Regulação em saúde e regulação das «utilities»: que diferenças?

por Ana Sofia Ferreira

RESUMO: O «new public management» tem influenciado vastas reformas, quer no sector das «utilities» como na saúde, que assumem configurações diferentes nestes dois campos. Consideradas as suas especificidades, a regulação em saúde revela-se mais complexa do que a regulação das «utilities». Estes aspectos são explorados neste artigo. Em saúde, a regulação das principais dimensões da prestação de cuidados é endógena aos contratos-programa de financiamento público de prestadores, visando sobretudo garantir ganhos em saúde e exigindo o desenvolvimento de um sistema regulador coerente. No sector das «utilities», a regulação é um instrumento clássico de supervisão pública de relações contratuais entre terceiros. Na saúde, a independência no exercício de regulação não é tecnicamente viável nas suas dimensões cruciais e é desaconselhada do ponto de vista ético e da responsabilidade política, enquanto no caso das «utilities», a forma tecnicamente correcta e eficaz de regular os mercados assenta na criação de entidades reguladoras independentes.

Palavras-chave: Nova Gestão Pública, Reforma, Regulação, Saúde, *Utilities*

TITLE: Health regulation and utilities regulation: what differences?

ABSTRACT: New public management has influenced wide reforms in public utilities' sector, as well as in health, although with different features in these two fields. Health regulation is more complex than utilities' regulation. These aspects are explored in this article. Regulation of core dimensions of health care is endogenous to publicly financed contracts negotiated with providers, aims primarily the achievement of health gains and requires the development of a coherent regulatory system. Utilities' regulation is a classic instrument of public supervision of private contractual relations. In health, the independency of regulation is not technically viable, nor ethically advisable (especially from an accountability perspective), at least in its main dimensions, while in the utilities' sector the appropriate and effective way of regulating markets is through an independent regulator.

Key words: New Public Management, Reform, Regulation, Health, Utilities

O *new public management* (NPM), ou nova gestão pública, paradigma com uma influência crescente nos últimos 20 anos, defende uma cultura de gestão dos serviços públicos centrados no cidadão-utente, com forte tónica na eficiência e eficácia da acção pública, na regular avaliação externa do desempenho e na consequente responsabilização dos funcionários ao serviço do Estado e respectivas chefias (Osborne e Gaebler, 1992). Identificados os serviços e instituições públicas passíveis de serem reformados, há que aplicar-lhes "práticas importadas do sector privado", alterando os mecanismos de decisão e introduzindo maior escolha, maior atenção a preferências, maior competição e maiores riscos na gestão, assegurando, para o mesmo custo, melhores resultados económicos e sociais.

Este movimento tem sido influenciado ao nível teórico, quer pela nova economia das instituições, quer pelo movi-

mento da gestão científica (Hood, 1991), e tem tido impacto em diversos contextos nacionais e em diferentes áreas sectoriais da acção pública, legitimando profundas mudanças nas configurações do Estado. Tal impacto verificou-se primeiramente em sectores antes nacionalizados e que vieram, a partir dos anos 80, a ser privatizados ou reprivatizados e regulados, tais como as *utilities* – indústrias com características de monopólio natural (incluindo os sectores da electricidade, água, transporte ferroviário, gás ou telecomunicações). Mas o NPM tem impulsionado reformas também noutras áreas – como a saúde –, um campo em que o intervencionismo público se mantém intenso.

A influência do NPM nas reformas da saúde em diversos países ocidentais tem sido vasta, reflectindo-se em aspectos como:

- o desenvolvimento de «mercados» internos e/ou quase-mercados[1] entre as entidades prestadoras de cuidados;
- a clara separação entre as instituições (normalmente públicas) financiadoras e as instituições (públicas e/ou privadas) prestadoras;
- a promoção da descentralização no sistema e da contratualização, num quadro de incentivos responsabilizador e de regular avaliação;
- a tentativa de incorporar mecanismos de *empowerment* dos utentes face ao sistema (na tripla vertente de direitos, participação e escolha), e em diversas inovações e experiências ao nível organizacional das instituições prestadoras, tudo isto num contexto atento às características económicas e sociais particulares do sector da saúde e à sua valorização social e ética (que não é comum à generalidade dos serviços públicos).

Trata-se, no fundo, de reinventar a administração pública de saúde, gerindo em função de resultados, e não de meios, fortalecendo a centralidade do utente *(responsiveness)* e tornando as formas de actuação mais «empresariais» (menos burocráticas), combinando as vantagens dos mecanismos de mercado com a universalidade do sistema e a forte responsabilidade social do Estado no sector da saúde.

Trata-se, no fundo, de reinventar a administração pública de saúde, gerindo em função de resultados, e não de meios, fortalecendo a centralidade do utente («responsiveness») e tornando as formas de actuação mais «empresariais» (menos burocráticas), combinando as vantagens dos mecanismos de mercado com a universalidade do sistema e a forte responsabilidade social do Estado no sector da saúde.

Os fracassos de mercado existentes na saúde, mas também os já clássicos fracassos de Governo que nele persistem (burocracia, relações de agência entre funcionários e Governo, falta de *accountability*, fortes grupos de interesse, e influência dos ciclos políticos), têm justificado estas tentativas de reforma, mobilizando o espírito empresarial para finalidades públicas. Cruciais têm sido, por um lado, a separação entre financiador e prestadores, e, por outro, a introdução de formas de «mercado» ou de mecanismos de competição nos sistemas públicos, através do desenvolvimento de contratos-programa (instrumentos de definição de funções, partilha de riscos e afectação de responsabilidades).

