

## Do que falamos quando falamos de regulação em saúde?\*\*\*

### INTRODUÇÃO: EM QUE CONTEXTO SE TORNA NECESSÁRIA A REGULAÇÃO EM SAÚDE?

#### O MOVIMENTO DE REFORMA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Os sistemas de saúde dos países ocidentais, grandemente assentes em estruturas públicas centralizadas e padecendo de alguma rigidez, confrontaram-se a partir do final da década de 80 com vários problemas, que desencadearam um movimento generalizado de reforma. Esta pode ser entendida como a alteração da agenda e da prática políticas na área da saúde.

Entre os factores que pressionaram o desencadear das reformas conta-se o aumento tendencial da despesa com a saúde (gerador de fortes pressões orçamentais no financiamento público ao nível macro), a par com a constatação de ineficiências técnicas e económicas na afectação dos recursos no sector da saúde, quer do ponto de vista agregado, quer ao nível micro institucional. Ainda do lado da «oferta» de cuidados, há que considerar a pressão causada pela inovação tecnológica e médica, indutora do aumento dos custos.

---

\* Economista e gestora hospitalar (Hospital de Santa Marta, SA); mestrado em Economia e Política Social (Universidade de York, RU); curso de especialização em Administração Hospitalar (ENSP/UNL); contacto: ferreira\_sofia@sapo.pt.

\*\* Este artigo baseia-se em partes de uma dissertação final produzida pela autora no âmbito do XXXI Curso de Especialização em Administração Hospitalar (2001-2003) da Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL). Alguns pontos foram alvo de comunicação ao 8.º Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Economia da Saúde (23 e 24 de Outubro de 2003).

Uma insatisfação crescente dos cidadãos com a rigidez do funcionamento do sistema de saúde e a mudança de características sócio-demográficas e de morbilidade da população<sup>1</sup> são factores que, do lado da «procura», explicam o impulso para a reforma.

Em traços gerais, as reformas desencadeadas procuraram, por um lado, introduzir mecanismos de mercado, quer ao nível organizacional, quer ao nível da prestação, e criar sistemas de incentivos, desenvolvendo-se mecanismos de financiamento relacionados com a produção e desempenho, a contratualização de serviços, a autonomia organizacional dos prestadores, as competências de gestão e novas formas de regulação destes sistemas mais descentralizados (Saltman e Figueras, 1997). Crucial tem sido, pois, a separação institucional entre entidades financiadoras e prestadoras de cuidados de saúde<sup>2</sup>. Por outro lado, na vertente da procura, procuraram-se desenvolver mecanismos de partilha de custos (racionalizando o financiamento) ou mesmo de estabelecimento de prioridades (ou até racionamento) no acesso a cuidados, a par com um maior enfoque nas estratégias de prevenção de saúde e com a promoção dos cuidados primários enquanto «porta de entrada» no sistema. Relevantes têm sido também as reformas que visam o *empowerment* do utente, por vezes ligadas até a mecanismos de financiamento que dependem da sua procura e do seu grau de satisfação (*money follows the patient*).

#### CONCEITOS, MODELOS E INSTRUMENTOS DAS REFORMAS NA SAÚDE

Termos centrais na linguagem e na prática das reformas são a separação entre entidade(s) financiadora(s) e prestadoras de cuidados e a introdução de alguma forma de «mercado» ou de mecanismos de competição nos sistemas públicos.

A separação entre as instituições que financiam os cuidados face às que os prestam tem várias vantagens, designadamente as de permitirem maior competição do lado da oferta, incrementando a eficiência na prestação, a possibilidade de escolha e a sensibilidade face às necessidades dos utentes (*responsiveness*)<sup>3</sup>. No entanto, essa separação, em si, não garante necessariamente o aumento de competição entre os agentes nem assegura a formação de algum tipo de *quase-mercado* (Le Grand e Bartlett, 1993) ou *mercado*

---

<sup>1</sup> Relacionadas nomeadamente com o seu envelhecimento tendencial e o aumento da sua exigência para com os serviços públicos.

<sup>2</sup> A separação financiador-prestador e o incentivo a maior descentralização e autonomia organizacional no sistema de saúde ganham relevância sobretudo em países, como Portugal, com sistemas do tipo *beveridgeano*, ou seja, em que o financiamento da saúde assenta basicamente 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).

<sup>3</sup> Le Grand e Bartlett (1993).

*planeado* (Saltman e Von Otter, 1989 e 1992). É uma condição necessária, mas não suficiente, para tal efeito, havendo que desenvolver outro tipo de mecanismos e incentivos em simultâneo.

A tentativa de flexibilizar o funcionamento das instituições e a sua inter-relação, aumentando a eficiência técnica e o nível global de desempenho, tem passado por um movimento descentralizador e novas combinações de elementos do sector público com práticas do sector privado. O novo paradigma que surge, ilustrando esta lógica, pode ser designado globalmente por *mercado planeado* de saúde. Saltman e Von Otter (1992) consideram um contínuo de possíveis combinações estruturais entre «público» e «privado», em que num extremo temos sistemas totalmente planificados e puramente públicos, que podem começar por ser descentralizados para níveis hierárquicos inferiores no sector público tradicional, gerando o modelo do *planeamento adaptativo*. O outro caso extremo é o do mercado privado total (raramente observável em saúde), em que normalmente se dá alguma forma de intervenção pública com carácter regulador, gerando o modelo do *mercado regulado*. No centro destes quatro modelos-tipo temos o paradigma do *mercado planeado*, implicando a criação intencional (planeada) de um novo mercado através do exercício do poder público associado à utilização de instrumentos e incentivos competitivos, procurando-se incrementar a flexibilidade e eficiência do sistema público «tradicional».

Este paradigma, mantendo sempre os elementos da separação entre financiador e prestador, uma afectação mais «competitiva» e descentralizada de recursos e a preservação da natureza pública do sistema (Cabiedes e Guillén, 2001), pode apresentar várias variantes na sua implementação prática, sendo duas das mais debatidas a da *competição pública* e a de *mercado misto*<sup>4</sup>. No caso da *competição pública*, gera-se um mercado em que intervêm apenas prestadores públicos, enquanto no *mercado misto* tanto prestadores públicos como privados competem por contratos, no âmbito dos processos de contratualização descentralizada que se desenvolvem; por outro lado, o actor central da mudança no primeiro caso é o utente, a quem é conferida liberdade de escolha de prestador (individual ou institucional), estando o financiamento dependente da capacidade de as instituições «seduzirem» os utentes-clientes, enquanto no *mercado misto* o agente central é o gestor, responsável pelo desenvolvimento de mecanismos de concepção, negociação e monitorização dos contratos; por fim, na *competição pública* há um enfoque na alteração dos incentivos ao nível das instituições prestadoras, ao passo que no *mercado misto* o nível da mudança no sistema é o nível administrativo da gestão, normalmente regional ou distrital.

---

<sup>4</sup> Saltman e Von Otter (1989) usam os termos *public competition* e *mixed markets*.

Em síntese, na *competição pública* mudam-se os incentivos de actores públicos já existentes no mercado e concede-se maior poder ao lado da procura (na lógica *money follows the patient*), ao passo que no *mercado misto* se desenvolve a contratualização também com novos agentes privados e há um enfoque sobretudo na mudança de incentivos à (gestão da) oferta. Evidentemente, em última análise, os objectivos políticos a atingir são coincidentes em ambos os casos, passando pelo incremento da eficiência e produtividade, sem pôr em causa o carácter equitativo do sistema, baseado no acesso universal a serviços de saúde com qualidade, típico dos países europeus.

Em Portugal, a nova lei de gestão hospitalar<sup>5</sup> e o processo de empresarialização de 34 hospitais, iniciado no final de 2002, apontam para que venha a estabelecer-se um *mercado misto* no nosso sistema de saúde (Ferreira, 2003b). No entanto, actualmente, o tecido de prestadores é ainda dominado por instituições públicas com reduzida autonomia organizacional *de facto* e o sistema caracteriza-se por uma forte centralização, rigidez nas relações hierárquicas e ausência de mecanismos de efectiva negociação mutuamente responsabilizadores.

