

## Capítulo 8

### RECENTRALIZAÇÃO DAS REGIÕES E AUTONOMIA DAS AGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA: AS TENDÊNCIAS NA ERA DO FEDERALISMO SANITÁRIO NA ITÁLIA

#### 1. Premissa.

Os sistemas regionais de saúde apresentam inúmeras diferenças também nos resultados econômicos alcançados. Em muitos casos, os retrocessos parecem ser crescentes e insustentáveis, sem que ocorram algumas manobras estruturais. Além disso, as tensões econômico-financeiras tendem a aumentar dentro da perspectiva da *devolution*<sup>1</sup>. Como conseqüência, muitos estados terão que garantir serviços de saúde pública com recursos financeiros limitados e corroídos seja pelos retrocessos estruturais como pela redução dos mesmos devido aos novos mecanismos financeiros.

Em relação a este cenário, as regiões estão se organizando de modo diferente, mas quase todas no sentido de redefinir a estrutura do sistema. Parece estar surgindo o quadro de que as *performances* positivas da saúde pública não dependem tanto da modificação de conduta das agências de saúde pública, mas sim da capacidade governamental do setor por parte das regiões. Em outras palavras, as políticas regionais no âmbito da saúde recaem mais sobre os aspectos “macro” – intervenções nas estruturas institucionais e nos limites público / privado de todo o sistema regional – do que sobre os aspectos “micro”, como a política pública dos fatores de produção e a difusão dos sistemas gerencial-administrativos.

Este artigo se concentra nos reflexos do novo cenário econômico-financeiro das estratégias regionais. Neste sentido, declaramos que, apesar da *performance* das agências e dos sistemas terem componentes financeiros e não-financeiros, para fins da nossa reflexão, os primeiros assumirão uma relevância especial. O objetivo desta reflexão é de descrever e explicar (i) o alterado cenário estratégico do setor da saúde; (ii) as principais opções estratégicas adotadas pelos sistemas sanitários regionais para enfrentar o problema dos retrocessos financeiros; (iii) os processos de recentralização (ou *grip back*).

#### 2. Os sistemas de saúde pública dentro do novo cenário financeiro.

A primeira fase de empresarização (1995-2001) já está terminada. Analisando do ponto de vista qualitativo os resultados e as conseqüências da “reforma bis”, parecem emergir alguns elementos significativos:

1. O processo de empresarização desenvolveu-se com diferentes velocidade e intensidade nas diversas regiões; as diferenças mais marcantes parecem ocorrer do ponto de vista geográfico entre as regiões do norte e as do centro-sul. Basta refletirmos sobre as disparidades referentes às capacidades de infra-estrutura e à programação regional<sup>2</sup>; e, ainda, podemos mencionar (i) as dificuldades de muitas agências em conhecer seus custos e/ou o gerenciar suas estruturas de responsabilidade, mesmo tendo introduzido um orçamento para tal, (ii) os atrasos na

---

<sup>1</sup> n. d. t. devolução de poderes da união às regiões italianas.

<sup>2</sup> Vide o relatório OASI 2001, op.cit, referente às capacidades infra-estruturais.

consolidação organizacional causados por uma troca insuficiente e/ou ineficaz de gerenciamento. A diferença entre norte e sul comportou, factualmente, num reforço progressivo das regiões do norte, que demonstraram uma notável capacidade estratégica e operacional, especialmente se analisarmos as escolhas adotadas em referência (i) às políticas de credibilidade, (ii) às agências operacionais regionais, (iii) às políticas de experimentação gerencial, (iv) às cooperações entre o poder público e o privado, e (iiv) à integração dos fundos sanitários regionais com os recursos adicionais;

2. Muitas vezes, a autonomia regional transformou-se em um neo-centralismo regional, que significou uma perda para o crescimento administrativo-gerencial das agências sanitárias públicas. De fato, ao invés de uma empresarização propriamente dita, ou seja, de uma autonomia completa nos planos decisório, organizacional, financeiro e econômico-patrimonial das agências, surgiu a tendência dos estados de realizar uma tarefa mais ampla de *governance* do sistema sanitário. Ou seja, a consequência do neo-centralismo resulta em uma delimitação do espaço estratégico – no qual se explicita a autonomia empresarial – das agências, mais ou menos acentuada, de acordo com as escolhas feitas pelas regiões individualmente;
3. Um outro elemento significativo, considerando as distinções entre os sistemas sanitários regionais, é seguramente representado pelos indicadores da performance financeira.

Esta última consideração assume uma importância crítica. As tensões econômico-financeiras dos diversos sistemas sanitários regionais estão destinadas a intensificar-se com a hipótese da *devolution*, mesmo porque, com toda a probabilidade, o setor da saúde pública representará o principal desafio de tal processo, já que os fundos sanitários representam a maior parte dos balanços sanitários. Aliás, no setor sanitário, a *devolution* é considerada, por algumas pessoas, um instrumento de maior responsabilização dos estados em relação aos déficits financeiros; de fato, tenhamos presente que a despesa sanitária apresentou uma tendência insustentável, crescendo mais do que o produto interno bruto (PIB) durante o quadriênio de 1998-2001<sup>3</sup>.

Estas tensões são relevantemente críticas para as políticas sanitárias regionais e as escolhas estratégicas que podem ser tomadas pelas agências. Na realidade, o mecanismo financeiro da *devolution*, mesmo perante um fundo perequativo, significará uma drástica redução dos recursos para as regiões, especialmente as da região sul, com menor capacidade de arrecadação, e um aumento para as outras regiões. Aquela que receber menos para poder manter a mesma quantidade de despesas de que dispõe atualmente será levada a (i) aumentar a capacidade do próprio fundo sanitário regional recorrendo a um considerável aumento de arrecadação – manobra que, em alguns casos, reduziria as capacidades de desenvolvimento de algumas regiões, além de ser uma medida muito impopular do ponto de vista político – ou então, ao endividamento; (ii) ou ainda, será obrigada a reduzir os custos dos serviços cortando as possibilidades de oferta<sup>4</sup>.

Além de uma série de dúvidas postas sobre a *devolution* – dentre outras coisas, mais propriamente de caráter político, como (i) o desmantelamento do sistema de *Welfare*, (ii) a