O exemplo mais citado desta lógica na saúde tem sido o do Reino Unido, com as reformas de criação de um *mercado interno* a partir do *fundholding* dos médicos de família britânicos, iniciadas em 1989. Em Portugal, a Lei de Gestão Hospitalar de final de 2002, com o seu novo conceito de «rede de prestação de cuidados de saúde», parece querer

Ana Sofia Ferreira
ferreira_sofia@sapo.pt
Mestre em Economia e Política Social (Univ. de York, Reino Unido) e Curso de Especialização em Administração Hospitalar (ENSP, Univ. Nova de Lisboa, Portugal). Economista, Gestora Hospitalar e Investigadora na área da Avaliação Económica na Saúde. Membro da Direcção da Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
MSc in Economic and Social Policy Analysis (Univ. of York, UK) and Post-Graduation in Hospital Management (National School of Public Health, Portugal). Health Economist, Hospital Manager and Researcher in the field oh Health Economic Evaluation. Member of the Board of the Portuguese Association of Health Economics.

Recebido em Dezembro de 2003 e aceite em Março de 2004.
Received in December 2003 and accepted in March 2004.

estabelecer no nosso sistema de saúde o que Saltman e Von Otter (1992) designam por *mercado misto* (em que tanto prestadores públicos como privados competem por contratos, no âmbito de processos de contratualização descentralizada que se desenvolvem). A recente empresarialização de 34 hospitais do Serviço Nacional de Saúde português, transformando-os em 31 Sociedades Anónimas de capitais públicos, parece ir também na senda dos movimentos de reforma organizacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde já desencadeadas noutros países, procurando o favorecimento da sua eficiência e *accountability*.

Tal como já referimos noutros trabalhos (Ferreira, 2003 e *a publicar*), em consequência destas reformas, a configuração do Estado no sector da saúde tende a mudar profundamente, mas o seu papel em nada é diminuído, tornando-se, inclusive, bem mais sofisticado. Há um menor envolvimento directo em termos da prestação de cuidados, da sua gestão, e do seu planeamento micro, mas, em paralelo, tem que haver um enorme reforço das suas funções de supervisão global do sistema, monitorizando o desempenho das várias instituições no sentido de garantir os objectivos normativos considerados desejáveis no sector. Isto porque aumentam a competição interna no sistema de saúde, a diversidade de actores, a complexidade da inter-relação entre eles, e cresce a necessidade de garantir resultados eficientes, justos e de qualidade, inerentes ao próprio «Estado de Bem-Estar» típico dos países europeus. O incremento das exigências de regulação é, pois, indissociável da reforma do sistema de saúde.

Neste contexto, é de toda a pertinência tentar perceber então se, das reformas levadas a cabo no sector das *utilities*, das suas experiências e formatos reguladores, é ou não possível, e em que medida, tirar ensinamentos para o sector da saúde.

Lições da regulação das «utilities»

As *utilities* são, normalmente, consideradas como indústrias especiais, afectando o interesse geral pelo seu impacto no desenvolvimento económico e social (Colton *et al.*, 1997; Rico e Puig-Junoy, 2002). O mesmo se poderá dizer em relação ao sector da saúde, embora neste haja uma forte componente ética e redistributiva inerente à acção pública que não se verifica naquelas.

A configuração do Estado no sector da saúde tende a mudar profundamente, mas o seu papel em nada é diminuído, tornando-se, inclusive, bem mais sofisticado. Há um menor envolvimento directo em termos da prestação de cuidados, da sua gestão, e do seu planeamento micro, mas, em paralelo, tem que haver um enorme reforço das suas funções de supervisão global do sistema.

A racionalidade para a regulação no sector das *utilities* decorre do facto de estas, quer por razões técnicas, quer por razões político-ideológicas, terem passado ao longo da década de 80, de monopólios naturais na propriedade do Estado, a empresas privadas (após processos de privatização ou reprivatização). Em muitos casos, a evolução tecnológica (com consequentes alterações nas funções de produção das indústrias) e o alargamento dos mercados de referência, favoreceram a sua transformação em oligopólios ou indústrias em concorrência monopolística, num caminho de progressiva exposição a maior competição. A persistência neste tipo de indústrias privadas de algumas características de monopólio natural (pelo menos ao nível regional), de fortes tendências para o abuso de poder no mercado, e o facto de nelas se verificarem assimetrias de informação em relação à qualidade dos serviços fornecidos aos consumidores particulares, são fundamentos para a intervenção pública no sentido de combater estes tipos de falhas de mercado.

Neste contexto, a lógica para a regulação é, pois, uma lógica clássica no âmbito da função afectação do Estado (Stiglitz, 1988), visando a promoção da concorrência nestes sectores e a garantia da universalidade de cobertura (a não selecção adversa de clientes) e da qualidade dos serviços (através de *yardstick competition*[2] e *benckmarking*). Note-se que a regulação a que o Estado procede é regulação económica pura: o Estado cria um quadro regulador para terceiros, para as relações entre as *utilities* (empresas privadas) e os seus consumidores-clientes (que são os financiadores dessas indústrias pela compra de serviços que efectuam), não intervindo directamente no mercado.

