

# **Aspectos Federativos das Reformas dos Sistemas Públicos de Saúde**

*Basilia Aguirre*

## **I. Introdução**

O objetivo deste artigo é o de analisar as soluções que as grandes federações do mundo encontraram para equacionar os problemas de competências e responsabilidades no fornecimento dos serviços públicos de saúde, procurando atingir bons níveis de atendimento sem descuidar da questão do controle dos custos dos mesmos. Especialmente em países grandes, como a Alemanha, a Austrália, o Canadá, a Espanha e os EUA, assim como o Brasil, o fornecimento de serviços de saúde adquire uma complexidade maior. Esta advém do fato de que a estrutura política destas nações possui um nível adicional de autonomia governamental, que os demais países não possuem.

A forma como são estabelecidas as responsabilidades e competências relacionadas ao fornecimento dos serviços de saúde entre as três esferas de governo tem implicações importantes sobre a eficiência macro e microeconômica dos serviços e, também, sobre a sua equidade. A criação do SUS - Sistema Único de Saúde - procurou estabilizar a oferta dos serviços de saúde e adequá-la à exigência constitucional de universalidade do acesso aos serviços. Mais recentemente a NOB-SUS/96 procurou ordenar as relações entre os vários níveis de governo através de uma descentralização do fornecimento dos serviços de saúde, o processo de municipalização dos serviços de saúde. O propósito foi o de equacionar problemas do tipo dos que foram citados no item anterior. Em linhas gerais é possível demonstrar que os instrumentos postos em prática pelo SUS, são totalmente justificáveis, sob o ponto de vista da teoria.

Contudo, por mais que se possa, teoricamente, justificar as medidas implementadas por este sistema, observa-se, na prática, uma dificuldade muito grande de introduzi-las.

O problema, ao que tudo indica, estaria associado a dificuldades por parte dos níveis estadual e municipal de governo em aceitar assumir as funções que anteriormente eram executadas pelo Governo Federal. As razões para esta resistência podem ser de várias naturezas. Entre elas podemos citar: (1) divergências partidárias ou de grupos políticos regionais; (2) expectativa de não cumprimento dos acordos por parte do Governo Federal, como o não repasse ou atraso de recursos; (3) receio dos impactos

dos efeitos das externalidades, especialmente no caso de centros de atendimento médico importantes, em termos nacionais, ou regionais, como o município de São Paulo; (4) o medo que a melhoria dos serviços de saúde provoque um aumento da demanda pelos serviços e que em virtude disto os recursos repassados sejam insuficientes; (5) o nível de comprometimento político da administração estadual ou municipal com a saúde da população; (6) a tentativa de não se responsabilizar por tais serviços, uma vez que é mais cômodo responsabilizar o Governo Federal, e/ou o estadual, no caso de municípios, pelo mau atendimento, entre outras.

Permeando todas estas questões está o problema da natureza do processo decisório. Como é sabido, no caso do SUS, uma parcela significativa das decisões sobre alocação de recursos é tomada na esfera dos conselhos de saúde, seja federal, estaduais ou municipais. Isto significa que não estamos diante de um processo decisório do tipo agente principal. Neste caso, não existe a figura de um agente que tem o poder de decisão. Ao contrário, as decisões são tomadas num processo de negociação onde os resultados, podem não ser os mais eficientes, dada a existência do problema dos pequenos grupos na decisões coletivas. Além disso, em função da gravidade do problema da informação assimétrica é razoável supor que determinados grupos estejam em posição de extraírem benefícios maiores que outros. Devemos, ainda, considerar que, na decisão coletiva, implícita nesta negociação, certamente estará refletida a consideração de outros critérios, como a equidade, além dos que são enfatizados pela teoria econômica, como as questões de eficiência.

Estas questões nos remetem à discussão a respeito de quais devem ser as regras que orientam as relações entre os três níveis de governo na busca do objetivo de melhoria dos serviços públicos de saúde. Além disso, e mais importante ainda, como é possível implementar mudanças de regras quando existem fortes resistências para tanto? Esta discussão não pode ser realizada, exclusivamente, à luz da teoria neo-clássica tradicional. Ela requer o recurso à Economia Institucional bem como da Teoria da Escolha Pública.

Diante deste fato vamos, em primeiro lugar, apresentar algumas informações sobre os serviços públicos de saúde em algumas das maiores federações dentre os países industrializados. As federações escolhidas para tal comparação são: Alemanha, Austrália, Canadá, Espanha e Estados Unidos da América. O objetivo desta seção é o de mostrar que mesmo entre países de nível de renda elevado constata-se diferenças significativas da eficácia do sistema de saúde as quais podem estar diretamente

associadas ao específico arranjo institucional dos mesmos.

## **II. Características dos serviços de saúde em algumas federações selecionadas**

No mundo existe um grande número de federações. Uma lista completa destas provavelmente relacionaria 16 países que podem ser considerados federações. Existe um grande número de países que vem evidando esforços no sentido de descentralizar uma série de serviços públicos mas estes não estão no escopo deste trabalho uma vez que a eles falta a característica básica das federações a qual é existência de algum grau de autonomia nas decisões relativas a direito de legislar sobre impostos, direito de coletar impostos e direito de gastar os impostos. Sendo assim, tomando-se em consideração os dezesseis países listados temos que nem todos eles devem ser considerados em estudos de eficácia nos serviços de saúde, especialmente se o objetivo é o de compara-los com o Brasil. Alguns deles, não devem entrar no conjunto a ser analisado por serem países muito pequenos, nos quais a natureza do problema da oferta de serviços públicos de saúde é completamente diferente, inclusive quanto à logística da localização espacial dos serviços. Este é o caso da Áustria, da Bélgica e da Suíça (Vide Tabela II.1). Outros não são candidatos a compor o conjunto selecionado em função de, assim como o Brasil, não terem conseguido dar respostas satisfatórias aos problemas mais urgentes de saúde da população. (Vide Tabela II.2) Neste caso encontram-se a África do Sul, a Argentina, a Índia, o México e a Venezuela. A Rússia e a China apesar de possuírem indicadores de saúde da população acima da média dos países em desenvolvimento não devem integrar o conjunto de países escolhidos uma vez que os acontecimentos posteriores a 1990 indicam que o sistema de saúde destes países pode vir a sofrer com as transformações que vem ocorrendo. Sobram desta feita cinco países que por serem grandes e conseguirem oferecer um serviço de saúde às suas populações de nível adequado merecem ser analisadas com atenção. Estes são: Alemanha, Austrália, Canadá, Espanha e Estado Unidos da América.