O papel da introdução de contratos, enquanto mecanismos de definição de funções, de partilha de riscos e clarificação de responsabilidades (*accountability*) entre financiador e prestadores, é crucial em qualquer modelo de reforma como instrumento de mudança (Flynn e Williams, 1997). O desenvolvimento de uma cultura de competição e negociação, de programação descentralizada de actividades e até de *marketing* e melhoria da imagem das instituições prestadoras é um aspecto incentivado pela contratualização de serviços de saúde.

A influência do *new public management* (NPM) nas reformas da saúde tem sido vasta (Harding e Preker, 2000). Este paradigma de gestão pública que defende serviços públicos (re)centrados no «cidadão-utente-cliente» (Hood, 1991) reflecte-se em aspectos como o desenvolvimento de mercados internos e/ou quase-mercados (aumento da competição) ao nível das 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 e contratualização; a tentativa de incorporar mecanismos de *empowerment* dos utentes face ao sistema e em diversas inovações e experiências ao nível organizacional<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Que introduz o conceito de «rede de prestação de cuidados de saúde» e prevê a separação efectiva entre financiador e prestadores, entre outros aspectos.

<sup>6</sup> O NPM tem sido determinante para a reforma da administração pública nos países ocidentais, bem como para a das indústrias designadas por *public utilities*. Neste artigo centramo-nos apenas no sector da saúde, já que analisámos a comparação entre a reforma (e regulação) da saúde e a das *utilities* num outro trabalho (Ferreira, 2004).

Concretamente, em termos da reforma organizacional de instituições prestadoras do tipo «hospital», podemos considerar uma tipologia das mudanças nos sistemas de incentivos introduzidas a este nível (Harding e Preker, 2000). Partindo do clássico *hospital enquanto unidade orçamental* — integrado numa estrutura central, sem autonomia de gestão e com um financiamento assente sobretudo em orçamentos históricos baseados na despesa —, uma primeira reforma organizacional consiste em *autonomizá-lo*, transferindo parte do controlo de gestão para gestores ao nível da própria instituição (Busse, Van der Grinten e Svensson, 2002); neste caso, pode haver maior clareza na definição de objectivos e aumento da autonomia financeira (por exemplo, com a atribuição de orçamentos globais aos hospitais), mas mantém-se uma forte ligação hierárquica às estruturas centrais. A *empresarialização* de hospitais públicos é o passo seguinte nesta reforma de nível intermédio<sup>7</sup>, sendo a autonomia de gestão alargada e conferindo-se aos gestores dos hospitais o controlo quase total sobre a gestão dos factores produtivos, a concepção de sistemas de incentivos e sobre a generalidade das decisões correntes, procedendo-se também a uma maior descentralização financeira a nível institucional, normalmente assente na contratualização e em maiores riscos financeiros assumidos pelas instituições prestadoras. Esta estratégia é tipicamente acompanhada por um incremento paralelo nos mecanismos de regulação.

#### A NECESSIDADE DA REGULAÇÃO EM SAÚDE

A emergência de novas formas de *empreendedorismo social*<sup>8</sup>, ou seja, de mobilização do espírito empresarial para finalidades públicas no campo da saúde, antes dominado por princípios burocráticos, é, em grande medida, o que caracteriza o espírito da reforma da saúde, influenciada pelo NPM. A aplicação de princípios empresariais, mas com uma missão social, às organizações públicas do sector da saúde é um poderoso instrumento de mudança. Os efeitos positivos desta aplicação têm de ser salvaguardados com regulação efectiva (Saltman e Busse, 2002) que discipline eventuais excessos de interesses privados «egoístas» e contraproducentes. O papel do Estado torna-se diferente, mas não «menor» e, definitivamente, mais exigente, complexo e sofisticado, dadas as alterações sistémicas inerentes às características da reforma.

Neste contexto, uma tendência observável é, pois, a retirada do Estado do envolvimento directo em termos da prestação de cuidados, da sua gestão e

---

<sup>7</sup> Sendo a estratégia de *privatização* o caso limite, raramente prosseguida nas reformas dos sistemas de saúde, em que a propriedade dos hospitais permanece, tipicamente, no sector público.

<sup>8</sup> Tradução livre de *social entrepreneurship* (Busse, Van der Grinten e Svensson, 2002).

do seu planeamento micro, mas, simultaneamente, um reforço do seu papel ao nível da regulação global do sistema, monitorizando (e corrigindo) o desempenho das várias instituições, no sentido de garantir que este atinge o definido como socialmente desejável.

O incremento das exigências de regulação é indissociável das reformas na saúde, só não se verificando em sistemas que permanecessem totalmente integrados e centralizados ou em cenários em que a privatização fosse total e os objectivos éticos e sociais relacionados com o sistema de saúde fossem abandonados. Em todas as situações intermédias, em que se reformam instituições prestadoras ao nível organizacional e se introduz o princípio da separação entre financiador e prestador e algum tipo de *mercado planeado*, aumenta a competição interna no sistema de saúde, aumenta a diversidade de actores, aumenta a complexidade da inter-relação entre eles e cresce a necessidade de assegurar objectivos globais de carácter normativo inerentes ao próprio Estado de bem-estar — materializado também no carácter público dos sistemas de saúde.

O objectivo primordial do desenvolvimento de estratégias e mecanismos de regulação terá, portanto, de ser o de compatibilizar a (desejável) introdução de inovações e empreendedorismo no funcionamento dos sistemas de saúde com a responsabilidade social que cabe ao Estado de garantir melhores resultados em saúde, num contexto de maior efectividade e equidade (Saltman, Busse e Mossialos, 2002).

## REGULAÇÃO EM SAÚDE: DO QUE FALAMOS?

Na economia pública, a regulação de um sector ou actividade económica é tradicionalmente justificada com base na existência de fracassos de mercado que exigem a intervenção correctiva do Estado, de modo a repor (ou, pelo menos, a melhorar) a eficiência técnica e social no seu funcionamento e, deste modo, aumentar o bem-estar social com a sua intervenção reguladora. Esta visão vem na linha das teorias de regulação assentes no interesse público<sup>9</sup>.

No caso específico da saúde, esta visão da regulação é demasiado limitada, por várias razões (Chinitz, 2002, p. 57). Primeiramente, porque assume a existência prévia de mercados privados a regular, quando frequentemente, na área da saúde, temos antes um quase-monopólio público cujos «fracassos» se procuram corrigir com a introdução de mecanismos de mercado de forma regulada<sup>10</sup>. A regulação de actividades públicas e de carácter não

---

<sup>9</sup> V. «Racionalidades para a regulação» neste artigo.

<sup>10</sup> Saltman e Von Otter (1992) e Preker e Harding (2000) referem diversos tipos de *fracassos do governo* na administração pública tradicional da saúde. Para maior detalhe, v. Ferreira (2003a), pp. 2 e 3.

lucrativo é, pois, crucial, embora as teorias da regulação económica tipicamente não se ocupem desta problemática. Há ainda que considerar que a regulação tem tanto de político como de económico, podendo o Estado decidir intervir em áreas particulares por razões ético-normativas, nomeadamente motivado pela equidade, e não por detectar fracassos de mercado.

A visão clássica da economia da regulação é insuficiente para explicar a importância da regulação em saúde<sup>11</sup>.

No «mercado» da saúde, e concretamente na actividade de prestação de cuidados de saúde, existe uma série de especificidades — amplamente debatidas pela literatura da economia da saúde — que é útil ter presente no enquadramento da regulação no sector.

Relativamente à eficiência, variadas características tornam este mercado tendencialmente ineficiente e naturalmente não competitivo. A existência de fortíssimas assimetrias na informação a diversos níveis<sup>12</sup> gera uma multiplicidade de relações de agência em que os objectivos do agente não coincidem exactamente com os do principal e em que os problemas de monitorização e de concepção de sistemas de incentivos adequados se avolumam. As questões relacionadas com a selecção pelo risco (selecção adversa) e o risco moral (sobreconsumo e comportamentos oportunistas, dada a sua difícil observação) são outras consequências das assimetrias de informação. Estes problemas são agravados pelo contexto de incerteza em que decorre esta actividade, pela multidimensionalidade do «produto» final e por dificuldades na mensurabilidade do produto (*output*) e dos resultados (*outcomes*). Tudo isto torna a avaliação da qualidade uma tarefa árdua, bem como a monitorização do desempenho a este nível.

