

Reforma e Regulação da Saúde

Pedro Pita Barros
Universidade Nova de Lisboa



Introdução

- ♦ Diversos locais onde são descritas
 - Relatório da OCDE
 - Relatório do Observatório Europeu
 - Relatório do Observatório Nacional
- ♦ Vou só repetir rapidamente alguns aspectos, para dar um contexto mínimo.

Reformas

- ♦ Foram sempre existindo reformas ou alterações ou evoluções ou experiências, ao longo dos anos
- ♦ 2002 marca uma diferença importante - em lugar de experiências controladas, solução de “big-bang”

Reformas

- ♦ Todas as medidas recentes, última década no mínimo, citam pelo menos uma das seguintes:
 - Pressão fiscal
 - Melhorar a qualidade
 - Obter maiores ganhos em saúde
 - Conter o crescimento da despesa em saúde

Reformas

- ◆ Apesar das diversas medidas e tentativas de reforma, continuamos a ter:
 - Desigualdades de acesso - má distribuição dos recursos
 - Desigualdades no financiamento - regressividade - menores rendimentos pagamento proporcionalmente mais, devido aos pagamentos no momento de consumo
 - Ineficiência na prestação - desperdícios e má organização
 - Baixa resposta às necessidades das população - serviços ainda muito centrados em si mesmo

Reformas 2002

- ◆ Estratégia de big-bang - arriscada, mas com o objectivo de não deixar voltar atrás
- ◆ Características:
 - Maior separação de financiamento e prestação, e agora também regulação
 - Aumento do papel do sector privado, na prestação
 - Tentativa de acabar com as “soft budget constraints”
 - Uso explícito de “incentivos” como forma de estimular a produtividade e garantir a qualidade

Reformas 2002

- ◆ Aspecto comum à grande maioria das medidas: relações económicas e financeiras anteriormente implícitas foram tornadas explícitas
- ◆ Neste ambiente geral surge a criação da Entidade Reguladora da Saúde
- ◆ Porquê? Que razões levam à sua criação?

Entidade Reguladora da Saúde

- ◆ Porquê?
 - Resposta formal - exigência do Presidente da República, em conexão com as transformações na gestão dos centros de saúde
 - Logo: não correspondeu a uma necessidade sentida pelo Ministério da Saúde no âmbito das reformas que está a levar a cabo
 - Poderá significar: menor compromisso com a ERS do que seria desejável (os sinais publicamente visíveis mostram pouca convicção na ERS)

Entidade Reguladora da Saúde

- ♦ Porquê? Resposta substancial
 - Com as reformas iniciadas, a separação do Estado enquanto financiador, regulador e fornecedor torna-se mais relevante
 - As novas relações económicas têm que ser reguladas, mas não o podem ser por uma das partes interessadas

O Problema fundamental

- ♦ Distinção entre regulação técnica e regulação económica
- ♦ Num sistema integrado como era o Serviço Nacional de Saúde, muitas relações económicas eram implícitas
- ♦ Com a nova arquitectura passam a ser explícitas

O Problema fundamental

- ♦ A forma de lidar com essas novas formas de organizar relações económicas já existentes tem também que ser diferente
- ♦ Em particular, numa estrutura hierárquica, é claro (ou devia ser) quem tem poder para decidir
- ♦ Numa relação contratual, em caso de desacordo é necessário arbitrar

O Problema fundamental

- ♦ Essa arbitragem não pode ser feita por uma das partes
- ♦ Não pode ser deixada aos tribunais (mesmo que não houvesse os problemas conhecidos na justiça portuguesa) - há conhecimento específico que apenas um acompanhamento permanente transmite - leva directamente à ideia de entidade reguladora própria

O Problema fundamental

- ♦ A mudança para uma organização com maior explicitação de relações económicas (e sua transposição para relações contratuais) não é o reflexo necessariamente de princípios ideológicos
- ♦ A flexibilidade necessária para obter inovação é frequentemente incompatível com estruturas hierárquicas (command & control)

- ♦ Se se pretende deixar margem para que as instituições evoluam e se adaptem às necessidades da sociedade - então verificar o desempenho pelos resultados obtidos e não pelos recursos investidos é crucial
- ♦ Valor determinado pelo que é obtido e não pelo que é gasto

Exemplo

- ♦ Contratos Parcerias Público Privado
 - Objectivo - construção e operação de novos hospitais
 - Desejo - que a parte privada traga inovação tecnológica e organizacional que permita obter mais resultados com menos recursos usados
 - Contradição - exigir contratualmente que a construção do hospital seja exactamente igual à que seria feita pelo sector público

- ♦ Consequência lógica - contrato com base nos resultados que venham a ser obtidos
- ♦ Facto da vida - a incerteza sobre o futuro dá apenas a certeza que não será igual ao que se prevê neste momento
- ♦ Facto da vida 2 - com elevada probabilidade teremos situações em que a parte pública e parte privada terão interesses antagónicos

- ◆ Necessidade - de uma entidade que possa julgar com conhecimento do sector e do que está em causa - papel da entidade reguladora da saúde
- ◆ Ou seja, a entidade reguladora terá um papel de decisão ex-post, no acompanhamento de relações económicas, para além de um papel ex-ante de prevenção de determinados comportamentos