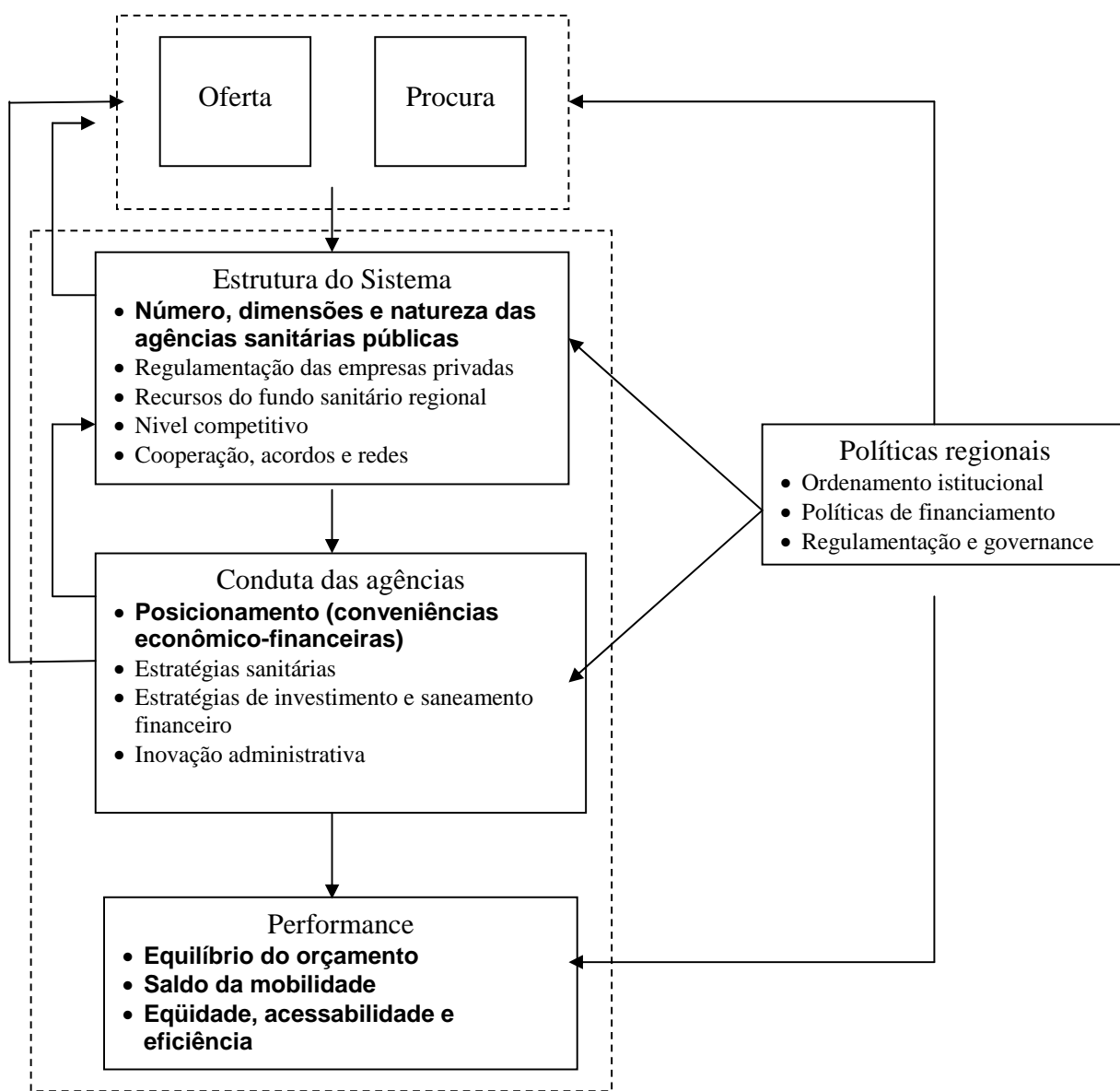
---

<sup>3</sup> Il Sole 24 ore, 8 junho 2002: *La sanita' mina il bilancio*.

<sup>4</sup> A hipótese mais avançada de *devolution* refere-se inclusive até a regionalização dos modelos normativos e remunerativos dos funcionários.

possibilidade de importantes desigualdades na proteção da saúde, (iii) a perda de coesão – vale a pena ressaltar que o mecanismo financeiro da *devolution* aumentará esta diferença regional, mesmo porque muitas das regiões que apresentam os maiores déficits administrativos são as que receberão menos recursos<sup>5</sup>.

Figura 1 – As opções estratégicas das políticas regionais



<sup>5</sup> Il Sole 24 ore, 17 setembro 2002: *Sud, la devolution porta piu' tasse.*

Perante este cenário, hoje, as regiões, por meio de seus próprios mecanismos decisórios, tendem a enfrentar as críticas de maneira diferente do que ocorreu durante a primeira fase de empresarização: recaem menos sobre a conduta das agências – por meio de estímulos e incentivos à inovação empresarial e ao correto posicionamento estratégico das mesmas – e se baseiam cada vez mais e de forma cada vez mais direta na reformulação da estrutura do sistema.

A estrutura do sistema é formada pelo número, pelas dimensões dos atores das partes pública e privada, pelas interações entre eles, pela existência do fundo sanitário regional e pelas formas de competição, colaboração e cooperação que são instauradas entre os diversos atores.

Tais manobras explicam-se com base no modelo apresentado na figura 1, que considera que a estrutura do sistema influencia o *modus operandi* das agências e esta última variável determine a performance do sistema. Em todas as variáveis – estrutura, conduta, performance – assim como na procura e na oferta<sup>6</sup>, a região pode intervir para regular seu funcionamento e obter uma performance melhor. O *switch* entre intervenções a nível microeconômico – nas agências individualmente – e a nível macroeconômico – no sistema como um todo – acontece, na maior parte dos casos, pois se chega a constatar a impossibilidade das agências de alcançar determinadas performances devido aos ordenamentos institucionais e a mecanismos de financiamento de sistemas incoerentes. Naturalmente, a performance possui componentes financeiros e não, mas no que se refere a este capítulo, que se concentra em como o novo cenário econômico-financeiro se reflete nas estratégias regionais, os primeiros componentes assumirão uma maior relevância.

### 3. Retrocessos e estratégias regionais

O problema do retrocesso progressivo registrado pelo sistema sanitário deve ser resolvido ao nível regional.

Na tabela 1, mostramos uma reelaboração dos dados sobre os retrocessos dos serviços de saúde pública regionais indicados no relatório do Tribunal de Contas da União referentes à despesa sanitária, dos quais podemos ler que:

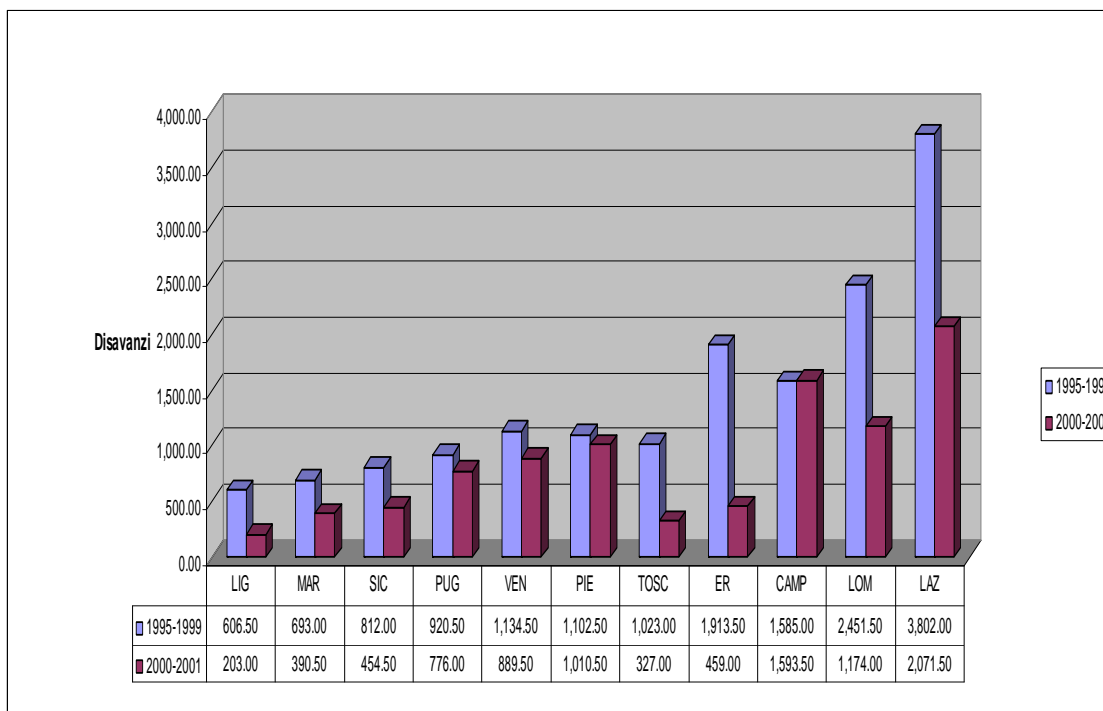
1. As regiões que possuem os maiores retrocessos consolidados são: Lazio, Campânia e Lombardia;
2. As regiões do centro-norte são as que possuem menores retrocessos acumulados, ou seja, Marche, Ligúria, Toscana e Emilia Romagna; aliás, para algumas delas pode-se falar em uma tendência ao empate.
3. Lazio, Campania e Lombardia apresentam uma tendência de retrocesso no último biênio, em termos percentuais, superior ao retrocesso do quinquênio 1994-1999; Toscana e Emilia, regiões parecidas com as anteriores no que se refere às dimensões, apresentam uma tendência inversa. Além disso, é importante notar que a ordem organizacional e o sistema de financiamento da Toscana e da Emília são muito

---

<sup>6</sup> As regiões também podem regular a oferta e a procura: consideremos, por exemplo, a introdução dos tickets, no primeiro caso, e a alta redução das despesas de bens e serviços, no segundo caso.

semelhantes aos do sistema sanitário regional da Campânia e do Lazio, enquanto que o da Lombardia é completamente diferente, pois se concentra na total separação entre as funções de aquisição e de fornecimento das prestações de serviço, além da plena equiparação de tarifas de reembolso tanto para os hospitais públicos quanto para os privados<sup>7</sup>.

