da necessidade do poder de coerção do estado. No núcleo referente aos *serviços não exclusivos*, encontram-se aquelas ações de interesse nacional, que precisam de atenção do poder público, mas não necessitam ser prestadas diretamente por este, pode-se citar o caso dos bens meritórios, como saúde e educação, que devem ser estendidos ao máximo possível de pessoas, porém, cabendo a utilização de outra tipologia de entidades. E, por fim, o *setor de produção de bens e serviços para o mercado* engloba as ações que não são afetadas ao estado, sendo que tal setor foi ocupado pelo poder público, em razão da falta de investimento privado, tornando possível a privatização posterior para adequação do modelo de gestão à iniciativa privada.

Conforme observado por Garcia (2016), houve naquele momento uma tentativa de desafogar o estado, transferindo parte de suas atribuições, que se referiam a ramos como as telecomunicações, indústria e serviços tecnológicos para a iniciativa privada, de forma que fosse possível a entrega de serviços melhores à população em razão da facilidade com que estas novas estruturas teriam para o acompanhamento da inovação.

A utilização de entidades do terceiro setor, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - Oscip e Organizações Sociais - OS, como uma forma de complementar os serviços estatais não exclusivos, ou a produção de bens para o mercado, especialmente quando se trata da prestação de serviços sociais, foi aperfeiçoada por intermédio da utilização do contrato de gestão. Neste contrato era possível prever regras e metas para as instituições e até mesmo vincular a remuneração ao atingimento delas, cotejando o desempenho da instituição a um conjunto predeterminado de padrões, de forma a evitar o autorreferenciamento presente nas instituições burocráticas tradicionais. Até mesmo instituições tradicionalmente públicas, da administração indireta, poderiam se revestir de um caráter mais eficiente pela celebração de um contrato de gestão, no qual eram previstos o orçamento, as metas, os indicadores e os modos de aferição, além de uma autonomia maior para a gestão, sendo absorvidos princípios “fora da caixa”.

Para a transferência dessas atividades para o terceiro setor, a justificativa principal utilizada refere-se à eficiência e o atingimento de resultados, visto que a atuação das entidades deveria se basear por um critério de coordenação e não subordinação. Ganha destaque, portanto, os acordos de cooperação, contratos de gestão

e demais ferramentas que permitissem acompanhar, mensurar e valorar o desempenho (OLIVEIRA, 2015).

Assim, vários dos serviços desempenhados pelas organizações governamentais passaram a ser desempenhados sob a condição de descentralização administrativa para entidades que possuam maior liberdade nos processos administrativos, que era tido como o impedimento para a consecução de resultados mais eficientes. Ainda nesse condão, os serviços sociais, por terem uma restrição de oferta, devido ao alto investimento para se iniciar as operações, passaram a se regular, também, por instituições pertencentes ao terceiro setor, mais adeptas à contratualização para o desempenho de funções públicas, preenchendo um possível lapso institucional na máquina pública.

Observa-se que a intenção dominante à época era a busca pela gestão por resultados, que era conceituada como a principal ferramenta em prol da efetividade das políticas públicas. Desta forma, é preciso orientar a administração pública por metas e indicadores. Embora já tenha ocorrido uma tentativa de assimilação destes conceitos na rotina do setor público brasileiro, ainda não se verificou uma mudança cultural que dê suporte à larga utilização destes instrumentos (ABRUCIO, 2007).

3.4 Descentralização dos Serviços de Saúde

A despeito da notória importância da fundação do SUS como política social, admite-se que a sua implantação se deu de forma parcial, afastando-se de princípios consagrados na carta magna, como a finalidade de garantir um sistema universal e eficiente. Diante desse cenário, na década de 90, intentou-se uma reforma administrativa do setor, levando em consideração o modelo gerencial, que era a doutrina dominante à época, como uma forma de elevar a satisfação com o serviço prestado e ainda obter-se uma racionalidade maior do sistema, tendo em vista a complexa gama de entes disponíveis para prestar serviços, nesse contexto.

A descentralização vem no sentido de dotar os municípios de capacidade administrativa e organizacional para gerir o SUS, com a coparticipação dos outros entes da federação, com o intento de garantir o acesso integral da saúde à população (DOS SANTOS, 2019). Da Costa Machado (2019) acrescenta que a municipalização, no contexto do novo federalismo surgiu como uma necessidade de transferência de um conjunto de atribuições para o nível local de governo. De Almeida (2016) conceitua a

descentralização referida neste momento como a distribuição de recursos e responsabilidades, para os três níveis do estado federativo, compreendendo um modelo de planejamento ascendente, com foco no nível local e na participação popular. Desta forma, está prevista uma coordenação entre os atores, com atuação singular de cada um, prevendo uma sinergia para o alcance as proposições consignadas em um nível macroestrutural.

Bresser Pereira (1995) ressalta a incompletude do sistema, de forma que o Ministério da Saúde publicou um documento com o significativo título: *Descentralização dos Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. Observa-se, assim, que no contexto nacional o empoderamento dos municípios como responsáveis pela gestão do SUS e a dita descentralização administrativa tem caminhado morosamente. Este fato reflete-se na quantidade de recursos despendidos pelos gestores para a manutenção desse sistema, mesmo que não sejam obtidos resultados impressionantes, principalmente no atendimento hospitalar e ambulatorial. Da Costa Machado (2019) adiciona que a coordenação das políticas sociais não é algo que ocorra naturalmente, sendo necessária a utilização de ferramentas de sanção, ou bonificação, para a indução dos diversos entes a uma participação a contento.

A proposta de reforma administrativa do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial do SUS consiste no diagnóstico de que é necessário completar a reforma prevista na transição democrática, sendo necessário conferir ao sistema um maior grau de resolubilidade, integralidade e qualidade (BRESSER PEREIRA, 1995). A reforma ainda prevê uma racionalização no uso dos recursos, proporcionando um maior controle dos pagamentos, através de um sistema informatizado integrado, evitando fraudes e um controle dos resultados auferidos pelas instituições, promovendo ainda um controle mais racional das entradas dos pacientes, utilizando a triagem e a base de dados para evitar internações desnecessárias. Tais medidas têm como objetivo adequar as necessidades de financiamento do sistema à realidade de constrição de recursos, sempre presente em um país em desenvolvimento. Desta forma, o movimento segue na linha preconizada pelo NPM, substituindo-se os repasses automáticos de recursos, pela competição.

Assim, para que a reforma tenha sucesso em seus intentos, é necessário que se utilize de três estratégias, conforme exposto no quadro 3:

1.	descentralização, com maior clareza na definição das atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas de governo;
2.	montagem de um Sistema de Atendimento de Saúde em nível municipal, estadual e nacional, constituído de dois subsistemas: Subsistema de Entrada e Controle e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar
3.	montagem de um sistema de informações em saúde visando acompanhar os resultados das ações dos dois subsistemas mencionados, conectados em rede, com capacidade de controlar despesas, gerar indicadores para a vigilância epidemiológica, avaliar a qualidade e medir resultados alcançados.

Fonte: Bresser Pereira (1998, p. 8)

Verifica-se, no quadro 3, as tentativas realizadas por esta reforma em eliminar o vácuo presente entre o setor público e o cidadão, com um caráter municipalista da prestação de serviços, bem como a incorporação da leitura gerencialista, de forma a permitir o foco do Estado na condução das políticas, tirando o peso da prestação direta de serviços. De acordo com Soares et al. (2016), a condução desta parte estrutural da reforma leva em conta relatório do Banco Mundial que afirma que o desempenho de hospitais públicos, sob arranjos flexíveis de gestão, obtém ganhos em aumento de produtividade, eficiência e qualidade dos serviços. Ainda é necessário observar que no quadro acima exposto há a preocupação de se alimentar um sistema com as métricas de qualidade e sucesso dos serviços prestados, de forma a trazer para o âmbito da administração pública brasileira a avaliação dos serviços prestados.

Vale ressaltar que a descentralização, para os entes municipais, do poder decisório, enseja uma auditoria e controles mais eficientes, pela proximidade com as instituições integrantes do sistema, de forma a empoderar o controle administrativo que será consolidado em nível federal. Os conselhos municipais de saúde, dimensão de inclusão da participação da sociedade na gestão do SUS, permitem um maior controle social, adicionando uma faceta importante no controle dos *feedbacks* do sistema.

Desta forma, percebe-se uma busca pela contratualização dos resultados e da gestão, mitigando as imperfeições advindas da utilização de instituições regidas sem uma referência de mercado para medir a eficiência. Como uma forma de fomentar a competição dentre os entes integrantes do sistema, caberá ao subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar realizar a escolha da entidade que prestará o serviço, entre os entes com melhores resultados, mesmo que se observe uma preferência pelos hospitais integralmente estatais, conforme a legislação. Pretende-se, assim, que não sejam desconfigurados importantes centros estatais de prestação de serviços, ou de pesquisa,

mas que seja agregada a possibilidade de contratualização, para fins de destinação de recursos orçamentários, cotejados às metas, e a ampliação de possibilidades de receitas, pela prestação de serviços ao SUS. Assim, procura-se evitar a insulação e o autorreferenciamento das instituições, fatos que contribuem negativamente para a eficiência.

3.5 O contexto atual do sistema de saúde brasileiro

Verifica-se que desde a criação do SUS até a atualidade, garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de desigualdades sociais e regionais têm se transformado em um grande desafio para os gestores públicos da saúde (HECKMAN *et al.*, 2014).

A exemplo de Mendes e Marques (2012), vários autores atribuem os impasses na construção de uma política de financiamento sólida para o Sistema Único de Saúde a duas esferas, que advém das necessidades de uma política macroeconômica restritiva e da necessidade de obtenção de superávits primários, com o fito de assegurar o cumprimento de metas de inflação, o que pode ser traduzido em contingenciamentos de recursos para o SUS (MENDES, 2015).

Paralelamente a esta realidade, observa-se a tendência de incentivo ao mercado de seguros privados no país, havendo inclusive incentivo governamental para esse fim, sendo este incentivo historicamente percebido no crescimento da renúncia fiscal decorrente da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêutica, enfraquecendo a capacidade de arrecadação do estado brasileiro (MENDES, 2015).

A dicotomia verificada na necessidade de assegurar fontes sólidas e suficientes para o financiamento da saúde pública, aliada ao forte incentivo à busca pelo setor privado, refletindo inclusive em desonerações tributárias, é reflexo da complexidade do cenário encontrado por países em desenvolvimento, que ainda não possuem um cenário claramente definido para o gasto público mais eficiente, além da necessidade concorrente com as demais políticas sociais urgentes, que pressionam o orçamento público em diversos sentidos.

Verificou-se, na revisão de literatura apresentada, que o Sistema Único de Saúde permite a utilização de um leque bastante abrangente de prestadores de serviços para o alcance de suas funções, esta variedade de tipos de prestadores foi incrementada pela reforma do sistema administrativo no Brasil. Assim, seguindo os moldes do gerencialismo, adicionou-se ao repertório a possibilidade de contratualização com instituições, públicas ou privadas, fomentando a busca por uma referenciação baseada em índices de eficiência para avaliação do serviço e pagamento. Desta forma, observa-se a presença de vários tipos de instituições para o desempenho das mesmas funções nos municípios, ente da federação posicionado localmente, responsável pela condução dos serviços disponibilizados pelo SUS, sendo que a aferição dos níveis de eficiência rotineiramente alcançados por cada tipo desses prestadores é desejável para uma reorientação da forma de disponibilização dos serviços citados.

Ainda se discorreu sobre a crise ocorrida no setor público brasileiro, que se formou de forma convergente ao verificado no âmbito internacional, decorrendo basicamente das disfunções incorridas pela utilização do modelo burocrático e do esgotamento do Welfare State, como guia das ações governamentais, de forma que a sociedade passou a exigir a modificação do tradicional insulamento ocorrido nas instituições pela busca por referências, no mercado, de eficiência, para medir a ação das instituições.

