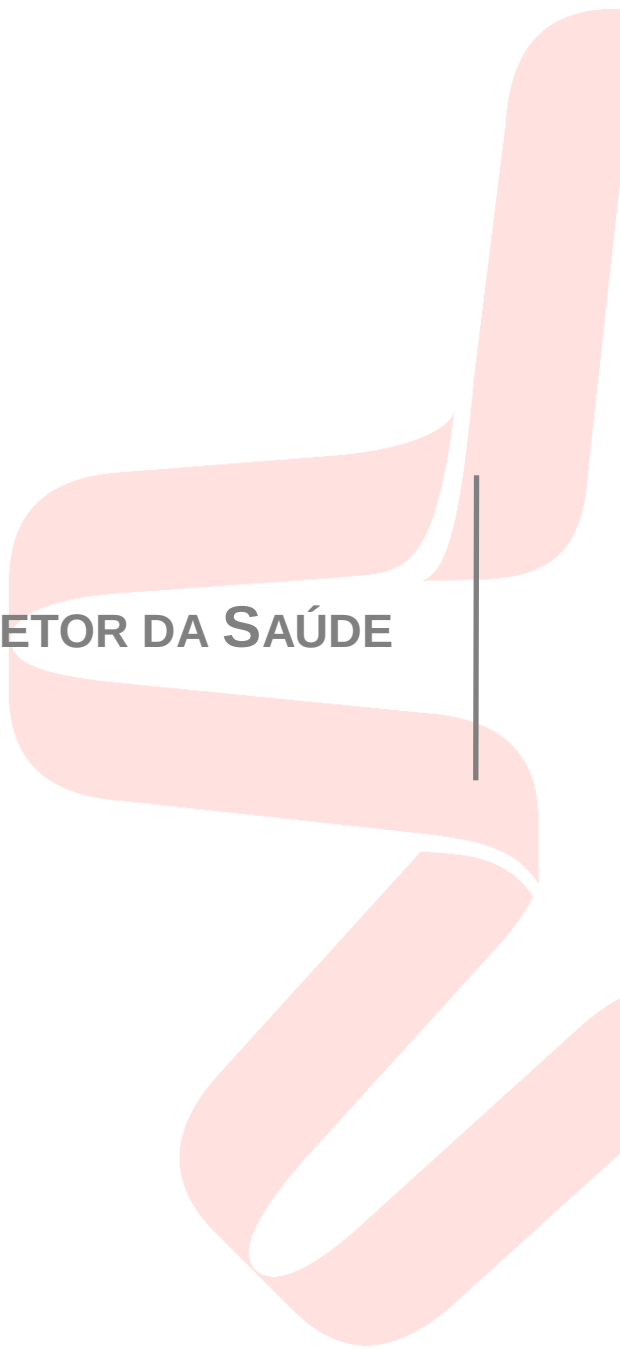




ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



CUSTOS DE CONTEXTO NO SETOR DA SAÚDE



DEZEMBRO DE 2014

Índice

Sumário executivo	1
1. Introdução.....	4
2. Conceito de custos de contexto	6
3. O contexto do setor da saúde em Portugal	15
3.1. Liberdade económica	15
3.2. Dinamismo do setor da saúde	16
4. Identificação e descrição dos custos de contexto	22
4.1. Custos anteriormente identificados pela ERS.....	22
4.2. Atuação da AICEP em matéria de custos de contexto no setor da saúde	33
4.3. Descrição de custos de contexto.....	36
4.4. Avaliação da importância dos custos de contexto identificados.....	66
4.4.1. Estatística descritiva	67
4.4.2. Análise fatorial	76
5. Medidas para redução de custos de contexto	82
5.1. Auscultação dos <i>stakeholders</i> inquiridos	82
5.2. Proposta de medidas pela ERS.....	84
6. Conclusão.....	86
Anexo I – Questionário do inquérito sobre custos de contexto no setor da saúde.....	88
Anexo II – Elenco de medidas propostas pelos <i>stakeholders</i>	93

Índice de Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

AICEP – Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal, E.P.E.

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IES – Informação Empresarial Simplificada

IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

IRS – Imposto Sobre o Rendimento das Pessoas Singulares

IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado

NCM – Normalização Contabilística para Microentidades

PET – Tomografia por Emissão de Positrões

PPP – Parcerias Público-Privadas

RRH – Redes de Referenciação Hospitalar

SCMP – Santa Casa de Misericórdia do Porto

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNC – Sistema de Normalização Contabilística

SNCP – Sistema de Normalização Contabilística Público

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Sumário executivo

O presente estudo, motivado por pedido do Senhor Ministro da Saúde, tem como objetivo a identificação de custos de contexto no setor da saúde, entendidos como “ações ou omissões que prejudicam a atividade das empresas do setor da saúde, público, privado e social, e que não são imputáveis ao investidor, ao seu negócio ou à sua organização”¹, a avaliação do impacto desses custos no setor e proposta de medidas tendentes à sua redução.

O estudo deste tema assume relevância no âmbito da missão e atribuições da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em concreto na prossecução dos objetivos regulatórios de zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema e promover e defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado (cfr. alíneas e) e f) do artigo 10.º, do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto).

No sentido de clarificar o conceito de custos de contexto, recorreu-se à revisão de literatura internacional, em que o conceito mais próximo de custos de contexto é o de *red tape costs*, que pode definir-se como regulamentos e procedimentos que implicam custos de conformidade, mas não atingem os objetivos funcionais a que se propõem. Estes custos de contexto podem referir-se à organização como um todo ou a um *stakeholder* específico (Bozeman, 1993²).

A temática dos custos de contexto no setor da saúde deverá ser enquadrada num contexto económico mais lato, pelo que se consideraram dois índices tradutores da liberdade económica, o *Index of Economic Freedom* e o *Doing Business Project*, do ano de 2014. Portugal ocupa a 69.ª posição no ranking (num total de 186 países), tendo subido 0,4 pontos relativamente ao ano anterior, no primeiro índice, e o 23.º lugar do *ranking* (num total de 189 países), no segundo índice.

Por outro lado, considerado o dinamismo do setor da saúde, com vista a avaliar o potencial impacto dos custos de contexto na atratividade e desempenho do setor, constatou-se que a intervenção dos agentes públicos e privados tem evoluído de forma diferenciada, com aumento do papel do setor privado, quer ao nível do financiamento da despesa em saúde, quer da prestação de cuidados de serviços. Neste âmbito, os indicadores tradutores da evolução do consumo e o emprego, exibiram um crescimento no período em análise, o que revela dinâmica deste setor

¹ Nos termos do ofício do Ministro da Saúde rececionado pela ERS.

² Bozeman, B. (1993) A Theory of Government “Red Tape”. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 3(3): 273-303.

face a outros na economia portuguesa, embora o investimento na saúde tenha decrescido.

Para identificação dos custos de contexto e sua descrição foi tido em consideração o conhecimento acumulado pela ERS no âmbito das suas atividades de supervisão e de estudo da organização do sistema de saúde, e a literatura nacional e internacional sobre esta matéria. Em complemento a ERS solicitou à AICEP informação sobre custos de contexto identificados no setor da saúde e diligências encetadas com vista à sua eliminação, no âmbito das competências daquele organismo nesta matéria (cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 229/2012, de 26 de outubro). Nessa sequência foram identificados por aquela agência custos de contexto de âmbito nacional e nos mercados externos, e sugeridas medidas no âmbito de alguns desses custos.

No sentido de aferir o impacto relativo dos custos de contexto identificados e descritos, a ERS realizou um estudo por inquérito junto de uma amostra de respondentes cobrindo quatro grupos de *stakeholders* com experiência relevante no setor da saúde, concretamente: i) gestores e empresários de unidades de diferente dimensão, dos setores público, privado e social; ii) profissionais de saúde; iii) responsáveis de instituições da Administração Pública com atividade relevante na área; e iv) académicos. Da análise das respostas a este inquérito é possível extrair a valoração atribuída pelos *stakeholders*, tendo resultado que as categorias de custos de contexto mais relevantes inserem-se no domínio do sistema legal e regulatório, procedimentos administrativos, e contratos, financiamento e pagamentos do Estado.

Dos custos de contexto identificados no questionário, aqueles classificados, em média, como mais relevantes, ou aos quais foi atribuída por maior percentagem de respondentes a classificação máxima de relevância, encontram-se associados às regras de contratação de recursos humanos pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), à sobreposição de quadros legais e regulamentares das atividades em saúde, aos prazos de pagamento pelo Estado aos prestadores convencionados e ao funcionamento dos sistemas informáticos do SNS, designadamente no que se refere ao grau de compatibilidade dos sistemas informáticos das várias entidades integradas no SNS.

Tendo em consideração, por um lado, os custos de contexto classificados como mais relevantes pelos *stakeholders* inquiridos, e por outro lado, o sentido da intervenção que a ERS tem tido a respeito de áreas em que foram identificados custos de contexto, foram propostas medidas tendentes à sua redução, genericamente

relacionadas com as regras de contratação de recursos humanos e outros procedimentos de contratação de serviços no SNS, sobreposições legais e regulamentares, prazos de pagamento do Estado, sistemas informáticos do SNS, regimes legais de licenciamento e de convenções, assimetrias entre prestadores de diferentes naturezas, funcionamento em rede das unidades do SNS e combinação de profissões de saúde.

1. Introdução

O presente estudo desenvolve-se em torno da temática de custos de contextos no setor da saúde, tendo sido motivado por solicitação do Ministro da Saúde. Considerando que nos termos da referida solicitação se define como custos de contexto “ações ou omissões que prejudicam a atividade das empresas do setor da saúde, público, privado e social, e que não são imputáveis ao investidor, ao seu negócio ou à sua organização”, o presente estudo visa quatro objetivos: clarificação do conceito de custos de contexto; identificação dos principais custos de contexto no setor da saúde e sua descrição; estudo do impacto desses custos no setor; e proposta de medidas tendentes à sua redução.