**Figura 2. Os retrocessos regionais (ml euros)**



*Fonte: Relatório do Tribunal de Contas da Uniao (junho 2002)*

As causas que determinam o grau de déficit são, com toda certeza, múltiplas. Dentre elas, porém, parece significativa a dimensão do financiamento disponibilizado para cada região, já que, na realidade, o mecanismo de ponderação e o diferente uso de recursos próprios por parte das regiões são determinantes para algumas diferenças<sup>8</sup>: é deste modo que se explica porque algumas regiões do centro-sul dispõem de graus de financiamento inferiores aos da média nacional.

Todavia, esta constatação sozinha não serve para explicar performances econômico-financeiras **deformes** entre os diversos sistemas regionais. De acordo com o Censis (2001), não existe uma relação direta entre o retrocesso e o financiamento ponderado.

Porque, então, esses resultados? Muito provavelmente, a concorrência entre público e público (Agência Sanitária Local [ASL] e Agências Hospitalares) e entre público e privado, introduzida com o decreto legislativo 502/92, do modo como é realizada nos sistemas

<sup>7</sup> Sobre as semelhanças e as diferenças entre os sistemas sanitários regionais em termos de ordem institucional e mecanismos de financiamento vide o relatório OASI 2001, op.cit.

<sup>8</sup> Vide o relatório OASI, op.cit.

sanitários regionais da Campânia, Lazio e Lombardia produz efeitos distorsivos. O quase-mercado criado nos sistemas regionais baseia-se em uma concorrência do tipo pública, isto é, as tarifas são uniformes, mesmo que diferenciadas, em muitos casos, devido ao arranjo prioritário do prestador de serviço e fixadas pelas regiões. Ainda não se desenvolveu plenamente a concorrência empresarial, na qual as tarifas são negociáveis para baixo e os contratos não são válidos para todos os prestadores, mas sim específicos.

No regime da concorrência pública, o sistema se baseia nas “livres” escolhas dos pacientes, porém tal forma de concorrência comporta sérios problemas no controle da despesa sanitária, pois o financiamento à prestação incentiva, por si só, a proliferação de volumes de prestações, também em termos oportunistas.

A governança do sistema se torna mais eficaz quando a concorrência é regulada, na qual os cidadãos são levados ao “prestador preferido”; em outras palavras, o sistema é dirigido pelas escolhas dos consumidores.

Em alguns casos, onde a presença do privado assume dimensões expressáveis, a melhor forma de **governance** do sistema sanitário regional, assim como está demonstrado pela experiência catalana, é o mercado relacional<sup>9</sup>, no qual os aspectos de competição entre os centros prestadores foram substituídos pela cooperação a longo prazo entre os atores do sistema.

A região age mais como um fator regulador premente e como um financiador das estruturas sanitárias mais do que consumidor seletivo, de modo que, a longo prazo, os acordos se assemelham cada vez mais a transferências de recursos, dado que os riscos financeiros são muito reduzidos.

#### **box 1 – Efeitos distorsivos da concorrência pública no Sistema Sanitário Regional da Campânia**

O caso da Campânia é emblemático da distorsão criada pela concorrência pública em um ordenamento não-coerente. O ordenamento organizacional prevê 13 ASL (sendo que só uma provincial) com 51 diretores internos de hospitais; a, para completar a oferta, existem ainda 8 Serviços Hospitalares (4 em Nápoles e as outras espalhadas, sendo uma em cada capital de província), 2 Hospitais Policlínicos, 3 IRCCS, 3 Hospitais classificados, e 78 Casas de Tratamento Privadas<sup>10</sup>. Do ponto de vista prático, uma escolha deste tipo reflete-se no fato de que mais de 50% do número de leitos hospitalares pertencem a indivíduos públicos e privados financiados pelo mecanismo tarifário, fato este que cria a conveniência de um aumento nos volumes de prestação de serviços e, portanto, a um aumento da despesa. Tais escolhas, além disso, não permitem a premiação da exatidão dos tratamentos e muito menos de sua eficácia, pois existe uma grande mobilidade infra e extra-regional negativa<sup>11</sup>. A primeira se deve, em grande parte, a escolhas ruins de localização das ASL (algumas delas possuem uma mobilidade estrutural negativa, para dizer pouco, irreversível), enquanto que a segunda se deve à falta de centros sanitários de excelência.

<sup>9</sup> Os mercados relacionais consistem na coordenação da rede dos atores institucionais e não, baseado em relações bi/multi-laterais de trocas a longo prazo, de colaborações e de dependência mútua. Tal forma de *governance* surge em contextos nos quais as trocas são recorrentes e os investimentos possuem um componente relativamente elevado de especificidade, características do setor sanitário (Williamson, 1995). Nesses casos, uma estrutura de *governance* híbrida, como o mercado relacional, preserva a propriedade e a autonomia administrativa dos atores, criando fortes incentivos para formas de adaptação autônomas (mercadológicas) às turbulências ambientais. Em outras palavras, a coordenação da interdependência mútua e a estabilização das transações entre as partes são a base do funcionamento do sistema.

<sup>10</sup> Os dados são extraídos do Relatório OASI 2001, op.cit.

<sup>11</sup> Vide o Relatório OASI 2001, op.cit.

Parece, portanto, que está emergindo um quadro de que provavelmente as *performances* positivas da saúde pública não dependam das modificações no comportamento das agências, mas sim da capacidade de governança do setor. Deste ponto de vista, parecem emergir três diferentes estratégias de governo:

1. Reconversão e reorganização do sistema;
2. Reestruturação do sistema;
3. Obtenção de recursos financeiros extraordinários.

As regiões não adotam somente uma destas estratégias. Na maioria dos casos, preferem um mix. O que é importante compreender é qual é a principal opção estratégica que elas assumem.

A primeira opção estratégica é adotada pela Ligúria e Lombardia. Ambas as regiões, mas com diferentes intensidade e velocidade de processo, orientam-se para uma maior competição entre o público e o privado. Aumentando o nível de competitividade, elas tentam recuperar a eficiência e a qualidade. Portanto, como emerge de seus Planejamentos Sanitários Regionais, elas atuam pouco sobre as dimensões do setor público, preferindo agir sobre a natureza jurídica, o ordenamento institucional, e a reconversão da oferta como um todo, com uma gradual reconversão dos leitos para pacientes agudos em favor da reabilitação e do longo período de hospitalização, especialmente no caso dos inúmeros hospitais pequenos.

