

CAPÍTULO 2

A mudança dos papéis dos municípios no desenvolvimento e implementação dos cuidados de saúde: desafios e oportunidades na Inglaterra

Anna Coleman

*PhD, School of Health Sciences, University of Manchester
Centre for Primary Care, Williamson Building, Oxford Road, Manchester M13 9PL
Tel.: 0161 2757621
e-mail: anna.coleman@manchester.ac.uk*

Resumo

Encontrar o nível certo de implementação e administração para numerosas Políticas Públicas é um desafio. Isto é provado, particularmente, no que se refere aos cuidados de saúde. Muitos países têm responsabilidades descentralizadas, em certa medida, para a saúde, procurando o melhor equilíbrio entre a melhoria da saúde, equidade no acesso aos serviços, eficiência e custo-benefício, em diferentes contextos políticos, padrões de trabalho históricos e questões específicas enfrentadas pelas suas populações. Na Inglaterra, há, atualmente, um impulso no sentido de um planejamento estratégico, em mais longo prazo, baseado na localidade, e de testar um novo trabalho integrado para resolver os dilemas estabelecidos pelos “problemas perversos”¹. Os desafios persistentes ao trabalhar além das fronteiras organizacionais, para tirar o máximo proveito dos orçamentos restritos, só serão superados se todos os potenciais parceiros se envolverem desde o início no melhor nível de tomada de decisões e de execução (subsidiaridade). Na Inglaterra, acaba de ser publicado um novo “Plano a Longo Prazo para o Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service – NHS*)”², que pode ajudar a proporcionar segurança e clareza em mais longo prazo sobre a forma como os sistemas de saúde, utilizando o planejamento baseado na localidade, irão se desenvolver e quais serão os papéis da administração local, das organizações de saúde, das parcerias descentralizadas e de outras formas de subdivisões administrativas em potencial. Os atuais planejamentos baseados na localidade já iniciados devem permitir uma melhor utilização dos orçamentos reduzidos, com um trabalho local inovador, mas apenas se os obstáculos de longa data no trabalho conjunto forem superados.

Palavras-chave: Municípios. Autoridades locais. Serviço Nacional de Saúde. Serviços de saúde. Planejamento baseado na localidade.

Introdução

A definição de município no dicionário é uma cidade, vila ou outro distrito que possua existência corporativa e geralmente seu próprio governo local; uma comunidade sob jurisdição municipal; ou órgão dirigente de tal distrito ou comunidade³. Pode ser descrito como uma subdivisão administrativa com fins gerais; e, até recentemente, na Inglaterra, teríamos definido com segurança estas áreas como áreas de governo

local (autarquia local). Nos últimos anos, a definição tornou-se mais complexa com a introdução de múltiplas novas formas de governação devido ao desenvolvimento da desconcentração, novos modelos de cuidados de saúde e acordos de planeamento local entre setores que potencialmente se sobrepõem para ter impacto na saúde e nos cuidados de saúde da população.

Em muitos países do mundo desenvolvido, existe um desafio em comum: encontrar o nível adequado de administração e implementação de numerosas políticas públicas. Muitos países descentralizaram, em certa medida, a responsabilidade pela saúde básica, procurando o melhor equilíbrio entre a melhoria da saúde, a equidade no acesso aos serviços, a eficiência e a relação custo-benefício, contra as complexidades causadas pelo envelhecimento das populações e pelas pessoas que vivem mais tempo com múltiplas condições de saúde, em um momento de limitação orçamentária. Devido à natureza complexa da descentralização/desconcentração e múltiplas outras iniciativas que serão desenvolvidas e promulgadas ao mesmo tempo, é frequentemente difícil atribuir conclusões e resultados às políticas únicas. Além disso, o sucesso de tais políticas também depende muito do contexto, por isso as lições aprendidas em um país (ou parte de um país) são, muitas vezes, difíceis de serem traduzidas para outros. Muitos países europeus (por exemplo, Dinamarca, Noruega⁴ e Suécia⁵) aprovaram, nos últimos 15 anos, legislações que, de diferentes formas, oferecem aos governos locais papéis-chave na saúde pública, incluindo equidade de saúde. Na prática, porém, a responsabilidade pelo planeamento, financiamento e gestão dos serviços de saúde, especialmente na Inglaterra, continua a ser altamente centralizado.

Nessa perspectiva, este artigo irá expor uma breve história do contexto inglês nos serviços de saúde e atenção básica nos últimos 50 anos. Isso abrangerá a tendência geral de os governos de todas as convicções políticas centralizarem o poder, mas, ao mesmo tempo, darem mais responsabilidade ao governo e às organizações locais de saúde (dentro do Serviço Nacional de Saúde – *National Health Service* – *NHS*). Algumas das iniciativas introduzidas para facilitar o trabalho conjunto entre organizações de diferentes setores (incluindo o NHS, as autoridades locais e o setor voluntário) na Inglaterra serão descritas, juntamente com a política atualmente favorecida para o “planejamento baseado na localidade”. O caso específico da desconcentração da saúde e dos cuidados sociais na Grande Manchester (GM) será brevemente discutido, mostrando como as subdivisões administrativas, recentemente em desenvolvimento, estão tentando resolver os obstáculos persistentes em sistemas inteiros que trabalham em toda a saúde e atenção básica e os seus mais variados fatores determinantes.

Métodos

Este artigo foi preparado e apresentado pela primeira vez no seminário sobre municípios e saúde, na Aula Magna do Instituto de Higiene e Medicina Tropical – IHMT da Universidade Nova de Lisboa – Nova, Lisboa, Portugal (outubro de 2018). O seminário visava alcançar quatro objetivos fundamentais: aprofundar um entendimento sobre os municípios e a saúde; trocar conhecimentos sobre realizações concretas nesta área; avaliar o impacto dos municípios na saúde; e discutir os desenvolvimentos futuros desse processo. No artigo que elaborei sobre a história do envolvimento dos municípios (governo local/autoridade) nos serviços de saúde, descrevi os desafios, oportunidades e a evolução da situação na Inglaterra. O caso específico da desconcentração da saúde e dos cuidados sociais na GM é brevemente descrito antes de concluir, sugerindo algumas formas potenciais de ajudar a superar os obstáculos tradicionais em um planejamento baseado na localidade, mais integrado com os serviços de saúde, dentro de um contexto de limitação orçamentária e envelhecimento das populações.

O Reino Unido e a desconcentração

Nos últimos 150 anos, a tendência dos governos do Reino Unido, de todas as convicções políticas, tem sido centralizar o poder. Só nos anos 1970 é que a desconcentração, em nível nacional (país), tornou-se uma questão política importante. Desde o final da década de 1990, o Reino Unido tem sido um estado unitário onde os países da Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte têm alguns poderes autônomos delegados pelo Parlamento do Reino Unido. Isso permitiu que os países permanecessem como parte do Reino Unido, mas podendo desenvolver formas de autogoverno e alcançar uma maior autonomia. Para facilitar isso, o Parlamento do Reino Unido conferiu vários poderes legislativos ao Parlamento Escocês eleito, à Assembleia Nacional do País de Gales e à Assembleia da Irlanda do Norte. Além disso, há a desconcentração executiva para o Governo Escocês (ex-executivo), o Governo da Assembleia Galesa e o Executivo da Irlanda do Norte (embora este último seja atualmente problemático). Cada um deles é responsável perante o Parlamento ou Assembleia do respectivo país e tem representação no Parlamento do Reino Unido em Westminster⁶.

