

Incentivos em Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Abordagem de Teoria dos Contratos

Luciana Teixeira

Maria Cristina Mac Dowell

Maurício Bugarin

Departamento de Economia, Universidade de Brasília

Diretoria de Estudos Regionais e Urbanos, IPEA e

Departamento de Economia, UnB

Departamento de Economia, Universidade de Brasília

RESUMO

O presente estudo analisa três diferentes mecanismos que podem ser utilizados, pelo Estado (governo federal e/ou estadual), para garantir a formação e a sustentabilidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Após mostrar como transferências financeiras diretas aos municípios-membros podem compatibilizar os incentivos nos consórcios, apresenta um mecanismo baseado no papel do Estado como regulador, o qual garante a sustentabilidade dos consórcios sem que sejam necessárias transferências onerosas. Por fim, propõe um mecanismo híbrido em que o Estado assume, simultaneamente, os papéis de regulador e de financiador apenas de investimentos para aquisição de tecnologias mais eficientes que aumentam a produtividade da associação. Esse último modelo garante tanto a formação quanto a estabilidade dos consórcios.

PALAVRAS-CHAVE

economia da saúde, incentivos, regulação, consórcios de saúde, federalismo fiscal

ABSTRACT

The present article studies three mechanisms for stimulating the creation and sustainability of Intermunicipal Health Consortia (IHC). First, the study establishes that (costly) transfers from the Central Government to the members of the consortia (Municipalities) are sufficient to align the incentives for sustainability of the IHC. Second, it shows that the Central Government can achieve the same objective by offering the Municipalities a commitment contract at no extra cost. Finally, the Central Government establishes the appropriate incentives for creation of IHC by supporting the adoption of more productive technologies that make the IHC more attractive to the Municipalities.

KEY WORDS

health economics, incentives, regulation, health consortia, fiscal federalism

JEL Classification

118

INTRODUÇÃO

O processo de descentralização de ações e de serviços de saúde, induzido pela consolidação do Sistema Único de Saúde (sus), transferiu responsabilidades e redistribuiu recursos para as esferas estadual e, principalmente, municipal. Se, por um lado, esse processo possibilitou a elevação da qualidade dos serviços oferecidos e sua adaptação às condições locais, a ampliação da participação da população e, com isso, da transparência na tomada de decisões, por outro lado, ele trouxe ineficiências devidas à perda de escala e de escopo, à fragmentação dos serviços e à dificuldade de coordenação das ações. Um dos desafios impostos pelo avanço expressivo da descentralização passou a ser o de compatibilizar uma escala adequada de produção de serviços com a proximidade dos problemas locais de saúde da população.

A atribuição de competências entre as esferas de governo é guiada por proposições defendidas na literatura sobre federalismo fiscal, dentre elas a do princípio do benefício.¹ Tal princípio estabelece que os bens e serviços públicos devam ser providos pelo nível de governo que mais proximamente represente a população beneficiada. Essa provisão descentralizada pode aumentar o bem-estar social ao ampliar a variedade de bens e serviços oferecidos como resposta às diferenças de preferências da população e de custos locais.

Em contraposição ao princípio do benefício, que justifica a provisão descentralizada de serviços públicos, a oferta de alguns tipos de serviços, por parte de municípios de pequeno porte, pode levar a significativas deseconomias de escala. Isso porque a produção de serviços de saúde especializados muitas vezes exige escala de produção incompatível com a demanda da população local residente. Poucos são os municípios do País com população suficiente para que se justifique a oferta de todos os níveis de complexidade que um sistema de atendimento integral exige.

1 Ver, por exemplo, OATES (1999).

A esse problema de escala deve-se adicionar o fato de a organização de sistemas de saúde funcionais não estar necessariamente restrita aos territórios municipais. Assim, surge naturalmente a necessidade de se promover a articulação e a integração dos sistemas municipais de modo que garantam o acesso dos usuários a serviços de saúde de graus de complexidade compatíveis com a resolução de seus problemas.

O planejamento integrado que explice o papel de cada esfera no sistema funcional, definindo competências e responsabilidades de cada ente gestor do SUS por meio de redes regionalizadas e resolutivas de saúde (microrregionalização), bem como a possibilidade de integração intermunicipal voluntária (consorciamento), podem trazer significativas economias de escala, o que possibilita uma provisão Pareto-superior de serviços de saúde especializados, otimizando, assim, o uso de escassos recursos públicos. Dessa forma, as debilidades decorrentes da municipalização autárquica, em que cada município se organiza separadamente, são superadas, e evolui-se para a microrregionalização cooperativa, na qual os municípios se articulam, solidariamente, por meio, inclusive, da formação de consórcios intermunicipais de saúde.² A proposta de microrregionalização da assistência à saúde e as experiências de criação de consórcios podem ser vistas, portanto, como complementares,³ sendo os benefícios do consorciamento significativamente potencializados com a organização de redes regionalizadas de saúde e vice-versa.

No que diz respeito à organização regional da saúde, foram editadas, em 26 de janeiro de 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS (NOAS-SUS 01/01) e, em 27 de fevereiro de 2002, a NOAS-SUS 01/02, com o intuito de apresentarem diretrizes para o avanço do processo de descentralização em saúde, baseado na regionalização e hierarquização da rede de assistência à saúde. Entre outras definições, estabelecem qual

2 Ver MENDES (2001), para detalhes sobre os conceitos de municipalização autárquica e microrregionalização cooperativa.

3 MENDES (2001) confirma essa complementaridade ao esclarecer que os Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde são uma forma de exercitar a gestão de serviços de saúde, função exclusiva de Estado, enquanto os Consórcios Intermunicipais de Saúde são uma das formas de organizar, cooperativamente, a atenção à saúde e a provisão de serviços à população.

deve ser o papel a ser desempenhado pela esfera municipal e, principalmente, estadual no sistema regionalizado, assim como os meios para o desenvolvimento das funções de cada uma dessas esferas.

Acredita-se que tendo sido estabelecidas essas diretrizes, as experiências de consorciamento encontrarão um terreno fértil para proliferar e alcançar bons resultados. Considerando o crescente interesse e a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre essa forma de parceria, neste trabalho será analisada a coalizão de municípios via consorciamento.

Existem, hoje, 141 consórcios intermunicipais de saúde distribuídos por treze estados brasileiros, que atendem a mais de 25 milhões de pessoas,⁴ os quais se formaram desde a década de 1980, sem a definição de uma organização regional na qual devessem se inserir e tampouco de uma política clara de incentivos à sua formação.