A segunda opção estratégica é a mais adotada pelas regiões que conseguiram reduzir seu próprio retrocesso ou que apresentam uma tendência ao empate. A Emília Romagna já unificou os serviços e reformulou a rede hospitalar diminuindo o número de leitos e fechando pequenos postos de atendimento. A Toscana reorganizou sua própria rede hospitalar durante um período de 10 anos: desde 1992 até hoje, os estabelecimentos de atendimento hospitalar passaram de 93 para 40 e o número de leitos foi reduzido dos 26.000 em 1992 (23.000 públicos e 3.000 privados) para os 15.400 de 2002 (12.600 públicos e 2.800 privados). A região Marche está discutindo sobre uma proposta de lei de reorganização da saúde, a qual prevê a unificação das 13 AUSL em uma única agência, enquanto que os hospitais passariam de 4 para 2 e o número total de leitos deveria diminuir de 7.200 para 5.800.

No tocante à total reorganização da estrutura do sistema, estão convergindo regiões com elevados graus de retrocesso, como no caso da Puglia<sup>12</sup>. A tentativa referente às manobras de reestruturação do sistema baseia-se essencialmente em três pilares:

- Reequilíbrio dos orçamentos sanitários como um todo;
- Reorganização
  - das atividades internas dos hospitais superando a fragmentação dos estabelecimentos e a redundância das estruturas existentes;
  - desativação contextual, transformação ou reconversão de parte dos estabelecimentos hospitalares atuais em estruturas residenciais ou outros tipos de estruturas assistenciais;
  - unificação funcional de estruturas hospitalares em um só estabelecimento;
  - unificação dos serviços de diagnóstico e tratamento;

---

<sup>12</sup> Vide o planejamento sanitário 2002-2004 da região Puglia.

- requalificação da assistência hospitalar por meio da ativação de centros de excelência e de alta especialização e/ou intensidade tecnológica, a fim de reabsorver a mobilidade extrarregional negativa.

A terceira opção consiste em equilibrar os retrocessos da saúde pública mediante instrumentos de finanças inovadoras<sup>13</sup>, *primeiramente*, emissões de títulos de crédito regionais, *factoring*<sup>14</sup> e **cartolarizações**<sup>15</sup>. Especialmente ativa no âmbito do emprego de métodos de finança inovadora mostrou-se a região Lazio; uma das primeiras entidades a usar o recurso da emissão de títulos de crédito especificamente para o setor da saúde e, mais recentemente, preocupada com operações inovadoras de gestão do patrimônio imobiliário por meio de operações de *asset management*<sup>16</sup> - gestão estratégica do patrimônio por meio de valorizações e vendas – do patrimônio instrumental e não-instrumental das agências de saúde pública. Tais operações prevêm a entrada antecipada de liquidez, pois são combinadas com operações de cartolarização e, no caso da venda do patrimônio instrumental, a não distração do uso do patrimônio<sup>17</sup>.

Para ser eficaz, o recurso a operações financeiras inovadoras deve garantir um volume suficiente de recursos para reequilibrar o retrocesso. Se o retrocesso tivesse que demonstrar características estruturais, as operações financeiras inovadoras não surtiriam efeitos. Além disso, tais operações devem ser avaliadas por uma ótica de longo prazo, visto que aumentam o endividamento.

Concluindo: alguns sistemas de saúde regionais apresentam retrocessos crescentes (Lazio, Campânia, Lombardia). Isto se verifica onde a concorrência entre os sujeitos públicos e entre estes e os privados é mais elevada. O retrocesso, neste caso, é do tipo estrutural, não modificável sem que haja uma reestruturação do sistema como um todo.

Outros sistemas regionais parecem impedir o crescimento dos retrocessos; em alguns casos são até capazes de reduzi-lo. Tal fenômeno se registra onde as tensões competitivas são mais reduzidas: existe um número reduzido de sujeitos públicos, especialmente de sujeitos

---

<sup>13</sup> Além da emissão de títulos de crédito e das cartolarizações, o instrumentário da finança inovadora abrange o financiamento do projeto, as parcerias público-privadas, o leasing, o factoring, as operações imobiliárias, os financiamentos europeus.

<sup>14</sup> O *factoring* é um contrato com o qual um sujeito, denominado cedente, se obriga a ceder os próprios créditos de natureza comercial, a curto prazo, a um operador especializado, denominado cessionário ou factor, o qual, recebendo uma compensação pelo serviço, se obriga a cuidar da gestão, do ganho e da desmobilização antecipada dos créditos.

<sup>15</sup> A cartolarização dos créditos (*securitization*) é uma operação de conversão de créditos em títulos que permite levantar recursos financeiros por meio da venda de títulos de crédito a terceiros investidores. O objeto da “*securitization*” pode ser constituído não só de créditos em sofrimento (como, por exemplo, empréstimos contenciosos), mas também por créditos *in bonis* (que possuem um elevado *rating*, pois são garantidos por direitos reais), contratos de leasing e também por valores de locações, em suma tudo aquilo que produz fluxo de caixa.

<sup>16</sup> Outras operações de administração inovadora do patrimônio imobiliário referem-se ao *property management* (administração geral dos perfis administrativos, contábeis, de manutenção e de conformidade com as normas) e ao *facility management* (administração global dos serviços dos imóveis, desde os tradicionais - instalações, energia, vigilância e limpeza – passando pela tecnologia de informação e indo até o catering e à gestão da frota empresarial).

<sup>17</sup> Ao todo, a operação é qualificada como *sale & leaseback*. Ou seja, as empresas cedem os próprios bens instrumentais a uma sociedade veículo, a qual, uma vez recebido o valor correspondente ao acordado, se obriga a conceder em leasing o próprio bem segundo as regras normais que governam as operações de locação financeira.



financiados por tarifas, e os prestadores privados operam de acordo com as escolhas e as prioridades da programação regional.

O recurso de operações de finanças inovadoras, especialmente quando não é feito em relação a investimentos infra-estruturais, se mostra uma manobra válida no curto prazo: aumenta a liquidez disponível, mas aumenta também o endividamento, sem resolver os problemas de tipo estrutural.

#### **4 A recentralização regional; o desenvolvimento de lógicas de *grip back* no Serviço Nacional de Saúde.**

A apresentação de diversas estratégias de governo das regiões deve ser inserida em um quadro geral de referência das tendências correntes no Serviço Nacional de Saúde Pública, justamente no final de abril de 2003, caracterizado pelo reconhecimento da autonomia definitiva das regiões no setor sanitário, sancionado pelas medidas normativas em atuação no número V.

O tema do federalismo sanitário está, porém, assumindo uma valência completamente diferente do que a assumida nos anos 90, quando ocorreu a passagem do foco da sustentabilidade para o surgimento da recentralização regional e do redimensionamento da autonomia das agências sanitárias, introduzidos pela reforma **bis** do Serviço Nacional de Saúde do início dos anos 90.

De fato, nos últimos anos, foram realizados inúmeros esforços para conseguir uma coerência entre a autonomia institucional, ao nível de programação dos sistemas sanitários regionais, e uma efetiva autonomia financeira, como foi bem evidenciado nas reflexões efetuadas nos parágrafos precedentes.

Em concomitância a uma **sustentabilidade financeira** dos Serviços Sanitários Regionais foi realizada uma reflexão paralela sobre as **sustentabilidades institucional e organizacional** das regiões: o nó desta questão era avaliar a efetiva capacidade das regiões em ativar um sistema de relações com os diversos *stakeholders*<sup>18</sup> públicos – desde as entidades até as universidades - e privados – desde as estruturas sanitárias privadas, *for profit e no profit*, até os profissionais da saúde e suas respectivas associações -, presentes em todo o território regional.

Foi dada especial atenção para verificar o ordenamento organizacional, as modalidades de funcionamento e as competências e os conhecimentos presentes nos órgãos de assessoramento regional; verificação esta que evidenciou que as diferenças encontradas nas capacidades administrativas e de oferta das agências sanitárias e hospitalares estavam presentes em quantidades analógicas, se não maiores, nos órgãos de assessoramento regional (Meneguzzo 1997).