De acordo com Coleman et al.⁶⁽³⁷⁷⁾, “desconcentração pode ser definida como a transferência ou delegação de poderes para um nível inferior, especialmente pelo governo central para uma administração local ou regional”. Contrastam a desconcentração

com o federalismo (por exemplo, EUA), uma vez que os poderes atribuídos à autoridade subnacional podem ser temporários e revogados pelo governo nacional. Para mudar os poderes federais, é necessária uma mudança constitucional. A nova gestão pública inspirou as reformas dos anos 1990⁷, que introduziram a desregulamentação, a delegação e a descentralização como meios de alcançar a eficiência, a concorrência e a capacidade de resposta na prestação do serviço público. Paralelamente, as reformas reforçaram o papel central do governo por meio da imposição de novas metas de desempenho, regulamentação e outros mecanismos de auditoria.

Enquanto a Escócia, a Irlanda do Norte e o País de Gales se aproveitaram da formação de legislaturas independentes e de uma maior descentralização no final da década de 1990, o mesmo não aconteceu na Inglaterra até muito mais tarde. Durante um período intermediário, houve muita frustração, pois todas as decisões que afetavam a Inglaterra foram tomadas por um Parlamento localizado no sudeste do país, com a argumentação de que tinha pouca percepção das questões enfrentadas pelo norte. Os apelos a uma maior descentralização na Inglaterra, da direita do espectro político, sugeriram que a descentralização geraria maior prosperidade e apoiaria a inovação, enquanto para os de esquerda, uma proposta de desconcentração de poder, orçamentos e tomada de decisões longe do governo nacional seria um contrapeso à desigualdade observada entre o norte e o sul do país.

Normalmente, as modalidades de desconcentração são definidas em detalhes por meio da legislação primária que define a extensão e o âmbito dos poderes descentralizados (tal como foi feito com a desconcentração para a Escócia, para o País de Gales e para a Irlanda do Norte). No entanto, dentro da Inglaterra, ainda não foi promulgado tal acordo legislativo. Como resultado, o país continua a ser governada pelo Parlamento Nacional do Reino Unido, enquanto as jurisdições descentralizadas também têm estruturas de assembleia regional.

Apesar da desconcentração no Reino Unido entre países, os sistemas de saúde locais em cada país ainda têm objetivos e valores semelhantes, são financiados por impostos com cobertura universal (o que significa que o padrão e a qualidade da prestação do serviço de saúde são esperados ser os mesmos em todo o país), são abrangentes e cobrem todas as necessidades da saúde. O que é importante é que os cuidados são gratuitos para toda a população que precisa dele, ao invés de somente para aqueles que podem pagá-lo⁸. Cada país tem também uma forma de governo local em funcionamento – tanto a Escócia como o País de Gales têm autoridades unitárias por todo lado, enquanto a Inglaterra tem uma mistura de tipos (uma e duas camadas). No entanto, desde o final da década de 1990, tem havido divergências políticas nos serviços de saúde. Por-

tanto, para evitar confusão, o foco deste estudo será apenas na situação inglesa. Este artigo irá fazer uma breve descrição do poder local inglês (autarquias), associada aos serviços públicos de saúde, o NHS, para definir um contexto dentro do qual irá apresentar algumas das iniciativas e políticas introduzidas no sistema para permitir uma maior atuação conjunta e o uso eficiente dos orçamentos reduzidos, considerando cada uma das mais complexas necessidades da população.

Governo Local na Inglaterra

Foi sugerido^{9,10} que, até muito recentemente, a Inglaterra era um dos estados europeus mais centralizados, com muitos serviços públicos sob o controle do governo nacional, tais como serviços de saúde, educação, transportes e desenvolvimento econômico. O Governo Local está dividido em mais de 350 autoridades locais na Inglaterra, que têm um papel mais limitado nos serviços de saúde do que muitos outros municípios dos países europeus. Apenas 25% do seu orçamento é obtido localmente por meio de impostos prediais⁹, sendo a maior parte do financiamento feita pelo governo central, estreitamente ligado à fiscalização e ao acompanhamento do desempenho. A partir de 2020, estima-se que 75% (em oposição aos 50% atualmente) dos impostos arrecadados de empresas locais sejam gastos localmente e com os principais subsídios do governo sendo gradualmente eliminados¹¹⁽⁴⁾. Isso proporciona oportunidades para utilizar uma maior parcela dos fundos angariados localmente, mas também aumenta os riscos potenciais se os fundos não forem disponibilizados. Está também em curso uma revisão¹² em torno do financiamento das autoridades locais individuais (*Fair Funding Review*) que “terá consequências potencialmente de longo alcance para todos os Conselhos”¹¹⁽⁴⁾ em termos de recursos recebidos e, portanto, serviços prestados que podem ser pagos.

No passado, as autoridades locais na Inglaterra criaram inúmeros serviços públicos, tiveram um papel de liderança no desenvolvimento econômico e estabeleceram muitos serviços públicos locais; e os seus líderes políticos eram, muitas vezes, figuras públicas sênior com posição nacional¹³. No entanto, sucessivos governos nacionais privaram as autoridades locais de grande parte da sua independência⁹. Além disso, em comparação com muitos outros países europeus, como a Suécia e a Alemanha, as autoridades locais inglesas tiveram um papel muito menor no sistema de saúde nos últimos 40 anos. As autoridades locais na Inglaterra trabalham com os seus conselheiros eleitos, residentes e outras partes do setor público para determinar e cumprir as prioridades locais. Fornecem uma variada gama de serviços, quer diretamente por meio dos seus

empregados, quer por meio da demanda de serviços de organizações externas, e são responsáveis pelo “bem-estar” econômico, social e ambiental da sua área.

Entre 1994 e 2011, a Inglaterra foi subdividida em 9 regiões não estatutárias, sendo esta a divisão subnacional mais elevada da Inglaterra. Desde a introdução das autoridades combinadas, em 2011, estas já não desempenham esse papel, mas continuam a ser utilizadas para fins estatísticos e administrativos. Abaixo disto, no nível mais local, há uma variedade de camadas simples (autoridades unitárias ou paróquias civis, as *Unitary Authorities*, os bairros ou freguesias chamados de *London Boroughs*, Distritos Metropolitanos) e duplas (condados com distritos de nível inferior associados) de autoridades locais, cujo número mudou ao longo do tempo. Durante o século XX, a estrutura do governo local foi reformada e racionalizada, com as áreas do governo local diminuindo em quantidade e aumentando em extensão, e as funções dos conselhos locais foram alteradas.