O consórcio é a união de dois ou mais entes da mesma natureza jurídica, e constitui um instrumento para a superação de desafios locais, como, por exemplo, a ampliação e o ordenamento da oferta de serviços; a compra de serviços e a flexibilização da remuneração de profissionais com pagamento de incentivos; e a otimização dos recursos regionais disponíveis, para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. Essas ações propiciam benefícios aos usuários e ampliam a resolutibilidade da rede de saúde. Portanto, considera-se, neste trabalho, que os consórcios aumentam a eficiência e a qualidade dos serviços ofertados e, por isso, devem ser incentivados.

Desde o artigo seminal de Kenneth Arrow (ARROW, 1963) têm-se claros alguns problemas fundamentais de incentivos que permeiam as relações entre os diferentes agentes envolvidos no setor saúde, geradas essencialmente pela forte presença de informação assimétrica. No caso particular dos CIS, apesar dos aspectos positivos oriundos desse tipo de

⁴ Ver LIMA & PASTRANA (2000b).

gestão inovadora do sistema de saúde, nem sempre haverá estímulo para a criação e a manutenção dos consórcios. Um estudo recente⁵ mostra que a formação e a sustentabilidade financeira dessas associações dependem, crucialmente, de dois fatores básicos. Em primeiro lugar, dos mecanismos de punição, os quais podem ser impostos aos membros inadimplentes do consórcio e, em segundo lugar, dos ganhos para cada município, chamados de ganhos tecnológicos. De fato, se nos hospitais mantidos pelo consórcio não for possível impedir o atendimento dos habitantes de municípios inadimplentes, e se a perda na qualidade dos serviços ocasionada pela inadimplência de um município não for suficientemente elevada, este será incentivado a não cumprir com suas obrigações contratuais. Assim, a permanência da instituição é ameaçada quando formada a parceria e, de fato, tal parceria pode nem mesmo vir a ser constituída.

O efeito *free rider* evidencia uma certa instabilidade dos cis. Portanto, se houver a certeza de que tais instituições são do interesse da sociedade, é necessário que novos mecanismos de incentivos sejam introduzidos para garantir a formação e a manutenção dessas parcerias.

O presente artigo tem, portanto, o objetivo de estudar, sob a ótica da teoria dos contratos, os mecanismos que podem ser implementados a fim de gerar incentivos adequados à sustentabilidade dessa forma de associação, e estrutura-se da seguinte forma. A seção 1 descreve o modelo básico, o qual se constitui em extensão natural daquele apresentado em TMB (2000), detalhando os seus elementos e o papel do retorno tecnológico oriundo do consorciamento. Expõe, ainda, os principais resultados relevantes para o presente artigo. Verifica, particularmente, que sob certas condições os ganhos tecnológicos da parceria não são suficientes para impedir um comportamento *free rider* de alguns dos municípios consorciados, o que vem a comprometer a sustentabilidade da associação.

5 TEIXEIRA, MACDOWELL & BUGARIN (2000), referido ao longo do texto como TMB (2000).

A seção 2 analisa os efeitos estabilizadores de um incentivo financeiro para os consórcios concedido pelo governo federal. Mostra que uma transferência condicionada de recursos financeiros do governo federal para municípios potencialmente inadimplentes poderá garantir a sustentabilidade financeira do consórcio. Para ilustrar esse modelo, introduz um exemplo que revela especificidades desse esquema de incentivos.

Considerando que incentivos financeiros são custosos à União, a seção 3 discute um modelo alternativo, no qual é proposto um novo desenho de contratos entre os municípios consorciados. Esses contratos constituem mecanismos de *commitment* que asseguram a sustentabilidade da associação por meio de punições, suficientemente fortes, aos municípios consorciados que decidem abandonar a parceria. Esse último modelo enfatiza um papel regulador do governo federal, que atua como instituição capaz de garantir a sustentabilidade da parceria sem, no entanto, necessitar transferir recursos financeiros.

Apesar de garantir a sustentabilidade dos CIS formados, o modelo de *commitment* pode, em alguns casos, desestimular a formação da parceria. Para resolver esse novo problema a seção 4 introduz um modelo híbrido que considera tanto o papel do governo federal como regulador quanto o papel dele como financiador de investimentos em tecnologias que ampliem os ganhos tecnológicos do consórcio, garantindo, assim, tanto a formação quanto a sustentabilidade dos CIS. Finalmente, os resultados dos modelos estudados são sintetizados na última seção.

1. MODELO BÁSICO

1.1 Elementos do Modelo

A economia é formada por n agentes ($i = 1, \dots, n$): os prefeitos municipais. Considera-se que o prefeito de um município i pode investir em ações de saúde (S) e outras ações (P) que compreendem todas as demais, inclu-

sive outras ações sociais. As ações de saúde, por sua vez, podem ser executadas por cada município isoladamente - e por isso são chamadas de **ações locais de saúde** -, e/ou em parceria com outros municípios, por meio da formação de consórcio.⁶

Há dois períodos, $t = 1, 2$. Num período inicial, $t = 1$, os agentes decidem, simultaneamente, aderir ou não ao consórcio. A associação somente será formada se todos resolverem participar. Nesse caso, cada município i destina uma quantia inicial S_{a_i} para custear os investimentos necessários à formação da parceria.

No segundo período, cada agente escolhe entre permanecer ou não consorciado. Se permanecer, o município i deverá contribuir financeiramente com uma quota de participação S_{q_i} , destinada a cobrir gastos com a manutenção do consórcio.

Além das decisões quanto à formação e à permanência na parceria, cada município i deve decidir quanto será investido, no segundo período, em ações locais de saúde S_{l_i} , assim como o valor a ser destinado às outras ações P_i .

Cada município $i=1,\dots,n$ dispõe de um orçamento *per capita*, b_i , de forma que sua restrição orçamentária pode ser representada por:

$$S_{l_i} + \delta_i S_{a_i} + \gamma_i S_{q_i} + p_i \leq b_i$$

6 Tipicamente, o consórcio não executa todas ações e serviços de saúde necessários à redução dos riscos e dos agravos à saúde. Portanto, mesmo com a criação de parcerias, continuarão existindo ações localmente executadas.

Na expressão anterior, $\delta_i = 1$, se o consórcio for formado e $\delta_i = 0$ em caso contrário; $\gamma_i = 1$ se o município permanecer no consórcio, uma vez formado e $\gamma_i = 0$ caso o município resolva abandonar a associação.⁷ Nela as variáveis, grafadas em letras minúsculas, correspondem às variáveis grafadas em letras maiúsculas vistas anteriormente, em termos *per capita*. O investimento *per capita* total em saúde é, portanto, $s_i = s_{l_i} + \delta_i s_a + \gamma_i s_{q_i}$.