**Tabela II.1**

variáveis	População	PNB p/c	PIB p/c	Gasto total em saúde	Gasto público em saúde	Gasto p/c em saúde	Gasto p/c público em saúde	GP/G T
ano	1998	1993	1993	1990	1990	1990	1990	1990
unidade	(mil hab.)	(US\$)	(PPP)	% do PNB	% do PNB	(US\$)	(US\$)	%
EUA	273.754	26.037	24.680	12,7	5,6	3.306,70	1.458,07	0,44
Suíça	7.325	42.416	22.720	7,5	5,1	3.181,20	2.163,22	0,68
Canadá	30.194	18.943	20.950	9,1	6,8	1.723,81	1.288,12	0,75
Bélgica	10.213	26.582	19.540	7,5	6,2	1.993,65	1.648,08	0,83
Áustria	8.210	29.006	19.115	8,3	5,5	2.407,50	1.595,33	0,66
Alemanha	82.401	29.632	18.840	8,0	5,8	2.370,56	1.718,66	0,73
Austrália	18.445	20.046	18.530	7,7	5,4	1.543,54	1.082,48	0,70
Espanha	39.754	14.111	13.660	6,6	5,2	931,33	733,77	0,79
Venezuela	23.242	3.496	8.360	3,6	2,0	125,86	69,92	0,56
Argentina	36.123	8.055	8.350	4,2	2,5	338,31	201,38	0,60
México	95.831	2.700	7.010	3,2	1,6	86,40	43,20	0,50
Brasil	165.158	4.510	5.500	4,2	2,8	189,42	126,28	0,67
Rússia	147.231	2.451	4.760	3,0	2,0	73,53	49,02	0,67
África do Sul	44.296	3.230	3.127	5,6	3,2	180,88	103,36	0,57
China	1.255.091	582	2.330	3,5	2,1	20,37	12,22	0,60
Índia	975.771	365	1.240	6,0	1,3	21,90	4,75	0,22

variáveis	População	PNB p/c	PIB p/c	Gasto total em saúde	Gasto público em saúde	Gasto p/c em saúde	Gasto p/c público em saúde	GP/G T
ano	1998	1993	1993	1990	1990	1990	1990	1990
unidade	(mil hab.)	(US\$)	(PPP)	% do PNB	% do PNB	(US\$)	(US\$)	%
EUA	273.754	26.037	24.680	12,7	5,6	3.306,70	1.458,07	0,44
Suíça	7.325	42.416	22.720	7,5	5,1	3.181,20	2.163,22	0,68
Canadá	30.194	18.943	20.950	9,1	6,8	1.723,81	1.288,12	0,75
Bélgica	10.213	26.582	19.540	7,5	6,2	1.993,65	1.648,08	0,83
Áustria	8.210	29.006	19.115	8,3	5,5	2.407,50	1.595,33	0,66
Alemanha	82.401	29.632	18.840	8,0	5,8	2.370,56	1.718,66	0,73
Austrália	18.445	20.046	18.530	7,7	5,4	1.543,54	1.082,48	0,70
Espanha	39.754	14.111	13.660	6,6	5,2	931,33	733,77	0,79
Venezuela	23.242	3.496	8.360	3,6	2,0	125,86	69,92	0,56
Argentina	36.123	8.055	8.350	4,2	2,5	338,31	201,38	0,60
México	95.831	2.700	7.010	3,2	1,6	86,40	43,20	0,50
Brasil	165.158	4.510	5.500	4,2	2,8	189,42	126,28	0,67
Rússia	147.231	2.451	4.760	3,0	2,0	73,53	49,02	0,67
África do Sul	44.296	3.230	3.127	5,6	3,2	180,88	103,36	0,57
China	1.255.091	582	2.330	3,5	2,1	20,37	12,22	0,60
Índia	975.771	365	1.240	6,0	1,3	21,90	4,75	0,22

**População e Padrão de Gastos em Assistência Saúde**

Fonte: WHO

**Tabela II.2**

variáveis	Esperança de vida ao nascer	Mortalidade infantil	Probabilidade de morte antes do 5º ano de vida	Mortalidade materna
ano	1990-1995	1990-1995	1995-2000	1990
unidade	(anos)	(p/ 1.000 nasc.vivos)	%	(p. 1000.000 nasc.vivos)
EUA	76,0	8,8	0,009	12
Suíça	78,0	6,0	0,007	6
Canadá	77,4	6,8	0,008	6
Bélgica	76,4	6,2	0,007	10
Áustria	76,2	7,2	0,007	10
Alemanha	76,0	6,3	0,007	22
Austrália	77,7	6,6	0,008	9
Espanha	77,6	7,3	0,008	7
Venezuela	71,8	23,2	0,024	120
Argentina	72,1	24,3	0,025	100
México	70,8	36,0	0,039	110
Brasil	66,3	57,7	0,067	220
Rússia	67,6	21,0	0,029	75
África do Sul	62,9	52,8	0,068	230
China	68,5	44,5	0,042	95
Índia	60,4	81,7	0,095	570

variáveis	Esperança de vida ao nascer	Mortalidade infantil	Probabilidade de morte antes do 5º ano de vida	Mortalidade materna
ano	1990-1995	1990-1995	1995-2000	1990
unidade	(anos)	(p/ 1.000 nasc.vivos)	%	(p. 1000.000 nasc.vivos)
EUA	76,0	8,8	0,009	12
Suíça	78,0	6,0	0,007	6
Canadá	77,4	6,8	0,008	6
Bélgica	76,4	6,2	0,007	10
Áustria	76,2	7,2	0,007	10
Alemanha	76,0	6,3	0,007	22
Austrália	77,7	6,6	0,008	9
Espanha	77,6	7,3	0,008	7
Venezuela	71,8	23,2	0,024	120
Argentina	72,1	24,3	0,025	100
México	70,8	36,0	0,039	110
Brasil	66,3	57,7	0,067	220
Rússia	67,6	21,0	0,029	75
África do Sul	62,9	52,8	0,068	230
China	68,5	44,5	0,042	95
Índia	60,4	81,7	0,095	570

## Indicadores de Condições de Saúde

Fonte: WHO

Observando-se as tabelas acima a conclusão mais evidente que surge é a já conhecida diferença de desempenho entre as nações de renda ricas e aquelas de renda per-capita baixa. Contudo, observamos que existem diferenças acentuadas de desempenho no que se refere aos indicadores do setor de saúde entre as nações de renda mais elevada. Isto indica que a forma como são encaminhadas as questões da área podem afetar o desempenho. Além disso, quanto o desempenho da Espanha é comparado com o das demais federações de renda alta conclui-se que não é necessário atingir níveis de renda per-capita tão altos quanto os da Austrália ou o do Canadá para oferecer um sistema de saúde de nível comparável ao daqueles países. Outra evidência que salta à vista naquelas comparações é a de que um nível de renda extremamente elevado,

como o dos Estados Unidos da América, não é garantia para uma oferta de serviços de assistência à saúde de alta qualidade, uma vez que este país apresenta os piores indicadores de qualidade de serviços de saúde entre as federações desenvolvidas.

Da mesma forma como as diferenças no desempenho dos serviços de atenção à saúde entre os países de renda per-capita alta e média mostram-se surpreendentes podemos observar diferenças ainda mais significativas de desempenho entre os países de renda per-capita baixa. Países como a China e a Rússia apresentam um desempenho surpreendente em relação ao seu nível de renda. Já o Brasil possui um desempenho muito fraco quando comparado a países de nível de renda per-capita próximo, como a Argentina, o México e a Venezuela e mesmo com países de renda per-capita bem mais baixo como a Rússia e a China. Dentre as grandes federações com renda per-capita abaixo dos US\$PPP 10.000,00 per-capita as únicas que apresentam desempenho pior que o Brasil são a África do Sul e a Índia.