Não obstante a origem do presente estudo, a sua análise assume relevância no âmbito da missão e atribuições da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), tal como previstos nos seus estatutos, relevando aqui os objetivos regulatórios de zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema e promover e defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado, em colaboração com a Autoridade da Concorrência na prossecução das suas atribuições relativas a este setor – cfr. alíneas e) e f) do artigo 10.º, do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

O âmbito de análise decorre não só da necessidade de clarificação do conceito de custos de contexto no setor da saúde e sua identificação, mas também devido ao conteúdo do pedido que lhe deu origem, que enfatiza a necessidade de distinção entre natureza pública, privada e social, que desde logo se justificaria pela aplicabilidade de legislação específica a cada natureza do prestador, e pelos distintos papéis atribuídos a prestadores, de diferentes naturezas, no setor da saúde.

A estrutura do presente relatório contempla, no capítulo 2, uma breve clarificação do conceito de custos de contexto, no capítulo 3 uma caracterização do setor da saúde em Portugal, no capítulo 4 a identificação e descrição de custos de contexto identificados pela ERS, e sua valoração com base nos contributos dos *stakeholders* inquiridos, e no capítulo 5 o elenco de medidas tendentes à sua redução.

Neste relatório descrevem-se custos de contexto com base no conhecimento acumulado pela ERS no âmbito das suas atividades de supervisão e de estudo da organização do sistema de saúde, bem como em literatura nacional e internacional sobre esta matéria.

Em complemento, a ERS solicitou à Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal, EPE (AICEP), informação sobre custos de contexto identificados no setor da saúde e diligências encetadas com vista à sua eliminação, no âmbito das competências daquele organismo nesta matéria (cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 229/2012, de 26 de outubro).

Por outro lado, para avaliação do grau de importância dos custos de contexto identificados, a ERS realizou um estudo por inquérito junto de uma amostra de respondentes cobrindo quatro grupos de *stakeholders* com experiência relevante no setor da saúde, concretamente: i) gestores e empresários de unidades de diferente dimensão, dos setores público, privado e social; ii) profissionais de saúde; iii) responsáveis de instituições da administração pública com atividade relevante na área; e iv) académicos.

As respostas a esse questionário foram tratadas estatisticamente no sentido de se extrair uma valoração relativa das áreas de potencial custo de contexto pelos *stakeholders* do setor da saúde, valoração essa que poderá ditar o grau de prioridade na adoção de medidas tendentes a eliminar ou reduzir os custos de contexto identificados.

2. Conceito de custos de contexto

A definição de custos de contexto não é consensual, existindo definições de carácter mais amplo, enquanto outras se referem mais concretamente a determinado setor de atividade.

Para o presente estudo entende-se por custos de contexto as “ações ou omissões que prejudicam a atividade das empresas do setor saúde, público, privado e social, e que não são imputáveis ao investidor, ao seu negócio ou à sua organização. Este tipo de custos pode ser enquadrado como tendo origem ou resultando de atos desproporcionados, ou não razoáveis, da Administração Pública, de práticas ou opções políticas anti-competitivas e até de condições decorrentes do estágio de desenvolvimento da economia portuguesa.”³

A AICEP, a nível nacional, tem por obrigação contribuir para um contexto de eficiência e de competitividade propício à internacionalização da economia portuguesa⁴, pelo que “promove as diligências adequadas junto de todas as entidades públicas e equiparadas, identificando a existência de custos de contexto que prejudiquem a competitividade das atividades em causa e propondo soluções no sentido da sua eliminação.”⁵.

Uma outra definição de custos de contexto pode ser encontrada num estudo relativo a esta temática no domínio das Administrações Locais, denominado “Redução de Custos de Contexto do Serviço Público na Área Metropolitana do Porto como Fator de Competitividade”⁶. Neste estudo encontram-se definidos custos de contexto como “custos para os cidadãos, para as empresas ou outros agentes e setores de atividade, derivados do cumprimento de formalidades administrativas, de obrigações de prestação de informações e da sujeição a ónus ou encargos, de origem legal ou regulamentar, direta ou indiretamente, ligados ao exercício de direitos e à prática de atos e atividades”, distinguindo-se entre custos de contexto diretos e indiretos.

No quadro das autarquias, entende-se por custos diretos aqueles “que se referem à sua própria organização, estruturação, funcionamento e prestação de serviços, quer a satisfação de serviços com início e fim no interior da autarquia para resposta a necessidades internas, quer a satisfação de serviços em resposta às solicitações dos cidadãos e das empresas, e que incluem os custos e os tempos de “produção”, e por

³ Nos termos do ofício do Ministro da Saúde rececionado pela ERS.

⁴ Cfr. n.º 1 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 229/2012, de 26 de outubro.

⁵ Cfr. n.º 2 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 229/2012, de 26 de outubro.

⁶ Promoção e Desenvolvimento Regional, S.A. (2008) “Estudo de Redução de Custos de Contexto do Serviço Público na Área Metropolitana do Porto como Fator de Competitividade”.

custos indiretos os que se traduzem “num descrédito das instituições públicas, numa menor eficácia da governação pública, num desperdício de recursos, e numa atenuação do contributo para o desenvolvimento”.

A existência de custos de contexto no âmbito de determinado(s) setor(es) de atividade, encontra-se patente num estudo empreendido por um grupo de trabalho interministerial, em 2013⁷, relativo aos setores da hotelaria, restauração e similares, e em que os custos de contexto e respetivas propostas de medidas para a sua redução se referem às áreas da cultura, turismo, saúde e segurança social.

Na literatura internacional, o conceito mais próximo de custos de contexto é o de *red tape costs*, mas mesmo este conceito tem definições difusas na literatura, de sentido mais ou menos lato.

Bozeman (1993)⁸ entende por *red tape costs* regulamentos e procedimentos que implicam custos de conformidade, mas não atingem os objetivos funcionais a que se propõem. Estes custos de contexto podem referir-se à organização como um todo ou a um *stakeholder* específico.

Os *red tape costs*, de acordo com o autor citado, e com um estudo mais recente de Bozeman e Anderson (2014)⁹, podem ter uma de duas origens: 1) ineficácia aquando da criação da regra – regras disfuncionais na origem –; 2) regra que inicialmente cumpre o seu objetivo e se torna disfuncional – regras que evoluem para disfuncionais.

A causa e o efeito dos *red tape costs* podem ser internos ou externos à organização. Do que importa no âmbito do presente estudo, por se visar as “ações ou omissões que prejudicam a atividade das empresas do setor da saúde, público, privado e social, e que não são imputáveis ao investidor, ao seu negócio ou à sua organização”, em concreto que têm origem ou resultam de atos desproporcionados ou não razoáveis da administração pública, é aplicável a definição de Bozeman (1993) de *external control red tape*¹⁰, cuja causa é externa e o efeito se faz sentir internamente.

Este autor admite existirem diferenças nos *red tape costs* entre organizações públicas e privadas, e evidencia que as públicas apresentam maiores custos. No mesmo

⁷ Governo de Portugal (2013) *Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial – Avaliação da Situação Económico-Financeira Específica e dos Custos de Contexto dos Sectores da Hotelaria, Restauração e Similares*.

⁸ Bozeman, B. (1993) A Theory of Government “Red Tape”. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 3(3): 273-303.

⁹ Bozeman, B. e Anderson, D. (2014) Public Policy and the Origins of Bureaucratic Red Tape: Implications of the Stanford Yacht Scandal. *Administration & Society*, publicado online em 21 julho de 2014.

¹⁰ Por este autor são também identificados custos de contexto com origem externa e impacto externo, *Pass-through Red Tape*, e com origem interna e efeito interno e externo, respetivamente *Interorganizational Red Tape* e *Ordinary Red Tape*.

sentido, Cousey e Pandey (2007)¹¹ advogam que as organizações públicas estão sujeitas a maiores níveis de autoridade política (*publicness hypothesis*), que se repercute na estrutura e nos processos das organizações públicas, implicando uma menor flexibilidade administrativa. Por seu turno, na análise empreendida por Lam e Liu (2005)¹², para a área da construção civil, é suportada a hipótese de que as organizações públicas são mais burocráticas do que as privadas.

Em suma, os *red tape costs* não representam um fenómeno natural, mas sim uma construção social (Bozeman, 1993), da qual não estão excluídos os benefícios sociais que podem advir da criação e implementação de determinada regra. Assim, um custo de contexto implica que a criação de determinada regra, que pretende acautelar determinada situação, não cumpra o seu, ou qualquer outro, propósito.

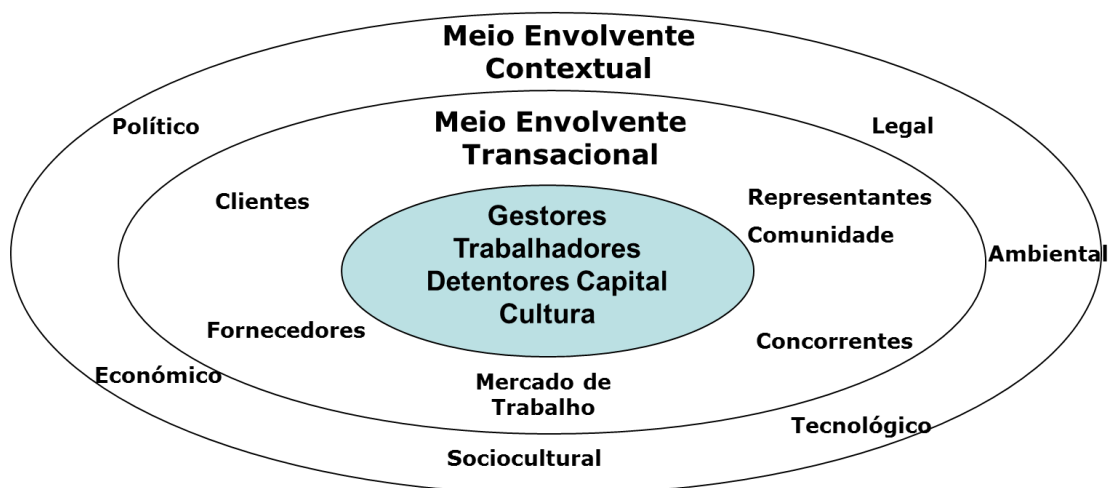
O conceito anteriormente explorado pode ser estudado na ótica de diversos modelos à luz dos quais se analisam os fatores pertencentes à macro envolvente de uma organização, que se consideram suscetíveis de influenciar o desenvolvimento de uma estratégia por parte dessa mesma organização. Esses modelos poderão ser considerados como formas de enquadrar e identificar custos de contexto.