Exemplo 2 - actuação ex-ante

- ◆ Selecção de casos - em sistemas onde o financiamento é feito prospectivamente, há interesse em os prestadores seleccionarem os casos mais simples
- ◆ A discussão pública tem-se centrado sobre a atitude de “deixar à porta” os doentes
- ◆ Mas isso preocupa menos que a selecção mais subtil feita através das valências oferecidas, a prazo

Exemplo 2

- ◆ Duas formas de combater essa selecção adversa:
 - Pagar por cada pessoa o equivalente ao seu risco - “corrida” ao melhor método de previsão de custos individuais
 - Desenhar as regras do sistema por forma a minimizar esses incentivos, podendo vir a incluir também exigências de determinadas valências

- ◆ Corresponde a intervenção ex-ante, determinando regras nas quais os prestadores terão que se orientar.
- ◆ Quer a intervenção ex-post (sancionar) quer a intervenção ex-ante (prevenir) são previstas nos estatutos da ERS

♦ Exemplo:

- Evitar e sancionar os problemas de selecção adversa (e de escolha dos melhores casos)
- Evitar a “indução da procura pela oferta”
- ♦ Mas cumprir estes papeis exige grande conhecimento e análise técnicas
- ♦ Não é algo que se cumpre apenas com uma actuação de “provedor do utente do SNS”

♦ Regulação Económica:

- refere-se a políticas pelas quais uma autoridade económica influencia/controla preços e/ou as condições de presença no mercado
- De um modo genérico: corresponde à definição do ambiente em que as entidades reguladas podem desenvolver a sua actividade

- ♦ O papel novo que se vê para a Entidade Reguladora da Saúde, que não era preenchido por nenhum organismo anteriormente e que resulta de necessidades decorrentes das reformas é sobretudo de **regulação económica**.

Mas a regulação tem também as suas limitações:

- Restrições de informação - a regulação não se pode basear unicamente na informação prestada pela(s) entidade(s) regulada(s). Tal limita o tipo de regulação e a eficiência da mesma.
- Custos de transacção - a regulação deve ser clara e na prática existe um “contrato regulatório”, explícito ou implícito.

- Restrições políticas e administrativas - âmbito definido para a regulação; leis gerais; nem todos os instrumentos são aceitáveis (por exemplo - permitir ou não entrada no mercado de um prestador, mas não pagar para ele entrar!!)
- Interpretação pública da actividade de regulação - no sentido em que como é que os diferentes membros da sociedade interpretam e avaliam a actividade de regulação

- ◆ É muito fácil haver ideias erradas do papel do que deve ser a regulação em saúde
- ◆ Exemplo: queixas sobre atendimento não serão o papel mais importante, mas terão mais visibilidade que uma opinião sustentada tecnicamente sobre o sistema de financiamento

- ◆ Exemplo 2: choque com a auto-regulação das ordens
- ◆ Exemplo 3: resistência à “captura/influência” - abertura de farmácias e argumento de “porquê mexer com um sector que funciona bem”

- ◆ Situações mais subtis que reclamam provavelmente actuação da entidade reguladora:
 - Regulação da capacidade instalada - como resposta a falha do sector público: não podendo usar o mecanismo de “falência” para forçar a saída do mercado, sendo difícil fechar hospitais, o melhor é regular a sua abertura

- ♦ Teremos um teste importante com o Hospital de Loures - só faz sentido se fecharem serviços em hospitais dentro de Lisboa, mas até agora nada se ouviu sobre isso
- ♦ Se não for pensado - excesso de capacidade instalada; falta de profissionais; insatisfação de todos em todo o lado!!!

- ♦ Mas, se regulação for ao nível dos metros quadrados por doente e de definição de quadros pessoal - o que fica realmente para a parte privada inovar e gerir?
- ♦ Acresce que há tradição de regulação técnica noutros organismos no Ministério e que o “poder do dinheiro” (financiamento) não está com a entidade reguladora da saúde

- ♦ Desafios a Entidade Reguladora da Saúde:
 - Encontrar o seu espaço de actuação
 - Afirmar-se pela capacidade técnica (construir reputação de seriedade e competência) - transmissão de informação e qualidade das opiniões emitidas
 - Ter “dentes” junto de todas as partes (quando for o Ministério da Saúde a “portar-se mal” que pode fazer a Entidade Reguladora da Saúde?)

- ♦ Que contribuição pode dar?
 - Opinião independente sobre o sector - tornar o debate instrutivo e construtivo.
 - Disseminação de informação como forma de controle indirecto dos comportamentos dos agentes económicos (estado-prestador e privados incluídos).
 - Identificação de situações de mau funcionamento “económico” do sistema, que exijam mais do que um tratamento superficial.



◆ Questões que se colocam:

■ Sabendo que vários caminhos são possíveis

- +/- técnica
- +/- ex-ante (vs. ex-post)
- +/- opinativa vs reactiva

qual será o escolhido?

■ Deverá ser uma entidade permanente ou transitória?