A utilidade do prefeito i leva em conta o gasto total *per capita* do município com ações locais de saúde s_{l_i} e outros projetos p_i , na forma de uma função do tipo Cobb-Douglas, dada por:

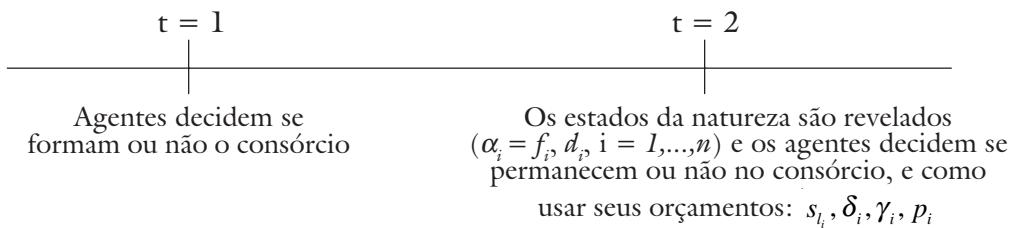
$$U_i(s_i, p_i) = s_i^{\alpha_i} p_i^{(1-\alpha_i)}, \text{ em que } \alpha_i \in [0,1].$$

Assume-se que, motivado pelo desejo de reeleição, o prefeito possui utilidade que reflete as preferências de um eleitor mediano m_i do município i . Nesse caso, o parâmetro α_i é interpretado como uma medida da importância que m_i atribui aos gastos com ações locais de saúde, relativamente às outras despesas. Esse parâmetro é visto como uma variável aleatória, assumindo o valor f_i , com probabilidade ρ e d_i com probabilidade $1 - \rho$. No modelo, $f_i > d_i$, de forma que o eleitor mediano atribui maior importância ao gasto com saúde no estado f_i (“favorável” ao investimento em saúde) do que ao gasto com saúde no estado d_i (“desfavorável”).

A ordenação temporal do modelo pode ser representada pelo diagrama a seguir:

⁷ Claramente, para que $\gamma_i \neq 0$ é necessário que $\delta_i \neq 0$. Equivalentemente, a restrição orçamentária poderia ser formulada como $s_{l_i} + \delta_i s_a + \delta_i \gamma_i s_{q_i} + p_i \leq b_i$. A formulação anterior foi escolhida por simplicidade.

FIGURA 1 - ORDENAÇÃO TEMPORAL



1.2 Retorno Tecnológico

Considerando-se que a contribuição financeira dos municípios com o consórcio é realizada com base em critérios populacionais, parte-se da hipótese de que todos os municípios contribuem igualmente, em termos *per capita*, tanto com recursos para investimentos iniciais para formação do consórcio como com quotas para manutenção dele. Portanto, se N_i e N_j forem as populações respectivas dos municípios i e j , tem-se

$$s_{a_i} = \frac{S_{a_i}}{N_i} = \frac{S_{a_j}}{N_j} = s_{a_j} \equiv s_a \quad \text{e} \quad s_{q_i} = \frac{S_{q_i}}{N_i} = \frac{S_{q_j}}{N_j} = s_{q_j} \equiv s_q$$

Assume-se que a formação de consórcio implica ganhos tecnológicos, em razão do uso mais eficiente dos recursos investidos.⁸ Esses retornos tecnológicos são provenientes tanto do investimento inicial no consórcio S_a quanto do ganho resultante dos gastos com manutenção, S_q . O retorno tecnológico com o investimento inicial é modelado pela função $f_a(s_a, N)$, que depende, de forma estritamente crescente, do investimento inicial *per capita*, s_a , assim como da população total atendida pelo consórcio, N . Assim, mantendo-se a mesma população atendida, se o gasto inicial *per*

⁸ Várias evidências sugerem que o consorciamento em saúde levou ao aumento da eficiência e da qualidade dos serviços ofertados, visto que pode trazer significativas economias de escala, facilitar a implementação de referências e padronizar os procedimentos médicos, entre outras. Ver TMB (2000) para discussão mais detalhada dessa hipótese.

capita aumenta, também o ganho tecnológico resultante desse investimento aumentará. Por outro lado, se a população total atendida aumenta, N , mantendo-se, ainda, o mesmo gasto *per capita*, o ganho tecnológico associado ao aumento de escala é maior. Analogamente, o retorno tecnológico associado ao gasto de manutenção é modelado por uma função $f_q(s_q, N)$ estritamente crescente no gasto *per capita* s_q e na população atendida N .

1.3 Resultados

Se o consórcio for firmado e o município puder usufruir de seus serviços sem contribuir com a quota de manutenção s_q (comportamento *free rider*), a parceria estará ameaçada. De fato, sob certas hipóteses há o consorciamento, seguido, no entanto, por sua dissolução. Em outras situações, o consórcio pode até mesmo não vir a ser formado: o comprometimento financeiro associado à formação do consórcio (s_a) pode levar o prefeito a não constituir a associação. Esse fenômeno é comum em qualquer organização do tipo parceria, na qual cada agente decide, com os demais, qual vai ser o retorno propiciado pela organização conjuntamente, mas, ao mesmo tempo, arca individualmente com o custo associado ao próprio esforço.⁹ Esses comportamentos foram amplamente estudados em TMB (2000) e, portanto, não serão detalhados neste trabalho.

Conforme mencionado anteriormente, o aumento da eficiência dos consórcios sugere que essas instituições devam ser estimuladas. Porém, para assegurar sua sustentabilidade é necessário analisar mecanismos que venham a corrigir possíveis incentivos impedidores de sua formação e/ou de sua permanência.

Com o intuito de evitar a dissolução da parceira alguns consórcios de saúde aplicam punições ao município inadimplente por meio do não

⁹ Ver, por exemplo, HOLMSTRÖM (1982), DUTTA & RADNER (1994) ou BUGARIN (1999).

atendimento de sua população nas instalações do consórcio.¹⁰ Aplicada tal punição, e conforme mostrado em TMB (2000), não ocorrerão problemas no que tange à manutenção das parcerias. No entanto, esse comportamento vai de encontro ao princípio constitucional da universalidade do atendimento à saúde. Assim, torna-se necessário considerar outros mecanismos de incentivos alternativos que não contrariem a Constituição e estimulem os municípios a se unirem e permanecerem consorciados. As próximas seções analisam diferentes mecanismos viáveis nesse sentido e comparam seus resultados.