Vale ressaltar que se busca, com as reformas administrativas verificadas nos Estados, corrigir as distorções previstas na literatura como falhas do setor público, que atrapalham o alcance do ótimo econômico previsto na interação entre oferta e demanda. Tais falhas têm origem em diversos aspectos, como a má determinação do bem transacionado, a falta de critérios de aferição de resultado, a decisão ponderada pelo voto médio, a captura de setores por organizações, a ineficiência-X e a atuação de *rent seeking*, por exemplo.

Quanto à reforma administrativa iniciada, verificou-se a incompletude da aplicação da mesma, principalmente em razão das barreiras presentes e da possível presença de comportamento *rent seeking* de agentes envolvidos. Este trabalho visa a contribuir com o panorama aplicado, de forma a verificar a tipologia de instituições e sua classificação, pela eficiência, na prestação dos serviços em saúde. Em seguida, serão tratados os métodos e procedimentos que serão utilizados para a aferição do resultado fiscal dos municípios, bem como para a comparação da eficiência técnica das instituições selecionadas para a amostra.

4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

4.1 Objetivo da aferição

O objetivo deste trabalho consiste em cotejar as diversas formas de disponibilização de serviços hospitalares e ambulatoriais, pelo setor público, com a finalidade de verificar a eficiência econômica das modalidades de disponibilização utilizadas pelos diversos municípios. Neste contexto, o trabalho aborda a utilização de entidades, tanto da esfera pública, quanto da esfera privada, que prestem serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, de forma a verificar possíveis ganhos de eficiência técnica decorrentes da utilização de uma, ou de outra modalidade de entidade.

Como decorrência do exposto, outra faceta deve ser considerada, também na aplicação deste estudo, qual seja, o peso da saúde pública nas finanças do ente e o reflexo nessas, tendo em vista a ênfase empregada pelo município em determinada forma de prestação de serviços. A ideia é verificar a sustentabilidade dos setores de saúde estabelecidos em cada unidade, verificando as contas municipais com relação aos gastos específicos em saúde, ainda tentando cotejar a ênfase do modelo empregado, para obter-se um indicativo de resultado fiscal advindo da utilização de determinadas opções.

Assim, para o alcance dos resultados pretendidos por este trabalho, necessário se faz descrever o arcabouço institucional disponibilizado por cada município participante da amostra para a prestação de serviços públicos de saúde. Além da descrição do aparato de cada município, revelando a ênfase dada por cada ente na disponibilização de serviços públicos de saúde, faz-se necessário verificar o panorama fiscal dos municípios envolvidos na amostra, de forma a se verificar o resultado fiscal obtido pelos entes integrantes da amostra e o peso das contas do setor saúde na obtenção desses.

Para o panorama em tela, deve-se buscar utilizar índices relativos a resultado primário, índice de despesa de pessoal, endividamento, variação das despesas de exercícios anteriores, recursos ordinários disponíveis e o aporte de recursos complementares efetuado pelo Estado.

4.2 Detalhamento do quadro fiscal de cada ente

No que se refere ao quadro fiscal dos entes escolhidos para integrar a amostra do estudo em tela, busca-se, nessa comparação, desenvolver medidas para verificar a sustentabilidade da área referente à saúde pública, em cada ente. Portanto, parte-se para a composição de índices que verifiquem o peso dos gastos com saúde, perante o orçamento total do município, bem como o nível de recursos despendidos para esse fim, em comparação com as fontes legalmente vinculadas.

4.2.1 Peso do setor saúde nas contas do município

Essa comparação busca determinar a participação dos dispêndios na função saúde no resultado fiscal do ente municipal. Para tanto, serão compostos quadros com os gastos na função saúde, o orçamento total do município, as receitas próprias do município e o resultado primário do município.

Vale ressaltar que a ênfase dada, nessa comparação, às despesas com custeio, decorre do recente quadro verificado no Setor Público brasileiro, no qual as despesas com custeio dominam a pauta na orientação distributiva do orçamento, revelando uma incompressibilidade das despesas públicas, em razão da predominância da natureza obrigatória dessas. Insta ressaltar que um quadro distributivo de orçamento focado em custeio reduz o espaço para investimento possível para a unidade.

4.2.2 Gasto total do setor saúde *versus* Fontes legalmente vinculadas

Nesse panorama, em específico, busca-se verificar a sustentabilidade do setor de saúde pública frente às fontes originalmente escolhidas pelo legislador para custeio desta área. Observa-se que nesse âmbito proposto, o objetivo é definir e analisar o excesso de gastos com saúde pública, face às fontes legalmente vinculadas, de forma a se determinar um eventual prejuízo à consecução das demais políticas públicas, em razão da magnitude dos gastos essa função.

4.2.3 Composição dos gastos em saúde pública por Grupo de Natureza de Despesa (GND)

O quadro a ser composto neste item intenta explicitar a margem de discricionariedade presente nos gastos de saúde de cada ente da federação, separando o valor despendido a esse título com o valor disponível para investimento.

Justifica-se essa comparação pelo alto grau de comprometimento das despesas de custeio (grupos 1 e 3) com despesas obrigatórias, sendo que pessoal, hierarquicamente, é a despesa com maior grau de obrigatoriedade. As outras despesas correntes – GND 3 possuem forte carga de obrigatoriedade, também por carregarem consigo as despesas contratuais e responsáveis pela manutenção e conservação das instituições. Deve explicitar, nesta comparação, em termos percentuais e valores absolutos, eventuais sobras para o município investir em melhorias ou na expansão de políticas públicas.

Ainda com referência a este comparativo, vale observar que o peso do GND – 1 sobre o orçamento total disponível para a saúde torna as despesas ainda mais incomprimíveis, tendo em vista o princípio constitucional da irredutibilidade de salários, de forma que, devido à falta de soluções possíveis e a pressão inflacionária sobre tais dispêndios, a tendência passa a ser sempre de alta. Não são considerados, nesse aspecto, os GNDs 2 – Juros e Encargos da Dívida, 6 – Amortização da Dívida, 7 – Reserva de Contingência para o RPPS e 9 – Reserva de Contingência, por se tratarem de despesas alheias à função saúde, não sendo razoável encontrá-los no orçamento dos entes.

4.2.4 Restos a pagar frente ao orçamento total disponível para a saúde

Os Restos a Pagar (RPs) são exceções ao fluxo normal de execução das despesas, com vistas a resguardar o princípio da competência, alterando parte do processamento para o exercício posterior. Ocorre que tais tipos de despesas têm crescido na gestão pública brasileira, desviando o verificado da proposta inicial, que se trata de uma medida paliativa para garantir a execução de despesas, em casos anormais.

Desta forma, tais modalidades de execução passaram a compor a rotina da execução da despesa pública nos entes, de uma forma complementar ao orçamento anual estabelecido. Explica-se: os RPs vêm sendo utilizados como uma compensação à insuficiência de recursos financeiros disponíveis em um exercício, de forma que a liquidação e/ou o pagamento passaram a ser relegados ao outro exercício, permitindo a execução da despesa, mesmo quando da insuficiência de recursos em caixa.

Assim, frequentemente, os entes da federação iniciam o exercício com parte de seus recursos comprometidos para a quitação de despesas incorridas em outros exercícios. Na verdade, pode-se alcunhar tal procedimento como um círculo vicioso, já que esse comprometimento levará a administração a utilizar-se, cada vez mais, destes institutos para complemento das disponibilidades, podendo revelar uma trajetória insustentável dos gastos públicos nessa área.

O enfoque apresentado busca conceder uma mensuração razoável sobre a sustentabilidade fiscal dos gastos na função saúde, nos diversos municípios participantes do quadro amostral.

Observa-se que nas comparações propostas delinea-se o peso fiscal das contas da saúde, a colaboração delas para o quadro fiscal do município, o grau de comprometimento dos gastos com despesas obrigatórias, a suficiência das fontes legalmente estabelecidas para custeio das ações e as possíveis distorções ocasionadas pela magnitude dos gastos, frente ao orçamento disponível.

Para corroborar com o estudo apresentado e visando a cotejar o quadro obtido com as teorias apresentadas, que se referem ao maior grau de ineficiência de organizações puramente públicas, em face das razões apresentadas no capítulo 1, faz-se necessário avançar para comparação de Unidade por Unidade, o que será realizado pela análise envoltória de Dados (DEA).

4.3 Análise Envoltória de Dados (DEA)

O contexto de atuação das entidades hospitalares é complexo, em razão dos diversos tipos de serviços e produtos envolvidos na sua atuação, bem como a variedade de recursos envolvidos na consecução dos seus objetivos. A valoração do sucesso desta atuação também possui um grau de complexidade envolvido, tendo em vista os diversos aspectos a serem considerados. Mendes, citado por Souza et al. (2016), define que os hospitais operam simultaneamente em diversos níveis e com diversos objetivos, os quais são comuns aos demais componentes dos sistemas de serviços de saúde, ou seja, equidade, eficácia, eficiência, qualidade e satisfação dos usuários

A avaliação da eficiência dessas instituições, levando em conta o panorama geral acerca da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, através do SUS, torna-se útil, ao relacionar o significativo custo da assistência hospitalar, quando comparado aos

dispêndios totais realizados no âmbito do SUS e o custo de oportunidade envolvido em se enfatizar a política pública da forma como vem sendo desenvolvida hoje.

Ainda deve-se considerar a possibilidade de retroalimentação de dados do setor, de forma a orientar o gestor público na escolha de prioridades e redefinição da agenda de políticas estabelecida; e a possibilidade concedida à administração pública de monitorar e comparar os resultados de diversas instituições, estabelecendo um cenário ideal e metas para as unidades atingirem.

Quanto aos tipos de organizações hospitalares que podem ser encontrados neste diapasão, Braga Neto *et al*, citado por Cirino et al. (2016), distingue três grandes conjuntos:

- a) público e estatal;
- b) âmbito privado (terceiro setor); e
- c) âmbito privado (mercado).

O primeiro é de caráter público, organicamente ligado ao mercado e integra a administração pública; o segundo é constituído no âmbito privado, mas administrados por organizações do terceiro setor, muitas vezes desenhadas para este âmbito específico, desempenhando funções de interesse público. Com relação ao terceiro grupo, de natureza privada, mas voltada ao mercado, distinguem-se as entidades privadas que prestam serviços ao estado mediante contrato. Assim, espera-se que a utilização de uma ferramenta de comparação para mensurar os resultados obtidos por determinada espécie de instituição auxilie a administração a orientar o enfoque da política de prestação de serviços hospitalares, tendo como foco a busca pela eficiência nos serviços disponibilizados pelo Estado.

O método escolhido para a referida comparação é a análise envoltória de dados (DEA), que consiste em um modelo estatístico que permite a comparação de eficiência entre diferentes unidades tomadoras de decisão (*Decision Making Units – DMU*), utilizando múltiplos critérios de entradas, que seriam os *inputs*; e de saídas ou resultados alcançados, os *outputs*. Através da aplicação desse modelo, é possível chegar a um percentual de eficiência único para cada uma das unidades analisadas na comparação; assim, categorizá-las segundo o grau de eficiência obtido (SOUZA et al., 2017).