Existem atualmente cerca de 125 autoridades de camada única, 33 autoridades de camada superior e 201 autoridades de camada inferior. Uma autoridade unitária é responsável por todos os serviços do governo local em sua área, enquanto nas áreas dualistas, as responsabilidades são divididas entre os dois níveis, tornando as disposições e relações potencialmente mais complexas e caras (uma vez que cada nível é apoiado por oficiais locais e conselheiros eleitos). Nenhuma autoridade local tem controle direto sobre os serviços de saúde (NHS) (diferentemente dos relacionados com a saúde pública), mas tem responsabilidades por serviços que afetam os mais variados determinantes da saúde, tais como a saúde ambiental, saúde pública, habitação, transporte e lazer, e tem um papel a desempenhar na promoção do “bem-estar” da população¹⁴.

Antes da Lei do Localismo de 2011¹⁵, o único envolvimento direto de uma autoridade local com os serviços de saúde era por meio da Lei de Saúde e Assistência Social, de 2001¹⁶, que conferia às autoridades locais de camada superior/unitárias (aqueles com responsabilidades de assistência social) poderes específicos. Este incluía o direito de examinar e analisar as questões relativas aos serviços de saúde, de apresentar relatórios e recomendações aos organismos do NHS e de exigir que esses organismos fornecessem as informações solicitadas sobre o planejamento, comissionamento, a prestação e o funcionamento dos serviços de saúde¹⁷.

O objetivo da Lei do Localismo, de 2011¹⁵, era facilitar a devolução de maiores poderes de tomada de decisão do controle do governo nacional para mais próximo de indivíduos e comunidades. Nesse momento, cinco novas Autoridades Combinadas (um órgão jurídico permitindo vários conselhos locais trabalharem em conjunto com funções adicionais delegadas a partir do governo nacional – transporte, economia, regeneração),

com um trabalho em conjunto mais ambicioso, de delegação de poderes e recursos, foram estabelecidas ao lado de Parcerias Empresariais Locais (*Local Enterprise Partnerships* – LEPs que integraram as agências de desenvolvimento regional) e 26 Cidades de Negócios entre 2011 e 2013¹⁸. Em muitos casos, no entanto, o governo nacional manteve o controle sobre grande parte dos gastos, resultando em uma falta de poderes locais¹⁹. Existem atualmente nove autoridades combinadas em toda a Inglaterra, sete com acordos de desconcentração e prefeitos eleitos diretamente^{20,21} – GM sendo a primeira em abril de 2011. Mais descentralização para a GM requereu mais mudanças na legislação primária, e isso não foi anunciado até novembro de 2014 (ver seção posterior).

Muitas autoridades locais têm visto a desconcentração como um mecanismo para acessar um maior financiamento, embora o acordo de ter um presidente da câmara eleito localmente seja uma condição prévia para esse financiamento adicional. O processo de desconcentração tem, de acordo com Richards e Smith ²²⁽³⁹⁰⁾,

[...] criado uma situação em que as autoridades locais controlavam politicamente o trabalho, ao invés de se opor aos cortes do governo conservador como o fizeram na década de 1980, na verdade reforçou a sua capacidade de reduzir as despesas ao aplicar mais cortes, como parte de um acordo tácito de barganha para garantir mais poderes.

No entanto, esse tipo de desconcentração sugere vantagens consideráveis para a administração central, uma vez que o financiamento, em níveis reduzidos, é transferido para autoridades combinadas que têm responsabilidade (e prestação de contas) pela entrega dos serviços²³.

Saúde Pública

Nos termos da Lei da Saúde e Assistência Social, de 2012²⁴, (2012 Health and Social Care Act – HSCA12), a responsabilidade por muitos serviços e funções de saúde pública foi devolvida às autoridades locais, em que se encontrava antes da reorganização de 1974 (nos termos da Lei de Administração Local (*Local Government Act* – LGA) de 1972²⁵). De acordo com a LGA²⁶, a transferência de responsabilidades da saúde pública ao abrigo da Lei (2012) foi uma das extensões mais significativas dos poderes e deveres do governo local em uma geração, representando uma oportunidade única de mudar o foco do tratamento da doença para a promoção da saúde e assistência social. Essas mudanças foram algumas das menos controversas de todas as mudanças sob Lei de 2012, como algumas que falavam da saúde pública “voltando para casa”²⁷, e outras destacando as oportunidades de recentralizar a saúde pública sob os determinantes sociais como doença e desigualdades²⁸.

O sistema de saúde pública na Inglaterra sofreu uma reorganização substancial, com uma transferência abrangente de responsabilidades de saúde pública das organizações locais do NHS para as autoridades locais e Saúde Pública na Inglaterra (*Public Health England* – PHE) – sendo esta última uma nova agência do executivo que integrava uma vasta gama de antigos organismos, incluindo a Agência de Proteção da Saúde. A PHE foi responsável, em âmbito nacional, pela proteção da saúde, incluindo o planejamento de emergência e a melhoria da saúde. Essas mudanças estruturais tiveram implicações na forma como a função da saúde pública na Inglaterra foi abordada, organizada e realizada²⁹. No âmbito do novo sistema, o NHS continua a ser vital para proteger e melhorar a saúde da população e continua a ser responsável pela prestação de alguns serviços de saúde pública (por exemplo, imunizações e serviços de triagem) e pela promoção da saúde por meio da atividade clínica. No entanto, fora da área clínica, as principais responsabilidades pela melhoria da saúde das populações locais – incluindo a redução das desigualdades no domínio da saúde – são de competência das autoridades locais de camada superior e unitárias. Assim, a responsabilidade e a prestação de contas de muitos serviços tornaram-se muito mais complicadas.

Havia uma expectativa de que as autoridades locais seriam mais capazes de proporcionar melhorias de saúde nas populações locais do que o NHS foi no passado recente. De acordo com o Departamento de Saúde³⁰⁽⁴⁾,

[...] integrar a saúde pública no governo local permitirá uma maior coordenação e eficácia – os serviços serão planejados e prestados no contexto dos determinantes sociais mais amplos da saúde, como pobreza, educação, habitação, emprego, criminalidade e poluição.

Não obstante, essa situação opõe-se a um período de austeridade financeira sem precedentes, que afeta todos os serviços públicos, mas, especialmente, a administração local na Inglaterra e os desafios crescentes das escolhas de estilo de vida da população, com aumento das desigualdades entre os grupos sociais³¹. A LGA³² sugere que o financiamento para a saúde pública será reduzido em 14% (cerca de £ 531mi) até 2020. Enquanto dar responsabilidade para autoridades locais possibilita maiores oportunidades de trabalho mais próximo com outros serviços, impactando em amplos determinantes da saúde, a falta de financiamento, especificamente para a saúde pública, pode contrariar quaisquer benefícios.

O NHS na Inglaterra

A Lei do NHS, de 1948, transferiu às autoridades locais a gerência de hospitais para o recém-formado NHS, deixando as autoridades locais responsáveis pelos serviços

comunitários e pela saúde pública (até 1974). Isso deixou uma separação entre a saúde (livre no ponto de entrega para todos – o primeiro sistema de saúde na sociedade ocidental a oferecer⁸) e a assistência social (meios testados, com menos e menos financiamento público ao longo do tempo). A tensão entre o nível nacional e local também tem sido uma questão em curso no NHS. Embora financiado pelos impostos, a estrutura da tomada de decisões permitiu a discrição e a autonomia locais. No entanto, isso tem levado periodicamente às questões de equidade, prestação de contas e diferencial geográfico, conhecido no Reino Unido como a loteria do código postal³³.