Do ponto de vista produtivo, a existência de economias de escala e de gama pode favorecer a existência de monopólios naturais na oferta (pelo menos a nível regional e/ou local) e a concentração de serviços, o que traz problemas sérios de reduzida contestabilidade nestes mercados. Esta oferta, normalmente organizada de modo descontínuo (por exemplo, na separação institucional entre cuidados primários, secundários e terciários) e dominada pelos grupos de profissionais (prestadores), tipicamente interage com um financiador-comprador monopsonista, tendendo a gerar uma estrutura de mercado de monopólio bilateral.

---

<sup>11</sup> A regulação em saúde é, por excelência, uma área multidisciplinar, recorrendo, sem dúvida, aos contributos da economia, mas também da ciência política, da gestão e administração públicas e do direito.

<sup>12</sup> Nomeadamente, na relação prestador-doente (que pode favorecer a indução da procura pela oferta), na relação prestador-gestor e entre gestores (das instituições prestadoras) e políticos (macrodecisores).

Os problemas que se colocam à concepção e implementação de contratos e ao desenvolvimento de competição entre prestadores tornam, assim, esse exercício muito exigente e específico do sector da saúde.

As características dos bens envolvidos (por vezes *públicos*, ou pelo menos com fortes externalidades associadas) e do *mercado* em que são transaccionados também não asseguram a existência de resultados equitativos. No entanto, a área da saúde é uma das componentes por excelência do Estado de bem-estar (*welfare state*) dos países ocidentais (particularmente os europeus), sendo a dimensão ética fulcral neste domínio. Os bens «transaccionados» neste sector são considerados bens de mérito, cujo consumo se entende, por isso, dever ser acessível à população e mesmo encorajado pelo Estado. Este factor explica grandemente a detenção pelas instituições públicas de parte considerável dos meios de produção do sector e a desejabilidade de políticas activas de promoção da equidade no acesso e na saúde.

Complexos aspectos relacionados com a eficiência, bem como uma forte componente normativa relativa à equidade, colocam, pois, importantes desafios à regulação deste mercado, dado todo o enquadramento que favorece quer a existência de *fracassos de mercado*, quer de *fracassos de governo*. Os problemas relacionados com a informação são particularmente limitativos da eficácia da própria regulação para garantir menores ineficiências e mais equidade nos quase-mercados de saúde. A literatura sobre regulação económica (Stigler, 1971; Baron, 1995) e a teoria da escolha pública, em geral, alertam também para a possibilidade de se dar a *captura do regulador*, ou seja, 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 e menor equidade.

#### CONCEITOS: O QUE SIGNIFICA REGULAÇÃO?

Baldwin e Cave (1999, p. 2) consideram a noção de regulação apresentada por Selznick<sup>13</sup> como sendo «o controlo, objectivo e sustentado, exercido por uma agência pública sobre actividades que são valorizadas socialmente».

A regulação pode ser entendida como «uma influência deliberada do Estado», incluindo toda e qualquer acção concebida para influenciar o comportamento da indústria ou da sociedade (abrangendo não apenas a regulamentação, mas os incentivos económicos, a contratualização, a divulgação de informação,

---

<sup>13</sup> Baldwin e Cave (1999) citam Selznick, P., «Focusing organisational research on regulation», in Noll, R. (ed.), *Regulatory Policy and the Social Sciences*, Berkeley, UCLA, 1985.

entre outros aspectos). No sentido mais usado na literatura dedicada ao tema, a regulação tanto pode ser entendida enquanto facilitadora e positivamente incentivadora de comportamentos como enquanto restritiva e preventiva face a actividades ou ocorrências consideradas indesejadas pelo Estado.

Saltman e Busse (2002) revêem variados conceitos de regulação, apresentando um modelo em que esta é, à luz da teoria económica, basicamente entendida como a actuação condicionante do Estado relativamente a actividades do mercado. Mas outra versão da regulação considerada aponta para o tipo de valores normativos e bens sociais influenciados por determinadas actividades económicas, estando as questões éticas em primeiro plano, o que aproxima esta visão da noção de Selznick referida e do paradigma de *stewardship*<sup>14</sup>.

Hafez (1997, p. 1) define a regulação de cuidados de saúde como «qualquer acção social que exerça uma influência, directa ou indirecta, no comportamento ou funcionamento dos profissionais e/ou organizações de saúde». Os sistemas reguladores são entendidos como protegendo o público dos fracassos do «mercado» da saúde, incrementando a eficiência ou corrigindo um enfoque excessivo numa dimensão particular (como os custos). Pode desenvolver-se um enfoque económico da regulação para, nomeadamente, fazer face a monopólios na oferta, combater a escassez de certos serviços (como os cuidados primários) ou minorar o risco moral nos seguros de saúde, que pode coexistir com um enfoque social, em que a regulação vise melhorar a equidade no acesso (atendendo à distribuição geográfica dos serviços e à selecção adversa) ou proteger os utentes, controlando activamente a qualidade dos cuidados de saúde.

A Organização Mundial de Saúde encara a regulação como responsabilidade dos ministérios da saúde, enquanto «conjunto de regras governamentais que enquadram o comportamento dos actores do sistema de saúde, bem como as formas de assegurar que elas são respeitadas» (WHO, 2000, p. 124).

As noções de *regulação* e *stewardship* são muito próximas. *Stewardship* aponta para a governação ética dos sistemas de saúde (Saltman e Feroussier-Davis, 2000), para a reconfiguração do papel do Estado no sistema de saúde, através do repensar das instituições nele envolvidas no que respeita à sua eficiência, à avaliação dos resultados do seu funcionamento e aos princípios normativos que devem orientar a acção dos diversos envolvidos. Este paradigma fundamenta a acção reguladora do Estado no campo da saúde com base numa reinvenção do «contrato social», em que o Estado se coloca

---

<sup>14</sup> Termo traduzível por «provedoria» ou «intendência», mas sem uma correspondência directa de significado na língua portuguesa no contexto específico em que é utilizado, pelo que preferimos considerá-lo na língua original.

claramente ao lado do cidadão, assumindo a dimensão moral das suas experiências reformistas.

#### RACIONALIDADES PARA A REGULAÇÃO

A literatura dedicada ao tema considera três tipos de racionalidades na explicação do desenvolvimento de regulação.

Baldwin e Cave (1999)<sup>15</sup> referem a teoria do interesse público, em que a regulação é encarada como um imperativo para um Estado que actua no melhor interesse da comunidade, visando garantir objectivos normativos socialmente desejáveis, que englobam a correcção dos fracassos do mercado. Esta concepção acarreta problemas como sejam o de definir exactamente o que é o «interesse público», ou uma visão optimista da actuação altruísta dos funcionários do Estado, bem como a sua abstracção das questões do poder e influência, tão caras aos teóricos da ciência política e escolha pública. Ela poderá, no entanto, ser útil para explicar o nascimento e as fases iniciais do estabelecimento de regimes reguladores.

O segundo grupo de teorias assenta na lógica dos grupos de interesses, concebendo a regulação como um produto da interacção destes, quer entre si, quer face aos poderes públicos. A regulação é encarada como o resultado do poder de influência daqueles grupos (tanto numa perspectiva pluralista como em versões mais corporativas) sobre as acções desenvolvidas publicamente. Esta visão, típica da ciência política, encara os ciclos de regulação como resultando deste confronto de interesses estruturados, a partir do qual se atingem equilíbrios temporários na actividade política.