Os objetivos da análise de eficiência realizada com a DEA, resumidamente, são:

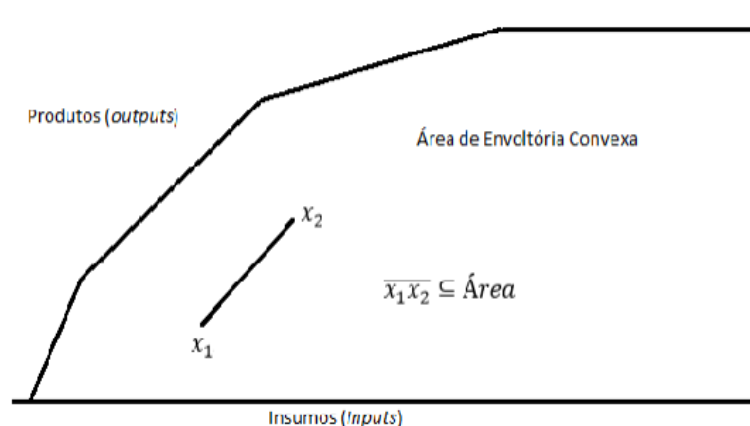
- evidenciar as causas e a dimensão da ineficiência relativa de cada DMU comparada;
- gerar um indicador de eficiência;
- determinar novas metas de produção que maximizem a eficiência das DMU (JORGE *et al.*, 2010).

Os modelos tradicionalmente conhecidos de Análise Envoltória de Dados (DEA) foram apresentados por Charnes *et al.*, em 1978 (CCR – Retornos Constantes de Escala), e redefinidos por Banker *et al.* (1984) (BCC – Retornos Variáveis de Escala). Estes modelos consistem basicamente na mensuração comparativa da eficiência de unidades tomadoras de decisão (Decision Making Units - DMUs), podendo servir como base para a identificação das melhores práticas (CORREIA; SILVA, 2017).

Com relação aos modelos apresentados, o CCR se baseia em uma premissa de retornos constantes de escala e esclarece como as organizações buscam maximizar a quantidade de produtos, tendo em vista uma combinação viável de recursos. Como nem todas as organizações operam com retornos constantes de escala, o modelo CCR pode resultar em medidas de eficiência técnica distorcidas pela escala (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Diante dessa limitação do modelo CCR, surgiu o segundo modelo, chamado de BCC. Esse modelo é uma extensão do CCR e pressupõe retornos variáveis de escala (Variable Returns to Scale - VRS). De acordo com Banker *et al.* (1984), o modelo também conhecido como VRS (Variable Returns to Scale), segue uma formulação dual, sendo comumente utilizado no *benchmarking*. Este modelo permite a projeção de cada DMU ineficiente sobre a superfície de fronteira (envoltória), determinada pelas DMUs eficientes (MIRANDA, 2015). Desta forma, quando da utilização do DEA, pode-se construir uma fronteira de referência para as DMUs envolvidas, a partir de um conjunto de observações, sendo possível, ainda, a mensuração da distância dos resultados de cada unidade (observações individuais) para a superfície de referência, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Gráfico da Área da Envoltória



Fonte: Análise da eficiência de unidades de negócio do varejo utilizando DEA (*data envelopment analysis*). In: Miranda (2015).

Nesse modelo, a projeção das unidades ineficientes, quando comparada à fronteira, advém de um conjunto de resultados obtidos pelas unidades eficientes (justificando a denominação *benchmark*). Ainda se pode manipular o modelo através de atribuição de pesos (u e v), de forma a obter-se um problema de otimização, de modo a obter-se a maior eficiência possível, conforme colocado na Figura 2, a seguir:

Figura 2 – Equação da análise envoltória de dados, pelo modelo benchmark, utilizando pesos

$$\text{Índice de eficiência: } \frac{\sum_j u_j Y_{jk}}{\sum_i v_i X_{ik}} = \frac{u Y_k}{v X_k}, \text{ onde } u \text{ e } v \text{ são pesos ou multiplicadores e, por convenção, } \frac{u Y_k}{v X_k} \leq 1, \text{ o que gera índice de eficiência entre 0 e 1.}$$

Fonte: PEÑA (2008, p. 93)

Como se pode deduzir, a produção refere-se a um processo no qual os recursos (X_k) são consumidos para a obtenção de produtos (Y_k), a fronteira de referência pode ser visualizada como a máxima quantidade de *outputs* obtida, tendo em vista os *inputs* utilizados. A eficiência de cada unidade pode ser aferida pela soma ponderada das saídas pela soma ponderada das entradas, conforme a distribuição dos pesos.

A maior restrição à matemática aplicada aos modelos clássicos refere-se à possibilidade de se gerar pesos nulos para variáveis importantes, na busca por um modelo ótimo, resultando na incorreção dos resultados.

Conforme corroborado por Begnini e Tosta (2016) a eficiência técnica pode ser orientada tanto para inputs (menor nível de insumos para atingir uma quantia determinada de produtos), quanto para outputs (maior nível de produção para uma quantia determinada de insumos). Assim, observa-se a limitação com relação às informações que podem ser obtidas, com relação às causas do resultado, para a melhoria de eficiência. Porém, a aplicação desta avaliação permite que sejam selecionados programas mais eficientes, com resultados melhores quanto à eficiência e ainda submeter os programas de baixo desempenho ao benchmarking, com vistas a reorientar a produção para o resultado (CORREIA; SILVA, 2017).

A definição de eficiência advém da abordagem Pareto-Koopmans, segundo a qual um vetor *input/output* pode ser considerado tecnicamente eficiente se:

- a) nenhum dos outputs pode ser aumentado sem que algum outro output seja reduzido ou algum input seja aumentado; ou
- b) nenhum dos inputs pode ser reduzido sem que algum outro input seja aumentado ou algum output seja reduzido (LINS *et al.*, 2007).

Quanto às estimativas de eficiência que podem ser verificadas pelos modelos, no que concerne ao CCR, pode-se observar a eficiência de escala e a eficiência técnica interna, ou pura, que pode ser verificada pelo modelo BCC (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Outro fator que exerce influência nos resultados obtidos pela aplicação da Análise Envoltória de Dados é a orientação aplicada ao modelo, conforme a seguir: (PEÑA, 2008, p. 92)

- a) Modelo orientado a input – reduzir o consumo de insumos, mantendo o nível de produção, ou seja, orientado ao insumo;
- b) Modelo orientado a output – Aumentar a produção, dados os níveis de insumos, ou seja, orientado ao produto.

A próxima etapa a ser seguida na modelagem de um estudo por Análise Envoltória de Dados é a seleção das variáveis. Trata-se de outro aspecto de suma importância para o sucesso do modelo, sendo que a operacionalização de um modelo com um número inadequado de variáveis pode impugnar os resultados apresentados. A literatura indica que o total de Unidades Tomadoras de Decisão (DMU) deve ser, no mínimo, igual ao dobro do total de *inputs* e *outputs*, para garantir a aplicabilidade da análise de eficiência (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, citados por SOUZA et al., 2016).

4.4 DEA aplicada ao setor de saúde

Segundo Souza et al. (2016) o uso de avaliações de eficiência hospitalar no SUS envolve ajuizamento que é dependente: do modelo adotado, das variáveis utilizadas e do contexto das unidades analisadas, destacando-se: porte, complexidade, demanda, financiamento, qualidade, vínculo funcional, entre outras especificidades. Assim, definidos os parâmetros a serem analisados, parte-se para a coleta dos dados junto aos sistemas integrantes do DATASUS, como o SIOPS, para alimentar a análise pelo DEA.

A relevância deste estudo complementar pode ser justificada pela análise da eficiência auferida pela utilização de diferentes instrumentos de gestão. Lobo *et al.* (2011) concluem que, em relação ao conhecimento gerado por meio de estudos que consideram hospitais como DMU, questões relacionadas à eficiência, como financiamentos e modelos de gestão, são as de maior destaque, pois são importantes apoios na tomada de decisão dos gestores da saúde nas suas diversas esferas. Andrews e Entwistle, citados por Silva et al. (2016) assinalam que no segmento hospitalar é comum verificar a parceria entre os setores públicos e privado, como uma forma de suprir a escassez de recursos e melhorar a gestão, fomentando a eficiência.

Desta forma, este trabalho exploratório, com abordagem qualitativa, partirá da escolha de cinco municípios de grande porte, distribuídos pelas cinco regiões do país, devendo ser usada a heterogeneidade, conforme o modo de organização dessas instituições, de forma a favorecer a comparação.

Assim, o estudo deve envolver 10 hospitais, de forma a permitir a distribuição pelas regiões e fomentando a diversificação de estrutura organizacional. Quanto ao número de variáveis, como o total de Unidades Tomadoras de Decisão (DMU), deve ser no mínimo igual a duas vezes o total de *inputs* e *outputs* para garantir a aplicabilidade da análise de eficiência (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005); o número de *inputs* e *outputs* utilizados respeitou o limite máximo, ou seja, cinco. No que se refere à orientação a ser utilizada, selecionou-se a orientação a *output*, respeitando as limitações apresentadas no trabalho de Souza et al. (2016).

1 – Nos hospitais públicos, que têm participação significativa na pesquisa, os gestores têm baixa governabilidade sobre os recursos humanos, o que inviabiliza a utilização da orientação a input. Em geral os servidores são concursados, dificultando a redução desse input que geralmente representa por volta de 60% dos gastos para custeio e manutenção.

2 – O sistema de saúde brasileiro, principalmente o público, vive uma constante busca pela garantia de mais recursos visto que a necessidade por serviços de saúde é sempre crescente diante de recursos limitados.

3 – Os hospitais são organizações que possuem altos custos fixos e que muitas vezes trabalham com capacidade ociosa. Assim, esse modelo pressupõe a maximização da utilização dos recursos disponíveis, reduzindo a capacidade ociosa.

(SOUZA; SCATENA; E KEHRIG, p. 294).

Para o estabelecimento do modelo empírico, tendo em vista a combinação de *inputs* e *outputs* proposta, homenageou-se a classificação proposta por Marinho e Façanha (2001, p. 10), conforme adaptado a seguir:

Inputs

a) Inputs de trabalho: Neste aspecto será considerado o número de médicos e demais profissionais de saúde envolvidos. Como uma forma de mitigar o efeito das diferentes jornadas de trabalho, deve-se estabelecer uma medida comparativa, levando em conta quantos seriam os profissionais, em uma jornada de 40 horas. Os dados deverão ser obtidos no CNES e diretamente junto aos hospitais;

b) Inputs de capital: Número de leitos SUS. Esse dado deverá ser obtido junto ao CNES, adicionando-se os diferentes tipos de leito presentes, para fins de comparação;

c) Inputs financeiros: Valor médio mensal recebido do SUS referente às internações cobradas durante o exercício de 2018. Essa variável tem sido comumente utilizada na aplicação da DEA;

Outputs

d) Internações e Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) realizados no período: Foi considerado o número médio mensal de internações SUS, somado ao número médio mensal de procedimentos de alta complexidade realizados para os pacientes internados durante o exercício de 2018. Estes dados deverão ser extraídos do SIH/SUS;

e) Proxy (indicador aproximado) de sucesso no atendimento: Esse indicador foi construído a partir da coleta de dados estatísticos junto ao SIH/SUS, sendo construída uma proxy da média do inverso da taxa de mortalidade e da taxa de permanência no hospital.

Os dados para o cálculo do inverso da taxa de mortalidade hospitalar foram extraídos do SIH/SUS, no período em análise. Pela abrangência desse sistema de informações, a mortalidade geral hospitalar, calculada nos hospitais privados e filantrópicos, restringiu-se ao universo de pacientes cobertos pelo SUS.

O conjunto de dados foi tabulado de forma a gerar uma nota para cada hospital, que foi transformada em percentual, podendo assim variar de 0 a 100%. Para realizar a tabulação e processamento dos dados, foi utilizado o *software Microsoft Excel*. O *software MAXDEA 8* foi utilizado para a aplicação da DEA. Os dados obtidos foram organizados de modo a possibilitar a comparação dos hospitais, tendo em conta a

natureza jurídica, ou seja, públicos e privados, a fim de verificar se existe diferença entre os tipos de prestador quanto à eficiência.