Desde 1991, o NHS inglês tem sido organizado em torno de uma divisão entre “comissionamento” e “prestação” de serviços da saúde. Os regulamentos associados a essa separação simbolizam uma relação contratual baseada na ideia de “cliente” e “prestador de serviços”, com comissários que especificam o serviço necessário, e prestadores que concorrem para o prestar. Trata-se de uma cisão artificial introduzida para criar um mercado quasi-saúde, com concorrência interna e externa³⁴.

A maior mudança nos últimos tempos no NHS inglês ocorreu devido à Lei de Saúde e Assistência Social de 2012. A sua intenção fundamental refletiu-se no título precedente do Livro Branco (White Paper), de 2010, “libertar os profissionais e prestadores” do controle de cima para baixo³⁵. Procurou colocar os médicos no centro das decisões de comissionamento, complementado por uma ênfase no localismo para aproximar as decisões de comissionamento aos pacientes individuais. As reformas resultaram em uma reorganização de cima para baixo do NHS, criou uma maior marketização e concorrência, e novos sistemas de governança e prestação de contas. Entre outras coisas, a Lei de 2012²⁴ estabeleceu vários novos organismos, alguns dos quais são brevemente descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Organizações de saúde selecionadas, introduzidas ao âmbito da Lei da Saúde e Assistência Social 2012

Organização	Descrição
Grupos de Comissionamento Clínico (<i>Clinical Commissioning Groups - CCGs</i>)	Organizações de comissionamento de saúde que substituíram os Fundos de Cuidados Primários (<i>Primary Care Trusts – PCTs</i>) em abril de 2013, responsáveis pelo planejamento e compras dos serviços de saúde NHS. Os CCGs são organizações de membros lideradas por médicos de família (<i>General Practitioner – GPs</i>), para ganhar voz clínica.

Organização	Descrição
NHS inglês	Órgão executivo com responsabilidade delegada (por meio de mandato anual) de prestação de serviços de saúde previstos para ser “livre de interferência política diária” ³³⁽³⁰⁾ , define as prioridades e direção do NHS e incentiva o debate nacional para melhorar os serviços de saúde.
Saúde Pública da Inglaterra	Tornar o público mais saudável e reduzir as diferenças entre a saúde de diferentes grupos, promovendo estilos de vida mais saudáveis, aconselhando o governo e apoiando a ação do governo local, do NHS e da população, assim como proteção da saúde.
Conselhos de Saúde e Bem-Estar	Organizados pelas autoridades locais, reunindo o NHS, a saúde pública, a assistência social para adultos e os serviços infantis, incluindo representantes eleitos e outros, para planejar a melhor forma de satisfazer as necessidades da sua população local e combater as desigualdades locais na saúde. Definir a direção estratégica local. Sem poderes legais, tinham de confiar na persuasão e na influência dos parceiros.

Além disso, os consórcios da fundação do NHS não têm fins lucrativos, são empresas de benefícios públicos. Eles são parte do NHS e fornecem a maior parte dos serviços de saúde mental, ambulância e hospital. Os consórcios da Fundação do NHS foram criados para transferir a tomada de decisão do governo central para as organizações e comunidades locais. Os fundos de consórcios não são dirigidos pelo governo, por isso têm maior liberdade para decidir, com os seus governadores e membros, a sua própria estratégia e como os serviços são geridos. O Livro Branco de 2010³⁵ defendia a concorrência entre os fornecedores como o melhor meio para aumentar a inovação e a produtividade, e especificava um papel para o seu regulador (Monitor, recente melhoria do NHS) para promover a concorrência e evitar comportamentos anticompetitivos.

O Livro Branco³⁵ utilizou a linguagem do localismo e da descentralização, com ênfase na libertação dos organismos de saúde locais (CCG) do controle nacional, permitindo-lhes operar de forma mais adequada às condições locais e encontrar soluções, em parceria com as autoridades locais. Esse novo localismo destinava-se a me-

lhorar os resultados por meio de um enfoque nas necessidades locais, em que “local” é definido como uma dimensão suficiente para operacionalizar a contratação e gerir o risco financeiro. Além disso, o Livro Branco³⁵ propunha que se baseasse no poder das autoridades locais para promover o bem-estar, por meio da criação de Conselhos de Saúde e Bem-estar.

Na sequência da introdução da Lei²⁴, de 2012, muitas iniciativas políticas têm procurado melhorar o nível de autonomia local no sistema de saúde, incluindo os CCGs e os consórcios da Fundação do NHS. A Visão para os Próximos Cinco Anos³⁶, de 2014, argumentou que “a Inglaterra é muito diversa para uma abordagem de tamanho único” no modelo de atenção à saúde, mas isso nos leva de volta à questão constante dos serviços que estão sendo projetados e fornecidos localmente para atender às necessidades específicas e, portanto, a diversidade na oferta dependendo do local de moradia na Inglaterra.

A integração da saúde e dos cuidados sociais na prestação de serviços de saúde tem sido um objetivo de longa data de muitos governos, mas revelou-se desafiadora e complexa, na tentativa de superar os obstáculos profundos e de longa data dessa integração. Isso não foi apoiado pela Lei de Saúde e Assistência Social, de 2012²³, que lançou uma longa sombra enfatizando a escolha, a concorrência e os mercados sobre as parcerias e a colaboração. A lógica da Visão para os Próximos Cinco Anos³⁶, e o planejamento do sistema, é, de acordo com a Confederação do NHS³⁷⁽¹²⁾, que “os sistemas locais devem ser capazes de liderar a forma como os serviços são projetados e prestados”. Eles continuam a afirmar que “existe apoio para uma liderança local mais forte dentro do serviço, mas na prática, tanto os mecanismos regulatórios como os comportamentos a nível local e nacional têm [até a data] impedido a plena realização desta visão”. No entanto, isto não impediu que um fluxo aparentemente interminável de iniciativas de integração focalizada fosse testado, algumas das quais como descrito abaixo.

Iniciativas de integração na Inglaterra

Ao longo dos últimos 20 anos, tem havido inúmeros apelos para que os serviços de saúde, com impactos nos mais variados fatores determinantes da atenção básica, tornem-se mais integrados. No decorrer desse período, tem havido muitas iniciativas políticas na Inglaterra com intuito de reparar isso, por meio de diferentes fronteiras organizacionais, especialmente autoridades locais e saúde. Estes incluem:

- A seção 75³⁸ da Lei do NHS de 2006 – centralização dos orçamentos – introdução de flexibilidades adaptadas às necessidades locais não eram as mesmas em toda a parte, mas ainda com o controle centralizado (orçamentos/fiscalização);
- Conselhos de Saúde e Bem-estar (2012, descrito no Quadro 1³⁹);
- O Fundo Better Care (*Better Care Fund* – BCF) – anunciou que o ciclo de despesas de 2013 é um programa que se estende para ambos, NHS e governo local, buscando serviços de atenção à saúde integrados. O BCF incentiva a integração, exigindo que os CCGs e as autoridades locais celebrem convênios orçamentais conjuntos e cheguem a um acordo sobre o plano de despesas integrado a partir de fontes de financiamento já existentes⁴⁰.
- Entre 2013 e 2015, foram selecionados Pilotos de Cuidados Integrados (2103) para desenvolver e testar diferentes formas de juntar serviços de saúde e assistência social em toda a Inglaterra, com o objetivo de melhorar os cuidados, a qualidade e a eficácia dos serviços prestados;
- Novos modelos de cuidados (*Vanguards*) introduzidos em 2015, nos quais foram selecionadas 50 vanguardas para liderar o desenvolvimento de novos modelos de cuidados. Pretendia-se que os regimes bem-sucedidos fossem ampliados e/ou implementados, partilhando conhecimentos especializados com outros que desejassem trabalhar da mesma forma.