Com efeito, uma organização insere-se num determinado meio ambiente com o qual interage, estando o desempenho da mesma dependente da sua adaptação a esse ambiente, que tem associados quer custos de entrada, quer custos de manutenção da atividade. É habitual distinguir-se entre o meio ambiente externo (contextual ou transacional) e o meio ambiente interno. Enquanto a análise do meio ambiente externo pretende essencialmente a identificação de alterações futuras, para esboçar as oportunidades e ameaças que se colocam à organização, a análise do meio ambiente interno foca-se na realidade presente, a fim de determinar as condições atuais da organização para poder aproveitar as oportunidades e evitar as ameaças.

¹¹ Coursey, D. e Pandey, S. (2007) Content Domain, Measurement, and Validity of the Red Tape Concept: A Second-Order Confirmatory Factor Analysis. *The American Review Of Public Administration* 37:342.

¹² Lam, B. e Liu, A. (2005) Bureaucracy and Red Tape in Public and Private Construction Project Organizations. *Surveying and Built Environment*. 16(2): 33-42.

Diagrama 1 – Meio envolvente externo e interno¹³



No que se refere ao meio envolvente contextual, destaca-se como instrumento analítico o modelo PESTAL, que categoriza as influências envolventes em quatro tipos: políticas, económicas, socioculturais, tecnológicas, ambientais e legais. Certo é que estes tipos de influências podem não interferir na atividade da organização de forma independente, mas ter efeitos conjuntos. A título de exemplo, veja-se alguns fatores que podem ser incluídos em cada uma das categorias da análise PESTAL, no diagrama 2¹⁴.

¹³ Teixeira, S. (2010) *Gestão das Organizações*. 3ª Edição. Editorial Presença.

¹⁴ Johnson, G., Scholes, K. and Whittington, R. (2005) *Exploring Corporate Strategy*. Essex, Financial Times Prentice Hall.

Diagrama 2 – Análise PESTAL



Importa também, para a organização, analisar e acomodar-se ao meio envolvente transacional, a fim de se posicionar num nível satisfatório de produtividade que lhe permita ser competitiva.¹⁵

Um modelo alternativo ao apresentado anteriormente, que evidencia o impacto da macro envolvente para o ambiente competitivo no qual as empresas desenvolvem a sua atividade, foi cunhado por Michael Porter¹⁶. Este modelo pretende explicar o motivo pelo qual existem diferentes níveis de competitividade entre países ou entre indústrias dentro de um mesmo país. O diagrama 3 – Diamante de Porter – que de seguida se apresenta, esquematiza o meio envolvente do negócio desenvolvido por

¹⁵ Porter, M. (1999) Michael Porter on competition. *The Antitrust Bulletin/Winter*, pp.841-880.

¹⁶ Porter, M. (1990) Competitive advantage of Nations. *Macmillan* in Johnson, G., Scholes, K. and Whittington, R. (2005) *Exploring Corporate Strategy*. Essex, Financial Times Prentice Hall.

Porter, que pode ser aplicável quer à realidade nacional, quer à realidade local na qual a empresa se insere.

Diagrama 3 – Diamante de Porter



Como condições dos fatores entende-se a disponibilidade de *inputs* básicos que permitem que a concorrência tenha lugar, como sejam a existência de infraestruturas físicas para a informação, o sistema legal e a existência de institutos universitários dedicados à investigação. Para o aumento da produtividade com foco nos fatores, a tónica deve ser dada no aumento da eficiência, da qualidade e da especialização em determinadas áreas.

A estratégia da empresa e rivalidade entre empresas refere-se às regras, incentivos e normas que regem o tipo e a intensidade da concorrência entre as empresas. Enquanto o nível de rivalidade é fortemente influenciado por outros aspetos do meio envolvente negocial (por exemplo pela disponibilidade de fatores e pela procura), os incentivos ao investimento e as políticas de concorrência definem o contexto. Neste

domínio inserem-se a estabilidade política e macroeconómica, o sistema fiscal, as políticas do mercado de trabalho, entre outras¹⁷.

Ao nível da procura, destaca-se o seu papel como motor da inovação e da melhoria por parte das empresas. Com efeito, consumidores sofisticados e exigentes pressionam as empresas a melhorar o seu desempenho.

Por outro lado, a produtividade das empresas é suscetível de ser influenciada pela existência de indústrias de suporte ou relacionadas, isto é, pela pressão exercida pelos fornecedores, ou sua ausência, e pelo dinamismo das empresas que se lhe encontram relacionadas. Assim, a produtividade e o crescimento da produtividade é maior onde existe um *cluster*¹⁸ e não uma empresa isolada¹⁹.

No contexto de determinada indústria ou setor, as empresas devem desenvolver a sua estratégia no sentido de atingirem uma vantagem sobre os restantes concorrentes. Neste âmbito, Michael Porter apresentou o modelo das cinco forças, que foi originalmente concebido como um meio de aferir da atratividade (e potencial de lucro) de diferentes indústrias, e cuja estrutura se apresenta no diagrama *infra*²⁰.

As cinco forças propostas por Porter, que devem ser consideradas no domínio das estratégias de negócio das empresas são: fornecedores; substitutos; entradas potenciais; procura; e rivalidade na indústria. Estas forças não são independentes umas das outras, podendo as pressões de uma das forças impactar e exigir mudanças de estratégia no domínio de outra força.

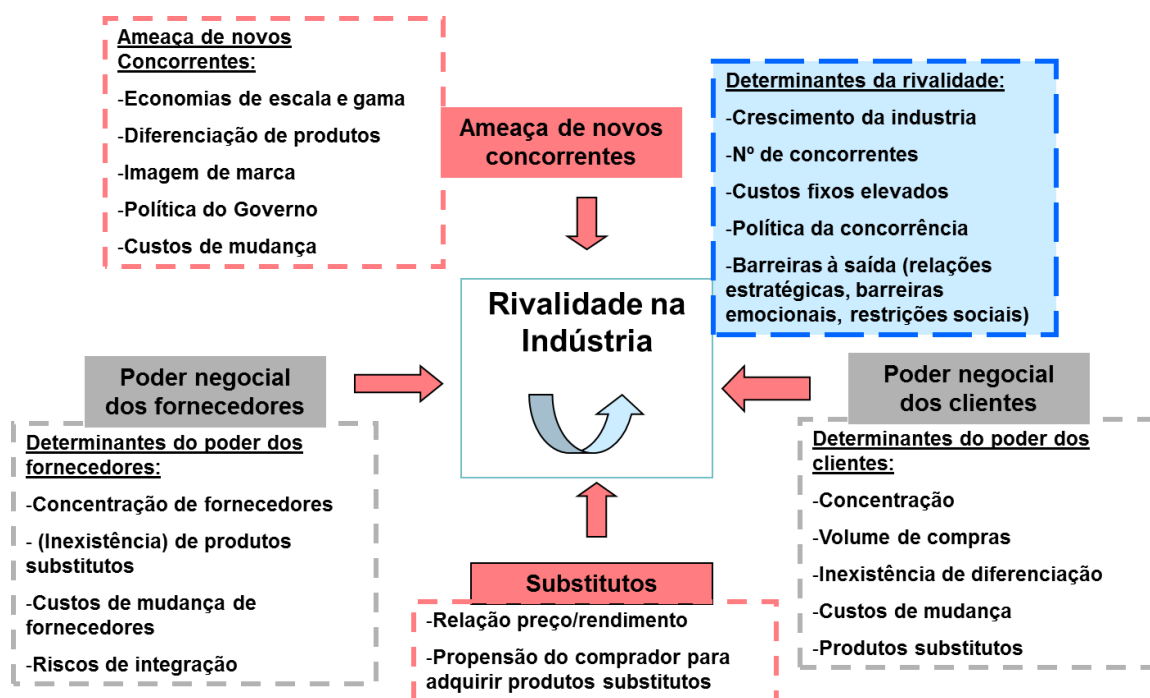
¹⁷ Porter, M. (1999) Michael Porter on competition. *The Antitrust Bulletin/Winter*, pp.841-880.

¹⁸ Por *cluster* entenda-se uma massa crítica de empresas num determinado ramo e localização.

¹⁹ Porter, M. (1999) Michael Porter on competition. *The Antitrust Bulletin/Winter*, pp.841-880.

²⁰ Porter, M. (1980) *Competitive Strategy: Techniques for analysing industries and competitors*. Free Press. p.5. in Johnson, G., Scholes, K. and Whittington, R. (2005) *Exploring Corporate Strategy*. Essex, Financial Times Prentice Hall.

Diagrama 4 – Cinco forças de Porter



Num primeiro momento, importa referir que o potencial de entrada de novas empresas no mercado se encontra dependente das barreiras à entrada, ou seja, dos custos de contexto existem no momento em que uma empresa pretende entrar num determinado mercado. Tipicamente entendem-se por barreiras à entrada: economias de escala; o capital requerido; acesso a fornecedores ou aos canais de distribuição; lealdade de fornecedores ou compradores; experiência; retaliação esperada; legislação ou ação do Governo; diferenciação. Estas barreiras à entrada são relevantes no setor da saúde, tanto mais quanto existam lacunas no acesso a determinado tipo de cuidados por determinada população.