2. INCENTIVO FINANCEIRO DO GOVERNO FEDERAL

2.1. O Problema do Governo

Este estudo parte da hipótese de que, em razão dos possíveis ganhos tecnológicos relacionados ao consorciamento, o governo federal tem interesse na formação e na manutenção dessas associações. Neste primeiro modelo, estuda-se como essa parceria pode ser estimulada pela União, por meio da concessão de incentivos monetários, pelo menor custo possível.

Dadas as restrições constitucionais à vedação de atendimento da população em hospitais públicos, considera-se, neste trabalho, não ser possível punir o município inadimplente com a associação. Nesse caso, o município i ($i = 1, \dots, n$) preferirá abandonar o consórcio no segundo período, caso os ganhos tecnológicos não sejam atraentes o bastante, independentemente do estado da natureza (α_i).¹¹ Para evitar a dissolução da parceria, o governo federal poderá transferir recursos adicionais ao

10 Essa é a prática no Consórcio de Penápolis/SP, conforme ressalta RIBEIRO & COSTA (1999).

11 Conforme apresentado na Figura 1, supõe-se que o estado da natureza seja totalmente revelado após a criação do consórcio.

município i , $\tau_i(\alpha_i)$, $\alpha_i = d_i, f_i$, no período $t = 2$, sendo essa transferência condicionada à permanência no consórcio. Além disso, pode-se fazer necessária a concessão de incentivos monetários τ_{ie} no primeiro período, de forma que estimule a formação do consórcio. Assim, o problema de minimização dos gastos com transferências do governo federal aos consórcios para garantir a formação e a manutenção dos mesmos pode ser descrito pelo programa a seguir.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Min}_{\tau_{ie}, \tau_i(\alpha_i)} \tau_{ie} + \rho \tau_i(f_i) + (1-\rho) \tau_i(d_i) \\ \text{r.a. } U_i(e, \tau_{ie}) \geq U_i(ne) \\ U_i(e, p, \alpha_i, \tau_i(\alpha_i), \tau_{ie}) \geq U_i(e, s, \alpha_i, \tau_{ie}) \end{array} \right. \quad \begin{array}{l} (RI) \\ (CI(\alpha_i)) \end{array}$$

Nas restrições $(CI(\alpha_i))$, conhecidas na literatura de desenho de mecanismos como restrições de compatibilidade de incentivos, a função $U_i(e, p, \alpha_i, \tau_i(\alpha_i), \tau_{ie})$ representa a utilidade do município i em permanecer consorciado (p) após receber o incentivo para manutenção da associação ($\tau_i(\alpha_i)$), uma vez criado o consórcio (e) no estado da natureza $\alpha_i = d_i, f_i$. A função $U_i(e, s, \alpha_i, \tau_{ie})$ representa a utilidade do município i ao abandonar o consórcio (s) uma vez criado (e), no estado da natureza $\alpha_i = d_i, f_i$. Assim, pelas inequações $(CI(\alpha_i))$, o incentivo financeiro é escolhido para garantir que, estabelecida a parceria, a utilidade do município i em permanecer consorciado supere ou iguale a utilidade decorrente de seu abandono.

A restrição (RI) , conhecida na literatura como condição de **racionalidade individual** ou **restrição de participação**, indica que a utilidade esperada do município i , resultante de sua decisão de formar consórcio, acrescida da transferência τ_{ie} , $UE_i(e, \tau_{ie})$, deve ser maior do que a utilidade esperada do município i , quando esse opta por não aceitar a proposta de formação do consórcio, $UE_i(ne)$. O uso da utilidade esperada em (RI) reflete o fato de que, no momento de se decidir sobre a adesão ao consórcio, o município i ainda não ter observado o estado da natureza α_i (vide Figura 1).

As utilidades mencionadas, resultantes do processo de maximização da utilidade do prefeito i sujeita às correspondentes restrições orçamentárias, são aqui calculadas tal como em TMB (2000), e encontram-se explicitadas na próxima seção. No entanto, comparando-as com aquelas utilizadas no estudo anterior, convém salientar três modificações fundamentais na utilidade dos prefeitos municipais, aqui introduzidas. Em primeiro lugar, o modelo é adaptado para a inclusão de um número n qualquer de municípios participantes. Em segundo lugar, agora as variáveis são consideradas em termos *per capita*. Finalmente, é utilizada uma versão bem mais geral da função de retorno tecnológico, da qual a expressão usada em TMB (2000) é um caso particular.

2.2. O Cálculo das Funções de Utilidade Indireta

Nos programas resolvidos a seguir supõe-se que o município terá sempre um incentivo para gastar algum recurso não nulo com ações locais de saúde. Essa hipótese, chamada no que se segue de Condição de Investimento em Saúde (IS), garante a suficiência das condições de primeira ordem nos problemas correspondentes.¹²

Utilidade esperada de um município que não aceita formar consórcio.

Nesse caso o município resolve, para cada estado da natureza α_i , o seguinte programa:

$$\begin{cases} \text{Max } s_{m_i}^{\alpha_i} p_i^{(1-\alpha_i)} \\ \text{s.t. } s_{m_i} + p_i \leq b_i \end{cases}$$

A resolução do programa anterior leva à seguinte função de utilidade indireta:

12 Trata-se da condição (5), em TMB (2000), que exclui soluções de canto nos problemas de maximização dos prefeitos.

$$U_i(ne, \alpha_i) = \alpha_i^\alpha i (1 - \alpha_i)^{1-\alpha} b_i \quad (1)$$

Assim, se o município i decidir não entrar, sua utilidade esperada será:

$$UE_i(ne) = \rho U_i(ne, f_i) + (1 - \rho) U_i(ne, d_i)$$

Utilidade indireta de um município que aceita formar consórcio, mas torna-se inadimplente.

Nesse caso o município i deverá resolver o seguinte programa:

$$\begin{cases} \text{Max}_{s_{m_i}, p_i} \left(s_{m_i} + f_a \left(\frac{\sum S_{a_j}}{\sum N_j}, \sum N_j \right) + f_q \left(\frac{(\sum S_{q_j}) - S_{q_i}}{\sum N_j}, \sum N_j \right) \right)^{\alpha_i} p_i^{1-\alpha_i} \\ \text{s.a. } s_{m_i} + s_a + p_i \leq b + \tau_{ie} \end{cases}$$

A solução do programa anterior produz a seguinte utilidade indireta:

$$U_i(e, s, \alpha_i, \tau_{ie}) = \alpha_i^{\alpha_i} (1 - \alpha_i)^{1-\alpha_i} \left[b_i + \left[f_a(s_i, \sum N_j) - s_a \right] + f_q(r_i, \sum N_j) + \tau_{ie} \right] \quad (2)$$

$$\text{Na expressão anterior, } r_i = \frac{\sum S_{q_j}}{\sum N_j} = \frac{\sum S_{q_j}}{\sum N_j} - \frac{S_{q_i}}{\sum N_j} = s_q - \frac{S_{q_i}}{\sum N_j} < s_q$$

corresponde ao novo gasto *per capita*, com saúde, efetuado pelo consórcio e resultante da perda de contribuição do município inadimplente.