Sendo este exercício de regulação de carácter eminentemente técnico, e havendo uma vasta literatura que tem alertado para o problema da "captura do regulador"[3] (Stigler,

1971; Baron, 1995), a regulação das *utilities* é normalmente levada a cabo por entidades reguladoras independentes (ERI) do Governo, ou seja, continuando a ser uma responsabilidade pública, é tornada exógena em relação à influência directa dos actores políticos.

Uma lógica parecida de exposição a maior competição tende a suceder nas reformas do sector da saúde (Rico e Puig-Junoy, 2002), embora assumindo formas bastante diferentes. Se nas *utilities* a competição foi promovida através da privatização, da alteração da estrutura das indústrias (desintegração vertical e horizontal) e do alargamento dos mercados, na saúde, nos países em que as reformas se estabeleceram de modo sustentado, a competição tem sido prosseguida através da separação (organizacional) entre financiador e prestadores[4] (não se conhecendo nenhum movimento privatizador neste âmbito) e subsequente contratualização entre financiador público (normalmente sob a forma de agência financiadora regional ou algo semelhante) e os prestadores descentralizados (sejam entidades do tipo hospital empresarializado, centros ou "cooperativas" de cuidados primários, ou unidades integradas de saúde, quer públicas quer privadas).

No caso do sector da saúde trata-se de competição pelo mercado (de financiamento público), em vez de competição dentro de um mercado (verificada no caso das «utilities» que evoluíram para monopólios regionais e/ou oligopólios). Competição entendida não como um fim em si, mas como um meio para gerar maior bem-estar social.

Na linha do que referem Domberger e Jensen (1997), trata-se de competição pelo mercado (de financiamento público), em vez de competição dentro de um mercado (verificada nas *utilities* que evoluíram para monopólios regionais e/ou oligopólios). Competição entendida não como um fim em si, mas como um meio para gerar maior bem-estar social (Helm e Jenkinson, 1997).

Tem-se amplamente demonstrado que é a competição, um aspecto independente da questão da propriedade (pública ou privada), que favorece ganhos de eficiência (Domberger e Jensen, 1997), tanto no sector das *utilities*, como no da saúde. No sector da saúde, no entanto, assume particular importância a hipótese de *quality-shading*, ou seja, de as entidades contratualizadas para prestarem cuidados de saúde às populações diminuírem a qualidade do serviço face ao que existia anteriormente, no sentido de pouparem custos. Por isso, as exigências de regulação se tornam imensas, gerando elevados custos de transacção (Williamson, 1979) que, por outro lado, favorecem a diminuição dos potenciais ganhos de eficiência introduzidos com o acréscimo de competição no sistema prestador.

Saltman e Busse (2002, p. 42) sintetizam duas grandes lições para a saúde a retirar das experiências de reforma e regulação no sector das *utilities*. Em primeiro lugar, a importância do nível micro-institucional é determinante para a concepção dos contratos, particularmente pelas questões da qualidade e equidade – e aqui a lógica do NPM é essencial. Em segundo lugar, o que se tem aprendido com o sector das *utilities* aponta para o *timing* do processo regulador ser crucial: há que proceder com cautela e desenvolver mecanismos reguladores adequados atempadamente.

As especificidades da Saúde

O «mercado» da saúde é muito complexo, tendencialmente ineficiente e pouco competitivo. Nele todos as falhas de mercado se verificam **(ver Quadro na p. 49)**, sendo de salientar as fortes assimetrias de informação na relação prestador-utente (na base da possibilidade de indução da procura pela oferta), na relação prestador-entidade gestora e na relação entre gestores da prestação de cuidados-decisores políticos. Estas conduzem a uma teia de relações de agência, com vários problemas de monitorização de comportamentos e de resultados, propícias a problemas de selecção adversa e risco moral.

Na saúde, o *output* é multi-dimensional e não linearmente ligado ao *outcome* (os desejáveis ganhos em saúde), a produção decorre num contexto de incerteza forte, e a avaliação da qualidade e supervisão do desempenho são muito mais exigentes do que em qualquer outro sector. A capacidade de contestação neste «mercado» é reduzida, pela tendência para haver monopólios naturais (regionais e/ou locais) na oferta, caracterizada por rendimentos crescentes à escala, e por economias de gama que favorecem alguma concen-

Na saúde, o «output» é multi-dimensional e não linearmente ligado ao «outcome» (os desejáveis ganhos em saúde), a produção decorre num contexto de incerteza forte, e a avaliação da qualidade e supervisão do desempenho são muito mais exigentes do que em qualquer outro sector. A capacidade de contestação neste "mercado" é reduzida, pela tendência para haver monopólios naturais (regionais e/ou locais) na oferta, caracterizada por rendimentos crescentes à escala, e por economias de gama que favorecem alguma concentração de serviços.

tração de serviços. A descontinuidade desta oferta ao longo da cadeia de produção de «saúde» e o forte poder dos profissionais[5], interagem com um financiador público monopsonista.

A contratualização, num contexto de reforma e separação financiador-prestador, é, pois, uma tarefa muito exigente e sem paralelo face ao que sucede na área das *utilities*.

Além do exposto, outra particularidade da saúde é a sua componente de bem de mérito que o Estado entende dever ser de consumo publicamente favorecido, num "mercado" que não asseguraria à partida resultados justos do ponto de vista da equidade no acesso e nos resultados em saúde. A saúde é uma das componentes nucleares do Estado de bem-estar europeu com uma valorização ética crucial do ponto de vista da sociedade.