Por outro lado, as empresas estão expostas à ameaça de produtos substitutos, sendo que essa substituíbilidade pode ser de produto-por-produto, ou pela substituição da necessidade que deu origem à procura do produto inicial. Para reduzir a substituíbilidade a empresa poderá definir uma estratégia baseada nas características que a diferenciam. No caso do setor da saúde, um prestador poderá diferenciar-se, designadamente, pela qualidade dos serviços que presta, pela localização ou pelos recursos humanos que aí exercem funções. Porém, deverá ter-se em consideração que no setor da saúde existem custos de mudança, associados à relação de confiança que se estabelece entre utente e médico ou prestador, pelo que os serviços prestados dificilmente serão substitutos perfeitos.

O poder negocial de fornecedores e de compradores são aqui descritos conjuntamente, dado o carácter similar dos seus efeitos na estratégia a adotar e nas margens de lucro da organização. O poder dos compradores tende a ser superior em mercados em que a procura está concentrada (poucos compradores que adquirem grandes volumes do produto e/ou muitos produtores de pequena dimensão), em que os custos de mudança são reduzidos, ou em que existe a ameaça do comprador adquirir a empresa ou entrar em concorrência com a mesma (integração a jusante). Por outro lado, o poder dos fornecedores é tendencialmente maior se existir uma concentração de fornecedores, ao invés de uma fonte de fornecimento mais fragmentada, e se os custos de mudança de fornecedor forem elevados. Subsiste igualmente a possibilidade de um fornecedor ser, ao mesmo tempo, concorrente direto da empresa (integração a montante).

Por último, refira-se a força associada ao grau de concorrência existente na indústria ou setor (no diagrama 4, designada por rivalidade), entendendo-se por concorrentes as organizações com produtos e serviços similares, prestados ao mesmo grupo de compradores. Como fatores que influenciam o grau de concorrência de um setor destacam-se: dimensão das empresas; taxas de crescimento da indústria; custos fixos; barreiras à saída de empresas; e grau de diferenciação.

Com base neste enquadramento teórico, e considerado o atual contexto político-económico, em que é assumida a importância de um setor da saúde competitivo e dinâmico, a ERS visa neste estudo identificar quer custos de contexto transversais a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, quer aqueles que se referem especificamente a prestadores de natureza pública, privada ou social.

3. O contexto do setor da saúde em Portugal

Preliminarmente à discussão de custos de contexto no setor da saúde em Portugal, releva traçar a evolução de alguns indicadores que podem traduzir o dinamismo deste setor, no cenário da economia nacional, e da economia do país no contexto mundial.

Para o efeito, analisam-se, em primeiro lugar, índices de liberdade económica definidos a nível mundial, dos quais se extrai a posição de Portugal em termos relativos. Em segundo lugar descreve-se a evolução de alguns indicadores do setor da saúde, no sentido de aferir do dinamismo do setor no contexto da economia portuguesa.

3.1. Liberdade económica

Existem várias iniciativas de monitorização da liberdade económica que cobrem um grande número de países, sendo o *Index of Economic Freedom* uma delas.

O *Index of Economic Freedom*²¹ de 2014 considera 186 países e cobre 10 fatores agrupados em quatro pilares de liberdade económica, concretamente “Papel da Lei”, que inclui questões como os direitos de propriedade e corrupção, “Limitações Governamentais”, que abrange questões relativas à liberdade fiscal e despesa pública, “Eficiência Regulatória”, que inclui questões como a liberdade negocial, liberdade no mercado de trabalho e liberdade monetária, e “Abertura dos Mercados”, que contém questões relacionadas com a liberdade comercial, liberdade financeira e liberdade de investimento.

De acordo com o índice em causa, Portugal posiciona-se num escalão intermédio, denominado de “*moderately free*”, num índice composto por cinco escalões, ocupando no ranking a 69.^a posição, tendo subido 0,4 pontos relativamente a 2013.

Os fatores nos quais Portugal apresentou pior desempenho do que no ano anterior associam-se ao papel do Governo, concretamente à elevada despesa do Governo e à reduzida liberdade fiscal, abaixo da média dos 186 países considerados. Por outro lado, embora sendo um dos países da União Europeia (UE) com menor flexibilidade no mercado de trabalho, Portugal exibiu uma evolução positiva neste fator no ano de 2014. De acordo com o relatório acima mencionado identificam-se como fatores limitadores da liberdade económica em Portugal, questões associadas à corrupção, à

²¹ Relatório publicado anualmente pelo Wall Street Journal e pelo The Heritage Foundation, disponível em <http://www.heritage.org/index/country/portugal#regulatory-efficiency>.

elevada carga fiscal e à despesa associada ao cumprimento dos requisitos de licenciamento²².

Uma outra iniciativa com âmbito semelhante é o *Doing Business Project*, elaborado pelo Banco Mundial, que distribui num *ranking* economias de 189 países, com base em 10 indicadores, no sentido de avaliar o impacto do contexto regulatório na constituição e funcionamento das empresas²³.

Os indicadores considerados como passíveis de influenciar a atividade empresarial dividem-se em duas categorias, uma relacionada com a complexidade e custos do processo regulatório – que inclui indicadores como a facilidade de iniciar um negócio, lidar com as regras de construção, instalar eletricidade, registo de propriedade, pagamento de impostos, comércio externo – e a força das instituições legais – concretamente obtenção de crédito, proteção de investidores, cumprimento de contratos e resolução de insolvências.

De acordo com o *Doing Business Project* do ano de 2014²⁴, Portugal encontra-se no 23.º lugar do *ranking* de “facilidade de fazer negócio”. Quando comparados os vários indicadores considerados, Portugal apresenta melhor posição (em 10.º lugar no *ranking*), e consequentemente menores custos regulatórios relativos, no indicador associado à abertura de empresas e no indicador relativo à resolução de insolvência. O principal entrave às empresas em Portugal relaciona-se com a obtenção de crédito, encontrando-se, ainda assim, na posição 89.º do *ranking*, neste indicador.

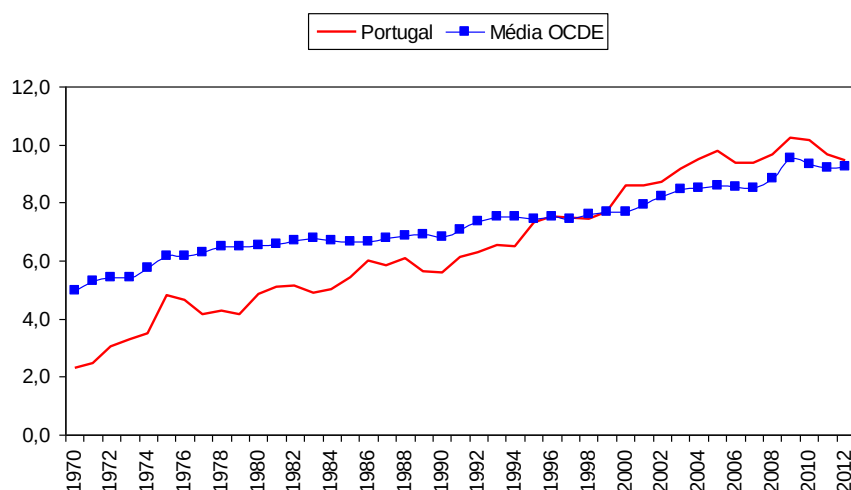
3.2. Dinamismo do setor da saúde

Uma questão central na análise do desempenho do sistema de saúde português é a do crescimento sustentado da despesa em saúde. De facto, a evolução positiva no acesso e no estado de saúde das populações, ao longo dos anos, foi também acompanhada de um crescimento significativo e acelerado da fatia dos recursos do país consumidos pelo setor da saúde. A figura 1 revela que a parcela do Produto Interno Bruto (PIB) do país dedicada à saúde está há 40 anos a crescer mais rapidamente em Portugal do que na média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

²² De acordo com a fonte citada, representam quatro vezes o nível médio do rendimento anual das empresas.

²³ Disponível em <http://portugues.doingbusiness.org/data/exploreeconomies/portugal>

²⁴ Os *rankings* para todas as economias são relativos a junho de 2014, conforme informação disponível em <http://portugues.doingbusiness.org/data/exploreeconomies/portugal>.

Figura 1 – Despesa total em saúde em percentagem do PIB

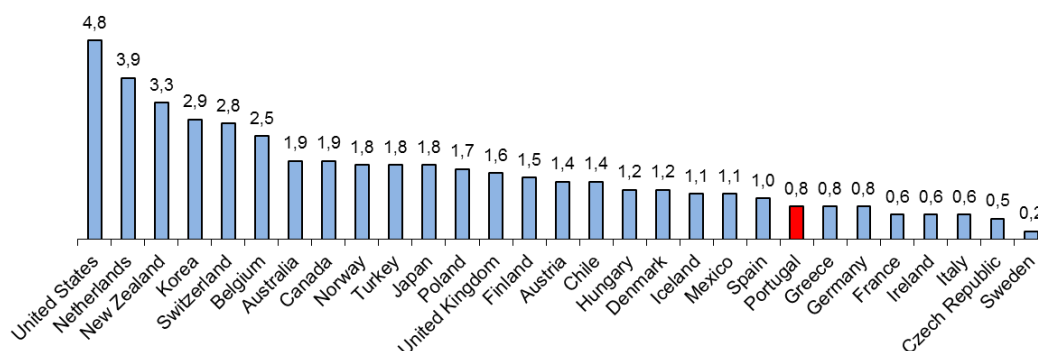
Fonte: OECD Health Data (2014).