Utilidade indireta de um município que aceita formar consórcio e honra seus compromissos.

Nesse caso o município resolve, para cada estado da natureza α_i , o seguinte programa:

$$\begin{cases} \text{Max}_{s_{m_i}, p_i} \left(s_{m_i} + f_a(s_{a_i}, \sum N_j) + f_q(s_{q_i}, \sum N_j) \right)^{\alpha_i} p_i^{(1-\alpha_i)} \\ \text{s.a. } s_{m_i} + s_a + s_q + p_i \leq b_i + \tau_i(\alpha_i) + \tau_{ie} \end{cases}$$

A solução para o programa anterior produz a seguinte utilidade indireta, denotada por (3):

$$U_i(e, p, \alpha_i, \tau_i(\alpha_i), \tau_{ie}) = \alpha_i^{\alpha_i} (1 - \alpha_i)^{1-\alpha_i} \left[b_i + \left[f_a(s_i, \sum N_j) - s_a \right] + \left[f_q(s_i, \sum N_j) - s_q \right] + \tau_i(\alpha_i) + \tau_{ie} \right]$$

A seguir apresenta-se a solução do problema do governo.

2.3. A Solução do Problema do Governo

Observe, em primeiro lugar que, como $r_i < s_q$, têm-se:

$$f_q(r_i, \sum N_j) < f_q(s_q, \sum N_j)$$

No entanto, se r_i estiver suficientemente próximo de s_q , o efeito *free rider* será superior aos ganhos tecnológicos, de forma que,

$$f_q(s_a, \sum N_j) - s_q < f_q(r_i, \sum N_j)$$

Donde, $U(e, s, \alpha_i, \tau_{ie}) > U(e, p, \alpha, 0, \tau_{ie})$, ou seja, o município i terá incentivo para abandonar o consórcio no segundo período se não houver incentivo financeiro para sua permanência: $\tau_i(\alpha_i) = 0$.

Nesse caso, para que a condição (c1) seja satisfeita, e o custo da transferência minimizado, o governo federal oferecerá o menor incentivo possível, ou seja, o valor $\tau_i(\alpha_i)$, para que essa restrição se torne uma igualdade, isto é,

$$U_i(e, s, \alpha_i, \tau_{ie}) = U_i(e, p, \alpha, \tau_i(\alpha_i), \tau_{ie})$$

Equivalentemente, $f_q\left(s_{q_i}, \sum N_j\right) + (\tau_i(\alpha_i) - s_{q_i}) = f_q\left(r_i, \sum N_j\right)$.

A transferência mínima é, portanto,

$$\tau_i(\alpha_i) = s_{q_i} - [f_q\left(s_{q_i}, \sum N_j\right) - f_q\left(r_i, \sum N_j\right)] \quad (4)$$

A equação (4) fornece o valor da transferência da União para os municípios participantes do consórcio. Esse incentivo depende do retorno tecnológico associado à quota para manutenção do consórcio e do valor dessa quota. É importante ressaltar que quanto maior for o número de municípios participantes do consórcio maior será a população total atendida. Assim, se o peso da população total na expressão de f_q for muito elevado, então o termo negativo na expressão anterior pode se tornar próximo de zero, implicando assim uma maior transferência *per capita* $\tau_i(\alpha_i)$. Em outras palavras, quanto maior for o número de municípios participando do CIS, maior será o incentivo para um município individual abandonar o consórcio e, portanto, maior terá que ser a transferência do Governo para induzi-lo a permanecer na parceria. Vale observar também o fato de $\tau_i(\alpha_i)$ não depender de α_i , o estado da natureza, e, no que se segue, ser denotado simplesmente por τ_i .

Por outro lado, no caso em que os ganhos tecnológicos associados ao consórcio são suficientemente significativos, deverá ocorrer a seguinte situação:

$$f_q\left(s_{q_i}, \sum N_j\right) - f_q\left(r_i, \sum N_j\right) > s_{q_i}$$

Sendo assim, não há necessidade de que o governo transfira recursos para garantir a sustentabilidade do consórcio.

Portanto, o valor ótimo dos recursos repassados pela União para as associações pode ser expresso por:

$$\tau_i = \max \left\{ 0, s_q - \left[f_q(s_q, \sum N_j) - f_q(r_i, \sum N_j) \right] \right\}$$

No que tange às decisões quanto à formação do consórcio (r_i), cumpre ressaltar que, ao saber que outros municípios entrarão, e que haverá sustentabilidade da associação no segundo período, cada município i comparará a utilidade (3), proveniente da decisão do prefeito em aderir e em permanecer na parceria, com a utilidade (1), resultante da decisão do prefeito i de não formar consórcio. Verifica-se, pois, facilmente, que sempre vale a desigualdade a seguir.

$$U_i(e, p, \alpha_p, \tau_p, 0) \geq U_i(ne, \alpha_i).$$

Assim, em razão dos ganhos tecnológicos associados ao consórcio, não há necessidade de o governo federal incorrer em nenhum custo financeiro para induzir a formação da parceira. Como o problema de *free rider*, presente na decisão relativa à manutenção do consórcio, foi resolvido, os ganhos tecnológicos da parceria são suficientes para assegurar sua formação. Portanto, basta oferecer aos consórcios um incentivo que garanta a não-inadimplência dos consorciados. Logo, na solução do problema do governo têm-se $\tau_{ei} = 0, i = 1, \dots, n$.

Na próxima seção, uma forma específica para a função de ganho tecnológico, que se assemelha àquela utilizada em TMB (2000), será considerada.

2.4. Um Exemplo

Assume-se, nesta seção, que a função de retorno tecnológico do gasto em saúde seja: $f(s, N) = l \cdot s \cdot N$, em que l é um parâmetro tecnológico que traduz os ganhos de escala obtidos com o aumento da população atendida e/ou os ganhos obtidos com um aumento do investimento *per capita* em saúde.