Os próximos anos verão como nó crítico, juntamente com os diversos âmbitos de sustentabilidade acima nomeados, as estratégias de recentralização regional encaradas como respostas imediatas e praticáveis em relação às dificuldades encontradas justamente no terreno da sustentabilidade.

---

<sup>18</sup> n. da t. *acionistas*.

Mas o que significa concretamente a **recentralização das regiões** em um contexto que já vê as regiões desenvolvendo um papel determinante nos respectivos sistemas sanitários regionais?

A esta primeira pergunta se anexa uma segunda questão, mais profunda, relativa à especificidade da recentralização do sistema de saúde pública no que diz respeito ao sistema da administração pública no nosso país e a outros setores da intervenção pública, desde a escola até a universidade e a formação acadêmica, passando pela pesquisa científica.

Concretamente, a recentralização é uma dinâmica exclusiva do Sistema Nacional de Saúde ou está plenamente alinhada com as tendências que andam interessando o setor público dos países adiantados desde 2001?<sup>19</sup>

Nos últimos 2 anos, as administrações públicas têm adotado, de maneira sempre mais extensa, lógicas de *grip back* dentro de um contexto de crescente incerteza institucional (desde a dificuldade das organizações multinacionais até as crises difundidas de legitimação político institucional e o surgimento do tema da segurança) e econômica (a presença de fenômenos de recessão e de estagnação e estabilização do crescimento).

Com este termo são classificadas as políticas que em muitos países, inclusive a Itália, determinaram a consolidação da administração centralizada, levando aos Ministérios atividades anteriormente exercidas pelas agências operacionais e *Authorities*.

Nas políticas de *grip back* estão presentes aspectos muito diversos, desde a exigência de reduzir a quantidade assim como a fragmentação de sistemas administrativos públicos, até a necessidade de reforçar a capacidade de governança direta (função de *government*) em relação à de interação com os diversos atores sociais e institucionais (função de *governance* ou de *stewardship*<sup>20</sup>), as necessidades de intervir nas modestas performances realizadas pelos serviços operacionais em relação às expectativas iniciais dos diversos governos e de reduzir os custos de coordenação por parte dos Ministérios e a exigência de consolidar uma administração central forte no alterado cenário internacional.

## box 2 – Exemplos de *grip back* na Itália

Os sinais da política de *grip back* no contexto italiano são representados pelas recentes afirmações feitas pelo Ministério da Função Pública sobre a necessidade de reduzir e simplificar o sistema das unidades independentes (as *Authorities*) e o processo que vê o Ministério do Meio-Ambiente interessado em trazer para ele a Agência Nacional de Proteção do Meio-Ambiente (ANPA).

Exemplos recentes, precisamente no sistema sanitário, são a nova ordem proposta pelo Instituto Superior da Saúde (reorganização em sete departamentos e em dois centros de pesquisa) e pelo próprio Ministério da Saúde, para o qual são previstos<sup>21</sup> três departamentos: Qualidade (à qual são reconduzidos a programação sanitária, LEA, a ética, as profissões sanitárias e os recursos humanos, o sistema informativo), Inovação, Prevenção e Comunicação<sup>22</sup>.

A emergência SARS e o forte papel que está exercendo o próprio Ministério da Saúde, ao qual estão diretamente ligadas as forças-tarefa regionais, constituem hoje o indicador direto da relação existente entre as lógicas de *grip back* e a resposta às emergências e à incerteza ambientais.

<sup>19</sup> The Economist (ottobre 2002): Is government disappearing? Vide tb. [www.oecd.org/puma](http://www.oecd.org/puma)

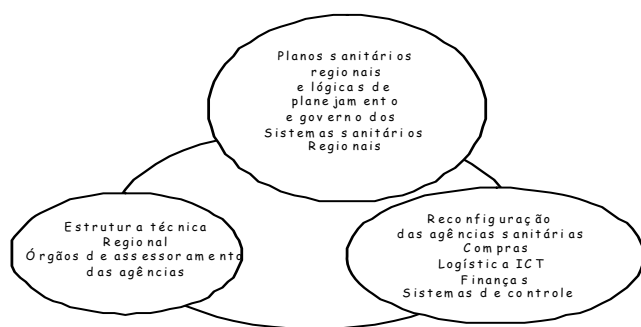
<sup>20</sup> Sobre as características da função de *stewardship* nos sistemas sanitários vide as considerações das principais autoridades internacionais (Banco Mundial, OMS, BID, agências nacionais de cooperação) que dedicaram, em março de 2002, um evento específico sobre o tema (vide [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)).

<sup>21</sup> Regulamento do Conselho Ministerial março 2003.

<sup>22</sup> Il Sole 24 Ore Sanità 25-31 março 2003: *Il Ministero avrà tre...teste*

Três são os possíveis campos de aplicação das lógicas de recentralização regional. Sequencialmente podemos distinguir (i) as lógicas e os sistemas de planejamento regional, (ii) as escolhas de reforço das estruturas técnicas regionais, desde as Direções/Departamentos/Setores nos quais são depositados, nos diversos contextos, a programação e o gerenciamento do serviço sanitário regional, até as agências sanitárias (escolhidas ao nível organizacional) e (iii) as intervenções de reconfiguração da "cadeia de valor" das agências sanitárias.

**Figura 3 Os campos de aplicação das lógicas de recentralização regional**



#### **4.1 As lógicas e os sistemas de planejamento regional.**

Como já foi dito antes, maior atenção foi dedicada recentemente às lógicas de planejamento regional, colocando em evidência uma crescente diferenciação entre as regiões (“escolhas regionais especialmente marcantes e diferenciais”) e a presença de lógicas orientadas para a valorização da função de **governance** das regiões e, portanto, (aparentemente) muito distantes das lógicas de recentralização regionais.

A comparação, efetuada com base no Relatório OASI 2002 (Longo, Fattore 2003) sobre a Emília Romagna, Lombardia e Toscana, avaliando um conjunto de variáveis, dentre as quais devem ser salientados os valores declarados, as relações institucionais, a visão do papel da região e das agências sanitárias e os modelos de referência, coloca sob a luz estratégias e orientações regionais muito distantes da recentralização.

Na tabela abaixo, são comparadas as lógicas de programação regionais com base em algumas variáveis introduzindo os sinais fracos (ou fortes) das lógicas de recentralização regional, que serão conectados às intervenções de reconfiguração da cadeia de valor.

**Tabela 1: Uma comparação entre lógicas de programação regional**

<b>Variáveis Regionais</b>	<b>Lombardia</b>	<b>Emilia Romagna</b>	<b>Toscana</b>
<b>Visão: Região</b>	Região como <b>garante</b> do novo welfare regional reguladora da autonomia das agências	Região coordenadora do Serviço Sanitário Regional	Região arquiteta do sistema e responsável pelas performances financeiras Fortalecimento do governo da região sobre os hospitais
<b>Visão: Agências sanitárias</b>	Ênfase na autonomia, responsabilidade e avaliação das agências  Igualdade público / privada	Ênfase na autonomia, responsabilização e desenvolvimento estratégico organizacional e gerencial	Possíveis cenários alternativos: ➤ Menor autonomia das agências em relação às entidades locais e hospitais ➤ Agências como centro de coordenação da rede inter-institucional
<b>Ordenamento institucional</b>	Região recolhe fundos e financiamento de produtores Transformação dos produtores em institutos 3 setores privados credenciados	Centralismo é papel da AUSL  Instrumentos fortes de governo  Função de comissionamento infra-agências	Hospitais governados em área vasta  Sociedade da saúde (serviços sanitários, territoriais, sociais e sócio-sanitários) Consórcios em área vasta (centralização dos serviços administrativos)
<b>Sinais de recentralização regional</b>	Regionalização dos IRCCS (Institutos de Internação e Tratamento em Caráter Científico)  Regionalização dos IPABs (asilos e <i>day-hospitals</i> )	ASL única área metropolitana de Bolonha  Três centros de serviços regionais supraprovinciais	Área vasta como centro de coordenação das funções administrativas e logístico-hoteleiras

Fonte: Reelaborado por Fattore, Longo, 2002 e Longo, Paruzzolo, 2003

A Lombardia caracteriza-se por **lógicas difusas de governance**, evocando princípios como a subsidiariedade horizontal, a liberdade de escolhas dos usuários, o conseqüente desenvolvimento de lógicas de *empowerment*<sup>23</sup> a competição igualitária público - privado.