Sendo certo que se pode falar de um período de convergência de Portugal relativamente aos parceiros da OCDE desde 1970 até meados da década de 90, a verdade é que a tendência de crescimento deste indicador não abrandou de forma sustentada depois de tal convergência ter sido conseguida. Em Portugal, as despesas totais em saúde situavam-se nos 9,5% do PIB, em 2012, e encontravam-se 0,2 pontos percentuais acima da média dos países pertencentes à OCDE. Entre 1970 e 2012, verificou-se uma evolução de 7,2 pontos percentuais, de 2,3% para 9,5%, da despesa total em saúde em Portugal em percentagem do PIB.

As mudanças na despesa com a saúde em relação ao PIB são o resultado de flutuações conjuntas da taxa de despesa com saúde, e do crescimento da economia como um todo. A crise económica, que começou em 2008, justifica a desaceleração dos gastos em saúde, em oposição ao longo período em que haviam crescido mais rapidamente do que o PIB em muitos países da OCDE. Em sentido inverso, fatores como o envelhecimento da população e a contínua introdução de novas tecnologias de saúde (medicamentos e dispositivos médicos), eventualmente mais eficazes mas também mais caros, deverão continuar a funcionar como fatores de pressão sobre os custos com a saúde. Talvez devido a esta conjugação de forças de sinal contrário, atualmente as expectativas de algumas instituições quanto à evolução futura da despesa em saúde revelam grande volatilidade, e portanto, denotam um nível de incerteza substancial. É o caso, por exemplo, das projeções do Fundo Monetário Internacional (FMI) para o crescimento da despesa em saúde até 2030. Se em Outubro de 2012 estas projeções apontavam para que nos próximos 20 anos Portugal

viesses a ser o terceiro país da OCDE com maior taxa de crescimento (3,5%), só superado a este nível pelos EUA e pela Suíça, a versão mais recente de tais projeções, publicada em Outubro de 2014, aponta para um crescimento da despesa em saúde em Portugal de apenas 0,8%, sendo, portanto, um dos mais modestos da OCDE (ver figura 2).²⁵

Figura 2 – Projeção da variação da despesa da saúde em percentagem, entre 2014-2030, OCDE



Fonte: FMI, Out. 2014 – elaboração própria.

Vários são os fatores que justificam o crescimento das despesas totais em saúde, assumindo cada um, no entanto, diferente preponderância, dependendo da estrutura social, económica e demográfica de cada país. Destes fatores destacam-se a riqueza do país, o envelhecimento da população, o aumento da cobertura de seguro, a tecnologia, o consumo de medicamentos, a produtividade dos fatores, entre outros.

Analisando a realidade da saúde em Portugal em maior detalhe, constata-se que a intervenção dos agentes públicos e privados tem evoluído de forma diferenciada, quer ao nível do financiamento da despesa em saúde, quer da prestação de serviços.

Com efeito, entre 2004 e 2013 a parcela da despesa corrente em saúde financiada publicamente passou de 70% para 66%, embora esta variação resulte de evoluções em sentido contrário no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e nos subsistemas públicos e outras unidades da administração pública, conforme está patente na tabela 1. Do lado dos agentes privados, o crescimento da representatividade total de 30% para 34% deve-se ao incremento na despesa privada familiar (*out-of-pocket*) e nos seguros

²⁵ Projeções constantes dos relatórios “Fiscal Monitor, October 2012” e “Fiscal Monitor, October 2014” do FMI, publicados em <http://www.imf.org/external/ns/cs.aspx?id=262>.

privados. Neste período, a despesa pública cresceu apenas 2%, ao passo que a despesa privada cresceu 21%, o que revela o sentido da mudança que se vem verificando no sistema de saúde português.

Tabela 1 – Despesa corrente em saúde por agentes financiadores (2004-2013)
(em milhões de euros)

Agente financiador	2004	2013	Estrutura em 2004	Estrutura em 2013	Variação 2004-2013
Administrações públicas	9 874	10 091	70%	66%	2%
Serviço Nacional de Saúde	7 910	8 843	56%	58%	12%
Subsistemas de saúde públicos	997	639	7%	4%	-36%
Outras unidades da administração pública	804	427	6%	3%	-47%
Fundos de segurança social	163	183	1%	1%	12%
Setor privado	4 289	5 193	30%	34%	21%
Subsistemas de saúde privados	390	308	3%	2%	-21%
Outros seguros privados	301	541	2%	4%	80%
Despesa privada familiar	3 515	4 284	25%	28%	22%
Inst. s/ fim lucrativo ao serviço de famílias	23	11	0%	0%	-51%
Outras sociedades	60	50	0%	0%	-18%
Total	14 163	15 284	100%	100%	8%

Nota: dados de 2013 são preliminares.

Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde 2009 e 2013.

Também ao nível da prestação, os agentes privados vêm assumindo maior relevo, tanto ao nível da prestação de cuidados hospitalares como em unidades de ambulatório. Sendo certo que ainda hoje, na área hospitalar, as unidades públicas são aquelas em que a maior parcela da despesa neste tipo de serviços é realizada (76%), a verdade é a essa despesa cresceu apenas 5% em nove anos, contra um crescimento de 85% na despesa feita em hospitais privados, resultando esta evolução num incremento da representatividade destes últimos de 15% em 2004 para 24% em 2012. No caso da despesa em cuidados em unidades de ambulatório, o predomínio dos agentes privados só se acentuou no período, sendo certo que a despesa feita em unidades públicas recuou mesmo 17%.

Tabela 2 – Despesa corrente em saúde por tipos de prestadores (2004-2012) (em milhões euros)

Prestadores	2004	2012	Estrutura em 2004	Estrutura em 2012	Variação 2004-2012
Hospitais	5 387	6 300			17%
Públicos	4 578	4 802	85%	76%	5%
Privados	809	1 497	15%	24%	85%
Prestadores de ambulatório	4 494	5 153			15%
Públicos	1 625	1 346	36%	26%	-17%
Privados	2 868	3 807	64%	74%	33%

Nota: dados de 2012 são provisórios.

Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde 2009 e 2013.

Resta pois concluir que esta crescente intervenção dos operadores privados no setor da saúde deverá resultar, pelo menos em parte, do reconhecimento, pela iniciativa privada, da atratividade económica que o setor tem tido, traduzindo-se numa dinâmica económica que contrasta com outros setores de atividade.

Tal contraste remete para uma outra ótica de análise. Com o intuito de se avaliar o peso do setor da saúde na economia, e a sua evolução, consideraram-se agregados macroeconómicos que medem a produção e a criação de valor. Para tal foram analisados três indicadores, no ramo “atividades de saúde humana”²⁶, no período entre 2000 e 2011: os consumos intermédios²⁷; o emprego equivalente a tempo completo²⁸; e o investimento²⁹ (considerado a formação bruta de capital fixa). Através da análise da tabela *infra*, verifica-se que, ao contrário do investimento, o consumo e o emprego

²⁶ Os valores apresentados são baseados nas Contas Nacionais Anuais (ano base 2006). A produção pode ser analisada por setor de atividade, ao nível mais agregado, existindo 10 rubricas da *Statistical classification of economic activities in the European Community - NACE Rev. 2*; a rubrica “atividades de saúde humana” representa o setor da saúde.

²⁷ O consumo intermédio consiste nos bens e serviços consumidos como elementos de um processo de produção, excluindo os ativos fixos, cujo consumo é registado como consumo de capital fixo. Os bens e serviços podem ser transformados ou utilizados no processo produtivo (PORDATA, metainformação – Sistema Europeu de Contas).

²⁸ Emprego equivalente a tempo completo é igual ao número de postos de trabalho equivalentes a tempo completo, é definido como o total de horas trabalhadas dividido pela média anual de horas trabalhadas em postos de trabalho a tempo completo no território económico. Embora o total de horas trabalhadas seja a melhor medida da utilização de mão-de-obra, na falta desta informação, a equivalência a tempo completo poderá ser o melhor substituto disponível: pode ser estimada mais facilmente, e permite comparações internacionais com países que apenas podem fazer estimativas de emprego equivalente a tempo completo (PORDATA, metainformação – Sistema Europeu de Contas).

²⁹ A formação bruta de capital fixo engloba as aquisições líquidas de cessões, efetuadas por produtores residentes, de ativos fixos durante um determinado período e ainda determinados acréscimos ao valor de ativos não produzidos obtidos através da atividade produtiva de unidades de produção ou institucionais. Os ativos fixos são ativos produzidos utilizados na produção durante mais de um ano (PORDATA, metainformação - Sistema Europeu de Contas).

exibiram um crescimento no período em análise. O consumo foi o indicador que mais cresceu, embora o emprego seja o indicador em que a saúde tem uma maior representatividade no total de todas as atividades existentes na economia portuguesa. Importa destacar que o setor da saúde usa intensivamente o fator produtivo trabalho, e o progresso tecnológico não reduz a utilização do fator trabalho. Este argumento é conhecido como a doença de Baumol³⁰, que parte do pressuposto que existem setores, nomeadamente o da saúde, que evoluem a diferentes ritmos em termos de crescimento de produtividade.

Deve ainda notar-se que, na maioria dos demais setores de atividade, o nível de emprego decresceu no período em análise. A título exemplificativo, de 2000 a 2011, no setor de atividade da produção e distribuição de eletricidade, gás, vapor e ar frio, o nível emprego diminuiu 41%, na indústria têxtil, do vestuário, do couro e dos produtos de couro, decresceu 38%, e na agricultura, silvicultura e pesca, decresceu 34%. Estas variações comparam-se com um crescimento de 18% do nível de emprego no setor da saúde, no mesmo período. Já o ramo da educação apresentou uma taxa de crescimento do emprego positiva (6%), mas inferior ao setor da saúde.

Tabela 3 – Produção e criação de valor no consumo, no emprego e no investimento no setor da saúde (2000-2011)

Indicador	Taxa crescimento anual média	Taxa crescimento no período	Representatividade no total dos setores na economia em 2011
Consumos intermédios	5%	81%	3%
Emprego equivalente a tempo completo	1%	18%	5%
Formação bruta de capital fixo	-1%	-16%	3%

Fonte: PORDATA.