Apesar de muito esforço, Miller e Glasby⁴⁰⁽¹⁸⁰⁾ sugerem que:

[...] enquanto o cuidado integrado continua a ser um objetivo declarado da política, parece que temos lutado para ir além do projeto demonstrador, pilotos e caminhos [...] para um estágio onde novas formas de trabalho se tornem parte do convencional.

Foram também introduzidas algumas iniciativas mais amplas do setor público (incluindo elementos de saúde, autoridades locais e governo nacional) para promover abordagens locais de financiamento e configuração de serviços. Estes incluíram 13 sítios-pilotos em 2009, orçamentos comunitários para Toda a Localidade em 2011, a iniciativa de famílias problemáticas de 2013, e acordos ingleses de desconcentração mais recentes. Para mais detalhes, ver Miller e Glasby⁴⁰.

Planejamento baseado na localidade

Ao longo dos últimos anos, tem-se centrado cada vez mais no desenvolvimento de melhores serviços integrados e de iniciativas locais. De acordo com Hammond et

al.⁴¹, localidade está emergindo como um conceito para reorganizar os sistemas de saúde sob austeridade na Inglaterra. A Visão para os Próximos Cinco Anos (*Five Year Forward View – FYFV*), do NHS³⁶, publicado em 2014, foi um documento de planejamento de cinco anos que estabeleceu uma visão positiva para o futuro com base em novos modelos de cuidados. Isso centrou-se na prevenção, na capacitação dos doentes, no envolvimento das comunidades e na utilização de novas formas de trabalho. Definiu uma abordagem centrada nas melhorias e resultados dos serviços; na coprodução de grandes estratégias nacionais de melhoria; na evolução ao longo do tempo; e no apoio à liderança e à energia existente no sistema. Esse foi o primeiro documento, segundo Timmins⁴², a afirmar que “as estruturas do NHS não tinham que ser as mesmas em todos os lugares”.

Recentemente, Parcerias/Planos de Sustentabilidade e Transformação (*Sustainability and Transformation Plans / Partnerships – STPs*) foram rapidamente desenvolvidos em toda a Inglaterra. Eles foram primeiramente definidos sob o guia de planejamento compartilhado do NHS 16/17-20/21 como parte dos mecanismos para entregar no FYFV³⁶. Inicialmente, tratava-se de 44 unidades geográficas criadas para cobrir toda a população, em que as organizações locais colaboram para chegar a um consenso sobre as mudanças nos serviços de saúde e atenção básica. Esses STPs variaram na cobertura da população de 300 mil a 2,8 milhões (GM), com uma população média de 1,2 milhão. Em alguns locais, as áreas abrangidas por essas parcerias refletem as fronteiras estabelecidas da administração local, embora isso nem sempre seja prático devido à forma como as pessoas utilizam os serviços de saúde. As áreas dos STPs não têm poderes jurídicos, e as decisões só podem ser tomadas de acordo com as delegações autorizadas aos principais executivos envolvidos no processo dos STPs. Cada área de STP tem um líder; a maioria vem dos Consórcios de Fundação, Consórcios do NHS (ambos sendo tipos de organizações provedoras) ou dos CCGs, com poucos líderes vindo das autoridades locais. Esses líderes, nomeados pelo NHS inglês, são responsáveis pela fiscalização do planejamento em todo o sistema de saúde, incluindo a reconciliação de diferentes interesses, muitas vezes concorrentes, de diferentes organizações. Muitos desenvolvimentos estão a ser impulsionados a partir do NHS e, em alguns casos, não envolveram as autoridades locais de forma adequada ou precoce no processo.

No início, os STPs visavam analisar as áreas de melhoria da qualidade e desenvolvimento de novos modelos de cuidados, promoção da saúde e do bem-estar e melhoria da eficiência dos serviços. Os STPs, apresentados num período muito curto (setembro de 2016), foram, em muitos casos, considerados demasiadamente ambiciosos. Testemunhas numa sessão de provas da Comissão Parlamentar de Saúde, em 11 de outubro

de 2016, manifestaram várias preocupações sobre a forma como os STPs tinham sido dominados pelas expectativas de poupança financeira, eliminando oportunidades de se concentrar na melhoria da qualidade e dos serviços⁴³.

Apesar das preocupações manifestadas, alguns STPs foram encorajados a passar para a fase seguinte da organização, denominada Sistemas Integrados de Cuidados (*Integrated Care Systems – ICSs*). Estes assumirão uma responsabilidade coletiva pelos recursos e pela saúde da população em toda a sua área, a fim de proporcionar cuidados conjugados e mais bem coordenados. Terão mais controle sobre todo o funcionamento do sistema de saúde local e terão de trabalhar em estreita colaboração com o governo local e outros parceiros. Em troca, os líderes de sistemas de cuidados integrados ganharão maiores liberdades para gerenciar o desempenho operacional e financeiro dos serviços em sua área para permitir um melhor planejamento do sistema. Espera-se que, trabalhando em conjunto com as autoridades locais, e com base na experiência de outras organizações, por exemplo, instituições de caridade locais e grupos comunitários, o NHS possa ajudar as pessoas a terem uma vida mais saudável durante mais tempo, e a manterem-se fora do hospital quando não precisam de lá estar.

Uma grande questão para os STPs e ICSs, neste momento, é que eles não têm uma posição jurídica formal. Eles não podem, por exemplo, ter um orçamento próprio, o dinheiro não flui por meio deles e a responsabilidade é difícil, pois eles não têm nenhum conselho formal ou oficial responsável. A tomada de decisões é por meio da verificação com as organizações de que são compostas e, tal como os Conselhos de Saúde e Bem-Estar, o único poder que têm é a persuasão e a sugestão: criar confiança entre os seus constituintes e acordar uma direção estratégica. De acordo com Hammond et al.⁴⁰⁽²¹⁷⁾,

STPs fecham as dimensões políticas da elaboração de políticas públicas, associando empoderamento do ‘lugar’ com ‘localidade’ para empreender recursos altamente limitados na gestão de sistemas de saúde, distanciando a responsabilidade dos processos políticos nacionais.

Na orientação recentemente publicada “Derrubar barreiras para uma melhor saúde e atenção básica”⁴⁴⁽³⁾, sugere-se que:

[...] ao garantir que as decisões sejam tomadas no nível mais apropriado, e capacitar os líderes locais para fazer o planejamento em torno das necessidades a longo prazo dos usuários, os sistemas de saúde podem fazer melhorias simples e práticas para as comunidades locais.