Desta forma, observou-se a importância da utilização da análise envoltória de dados na comparação das entidades disponíveis no âmbito nacional para uma mensuração acerca da eficiência obtida por cada tipo de organização. Boa parte do comportamento da curva de eficiência obtida deve-se à estrutura de custos utilizadas por essas instituições, o que é fomentado por um comportamento que busca atuar na margem.

4.5. As Limitações do DEA

A análise envoltória de dados ganhou popularidade nas análises que envolvem uma medida de eficiência em razão da possibilidade de se trabalhar com múltiplos insumos e produtos, bem como da desnecessidade de se estabelecer preços e outros parâmetros. Tais características coadunam com o estabelecimento de uma mensuração em áreas complexas como Saúde e Educação (CORREIA; SILVA, 2017). Também deve-se ressaltar que a possibilidade de se dimensionar em uma fronteira de eficiência unidades de diversas escalas faz com que a DEA seja bastante empregada no estudo comparativo, entretanto, faz-se necessário ressaltar as limitações deste modelo de aferição de desempenho.

Nogueira et al. (2012) assinala que uma das limitações desta ferramenta no estabelecimento de uma fronteira de eficiência é a impossibilidade de se expandir as conclusões resultantes da aplicação a outros períodos, servindo apenas para o conjunto de dados utilizados no estudo. Isto se deve à natureza não paramétrica da DEA, que utiliza uma programação matemática de otimização.

Consoante à explicação acima destacada, vale ressaltar que esta ferramenta também não traz resultados sobre as causas dos diferentes graus de eficiência encontrados, de forma que para um maior aprofundamento acerca deste aspecto, deve-se utilizar de técnicas de benchmarking disponíveis para se tentar uma comparação. Souza et al. (2016) reforçam que os resultados aferidos por esta metodologia não podem ser extrapolados a outras unidades, visto que a eficiência é calculada com base na entidade mais eficiente, sendo que, caso se utilize a mesma técnica em um diferente conjunto de amostras, a mesma DMU pode apresentar posições diferentes.

Ferreira e Gomes (2009), citados por Souza et al. (2016) completam a análise ao definir que a eficiência técnica é uma medida relativa, onde se pode verificar o que foi produzido, dada a quantidade de insumos empregados, e o que poderia ser produzido, de forma que a mensuração de produtividade não é suficiente quando deseja-se um estudo mais aprofundado com relação aos percalços a serem vencidos para melhorar a eficiência.

Outra fragilidade apontada no uso deste modelo refere-se à possibilidade de o modelo ser influenciado pelo número de variáveis escolhidas para análise, em relação ao número de DMUS selecionadas para a comparação, o que pode acarretar em um número muito grande de unidades com atuação na fronteira de eficiência (SENRA et al., 2007). Desta forma, costumeiramente se restringem os números de variáveis presentes no estudo, para não se incorrer neste desvio.

No que tange ao modelo matemático, observa-se que a análise envoltória de dados é conhecida por remeter aos extremos, não se apegando a medidas de tendência central, de forma que a técnica é suscetível a observações extremas e a erros de medidas, o que pode ocasionar a distorção dos resultados verificados (SOUZA et al., 2017). Observa-se que em métodos paramétricos, tais resultados podem ser descartados da análise, o que não ocorre em métodos não paramétricos, pois tais resultados se tornam referência para a mensuração das demais unidades. Corroborando com esta observação, Barnett e Lewis (1984), citados por Guedes et al. (2020) observam que o método DEA é muito sensível à presença de ocorrências extremas em amostras, tais ocorrências são identificadas como *outliers*, sendo que a tendência é que estas observações sejam classificadas como eficientes, dominando as demais observações com relação a este indicador.

Ainda com relação às desvantagens matemáticas do modelo, Correia e Silva (2017) reportam que, devido ao fato de se tratar de um método não paramétrico, o usuário pode encontrar dificuldades em elaborar hipóteses estatísticas que permitam expandir a conclusão, assim como a utilização em modelos complexos podem incorrer em um tempo excessivo para o resultado. Deve-se considerar também que há prejuízos na extrapolação do desempenho relativo das unidades para o desempenho absoluto. Casado (2007) observa que em razão de ser um método não estocástico, a fronteira de eficiência obtida pela aplicação do DEA pode gerar a questionamentos dos seus resultados, mormente em razão das propriedades estatísticas de seus resultados, de

forma que, comumente, observa-se a utilização deste método associada a outras técnicas de comparação.

Conclui-se, desta forma, que a Análise Envoltória de Dados é uma importante ferramenta para estudos que envolvam diversas entidades prestadoras de serviços públicos, pela facilidade em se mensurar em uma mesma comparação diversas unidades com resultados e insumos que podem ser medidos em diferentes unidades. Deve-se, entretanto, ter em mente que o modelo possui fragilidades, principalmente quanto à impossibilidade de se extrapolar os resultados obtidos para outros estudos, ou mesmo para se definir a relação casuística dos resultados obtidos. A seguir, como uma forma de complementar a descrição dos métodos e procedimentos, parte-se para a descrição do espaço amostral do estudo.

4.6 A Seleção da Amostra de Municípios

Para o objetivo almejado neste trabalho, foram selecionados municípios com características distintas, que favoreçam a comparação acerca dos diferentes resultados fiscais obtidos, tendo em vista a utilização de diferentes estruturas para a prestação de serviços públicos hospitalares e ambulatoriais. Assim, levando em consideração a necessidade de se abranger o máximo possível de diferentes características referentes à regionalização, optou-se pela utilização de 5 municípios de grande porte presentes em diversas regiões. Desta forma, os municípios selecionados foram os seguintes:

- Goiânia-GO;
- São Paulo-SP;
- Curitiba-PR;
- Belém-PA; e
- Salvador-BA.

Nas seções seguintes serão detalhadas as situações referentes às contas públicas de cada município selecionado e, em seguida, serão analisadas as situações específicas do setor saúde de cada localidade. Ainda deve ser realizado um levantamento acerca do aparato institucional presente em cada município, de forma a permitir a seleção de instituições específicas, para possibilitar a comparação de diferentes organizações de

trabalho, a fim de aferir o resultado obtido pelas diferentes organizações utilizadas para a prestação dos serviços sob análise.

Espera-se que com os procedimentos detalhados possa ser possível a comparação, pela utilização do modelo estatístico de análise envoltória de dados, o nível de eficiência presente em cada instituição, possibilitando ainda a comparação do resultado fiscal obtido pela municipalidade a respeito da prestação de serviços em saúde pública e o cotejamento com a teoria apresentada no capítulo 1, no que se refere à influência de falhas de governo na prestação dos serviços analisados.

5 RESULTADOS DA ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

5.1. Quadro fiscal dos municípios selecionados

5.1.1 Peso do setor saúde nas contas municipais

Nas tabelas 3 e 4 busca-se ter uma ideia do peso do setor saúde nas contas municipais, tendo em vista o quadro de déficit/superávit, de forma que, com a comparação realizada, seja possível verificar a dimensão de tal setor para o sucesso fiscal do município. Conforme detalhado anteriormente, em razão da própria construção do Sistema Único de Saúde, os municípios são a base executória das políticas públicas em nesta área, sendo de suma importância verificar a suficiência das fontes de recursos destacadas frente aos gastos decorrentes desta área. Assim, procurou-se comparar os gastos em saúde com determinados aspectos do orçamento, de forma a clarificar o tamanho do setor saúde, com relação às contas municipais.

Tabela 3 - Peso do setor saúde nas contas municipais (em milhões de reais)

Fator	São Paulo	%	Goiânia	%	Belém	%	Curitiba	%	Salvador	%
Orçamento Total	54.338,01	19%	4.355,37	27%	2.833,40	31%	7.824,21	21%	6.124,09	26%
Resultado Primário	3.806,08	277%	148,18	790%	-29,43	2989%	456,51	387%	62,34	2502%
Gastos na Função Saúde	10.530,91	-	1.170,29	-	879,50	-	1.766,72	-	1.559,87	-

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 4 – Peso do setor saúde nas contas municipais (em milhões de reais) - continuação

Fator	São Paulo	%	Goiânia	%	Belém	%	Curitiba	%	Salvador	%
Receitas próprias para limite mínimo de aplicação em Saúde	29.263,55	36%	1.593,07	73%	694,42	127%	2.667,93	66%	2.149,32	73%
Transferências para limite mínimo de aplicação em Saúde	10.061,10	105%	1.162,62	101%	1.022,05	86%	1.565,93	113%	1.719,59	91%
Gastos na Função Saúde	10.530,91	-	1.170,29	-	879,50	-	1.766,72	-	1.559,87	-

Fonte: Elaboração Própria

Em uma verificação com relação aos aspectos gerais dos resultados apresentados, verifica-se que os gastos com saúde têm representado de 19% a 31% do orçamento total municipal, asseverando a importância dessa área para a condução da gestão fiscal e para o sucesso das políticas públicas, de uma forma geral.

Infere-se que há pouca aderência entre os gastos com saúde e o resultado primário municipal, em razão, principalmente, de haver superávits primários registrados na maior parte dos municípios. Não obstante, vale ressaltar que os valores referentes a gastos com saúde são maiores que o superávit/déficit verificado nas contas primárias do município, em mais de 200%, ou seja, no mínimo, se gasta o dobro a mais com saúde do que se reservam recursos na relação receita/despesas primárias, que foi criado inicialmente para resguardar recursos para o pagamento do juro da dívida, em uma tentativa de se estabelecer uma trajetória decrescente com relação ao endividamento dos entes da federação.

No que concerne às receitas utilizadas como base de cálculo para a aferição do mínimo obrigatório para aplicação em saúde, observa-se que há uma grande disparidade entre os dados encontrados, ocorrendo uma variação de 91 pontos percentuais do município com mais comprometimento da receita própria em gastos com saúde (Belém – 127%), para o município com menor comprometimento (São Paulo – 36%), conforme a primeira linha da tabela 4. Tal característica certamente contribuiu para a consecução de um resultado primário negativo na capital do Pará.

As fontes relativas às transferências, que são base de cálculo para o limite mínimo de aplicação em saúde, têm um comportamento mais homogêneo, provavelmente em virtude do cálculo aplicado para a destinação de tais recursos, que prioriza as unidades com menor geração de receitas tributárias. Desta forma, a variação obtida com relação ao comprometimento de tais recursos, em razão das despesas com saúde é de 22% do maior (Curitiba), para o menor (Belém), de acordo com a segunda linha da tabela 4.

5.1.2. Gasto total do setor saúde x Fontes legalmente vinculadas⁹

⁹ Nesse quesito, foram considerados os gastos elencados conforme determinação da Secretaria do Tesouro Nacional, via Manual de Demonstrativos Fiscais, já excluindo as despesas custeadas com recursos de terceiros.

Com relação às fontes legalmente vinculadas, busca-se nesta comparação, verificar a suficiência dos recursos constitucionalmente destinados à saúde¹⁰, via arrecadação própria dos municípios, para aplicação nesta função.

A tabela 4 é publicado bimestralmente quando da elaboração do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, onde são apontadas as receitas tributárias e transferências recebidas para aplicação do percentual de 15% e estabelecimento de um limite mínimo para aplicação nessa política social. Economicamente, busca-se, através da comparação, verificar se o nível de vinculação estabelecido pelo poder constituinte representa um montante significativo para o custeio das ações de saúde.

Assim, faz-se necessário seguir a normatização da Secretaria do Tesouro Nacional, através do Manual de Demonstrativos Finais, excluindo as despesas que não se referem à aplicação em serviços de saúde, conforme legalmente determinado, ou que sejam custeadas com recursos de transferências próprias para esse determinado fim.