A OECD apresenta ainda alguns outros indicadores de saúde para os seus países membros. Estas informações permitem uma percepção um pouco mais próxima de que um nível de renda per capita elevado não é condição suficiente para uma oferta de serviços de saúde de qualidade superior para o conjunto da população. Como pode ser observado na Tabela II.3 os resultados dos indicadores de saúde fornecidos pela OECD variam substancialmente entre as federações membros. O resultado mais saliente é o sistemático desempenho menos favorável dos Estados Unidos da América em comparação às demais federações desenvolvidas. Os EUA registram uma mortalidade infantil 23,9% superior à média dos demais países. O número de crianças que saem dos hospitais nos EUA abaixo do peso é 17,9% superior à média dos outros países. Nos EUA a população tem 120,1% mais doenças infecciosas do que na média dos demais países. O número de clínicos gerais nos EUA é 74,8% menor dos que a média das outras federações desenvolvidas.

**Tabela II.3**  
**Indicadores de Saúde para Federações da OECD**

países	mortalidad e infantil	baixo peso	consultas per-capita	doenças infec. e paras.	ocupação de leitos	densidade médica	densidade de clínicos gerais
Alemanha	5,8	5,8	5,7	9,5	82,4	3,2	34,4
Austrália	6,1	6,3	6,6	5,3	73,8	2,4	46,6
Canadá	6,8	5,5	6,9	10,8	78,5	2,2	55,9
Espanha	6,8	5,4	nd	9,0	74,7	4,1	nd
EUA	8,4	7,1	5,9	27,2	64,4	2,5	9,2

países	mortalidad e infantil	baixo peso	consultas per-capita	doenças infec. e paras.	ocupação de leitos	densidade médica	densidade de clínicos gerais
Alemanha	5,8	5,8	5,7	9,5	82,4	3,2	34,4
Austrália	6,1	6,3	6,6	5,3	73,8	2,4	46,6
Canadá	6,8	5,5	6,9	10,8	78,5	2,2	55,9
Espanha	6,8	5,4	nd	9,0	74,7	4,1	nd
EUA	8,4	7,1	5,9	27,2	64,4	2,5	9,2

**Fonte: OECD Health Data 98**

Uma outra informação com grande significado é a que é apresentada na Tabela II.4. Nesta são apresentados os resultados relativos à cobertura e compartilhamento de custos dos serviços de saúde públicos nas cinco federações com as quais estamos trabalhando. Adicionalmente, apresenta-se na terceira coluna o que está sendo chamado de cobertura efetiva que é o resultado da multiplicação das duas primeiras colunas. Esta é uma tentativa de avaliar a cobertura real sabendo-se que muitos serviços públicos de saúde, mesmo tendo cobertura universal não cobrem todos os custos, como por exemplo algumas cirurgias eletivas, equipamentos como óculos e outros. A conclusão a ser extraída desta tabela é que mais uma vez os Estados Unidos da América apresentam um desempenho muito fraco no que se refere aos serviços públicos de saúde. A cobertura efetiva deste país é de apenas 27,5% da população sendo que o gasto público per-capita em saúde é maior do que o que é realizado em países como a Espanha, Austrália e Canadá que exibem indicadores de saúde muito superiores aos dos EUA.

**Tabela II.4**  
**Cobertura dos Serviços de Saúde Público**

Países	Cobertura	Cost-sharing	Cobertura Efetiva	Gasto p/c público em saúde, PPP, 1990
Alemanha	92,2	91,0	83,9	1.718,66
Austrália	100,0	66,0	66,0	1.082,48
Canadá	100,0	76,0	76,0	1.288,12
Espanha	99,5	90,0	89,6	733,77
EUA	45,0	61,0	27,5	1.458,07

Países	Cobertura	Cost-sharing	Cobertura Efetiva	Gasto p/c público em saúde, PPP, 1990
Alemanha	92,2	91,0	83,9	1.718,66
Austrália	100,0	66,0	66,0	1.082,48
Canadá	100,0	76,0	76,0	1.288,12
Espanha	99,5	90,0	89,6	733,77
EUA	45,0	61,0	27,5	1.458,07

**Fonte: OECD Health Data 98**

As razões para estes resultados em termos clínicos são razoavelmente conhecidas. Nos EUA os clínicos gerais não tem o poder de controlar a entrada dos pacientes ao setor e assim na maioria das vezes os pacientes acorrem diretamente aos especialistas, que via de regra não se preocupam com controle de gastos em exames e outros procedimentos médicos. Além disso, o risco de um processo jurídico é muito grande o que leva ao aumento preventivo das taxas dos serviços de saúde. O fato da maior parte dos serviços ser oferecidos pela iniciativa privada, num mercado onde a assimetria de informações e o risco moral são muito altos, introduz uma série de incentivos para que os preços sejam mais altos e o volume de procedimentos seja muito mais elevado, relativamente à outros países. Todos os fatores que podem ser relacionados para explicar as diferenças de desempenho quanto à qualidade e a eficiência do setor de saúde entre os países selecionados podem ser relacionados ao tipo de organização do setor em cada um destes países. Em função disto, na sequência vamos procurar caracterizar os sistemas dos países em questão.

### **III. Sistemas públicos de saúde: arranjos institucionais em federações**

Observa-se entre as federações uma variada gama de arranjos no que concerne à oferta de serviços de saúde os quais devem afetar os resultados da oferta de serviços de saúde. Uma primeira aproximação recomenda o uso da tipologia de sistemas de saúde desenvolvida pela OCDE. Segundo a OCDE existem sete tipos básicos ou ideais de sistemas de saúde. (a) voluntário pagamento direto, (b) seguro voluntário com reembolso, (c) contrato de seguro voluntário, (d) voluntário integrado, (e) público compulsório com reembolso, (f) contrato público e (g) público integrado. Nenhum destes tipos existe de forma única em um país. Cada país possui uma certa combinação de dois ou mais destes tipos. Esta tipologia pode ser olhada como um conjunto de contínuos onde estão combinadas várias dimensões as quais podem estar presentes nas várias versões dos sistemas de saúde. Dentre as dimensões que são combinadas para a constituição daquela tipologia é possível apontar: forma de



financiamento, forma de pagamento, tipo do contrato, origem do financiamento, dimensão do contrato, propriedade dos recursos e relações de compra. Cada uma dessas dimensões possui impactos diferenciados sobre os incentivos para a melhoria da qualidade e o controle de custos dos sistemas de saúde.

A forma de financiamento capta o fato do financiamento advir do setor público ou do setor privado. Esta dimensão é importante no que se refere à cobertura do sistema que é uma variável muito importante para aquilatar a qualidade do mesmo. O

financiamento público não impõe restrições à utilização dos serviços para a camada da população à qual se destina, segundo nível de renda ou qualquer outra variável.