As orientações sublinham a importância do desenvolvimento de parcerias com serviços associados aos fatores determinantes mais variados da saúde (por exemplo, saúde pública, habitação e lazer) e afirmam que os STPs/ICSs devem basear-se em planos das autoridades locais para melhorar a saúde e o bem-estar. Além disso, sugerem

que os STPs evoluíram significativamente, desde 2016, na reflexão das necessidades locais, mas que cada área está em uma fase de progresso muito diferente e as prioridades variarão de acordo com a localidade. A GM (em fase de desconcentração) é um exemplo de STP que se desloca para ICS e, apesar de uma longa e bem-sucedida história de trabalho conjunto, a plena participação das autoridades locais tem sido, por vezes, problemática. A seção seguinte nos dará um panorama muito breve de algumas das mudanças que ocorreram até a presente data na GM.

Desconcentração da Saúde e assistência social na GM

Em fevereiro de 2015, o governo anunciou planos para transferir o controle das despesas de saúde e assistência social na GM para um novo conselho de parceria estratégica, reunindo 10 autoridades locais, 12 grupos de comissionamento clínico (CCGs), 15 consórcios do NHS e consórcios da Fundação, e o NHS inglês⁴⁵. O acordo foi negociado muito rapidamente, após o anúncio de novos poderes descentralizados na GM em novembro de 2014.

Foi aprovada a legislação que deu ao governo amplos poderes para transferir responsabilidades de saúde e assistência social, deveres estatutários e recursos de organismos públicos existentes para outros organismos públicos ou autoridades. Um plano ambicioso (publicado em dezembro de 2015⁴⁶), incluindo reformas, acordos de governança e metas, foi definido e aprovado pelo recém-criado Conselho de Parceria Estratégica para a Saúde e Assistência Social de Manchester. O plano⁴⁶ definiu quatro temas de alto nível para a reforma: melhoria da prevenção da saúde da população, transformação dos cuidados e apoios comunitários, cuidados agudos e especializados padronizados, apoio clínico e serviços administrativos padronizados. Por acordo, a GM foi autorizada a utilizar este plano como sua submissão ao STP.

A GM se beneficiou grandemente por mais de duas décadas de liderança estável e de estreita cooperação política entre as 10 autoridades locais (1986: a Associação das Autoridades da Grande Manchester – *Association of Greater Manchester Authorities* – AGMA formou-se como uma associação voluntária destas autoridades, na sequência da abolição do Conselho do Condado da Grande Manchester) e, mais recentemente, dos 12, agora 10, na sequência de uma fusão, CCGs (2005: a Associação de Trustes de Atenção Primária na GM, criada com autoridade formal de tomada de decisão conjunta para demandar conjuntamente serviços de saúde em toda a área), que se deu, pelo menos inicialmente, como uma área para tentar o planejamento ba-

seado na localidade, integrando saúde e atenção básica, uma vantagem distinta sobre outras áreas na Inglaterra.

Os órgãos do NHS e as autoridades locais da GM podem delegar a sua tomada de decisão para outros órgãos formais de administração. No caso dos CCGs, tem sido delegado para a Associação de CCGs; para os provedores, existe uma federação de provedores; e as autoridades locais têm trabalhado, dessa forma, ao longo de muitos anos com a AAGM. No entanto, apesar disso, o Conselho de Comissionamento (o conjunto entre comissários de autoridades locais e CCGs) operou na sombra por vários anos, já que a autoridade delegada não podia ser acordada e o Programa Juntos Mais Saudável, para racionalizar a assistência hospitalar em todo rastro da GM, provou ser muito mais complicado do que o esperado⁴⁷.

Walshe et al.⁹ identificaram três mecanismos possíveis de ação nos planos de desconcentração da saúde e assistência social na GM: em primeiro lugar, o princípio da subsidiaridade e governança – melhorar a coordenação e a colaboração na tomada de decisão em toda a área, para tomar decisões coletivas sobre as mudanças que estão sendo feitas ao nível mais apropriado; nível da autoridade local, o CCG ou GM; em segundo lugar, a integração em torno de lugares e pessoas, com integração de governança, planejamento e entrega de serviços de uso compartilhado de sistemas e recursos; e, em terceiro lugar, a eficiência e a eficácia – enfrentar os problemas mais vastos de desemprego, habilidades, o crime e o que mais impacta a saúde e o bem-estar da população.

Desde o acordo de desconcentração de 2015, muito esforço tem sido dado para estabelecer relações, estabelecer acordos de governança e produzir e estabelecer estratégias e planos. A Parceria GM abraçou a complexidade e começou a lidar com a reconfiguração em todo o sistema. Uma vez que eles não têm base estatutária, as reformas da saúde e da assistência social na GM podem ser descritas como uma “suave” desconcentração. O acordo entre o Departamento de Saúde e Assistência Social, os organismos nacionais (NHS inglês, NHS Melhorias) e as organizações locais do NHS, as autoridades locais e outros, na GM, é administrativo. Com o poder brando, vêm menos alavancas formais aplicáveis sobre as organizações do NHS, e ainda menos em relação às autoridades locais. O Fundo de Transformação (financiamento adicional para facilitar a mudança) foi utilizado de forma criativa para motivar a mudança, mas trata-se de um financiamento não recorrente, e o sistema ainda precisa funcionar eficazmente e cumprir os objetivos nacionais em relação aos quais as organizações individuais são avaliadas. Organizações acostumadas a ver um ao outro como concorrentes, especialmente provedores, estão agora sendo convidadas a terem um alinhamento mais próximo, e as prestações de contas organizacionais estão pesando contra a responsabilidade de

desconcentração dos cuidados de saúde e assistência social ao considerar as maiores necessidades da população da GM⁴⁷.

As novas formas de trabalho estão começando a emergir lentamente e incluem: a prestação de cuidados de saúde integrados por meio de dez únicas funções de comissionamento, com base na autoridade local, que trabalham com serviços de saúde e assistência social; local único de serviços hospitalares, reunindo os provedores de serviços hospitalares; e uma série de locais de organizações de cuidados para facilitar o funcionamento conjunto dos serviços de saúde comunitária, assistência social, serviços de GP, serviços de saúde mental, serviços voluntários e provedores do setor privado. As alterações na legislação destinadas a facilitar um melhor funcionamento de uma nova gestão e a prestação de contas em todo o sistema da GM serão também fundamentais⁴⁸.

A desconcentração da saúde e dos cuidados sociais na GM ainda está em transição, e é demasiadamente cedo para avaliar o seu sucesso⁴⁸. Os comissários e os fornecedores investiram esforços significativos no desenvolvimento de um sistema integrado com implicações associadas em matéria de responsabilização, compartilhamento de riscos, sistemas de dados e mão de obra. Muitos veem a desconcentração dos serviços de saúde como uma oportunidade, mas outros têm fortes reservas. Por exemplo, Timmins⁴²⁽²²⁾ sugere que é uma “tentativa genuinamente emocionante e interessante para melhor lidar com a saúde e as assistências sociais”, mas “com grandes reservas sobre o rumo que este caminho pode levar – entregar ao governo local”. Muito está ainda por se testar e muitos continuam a assistir com grande interesse aos “desenvolvimentos” da GM.