Por tudo isto, a visão tradicional da regulação como a acção pública correctora de falhas de um mercado (privado), é profundamente insuficiente quando aplicada ao sector da saúde. Como refere Chinitz (2002, p. 57), neste sector, temos, não predominantemente, empresas privadas, mas sobretudo entidades prestadoras públicas em quase-monopólio, cujos «fracassos» se procuram minimizar com a introdução de mecanismos competitivos de forma regulada. O que se regula, então, são sobretudo actividades públicas e/ou com carácter não-lucrativo, áreas a que a teoria económica de regulação não se aplica de forma «decalcável» do sector das *utilities*. Em saúde, por fim, a componente ética e política da regulação, relacionada com aspectos normativos e preferências sociais, é tão importante como a sua componente técnica (ligada à eficiência), dados os impactos redistributivos desta actividade.

Neste contexto, a regulação em saúde pode ser definida como propõe Selznick[6]: «o controlo, objectivo e sustentado, exercido por uma agência pública, sobre actividades que são valorizadas socialmente». A influência deliberada do Estado, quer como facilitadora e incentivadora de certos comportamentos dos prestadores, quer como preventiva de processos e resultados indesejáveis, tem aqui um dupla perspectiva: a da regulação económica *tout court* (correctora das falhas de mercado e, neste sector, também dos fracassos de governos, ambos penalizadores da eficiência), e a da regulação social, ligada aos valores éticos em causa no sector, aproximando a regulação do paradigma de *stewardship* proposto por Saltman e Feroussier-Davis (2000). Nesta linha, a regulação decorre das exigências de governação ética do sistema de saúde.

Portanto, não só a componente económica da regulação em saúde é mais exigente do que no sector das *utilities* (porque abrange mais, e mais complexas, falhas de mercado e, em saúde, fracassos de Governo), como toda a componente de regulação ético-social é específica da saúde. Como sublinham Saltman e Busse (2002, p. 7), esta conceptualização da regulação em saúde constitui um choque para muitos micro-economistas e gestores, habituados a pensar a regulação apenas do ponto de vista da eficiência técnica, em mercados privados.

Do ponto de vista do NPM, a regulação relaciona-se directamente com o desenho institucional adequado, com problemas de ajustamento entre actores, com as teorias de supervisão e com os processos de descentralização da decisão. As questões pragmáticas ligadas à eficácia da implementação dos mecanismos reguladores são, assim, cruciais. Centremo-nos, para já, nas dimensões a regular e nos mecanismos reguladores em saúde, em «o que regular» e «como».

Quanto a dimensões, fixados politicamente os objectivos económicos e sociais a promover no sector, a regulação deve incidir sobre aspectos fulcrais da gestão dos prestadores de cuidados, tais como:

- a capacidade instalada (ligada às questões de entrada no sector);

- os preços a praticar e os volumes a produzir (a negociar em conjunto, e segundo necessidades em saúde);
- a qualidade (de estruturas, processos e resultados);
- o desempenho (profissional[7] e institucional);
- a informação disponibilizada; e
- o acesso dos utentes e promoção do seu *empowerment*.

Isto exige a concepção e o desenvolvimento de um *sistema* regulador multi-polar.

Os mecanismos reguladores em saúde são sobretudo de dois tipos. Por um lado, um conjunto de regras e restrições legais e formais (incluindo legislação, códigos de conduta, *guidelines* e recomendações). Por outro, sistemas de incentivos, financeiros e não financeiros, positivos (indutores) ou negativos (penalizadores).

Materializam-se em variadas possibilidades, a desenvolver em simultâneo **(ver caixa)**.

Vários destes mecanismos podem ser intrínsecos a um outro, central no cenário de reforma da saúde – a contratualização entre financiador (normalmente uma agência pública) e prestadores (públicos e/ou privados).

O que se torna absolutamente original na saúde, por comparação com as *utilities*, é o facto de o Estado permanecer o financiador/segurador dos cuidados (em sistemas, como o português, do tipo «Serviço Nacional de Saúde», SNS no acrónimo), mesmo se se afasta da prestação directa ou autonomiza (por exemplo, empresarializa) as entidades prestadoras que passará a financiar por contrato-programa. Ou seja, o Estado não regula relações entre terceiros (empresas e consumidores privados), antes define e estabelece contratos em que ele é uma das partes contratantes.

A regulação não corresponde, pois, de todo, à forma clássica que ocorre nas *utilities*, pois a função pagamento/financiamento não pode, em saúde, ser linearmente separada da função reguladora. Afinal, a forma de financiamento é um dos mais poderosos sistemas de incentivos, um dos mais fortes mecanismos reguladores[9], no cenário de reforma da saúde.

Quando o Estado, actuando como agente do cidadão (o principal), contratualiza com entidades prestadoras a oferta de cuidados a uma população, estabelece necessariamente um conjunto de exigências contratuais em matéria de qualidade, de desempenho, e de acesso, que são formas de regulação do sector e que são sua obrigação monitorizar, enquanto financiador público. É aliás este grau de exigência na contratualização, próprio da saúde – dadas as especificidades do bem em causa, o grau de incerteza do mercado, a sua inerente incompletude, as dificuldades em observar a qualidade e o desempenho e os problemas de monitorização e controlo dos prestadores – que está na origem de «fracassos contratuais»[10] (Rico e Puig-Junoy, 2002; Domberger e Jensen, 1997).