### Quadro III.1

#### Dimensões dos Sistemas de Saúde

variáveis	voluntário pagto direto	seguro voluntário c/ reembolso	contrato de seguro voluntário	voluntário integrado	seguro público compulsório	contrato público	público integrado
forma de financiamento	privado	privado	privado	privado	público	público	público
forma de pagamento	consumidor	reembolso	comprador	provedor	reembolso	comprador	provedor
tipo do contrato	direto	seguro voluntário	seguro voluntário	seguro voluntário	seguro compulsório	seguro compulsório	social
dimensão do contrato	individual	individual	individual	individual	social	social	social
propriedade dos recursos	privado	privado	privado	privado	privado / público	privado / público	público
participantes	provedor / consumidor	provedor / comprador / consumidor	provedor / comprador / consumidor	provedor e comprador / consumidor	provedor / comprador / consumidor	provedor / comprador / consumidor	provedor e comprador / contribuinte

A forma de pagamento é uma dimensão que tem impactos diferenciados tanto sobre a qualidade dos serviços quanto sobre o controle de custos. O pagamento pode ser feito diretamente pelo consumidor, através de reembolso, pelo comprador que não é consumidor, mas uma organização que compra em nome do consumidor ou, ainda, diretamente pelo provedor dos serviços. No que toca à qualidade dos serviços, em sendo este um mercado com forte assimetria de informações é razoável se esperar que a compra isolada por um usuário do serviços que em geral não possui conhecimentos médico, deva ser feita em condições menos favoráveis para o consumidor. Nesta linha de raciocínio quanto maior o grau de conhecimento possuído pelo comprador, sobre as condições da oferta maior a capacidade de ser comprado o que realmente é necessário. A mesma lógica pode ser aplicada à questão dos gastos, sendo que neste caso a prática do reembolso pode ser mais nociva ao controle de gastos do que o próprio pagamento direto. Isto porque o reembolso pode incentivar uma prática de risco moral por parte do consumidor.

Quanto ao tipo de contrato é possível identificar quatro modalidades: direto entre consumidor e provedor imediato, seguro voluntário, seguro compulsório e social. Um dos elementos que diferencia estas modalidades de contrato é sua abrangência que vai desde um contrato entre duas partes individuais até um contrato social onde a sociedade delega ao estado todas as decisões sobre a provisão dos serviços de saúde. Os tipos intermediários são formas distintas de seguro nas quais a diferença básica é ser voluntário ou compulsório. Em termos de efeitos sobre o controle dos custos do sistema de saúde é necessário ressaltar que deveria ser esperado um melhor

desempenho no caso do contrato social na última modalidade, aqui chamada social, uma vez que é este é o único caso onde os riscos individuais estão diluídos entre todos os consumidores. Na verdade, as quatro modalidades aqui definidas estabelecem um contínuo de diluição de risco do nível mais baixo para o nível mais alto. Estes resultados, naturalmente, só seriam possíveis de ser observados no caso em que o governo tivesse a capacidade e os meios para realizar as tarefas necessárias. A dimensão do contrato refere-se à particular forma assumida pela relação entre consumidor e os serviços, independentemente do contrato existente entre o comprador o provedor. Este elemento procura captar um aspecto da escolha do consumidor a saber: se o consumidor pode ou não escolher consumir. Em termos gerais seria desejável que o consumidor pudesse escolher. Contudo, este mercado, mais uma vez, exhibe particularidades marcantes. No caso dos serviços de saúde o consumidor, em geral, não obtém satisfação do consumo de serviços médicos. O que traz satisfação ao consumidor são os resultados dos serviços médicos. Somando-se a este fato a já apontada fortíssima assimetria de informação deste mercado, temos que a faculdade de escolha do consumidor não implica, necessariamente, em um maior grau de satisfação do consumidor. Por outro lado, o fato do contrato ser social introduz a possibilidade do provedor ter que se reportar não ao consumidor como indivíduo, mas, como coletividade, o que pode ser um incentivo a um comportamento mais responsável por parte dos provedores, sejam eles privados ou públicos.

A propriedade dos recursos utilizados na produção de serviços de saúde é uma outra dimensão do sistema que precisa ser considerada. Neste caso o elemento a ser destacado é o papel da concorrência, sobre os preços e a qualidade dos serviços de saúde. O esperado, naturalmente, é que quanto maior a concorrência menores os preços e melhor a qualidade dos serviços. A hipótese que está sendo feita aqui é de que quanto maior o número de alternativas à disposição dos consumidores melhores os resultados. Sendo assim se a oferta é composta apenas pelo setor público, como no caso do sistema público integrado os resultados deverão ser piores que no caso em que o setor privado é proprietário dos recursos. Por sua vez a convivência entre setor público e privado deve ser benéfica à concorrência uma vez que o setor público deve estabelecer limites ao setor privado com relação à preços, especialmente com relação aos estabelecimentos privados com fins lucrativos. É certo que esta é uma medida muito fraca de concorrência, contudo é uma primeira aproximação.

A última dimensão dos sistemas de saúde considerada neste trabalho é o tipo de

participantes no mercado. Três combinações são possíveis: provedor/consumidor, provedor/comprador/consumidor e provedor-comprador/consumidor. Com relação à esta dimensão o esperado é que a combinação provedor/consumidor seja a menos favorável ao controle dos custos. Isto em função de argumentos que já foram utilizados anteriormente, a saber: a assimetria de informações equipa o provedor com meios de determinar tanto a oferta quanto a demanda, o que certamente resulta em custos elevados sem que seja reduzindo a capacidade do mercado de desenvolver instrumentos eficazes de controle sobre a qualidade dos serviços. A combinação provedor/comprador/consumidor, neste sentido é superior já que separando-se as figuras do comprador da do provedor e em sendo o comprador uma organização capacitada a definir a demanda reduz-se a assimetria existente no caso anterior. Finalmente, a combinação provedor-comprador/consumidor deve tender a apresentar melhores resultados pois ela favorece a cooperação entre provedores e compradores já que em estando reunidos em uma única organização a orientação do comportamento será no sentido tanto de definir corretamente a demanda quanto de controlar os custos dos serviços.

Na tentativa de se construir um ranking para a tipologia de sistemas de saúde segundo suas possibilidades quanto a serem mais ou menos favoráveis ao controle de custos e/ou a melhoria da qualidade dos serviços, atribuiu-se pesos para cada uma das modalidades assumidas por cada uma das dimensões aqui consideradas. No Quadro III.2 abaixo são apresentados os valores atribuídos à cada variável. Neste quadro também apresenta-se na linha total a agregação de valores obtida para cada um dos tipos de sistema de saúde considerados.