Por fim, uma terceira racionalidade para a regulação decorre do postulado microeconómico de que os agentes são egoístas e sensíveis apenas ao seu bem-estar individual. A regulação seria, assim, o resultado da interacção de interesses privados, o que se tornou conhecido como a «teoria da captura», postulando que os reguladores são dominados pelas preferências das indústrias que regulam, satisfazendo-as na procura de maximizarem benefícios políticos (votos, promoções ou acumulação de poder)<sup>16</sup>. Nesta óptica, na linha das teorias críticas da regulação económica (Stigler, 1971; Posner, 1974), o papel da regulação é socialmente perverso e afecta negativamente resultados que seriam superiores na ausência da intervenção pública.

Na aplicação específica ao sector da saúde, as racionalidades para a regulação basear-se-ão, fundamentalmente, quer na teoria do interesse públi-

---

<sup>15</sup> Também referidos em Saltman (2002) e Saltman e Busse (2002).

<sup>16</sup> Temas desenvolvidos pelos teóricos da escolha pública, da «procura de rendas» (*rent-seeking*) ou dos grupos de pressão (*lobbies*) na moderna economia pública.

co — com a tónica na necessidade de o Estado disciplinar comportamentos empresariais que são estimulados num contexto de reforma, de modo a garantir objectivos éticos e económicos socialmente desejáveis —, quer na teoria dos grupos de interesses, pelo seu enfoque em aspectos institucionais inerentes ao processo político (Saltman e Busse, 2002). Nesta linha, Chinitz (2002) avança a possibilidade de explicarmos a regulação a partir da teoria dos custos de transacção de Williamson (1979) como uma forma de garantir a minimização destes custos e a máxima transparência (*accountability*) nas relações entre os actores do sistema de saúde. Neste caso, a regulação surge como um instrumento de melhoria do funcionamento das instituições do sistema, minimizando o risco de oportunismo (risco moral) dos agentes e as dificuldades inerentes à sua racionalidade limitada (*bounded rationality*) e minorando a incerteza inerente às transacções.

#### ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

Em termos estratégicos, a(s) entidade(s) reguladora(s) não dispõe(m) da mesma informação que as entidades reguladas sobre as condições que estas enfrentam. Trata-se de regulação num contexto de assimetria de informação e de relação de agência (Vickers e Yarrow, 1989), em que o regulador (principal) procura monitorizar as acções do regulado (agente) e conceber os incentivos adequados de modo que os regulados contribuam para a prossecução de objectivos sociais e económicos definidos pelo regulador.

Neste cenário, a estruturação de estratégias de regulação em saúde pode seguir diversas possibilidades, passíveis de serem combinadas, mas com lógicas internas e consequências distintas. O aspecto crucial para o desenvolvimento destas estratégias de *regulação disciplinadora* (*«steer-and-channel» regulation*) resulta da separação efectiva entre entidades reguladoras e entidades reguladas e da existência de formas de negociação entre elas.

Saltman e Busse (2002, p. 21) consideram várias estratégias de regulação em saúde. Podemos destacar as de descentralização, auto-regulação supervisionada (*enforced self-regulation*), acreditação e criação de agências reguladoras independentes.

Quanto à estratégia de descentralização, os autores consideram quatro possibilidades de redistribuir a autoridade e organizar a decisão. A descentralização horizontal, que passa por conceder o poder regulador da autoridade central (Ministério da Saúde) a entidades com forte autonomia (do tipo instituto autónomo). A descentralização vertical, que consiste basicamente em conceder os poderes regulatórios a autoridades regionais ou locais (que poderão organizá-los como entenderem). A delegação, em que o poder é atribuído a agentes exteriores à esfera do governo, sejam financiadores ou prestadores de cuidados (e que se traduz, basicamente, em favorecer a sua

auto-regulação). Por fim, uma quarta estratégia possível de descentralização, extrema, a de privatização, em que o poder de decidir e exercer autoridade sobre os regulados é transferido para o sector privado (e raramente é prosseguida nos sistemas de saúde reais).

A estratégia de auto-regulação sujeita a supervisão radica na delegação de funções reguladoras públicas em corpos autónomos, normalmente no âmbito de uma actividade profissional ou técnica específica, mas que fica sujeita à possibilidade de o Estado intervir em última instância para garantir o cumprimento de objectivos normativos.

Relativamente à estratégia de acreditação, esta tem a ver com a regulação da qualidade, baseando-se essencialmente na criação de padrões e critérios desejáveis a respeitar pelas entidades reguladas, sujeitas a avaliação externa.

Finalmente, a estratégia de conceder os poderes públicos de regulação a entidades independentes do governo, bastante comum na regulação das *utilities* (indústrias com características de monopólio natural, privatizadas), é muito rara na área da saúde, tendendo a ser preferida alguma forma de descentralização mais moderada e sofisticada na organização dos poderes reguladores de um modo sistémico.

A materialização destas estratégias de regulação pode seguir diferentes lógicas na relação entre entidade reguladora e regulada. A literatura sobre a regulação considera basicamente duas: uma, em que o regulador procura a «concordância» entre si e o regulado (*compliance*), e outra, em que o regulador procede ao «desencorajamento» de acções do regulado, podendo mesmo sancioná-lo (*deterrence*).

Enquanto a estratégia de *compliance* se baseia na cooperação e negociação entre regulador e regulado, no desenvolvimento de incentivos que sirvam de orientação para as entidades reguladas, e o regulador é encarado como um «consultor» que apoia os regulados na sua procura da «melhor prática», no caso da estratégia de *deterrence* há uma actuação mais rígida, formal e mesmo autoritária do regulador face aos regulados, encarados como incorrendo frequentemente no incumprimento das regras e critérios estabelecidos pelo regulador *a priori*<sup>17</sup>.

Na prática, não faz sentido considerar estas estratégias como antagónicas, mas antes conceptualizá-las como possíveis fases do processo regulador, em que se parte de um modelo de *compliance* e progressivamente se pode evoluir para um modelo de *deterrence* na relação estratégica entre regulador e regulado. Teremos assim uma hierarquia ou uma pirâmide de estratégias que garantem o cumprimento dos objectivos do regulador (*enforcement*), em que o intervencionismo das acções deste face aos regulados vai crescendo

---

<sup>17</sup> Walshe (2002) aprofunda estes aspectos e caracteriza a sua materialização institucional na regulação do sistema de saúde britânico.

(Baldwin e Cave, 1999; Walshe, 2002). Na base encontram-se estratégias de persuasão, assentes na forte autonomia das entidades reguladas, incentivos a boas práticas, reconhecimento público de desempenho positivo e menor formalismo, maior cooperação e confiança mútua; gradualmente, perante o surgir de resultados insatisfatórios dos regulados ou a sua não garantia de cumprimento dos objectivos económicos e sociais que cabe ao regulador garantir, podem desenvolver-se processos de apoio correctivo, depois, inspectivos, avisos escritos ou relatórios sobre esses incumprimentos, com exigência de correcções dos desvios e, no limite, penalizações financeiras, retirada de licença de funcionamento (se se tratar de uma entidade privada) ou substituição da administração da entidade regulada (no caso de, por exemplo, esta ser um hospital empresarializado), com a possível instauração extrema de processos-crime.

#### DIMENSÕES DA REGULAÇÃO EM SAÚDE: REGULAR O QUÊ?

Consideremos as dimensões a regular na actividade de organizações prestadoras de cuidados de saúde do tipo hospital<sup>18</sup>. Saltman e Busse (2002) distinguem duas macrodimensões da regulação em saúde. A primeira está relacionada com aspectos normativos e finalidades da política de saúde e, portanto, com os objectivos económicos e sociais a promover na actividade dos agentes do sector (a equidade no acesso e na saúde, a eficiência económica, a promoção da escolha individual ou a segurança em termos de saúde pública). Numa segunda dimensão, mais operacional, as entidades reguladoras debruçam-se sobre aspectos particulares da actividade prática dos regulados, enquadrados pelo devido quadro normativo. Há, assim, um enfoque em questões ligadas à gestão realizada pelos prestadores e que vale a pena aprofundar: a capacidade instalada, os preços praticados e volumes produzidos, a qualidade, os níveis de desempenho, a informação ou a regulação do acesso dos utentes e da salvaguarda dos seus direitos.