Ao confrontar os resultados acabados de referir com o desempenho macroeconómico global do país, a dinâmica do setor da saúde destaca-se positivamente ao nível do consumo. Com efeito, o consumo intermédio na totalidade dos ramos de atividade aumentou apenas 33% no mesmo período em que aumentou 81% no ramo das atividades de saúde humana. No entanto, o investimento reduziu-se mais neste setor (concretamente, uma variação de -16%) do que no total da economia (-13%), o que deve merecer uma reflexão cuidada.

³⁰ Baumol, W., (1993), "Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice", *Public Choice*, Springer, vol. 77(1), pp. 17-28.

4. Identificação e descrição dos custos de contexto

Na presente secção pretende identificar-se os custos de contexto no setor da saúde, bem como o seu impacto potencial no funcionamento do setor.

Numa primeira fase, para identificação inicial dos custos de contexto potencialmente relevantes no setor da saúde, recorreu-se ao conhecimento acumulado pela ERS no âmbito das suas atividades de supervisão e de estudo da organização do sistema de saúde, bem como a literatura nacional e internacional sobre esta matéria.

Em complemento, a ERS enviou em 10 de outubro de 2014 um ofício à AICEP, solicitando informação sobre custos de contexto no setor da saúde identificados e diligências encetadas com vista à sua eliminação, no âmbito das competências daquele organismo nesta matéria (cfr. n.os 1 e 2 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 229/2012, de 26 de outubro), cujo conteúdo da resposta se resume no capítulo 4.2..

Para avaliação do grau de importância dos custos de contexto identificados foi realizado um estudo por inquérito junto de uma amostra de representantes de diferentes *stakeholders* do setor da saúde, a fim de se estabelecer uma valoração que poderá ditar o grau de prioridade na adoção de medidas tendentes a eliminar ou reduzir os custos de contexto identificados. A resposta ao questionário permitiu igualmente identificar outros custos de contexto, nas áreas consideradas ou outras.

Assim, o conjunto de custos de contexto identificados e descritos no presente capítulo beneficia dos contributos da AICEP e dos *stakeholders* inquiridos.

4.1. Custos anteriormente identificados pela ERS

No que se refere à temática dos custos de contexto, a ERS não tinha realizado até ao momento um estudo dedicado à sua enumeração e propostas de medidas que os dirimam. No entanto, no âmbito de vários estudos e processos, algumas áreas do setor da saúde em que eram reconhecidas dificuldades e insuficiências, passíveis de constituir custos de contexto, foram extensamente analisadas pela ERS ao longo dos anos, em grande parte dos casos resultando desse estudo a emissão de pareceres e recomendações dirigidas aos decisores políticos propondo medidas de alteração.

A presente secção resume algumas das conclusões dessa intervenção, não se pretendendo, no entanto, uma cobertura exaustiva quanto à atuação da ERS que possa ser enquadrada nesta temática.

Licenciamento

Em 2007, a ERS elaborou um estudo a respeito do processo de licenciamento de prestadores de cuidados de saúde³¹, ano em que não existia, em Portugal, um regime jurídico único, mas sim diplomas específicos para alguns tipos de prestadores, sendo certo que estavam isentos da aplicação das regras procedimentais previstas em matéria de licenciamento o setor público e o setor social.

Nesse estudo era advogada a necessidade de uma revisão legislativa, no sentido da criação de normas gerais que abarcassem todos os tipos de estabelecimentos, independentemente de terem natureza pública, privada ou social, bem como da definição das especificidades técnicas de cada valência em regulamento autónomo próprio, com ênfase na promoção de uma diminuição significativa das barreiras administrativas à entrada no mercado.

As recomendações emitidas com vista à orientação dessa revisão legislativa, procuraram incentivar a simplificação do licenciamento, quer por via da criação da figura da licença provisória³², quer por simplificação do controlo prévio e instalação de um controlo sucessivo mais rigoroso e exigente³³.

Resultou igualmente do estudo referido que o modelo de funcionamento das Comissões de Verificação Técnica, encargos de realizarem vistorias necessárias ao licenciamento, seria um dos aspetos mais negativos do modelo de licenciamento que então vigorava.

Com o Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, que veio estabelecer o regime jurídico a que ficavam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, foram dirimidas algumas das questões expostas pela ERS, no sentido da criação da definição de normas gerais, ainda que continuasse a não abranger os estabelecimentos públicos e de natureza social, bem como da definição gradual das especificidades técnicas de cada valência em regulamento autónomo próprio, nomeadamente por portaria.

³¹ “Estudo sobre o Processo de Licenciamento de Prestadores de Cuidados de Saúde”, disponível em www.ers.pt.

³² Em concreto pode ler-se no texto da recomendação publicada que “[d]everá ser criada a figura de licença provisória, a atribuir àqueles estabelecimentos para os quais o cumprimento imediato e integral dos requisitos técnicos exigidos for demasiado oneroso, desde que os riscos para a segurança e a saúde dos utentes não sejam significativos”.

³³ Em concreto pode ler-se no texto da recomendação publicada que “[o] procedimento de controlo prévio deverá ser simplificado, seja através da utilização de tecnologias de informação, como também através da alteração do paradigma atual, para o princípio da confiança no controlo prévio e a instalação de um controlo sucessivo mais rigoroso e exigente”.

A abertura ou funcionamento de uma unidade privada de serviços de saúde dependia da obtenção de licença emitida pela administração Regional de Saúde (ARS) territorialmente competente, nos termos daquele decreto-lei, e do registo na ERS, nos termos do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio³⁴, sendo certo que passou a encontrar-se prevista a possibilidade de um procedimento de licenciamento simplificado, consubstanciado no preenchimento eletrónico de declaração disponível nos sítios da Internet da ERS e da ARS (cfr. artigo 3.º da Secção II do decreto-lei do licenciamento).

Da análise das conclusões do estudo “Acesso, Concorrência e Qualidade no Setor Convencionado com o Serviço Nacional de Saúde – Análises Clínicas, Diálise, Medicina Física e de Reabilitação e Radiologia”, publicado em 2013³⁵, encontra-se patente a relação entre convenções e regime de licenciamento. Assim, e embora o estudo em causa se referisse ao regime das convenções, foi recomendado ao Governo, em matéria de licenciamento, a conclusão do processo legislativo iniciado com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, designadamente com aprovação das portarias previstas para as várias tipologias, que ainda se encontravam por publicar, bem como a aprovação do diploma próprio relativo ao licenciamento das unidades de saúde pertencentes a instituições particulares de solidariedade social, procurando garantir a uniformização de regimes jurídicos e respetivos requisitos mínimos relativos à organização e funcionamentos das unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Com efeito, não impedia sobre as entidades do setor social a obrigação de procederem ao licenciamento dos estabelecimentos de saúde por si detidos, de acordo com o n.º 3 do artigo 1.º da Secção I do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, *supra* referido, que previa que “[o] regime jurídico aplicável às unidades privadas de serviços de saúde cuja titularidade seja de instituições particulares de solidariedade social com objetivos de saúde é objeto de diploma próprio”.

Com a aprovação de um novo regime geral do licenciamento, pelo Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, o regime de exceção das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) mantém-se, não sendo este diploma aplicável às IPSS integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados. Por seu turno, os prestadores públicos e sociais abrangidos pelo artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, vêm a verificação dos requisitos de funcionamento titulada por declaração de conformidade e não por licença, a qual “[...] é obtida mediante procedimento próprio, a

³⁴ Alterado pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

³⁵ Disponível em www.ers.pt.

definir por portaria”. Para as restantes “[...] unidades de serviços de saúde cuja titularidade seja de IPSS ou de instituições militares [...] as condições de abertura e funcionamento, bem como os termos da declaração de conformidade, são definidos por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e, respetivamente, da segurança social ou da defesa nacional”³⁶.

Na mesma data, o Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, mediante o qual foram aprovados os novos estatutos da ERS, vem reduzir em parte a dispersão regulatória nesta matéria, na medida em que a competência de licenciamento e de registo passam a ser da responsabilidade da ERS (cfr. artigo 5.º do Anexo do Decreto-Lei n.º 126/2014), bem como a competência de controlo de requisitos de funcionamento (nos termos do artigo 11.º do Anexo do Decreto-Lei n.º 126/2014). Porém, ao nível do licenciamento, é atribuição da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) “[p]roceder à elaboração de normas técnicas e procedimentais, a nível nacional, no domínio das instalações e equipamentos da saúde, após a audição prévia da Entidade Reguladora da Saúde [...]” (cfr. artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto).

A título de exemplo de exigências de funcionamento específicas que em algumas áreas se somam às barreiras gerais apontadas no regime de licenciamento acima descrito, refira-se o estudo “Acesso, Concorrência e Qualidade na Realização de Exames PET”, publicado pela ERS em 2013³⁷, que foca estabelecimentos detentores de equipamento de Tomografia por Emissão de Positrões (PET).

Com efeito, ao nível das instalações e equipamentos, para além do cumprimento do regime de licenciamento geral, estes estabelecimentos necessitam de deter licença para o funcionamento de uma instalação radiológica, nos termos do previsto no Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto, sendo a Direção Geral da Saúde (DGS) responsável pela autorização/licenciamento dessas instalações, bem como cumprir as regras da instalação do equipamento médico pesado, aplicável a prestadores de cuidados de saúde, do setor público e privado, que nos termos do Decreto-Lei n.º 95/95, de 9 de maio, implica autorização prévia para a referida instalação por parte do Ministro da Saúde, a conceder de acordo com critérios de programação e de distribuição territorial a fixar em resolução do Conselho de Ministros³⁸.

³⁶ Cfr. n.º 4 do artigo 1.º, e n.º 2 e n.º 5 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto.

³⁷ Disponível em www.ers.pt.