**Quadro III.2**

<b>variáveis</b>	<b>voluntário pagto direto</b>	<b>seguro voluntário c/ reembolso</b>	<b>contrato de seguro voluntário</b>	<b>voluntário integrado</b>	<b>seguro público compulsório</b>	<b>contrato público</b>	<b>público integrado</b>
<b>forma de financiamento</b>	1	1	1	1	2	2	2
<b>forma de pagamento</b>	1	2	3	4	2	3	4
<b>tipo do contrato</b>	1	2	2	2	3	3	4
<b>dimensão do contrato</b>	1	1	1	1	2	2	2
<b>propriedade dos recursos</b>	2	2	2	2	3	3	1
<b>relações de compra</b>	1	2	2	3	2	2	3
<b>total</b>	7	10	11	13	14	15	16

variáveis	voluntário pagto direto	seguro voluntário c/ reembolso	contrato de seguro voluntário	voluntário integrado	seguro público compulsório	contrato público	público integrado
forma de financiamento	1	1	1	1	2	2	2
forma de pagamento	1	2	3	4	2	3	4
tipo do contrato	1	2	2	2	3	3	4
dimensão do contrato	1	1	1	1	2	2	2
propriedade dos recursos	2	2	2	2	3	3	1
relações de compra	1	2	2	3	2	2	3
total	7	10	11	13	14	15	16

### Ranking dos Tipos de Sistemas de Saúde (RTSS)

Como é possível observar segundo as expectativas discutidas nos parágrafos anteriores o sistema que apresenta as piores condições para ser eficaz quanto a controle de custos e melhoria da qualidade dos serviços é o voluntário com pagamento direto, a sequência indica que tanto o seguro com reembolso quanto o contrato de seguro representariam formas mais eficazes de obtenção dos resultados desejados, sendo que a partir do sistema de seguro voluntário integrado é ainda possível obter melhorias crescentes no desempenho dos sistemas até atingir o público integrado.

Este ranking dos tipos de sistemas de saúde (RTSS) está, obviamente, exposto às críticas usuais de rankings deste tipo. Entre elas a que pode ser mais comprometedora é a de que estes rankings não refletem necessariamente a diferença existente entre as categorias uma vez que a variação dentro das dimensões consideradas para a construção do ranking é sempre igual a 1. Apesar da crítica ser pertinente vamos usar o ranking neste trabalho uma vez que foi a melhor forma encontrada para refletir as diferenças apontadas entre os sistemas de saúde de forma que fosse possível relaciona-las aos indicadores do desempenho dos sistemas.

Neste caminho o passo seguinte foi relacionar o RTSS com alguns indicadores dos sistemas de saúde para os países selecionados. Para tanto em primeiro lugar foi buscada uma variável que permitisse identificar qual a participação de cada tipo de sistema nos sistemas de saúde dos países em análise. A variável escolhida foi a fonte de financiamento dos sistemas. Inicialmente, pretendia-se trabalhar com uma combinação de variáveis. Isto, no entanto mostrou-se inviável dado a inexistência de informações sobre participação na oferta de serviços dos ofertantes públicos e privados, ou participação na oferta de serviços dos contratos envolvendo as categorias de participantes definidas anteriormente, ou participação na oferta de serviços segundo forma de pagamento. Na Tabela III.1 apresenta-se as fontes de financiamento segundo os países selecionados. Como é possível observar mesmo

países que sabidamente possuem sistema públicos de saúde registram parcelas importantes de fontes de financiamento providas de outros setores.

**Tabela III.1**

Países	Pagto direto	Seguro privado fins lucrativos	Seguro privado fins não lucrativos	Seguridade social	Impostos	Outras fontes	Total
Alemanha	11,33	6,69	0,00	66,04	11,52	4,42	100
Austrália	0,00	14,50	0,00	0,00	85,50	0,00	100
Canadá	14,92	6,17	2,40	0,91	75,60	0,00	100
Espanha	0,00	14,92	0,00	0,00	85,08	0,00	100
EUA	18,28	33,89	0,00	13,18	30,28	4,38	100

Países	Pagto direto	Seguro privado fins lucrativos	Seguro privado fins não lucrativos	Seguridade social	Impostos	Outras fontes	Total
Alemanha	11,33	6,69	0,00	66,04	11,52	4,42	100
Austrália	0,00	14,50	0,00	0,00	85,50	0,00	100
Canadá	14,92	6,17	2,40	0,91	75,60	0,00	100
Espanha	0,00	14,92	0,00	0,00	85,08	0,00	100
EUA	18,28	33,89	0,00	13,18	30,28	4,38	100

### Fontes de Financiamento segundo Países

**Fonte: OECD**

Utilizando as participações de cada uma das fontes de financiamento e o RTSS foi possível estabelecer a posição no ranking para cada um dos países analisados. Este resultado é apresentado na Tabela III.2. Como pode ser observado os resultados aproximam-se bastante do que seria esperado, sendo que a Austrália e a Espanha que possuem os sistemas públicos mais integrados exibindo os maiores valores e os EUA que exibe a maior participação do setor privado com um valor bem abaixo dos demais países.

**Tabela III.2**

### Ranking de Tipos de Sistemas de Saúde segundo Países

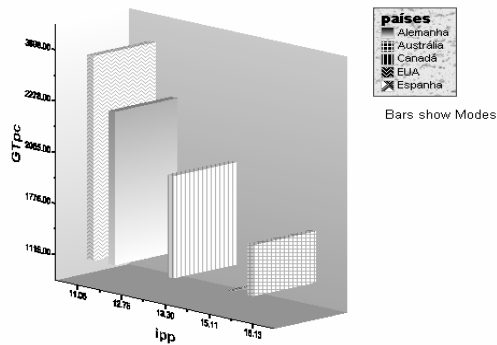
Países	RTSS	Países	RTSS
Alemanha	12,75	Alemanha	12,75
Austrália	15,13	Austrália	15,13
Canadá	13,30	Canadá	13,30
Espanha	15,11	Espanha	15,11
EUA	11,06	EUA	11,06

**Fonte: OECD e cálculos do autor**

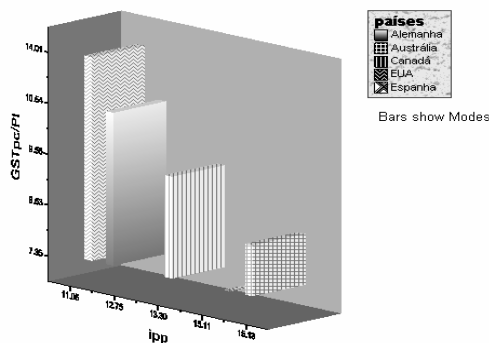
A partir destas informações procurou-se identificar qual a relação existente entre o RTSS e os indicadores de desempenho do setor de saúde. Apesar do reduzido número de observações foi possível observar algumas relações muito interessantes. Quando se relaciona RTSS com a participação do gasto total em saúde no produto interno bruto nota-se que quanto mais próximo do modelo público integrado o país se encontra menor é a participação do gasto em saúde no produto interno bruto (Gráfico III.1). A exceção é a Espanha que provavelmente em função do seu nível de renda per capita

que está na faixa média acabe gastando menos inclusive em proporção ao PIB  
(Gráfico III.2).