A regulação da capacidade instalada é comum no sector hospitalar e a maioria dos países adopta algum tipo de mecanismo que limita a criação de capacidade (com a entrada de novos prestadores institucionais) ou a expansão da capacidade existente (Propper, 1993; Chinitz, 2002). Tal justifica-se pela necessidade de evitar uma subutilização de recursos disponíveis, a indução da procura pela oferta ou o crescimento descontrolado de um sector em que a contenção dos custos é problemática.

---

<sup>18</sup> Áreas como a regulação dos cuidados primários, da tecnologia de saúde, seguros ou fundos de saúde, ou outros «terceiros pagadores», ou a regulação do medicamento (ou produtos farmacêuticos em geral) ou dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, pela sua vastidão e complexidade, mereceriam um tratamento específico, fora do âmbito deste artigo.

A regulação desta dimensão é normalmente implementada a partir da criação de entidades públicas (centrais, regionais ou locais) com o poder de licenciarem, ou não, investimentos em novas infra-estruturas, o volume de investimento limite autorizável, e o tipo de organizações a que tal se aplica, a partir de critérios de «necessidade» estabelecidos *a priori*. Esta regulação assenta nalgum tipo de certificado de necessidade<sup>19</sup>, a emitir a partir da possível existência de uma carta de instalações e equipamentos de saúde a cargo da entidade reguladora, e num quadro sancionatório para investimentos não autorizados, o que é tanto mais facilitado quanto maior for o grau de coordenação central do sistema de saúde. Há, pois, uma abordagem reguladora *ex ante*, que regula novas entradas no sector e a capacidade futura do sector hospitalar, e uma abordagem *ex post*, em que a capacidade existente é integrada num planeamento regional ou nacional de equipamentos e instalações (Busse, Van der Grinten e Svensson, 2002, p. 136).

As grandes desvantagens da regulação desta dimensão prendem-se com a protecção que é conferida às entidades já operantes no «mercado», em desfavor dos potenciais novos operantes, e com o que isso pode significar em termos de menores oportunidades para inovação e maior eficiência técnica. A regulação pró-competitiva pode, pelo contrário, passar pelos estímulos a novas entradas no mercado, tornando-o mais competitivo, mais dinâmico e mais aberto, havendo que pesar estes aspectos na regulação da capacidade e da entrada de novas organizações.

A regulação do preço dos serviços hospitalares é uma área complexa, pois a produção hospitalar é uma produção multiproduto, e portanto multipreço, em que muitas vezes, dependendo dos mecanismos de financiamento da actividade, estes preços nem sempre são explicitados ou reflectem níveis de eficiência. O objectivo de regular esta dimensão passa por controlar o crescimento das despesas com a saúde e, em contextos em que o peso do sector hospitalar privado é maior, contribuir para a protecção dos consumidores face a eventuais abusos de poder de monopólio por parte dos prestadores.

Na prática, a regulação dos preços tende a assumir a forma de concepção de uma tabela de preços dos serviços hospitalares a cargo da entidade reguladora, que pode incluir o estabelecimento de preços por categorias de serviços (ou sistemas de classificação de doentes).

Um dos problemas que podem surgir com a regulação dos preços é a possibilidade de a organização regulada, no contexto de assimetrias de informação em que opera, manipular os produtos, reduzindo-lhes a qualidade, de modo a economizar nos custos, ou aumentar a quantidade produzida para não perder receita. A regulação dos preços é por isso insuficiente, tendo de

ser complementada com alguma regulação do volume de serviços (Chinitz, 2002). No caso de haver uma restrição orçamental forte, fica aberta a porta para a verificação pelo menos da primeira desvantagem (Propper, 1993). A manipulação de diagnósticos no sentido de maximizar a receita é outro possível problema a antecipar, sendo que os custos de transacção envolvidos na recolha de informação fiável pelo regulador tendem a ser volumosos. Em métodos de financiamento por orçamentos globais, em que os «preços» sejam estabelecidos com base em capitação, as organizações hospitalares poderão ter, por outro lado, incentivos para a prática da selecção adversa, segmentando a população de utentes pelo risco. Neste caso, a regulação dos preços deve evoluir para processos de ajustamento pelo risco, minimizando estas consequências negativas da assimetria de informação, embora os problemas de monitorização e concepção operacional dos mecanismos adequados sejam também complexos.

A regulação de preços tem, pois, de ser combinada com outros mecanismos reguladores (nomeadamente de volume e/ou de qualidade) para produzir os resultados desejados, fazendo mais sentido falar-se em regulação da eficiência técnica.

Quanto à regulação da qualidade, esta é uma área que tem recebido uma atenção crescente, com o objectivo de garantir e promover a qualidade na estrutura, processos e resultados em saúde da actividade das entidades prestadoras. Há variados actores que se dedicam a estes aspectos, desde os grupos envolvidos em formas de auto-regulação, como entidades governamentais propriamente ditas, ou entidades acreditadoras, havendo, inclusive, alguma sobreposição de funções a vários níveis (Propper, 1993).

A estratégia de acreditação — uma das que têm suscitado maior preferência no domínio da regulação da qualidade — consiste basicamente na avaliação, por uma entidade externa, do cumprimento, pela organização, de um conjunto de normas e critérios escritos que avaliam a organização e os procedimentos utilizados com o objectivo de gerar um desempenho de qualidade (Scrivens, 2002). É um processo voluntário de hetero e auto-regulação, tipicamente não pública<sup>20</sup>, que envolve um processo de aprendizagem por parte da entidade prestadora, até ao atingir de níveis de excelência. O enfoque inicial da acreditação era algo estático, assente em questões estruturais e organizacionais, embora recentemente haja algumas evoluções para aspectos dinâmicos relacionados com o desempenho das organizações e uma tónica maior nos resultados alcançados.

A acreditação a cargo de entidades governamentais, de acordo com Scrivens (2002), é um desenvolvimento recente na tentativa de o Estado

---

<sup>20</sup> As entidades acreditadoras são normalmente privadas, com carácter não lucrativo.

regular a qualidade de forma mais intervencionista, constituindo como que uma evolução do licenciamento, pois é normalmente obrigatória e resultante de uma imposição externa à organização.

Outro modo de regular a qualidade das organizações prestadoras de cuidados hospitalares, porventura mais custo-efectivo, passa por as entidades reguladoras públicas criarem um conjunto de critérios ou metas específicos, nomeadamente relacionados com a qualidade clínica, o serviço aos utentes ou os direitos destes, que terá de ser verificado por parte dos hospitais. Na dimensão da qualidade, a regulação coloca a tónica cada vez mais nos critérios em termos de resultados, o que é compatível com a maior autonomia de gestão concedida aos prestadores para se organizarem internamente como desejarem, desde que verificando as tais metas de qualidade estipuladas pelo regulador. Neste domínio da avaliação da qualidade proliferam várias actividades co-relacionadas, como sejam a avaliação da tecnologia ou a *medicina baseada na evidência*, a par com programas de desenvolvimento contínuo da qualidade (Saltman, Figueras e Sakellarides, 1998)<sup>21</sup>.

No que respeita à dimensão «desempenho», ela está intimamente ligada à qualidade, embora na regulação da primeira sejam considerados aspectos, como os financeiros, que normalmente não são incluídos na regulação da qualidade *tout court*.

A regulação do desempenho passa tipicamente pela avaliação das entidades prestadoras com base em relatórios de entidades externas (Scrivens, 2002; Shaw, 2001) ou na publicação de um conjunto abrangente de informação categorizada num conjunto de indicadores (modelizados) sobre o desempenho daquelas, a cargo de uma entidade reguladora (Chinitz, 2002). Nesta linha, se se optar por desenvolver um modelo de avaliação do desempenho, há duas filosofias de avaliação distintas que este pode seguir: assentar basicamente em indicadores de *resultados* (a abordagem típica norte-americana<sup>22</sup>), ou basear-se em indicadores de *estrutura* e *processo* (como sucede nomeadamente nos modelos australiano e do Reino Unido<sup>23</sup>), mais detalha-

---

<sup>21</sup> Em vários países têm surgido entidades reguladoras públicas especificamente dedicadas ao acompanhamento desta dimensão. No caso do Reino Unido, o National Institute for Clinical Excellence, com a responsabilidade de definir critérios de qualidade clínica a verificar nos hospitais, bem como normas de orientação clínica e estudos sobre o custo-efectividade dos tratamentos, e a Commission for Health Improvement, com a tarefa de avaliar todos os hospitais ingleses e gauleses a partir de um quadro de indicadores preestabelecido, são exemplos a referir (Shaw, 2001).