Temos sobretudo problemas com a informação na origem deste tipo de fracassos: vários aspectos da actividade da prestação de cuidados não são totalmente antecipáveis *a priori* (ou seja, os contratos são incompletos), nem facilmente supervisionáveis (como na área da qualidade e desempenho), conduzindo, com frequência, a situações em que o contrato não produz os *outcomes* desejáveis ou não os obtém com os custos previstos. Em saúde, os custos de transacção são, por isso, muito volumosos (custos de concepção, negociação, implementação, monitorização e *enforcement* dos contratos e custos de produção e verificação de informação adequada e fiável), sem paralelo com o que sucede noutras áreas.

Uma das formas de minimizar este problema assenta no estabelecimento de contratos de longo prazo entre financiador e prestador (diluindo o risco de investimento e da

Mecanismos reguladores na Saúde

- Autorizações para investimentos;
- formas e fórmulas de financiamento das instituições prestadoras (desejavelmente ajustadas pelo risco dos utentes);
- exigências para licenciamentos;
- política de acreditação e *clinical governance*;
- avaliação multi-dimensional do desempenho das entidades;
- mecanismos de pagamento;
- quadro financeiramente penalizador/recompensador de certas acções dos regulados;
- consagração efectiva de escolha por parte de utentes;
- publicitação de quadros de direitos dos doentes, entre outras possibilidades[8].

incerteza) - que, no entanto, penalizam a competição. Outra poderá ser a evolução de uma lógica de competição para uma lógica de cooperação entre financiador e prestadores: Goddard e Mannion (1998) referem as parcerias desenvolvidas no SNS britânico e a importância da *co-opetition* como conceito emergente (inspirado na teoria dos jogos para estratégias de negócio).

Os utentes da saúde não são, como nas «utilities», «clientes» das entidades prestadoras, e não são nunca em sistemas do tipo SNS o seu principal financiador directo, mesmo quando se prevêem co-pagamentos. Financiam, indirectamente, o Estado, enquanto contribuintes, mas não existe qualquer relação directa entre contribuição e benefício dos serviços de saúde.

A dimensão ética da produção em saúde eleva a responsabilidade política do Estado enquanto financiador/contratualizador, tendo este que garantir a permanente vigilância do respeito dos prestadores pela universalidade no acesso, ou seja, prevenir a selecção dos utentes pelo risco que tende a ocorrer e pelos direitos e necessidades dos utentes. Estes utentes não são, como nas *utilities*, «clientes» das entidades prestadoras, e não são nunca em sistemas do tipo SNS o seu principal financiador directo, mesmo quando se prevêem co-pagamentos. Financiam, indirectamente, o Estado, enquanto contribuintes, mas não existe qualquer relação directa entre contribuição e benefício dos serviços de saúde.

As únicas duas dimensões em que, face ao exposto, a regulação em saúde pode ser exógena (independente) em relação ao Estado, têm a ver com a provedoria dos utentes (na defesa das queixas e problemas por estes directamente detectáveis em relação aos prestadores publicamente financiados[11]) e com a promoção da saudável concorrência no sector - quer no que respeita à autorização de entrada de novos prestadores (num sector largamente dominado por entidades públicas), quer no que respeita à determinação de tabelas de preços equilibradas para os diversos prestadores, e regras para a integração vertical de entidades ou para acordos horizontais entre elas. No Reino Unido, país em que as reformas da saúde se iniciaram há mais de uma década e a regulação do sector se tem desenvolvido desde o início[12], foi muito recentemente criada uma ERI do Governo com funções restritas de autorização de entrada de prestadores no sector (regulação da capacidade) e de regulação da competição entre hospitais públicos e privados. Foi expressamente vedada a este regulador qualquer possibilidade de regulação do desempenho ou da qualidade, definidas como exclusivas do Governo. Ainda assim, a sua criação tem suscitado grande polémica por se considerar que desresponsabiliza o Ministério da governação efectiva do SNS (Pollock *et al.*, 2003).

Em síntese, em saúde, a regulação de dimensões fulcrais como a quantidade de serviços a produzir e disponibilizar aos utentes, as formas de os pagar, a sua qualidade (multi-dimensional), os níveis de desempenho dos prestadores públicos ou privados, ou a informação a disponibilizar, é intrínseca à contratualização, sendo, pois, uma tarefa do financiador público. O Estado não regula exogenamente relações entre terceiros, regula endogenamente relações em que ele é uma das partes responsáveis enquanto financiador e agente dos cidadãos. Obviamente, é necessário haver independência da regulação em relação aos prestadores (regulados), mas a regulação não é independente do Governo.

Esta regulação é mais exigente e sofisticada do que em outros sectores, especialmente pelas dificuldades decorrentes das assimetrias informacionais e dos problemas na eficaz monitorização da qualidade e desempenho dos muitos e diversos tipos de prestadores, gerando elevados custos de transacção. Numa perspectiva de gestão pública, é um exercício contínuo e inacabado, um constante processo de aprendizagem e interacção, gradual e dinâmico, por isso, nunca num quadro estável, tecnocrático e mais definitivo, semelhante ao da regulação das *utilities*.

O quadro que publicamos na página seguinte sintetiza vários dos aspectos diferenciadores que temos referido ao longo deste artigo.