**Gráfico III.1**  
**RTSS e Gasto em Saúde Total per capita**



**Gráfico III.2**  
**RTSS e Participação do Gasto Total**



**em Saúde no PIB**

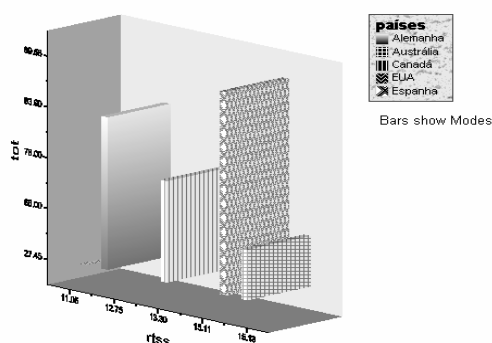
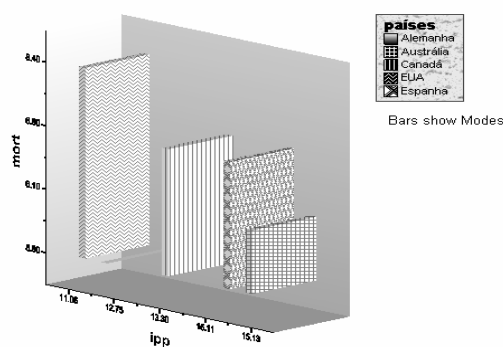
**Fonte: OECD e cálculos do autor**

**Fonte: OECD e cálculos do**

Outros resultados interessantes são obtidos através da relação entre alguns indicadores de qualidade dos sistemas de saúde e o RTSS. No que se refere à cobertura efetiva vemos, apesar de não existir uma relação clara entre esta variável e o RTSS, temos que existem dois padrões facilmente indentificáveis. De um lado, os EAU com uma cobertura efetiva muito baixa e os demais países com níveis de cobertura efetiva aceitáveis. Dentre estes destacam-se a Alemanha e a Espanha com níveis muito elevados de cobertura efetiva do sistema público.

**Gráfico III.3**

**Gráfico III.4**



### Cobertura Efetiva e RTSS

Fonte: OECD e cálculos do autor

No que toca à mortalidade infantil temos que os EUA mais uma vez apresenta resultados muito desfavoráveis em relação às demais federações (Gráfico III.4). Neste caso, contudo, também não foi possível observar uma tendência única entre RTSS e a variável em questão. Como pode ser observado no gráfico a Alemanha exibe um resultado destoante do padrão apresentado pelos demais países, pois, com um sistema de saúde não tão próximo do público integrado possui o menor índice de mortalidade infantil do conjunto de países em discussão.

No caso da incidência de doenças infecciosas observa-se que mais uma vez os EUA exibem o resultado menos favorável entre os países analisados. Quanto ao padrão da relação entre RTSS e esta variável temos que a exceção é o Canadá

### Gráfico III.5

RTSS e Incidência de Doenças

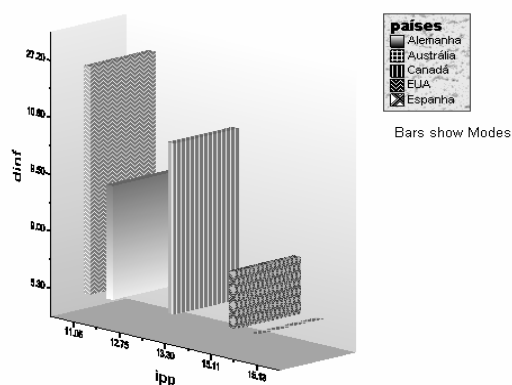
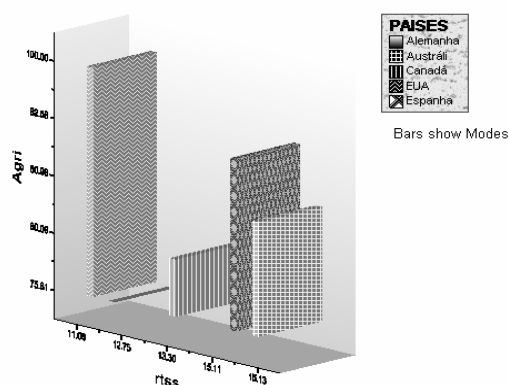
### RTSS e Mortalidade Infantil

Fonte: OECD e cálculos do autor

### Gráfico III.6

RTSS e Agregado dos Indicadores de





## Infeciosas

Fonte: OECD e cálculos do autor

Dentro da linha de relacionar desempenho do sistema de saúde com sua estrutura considerou-se interessante a construção de um índice agregado dos indicadores da qualidade das condições de saúde destes países. No Gráfico III.6 apresenta-se o resultado desta relação. Como é possível observar o país que melhor colocação obteve no índice foi a Alemanha, com um índice de 75. Os EUA, como era de se esperar, pelos resultados discutidos anteriormente apresentaram o resultado menos desejável. Porém o mais interessante a ser observado é que quando se agrega o conjunto de indicadores de saúde deixa-se de observar uma relação mais definida entre RTSS e indicadores qualidade dos serviços de saúde.

Na busca de mais evidências que nos permitam responder a indagação acima vamos na sequência procurar caracterizar mais detalhadamente os sistemas de saúde destes países. Todos estes modelos tem que ser observados à luz do ambiente institucional no qual se inserem. Por exemplo, a depender do tipo de estrutura de enforcement existente no sistema as mesmas regras que produzem bons resultados em determinado

## Saúde

Fonte: OECD e cálculos do autor

país podem não ser suficientes para garantir uma prestação de serviços de saúde adequada em outro. A qualidade do governo é uma outra variável que pode acarretar variações de desempenho destes sistemas entre países.

#### **IV. Relações inter-governamentais e sistemas de saúde.**

Boa parte da explicação de como é organizado o sistema de saúde de uma federação depende da organização federativa propriamente dita. Como já foi apontado anteriormente o fato de um país estar organizado como uma federação impõe uma lógica de coordenação. Desta feita é necessário analisar mais de perto como estão organizadas as relações inter-governamentais entre as federações escolhidas para esta análise.

Tanto nas federações quanto nos sistemas unitários a oferta de bens coletivos configura-se uma situação onde a negociação entre grupos de interesse é eminentemente política. Contudo, os canais e as formas de negociação, os limites da ação de cada participante, o escopo ou alcance de cada decisão, a autoridade de cada participante são intrinsecamente diferentes. O que significa dizer que a lógica de coordenação das ações em federações não são homogêneas.

A maioria dos trabalhos que discutem federalismo estão preocupados em estabelecer uma relação entre federalismo e eficácia de governo. Duas posições são mais claramente distinguidas. Por um lado, existem os que defendem ser o federalismo uma forma de organização que dificulta a coordenação das políticas públicas. A justificativa neste caso é que como as decisões em federações envolvem um grande número de participantes a necessidade de harmonização de interesses levaria a um descontrole das contas públicas. Por um outro lado, existem aqueles que defende ser o federalismo uma forma de controle mais efetiva uma vez que favorece a transparência e a definição das responsabilidades de cada nível de governo. Entre estes podemos citar na área da ciência política o trabalho de Weingast (1993) que discute a capacidade do de um governo em criar condições para que ele seja “strong enough to protect property rights” (pag. 287) sem que ele seja “strong enough to confiscate the wealth of is citizens” (pag.287). O autor salienta que o federalismo não garante este resultado e que outras formas de organização também podem levar a eles. Ele procura demonstrar que uma vantagem do federalismo, que ele chama de garantidor de mercados, no sentido de que esta forma de organização de governo assegura um sistema viável de descentralização política e com isso alguns impactos econômicos

favoráveis serão observados. Entre estes ele cita: a impossibilidade da criação de monopólios privadamente valiosos para a economia como um todo e a indução da concorrência entre os níveis mais baixos de governo. Estas características determinariam entre outras coisas que apenas as restrições pelas quais os cidadãos estão dispostos à pagar vão sobreviver, sendo que, por outro, lado as jurisdições vão competir por residentes e atividades econômicas.