³⁸ Cfr. artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 95/95, de 9 de maio.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho, que fixou os critérios de deferimento da autorização para a instalação do equipamento médico pesado, no âmbito do Decreto-Lei n.º 95/95, de 9 de maio, prevê uma limitação à instalação com base, no caso concreto da autorização para instalação do aparelho PET, no rácio de um aparelho por cerca de 1.000.000 de habitantes³⁹.

Este quadro legal motivou uma recomendação da ERS no sentido de as entidades responsáveis agilizarem o processo de renovação das licenças de funcionamento das instalações radiológicas e de ser alterado o decreto-lei referido, de modo a que a autorização ministerial apenas se aplique às unidades de natureza pública, com fundamento num eventual aumento da oferta que, por um lado, promove o acesso dos utentes não financiados pelo SNS, e por outro lado, fomenta a concorrência no mercado da realização de exames PET.

Ao nível do reconhecimento de competências dos especialistas em física médica, os profissionais que cumpram um dos requisitos previstos no Decreto-Lei n.º 72/2011, de 16 de junho⁴⁰, dispunham do período de seis meses, após a entrada em vigor do presente decreto-lei, para efetuar o respetivo pedido⁴¹. Considerando que neste âmbito é competência da ACSS a verificação dos requisitos necessários a esse reconhecimento⁴², e estando este procedimento dependente ainda da constituição de uma Comissão Consultiva a que compete “emitir parecer sobre os requisitos previstos no presente despacho, sempre que solicitado pela ACSS, IP”⁴³, a ERS recomendou que a ACSS deverá criar as condições necessárias para o efetivo reconhecimento dos especialistas em física médica, sempre que se verifique o preenchimento dos requisitos necessários.

Ainda quanto a requisitos de recursos humanos, refira-se a título de exemplo a realidade de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) em que, nos termos da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro, que estabelece os requisitos técnicos a que deve obedecer o exercício da atividade das unidades de MFR, subsiste a necessidade das unidades de MFR serem tecnicamente dirigidas por um diretor clínico, especialista em fisioterapia⁴⁴, sendo certo que cada diretor clínico deve “assumir a responsabilidade por

³⁹ Cfr. alínea c) do artigo 1.º do Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho.

⁴⁰ Cfr. n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 72/2011, de 16 de junho.

⁴¹ Cfr. artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 72/2011, de 16 de junho.

⁴² Nos termos do n.º 3 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 72/2011, de 16 de junho.

⁴³ Cfr. n.º 1 do artigo 6.º do Despacho n.º 4606/2013, de 2 de abril.

⁴⁴ Cfr. n.º 1 do artigo 13.º do Capítulo IV, da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

uma única unidade de medicina física e de reabilitação, implicando a sua disponibilidade efetiva por um período não inferior a quatro horas diárias”⁴⁵.

Ora, no estudo denominado “Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação”, realizado pela ERS em 2008⁴⁶, considerava-se como muito provável que o número de médicos fisiatras e o encerramento das convenções se revelassem barreiras à expansão da rede de serviços de MFR nas áreas de menor disponibilidade.

Nesse contexto, o regime jurídico do licenciamento das unidades privadas de MFR, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de novembro, previa a instalação de unidades/departamentos funcionais, que permitiriam alargar o âmbito geográfico de atuação dos estabelecimentos de MFR sem a necessidade de um aumento proporcional do número de médicos fisiatras, não tendo sido, no entanto, publicada regulamentação que possibilitasse o licenciamento e a entrada em funcionamento de forma generalizada destes departamentos funcionais.

Assim, a ERS recomendou ao Governo que, para além de criar todas as condições que permitissem ao SNS celebrar convenções na área da MFR em todo o território de Portugal continental, deveriam ser criadas todas as condições, em termos de enquadramento legal e procedimental, que permitissem a instalação de unidades/departamentos funcionais nas entidades prestadoras de cuidados de MFR, enquanto unidades que pudessem funcionar em instalações separadas do estabelecimento central, mas sujeitas à mesma direção clínica.

Mais recentemente, a Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro, que estabelece os requisitos técnicos a que deve obedecer o exercício da atividade das unidades de MFR, prevê no seu artigo 9.º a existência de departamentos funcionais, concretamente determinando que “[s]egundo as valências que as integram, as unidades de medicina física e de reabilitação podem repartir-se nos seguintes departamentos funcionais, nomeadamente:

- a) Cuidados a doentes agudos, subagudos e crónicos;
- b) Cuidados continuados a doentes idosos e ou dependentes, em tratamento ambulatorio ou domicílio;
- c) Cuidados no âmbito da reabilitação pediátrica”⁴⁷,

⁴⁵ Cfr. n.º 3 do artigo 13.º do Capítulo IV, da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

⁴⁶ Disponível em www.ers.pt.

⁴⁷ Cfr. n.º 1, do artigo 9.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

sendo certo que “[o]s departamentos funcionais [...] podem funcionar em instalações separadas, diretamente dependentes da unidade central, desde que a sua localização permita o acesso em menos de trinta minutos, sendo as mesmas aprovadas pela ARS respetiva”⁴⁸.

Não obstante, um departamento funcional deve cumprir o disposto no artigo 5.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro, concretamente “[...] colocar em local bem visível do público o horário de funcionamento, o nome do diretor clínico [...]”, acrescido da indicação da unidade central de que dependem.

Este modo específico de organização da unidade funcional de uma MFR, possibilita que ambos os espaços físicos sejam tecnicamente dirigidos pelo mesmo diretor clínico (médico fisiatra), conforme parece resultar da leitura sistemática do artigo 13.º, concretamente no seu n.º 3, ao estatuir que “[c]ada director clínico deve assumir a responsabilidade por uma única unidade de medicina física e de reabilitação”.

Contudo, não resulta aclarado quais os limites e moldes do recurso a esta faculdade, uma vez que não foram instituídas condições específicas à sua admissibilidade, tendo o legislador delegado nas ARS territorialmente competentes a sua definição pela análise casuística prévia e emissão de pronúncia sobre a sua aprovação. Nos termos da referida portaria, o legislador parece conferir um carácter excecional à aprovação do funcionamento destas unidades, reconduzindo-se àqueles casos em que sendo inviável a oferta qualificada de todos os departamentos funcionais na unidade central e visando assegurar um ajuste desta oferta às reais necessidades populacionais, é assegurada a sua prestação em espaço físico autónomo, tendencialmente menos exigente em termos dos requisitos instituídos para o acolhimento e receção, que se apresente como complementar (mas não cumulativo) à atividade da sede e que, permitindo o rápido acesso, acautele o encaminhamento ágil e eficaz dos utentes da sede para a unidade a fim de efetuarem os tratamentos.

Convenções

No âmbito das convenções com o SNS, a ERS publicou três estudos, o primeiro elaborado em 2006 e o segundo em 2008, evidenciando a necessidade da revisão do regime de convenções então em vigor, para garantia do acesso e da concorrência. Na sequência desses estudos, e em virtude da não alteração a este regime, subsistiu a necessidade de realização do estudo “Acesso, Concorrência e Qualidade no Setor

⁴⁸ Cfr. n.º 3, do artigo 9.º da Portaria n.º1212/2010, de 30 de novembro.

Convencionado com o SNS – Análises Clínicas, Diálise, Medicina Física e de Reabilitação e Radiologia”, publicado em 2013⁴⁹.

No âmbito deste terceiro estudo sobre esta área, foram emitidas recomendações ao Governo, com vista à melhoria do funcionamento do modelo de convenções em vigor, tendente a superar algumas insuficiências ou desconformidades verificadas.

Concretamente, recomendou-se “[r]eformar o modelo de celebração de convenções, de modo a garantir o acesso às convenções de toda a oferta potencial já instalada e a instalar, desde que preencham os requisitos legalmente estabelecidos e em igualdade de circunstâncias”. Foi também proposta a implementação de um modelo de celebração de convenções assente em contratos de adesão, mas que permita, excecionalmente, em mercados geográficos e valências específicas, submeter o procedimento de aquisição à concorrência por uma das vias legalmente previstas e atendendo às especificidades dos serviços a prestar e do mercado visado. Nesse sentido, foi publicado o Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que veio regulamentar o regime de celebração das convenções. Importa notar que a escolha do tipo de procedimento de contratação passou a “[...] ter em conta não apenas a área de prestação, mas também a natureza e as características do mercado a que se dirige a convenção. Assim, em mercados que registem um nível de concorrência significativo poderá revelar-se mais adequado o procedimento de contratação específico, ao invés do contrato de adesão, que será mais adequado para mercados com graus de concorrência reduzidos.”

A ERS também recomendou “[...] reavaliar os preços de referência para todos os atos convencionados, tendo em vista a sua aproximação aos preços mais baixos praticados pelas entidades financiadoras presentes no mercado, designadamente seguradores e particulares”. Nesse sentido, no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, foi definido que os preços máximos a pagar no âmbito das convenções são os constantes na tabela de preços do SNS, com estabelecimento de limites mínimos de preços mediante despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, de forma a assegurar a qualidade das prestações de saúde, em condições normais de concorrência.

Taxas moderadoras

No estudo “O Novo Regime Jurídico das Taxas Moderadoras”, publicado em 2013⁵⁰, foram destacados como constrangimentos à implementação deste novo regime,

⁴⁹ Disponível em www.ers.pt.

designadamente, o funcionamento do sistema informático dos prestadores do SNS, a dificuldade na interligação entre os sistemas, e a indefinição e heterogeneidade nos procedimentos a adotar para a cobrança dos valores em dívida pelos utentes. Foram identificadas também dificuldades na implementação da cobrança coerciva de taxas moderadoras pela Autoridade Tributária e Aduaneira, não obstante esta se encontrasse prevista no Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho, que entrou em vigor em 1 de janeiro de 2012. A cobrança coerciva começou a ser implementada apenas no final do ano de 2014.