<sup>22</sup> Por exemplo, o modelo dos *100 Top Hospitals* (HCIA Sachs, 2000) segue genericamente esta filosofia.

<sup>23</sup> O modelo de avaliação do desempenho dos hospitais do serviço nacional de saúde britânico (caracterizado no *site* [www.doh.gov.uk/performance/ratings/2002/national.html](http://www.doh.gov.uk/performance/ratings/2002/national.html)) e o proposto pelo Australian Council on Healthcare Standards (disponível a partir de [www.achs.org.au](http://www.achs.org.au)) seguem esta lógica.

dos. O ajustamento da informação divulgada, tendo em conta as características específicas da complexidade e diversidade de serviços que cada hospital presta, é crucial (embora bastante complexo), bem como a combinação desta publicitação com a consagração de alguma liberdade de escolha dos utentes.

No que concerne ao desempenho económico-financeiro, o regulador, perante entidades com autonomia organizacional acrescida, tem de definir com exactidão as restrições e obrigações financeiras que a estas cabe respeitar. Aspectos como a possibilidade de incorrer ou não em défice, de transferir eventuais excedentes orçamentais para o ano seguinte, de recorrer a empréstimos bancários (e com que limites) ou a venda de património, envolvimento em actividades fora do núcleo central da prestação de cuidados de saúde, integração vertical (com cuidados primários ou terciários), ou acordos horizontais com outros hospitais (incluindo possíveis *take-overs*), são aspectos a definir pelo Estado e a regular ao nível do desempenho (Busse, Van der Grinten e Svensson, 2002, p. 140).

Relativamente à dimensão «informação», o impacto desta, em termos da melhoria da eficiência e equidade no sistema, é tal que legitima um forte argumento para a regulação da quantidade e qualidade da informação disponível (Propper, 1993). O regulador deverá estabelecer que informação deve ser produzida pelas entidades prestadoras e como — nomeadamente relativa a custos, quantidade de serviços prestados, qualidade, estado de saúde das populações e resultados das intervenções terapêuticas — recolhê-la, trabalhá-la e disseminá-la de acordo com objectivos precisos (por exemplo, no âmbito da avaliação do desempenho). A qualidade da informação disponível é fulcral para a viabilidade de todo o exercício de regulação em saúde.

Finalmente, a regulação do acesso dos utentes está relacionada não só com uma dimensão mais operacional de gestão dos prestadores, mas também com aspectos normativos ligados à equidade e às *obrigações de serviço público*.

Definidos de forma inequívoca e atentamente acompanhados nesta dimensão têm de ser aspectos como a universalidade, continuidade e regularidade dos serviços, isto é, a obrigação (ou não) de os hospitais atenderem qualquer utente (de qualquer área), disporem, ou não, de serviço de urgência e/ou em que horário, e a garantia de que estarão disponíveis médicos em qualquer altura (Busse, Van der Grinten e Svensson, 2002, p. 137). A regulação pró-escolha dos utentes (que passa pela própria concepção de mecanismos de financiamento dependentes da «procura» das instituições) tem, igualmente, ganho importância crescente no contexto das reformas do sistema de saúde, impulsionando a competição entre prestadores e alargando o campo dos direitos efectivos dos utentes. O incremento da possibilidade de escolha (de instituição prestadora) dos utentes tende a ser encarado como um meio para favorecer a sua satisfação, nomeadamente pela redução de

tempos de espera que pode potenciar. Outra das formas de regular esta dimensão passa pela criação de entidades especificamente dedicadas à provedoria do utente.

#### MECANISMOS REGULADORES: REGULAR COMO?

Existem fundamentalmente dois grandes tipos de mecanismos reguladores. Um, relacionado com restrições legais e formas de controlo a partir da criação de regras formais, e o outro, respeitante à concepção e implementação de sistemas de incentivos, económicos e não económicos, positivos ou negativos.

Relativamente ao primeiro tipo, Kumaranayake (1998) refere as restrições legais como um conjunto de requisitos com os quais a actividade dos regulados tem de estar de acordo, sob pena de se sujeitarem a sanções definidas. Para além de regras legais formais, no âmbito do sistema legislativo e judicial, este mecanismo pode incluir códigos de conduta, linhas orientadoras da acção (*guidelines*) ou recomendações. A sua eficácia está condicionada pela existência dos mecanismos de monitorização e sancionamento no caso de se verificarem incumprimentos por parte dos regulados, pelo que exigem um grande aparato regulador e consideráveis volumes de informação<sup>24</sup>.

Quanto aos sistemas de incentivos — definíveis<sup>25</sup> como recompensas (explícitas ou implícitas) pelo desempenho de certa acção, podendo abranger muito mais do que variáveis financeiras e ser aplicáveis a indivíduos, grupos ou organizações, quer por entidades externas, quer pelo próprio grupo —, a autora referida antes considera-os num duplo sentido. Por um lado, como consequências monetárias ou não monetárias pela alteração de comportamentos dos regulados com impacto numa variável objectivo (do tipo custos ou qualidade). Por outro, como conjuntos de regras mais elaboradas, baseadas na teoria económica dos incentivos, em que se define um quadro de normas que relacionam diversos *outputs* desejados (produção, custo, qualidade) com consequências variadas, num contexto de contratualização (ou algo semelhante). As exigências informacionais, neste caso, são imensas, mas a relação «resultado-consequência» é relativamente fácil de implementar, dado o automatismo com que é definida no sistema de incentivos e a indução de comportamentos organizacionais que deles é esperada.

Os sistemas de incentivos, se concebidos de modo inteligente, podem envolver menores custos de transacção do que os mecanismos de restrições e normas legais, pelo seu carácter «mecânico» e pela menor possibilidade de facilitarem a captura do regulador (Baldwin e Cave, 1999).

---

<sup>24</sup> Gerando elevados custos de transacção, na terminologia original de Williamson (1979).

<sup>25</sup> Segundo Saltman (2002), p. 1679.

Os mecanismos reguladores em saúde abrangem um vasto conjunto de possibilidades a desenvolver pelo regulador, desde a definição de enquadramentos legais para preços praticáveis, autorizações formais para investimentos, fórmulas de financiamento e política de licenciamentos e acreditação até aos mecanismos de pagamento dos prestadores, estabelecimento de contratos-programa, penalizações e/ou recompensas financeiras ou outros incentivos em termos de financiamento como meios de favorecer certas acções dos regulados (Saltman, Figueras e Sakellarides, 1998).

Concretamente, os que respeitam ao financiamento de hospitais apresentam uma grande importância neste contexto. O objectivo de se conceberem fórmulas de financiamento e pagamento a hospitais que garantam, simultaneamente, eficiência ao nível micro, qualidade técnica e satisfação de profissionais é de difícil alcance e os sistemas mistos (combinando fórmulas de financiamento/pagamento distintas) são apontados como superiores na literatura da economia da saúde<sup>26</sup>.

A utilização de contratos na relação entre a entidade reguladora e financiadora e as entidades reguladas, autónomas, é outro instrumento passível de favorecer a eficiência. De acordo com Saltman, Figueras e Sakellarides (1998, p. 9), trata-se de um mecanismo de coordenação alternativo aos modelos de sistema de saúde integrado e hierarquizado, que assentando na separação entre financiador e prestador, favorecem uma alocação de recursos com base em critérios «pró-mercado», com a explicitação de compromissos e motivações económicas para os alcançar. Flynn e Williams (1997) distinguem, a este propósito, a contratualização «suave» (*soft contracts*) da mais prescritiva (*hard contracts*), assentando a primeira em formas de cooperação e declarações de intenções (no quadro de estratégias reguladoras de *compliance*) e a segunda em objectivos bem estabelecidos e num quadro rigoroso de acompanhamento e sanção pelo regulador (estratégias de *deterrence*).