O formato da regulação

O NPM, e a economia das instituições, ensinam que a forma organizacional, as regras e os incentivos condicionam os resultados da actividade das instituições. Ou seja, a concepção adequada do formato institucional da regulação é crucial para o sucesso e eficácia desta. Não é indiferente que

Quadro
Regulação em saúde e das «utilities»: diferenças fundamentais

	Saúde	*Utilities*
Objectivos da regulação	– Minimizar fracassos de mercado e de Governo – Garantir equidade no acesso e na saúde, eficiência social no sector (eficiência técnica dos prestadores, financiamento sustentável, oferta de cuidados de acordo com as necessidades em saúde), objectivos de saúde pública, qualidade e segurança	Minimizar fracassos de mercado
Fracassos de mercado	Todos (bens públicos, externalidades, assimetria de informação, monopólios «naturais», mercados incompletos)	– Abuso de poder de mercado (monopólio ou oligopólio) – Assimetria de informação (qualidade do serviço)
Componente ética	– Forte – Bens de mérito	Fraca
Natureza do comprador/financiador	Financiador público (monopsonista)	Financiadores privados (múltiplos clientes individuais)
Natureza da regulação	Endógena (nas dimensões core)	Exógena
Quantidade e diversidade de prestadores a regular	Grande	Pequena (monopólios, oligopólios ou concorrência monopolística)
Natureza dos prestadores	Maioritariamente públicos	Privados
Competição entre prestadores	Incipiente	Crescente
Custos de transacção da regulação	Grandes	Comparativamente reduzidos

tipo de instituição tem funções reguladoras, nem o nível (central, regional, local) a que as exerce (Baldwin e Cave, 1999). Também é determinante a questão da sua independência face ao Governo (Weil, 1996).

No sector das *utilities*, o Estado regula relações entre terceiros, nas quais a sua intervenção não é directa, actuando como «vigilante» de correctas relações contratuais, num cenário propício a algum abuso de poder de mercado. Neste quadro de regulação "clássica", a tecnicidade do exercício regulador, limitado na sua amplitude, responsável por uma monitorização relativamente fácil de um número escasso de empresas, aconselha a sua entrega a uma só entidade dedicada de nível central. O já referido risco de captura do regulador pelas empresas reguladas, aponta, por outro lado, para a necessidade de este tipo de entidade ser independente do Governo. As ERI são, assim, a forma institucional adequada, eficaz e aconselhável para a regulação do sector das *utilities*.

Na saúde, o Estado (agente dos cidadãos) retém a função de financiamento dos prestadores, exercendo-a normalmente através de entidades financiadoras centrais ou regionais que contratualizam a prestação de cuidados com os variados (e diversificados) tipos de prestadores. Estes contratos-programa têm subjacentes diferentes incentivos e determinam os

níveis de exigência do financiador quanto a qualidade, desempenho, informação, direitos dos utentes e as próprias formas de acompanhamento e monitorização dos prestadores. Ou seja, a regulação destas dimensões é intrínseca ao contrato, no qual o financiador público é uma das partes.

Isto significa que, embora deva, por razões de política de saúde nacional, haver uma definição central de regras gerais para a política de qualidade, avaliação de desempenho e *template* de informação, muito do exercício de regulação tem, necessariamente, que ser descentralizado (normalmente para instituições do tipo agência regional[13]). Em saúde, dadas as particularidades do «mercado» – em especial as assimetrias de informação e a pulverização dos regulados –, a regulação só é eficaz com a constante proximidade entre regulador/financiador e entidade prestadora. Ou seja, o desenvolvimento de níveis regionais de regulação – minimizadores de custos de transacção, de risco moral e de selecção adversa – é determinante do sucesso da regulação. A simples criação de uma entidade reguladora central dedicada não é suficiente, sendo antes necessário conceber e desenvolver um *sistema regulador* coerente com vários níveis.

Em saúde, dadas as particularidades do «mercado» – em especial as assimetrias de informação e a pulverização dos regulados –, a regulação só é eficaz com a constante proximidade entre regulador/financiador e entidade prestadora. Ou seja, o desenvolvimento de níveis regionais de regulação – minimizadores de custos de transacção, de risco moral e de selecção adversa – é determinante do sucesso da regulação.

Por outro lado, este contexto implica também que o *core* das funções de regulação não pode nunca ser independente do Governo, uma vez que estas são endógenas aos contratos que o Governo financia, e, necessariamente, monitoriza enquanto gestor de fundos públicos e responsável pela política de saúde. Ou seja, tecnicamente, a regulação da qualidade, do desempenho e da informação não se separa da função de pagamento dos cuidados, estando intrinsecamente ligada a esta. O que em nada impede que haja entidades dedicadas, sob a alçada do Ministério da Saúde, especializadas em áreas de regulação particulares. Por exemplo, poderão existir diferentes institutos responsáveis pela definição das exigências a ter no complexo domínio da qualidade em saúde, ou pela concepção de modelos de avaliação do desempenho e respectivos quadros de incentivos/penalizações a aplicar perante distintos tipos de resultados dos prestadores, como sucede na generalidade dos países europeus.

Também no plano ético, a literatura sobre regulação social aconselha a sua não independência face ao Governo. Primeiramente, porque as próprias formas (e indicadores) de avaliação de *performance* das instituições prestadoras têm, em saúde, uma forte componente subjectiva, cuja definição não é nunca neutral de um ponto de vista normativo. Em segundo lugar, porque os impactos redistributivos do exercício de regulação são potencialmente grandes, devendo estar sob controlo de actores políticos sujeitos ao escrutínio democrático. Na saúde, portanto, os poderes reguladores públicos não devem ser exercidos por entidades independentes com menor legitimidade democrática e menor *accountability* política (Majone, 1997).