Supondo-se que todos os municípios contribuam financeiramente para o consórcio, o ganho tecnológico resultante da parceria, para um município i , é dado por:

$$f_q(s_i, \sum N_j) = l \cdot s_i \sum N_j > l \cdot s_{qi} N_i = f(s_q, N_i)$$

Caso o investimento em saúde seja realizado por meio da associação, mas o município i torne-se inadimplente, o retorno tecnológico para i será dado pela seguinte equação:

$$f_q(r_i, \sum N_j) = l \left(\frac{\sum S_{q_j}}{\sum N_j} - \frac{S_{q_i}}{\sum N_j} \right) \sum N_j = f_q(s_q, \sum N_j) - l S_{q_i}$$

Sendo assim, o retorno tecnológico líquido para o município i , quando esse decide permanecer, é dado por:

$$f_q(s_q, \sum N_j) - f(r_i, \sum N_j) = l S_{q_i}$$

Se $l > (N_i)^{-1}$, então $l S_{q_i} > s_q$. Nesse caso, o ganho tecnológico para o município i , caso esse contribua financeiramente para o consórcio, é superior ao gasto em que terá que incorrer para manter-se na parceria. Logo, o retorno tecnológico do consórcio é suficiente para que o município i não abandone a associação e, portanto, o governo não terá de transferir recursos para garantir a sustentabilidade da parceria.

Por outro lado, se $l < (N_i)^{-1}$, então $l S_{q_i} < s_q$. Diferentemente da situação anterior, o ganho do município i por permanecer consorciado é inferior aos recursos que terá de despender no pagamento da quota de manutenção, o que o levará ao abandono da parceria. Para que isso não aconteça, o governo deverá transferir recursos de acordo com a equação a seguir:

$$\tau_i = s_q - l S_{q_i} > 0$$

Vale ressaltar algumas implicações dos resultados anteriormente obtidos. Como mencionado, sabe-se que quando $l < (N_i)^{-1}$, τ_i será positivo. Essa desigualdade será mais freqüente em municípios com pequena população, o que exige que o governo tenha de contribuir financeiramente para que permaneçam no consórcio. No caso em que $l > (N_i)^{-1}$, situação mais comum para municípios de maior população, não haverá necessidade de transferências monetárias da União para assegurar a permanência desses municípios na associação. Isso acontece porque os benefícios decorrentes da parceria são, potencialmente, maiores para grandes municípios do que para os pequenos municípios. Esse esquema de incentivos implica uma política redistributiva que beneficiará mais as pequenas municipalidades e, assim, poderá contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos pequenos núcleos populacionais, bem como com uma consequente redução do fluxo migratório para as grandes metrópoles.

Os resultados obtidos parecem ser condizentes com a realidade. Em geral, são os municípios de maior porte que propõem a parceria a seus municípios vizinhos, geralmente de menor população. Uma possível explicação para esse fenômeno é que, antes mesmo da formação do consórcio, os municípios grandes, por serem referência para vários serviços de saúde, já atendem a população daqueles que não dispõem de infraestrutura adequada para fornecer serviços de maior complexidade a seus habitantes. Com o consórcio, os municípios maiores poderão dispor de mais recursos, oriundos do orçamento dos municípios vizinhos, para custear os serviços de saúde que já fornecem. No entanto, o exemplo mostra que, mesmo que esse problema de *free rider* possa ser evitado, os municípios de maior porte ainda teriam mais interesse em formar consórcios do que os de menor porte, em razão do ganho tecnológico associado à parceria.

Ademais, é importante observar que, como as contribuições para o consórcio são iguais em termos *per capita* para todos os municípios, o incentivo monetário necessário para estimular os pequenos municípios a permanecerem na parceria será relativamente menor do que no caso de

ser necessário transferir recursos uniformemente para todos os municípios consorciados, minimizando, assim, o gasto da União.

Apesar do aporte do governo federal restringir-se aos municípios de menor população, a implementação do esquema antes mencionado implica dispêndio adicional para a União, num momento em que a sociedade se preocupa fortemente com o controle do déficit do setor público. A próxima seção mostra que o governo federal dispõe de um mecanismo alternativo muito menos oneroso para garantir a sustentabilidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

3. COMMITMENT ENTRE MUNICÍPIOS

Uma análise mais cuidadosa do problema, discutido na seção anterior, de otimização resolvida pelo governo federal revela que, se as condições de compatibilidade de incentivos ($CI(\alpha_i)$) forem satisfeitas, a restrição de participação (RI) será também automaticamente verificada. Daí ser possível concluir que o problema da sustentabilidade dos consórcios é gerado exclusivamente pelo comportamento *free rider*. Se esse comportamento puder ser coibido, a instituição tornar-se-á sustentável.

Essa análise sugere um novo papel para a União,¹³ mais direto e ao mesmo tempo menos oneroso do que aquele de provedor de incentivos financeiros. De fato, o governo pode assegurar a manutenção do consórcio se, assumindo seu papel de **regulador do federalismo** (OATES, 1999), puder garantir que nenhum membro do consórcio se torne inadimplente.

Há um mecanismo simples para induzir esse comportamento dos municípios. Ao se consorciarem, os municípios assinam também, com o

13 Na análise que se segue, o governo hierarquicamente superior é referido por **União ou governo federal**. No entanto, é perfeitamente viável que um governo **estadual** assuma o papel de regulador a ser descrito nesta seção. O texto usa o termo Estado para referir-se genericamente a esses entes federativos.

governo federal, um contrato que assegura diretamente ao consórcio o repasse de recursos equivalentes à quota de manutenção quando da inadimplência por parte de algum município-membro. Nesse caso poderia haver, por exemplo, redução dos créditos desse município com o governo federal (FPM,¹⁴ SUS, outros) em proporção equivalente à quota de recursos que ele deixou de transferir ao consórcio.

Estabelecido tal mecanismo, cada município saberá que, se o consórcio for formado, sua manutenção estará garantida. Assim, o efeito *free rider* estará resolvido e o ganho tecnológico será suficiente para garantir a formação da associação.

É importante observar que esse mecanismo não envolve custo financeiro adicional para a Federação, embora possa apresentar alguns problemas de implementação que vão desde a dificuldade de fiscalização do pagamento da quota de participação em consórcios para quase dois mil municípios que hoje estabelecem parcerias, até questões legais quanto à retenção do FPM ou outros recursos e a transferências de recursos diretamente a um ente não federado.¹⁵ A União deve estar preparada para enfrentar problemas dessa natureza se quiser desempenhar, na sua totalidade, o papel de reguladora do federalismo.