Procurando sintetizar os mecanismos reguladores do comportamento empresarial dos hospitais quanto à relação entre regulação e empreendedorismo social, Saltman e Busse (2002) agrupam-nos do seguinte modo<sup>27</sup>:

- A regulação que estimula comportamentos empreendedores inclui mecanismos do tipo:
  - Substituir orçamentos hospitalares baseados nos custos por orçamentos globais ajustados pelo *case-mix* ou por pagamentos contratualizados assentes no desempenho;

---

<sup>26</sup> Por exemplo, Rice (1997).

<sup>27</sup> Adaptado e resumido a partir de Saltman e Busse (2002), quadro n.º 1.7, p. 30. Alguns destes mecanismos poderão ser contraditórios entre si, por responderem a estratégias de regulação ou a objectivos económico-sociais distintos.

- Permitir a retenção de excedentes orçamentais pelas instituições hospitalares;
  - Facilitar o acesso a capital para investimento em infra-estruturas;
  - Permitir a livre escolha do hospital pelos utentes (com ou sem referênciação do médico dos cuidados primários);
  - Deixar o «dinheiro seguir o doente», na sua escolha do hospital, em termos de mecanismo de financiamento;
  - Permitir a integração vertical de prestadores e acordos horizontais entre instituições;
- A regulação que estimula uma competição sustentável a longo prazo abrange vários mecanismos de regulação de hospitais:
    - Restringir a possibilidade de selecção adversa dos utentes pela concepção de mecanismos de ajustamento pelo risco no financiamento negociado com os hospitais;
    - Restringir acordos de integração horizontal e vertical de hospitais (legislação *anti-trust*, pró-competição);
    - Proceder à acreditação obrigatória dos hospitais por entidades governamentais;
    - Supervisão directa por entidades governamentais, ou por reguladores autónomos, do cumprimento dos contratos e da situação financeira;
- Quanto à regulação que promove objectivos económicos e sociais desejáveis (acesso, coesão social, saúde pública, qualidade ou financiamento sustentável), inclui mecanismos do tipo:
    - Definir horários de funcionamento obrigatório de certos serviços, bem como requisitos para pessoal e relação quantitativa entre efectivos de profissionais;
    - Estipular que os pagamentos devem cobrir os custos das instituições;
    - Consagrar o acesso universal de qualquer utente;
    - Autorizar novos hospitais apenas de acordo com planeamento governamental criterioso de investimentos em infra-estruturas;
    - Proibir provisão de serviços privados em instituições públicas;
    - Estabelecer critérios para tempos de espera aceitáveis;
    - Impor contratualmente a obrigação de seguimento de processos de licenciamento, certificação ou acreditação;
    - Estipular a obrigatoriedade de avaliação da tecnologia das instituições;
    - Obrigar à utilização de protocolos e linhas orientadoras na prática clínica;

- Criar mecanismos de avaliação de desempenho de hospitais com divulgação pública de resultados;
- Exigir a referenciação por prestadores de nível inferior para acesso a hospitais;
- Eliminar a competição pelos preços, fixando tabelas uniformes de reembolso;
- Eliminar ou dificultar a possibilidade de os hospitais recorrerem a empréstimo, sem aprovação criteriosa.

#### INSTITUIÇÕES REGULADORAS E REGULADAS

A regulação pode ser levada a cabo por variadas entidades, o que afectará o estilo e as estratégias de regulação e também os seus próprios resultados (Baldwin e Cave, 1999). Em geral, os reguladores podem ser autoridades locais, o parlamento (comissões parlamentares), departamentos do governo central, directores gerais, agências reguladoras independentes, tribunais (incluindo eventuais tribunais arbitrais) ou auto-reguladores (organizações, normalmente de profissionais, que regulam os seus próprios membros).

O exercício de regulação por estas entidades diversas apresenta um conjunto diversificado de vantagens e desvantagens. Baldwin e Cave (1999, p. 72) sintetizam-nas, argumentando que os departamentos governamentais coordenam melhor a regulação face aos objectivos do próprio governo, mas têm uma actuação menos neutral; as autoridades locais têm uma grande legitimidade democrática, mas apresentam fraca coordenação; a auto-regulação baseia-se em conhecimento técnico profundo, mas é pouco transparente; os directores gerais gozam de forte especialização, mas podem exercer uma regulação discricionária; as agências independentes apresentam especificidade técnica e boa coordenação de funções, com coerência e continuidade temporal, mas podem ser pouco responsabilizáveis (com reduzida *accountability* do ponto de vista político).

As vantagens e a possível «superioridade» de a(s) entidade(s) reguladora(s) ser(em) de nível central são sublinhadas quando há uma variedade grande de entidades reguladas e se torna crucial coordenar o exercício de regulação sobre elas e promover a uniformidade nos critérios em vários pontos do território. Estas vantagens também se verificam quando o nível de conhecimento técnico (e informacional) é exigente para a regulação, quando a ligação à política (nacional) do governo é crucial ou quando grupos de interesses fortes procuram condicionar a actividade reguladora — factores, aliás, comuns no sector da saúde.

Ao nível central, a opção entre departamentos do governo ou entidades independentes coloca-se com premência. De acordo com Weil (1996), o facto de uma comissão reguladora ser independente torna os seus membros

menos permeáveis a pressões políticas, garantindo a sua maior imparcialidade, embora a verdadeira «independência» seja difícil de garantir e o problema de possível *captura do regulador* pelos regulados ganhe peso neste cenário. Por outro lado, na área da saúde os aspectos técnicos do «mercado» são muito complexos e a regulação de aspectos com impactos redistributivos é crucial. As próprias formas de avaliação de resultados, qualidade ou desempenho das instituições têm inevitavelmente uma forte componente subjectiva, cuja escolha não é neutral do ponto de vista normativo. Tudo isto desaconselha o exercício de poderes regulatórios públicos por entidades independentes, com menor legitimidade democrática do que entidades sob a tutela do governo e, portanto, menor possibilidade de responsabilização por esse exercício (Majone, 1997)<sup>28</sup>.

Portanto, em sectores como a saúde, em que, por um lado, a coordenação e uniformidade da regulação é importante e em que, por outro, a ligação à política de saúde do governo é intensa, para além da conhecida existência de fortes *lobbies* do lado dos regulados, pode tornar-se preferível a opção por entidades reguladoras centrais, do tipo departamento governamental autónomo. Este facto em nada diminui, no entanto, a importância do papel que as entidades regionais tenham igualmente a desempenhar na regulação em saúde, em termos da implementação da política regulatória e do acompanhamento das entidades reguladas.

Quanto às instituições reguladas, há que sublinhar que qualquer entidade do sector da saúde tem de gozar de alguma autonomia organizacional para o seu comportamento ser passível de ser regulado, seja ela um hospital privado com actividade negociada e contratualizada com uma agência pública de financiamento, um hospital empresarializado ou uma entidade do tipo «unidade local de saúde» com autonomia de gestão. Entidades de propriedade pública e «gestão» tradicional são dirigidas pelo Estado, e não reguladas por ele, pelo que consideramos os regulados no contexto da introdução dos *mercados planeados* já debatido. É determinante a separação efectiva entre entidades reguladoras e entidades reguladas. Num modelo clássico de sistema de saúde integrado, centralizado, em que a autoridade se exerce pela via hierárquica e em que não há lugar à negociação, não podemos falar na existência de regulação propriamente dita, pois estamos num cenário de *command-and-control*.

---

<sup>28</sup> Em Portugal foi recentemente criada uma Entidade Reguladora da Saúde (Decreto-Lei n.º 308/2003, de 10 de Dezembro), seguindo-se um modelo de regulação semelhante ao que tem sido aplicado no sector das *utilities*, apesar de a complexidade acrescida do sector da saúde apontar para a necessidade de se desenvolver um *sistema* regulador multipolar. A avaliação a prazo da adequação e eficácia desta entidade será crucial.