Discussão e conclusões

Ao reconhecer que diferentes formas de trabalho eram necessárias nos sistemas de saúde em desenvolvimento na Inglaterra, estamos interessados na quantidade de desconcentração e envolvimento dos municípios nos serviços de saúde e assistência social. As questões fundamentais do envelhecimento da população (financiamento da assistência social), as múltiplas e complexas necessidades dos indivíduos, a austeridade e os orçamentos limitados foram alguns dos fatores que impulsionaram o processo de parceria, juntamente com as dificuldades em trabalhar com organizações/setores. É necessário abordar os mais variados fatores determinantes da saúde, muitos dos quais são prestados pelas autoridades locais (transporte, habitação, trabalho

etc.); e o NHS já não pode ser apenas um serviço de tratamento dos doentes, trabalhando isoladamente.

Na Inglaterra, muitas iniciativas locais serão impulsionadas pelo NHS (FYFV³⁶, novos modelos de cuidados, STPs/ICSs etc.), mas há que dar atenção à inclusão do governo local na tomada de decisões e nos planos desde o início. Isso não pode ser deixado até o meio do processo, pois todas as partes locais precisam engajar-se e desempenhar um papel significativo para enfrentar os desafios de “problemas graves”¹ que são difíceis ou impossíveis de resolver, por várias razões: conhecimento insuficiente ou contraditório, o número de pessoas e opiniões envolvidas, o grande ônus econômico e a natureza interligada desses problemas com outros problemas. Para tal, é necessário apoiar a experimentação de diferentes formas de trabalho para além das fronteiras organizacionais (permitindo erros, regimes regulamentares, financiamento), e dar tempo para testar (e não apenas pilotos de curto prazo).

O “Plano a Longo Prazo da NHS”² (no momento que escrevo, acaba de ser publicado (7/1/19), atrasado devido ao BREXIT – a retirada do Reino Unido da União Europeia) fornece uma estrutura para o planejamento local para os próximos 5 anos e mais além. Ele afirma que os ICSs serão centrais para a sua entrega, até abril de 2021, vão cobrir toda a Inglaterra e que

[...] haverá uma expectativa clara [...] não apenas para fornecer alta qualidade de cuidados e gestão financeira... mas de assumir uma responsabilidade com os fornecedores de sistemas, por objetivos maiores em relação aos recursos do NHS e a saúde da população⁴⁹⁽¹²⁾.

Descreve igualmente as potenciais alterações legislativas destinadas a apoiar os desenvolvimentos, por exemplo, a eliminação das restrições ao comissionamento por “localidade”, a eliminação das regras de concorrência contraproducentes, o apoio ao trabalho intersectorial (com as autoridades locais) e uma incidência específica na redução das desigualdades (acesso e resultados). As organizações do NHS que trabalham em conjunto localmente, os conselhos locais e outros serão convidados a publicar os planos locais até abril de 2019; e até o outono de 2019, os seus planos quinquenais.

Escrevendo antes de sua publicação, a Confederação do NHS³⁷⁽¹⁾ sugeriu que o plano do NHS de longo prazo:

[...] oferece a oportunidade de focar e abordar [estas] barreiras e construir sobre os esforços iniciais daqueles que têm se esforçado para implementar o sistema trabalhando localmente, embora reconhecendo que para alguns sistemas, esta transição será mais prolongada e desafiadora do que para outros.

Apelaram para que se concentrasse no trabalho em estreita parceria em nível local, com maiores liberdades para apoiar e capacitar o desenvolvimento de sistemas

locais e a reorientação da regulamentação da gestão do desempenho (de organizações individuais), visando ao apoio à melhoria. Isso reconheceu que a melhoria da saúde depende de organizações que trabalham em conjunto, além das fronteiras (autoridades locais, NHS etc.), em parceria com o nível mais adequado para tirar o melhor proveito dos orçamentos, serviços e processos, obtendo os melhores resultados para todos. Será necessário retirar ensinamentos das áreas descentralizadas, como a GM e os vários outros tipos de sítios-piloto, a fim de permitir que as alterações sejam efetuadas de forma mais eficaz em toda a Inglaterra.

A Inglaterra também pode aprender com as iniciativas implementadas em outros países europeus. Por exemplo, um recente estudo escandinavo⁴⁹ encontrou uma “falta de apoio vertical e de alinhamento entre o nível nacional e regional com o nível local. Horizontalmente dentro do município, uma coordenação insuficiente entre os setores políticos inibe uma governança eficaz da equidade na saúde”. Eles concluem que a mudança de uma política de foco em “saúde em todas as políticas” para uma de “equidade de saúde para todas as políticas” poderia melhorar a apropriação de tal política em todos os setores municipais.

Existe incerteza suficiente com o aumento das exigências no sistema de saúde na Inglaterra e das dificuldades permanentes de trabalhar de forma mais integrada, para além das fronteiras organizacionais, quando todas as organizações dentro e fora do NHS e do governo local são reguladas separadamente, e não como um todo. A implementação bem-sucedida da política de saúde requer objetivos claros e consistentes, teoria causal adequada, incentivos adequados, implementadores habilitados e apoio de todas as partes interessadas⁵⁰. Espera-se que o novo plano de longo prazo do NHS² permita uma certeza em longo prazo e uma maior clareza sobre a forma como os sistemas de saúde, utilizando o planejamento local, desenvolver-se-ão e quais serão os papéis da administração local, parcerias descentralizadas e outras formas de subdivisões administrativas potenciais. Nos próximos anos, a busca do nível subdivisional administrativo ideal vai continuar. No entanto, a menos que a legislação mude e que sistemas de saúde/parcerias locais estejam autorizados a ter mais liberdade para trabalhar de forma diferente, usando o total de controle do sistema e que seja regulamentado como tal, os benefícios de um trabalho integrado em nível local (município) podem, uma vez mais, não serem plenamente alcançados.

Agradecimentos

Com agradecimentos:

Ao Prof. Jorge Simoes e ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade de Lisboa por me convidarem para participar do seminário original no mês de outubro de 2018; à Fundação Friedrich Ebert Stiftung, Centro de Cuidados Primários de Manchester, pela cobertura de despesas; e ao Dr. Donna Bramwell e ao Prof. Kath Checkland por suas sugestões no projeto original deste artigo/apresentação.

Referências

1. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci.* 1973;4:155-169.
2. The NHS Long Term Plan (2019). NHS England. [Accessed on 2019 jan 7]. Available from: www.longtermplan.nhs.uk.
3. Dictionary.com. [Accessed on 2018 nov 1]. Available from: <https://www.dictionary.com/browse/municipality>.
4. Tallarek née Grimm MJ, Helgesen MK, Fosse E. Reducing social inequities in health in Norway: concerted action at state and local levels? *Health Policy.* 2013;113(3):228-35.
5. Hogstedt C. The Swedish public health policy and the National Institute of Public Health. V. 64. London: Taylor & Francis; 2004.
6. Coleman A, Segar J, Checkland K (2015). The devolution project in Greater Manchester: Introduction to the special issue. *Representation.* 2015;51(4):377-384.
7. Gruening G. Origin and theoretical basis of new public management. *International Public Management Journal.* 2001;4(1):1-25.
8. Klein R. *The New Politics of the NHS from creation to reinvention* 6th edition Radcliffe Publishing. Oxford; 2010.
9. Walshe K, Coleman A, McDonald R, Lorne C and Munford L. Health and social care devolution: the Greater Manchester experiment. *BMJ.* 2016;352:i1495.
10. Smith DM, Wistrich E. *Devolution and localism in England.* Ashgate Publishing; 2014.
11. Local Government association. *Local government funding: Moving the conversation on.* 03 jul 2018. [accessed on 2018 nov 14]. Available from: <https://local.gov.uk/moving-the-conversation-on/funding>.