Outra opção de *commitment* entre os municípios diz respeito à participação do Estado no processo de consorciamento, ampliando a ênfase na regionalização e fortalecendo as responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Sendo assim, a regulação dos consórcios seria parte integrante do Plano de Regionalização do Estado.¹⁶ Da mesma forma que a proposta de regionalização sugere a realização de “contratos

14 Convém observar que um mecanismo semelhante foi incluído nos recentes contratos de renegociação das dívidas dos estados, tendo sido aplicado em 1999, quando então o Estado de Minas Gerais se tornou inadimplente.

15 Ver SANTOS (2000) sobre questões legais concernentes a consórcios.

16 Esse plano é um instrumento necessário para o avanço do processo de descentralização por meio da microrregionalização de ações e serviços de saúde, e está contido em BRASIL. Ministério da Saúde (2000b).

de gestão” entre Estados e a União, poderiam ser estabelecidos também contratos ou cláusulas entre o Estado e municípios, os quais visassem ao cumprimento de acordos de consorciamento firmado entre esses últimos. As penalidades aplicadas a municípios que não transferirem sua quota de participação ao consórcio poderiam, então, incluir desde o impedimento de eles se candidatarem à condição de gestão plena do sistema municipal e de pleitearem incrementos de seus tetos financeiros¹⁷ até a interrupção de transferências da Secretaria Estadual de Saúde às Secretarias Municipais de Saúde, de valores adicionais atribuídos ao Índice de Valorização de Resultados (IVR).

Outros mecanismos de punição ao município inadimplente com o consórcio podem ser estabelecidos. A decisão de que penalidades aplicar ao município que não cumprir com suas obrigações financeiras para com o consórcio dependerá da complexidade de diferentes mecanismos de *commitment* do ponto de vista prático, bem como de impedimentos legais que porventura possam ocorrer. Qualquer que venha a ser o mecanismo escolhido, no entanto, a essência dele é conhecida de longa data na teoria das parcerias: para resolver o problema da ineficiência nas parcerias é necessária, pois, a introdução de um Principal, o qual desempenhará o papel de gerenciador do orçamento (“*budget breaker*”), de forma a introduzir uma punição crível caso um dos membros decida agir em detrimento da parceria (cf. HOLMSTRÖM, 1982).

O mecanismo de *commitment* estudado garante a sustentabilidade dos CIS, caso esses tenham sido formados. No entanto, dependendo das preferências dos eleitores de um município, é possível que o prefeito decida não aderir voluntariamente a um consórcio, uma vez que a adesão implica a impossibilidade de inadimplência. Tal possibilidade é mais detalhadamente analisada na próxima seção, em que um mecanismo intermediário é proposto.

17 Teto Financeiro Global do Município (TFGM) é um montante de recursos de custeio da esfera federal, destinado às ações e serviços de saúde. Todos os valores referentes a pisos, tetos, frações, índices, conforme consta da NOB-SUS 1996 (NOB 01/96), são definidos consoante a Programação Pactuada e Integrada (PPI), e negociados nas Comissões Intergestores Bipartites, posteriormente à sua aprovação pelos Conselhos Municipais de Saúde.

4. UM MODELO HÍBRIDO

A análise desenvolvida na seção 3 permite a conclusão de que é possível desenvolver mecanismos que possibilitem à União garantir a sustentabilidade dos consórcios, sem que lhe seja necessário repassar incentivos financeiros aos municípios. O resultado obtido, no entanto, baseia-se na hipótese de que a Condição de Investimento em Saúde (IS) é satisfeita.

Essa condição garante que, qualquer que seja o estado da natureza, o município decidirá investir localmente em saúde mesmo quando consorciado. No entanto, pode haver situações (estados da natureza) nas quais o eleitor mediano de um município (e, consequentemente, o prefeito) prefira que os recursos do município sejam destinados a outras ações locais. Numa situação de grande catástrofe natural, como, por exemplo, um longo período de seca com perda substancial no campo, cestas básicas podem se tornar muito mais imprescindíveis que gastos com saúde. Nesse caso, o comprometimento (irreversível) *ex-ante* com a quota para manutenção do consórcio, s_q , pode tornar-se, *ex-post*, extremamente indesejável.

Se a probabilidade de uma tal situação ocorrer for suficientemente elevada, a condição (IS) não será satisfeita e o prefeito preferirá não aderir ao consórcio para garantir maior flexibilidade no uso do orçamento do município. Nesse caso, ter-se-á um equilíbrio separador, em que regiões mais estáveis formarão consórcios, enquanto as regiões mais sujeitas a grandes mudanças de prioridades nos gastos públicos se negarão a formá-los apesar do ganho tecnológico inerente à parceria. Esse equilíbrio fará com que as regiões consorciadas adotem tecnologias mais eficientes, ao passo que em outras regiões perdurarão tecnologias menos eficientes, aumentando, assim, as desigualdades regionais no país.

Essa situação pode ser remediada caso haja a possibilidade de os governos federais intervirem criando condições para que o ganho tecnológico com o consorciamento seja ampliado, e não com a transferência direta de recursos aos municípios. Uma maneira de implementar essa idéia pode

ser a de facilitar, via financiamentos subsidiados, a aquisição, pelo consórcio, de equipamentos mais produtivos, os quais não poderiam ser adquiridos com recursos oriundos exclusivamente dos municípios. Ao possibilitar tais aquisições, os governos estariam afetando diretamente as funções f_a e f_q , e, com isso, tornando a formação do consórcio ainda mais atraente para seus membros. Do ponto de vista do exemplo estudado, isso corresponde a agir sobre o parâmetro l , de forma que o aumento dos ganhos tecnológicos compense a impossibilidade de saída *ex-post* da parceria, estimulando-se, assim, o contrato de *commitment*. Além do efeito direto sobre a formação dos CIS, esse mecanismo propicia um claro retorno social, pois estimula a aquisição de tecnologias mais eficientes no atendimento à população.

Em conclusão, o Estado pode vir a desempenhar um importante papel no processo de formação e de manutenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, usando, para tanto, dois mecanismos complementares. Pode, por um lado, estimular a formação das parcerias ao facilitar, para consórcios, a adoção de tecnologias inovadoras de elevada produtividade, mas a eles inacessíveis por seu elevado custo. Por outro lado, pode garantir que os membros de um consórcio não virão a se tornar inadimplentes, mediante um contrato, entre os municípios e o Estado, que assegure a transferência de recursos diretamente aos consórcios em caso de descumprimento por parte de algum de seus membros.