<sup>23</sup> *na t. capacitação.*

Ao lado das afirmações programáticas se alojam alguns sinais “fracos”, que a esta altura tornaram-se fortes e que bem testemunham como a **governance** do sistema sanitário regional seja plenamente coerente com um “dirigismo regional”.

Dentre os sinais fracos devem ser certamente evocados a escolha de transformar os IPABs, serviços não-lucrativos que atuam no setor dos idosos (asilos e day-hospitals), em autoridades sociais e/ou fundações, que tenham um papel relevante exercido pela região no Conselho de Administração e, principalmente, a proposta, feita recentemente, de regionalizar os Institutos de Internação e Tratamento em Caráter Científico (ou IRCCS – Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico)<sup>24</sup>.

### **box 3 – A transformação institucional dos IRCCS (Institutos de Internação e Tratamento em Caráter Científico) da Lombardia**

Com esta proposta a região Lombardia deseja transformar os cinco IRCCS operantes em nível regional, com um estoque de 3.800 leitos, em agências/empresas sanitárias, instituindo os Conselhos Administrativos, nos quais além da universidade (MIUR) e do Ministério da Saúde, também a região está destinada a desenvolver um papel importante.

O impacto da proposta regional, ainda em fase de instalação, é relevante se se considera que aos Conselhos Administrativos são atribuídas funções do tipo definição do estatuto e do regulamento organizacional, formulação do certificado empresarial, linhas de conduta para o gerenciamento dos recursos humanos e das participações societárias.

O impacto da regionalização dos IRCCS e IPAB aumentaria a capacidade de governo e de coordenação estratégica da região não somente dentro do sistema sanitário público, mas também dentro do privado no profit.

O modelo proposto, que reivindica o papel da região como “regulador e financiador” com amplos espaços de autonomia para as agências sanitárias e um decisivo redimensionamento do papel das entidades locais (Fattore, Longo 2003), evidencia a consolidação do papel da região como chefe forte do grupo de um sistema de agências sanitárias para as quais, como veremos, são endereçadas linhas de conduta e comportamento que condicionam não só o planejamento estratégico, mas também a própria gestão operacional.

Na Emília Romagna são confirmadas lógicas de governo regional, sempre em relação às agências sanitárias, com sinais fracos de **governance**, conectadas ao desenvolvimento de lógicas de programação interinstitucional (região, ASL - Agência Sanitária Local e Agências Hospitalares, províncias e cidades) e a introdução e a consolidação de lógicas de rede nos serviços sanitários territoriais e no setor hospitalar (Fattore, Longo 2003).

Em relação ao modelo de **governance** da Lombardia, este modelo confirma o papel das autonomias locais no âmbito das lógicas de programação interinstitucional e não coloca em discussão os espaços conquistados até agora de autonomia das agências (Agência Sanitária Local e serviços hospitalares); uma lógica de *government* parece garantir maiores espaços de ação em relação a uma lógica de *governance*.

O caso da Emília Romagna evidencia fortes sinais de uma intervenção regional sempre maior; os exemplos significativos são:

- a criação da ASL única para a área metropolitana de Bolonha que se caracterizou como projeto levado pela região e não pelos governos locais (Conferência Sanitária Região Área Metropolitana 2002), em relação às considerações da lei 3 de 1999;

<sup>24</sup> Il Sole 24 Ore Sanità, 1-7 abril 2003: *Formigoni si prende gli IRCCS*.

- a proposta de criar três centros de serviço ao nível supraprovincial no âmbito das aquisições e do gerenciamento em pool dos serviços administrativos.

Por fim, o modelo de programação adotado na região Toscana vê combinadas as lógicas fortes de *government* regional, do qual o indicador significativo é a previsão das áreas vastas, reunidas em torno das três Agências hospitalares pólo.

Às vastas áreas vem dada a função de programação da rede hospitalar; mas as áreas vastas exercem um papel relevante ao nível de influência sobre a gestão das agências sanitárias, já que é prevista a centralização das funções administrativas (compras, gerenciamento do pessoal, gestão econômico-financeira) nos Consórcios de áreas vastas (região Toscana 2002).

A orientação decisiva sobre a afirmação do papel central da região como referente e promotor estratégico das áreas vastas se relaciona ao desenvolvimento das lógicas de **governance** pública, similares àquelas relacionadas à adoção de lógicas de programação interinstitucional da Emília Romagna.

O elemento fundamental da **governance** pública são as Sociedades da Saúde, que se transformam em um desmembramento interinstitucional relevante entre as políticas de oferta de serviços sócio-sanitários das Agências Unidade Sanitária Local (USL) e aquelas de oferta de serviços sócio-assistencialistas por parte dos municípios (Fattore, Longo 2002).

#### 4.2 Escolhas ao nível organizacional

Um segundo importante ponto de verificação sobre a vontade de introduzir e desenvolver políticas de *grip back* no setor da saúde pública e sócio-sanitária é representado pelas escolhas feitas a nível de ordem organizacional.

As reflexões sobre os modelos organizacionais estão estreitamente ligadas às reflexões mais gerais, próprias da área do "*new public management*" e do desenvolvimento de lógicas gerenciais dentro do setor público, nas quais se pretende avaliar a coerência entre escolhas estratégicas e escolhas organizacionais.

A este propósito recordamos que a difusão de lógicas de **governance** deveria traduzir-se em um enxugamento e uma simplificação das ordens organizacionais regionais por meio da adoção dos modelos de administração virtual, administração em rede e administração "aberta" (Mintzberg 1996; Reborá 1999; Meneguzzo 2000).

O elemento comum aos diversos modelos, que implicam na superação de modelos organizacionais burocráticos regionais, é o *downsizing* das estruturas organizacionais, que é traduzido ou como um redimensionamento dos órgãos de assessoramento ou como a criação de autoridades públicas ou ainda como um recurso extensivo à sociedade de **consulta** e centros de pesquisa públicos e privados.

Na realidade, as declarações de princípio do planejamento regional baseado em "maiores espaços de autonomia para as agências sanitárias, consolidação do papel das entidades locais e difusão da **governance**" não foram traduzidos como escolhas de *downsizing*; muito pelo contrário, em algumas realidades regionais procederam-se à consolidação da ordem organizacional interna (*upsizing*) e, em outras realidades, à duplicação dos centros de governo e coordenação do sistema sanitário regional por meio da ativação, a partir de 1994, das agências sanitárias regionais (Lega, Perri 2003).

Pode-se, portanto, afirmar que as agências sanitárias regionais representam uma das condições necessárias para colocar em prática as políticas de recentralização dos sistemas sanitários regionais e não um sinal de desagravo do papel de importância estratégica das



regiões em direção a um modelo de governo difuso e baseado na multiplicidade de atores e participantes públicos e privados.