Desta forma, a base fica restrita às despesas que se referem ao esforço do ente em si para a disponibilização de serviços públicos de saúde, comparadas com as receitas arrecadadas pelo município e recebidas em razão da repartição federativa, ou seja, transferências constitucionais obrigatórias. Com relação às despesas apuradas para este quadro, utilizou-se do valor líquido disponibilizado pelos municípios, ou seja, sem contabilizar os recursos custeados diretamente pelo SUS, como uma forma de ressaltar os gastos efetuados pelos municípios com recursos próprios.

Tabela 5 - Gasto total do setor saúde x Fontes legalmente vinculadas (em milhões de reais)

	São Paulo	Goiânia	Belém	Curitiba	Salvador
Gastos com saúde Pública	8.161,04	520,95	404,56	926,58	746,47
Total das Fontes Legalmente Vinculadas	5.898,70	413,35	257,47	635,08	580,34
Excesso de Dispêndios com relação às fontes vinculadas	1.869,98	107,60	147,09	291,50	156,13
%	32%	26%	57%	46%	27%

Fonte: Elaboração Própria

¹⁰ art. 198, §2º, I, da CF/1988.

No que tange ao resultado verificado, observa-se que, em maior, ou menor grau, as fontes legalmente definidas como vinculadas aos serviços de saúde revelam-se insuficientes para o custeio destas dessas.

Assim, o excesso destas despesas, comparado com as fontes de financiamento, acabam por reduzir, no âmbito estatal, o espaço para dispêndios discricionários nas demais políticas públicas que visam a atender aos anseios da população, o que assevera a necessidade de se rediscutir as formas de prestação de serviços em saúde, de forma a abrir espaço fiscal para o desempenho das demais funções do Estado.

Com relação à classificação, Belém foi a unidade que apresentou um percentual de transbordo maior de despesas com relação aos recursos vinculados e Goiânia obteve um resultado mais satisfatório com relação à suficiência desta vinculação.

5.1.3. Composição dos gastos em saúde pública por Grupo de Natureza de Despesa (GND)¹¹

Na comparação a seguir busca-se descobrir o potencial de investimento das municipalidades, em razão do comprometimento do orçamento total disponível para a Saúde, com despesas de pessoal e custeio.

Cabe esclarecer que os dispêndios com o pagamento de folhas e contratos de manutenção e prestação de serviços de saúde são registrados nos grupos 1 e 3, que trazem alta carga de obrigatoriedade em seu conteúdo, o que acarreta um aumento incremental por exercício relevante e pode comprometer a capacidade de o ente ampliar, ou melhorar o âmbito de disponibilização de estruturas para prestação de serviços de saúde.

Dados os resultados apresentados, observa-se que o município que apresentou maior capacidade de investimento, Curitiba, obteve um percentual inferior a 4% dos recursos totais disponibilizados para o setor. Ao se realizar uma leitura integrada, junto com os dados apresentados quando da análise da suficiência das fontes vinculadas, observa-se um âmbito preocupante da capacidade financeira do Estado, comprometida com gastos obrigatórios.

¹¹ Conforme exposto no capítulo 4 – Métodos e Procedimentos, não foram considerados, nesse aspecto, os GNDs 2 – Juros e Encargos da Dívida, 6 – Amortização da Dívida, 7 – Reserva de Contingência para o RPPS e 9 – Reserva de Contingência, por se tratarem de despesas alheias à função saúde, não sendo razoável encontrá-los no orçamento deste setor. Caso ocorra a presença de algum destes grupos no orçamento da saúde, nestes entes, deve se tratar de algum valor residual decorrente de políticas anteriores, o que não contribuiria para a comparação proposta.

Apresenta-se, a seguir, os dados tabulados referentes às localidades integrantes da análise.

Tabela 6 - Composição dos gastos em saúde pública por Grupo de Natureza de Despesa (GND)
(em R\$ milhões)

GND	São Paulo		Goiânia		Belém		Curitiba		Salvador	
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
1 – Pessoal e Encargos Sociais	2.411,29	22,90%	536,10	46,03%	366,70	41,69%	695,14	39,36%	619,18	39,69%
3 – Outras Despesas Correntes	7.958,26	75,57%	614,36	52,75%	493,22	56,08%	1.065,25	60,31%	883,89	56,66%
4 – Investimentos	161,36	1,53%	14,10	1,21%	19,57	2,23%	5,86	0,33%	56,81	3,64%
Total	10.530,91	1,00	1.164,56	1,00	879,49	1,00	1.766,25	1,00	1.559,88	1,00

Fonte: Elaboração Própria

5.1.4 Restos a pagar frente ao orçamento total disponível para a saúde

A comparação proposta a seguir visa a identificar possíveis distorções ocorridas na execução da despesa pública, em razão da insuficiência orçamentária ou financeira para fazer frente aos dispêndios necessários.

Os Restos a Pagar foram criados inicialmente como uma exceção ao regime normal de execução, sendo complementares ao princípio da anualidade orçamentária, porém, os gestores distorceram a utilização desse instituto, como uma complementação aos recursos disponíveis para o ano financeiro. Inicialmente foram conceituados como despesas que não completaram todos os estágios da execução, posteriormente houve a utilização indevida como complementação aos recursos financeiros do ano, sendo que eram registrados sem a devida disponibilidade financeira, para possibilitar a continuidade dos contratos, apenas com o compromisso de pagamento assumido pela Nota de Empenho.

Almeida (2013) ao comentar sobre ao assunto, aduz que em algum momento os esqueletos terão de ser explicitados. Atualmente, mais da metade da execução dos investimentos públicos do governo federal tem sido feita via restos a pagar, através de créditos autorizados em orçamentos anteriores. Já nos estados e municípios, o uso de

restos a pagar, de 2003 a 2014, cresceu 161% e 242%, respectivamente (AQUINO; AZEVEDO, 2017).

A origem de tal crescimento, a exemplo das experiências internacionais, pode ser o resultado combinado de ações oportunistas de governos ante pressões orçamentárias, com brechas na regulação de disciplina fiscal e baixa coerção dos Tribunais de Contas (MELO *et al.*, 2014).

Na literatura sobre o orçamento público no Brasil, constata-se que os entes públicos se utilizam de expedientes diversos para manter a aparente disciplina fiscal em períodos de contingenciamento orçamentário e escassez de recursos, represando os gastos por meio da inscrição de despesas em restos a pagar e da adoção de uma série de práticas heterodoxas (AFONSO; BARROZO, 2007). Na tabela 6, explicitam-se os restos a pagar por município, de forma a aferir a presença de eventuais distorções na execução orçamentária da função Saúde.

Tabela 7 - Restos Pagar Frente ao Orçamento Total Disponível para a Saúde
(em milhões de reais)

	São Paulo	Goiânia	Belém	Curitiba	Salvador
Orçamento Total Saúde	10.876,82	1.339,17	1.024,46	1.790,13	1.792,49
Total RAP	507,43	7,80	16,33	39,72	33,24
% RAP	5%	1%	2%	2%	2%

Fonte: Elaboração Própria

Sobre os resultados obtidos, conforme a tabela 6, no âmbito das despesas com saúde, verifica-se que a presença desse instituto foi adstrita a uma margem residual, representando no máximo 5% do orçamento na municipalidade com maior volume proporcional, de modo que não se verificam as distorções mencionada nesse item.

5.2 Aparato institucional dos municípios analisados

Para complementar a análise, e relacionar o desempenho das contas dos municípios analisados com o desempenho do setor, é necessário discorrer sobre o aparato institucional presente em cada uma das unidades selecionadas. Com a análise em tela, objetiva-se verificar o grau de utilização de estruturas estatais diretas para a

disponibilização de serviços hospitalares, objeto do estudo, e a presença de instituições regidas sobre outra égide, inclusive a contratualização de resultados, como forma de minimizar os efeitos decorrentes da falta de parâmetro de mercado para a gestão das instituições hospitalares.

Para a geração desta pesquisa, utilizou-se do CNES, subsistema do DATASUS, que concentra as informações referentes à prestação de serviços no âmbito do SUS para todos os entes da Federação. Observa-se que a totalidade dos municípios integrantes do espaço amostral conta com auxílio do setor privado para o atendimento hospitalar, especialidades cirúrgicas, diagnóstica e terapêutica. Vale observar que os dados constantes no demonstrativo a ser elaborado neste tópico serão pinçados das instituições, com diferentes características para propiciar a comparação pretendida neste estudo.

No quadro 4, seguem os dados tabulados em duas tabelas, para facilitar a visualização, de forma a ilustrar o aparato institucional, na modalidade hospital geral, presente nos municípios selecionados para este trabalho.

Quadro 4 - Aparato Institucional dos Municípios Integrantes da Amostra¹²

CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação - Brasil			
Quantidade SUS por Natureza Jurídica e Capital			
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL			
Período: Dez/2018			
Natureza Jurídica	Belém	Salvador	São Paulo
1. Administração Pública	1075	2242	6041
102-3 Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal	154	1815	3428
103-1 Órgão Público do Poder Executivo Municipal	22	-	2362
110-4 Autarquia Federal	216	247	-
111-2 Autarquia Estadual ou do Distrito Federal	203	-	178
112-0 Autarquia Municipal	-	-	73
114-7 Fundação Pública de Direito Público Estadual ou do Distrito Federal	480	-	-
124-4 Município	-	180	-
127-9 Fundação Pública de Direito Privado Municipal	-	-	-
2. Entidades Empresariais	103	81	10
205-4 Sociedade Anônima Fechada	-	76	10
206-2 Sociedade Empresária Limitada	103	5	-
213-5 Empresário (Individual)	-	-	-
3. Entidades sem Fins Lucrativos	298	1307	4782
306-9 Fundação Privada	-	-	1239
399-9 Associação Privada	298	1307	3543
Total	1476	3630	10833
Natureza Jurídica	Curitiba	Goiânia	Total
1. Administração Pública	850	886	11094
102-3 Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal	237	638	6272
103-1 Órgão Público do Poder Executivo Municipal	-	35	2419
110-4 Autarquia Federal	505	213	1181
111-2 Autarquia Estadual ou do Distrito Federal	-	-	381
112-0 Autarquia Municipal	-	-	73
114-7 Fundação Pública de Direito Público Estadual ou do Distrito Federal	-	-	480
124-4 Município	-	-	180
127-9 Fundação Pública de Direito Privado Municipal	108	-	108
2. Entidades Empresariais	26	559	779
205-4 Sociedade Anônima Fechada	4	-	90
206-2 Sociedade Empresária Limitada	22	538	668
213-5 Empresário (Individual)	-	21	21
3. Entidades sem Fins Lucrativos	1080	218	7685
306-9 Fundação Privada	81	-	1320
399-9 Associação Privada	999	218	6365
Total	1956	1663	19558

Fonte: CNES – SUS

Com relação aos resultados obtidos, observa-se que há majoritariamente a presença de instituições privadas no âmbito da prestação de serviços pelo SUS, em todas as municipalidades presentes na amostra, revelando a utilização dos conceitos referentes à descentralização administrativa e ocupação do espaço de prestação de

¹² A partir da competência de Janeiro 2010 os dados referentes a leitos Complementares foram retirados da consulta referente a leitos de Internação, passando a constituir uma consulta específica conforme descrito na Nota Técnica. A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que: Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa". De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica". A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

serviços públicos não exclusivos por entidades não públicas. Desta forma, a complementação da oferta de serviços de saúde pelo setor privado, de forma relevante, consta como aspecto comum às amostras analisadas, sendo que o menor percentual de instituições privadas, com relação ao total foi verificado em São Paulo, onde obteve-se 66% e o maior percentual presente foi obtido em Goiânia, 96%.

5.3 Quadro comparativo das Finanças dos municípios analisados

A seguir, colaciona-se em um quadro comparativo os principais aspectos referentes às finanças municipais, referenciando com o quadro institucional para se relacionar os resultados obtidos com a estrutura apresentada para o município, para a disponibilização de serviços.