CONCLUSÃO

Partindo do princípio de que os CIS devam ser estimulados, o presente trabalho estudou diferentes mecanismos aptos a garantir a formação e a sustentabilidade dessas instituições por meio da participação de esferas hierarquicamente superiores de governo (estadual e federal).

Uma primeira modelagem mostrou como transferências diretas aos municípios podem resolver os problemas de incentivos dos CIS, garantindo, com isso, a sua sustentabilidade. Trata-se, porém, de um mecanismo potencialmente oneroso ao setor público.

Uma abordagem mais cuidadosa revelou que, de fato, o Estado pode atingir objetivo semelhante sem custos financeiros, assumindo seu papel de regulador do federalismo, desde que os ganhos tecnológicos com a formação dos CIS sejam suficientemente elevados. Nesse caso, os municípios assinam, voluntariamente, contratos de *commitment* que autorizam o governo hierarquicamente superior a transferir fundos diretamente ao consórcio, caso algum município se torne inadimplente, fundos esses retidos daqueles direcionados ao próprio município.

Finalmente, em situações em que os ganhos tecnológicos envolvidos com o consorciamento possam não ser suficientes para estimular a sua formação, o Estado pode ainda facilitar a aquisição de tecnologias, as quais muitas vezes podem exigir investimentos que estão fora do alcance dos municípios. Esse processo elevará o retorno tecnológico da associação e tornará a adesão ao CIS atraente aos municípios.

Além das implicações práticas evidentes, o presente estudo atenta para o fato de que soluções paternalistas, à primeira vista eficientes, envolvem transferências onerosas de recursos dos governos centrais aos governos municipais, e podem, sob certas condições, ser substituídas por mecanismos muito menos custosos, que levam ao mesmo resultado almejado.

O estudo aqui apresentado se enquadra numa linha de pesquisa cujo objetivo final é entender os incentivos que afetam o setor saúde em âmbito municipal, assim como o papel do relacionamento entre os diferentes níveis de governo. Ele enfatiza os incentivos adversos na formação e na sustentabilidade de CIS, mais especificamente no que diz respeito ao problema do *free rider* associado às organizações em parceria. A pesquisa deve ser estendida em pelo menos duas direções. Faz-se necessário, em primeiro lugar, entender melhor como são tomadas as decisões individuais de cada prefeito. Para tanto, é necessária a construção de um modelo mais preciso, que envolva microfundamentos políticos em que os cidadãos votam de acordo com o desempenho político do prefeito.

Em segundo lugar, o avanço do processo de descentralização e, mais especificamente, o da municipalização da saúde, reforça a necessidade de se organizar a gestão do sistema de serviços de saúde (microrregionalização) e de se buscar formas de associação que permitissem superar deficiências de escala e de disponibilidade de recursos (consorciamento). A prestação de serviços de saúde por meio de consórcios deve, no entanto, estar inserta em um contexto regulatório e organizativo que estabeleça regras de funcionamento e permita, assim, potencializar seus ganhos. Portanto, a existência desses dois mecanismos complementares sugere o estudo que investigue como ambos podem ser usados para aumentar a eficiência, no Brasil, dos gastos públicos com saúde. Mais especificamente, é importante entender que problemas de incentivos podem ocorrer num processo de regionalização, e também como os dois processos, consórcio e regionalização, relacionam-se entre si. Tais estudos são apresentados aqui como sugestões para pesquisas futuras.

REFERÉNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. de B. A economia da saúde no Brasil. In: LISBOA, M. de B.; MENEZES-FILHO, N. A. (orgs.), *Microeconomia e sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2001.
- ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 55, n. 5, p. 942-73, 1963.
- BERTONE, A. A. Consórcios intermunicipais de saúde - Uma estratégia rumo à regionalização. *Revista Divulgação Em Saúde Para Debate*, n. 16, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório interno*. Brasília, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. *Proposta de regionalização da assistência à saúde*. 2^a versão preliminar para discussão interna do MS e exposição à CIT em 20/7/2000. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, 2000a.
- _____. Ministério da Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com garantia de equidade no acesso*. 2000b.
- _____. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica da assistência à saúde do SUS* (NOAS-SUS 01/01). Portaria MS/GM, n. 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentações. 2001.

- BUGARIN, M. *Efficency in a partnership with investment.* Universidade de Brasília, 1999.
- DUTTA, P. K.; RADNER, R. Moral hazard. In: AUMANN, R. J.; HART, S. (eds.), *Handbook of game theory*, v. 2. (Elsevier Science), 1994, p. 869-903.
- GARSON, S.; ARAÚJO, E. Federalismo fiscal. Ações sociais básicas: descentralização ou municipalização? *Informe-se*. BNDES, Secretaria para Assuntos Fiscais, n. 23, jan. 2001.
- GONTIJO, L. T.; DONNINI, O.; RIBEIRO, J. M.; CUNHA, J. P. P. Penápolis: relato de experiência. *Espaço para a Saúde*, v. 3, n. 3, 1994.
- HOLMSTRÖM, B. Moral hazard in teams. *Bell Journal of Economics*, 13, p. 324-340, 1982.
- LIMA, A. P.; PASTRANA, R. M. *Regionalização da rede de ações e serviços como condição para garantir a equidade no acesso.* Conferência Nacional de Saúde. 2000a. Mimeografado.
- _____. *Diagnóstico da situação atual dos consórcios intermunicipais de saúde.* 2000b. Mimeografado.
- MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS.* Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001 (Saúde Coletiva, n. 4).
- OATES, W. E. An essay on fiscal federalism. *Journal of Economic Literature*, 37, p. 1120-1149, 1999.
- PAULICS, V. 125 *Dicas - Idéias para a ação municipal.* São Paulo: Polis, 2000.
- RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. do R. *Consórcios municipais no SUS.* Brasília: IPEA, 1999. (Texto para Discussão, n. 669).
- SANTOS, L. *Consórcio administrativo municipal. Aspectos gerais. Suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde.* Estudo encomendado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.
- TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, M. C.; BUGARIN, M. Formação e sustentabilidade político-financeira de consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. *Anais do XXII Encontro Brasileiro de Econometria*, v. II. Campinas: SBE, 2000.

Os autores agradecem os valiosos comentários de Mirta Bugarin e dos participantes do XXIX Encontro Brasileiro de Economia, assim como o apoio financeiro do CNPq, assumindo inteira responsabilidade por quaisquer erros ou omissões remanescentes.

E-mail: luteixe@zaz.com.br.

E-mail: macdowell@ipea.gov.br.

E-mail: bugarin@unb.br.

(Recebido em janeiro de 2002. Aceito para publicação em junho de 2002).