Tanto os trabalhos que defendem a estrutura do federalismo quanto os que a criticam enfocam o federalismo como se ele fosse único. Uma pequena parcela de trabalhos salienta a distinção entre o federalismo competitivo versus o federalismo cooperativo. Não é simples definir exatamente o que seja federalismo cooperativo versus competitivo. De um modo geral é possível dizer que no federalismo cooperativo a coordenação das ações se dá por vias negociadas, enquanto no competitivo a coordenação é obtida através da ação independente das esferas de governo. A partir deste ponto é possível estabelecer alguns critérios que permitam identificar padrões diferenciados de federalismo.

Grosso modo é possível dizer que o país que mais se aproxima do chamado federalismo competitivo é os EUA enquanto que os demais países possuem uma forma ou outra de federalismo cooperativo.

A primeira relação a ser estabelecida é a da posição de cada um dos participantes ocupa. A montagem e o funcionamento de um sistema público de saúde envolve uma variada gama de participantes. Dentre estes devemos citar: os consumidores, os médicos, os vários níveis de governos, as empresas produtoras dos insumos do setor de saúde, os demais profissionais do setor, tal como as enfermeiras. Em todo tipo de sistema de saúde público todos estes participantes estão presentes de uma forma ou outra de envolvimento no mercado. A característica peculiar das federações é que a burocracia governamental é subdividida em tantos níveis quantos forem os níveis de autonomia de governo. Na maior parte das federações e, especialmente no caso das que estamos tratando, existem três níveis de governo que devem ser levados em consideração. Neste caso, em primeiro lugar, o importante é averiguar como cada um destes níveis se relaciona com os demais níveis e com os outros participantes.

Nas tabelas que se seguem procuramos caracterizar os tipos de contratos que se efetuam usualmente em cada um dos sistemas analisados. Seriam possíveis 45 tipos de contratos entre os dez participantes, na forma como foram definidos. Contudo, pela própria natureza dos sistemas alguns contratos não podem ser observados, como por

exemplo o entre seguro saúde privado e planos de saúde. Como pode ser observado os cinco países analisados exibem padrões bastante diferenciados. A maior diferença, mais uma vez, é observada entre os EUA e as demais federações. A principal diferença que os EUA apresenta em relação aos demais países é a falta de contratos entre burocracia federal e estadual. Por outro lado os EUA apresentam um número de contratos muito maior dos que o das demais federações. Nos EUA 19 contratos são usualmente estabelecidos entre os participantes do setor, enquanto, nos demais países o maior número de contratos encontrado é 9 na Espanha.

Contudo, o que mais nos interessa, como já foi apontado anteriormente é caracterizar os contratos realizados intra e entre burocracias. Desta feita, dentre os 45 tipos possíveis de contratos devermos destacar os 15 que se referem especificamente a relações com as burocracias. Como é possível observar no Quadro IV.6 mesmo tomando-se em consideração apenas as transações envolvendo a esferas governamentais temos que o padrão de relacionamento difere consideravelmente entre as federações.

**Quadro IV.6**

	<b>tipos de contratos</b>	<b>Alemanha</b>	<b>Austrália</b>	<b>Canadá</b>	<b>Espanha</b>	<b>EUA</b>
1	<b>bf-c</b>	x	x	x	x	x
2	<b>be-c</b>	x	x	x	x	x
3	<b>be-m</b>	x	x	x	x	x
4	<b>bf-be</b>	x	x	x	x	
5	<b>bs-lc</b>		x	x	x	x
6	<b>bf-lc</b>		x		x	x
7	<b>be-lc</b>			x	x	x
8	<b>bf-lf</b>				x	x
9	<b>bf-m</b>				x	x
10	<b>bf-s</b>	x				
11	<b>be-s</b>	x				
12	<b>be-ps</b>					x
13	<b>be-ss</b>					x
14	<b>bf-ps</b>					x
15	<b>bf-ss</b>					x
	<b>nº de contratos</b>	6	6	6	9	12
	<b>nº total de contratos</b>	12	6	6	9	19

	<b>tipos de contratos</b>	<b>Alemanha</b>	<b>Austrália</b>	<b>Canadá</b>	<b>Espanha</b>	<b>EUA</b>
1	<b>bf-c</b>	x	x	x	x	x
2	<b>be-c</b>	x	x	x	x	x
3	<b>be-m</b>	x	x	x	x	x
4	<b>bf-be</b>	x	x	x	x	
5	<b>bs-lc</b>		x	x	x	x
6	<b>bf-lc</b>		x		x	x
7	<b>be-lc</b>			x	x	x
8	<b>bf-lf</b>				x	x
9	<b>bf-m</b>				x	x
10	<b>bf-s</b>	x				
11	<b>be-s</b>	x				
12	<b>be-ps</b>					x
13	<b>be-ss</b>					x
14	<b>bf-ps</b>					x
15	<b>bf-ss</b>					x
<b>n° de contratos</b>		6	6	6	9	12
<b>n° total de contratos</b>		12	6	6	9	19

### **Contratos envolvendo as esferas governamentais**

Tanto na Austrália quanto no Canadá e na Espanha todos os contratos realizados envolvem de alguma forma uma esfera de governo. Já na Alemanha e nos EUA a esfera governamental esta presente em respectivamente 50% e 63% dos tipos de contratos. Isto indica que o esforço de negociação de acordos a Alemanha e os EUA deva ser superior ao dos demais países. Além disso, deve-se ter em mente que tanto nos EUA como na Alemanha os contratos que não envolvem as esferas governamentais são muito mais numerosos que os contratos que envolvem tais esferas. Os contratos envolvendo esferas governamentais em geral são realizados ao nível estadual sendo um contrato para cada unidade estadual. Já os demais contratos, mesmo os efetuados pelos sindicatos alemães, são feitos por sindicatos com provedores. Por exemplo, no caso alemão, cada Lander possui um certo número de sindicatos que negociam com uma única organização de médicos, ou seja configura-se uma situação de monopólio dos serviços médicos. No caso americano o número de contratos por estado é ainda maior do que na Alemanha o que diminui o poder de barganha dos compradores. Já no caso dos países cujos contratos sempre envolvem alguma esfera de governo o comprador via de regra possui poder de monopsonio que se defronta com o poder de monopólio do provedor e assim equilibra-se o jogo. Um outro problema que aparece no caso americano é que, quando os estados possuem papel ativo na transação de serviços de saúde, união e estados negociam separadamente com os provedores de serviços de saúde, sem nenhuma preocupação quanto à coordenação entre as duas esferas de governo. Este problema não está

presente no caso alemão porque o Bunder transfere para os Länder toda a responsabilidade da compra dos serviços de saúde.