Em nenhum dos países que procederam a reformas vastas na saúde foram criadas ERI do Governo com funções nas dimensões referidas acima, que seriam desadequadas, ineficazes e politicamente desresponsabilizadoras. No Brasil, por exemplo, existe desde 2000 uma entidade reguladora específica apenas para o «sector suplementar», ou seja, o sector de seguros e planos de saúde, subsidiário em relação ao SNS – a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) –, mas que, embora funcionando com autonomia, está vinculada ao Ministério da Saúde, não sendo independente. Em Portugal, apesar da insipiência da reforma do sistema prestador – dominado por um tecido institucional público, centralizado e rígido –, o Governo criou recentemente uma ERI central para todos os prestadores do sistema de saúde (para além do próprio SNS), com funções abrangentes, incluindo a área da qualidade, desempenho e concorrência[14], sem precedentes no quadro internacional. À luz do exposto, é uma opção questionável do ponto de vista técnico, e levantando questões éticas, pelo que a avaliação da sua acção a prazo será essencial[15].

Conclusões

Tanto no sector das *utilities*, como no da saúde, vastas reformas têm sido influenciadas pelo NPM. As reformas assumem configurações diferentes nestes dois campos e a regulação em saúde revela-se mais complexa e sofisticada do que a regulação das *utilities*.

Em saúde, a regulação das dimensões fundamentais da prestação de cuidados é endógena aos contratos de financiamento público de prestadores públicos ou privados, significando, sobretudo, um meio de garantir ganhos em saúde das populações, com eficiência social e equidade. No sector das *utilities*, a regulação é um instrumento clássico de supervisão pública de relações contratuais entre privados. Enquanto na saúde há que desenvolver um sistema regulador e a independência no exercício de regulação, não só não é tecnicamente viável nas suas dimensões cruciais, como é desaconselhada do ponto de vista ético e da responsabilidade política. No caso das *utilities*, a forma tecnicamente correcta e eficaz de regular os mercados assenta, precisamente, na criação de ERI. ■

Agradecimentos

Agradeço aos Professores António Correia de Campos e Constantino Sakellarides os comentários que produziram em relação a versões prévias deste artigo. Obviamente, sou exclusiva responsável pelo sentido das suas conclusões e por incorrecções que permaneçam. Estou grata às Professoras Sílvia Porto e Alícia Uga, minhas colegas da Associação Brasileira de Economia da Saúde, pelos preciosos esclarecimentos que me prestaram a respeito da ANS e das entidades reguladoras no sistema de saúde brasileiro.

Notas

1. Le Grand e Bartlett (1993) referem-se a *quase-mercados*. Saltman e Von Otter (1992) usam o conceito *mercados planeados* (cujas formas mais comuns são a *competição pública* e o *mercado misto*).

2. Competição "regional", assente na comparação do desempenho relativo de empresas, com características semelhantes, mas que operam em pontos distintos do país (monopólios naturais regionais).

3. Trata-se da possibilidade de, face aos interesses organizados e à força política das entidades reguladas, a regulação se tornar endógena à indústria regulada, favorecendo os grupos politicamente mais poderosos e contribuindo, ela própria, para pior eficiência.

4. Importante sobretudo em países como Portugal, com sistemas do tipo *beveridgeano*, ou seja, em que o financiamento da saúde assenta nos impostos e a prestação de cuidados é tipicamente assegurada por instituições pertencentes ao sector público e geridas de acordo com as suas regras (integração financiador-prestador). Com similaridades, também aqui, com aspectos institucionais das *utilities* antes dos movimentos de reforma dos anos 80: eram empresas públicas, comandadas pelo Governo e subsidiadas, numa proporção relevante, por fundos provenientes de impostos pagos pelos cidadãos.

5. A especificidade da vertente profissional na saúde face às *utilities* não tem apenas a ver com a questão do poder dos grupos profissionais de prestadores, fortemente especializados. Tem também a ver com a complexidade e densidade técnica da componente profissional na saúde, cuja regulação assenta sobretudo em formas de auto-regulação.

6. Citado em Baldwin e Cave (1999, p. 2).

7. Ao nível profissional, há a considerar *stakeholders* muito específicos no sector da saúde, com relações densas em conhecimento, em que a regulação da qualidade e desempenho entra no domínio da regulação profissional, com dificuldades acrescidas dado o peso da auto-regulação neste domínio.

8. Ver Ferreira *(a publicar)*.

9. Com consequências distintas, conforme se escolha financiamento por acto, por capitação, por orçamento global, etc., ajustado ou não pelo risco, ou com diferentes repartições de risco financeiro entre financiador e entidade prestadora.

10. Podemos conceptualizar um fracasso do mercado como um conjunto sucessivo de fracassos contratuais.

11. Mas, sublinhe-se, que, com assimetria de informação, os utentes não têm meios para detectar problemas graves como os de selecção adversa ou *quality-shading*.

12. Ver, por exemplo, Walshe (2002).

13. Como os *Primary Care Trusts* ou as *Strategic Health Authorities*, no SNS britânico.

14. Ver Decreto-Lei nº 308/2003, de 10 de Dezembro.

15. A independência de entidades reguladoras na saúde, como referido, só faz sentido, tanto de um ponto de vista teórico, como de eficácia prática, nas áreas da promoção da concorrência e provedoria dos utentes.

Referências bibliográficas

BALDWIN, R. e CAVE, M. (1999), **Understanding regulation: theory, strategy and practice**. Oxford University Press, Oxford.