Tabela 8 – comparativo das finanças e estruturas dos municípios

	São Paulo	Goiânia	Belém	Curitiba	Salvador
Orçamento para a Saúde	10.876,82	1.339,17	1.024,46	1.790,13	1.792,49
% investimentos	1,53%	1,21%	2,23%	0,33%	3,64%
Transbordo dos Recursos legais	32%	26%	57%	46%	27%
Gastos em Saúde/ Resultado Primário	277%	790%	-2989%	387%	2502%
% RAP Sobre o Orçamento	5%	1%	2%	2%	2%
Instituições Públicas Municipais na Estrutura	2435	35	22	108	180
% sobre o total de instituições	34%	4%	5%	9%	11%
Instituições Privadas na Estrutura (incluindo filantrópicas)	4782	777	401	1106	1388
% sobre o total de instituições	66%	96%	95%	91%	89%

Fonte: Elaboração Própria

Primeiramente, observa-se que o credenciamento de unidades privadas domina a pauta de instituições disponíveis para atendimento ao público, de forma que se pode concluir pela incapacidade da estrutura pública em absorver a demanda por serviços de saúde. A presença das instituições privadas sobre o total varia de 66% a 96% e não foi verificada uma relação direta entre este percentual e o valor disponível para

investimento em saúde nos municípios analisados. Também não foi possível concluir pela influência da presença em maior, ou menor, grau destas instituições para a suficiência de recursos para a saúde.

Desta forma, com relação ao quadro fiscal das municipalidades, observa-se que há inconclusividade com relação à ênfase das instituições utilizadas para a prestação de serviços em saúde, sendo que a presença da regulação estatal e mesmo as barreiras presentes para a entrada de novos empreendimentos para a prestação de serviços neste contexto pode incorrer para o quadro predominante nos municípios, qual seja: extrapolação dos gastos frente aos recursos vinculados e baixa capacidade de investimento.

No que tange à análise envoltória de dados, tendo em vista o quadro institucional semelhante apresentado e o quadro fiscal comum que remete à baixa capacidade de investimento, com alto grau de excesso de despesas frente às fontes legalmente vinculadas, deve-se buscar a aferição dos resultados de eficiência técnica, por instituição, de forma a cotejar a obtenção de um grau diferenciado de eficiência, conforme o tipo de instituição, pública ou privada, em uma tentativa de corroborar os pressupostos decorrentes das reforma administrativa intentada no Brasil e mesmo possíveis benefícios decorrentes das transformações oriundas do movimento NPM.

5.4 Amostra de instituições para a Análise Envoltória de Dados

Descendo ao nível micro da análise proposta, busca-se agora definir a amostra para a execução da Análise Envoltória de Dados, levando em consideração os parâmetros definidos na metodologia para possibilitar esta análise.

Desta forma, como maneira de testar a teoria a respeito da correção das ineficiências decorrentes das falhas governamentais pela contratualização de instituições, ou pela utilização de entidades pertencentes ao Setor Privado, via remuneração, procura-se a diversificação dos tipos de instituições na definição da amostra, não sendo recomendada a utilização de definição casuística. Procurou-se, assim, definir duas unidades de atendimento hospitalar geral para cada município, buscando ao máximo se utilizar de entidades com naturezas jurídicas diferentes para fomentar a comparação.

Assim, as unidades integrantes da análise de eficiência, via quantificação de *inputs/outputs* são as seguintes:

Quadro 5 - Amostra de instituições para a Análise Envoltória de Dados

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO 1	ESTABELECIMENTO 2
GOIÂNIA	Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG	Santa Casa de Misericórdia de Goiânia
SÃO PAULO	Hospital Regional Sul São Paulo	Hospital Bandeirantes
SALVADOR	Hospital Municipal de Salvador	Hospital Português
CURITIBA	Hospital Osvaldo Cruz	Hospital Santa Casa de Curitiba
BELÉM	Hospital Pronto-Socorro Municipal Mario Pinotti	Hospital D Luiz I

Fonte: Elaboração Própria

Seguindo a metodologia estabelecida no tópico “métodos e procedimentos”, parte-se agora para catalogar os dados referentes aos *input* e *outputs* obtidos por cada uma das entidades selecionadas para integrar o trabalho, conforme detalhado a seguir.

5.4.1 *Inputs* financeiros¹³

Os *Inputs* financeiros considerados para a comparação referem-se aos recursos do Sistema Único de Saúde repassados aos hospitais para consecução de suas atividades, ou seja, o valor médio repassado no exercício de 2018 pelas internações efetuadas.

Tabela 9 – *Inputs* Financeiros

Instituições	Valor Médio por AIH
Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	2.852,01
Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG	1.835,42
Hospital Bandeirantes	16.581,37
Hospital Regional Sul São Paulo	960,20
Hospital Português	5.411,02
Hospital Municipal de Salvador	883,48
Hospital Santa Casa de Curitiba	2.936,78
Hospital Osvaldo Cruz	488,94
Hospital Pronto Socorro Municipal Mario Pinotti	1.337,02
Hospital D. Luiz I	2.560,21

Fonte: Elaboração Própria

¹³ Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

5.4.2 *Inputs* de capital¹⁴

Os *inputs* físicos se referem à quantidade de leitos disponíveis para o SUS nos hospitais relacionados, constituindo assim a estrutura física disponível para a prestação dos serviços no âmbito da saúde pública.

Para uma correta mensuração desse *input*, foi utilizada a média mensal dos leitos disponíveis, por hospital, durante o exercício de 2018, de modo a representar a variação dos leitos disponíveis mensalmente.

Tabela 10 - *Inputs* de capital

Instituições	Quantidade de Leitos
Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	246
Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG	237
Hospital Bandeirantes	41
Hospital Regional Sul São Paulo	172
Hospital Português	43
Hospital Municipal de Salvador	128
Hospital Santa Casa de Curitiba	157
Hospital Osvaldo Cruz	42
Hospital Pronto-Socorro Municipal Mario Pinotti	292
Hospital D. Luiz I	191

Fonte: Elaboração Própria

5.4.3 *Inputs* de trabalho

Os *inputs* de trabalho foram obtidos junto ao CNES e referem-se ao capital humano disponível, isolando-se a categoria referente aos profissionais de saúde, de forma a acertar a focalização da força de trabalho utilizada diretamente na prestação de serviços, com relação aos resultados gerados, por instituição.

¹⁴ Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/SUS.

Tabela 11 - Inputs de trabalho

Hospitais	Médicos	Outros profissionais de saúde	Total de profissionais de saúde
Santa Casa de Goiânia	609	409	1018
HRG Goiânia	412	571	983
Hospital Bandeirantes	241	170	411
HRS São Paulo	421	591	1012
Hospital Português	575	1162	1737
Hospital Municipal de Salvador	272	468	740
Santa Casa de Curitiba	764	477	1241
Hospital Osvaldo Cruz	20	54	74
Hospital Municipal Dr. Mario Pinotti	370	423	793
Hospital D. Luiz I	402	102	504

Fonte: Elaboração Própria

5.4.4 Outputs: AIHS aprovadas no período

O número de AIHs aprovadas no período reflete o número de internações por hospital, o que será utilizado como *output* de produção hospitalar, para fins de cotejarmos o nível de eficiência que a instituição atua.

Tabela 12 - Outputs: AIHS aprovadas no período

Instituições	Nº de Procedimentos	Média Mensal
Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	8.235	686,25
Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG	6.628	552,33
Hospital Bandeirantes	799	66,58
Hospital Regional Sul São Paulo	6.634	552,83
Hospital Português	1.698	141,50
Hospital Municipal de Salvador	4.745	395,41
Hospital Santa Casa de Curitiba	12.025	1.002,08
Hospital Osvaldo Cruz	798	66,50
Hospital Pronto-Socorro Municipal Mario Pinotti	9.745	812,03
Hospital D. Luiz I	7.036	586,33

Fonte: Elaboração Própria

5.4.5 *Outputs*: inverso da taxa e mortalidade

Como ressaltado anteriormente, a proxy de sucesso no atendimento será construída com base no inverso da taxa de mortalidade e na média de permanência multiplicado por (-1). A média destes dois dados nos fornecerão parâmetros para a mensuração por DEA.

Tal Output, cotejado com a produção hospitalar, adiciona um caráter qualitativo às variáveis que são adicionadas à comparação, de forma que o resultado não fique enviesado apenas pela procura pela instituição, em si.

Tabela 13 - *Outputs*: Média de Permanência e Inverso da Taxa e Mortalidade

Instituições	Média Permanência	Taxa de Mortalidade	Inverso da Taxa de Mortalidade
Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	4,8	4,57	95,43
Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG	8,2	5,61	94,39
Hospital Bandeirantes	4,2	2,75	97,25
Hospital Regional Sul São Paulo	5,6	2,56	97,44
Hospital Português	5,1	3,33	96,67
Hospital Municipal de Salvador	6,2	7,35	92,65
Hospital Santa Casa de Curitiba	3,7	3,83	96,17
Hospital Osvaldo Cruz	24,9	1,94	98,06
Pronto-Socorro Municipal M. Pinotti	7,8	13,99	86,01
Hospital D. Luiz I	5,3	3,01	96,99

Fonte: Elaboração Própria

5.5 **Relatório da Análise Envoltória de Dados**

Com relação aos resultados brutos obtidos pelas instituições, levando em consideração os *inputs* e *outputs* utilizados para a pesquisa em questão, foi obtido o seguinte resultado, relacionando os escores obtidos pelos hospitais, no qual aqueles que se encontram com resultado abaixo de 1, atuam aquém da fronteira de eficiência.

Tabela 14 – Relatório da Análise Envoltória de Dados

Nº	DMU	Score
1	HOSPITAL PORTUGUÊS	1,00
2	HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA	1,00
3	HOSPITAL OSVALDO CRUZ	1,00
4	HOSPITAL BANDEIRANTES	0,99
5	HOSPITAL REGIONAL SUL SÃO PAULO	1,00
6	HOSPITAL D. LUIZ I	1,00
7	HOSPITAL PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL MARIO PINOTTI	1,00
8	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA	0,98
9	HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA DR. ALBERTO RASSI – HGG	0,97
10	HOSPITAL MUNICIPAL DE SALVADOR HMS	0,94

Fonte: Elaboração Própria

O resultado obtido assinala a presença de 60% de entidades que atuam na margem de eficiência, para 40% de entidades que apresentaram uma atuação aquém da eficiência técnica definida no modelo. Tal resultado sofre influência dos recursos obtidos pelas instituições para a consecução de seu trabalho, de forma que a obtenção de um nível de mortalidade na margem, por determinadas instituições públicas, concorre para a classificação destas como atuantes na margem de eficiência, dada a constrição de recursos para a consecução de suas finalidades. Ainda se observa no resultado apresentado que o conjunto de instituições que atuam aquém da margem de eficiência, conta com instituições que desempenham suas atividades no âmbito privado, de forma que não há conclusividade com relação à melhoria da eficiência com relação à esfera das instituições analisadas.

Possivelmente, o âmbito de atuação das entidades, que é altamente regulado, incorre em prejuízos com relação à presença de um número maior de participantes, o que fomentaria a competição, de forma a interferir na obtenção de um padrão de

comportamento que objetive a atuação à margem de eficiência, fomentando a presença de ineficiência-x nas entidades. Também deve-se levar em conta a influência da disjunção entre o beneficiário dos serviços e o pagador destes, o que concorre para a perda de foco na obtenção de resultados mais eficientes com relação à prestação de serviços. Esta última característica remete à necessidade de se estruturar o sistema de informações do SUS, de forma a abranger a categorização dos resultados obtidos pelas instituições e possibilitar a escolha pelo gestor de instituições melhor posicionadas neste *ranking* para direcionamento dos serviços.