Um elemento importante a ser salientado neste ponto é o relacionado à uma posição usualmente encontrada na literatura sobre federalismo fiscal. Muitos autores criticam a estrutura do federalismo fiscal australiano, canadense e alemão por demandarem negociações exaustivas entre as esferas de governo para se coordenar as ações necessárias. Este fator seria responsável por um elevado custo de transação nestes países. Se tal efeito é válido para o caso das estruturas fiscais tomadas em termos gerais o mesmo não se pode afirmar quando leva-se em consideração o caso específico do sistema de saúde. Como vimos os arranjos institucionais americano e alemão devem envolver custos de transação muito mais elevados e condições de barganha menos favoráveis para os usuários do sistema.

Um outro elemento que diferencia um federalismo competitivo de um cooperativo é o princípio de equalização fiscal. Com exceção dos EUA as demais federações aqui consideradas adotam algum tipo de princípio de equalização entre estados. No caso da Alemanha este é definido constitucionalmente, sendo que inclusive os termos da equalização se encontram estabelecidos na Constituição. Neste caso, ocorrem transferências horizontais de recursos entre os Länders. Na Espanha temos o princípio de nivelção estabelecido por lei, sendo que os critérios de nivelção são decididos periodicamente, pelo Conselho de Política Fiscal e Financeira, de acordo com cada serviços público, em função das mudanças de capacidades de arrecadação e de necessidades de oferta de serviços públicos.

Procedimento semelhante se verifica na Austrália. Aqui a Commonwealth Grants Commission desde 1980 estabelece as “per capita relativities” para determinar a alocação de todo o pool de receitas gerais aos estados. O objetivo da equalização é capacitar cada estado, usando esforço de arrecadação comparável, oferecer serviços aos residentes num padrão não apreciavelmente diferente dos demais. Além dos recursos de ordem geral a comissão também estabelece o orçamento do “hospital funding grants”. Tanto as “relativities” quanto a população a ser considerada são estabelecidas na reunião dos primeiros ministros estaduais que se realiza a cada dois anos.

Finalmente no Canadá, o princípio de nivelção foi introduzido na Constituição em 1982. No que se refere à saúde o princípio foi regulamentado pela “Loi canadienne sur la santé” (LCS). Por sua vez as transferências realizadas pelo governo Federal aos

estados seguem as determinações da “Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d’enseignement postsecondaire et de santé”.

Como é possível observar a regulamentação do princípio de equalização recebe tratamento diferenciado em cada um dos países analisados. A institucionalização vai desde a total determinação das condições através da Constituição, como no caso da Alemanha até a institucionalização por leis ordinárias ou até mesmo por conselhos sem poder decisório como na Espanha. Estas diferentes formas de institucionalização do princípio de equalização provavelmente possuem efeitos diferenciados sobre o desempenho do sistema de saúde nestes países. O caso alemão é o que gera menor margem de incerteza já que mantém tudo previsto pela Constituição. Nesta linha a sistemática canadense também gera pouca margem para incerteza já que a própria lei estabelece que as transferências para as províncias serão feitas de acordo com um montante fixo por habitante. Neste sentido, estes dois casos são seguramente os que geram os menores custos de transação associados à negociação das transferências. Numa outra perspectiva o caso australiano e o espanhol, se por apresentam maior nível de incerteza, por outro são mais facilmente adaptáveis a mudanças externas e internas ao setor de saúde.

Dado o tipo de informação da qual dispomos pelo momento, fica difícil avaliar, em termos líquidos qual dos dois enfoques de princípio de equalização trariam o menor nível de custos de transação. O mais importante, contudo, neste nível de análise é salientar que o princípio de equalização adotado pelas quatro federações com federalismo cooperativo dá as condições materiais necessárias ao sistema público de saúde de oferecer um serviço com grau de qualidade compatível com o nível de renda destes países. Neste sentido, o caso da Espanha é o mais surpreendente pois ela apresenta um nível de renda per capita bem inferior ao das demais federações aqui estudadas. Um indicador indireto do efeito da adoção dos princípio de equalização entre federações pode ser a medida de concentração de renda entre países. Tomando-se o Índice de Gini informado pelo World Bank temos que os EUA se coloca como um país de renda muito concentrada face às demais federações aqui consideradas.

#### **Quadro IV.7**

##### **Índice de Gini em algumas Federações**

Pais	ano	Índice de Gini	Pais	ano	Índice de Gini
Alemanha	89	28,1	Alemanha	89	28,1
Austrália	89	33,7	Austrália	89	33,7
Canadá	94	31,5	Canadá	94	31,5
Espanha	90	32,5	Espanha	90	32,5
EUA	94	40,1	EUA	94	40,1

**Fonte: World Bank**

Finalmente, uma última característica que merece consideração ela diz respeito à possibilidade de conflitos entre unidades de uma federação em função de residentes de uma unidade serem tratados em uma outra. Mais uma vez, com exceção dos EUA, todas as federações possuem acordos entre estados que permite que aquele que prestou serviços a residentes de outro estado seja reembolsado.

## V. Bibliografia

- Berndt, E., et alli (1998) *Price Indexes for Medical Care Goods and Services: An Overview of Measurement Issues*, **NBER Working Paper Series** nº 6817. Cambridge: National Bureau of Economic Research
- Burgess, M. and Gagnon, A-G. (eds.) (1993) *Comparative Federalism and Federation: competing traditions and future directions*. Toronto: University of Toronto Press
- Elazar, D.J. 1987. *Exploring Federalism*, Tuscalosa: The University of Alabama Press
- Galligan, B. (1995) *A federal republic: Australia's constitutional system of government*. Cambridge: Cambridge University Press
- Garcia-Margallo, et alli, (1996) *Financiación de las comunidades autónomas y corresponsabilidade fiscal*, Valencia: Fundació BANCAIXA.
- La Porta, R, Lopez-de-Silanes, F., Shleifer, A. and Vishny, R. (1998) *The Quality of Government*, **NBER Working Papers Series** nº 6727. Cambridge: National Bureau of Economic Research
- Monasterio, C. et alli, (1995) *Informe sobre el actual sistema de financiación autonómica y sus problemas*, Consejo de Política Fiscal y Financiera, Madri: Ministerio de Economía e Hacienda.
- Oates, W.E. 1972. *Fiscal Federalism*. New York: Harcourt, Brace, Javanovich
- Oates, W.E. (ed.) 1998. *The Economics of Fiscal Federalism and Local Finance*. Massachusetts: Edward Elgar Publishing Limited
- OECD, (1992) *The Reform of Health Care Systems: A Comparative Analysis of Seven Countries*, Health Policy Studies, nº 2, Paris: OECD
- OECD, (1993) *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen Countries*, Health Policy Studies, nº 5, Paris: OECD
- Ostrom, Elinor. (1986) An Agenda for the Study of Institutions. *Public Choice*, 48 (1), pp. 3-25.
- Prud'homme, R. (1995) *On the dangers of decentralisation*. **The World Bank Research Observer**, August, 201-210
- Tanzi, V. (1996) *Taxation in an integrating world*. Washington, DC: Brookings
- Weingast, B.R. (1993) *Constitutions as governance structures: the political foundations of secure markets*, **Journal of Institutional and Theoretical Economics** 149/1, 286-311