## CONCLUSÕES: APRENDER COM A EVIDÊNCIA EXISTENTE

As iniciativas recentes de desenvolvimento de regulação nos sistemas de saúde europeus têm procurado equilibrar esforços de reforma que compatibilizem um maior empreendedorismo no sector com a obrigação de reforçar objectivos económico-sociais de política já prevalecentes nesses sistemas (Saltman, Busse e Mossialos, 2002).

A grande preocupação no desenvolvimento de novos aparelhos reguladores deverá ser a de conceber políticas de regulação baseadas na evidência, percebendo o que «funciona», em que contextos e com que vantagens e inconvenientes. Aprender com as lições a tirar das experiências de regulação levadas a cabo noutros países, ou noutros sectores de actividade que não a saúde, é essencial.

Diferentes contributos podem, nesse sentido, ser sintetizados — nomeadamente de WHO (2000), Rico e Puig-Junoy (2002), Kumaranayake (1998) e Saltman e Busse (2002) —, havendo a sublinhar que:

- O sistema de regulação deve ser concebido atempadamente, a par e passo com a separação financiador-prestador e a concessão de maior autonomia organizacional e de gestão aos prestadores;
- A regulação é contingencial, dependendo das características dos sistemas de saúde concretos, devendo desenvolver-se de modo multidisciplinar, flexível e integrado;
- A regulação é extremamente exigente em termos de qualificação técnica e motivação dos recursos humanos, exigindo a reconversão das burocracias tradicionais da administração de saúde;
- O aparelho regulador — com a negociação, implementação e monitorização de regras e contratos — gera elevados custos de transacção no sistema de saúde que diminuem os ganhos de eficiência introduzidos pelas reformas e que há que minorar;
- O exercício de regulação implica inteligência e sofisticação na concepção dos sistemas de incentivos «ideais», cuja implementação deve ser rigorosa, particularmente nas fases iniciais, contribuindo para uma cultura de cumprimento;
- Por fim, a regulação em saúde é um processo político, sujeito a pressões de diferentes grupos, e em que o papel dos utentes deve ser valorizado, de modo a garantir equilíbrio de poderes, maior transparência e a minimização do perigo da «captura do regulador».

BIBLIOGRAFIA

- BALDWIN, R., e CAVE, M. (1999), *Understanding Regulation: Theory, Strategy and Practice?* Oxford, Oxford University Press.
- BARON, D. (1995), «The economics and politics of regulation: perspectives, agenda and approaches», in J. Banks e E. Hanushek (eds.), *Modern Political Economy*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BUSSE, R., VAN DER GRINTEN e T. SVENSSON, P. G. (2002), «Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice», in R. Saltman, R. Busse e E. Mossialos (eds.).
- CABIEDES, L., e GUILLÉN, A. (2001), «Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe», in *Social Science and Medicine*, 52 (2001), pp. 1205-1217.
- 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.).
- DECRETO-LEI N.º 309/2003 (cria a Entidade Reguladora da Saúde), *Diário da República*, I Série-A, 284 (2003-12-10).
- DECRETOS-LEIS N.ºS 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).
- FERREIRA, A. (2003a), *Regulação em Saúde: Definição e Ensaio de Validação de um Modelo Aplicável no Sistema de Saúde Português*, Lisboa, ENSP (dissertação no âmbito do XXXI CEAH).
- FERREIRA, A. (2003b), «Nova lei de gestão hospitalar: de que modelo de regulação precisamos?», comunicação ao 8.º Encontro Nacional de Economia da Saúde, 24 de Outubro (Lisboa).
- FERREIRA, A. (2004), «Regulação em saúde e regulação das utilities: que diferenças?», in *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, vol. 3 (1), pp. 42-52.
- FLYNN, R., e WILLIAMS, G. (1997), *Contracting for Health: Quasi-Markets and the National Health Service*, Oxford, Oxford University Press.
- HAFEZ, N. (1997), *International Comparative Review of Health Care Regulatory Systems*, Bethesda, Partnerships for Health Reform, 56 páginas.
- HARDING, A., e PREKER, A. (2000), *Understanding Organizational Reforms: the Corporatization of Public Hospitals*, Washington, D. C., World Bank («Health, nutrition and population discussion papers»), [http://www1.worldbank.org/hnp/pub\\_discussion.asp](http://www1.worldbank.org/hnp/pub_discussion.asp) (2002-10-14).
- HCIA SACHS (2000), *100 Top Hospitals: Benchmarks for Success*, Baltimore, HCIA-Sachs, [http://www.100tophospitals.com/media/natl\\_2000.pdf](http://www.100tophospitals.com/media/natl_2000.pdf) (2003.2.2).
- HOOD, C. (1991), *A Public Management for All Seasons? Public Administration*, 69, 1, pp. 3-19.
- KUMARANAYAKE, L. (1998), «Effective regulation of private sector health service providers», artigo preparado para o World Bank Mediterranean Development Forum II (Marrocos), 1998, <http://www.worldbank.org/mdf/mdf2/papers/humandev/health/kumaranayake.pdf> (2002-10-14).
- LE GRAND, J., e BARTLETT, W. (1993), *Quasi-Markets and Social Policy*, Londres, MacMillan.
- LEI N.º 27/2002 (aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), *Diário da República*, I Série-A, 258 (2002-11-8), pp. 7150-7154.
- MAJONE, G. (1997), *From the Positive to the Regulatory State: Causes and Consequences of Changes in the Mode of Governance*, Florença, European University Institute (working paper 93)
- POSNER, R. (1974), «Theories of economic regulation», in *The Bell Journal of Economics and Management Science*, 5 (1974), pp. 335-358.
- PREKER, A., e HARDING, A. (2000), *The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory*, Washington, D. C., World Bank («Health, nutrition and population discussion papers»), [http://www1.worldbank.org/hnp/pub\\_discussion.asp](http://www1.worldbank.org/hnp/pub_discussion.asp) (2002-10-14).

- PROPPER, C. (1993), «Quasi-markets and regulation», in J. le Grand e W. Bartlett.
- RICE, T. (1997), «Physician payment policies: impacts and implications», in *Annual Review of Public Health*, 18, pp. 549-565.
- 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.).
- SALTMAN, R. (2002), «Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems», in *Social Science and Medicine*, 54, pp. 1677-1684.
- SALTMAN, R., BUSSE, R. (2002), «Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice», in R. Saltman, R. Busse e E. Mossialos (eds.).
- SALTMAN, R., BUSSE, R., e MOSSIALOS, E. (eds.) (2000), *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, Buckingham, Open University Press.
- SALTMAN, R., e FEROUSSIER-DAVIS, O. (2000), «The concept of stewardship in health policy», in *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 6, pp. 732-739.
- SALTMAN, R., e FIGUERAS, J. (1997), *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, Copenhagen, Who Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European series, n.º 72).
- SALTMAN, R., FIGUERAS, J., e SAKELLARIDES, C. (eds.) (1998), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham, Open University Press.
- SALTMAN, R., e VON OTTER, C. (1989), «Public competition versus mixed markets: an analytic comparison», in *Health Policy*, 11, 1, pp. 43-55.
- SALTMAN, R., e VON OTTER, C. (1992), *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*, Buckingham, Open University Press.
- SCRIVENS, E. (2002), «Accreditation and the regulation of quality in health services», in R. Saltman, R. Busse e E. Mossialos (eds.).
- SHAW, C. (2001), «External assessment of health care», in *British Medical Journal*, 322, pp. 851-854.
- STIGLER, G. (1971), «The theory of economic regulation», in P. Joskow, *Economic Regulation*, Northampton, MA, Edward Elgar Publisher, 2000.
- VICKERS, J., e YARROW, G. (1989), *Privatization: an Economic Analysis*, Cambridge, MA, MIT Press.
- WALSHE, K. (2002), «The rise of regulation in the NHS», in *British Medical Journal*, 324, pp. 967-970.
- WEIL, T. (1996), «How health networks and HMOs could result in public utility regulation», in *Hospital and Health Services Administration*, 41, 2 pp. 266-280.
- WILLIAMSON, O. (1979), «Transaction-cost economics: the governance of contractual relations», in *Journal of Law and Economics*, xxii, 1, pp. 233-261.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000), *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, Geneva, WHO.