O resultado escora-se, inclusive, na utilização de estruturas com um número maior de profissionais para a prestação de serviços, o que pode denotar incorreção na alocação de recursos, contribuindo para os resultados ineficientes verificados.

Quando os resultados são relacionados com *benchmarks*, que se referem a entidades que atuam em patamares diferentes de eficiência, o quadro obtido é o seguinte:

Tabela 15 – Benchmark da Análise Envoltória de Dados

Nº	DMU	Score	Benchmark (Lambda)
1	HOSPITAL PORTUGUÊS	1	HOSPITAL PORTUGUÊS (1,000000)
2	HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA	1	HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA (1,000000)
3	HOSPITAL OSVALDO CRUZ	1	0015415 HOSPITAL OSVALDO CRUZ (1,000000)
4	HOSPITAL BANDEIRANTES	0,991747969	HOSPITAL OSVALDO CRUZ (0,998689); HOSPITAL REGIONAL SUL SÃO PAULO (0,001311)
5	HOSPITAL REGIONAL SUL SÃO PAULO	1	HOSPITAL REGIONAL SUL SÃO PAULO (1,000000)
6	HOSPITAL D LUIZ I	1	HOSPITAL D. LUIZ I (1,000000)

7	HOSPITAL PRONTO SOCORRO MUNICIPAL MARIO PINOTTI	1	HOSPITAL PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL MARIO PINOTTI (1,000000)
8	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA	0,983507138	HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA(0,322593); 2091313 HOSPITAL REGIONAL SUL SAO PAULO(0,677407)
9	HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA DR. ALBERTO RASSI – HGG	0,969178521	HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA (0,037986); 2091313 HOSPITAL REGIONAL SUL SÃO PAULO (0,962014)
10	9443665 HOSPITAL MUNICIPAL DE SALVADOR HMS	0,944768513	0015415 HOSPITAL OSVALDO CRUZ (0,276149); 2091313 HOSPITAL REGIONAL SUL SÃO PAULO (0,723851)

Fonte: Elaboração Própria

Desta forma, as instituições que foram classificadas como abaixo da fronteira de eficiência foram relacionadas com instituições que foram consideradas com eficientes, tendo em vista os parâmetros selecionados, de forma que são colocadas as distâncias entre as instituições eficientes e as tidas como aquém da fronteira de eficiência, possibilitando a verificação do posicionamento da instituição com relação à curva. Embora ocorra a presença de instituições aquém da fronteira de eficiência, observa-se que o posicionamento das instituições se deu de uma forma muito próxima à fronteira.

Verifica-se que na área aquém da fronteira de eficiência há a presença de instituições de diversas naturezas jurídicas, e conseqüentemente com diversas modalidades de contratualização para a prestação de serviços. Desta feita, podemos categorizar o resultado da forma demonstrada no quadro 6:

Quadro 6 – Distribuição da Análise de Eficiência

	Instituições de Natureza Jurídica Privada e Filantrópicas	Instituições de Natureza Jurídica Pública – Pertencentes à Administração Pública
Instituições na Fronteira de Eficiência	3	3

Instituições Aquém da Fronteira de Eficiência	2	2
---	---	---

Fonte: Elaboração Própria

Assim, observa-se um cenário equilibrado, com a maioria das instituições atuando com eficiência, com relação à equação *inputs/outputs*, sendo verificada ainda a presença de instituições, tanto públicas quanto privadas, com atuação aquém da fronteira de eficiência.

Com relação à teoria explicitada, verifica-se que a atuação de entidades hospitalares, por ocorrer em um ambiente altamente regulado, se dá em ambientes monopolísticos, ou semi-monopolísticos, o que pode incorrer em prejuízos na obtenção de um comportamento competitivo, mesmo com a utilização de entidades não públicas.

Desta forma, ainda não é possível verificar, com conclusividade, a presença de uma maior eficiência em entidades não pertencentes diretamente à administração pública, com relação às demais, como era o escopo da reforma administrativa decorrente das ideias do NPM.

Deve-se considerar, entretanto, as limitações decorrentes do modelo empírico utilizado para realizar a comparação em destaque, conforme exposto no capítulo 4 – Métodos e Procedimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se pautou pela identificação dos tratamentos conferidos por diversas municipalidades, no contexto de prestação de serviços de saúde pública pelo SUS, com a finalidade de comparar os resultados fiscais auferidos, cotejando-os com o aparato institucional utilizado e medindo, por fim, a eficiência obtida individualmente por instituições integrantes da amostra, de diferentes naturezas jurídicas, para embasar uma conclusão acerca da eficiência das diferentes estratégias utilizadas.

Com relação ao quadro fiscal apresentado pelos municípios, verificou-se a semelhança na dificuldade do custeio dos serviços de saúde, sendo que o transbordo com relação às fontes vinculadas foi de 32% a 57%, havendo a presença maciça de despesas correntes na composição dos gastos e um custeio baseado principalmente nas fontes próprias dos entes em análise.

Inclusive, quando se fala da composição dos gastos incorridos na função saúde, verifica-se que não há prevalência de gastos com pessoal na composição orçamentária, denotando a presença de estratégias de contratualização que permitam descongestionar esses gastos, com relação à pouca mobilidade decorrente de um índice alto de despesas de pessoal.

Ao comparar tais resultados com o aparato institucional apresentado pelos diferentes entes da federação integrantes da amostra, observa-se que as estratégias utilizadas se assemelham, o que pode se dar pelo desenvolvimento institucional ainda insuficiente no cenário nacional, de forma que as opções restantes ao gestor público sejam as mesmas.

Neste contexto, observa-se a predominância de instituições filantrópicas e entidades diretamente administradas pelo governo, havendo moderada utilização de instituições puramente privadas para complementar o quadro de prestação de serviços.

A comparação no menor nível, buscando verificar o resultado individual de cada entidade com relação à eficiência obtida na equação *inputs/outputs*, visa a completar a análise, verificando a eficácia dos instrumentos legais concebidos no âmbito pós NPM para fomentar a eficiência das instituições pelo estabelecimento de um âmbito competitivo. Desta forma, intentou-se que os índices auferidos pudessem ser comparados com a natureza jurídica das instituições, com o fito de tentar visualizar o comportamento da atuação na margem, desejável para empresas eficientes, e a possível

deturpação dessa atuação em razão do desempenho de uma atividade no âmbito do setor público.

Nesta esteira, a comparação visava a percepção de possíveis distorções de comportamento decorrentes da presença da ineficiência-X, que é definida, por alguns autores, como um comportamento típico de funcionários de empresas estatais, que se afastam do desempenho eficiente por diversas motivações (ZHUANG et al., 2016)

A tipologia do comportamento acima descrito decorre da análise positiva das falhas de governo, onde foi observado que, motivados por diversas razões, os gestores públicos não buscam a redução de desperdícios. Tal tipologia foi fundamental para a busca de instrumentos contratuais que visassem a recompensa das instituições pela melhoria da eficiência

Com relação aos resultados obtidos, proporcionalmente, verificou-se a existência de instituições eficientes tanto em âmbito integralmente público quanto em âmbito privado, sendo que a distribuição proporcional, quanto à eficiência, remete a uma proporção de 3/2 para cada âmbito.

Desta feita, pode-se concluir que os contratos utilizados para precificação dos serviços e contratação das instituições ainda são insuficientes para reorientação das diversas unidades para um comportamento eficiente, o que pode ser influenciado pelo ambiente de restrição à entrada de novas entidades para a prestação de serviços de saúde, corroborando com a definição de Nowlan (2018).

Também é interessante remeter aos atributos de oferta de não mercado, desenvolvido por Wolf (1989), conforme explicado por Dollery e Worthington (1996), em que uma espécie de proteção decorrente do ambiente monopolístico que caracteriza os serviços prestados em ambiente público concorre para a falta de percepção de resultados econômicos, fomentando o comportamento ineficiente.

A distorção acima descrita também pode ser resultante da presença de recursos públicos no custeio das atividades desempenhadas pelas instituições analisadas, havendo o descolamento do sujeito pagador, do sujeito tomador dos serviços, de forma que o Sistema Único de Saúde ainda necessite melhorar com relação ao fomento da competição entre as instituições, com a finalidade de proporcionar uma melhora do nível geral de eficiência.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. **O impacto do modelo gerencial na administração pública**: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília: ENAP, 1997.

ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Revista de administração pública*, v. 41, n. SPE, p. 67-86, 2007.

AFONSO, J. R.; BARROSO, R. Uma reforma esquecida. *Boletim de Desenvolvimento Fiscal*, v. 5, p. 8-18, 2007.

ALDERWICK, H. et al. *Better value in the NHS. The role of changes in clinical practice*. London: Kings Fund, 2015.

ALMEIDA, C. M. de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & saúde coletiva*, v. 4, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA, C. M. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cadernos de saúde pública*, v. 33, p. e00197316, 2017.

ALMEIDA, M. Estrutura do gasto público no Brasil: evolução histórica e desafios. *A reforma esquecida: Orçamento, gestão pública e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, p. 81-177, 2013.

ALMEIDA, P. F. et al., Lígia. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 2213-2228, 2018.

ANDRADE, B. H. S. *Novo modelo e velhos problemas: análise da eficiência do gasto em recursos humanos na criação do serviço social autônomo Instituto Hospital de Base do Distrito Federal*. 2018.

AQUINO, A. C. B. de; AZEVEDO, R. R. de. Restos a pagar e a perda da credibilidade orçamentária. *Revista de Administração Pública*, v. 51, n. 4, p. 580-595, 2017.

ARAUJO, J. M.; SIQUEIRA, R. B.. Demanda por gastos públicos locais: evidências dos efeitos de ilusão fiscal no Brasil. *Estudos Econômicos (São Paulo)*, v. 46, n. 1, p. 189-219, 2016.

ASENSI, F. D. Direito à saúde: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação. In: *Direito à saúde: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação*. 2013. p. 369-369.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. 2016. p. 101-138.

BAUMOL, W. J.; PANZAR, J. C.; WILLIG, R. D. Contestable markets: An uprising in the theory of industry structure: Reply. *The American Economic Review*, v. 73, n. 3, p. 491-496, 1983.

BEGNINI, S.; TOSTA, H. T. A eficiência dos gastos públicos com a educação fundamental no Brasil: uma aplicação da análise envoltória de dados (DEA). *Revista Economia & Gestão*, v. 17, n. 46, p. 43-59, 2017.

BRAGA NETO, Francisco Campos et al. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2014. p. 577-608.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **A reforma do aparelho do Estado e a Constituição brasileira**. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma administrativa do sistema de saúde. BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998.

BURGOS, M. T. B.; BELLATO, C. C. Gerencialismo e Pós-Gerencialismo: Em Busca de uma Nova Imaginação para as Políticas Educacionais no Brasil. *Sociologia & Antropologia*, v. 9, n. 3, p. 919-943, 2019.

CAMPBELL, D. NHS agrees largest-ever privatisation deal to tackle backlog. **The Guardian**, v. 12, 2015.

CÁRDENAS, W. I. L. et al. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00114016, 2017.

CARNUT, L.; MENDES, A. Capital-Estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública. **Argumentum**, v. 10, n. 2, p. 108-121, 2018.

CARRILLO R. et al. Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas. In: **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. 2016. p. 37-73.

CASADO, Frank Leonardo. Análise envoltória de dados: conceitos, metodologia e estudo da arte na educação superior. *Revista Sociais e Humanas*, v. 20, n. 1, p. 59-71, 2007.

CAVALCANTE, P. **Gestão pública contemporânea: do movimento gerencialista ao pós-NPM**. Texto para Discussão, 2017.