BARON, D. (1995), "The economics and politics of regulation: perspectives, agenda and approaches". *In* J. Banks e E. Hanushek (Eds.), *Modern Political Economy*. Cambridge University Press, Cambridge.

BUSSE, R., VAN DER GRINTEN, T. e SVENSSON, P. (2002), "Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice". *In* R. Saltman, R. Busse e E. Mossialos (Eds.), **Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems.**

CHINITZ, D. (2002), "Good and bad health sector regulation: an overview of the public policy dilemmas". *In* R. Saltman, R. Busse e E. Mossialos (Eds.), **Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems.**

COLTON, R., FRISOF, K. e KING, E. (1997), "Lessons for the health care industry from America´s experience with public utilities". *Journal of Public Health Policy*, vol. 18(4), pp. 389-400.

DECRETO-LEI Nº 309/2003 (cria a Entidade Reguladora da Saúde). **Diário da República I Série - A**. 284 (2003.12.10).

DECRETOS-LEI Nº 272/2002 A 302/2002 (criação das 31

Sociedades Anónimas hospitalares). **Diário da República I Série - A**. 284 (2002.12.9), 285 (2002.12.10) e 286 (2002.12.11).

DOMBERGER, S. e JENSEN, P. (1997), "Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects". *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 13(4), pp. 67-78.

FERREIRA, A. (2003), "Nova Lei de Gestão Hospitalar: De que modelo de regulação precisamos?". Comunicação ao 8º Encontro Nacional de Economia da Saúde, 24 de Outubro de 2003, Lisboa (texto disponível em www.es2003.fe.uc.pt/comunica.htm).

FERREIRA, A. (a publicar), "Do que falamos quando falamos de regulação em saúde?", artigo aceite para publicação na *Análise Social*.

GODDARD, M. e MANNION, R. (1998), "From competition to co-operation: new economic relationships in the NHS". *Health Economics*, vol. 7, pp. 105-119.

HELM, D. e JENKINSON, T. (1997), "The assessment: introducing competition into regulated industries". *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 13(1), pp. 1-14.

HOOD, C. (1991), "A public management for all seasons?". *Public Administration*, vol. 69(1), pp. 3-19.

LE GRAND, J. e BARTLETT, W. (Eds.) (1993), **Quasi-markets and social policy**. MacMillan, London.

LEI Nº 27/2002 (aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei nº 48/90, de 24 de Agosto). **Diário da República I Série - A**. 258 (2002.11.8) 7150-7154.

LEI Nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000 (cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências). Em http://www.ans.br/portal/site/legislacao (2003.11.18).

MAJONE, G. (1997), "From the positive to the regulatory state: causes and consequences of changes in the mode of governance". European University Institute, Florence (*Working paper* No. 93).

OSBORNE, D. e GAEBLER, T. (1992), **Reinventing Government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector**. Addison-Wesley Publishers, Reading, MA.

POLLOCK, A. *et al*. (2003), "NHS and the health and social care bill: end of Bevan's vision?". *British Medical Journal*, vol. 327, pp. 982-985.

PROPPER, C. (1993), "Quasi-markets and regulation". *In* J. Le Grand e W. Bartlett (Eds.), **Quasi-markets and social policy**.

RICO, A. e PUIG-JUNOY, J. (2002), "What can we learn from the regulation of public utilities?" *In* R. Saltman, R. Busse e E. Mossialos (Eds.), **Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems**.

SALTMAN, R. e BUSSE, R. (2002), "Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice". *In* R. Saltman, R. Busse e E. Mossialos (Eds.), **Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems**.

SALTMAN, R. e FEROUSSIER-DAVIS, O. (2000), "The concept of stewardship in health policy". *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78(6), pp. 732-739.

SALTMAN, R. e VON OTTER, C. (1992), **Planned markets and public competition: strategic reform in Northern European health systems**. Open University Press, Buckingham.

SALTMAN, R., BUSSE, R. e MOSSIALOS, E. (Eds.) (2002), **Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems**. Open University Press, Buckingham.

STIGLER, G. (1971), "The theory of economic regulation". *In* P. Joskow (Ed.) (2000), **Economic Regulation**. Edward Elgar Publisher, Northampton, MA.

STIGLITZ, J. (1988), **Economics of the public sector**. 2nd ed., Norton, New York.

WALSHE, K. (2002), "The rise of regulation in the NHS". *British Medical Journal*, vol. 324, pp. 967-970.

WEIL, T. (1996), "How health networks and HMOs could result in public utility regulation". *Hospital and Health Services Administration*, vol. 41(2), pp. 266-280.

WILLIAMSON, O. (1979), "Transaction-cost economics: the governance of contractual relations". *Journal of Law and Economics*, vol. XXII(1), pp. 233-261.

MESTRES PORTUGUESES DA GESTÃO

A REVISTA PORTUGUESA E BRASILEIRA DE GESTÃO tem o grato prazer de oferecer aos seus leitores um desconto de 10 % sobre o preço de capa do livro **MESTRES PORTUGUESES DA GESTÃO**, da autoria de ***Jorge Nascimento Rodrigues*** e ***Géraldine Correia***, editado pelo CENTRO ATLÂNTICO em Fevereiro de 2004. Fotocopie este *cupão* e envie cheque ou vale postal de 19.98 Euros para: Centro Atlântico, Lda.
Rua da Misericórdia, 76
1200-273 Lisboa