12. Housing, Communities and Local Government Select Committee. Business rates inquiry; 2018.
13. Ward R. City-state and nation: Birmingham's political history 1840-1930. Phillimore; 2005.
14. Local Government Improvement and Development. The role of local government in promoting wellbeing. Healthy Communities Programme; 2010.
15. Localism Act 2011: Chapter 20. [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2011/20/contents/enacted>.
16. Health and Social Care Act 2001: Chapter 15. [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2001/15/contents>.
17. Coleman A, Glendinning C. Local authority scrutiny of health: making the views of the community count. *Health Expect*. 2004;7(1):29-39.
18. Sandford M. Cities and Local Government Devolution Bill 2015-16 [HL] [online]. House of Commons Library; 2015 [accessed on 2015 sep 16]. Available from: <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-7322>.
19. King's Fund. Devolution: what it means for health and social care in England. Briefing; 2015 [accessed on 2018 nov 12]. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/devolution-briefing-nov15.pdf.
20. Local Government Association. Combined Authorities a plain English guide. 2016 [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <https://www.local.gov.uk/topics/devolution/combined-authorities>.
21. Gains F. Metro Mayors: Devolution, Democracy and the Importance of Getting the 'Devo Manc' Design Right. *Representation*. 2015;51(4):425-437.
22. D Richards, MJ Smith. Devolution in England, the British Political Tradition and the Absence of Consultation, Consensus and Consideration. *Representation*. 2016;51(4):385-401.
23. Leon, S. Making accountability work under asymmetric devolution: the UK case. Paper presented at the 22nd International Conference of Europeanists (CES), Paris, July; 2015.
24. Health and Social Care Act 2012: Chapter 7. [accessed on 18 nov 12]. Available from: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>.
25. Local Government Act 1972: Chapter 70. [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1972/70/contents>.
26. Local Government Association. Public health. [accessed on]. Available from: <https://www.local.gov.uk/topics/social-care-health-and-integration/public-health>.

27. Gorsky M, Lock K, Hogarth S. Public health and English local government: historical perspectives on the impact of ‘returning home’. *J Public Health (Oxf)*. 2014;36(4):546-551.
28. Marks L, Hunter DJ, Scalabrini S, Gray J, McCafferty S, Payne N, et al. The return of public health to local government in England: changing the parameters of the public health prioritization debate? *Public Health*. 2015;129(9):1194-1203.
29. Peckham S, Gadsby E, Coleman A, Jenkins L, Perkins N, Bramwell D, et al. POENIX: Public health and obesity in England – the new infrastructure examined. Final Report. PRUComm; 2016 [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://blogs.lshtm.ac.uk/prucomm/files/2016/07/PHOENIX-report-final.pdf>.
30. Department of Health. Improving outcomes and supporting transparency. Part 1A: A public health outcomes framework for England, 2013-2016. 2013.
31. Hunter DJ. Public Health: unchained or shackled? P191-210 In Exworthy M, Mannion R, Powell M Dismantling the NHS? Evaluating the impact of health reforms. Bristol, Policy Press; 2016.
32. Local Government Association. Local Government Funding, moving the conversation on. 2018 accessed on 2018 nov 12]. Available from: https://local.gov.uk/sites/default/files/documents/5.40_01_Finance%20publication_WEB_0.pdf.
33. Exworthy M, Mannion R. Evaluating the impact of NHS reform – policy process and power. In: Exworthy M, Mannion R, Powell M. Dismantling the NHS? Evaluating the impact of health reforms. Bristol, Policy Press; 2016, p. 3-16.
34. Powell M. Orders of change in the ordered changes in the NHS. In: Exworthy M, Mannion R, Powell M. Dismantling the NHS? Evaluating the impact of health reforms. Bristol, Policy Press; 2016, p. 17-38.
35. Department of Health. Equity and Excellence: liberating the NHS. London, The Stationary Office; 2010.
36. NHS England. The Five Year Forward View. 2014 [accessed on 18 nov 2012. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf> .
37. NHS Confederation. Letting local systems lead. How the long-term plan could deliver a more sustainable NHS. London; 2018.
38. NHS Act 2006: Chapter 41. [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/section/75>.
39. Coleman A, Dhesi S, Peckham S. Health and Wellbeing Boards – the new system stewards. In: Mannion R, Exworthy M, Powell M, editors. Coalition health reforms (2010-2015). Policy Press; 2016, p. 279-299.

40. Miller R, Glasby J. Much ado about nothing? Pursuing the 'holy grail' of health and social care integration under the coalition. In: Mannion R, Exworthy M, Powell M, editors. *Dismantling the NHS? Evaluating the impact of health reforms*. Policy Press; 2016, p. 171-189.
41. Hammond J, Lorne C, Coleman A, Allen P, Mays N, Dam R, et al. The spatial politics of place and health policy: Exploring sustainability and Transformation plans in the English NHS. *Soc Sci Med*. 2017;190:217-226.
42. Timmins N. Devo-health some reservations. In: Quilter-pinner H, Gorsky M. *Devo then, devo now. What can the history of the NHS tell us about localism and devolution of health and care?* IPPR; 2017.
43. O'Dowd A. Transformation plans are overambitious and will not work, say service leaders. *BMJ*. 2016 [accessed on];355:i5545. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.i5545>.
44. NHS Confederation. *Breaking down barriers to better health and care*. 2018 [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/breaking-down-barriers.pdf>.
45. England NHS. Association of Greater Manchester Authorities, and Greater Manchester Association of Clinical Commissioning Groups. *Greater Manchester health and social care devolution memorandum of understanding*. AGMA; 2015.
46. Greater Manchester Combined Authority. *Taking charge of our health and social care in Greater Manchester*. 2015 [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://www.gmhealthandsocialcaredevo.org.uk/assets/GM-Strategic-Plan-Final.pdf>.
47. Segar J, Coleman A, Checkland K. Health and social care devolution: it's complicated. March 29, 2016 [accessed on 2018 nov 12]. Available from: <http://blog.policy.manchester.ac.uk/posts/2016/03/health-and-social-care-devolution-its-complicated/>.
48. Walshe K, Lorne C, Coleman A, McDonald R, Turner A. *Devolving health and social care: learning from Greater Manchester*. Manchester: The University of Manchester; 2018 [accessed on 2018 dec 20]. Available from: <https://www.mbs.ac.uk/media/amb/content-assets/documents/news/devolving-health-and-social-care-learning-from-greater-manchester.pdf>.
49. Scheele CE, Little I, Diderichsen F. Governing health equity in Scandinavian municipalities: the inter-sectoral challenge. *Scand J Public Health*. 2018;46(1):57-67.
50. Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy*. London: McGraw-Hill Education; 2012.