CIRINO, S. et al. Modelo de p-mediana hierárquico e acessibilidade: análise dos hospitais públicos de Santa Catarina. 2016.

CORREIA, P.; SILVA, F. Uma avaliação da eficiência econômica das políticas públicas de saúde dos Estados brasileiros com o uso da análise envoltória de dados. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. Brasília, v. 8, n. 03, p. 497-520, 2017.

CORONEL, A. L. C. et al. Sistema Único de Saúde (SUS): quando vai começar? *IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education*, v. 1, n. 2, 2016.

DA COSTA MACHADO, Rodrigo Martins et al. Arranjos institucionais de coordenação e cooperação intergovernamental no SUS: a descentralização da assistência farmacêutica básica. 2019.

DA SILVA, Márcia Zanievicz; MORETTI, Bradley Ricardo; SCHUSTER, Herivelton Antônio. Avaliação da eficiência hospitalar por meio da análise envoltória de dados. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 2, p. 100-114, 2016.

DE ALMEIDA, J. G. C. et al. Construindo ações coletivas nas instituições municipais de saúde: bases para uma gestão estratégica participativa. 2016.

DE CAMPOS, H. A.. Falhas de mercado e falhas de governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica. **Prismas: Direito, Políticas Públicas e Mundialização (substituída pela Revista de Direito Internacional)**, v. 5, n. 2, 2009.

DE FARIA, J. R. V.; DE FARIA, J. H. A Concepção de Estado e a Administração Pública no Brasil no Âmbito do Plano Diretor de Reforma do Estado. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 9, n. 3, 2017.

DEN HERTOOG, J. A. Review of economic theories of regulation. **Discussion Paper Series/Tjalling C. Koopmans Research Institute**, v. 10, n. 18, 2010.

DENIOZOS, N. et al. Corruption as Form of Economic Crime and Government Effectiveness. In: Proceedings of the 3rd International Conference of Development and Economy I. CO. D. ECON, Kalamata, Greece. 2019.

DE PAULA, É. M. Saúde e Doença: A Resistência Médica durante a Ditadura Militar na Revista Saúde em Debate (1977). *Revista História: Debates E Tendências*, v. 20, n. 1, p. 170-183, 2020.

DE RESENDE, C. C. Falhas de Mercado: uma análise comparativa da Escola do Setor Público Tradicional e da Escola Austríaca. 2012.

DOLLERY, B. E.; WORTHINGTON, A. C. The evaluation of public policy: Normative economic theories of government failure. **Journal of interdisciplinary economics**, v. 7, n. 1, p. 27-39, 1996.

DOLLERY, B.; WALLIS, J. The theory of market failure and equity-based policy making in contemporary local government. **Local Government Studies**, v. 27, n. 4, p. 59-70, 2001.

DOS SANTOS, A. S. et al. Reforma Tributária no Brasil: uma abordagem a partir da Teoria da Escolha Pública. *Economia & Região*, v. 1, n. 2, p. 100-117, 2013.

DOS SANTOS, Dawson Rocha et al. A descentralização do SUS na administração pública. 2019.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. Políticas e sistemas de saúde no Brasil, 2008. p. 385-434.

FERLIE, E., ABSURNER, L., FITZGERALD, L.; PETTIGREW, A. A nova administração pública em ação. Brasília: UNB, ENAP, 1999.

FINEMAN, M. A. et al. (Ed.). **Privatization, Vulnerability, and Social Responsibility: A Comparative Perspective**. Taylor & Francis, 2016.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. Administração de Serviços-: Operações, Estratégia e Tecnologia da Informação. Amgh Editora, 2014.

GARCIA, B. P. As parcerias entre terceiro setor e estado na área da saúde pela ótica das relações laborais. *Revista Direito & Paz*, v. 1, n. 34, p. 136-155, 2016.

GHOSH, B.N. From Market Failure to Government Failure: A Handbook of public Sector Economics. England: Wisdom House Publication, 2001.

GUEDES, K. P. et al. A eficiência do Poder Judiciário no Distrito Federal: um estudo de caso usando a Análise Envoltória de Dados. *Revista Eletrônica do Programa de Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Violência/Ciência Política do Centro Universitário Unieuro*, n. 30, p. 12-48, 2020.

LE GRAND, J. The theory of government failure. **British journal of political science**, p. 423-442, 1991.

HAYEK, F. A. V. O caminho da servidão. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1990.

HECKMAN, J. J.; KAUTZ, T. Fostering and measuring skills interventions that improve character and cognition. In: HECKMAN, J. J.; HUMPHRIES, J. E.; KAUTZ, T. (Eds.). *The GED myth: education, achievement tests, and the role of character in american life*. Chicago: University of Chicago Press, 2014. Cap. 9.

HSIAO, W. C. Abnormal economics in the health sector. **Health policy**, v. 32, n. 1-3, pp. 125-139, 1995.

JORGE, M. J. et al. Gestão orientada para resultado: um estudo sobre os hospitais navais da Marinha do Brasil. *SEGeT-Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, v. 7, 2010.

JUNIOR, C. O modelo alemão de seguridade social: Evolução histórica a partir de Bismarck. *Revista do Instituto do Direito Brasileiro*, v. 14, p. 16485-16520, 2013.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. Desempenho hospitalar no Brasil. São Paulo: Singular, 2009.

- LEITE, L. Q. A Trajetória da reforma do Estado no Brasil: a caminho de uma Administração Pública Gerencial. 2016.
- LEMOS, A. A. M.. "Falhas de mercado, intervenção governamental e a Teoria Econômica do Direito." (1999).
- LIMA, L. D. de et al. Regionalização da saúde no Brasil. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2012. p. 823-852.
- LINS, M. E. *et al.* O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 985-998, 2007.
- LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens componentes e dinâmica. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2012. p. 89-120.
- LOBO, M. S. C. *et al.* Influência de fatores ambientais na eficiência de hospitais de ensino. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 1, p. 37-45, 2011.
- LUCA, C. et al. (Ed.). **Health Reforms Across The World: The Experience Of Twelve Small And Medium-sized Nations With Changing Their Healthcare Systems**. World Scientific, 2020.
- MARQUES, R. M. O direito à saúde no mundo. Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES, p. 11-36, 2016.
- MAZZONI, J. F. Ri. Falhas de mercado no setor aeroportuário e contraposição da visão neoclássica com a escola austríaca e escola de public choice. **MISES: Interdisciplinary Journal of Philosophy, Law and Economics**, v. 7, n. 2, 2019.
- MAZZUCATO, M. Sistemas de inovação: da correção das falhas de mercado à criação de mercados. **SÉCULO XXI**, p. 23.
- MELO, M. A. et al. Why do some governments resort to 'creative accounting' but not others? Fiscal governance in the Brazilian federation. **International Political Science Review**, v. 35, n. 5, pp. 595-612, 2014.
- MENDES, Á; MARQUES, R. O Direito Universal à Saúde em Risco: A Fragilidade Histórica do Financiamento e as Incertezas dos Governos Lula. **Análise Econômica**, v. 30, 2012.
- MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015
- MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Descentralização dos serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. Brasília: Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, 1993.
- MIRANDA, M. G. Análise da Eficiência de Negócios de Varejo utilizando DEA. 2015. 80. Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.
- MUELLER, B. Regulação, informação e política: uma resenha da teoria política positiva da regulação. **Revista Brasileira de Economia de Empresas**, v. 1, n. 1, 2013.
- NAGIB, S. K. Pereira. Regulação: teorias, instituições e desenhos. 2013.
- NOGUEIRA, J. M. M. et al. Estudo exploratório da eficiência dos Tribunais de Justiça estaduais brasileiros usando a Análise Envoltória de Dados (DEA). *Revista de Administração Pública*, v. 46, n. 5, p. 1317-1340, 2012.
- NOWLAN, E.. X-Inefficiency in Monopolies. 2018.
- OLIVEIRA, R. C. R. Administração pública, concessões e terceiro setor. Editora Lumen Juris, 2009.
- OSBORNE, D.; GAEBLER, T. Reinventing government: The five strategies for reinventing government. **New York: Penguin**, v. 16, p. 16, 1993.
- PEÑA, C. R.; Um modelo de avaliação da eficiência da administração pública através do método análise envoltória de dados (DEA). *Revista de Administração Contemporânea*, v. 12, n. 1, p. 83-106, 2008.
- POSNER, R. A. **Theories of economic regulation**. National Bureau of Economic Research, 1974.
- PIOLA, S. F. *et al.* Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Análise Econômica**, v. 30, 2012.
- RAMOS, E. M. B. et al. O processo de redemocratização e o novo padrão de proteção do direito à saúde no Brasil. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 2, n. 2, p. 51-67, jul./dez., 2013.
- RIBEIRO, E. Â. E. S. **Fatores críticos para o sucesso da NPM nos países em desenvolvimento: o caso da ENAPORT**. 2016. Tese de Doutorado. Instituto Superior de Economia e Gestão.
- ROBERTSON, R. et al. Understanding NHS financial pressures. How are they affecting patient care, 2017.
- SANTOS, C. H. S.; DE OLIVEIRA, C. C. Gerencialismo é aplicável no Setor Público?. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais*. 2016.
- SENRA, Luis Felipe Aragão de Castro et al. Estudo sobre métodos de seleção de variáveis em DEA. *Pesquisa Operacional*, v. 27, n. 2, p. 191-207, 2007.

SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. *Sociologia*, v. 31, p. 59-80, 2016.

SCHIAVO-CAMPO, S.; MCFERSON, H. M. **Public management in global perspective**. Routledge, 2014.

SMITH, A. "The wealth of nations." *New York: The Modern Library* (1776).

SOARES, G. B. et al. Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS?. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, n. 2, p. 828-850, 2016.

SOUSA, C.; FENANDES, V. C. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: uma revisão integrativa. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750*, v. 12, 2020.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 204-218, 2016

SOUZA, P. C. et al. Aplicação da Análise Envoltória de Dados para avaliar a eficiência de hospitais do SUS em Mato Grosso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, p. 289-308, 2016.

SOUZA, P. C. et al. Seleção de variáveis inputs e outputs na análise envoltória de dados aplicada a hospitais. *Revista de Administração em Saúde*, v. 17, p. 69, 2017.

STIGLER, G. J. The theory of economic regulation. **The Bell journal of economics and management science**, p. 3-21, 1971.

STIGLITZ, J. E.; ROSENGARD, J. K. **Economics of the public sector: Fourth international student edition**. WW Norton & Company, 2015.

STOLKINER, A. et al. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 2807-2816, 2011.

STORTO, C. L. et al. Performance measurement of healthcare systems in Europe. *Journal of Applied Management and Investments*, v. 6, n. 3, p. 170-174, 2017.

TORRES, C. F. S. A autonomia das agências reguladoras brasileiras e o risco de capturas econômicas. 2013. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

VINING, A. R.; WEIMER, D. L. Government supply and government production failure: A framework based on contestability. *Journal of Public Policy*, p. 1-22, 1990.

WALTER, R. F. Redução da ineficiência-x por meio de projetos de melhores práticas: o desafio do desenvolvimentos sustentável. 2004. Dissertação (Mestrado Profissional em

Ciência da Computação) - Programa de Pós-Graduação em Ciência da Computação do Centro de Ciências e Tecnologia, Universidade de Brasília.

WOLF, C. **Markets or governments: Choosing between imperfect alternatives**. MIT Press, 1993.

WOLF, P. J. W.; DE OLIVEIRA, G. C. O “ESPÍRITO DE DUNQUERQUE” E O NHS INGLÊS. **Revista Tempo do Mundo**, v. 3, n. 2, p. 193-241, 2017.

ZHUANG, S. et al. An Evaluation of (X) Inefficiency of State-owned Enterprise in Market Competition Based on DEA. *Management & Engineering*, n. 25, p. 12, 2016.