Um resumo das diversas experiências atuais evidencia dinâmicas completamente de acordo com as lógicas de *grip back* e de recentralização representadas por:

- Uma consolidação das estruturas de administração direta: de fato, nota-se uma decisiva consolidação das estruturas organizacionais gerenciadas diretamente pelas regiões (direções gerais, setores, departamentos) responsáveis pela intervenção do setor sanitário e sócio-assistencial; de fato, a maior parte das regiões refocalizou a própria ordem organizacional em um número reduzido de unidades de primeiro nível;
- Uma atribuição de função de *think tank* das agências: de fato, está atribuído às doze agências sanitárias constituídas até o momento um papel prevalente de centro de estudos enquanto que o de suporte e **consultação** estão atribuídos ou para o órgão executivo da região (a junta) ou para o órgão legislativo (Conselho regional) (Lega, Perri 2003)

Somente em um caso (Friuli Venezia Giulia), a agência sanitária intervém de maneira direta no serviço sanitário regional, centralizando ao nível regional as funções atribuídas às agências sanitárias (investimentos em tecnologias biomédicas).

Dentro desta lógica, as agências exercem mais funções de promoção da **governance** regional, colocando à disposição dos diversos *stakeholders* informações e indicações; já os processos de recentralização que podem ser estudados, analisados e projetados pelas agências e as intervenções na cadeia de valor das agências sanitárias encontram-se, contudo, firmes nas mãos das tecnoestruturas regionais de administração direta.

Os três casos regionais de possível instituição de uma ASL única regional (Marche, Abruzzo e Molise) vêm de fato confirmado o forte papel das tecnoestruturas regionais, mesmo que com a presença da fórmula de agências.

Dentro desta perspectiva é possível prever, com base no modelo do sucedido com os *think tanks*<sup>25</sup> internos do setor público, possíveis cenários evolucionais para as agências sanitárias que vão desde seu decisivo redimensionamento (até o desfacelamento) até a sua possível consolidação (alternativa pouco plausível para esta fase), por meio da administração direta dos interventos de reconfiguração do sistema sanitário regional e da **re-projeção** da cadeia de valor das agências sanitárias.

#### 4.3 Intervenções de reconfiguração da cadeia de valor dos serviços sanitários

---

<sup>25</sup> Para tal propósito lembramos que uma análise comparativa das unidades de pesquisa e desenvolvimento para o suporte da PA em diversos contextos (USA, Canadá, Reino Unido e França) classificou os *think tanks* em dois grandes tipos. Dentro da realidade norte-americana (Weaver 1990) existem três configurações bem distintas, ou seja, a “universidade sem estudantes”, as “organizações para o desenvolvimento de pesquisas por contrato” e os “*advocacy tanks*” (estes últimos são a expressão de lobbies e grupos de pressão). Dentro do contexto europeu, muitos *think tanks* estão diretamente inseridos dentro da administração pública; um exemplo interessante é dado pelo Secretariado permanente de planejamento urbano promovido na França por uma delegação voltada para a pesquisa e a inovação, ativada conjuntamente pelo Ministério da Infraestrutura, Transportes, Construção e Mar e pelo Ministério de Pesquisa e Tecnologia.

O último relevante âmbito de observação da tendência à recentralização é representado pelas intervenções regionais com a finalidade de desenvolver um projeto do sistema sanitário regional e uma reconfiguração da cadeia de valor das agências sanitárias.

Como se vê na tabela 2, o processo de redefinição do zoneamento iniciado após os decretos-legislativos 502 e 517 no início dos anos 90, juntamente com as respectivas intervenções de descorporização das agências hospitalares e de fusão das USL existentes anteriormente, teve sua continuidade no decorrer dos anos 90.

**Tabela 2 – Alguns exemplos de reorganização da rede de oferta pública a nível regional**



Exemplos relevantes são representados pela experimentação gerencial realizada entre as sete agências hospitalares públicas da cidade de Milão, que não levou à introdução de novas ordens institucionais (por ex. a uma agência multi-hospitalar) (Meneguzzo, 1996), assim como a fusão entre as agências sanitárias da área metropolitana de Bolonha, ocorrida em 2002, fusão esta que foi acompanhada pela criação de um centro de serviços representado pela Central Interempresarial de Compras.

Exemplos recentes lembrados como sinais fracos e/ou fortes da recentralização são representados pelas experiências das redes sanitárias do Piemonte (Donna, 2002), que reforçaram o primeiro contacto original para com a programação sanitária do Piemonte baseado em quadrantes, ou seja, em macro-áreas ao nível sub-regional<sup>26</sup>, e a criação de vastas áreas, na região Toscana, em sintonia com as lógicas de ativação dos centros de serviço.

Recentemente, em algumas regiões de dimensão médio-pequena, foram elaborados três projetos de redefinição total do sistema sanitário regional que combinam a lógica dos centros de serviço nas áreas administrativa, tecnológica e hoteleira com a lógica da fusão empresarial das agências sanitárias locais.

Estes projetos estão interessando as regiões Marche, Molise e Calábria e devem ser avaliados com extrema atenção devido à possibilidade de antecipar a evolução proposta por alguns sistemas regionais aparentemente inspirados em lógicas de governance, mas substancialmente caracterizados pela consolidação da função de governo da região (vide a tabela 3 para visualizar um quadro-síntese das características das diversas propostas).

**Tabela 3 – Os projetos de recentralização da saúde regional em 2003**

Marche	ASL única e 2 Unidades Hospitalares Higiene, prevenção e serviços técnico-administrativos gerenciados ao nível regional.
Molise	2 ASL contra uma ASL única

<sup>26</sup> Il Sole 24 Ore Sanità, 25 fevereiro - 3 março 2003: *Piemonte - PSR 2003 2005 al primo sì*.



	Centralização do suporte técnico-administrativo.
Calábria	ASL única com 11 zonas 6 Agências Hospitalares fornecedoras de linhas de procedimento e endereços regionais.

A região Marche desenvolveu um papel precursor nos processos de recentralização regional; a proposta da região prevê uma Agência Sanitária Local única, subdividida em 13 zonas (transformando, assim, as atuais 9 ASL com duas Agências Hospitalares) (Fattore & Longo, 2002; Longo & Paruzzolo, 2003).

Esta operação levaria à centralização dos serviços de suporte técnico logístico e administrativo ao nível regional, enquanto que para as outras funções seriam previstas modalidades de oferta em escala regional (higiene pública e veterinária), em escala zonal/subregional (hospitalar) e em escala subzonal (distritos sanitários).

A organização regional é de decisiva intervenção nas atividades de suporte (nas atividades de infraestrutura na cadeia de valor dos serviços sanitários), no desagravo e na simplificação dos processos decisórios, como é evidenciado pela “quase sobreposição” entre ASL única e região (Órgão de Assessoramento e Agência).

Recentemente, a região Molise apresentou uma proposta<sup>27</sup> em estreita coerência com as lógicas de recentralização. A proposta prevê a passagem de 4 a 2 ASL, como etapa intermediária em direção à ASL única; o objetivo do *downsizing* institucional é a simplificação dos processos decisórios, o redimensionamento dos serviços de suporte técnico administrativo, a obtenção de economias de escala ligadas à centralização das funções de suporte e a uma maior adequação na oferta das prestações de serviços sanitários.

#### box 4- As economias de escala estimadas pela região Molise

A região Molise estima conseguir, no triênio, economias de escala próximas a €32 milhões, sendo que destes 2,7 referentes à centralização dos serviços administrativos e técnicos, 7 referentes à ativação de disputas regionais e compras on line, 9 devido a intervenções na despesa farmacêutica, 9 devido à redução dos asilos não-apropriados e, por fim, 4 para a realização de experimentações gerenciais.

De extremo interesse em relação a outras opções de recentralização é a quantificação efetuada pelas economias de despesa associada à reconfiguração do sistema sanitário regional.

Il Sole 24 ore Sanità, 4 - 10 de fevereiro 2003.

Recentemente, a região Calábria apresentou uma proposta de reorganização total do serviço sanitário regional, onde foram combinados elementos do modelo da região Marche (ASL única regional) e do modelo de separação comprador / fornecedor da Lombardia.

Salientamos que a nova ordem é extremamente coerente com a orientação à centralização regional; de fato, o sustentáculo central da nova configuração é o Órgão de Assessoramento da Saúde e da Programação Sanitária assim como sua estrutura operacional, o Departamento da Saúde.

Ao Departamento da Saúde são atribuídas funções relevantes, particularmente a formulação de diretrizes e orientações na área hospitalar, de emergência, de urgência, de diagnóstico ambulatorial e de medicina de base.

#### box 5- A reorganização do Sistema Sanitário Regional da Calábria

<sup>27</sup> Il Sole 24 Ore Sanità, 4-10 de fevereiro 2003: *Molise Sfortimento in vista per le ASL*.

Ao Departamento de Saúde se submete a Agência Sanitária Única Regional, da qual são dependentes onze zonas (as antigas ASL), subdivididas em distritos responsáveis pela assistência sanitária e sócio-sanitária de base.

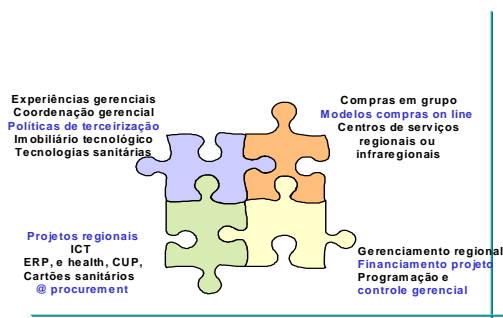
A oferta de serviços sanitários de segundo e terceiro níveis (internação de casos agudos, *day hospital* e *day surgery*, longas hospitalizações e reabilitação, especialidades e diagnósticos ambulatoriais) são de competência das agências hospitalares.

A escolha de Agências Sanitárias Locais únicas regionais, de consolidação das estruturas organizacionais, como centro de SSR (com exceção da região Marche, que apresenta uma dupla coordenação, Agência e Órgão de Assessoramento), e a procura de economias de escala nas funções de suporte técnico, administrativo e logístico constituem elementos transversais das três experiências avaliadas e, provavelmente, preparam a transição, em outras regiões, para um último empurrão em direção à recentralização regional.

A reflexão sobre a tendência à recentralização deve ser completada com algumas considerações resumidas sobre as intervenções que as regiões estão colocando em prática sobre a cadeia de valor<sup>28</sup> das agências sanitárias.

Nos últimos dois anos, coerentemente com as lógicas de recentralização, as regiões se concentraram nas fases da cadeia de valor das agências sanitárias, que permitem gerar interrelações de infraestrutura.

**Figura 4** As intervenções das regiões na cadeia de valor das agências sanitárias e hospitalares



Em primeiro lugar, foram procuradas economias de escala na função de abastecimento por meio de lógicas de compras centralizadas e projetos de criação de portais de *e-procurement* em nível regional, estreitamente ligadas com as políticas de compras *on line* em nível nacional<sup>29</sup>.

Outras políticas acionadas pelas regiões em relação às agências sanitárias interessaram outras funções de suporte, tais como administração e contabilidade, finanças, exemplo de centralização total das operações ao nível regional, programação e controle das atividades

<sup>28</sup> Por cadeia de valor (Porter, 1986) são entendidas as diversas atividades que produzem valor dentro das empresas, desde a logística na entrada até a logística da saída (sistema de gestão dos serviços, marketing e comunicação social), e todas as atividades de suporte (gerenciamento dos recursos humanos, administração e finanças, tecnologia, abastecimentos, ICT).

O conceito de cadeia de valor foi, depois, mais desenvolvido em termos de constelação e redes de valor (Normann Ramirez, 1995; Parolini, 1996) e declinado para as administrações públicas (Rebora, Meneguzzo, 1990) e as mesmas organizações sanitárias públicas em cadeia da qualidade de serviço (Meneguzzo 2000).

<sup>29</sup> Para um conhecimento aprofundado das políticas desenvolvidas pelas autoridades sanitárias sobre a função de abastecimento, vide Buccoliero, Meneguzzo, 1999.

(por ex. os projetos regionais de controle de gestão da Lombardia, Calábria, Marche, Abruzzo), logística e gestão dos espaços, dos transportes internos e das comunicações, manutenção dos imóveis, da tecnologia e das instalações.

#### box 6- Exemplos de coordenação de políticas de compras

Recentes exemplos de coordenação de políticas de compras com um forte papel de promoção e coordenação estratégicas das regiões são:

- A organização das compras em grupo por parte das USL da região Vêneto, que prevê a USL de Rovigo como a responsável por agulhas e seringas; a USL de Treviso e Venezia responsável pelos *pacemakers*; a USL di Vicenza e Treviso responsável pelos medicamentos e a USL de Pádua responsável pelo material de medicação  
(Il Sole 24 ore sanità 25 de fevereiro 3 março 2003);
- O acordo da região Lombardia entre a região, as agências sanitárias e as IRCCS, referente ao protocolo de pacto entre região, Ministério da Economia e das Finanças e Consip, que prevê a realização de uma central única de compras dotada de "instrumentos informativos e telemáticos (Informáticos), incluído um *market place*", com validade até 2004 e com o objetivo de obter economias de até 500 milhões de euros.  
Il Sole 24 Ore Sanità, 8-14 de abril 2003: *Lombardia: Beni e servizi: risparmio in cordata.*

As regiões, dentro desta última parte, estão promovendo e coordenando cada vez mais operações de *outsourcing*<sup>30</sup> junto às agências sanitárias, tornando-se assim interlocutores diretos de possíveis políticas nacionais para a externalização das atividades e das funções do setor público que são consideradas de porte nacional.

#### box 7- A externalização das atividades na Toscana

A experiência mais interessante é aquela dos consórcios de vasta área da região da Toscana, constituídos em forma societária (sociedade cooperativa de responsabilidade limitada), nos quais se prevê concretamente uma externalização para os centros de serviço em nível infraregional; em particular, as áreas previstas no consórcio da área vasta da área florentina (Consórcio Área Vasta Centro scarl 2003) são:

- Compras em grupo por 174 milhões €
- Gestão dos depósitos de abastecimento e logística;
- Gestão dos sistemas informáticos e das tecnologias informáticas;
- Gestão dos procedimentos **concursoais** e da contabilidade dos empregados;
- Gestão do patrimônio (manutenção, licitações e alienações);
- Gestão da formação de pessoal;
- Gestão do serviço das questões legais.

Outra área de significativo desenvolvimento de lógicas de recentralização regional é o da *Information communication technology* (ICT); todas as regiões coordenaram diretamente a formulação de projetos importantes de *e-government* ao nível nacional e, em alguns casos, puseram à disposição recursos próprios para o desenvolvimento de projetos no campo do ICT do do *e-health* por parte das ASL e agências hospitalares.

Cada vez mais as regiões estão tomando a direção de sair dos modelos de referência cunhados pelas lógicas de coordenação fraca, caracterizados pelo desenvolvimento de projetos-piloto, financiamentos objetivos e de linhas de orientação não-prescritivas para modelos que combinam elementos de *parceria* e empreendedorismo local (o co-financiamento dos projetos apresentados pelas agências sanitárias, sua realização por meio de sociedades mistas) e elementos de coordenação forte (guidelines e projetos especiais

---

<sup>30</sup> n. da. t. ou terceirização.

diretamente gerenciados ao nível regional, consolidação das sociedades operacionais e dos centros de serviço operacionais a nível regional – por exemplo, CSI Piemonte, Lombardia informática, Friulia informática).

**Figura 5** Os possíveis modelos de referência de políticas regionais do ICT na saúde pública