As restantes questões prendiam-se essencialmente com as disposições legais em vigor, quer pela sua ausência ou falta de esclarecimento aos prestadores acerca das suas implicações, quer pelas sucessivas alterações e emissão de orientações⁵¹ que foram sendo introduzidas. Estas alterações legais e dispersão ao nível das orientações não deixam de impactar no conhecimento acerca das regras e orientações a cada momento aplicáveis. Em consequência, os prestadores não dispunham, a todo o tempo, de conhecimento que garantisse a plena informação aos utentes, tendo-se igualmente gerado dúvidas quanto à cobrança, que levaram a situações de cobrança indevida (de taxas moderadoras a utentes isentos ou dispensados, e o oposto) que necessitaram de ser revistas posteriormente.

Redes de Referência

A ERS realizou um estudo sobre as Redes de Referência Hospitalar (RRH), em 2010⁵², visando aferir se o não cumprimento das RRH impactava com o respeito do direito fundamental de acesso dos utentes aos serviços públicos de cuidados de saúde. Concluiu-se no estudo que: (i) nem todas as RRH publicadas foram objeto de um qualquer Despacho Ministerial de aprovação; (ii) o modelo das RRH tal como existente resulta na estipulação de regras meramente orientadoras, obrigando a que cada uma das ARS, enquanto entidades legalmente competentes, procedam à sua concretização com vista ao efetivo cumprimento, por parte dos prestadores envolvidos, de cada uma das RRH.

Nesse sentido, o Conselho Diretivo da ERS recomendou a cada uma das ARS a definição, publicitação e imposição para cumprimento, por parte dos estabelecimentos

⁵⁰ Disponível em www.ers.pt.

⁵¹ Mormente mediante a intervenção da ACSS, em momentos e com recurso a instrumentos distintos, materializando-se em Circulares Normativas e Circulares Informativas.

⁵² Intitulado “As Redes de Referência Hospitalar como Regras de Acesso do Utente aos Cuidados de Saúde do Serviço Nacional de Saúde”, disponível em www.ers.pt.

prestadores de cuidados de saúde envolvidos, das RRH que se apresentassem como necessárias nas suas áreas de influência.

Também no “Estudo para a Carta Hospitalar – Especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia e Infeciologia”⁵³, elaborado em 2012 pela ERS, se advoga que a Rede Hospitalar com Financiamento Público deve ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, organizado de uma forma coerente e assente em princípios de racionalidade e eficiência. Ora, a cada estabelecimento hospitalar que integra a rede devem ser atribuídos uma área geográfica e populacional de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação, nomeadamente no âmbito de uma rede de referência, quer com as unidades de cuidados primários, quer com os demais estabelecimentos hospitalares.

Mas para que cada um dos estabelecimentos hospitalares possa atingir os objetivos pretendidos, as RRH, bem como a missão atribuída a cada estabelecimento hospitalar, devem permanecer estáveis e ter em conta a evolução previsível das necessidades das populações.

Porém, mantinha-se em 2012, uma realidade em que as “RRH existentes consubstancia[va]m meras linhas orientadoras, que estabelecem requisitos e critérios apresentados como desejáveis mas reconhecidos como inexistentes⁵⁴”. De facto, constata-se que as RRH, elaboradas no seio da DGS e/ou da ACSS, para além de por vezes não respeitarem o princípio da autossuficiência regional, apresentam uma natureza meramente programática e orientadora. Dessas RRH, algumas foram publicadas e objeto de homologação Ministerial (por intermédio de Despacho), outras embora publicadas não foram objeto de homologação Ministerial e, outras ainda, embora em número reduzido, foram elaboradas, aprovadas e ordenadas pelas ARS para cumprimento pelos estabelecimentos hospitalares.

Do estudo de 2012 resultava, assim, reiterado o reconhecimento da necessidade de cada uma das ARS, por si e em concertação de esforços, se organizar, estruturar, publicitar e ordenar para cumprimento, pelos estabelecimentos do SNS das suas áreas geográficas, as RRH ou outras redes e regras julgadas necessárias ao cumprimento do carácter da universalidade e generalidade do SNS.

Não obstante terem sido publicadas, no sítio eletrónico da ACSS, cinco novas RRH já objeto de aprovação Ministerial, entre 2009 e 2012, concluiu-se no “Estudo para a

⁵³ Disponível em www.ers.pt

⁵⁴ Cfr. as RRH que foram elaboradas pela DGS e ACSS, e o Parecer e Recomendação da ERS de 2009, publicados no sítio eletrónico da ERS, em www.ers.pt.

Carta Hospitalar – Especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia e Infeciologia” que essas RRH não resultavam de uma análise circunscrita à realidade regional, para se revelarem, à semelhança das demais entretanto já analisadas no ano de 2009, como regras de âmbito nacional.

Regime de relação entre o SNS e as IPSS

O Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, regula a relação do Ministério da Saúde com as IPSS, e em concreto define as formas de articulação entre o Ministério da Saúde e os serviços do SNS com as IPSS e o regime de devolução dos hospitais das misericórdias que foram anteriormente integrados no setor público e que são geridos pelo SNS. Ao nível daquela articulação, o n.º 1 do artigo 2.º do decreto-lei anteriormente referido dispõe que as IPSS podem intervir na atividade do SNS “numa de três modalidades:

- a) Acordo de gestão: caso em que uma IPSS gere um estabelecimento do SNS;
- b) Acordo de cooperação: caso de integração de um estabelecimento detido e gerido por uma IPSS na rede do SNS;
- c) Convenções: neste caso aplica-se o novo regime jurídico das convenções do SNS, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro.”

Do lado do Ministério da Saúde, os acordos podem ser celebrados por ARS, quando o seu âmbito é regional, ou pela ACSS, se o âmbito for nacional, e têm de ser homologados pelo Ministério da Saúde. Do lado das IPSS, a celebração é feita por IPSS individuais, ou uniões, federações ou confederações de IPSS.

Em consequência da publicação do decreto-lei, e mais concretamente do acordo de gestão celebrado entre a ARS do Norte e a Santa Casa de Misericórdia do Porto (SCMP), a ERS publicou um parecer, em janeiro de 2014, onde é referido que tal regime não impõe um mecanismo de concorrência no acesso à contratação com o SNS, nem tampouco exige a auscultação do mercado quanto a propostas alternativas para a concessão da gestão das unidades de saúde públicas, e nesse sentido indica que o Ministério da Saúde e suas estruturas poderiam ser mais ativos na promoção da concorrência e na pesquisa de soluções mais vantajosas, na medida em que a opção por este regime não é a única possível.

No caso concreto do acordo estabelecido entre a ARS do Norte e a SCMP, a ERS recomendou que “[...] durante os três anos de duração do acordo celebrado com a SCMP, o Ministério da Saúde reavalie as condições de funcionamento do Centro de Reabilitação do Norte (CRN) no sentido de aferir da necessidade de manter um

modelo de gestão assente em concessão a operador não público vis-à-vis um modelo em que a gestão seja assegurada por entidade pública”.

Nesse âmbito, a ERS recomendou ainda que, a manter-se a opção por concessão da gestão a operador não público, o Ministério da Saúde acautele temporalmente o início de um procedimento de contratação mais exigente que permita, no final daquele prazo, avaliar a eventual renovação do acordo contra outras propostas de gestão que o mercado possa oferecer, pressuposto, aliás, referido pela própria ARS do Norte na sua argumentação em favor do acordo celebrado.

Em suma, desde 2006 a ERS vem analisando e identificando matérias que constituem custos de contexto no setor da saúde, de naturezas tão diversas como os regimes de licenciamento para a prestação de cuidados de saúde (geral e aplicáveis a algumas atividades específicas), as restrições de acesso ao mercado convencionado, a frequência das alterações legais que enquadram as atividades em saúde, as lacunas em termos de orientações dirigidas pelas entidades competentes aos prestadores, constrangimentos informáticos dos prestadores integrados no SNS (sejam de públicos ou convencionados), o não funcionamento efetivo das RRH, e as assimetrias geradas pelo regime de relacionamento entre o SNS e as IPSS.

4.2. Atuação da AICEP em matéria de custos de contexto no setor da saúde

No ofício enviado pela ERS à AICEP, em 10 de outubro de 2014, foi solicitada informação sobre custos de contexto no setor da saúde identificados e diligências encetadas com vista à sua eliminação, no âmbito das competências daquele organismo nesta matéria (cfr. n.^{os} 1 e 2 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 229/2012, de 26 de outubro).

Em resposta, rececionada pela ERS em 9 de dezembro de 2014, foram resumidos pela AICEP os constrangimentos e dificuldades veiculados pelos agentes económicos do setor da saúde como prejudiciais para a competitividade das suas empresas, com distinção entre custos de contexto de âmbito nacional e domínio internacional.

Dos custos de contexto de âmbito nacional, foi destacada pela AICEP a questão do reconhecimento de competências, foi dado enfoque ao processo de **reconhecimento dos Físicos Médicos** (ao abrigo do Decreto-Lei n.º 72/2011 e do Despacho n.º 4606/2013), que exige a apresentação, no país estrangeiro, do documento de reconhecimento do profissional no país de origem. Assim, a falha neste processo, em

Portugal, “está a bloquear o acesso destes profissionais a outros mercados e à inibição da prestação dos serviços que as empresas portuguesas desenvolvem nesta área nas unidades de saúde desses países”.

Por seu turno, resultou da atividade da AICEP nesta matéria a tomada de conhecimento de algumas barreiras à investigação e desenvolvimento no setor, nomeadamente: **demora na aprovação de ensaios clínicos**, nos aspetos que se encontram sob o domínio da CNPD; **regras de segurança e higiene no trabalho** não adaptadas à realidade dos centros empresariais; **dificuldades na importação de produtos biológicos extra comunitários** por demora na alfândega, e em concreto no caso do etanol cuja licença para compra está dependente da alfândega local, não sendo um processo possível por via eletrónica.

Enquanto fatores que limitam a competitividade das empresas foram destacados o **acesso a fundos comunitários** para investigação em biotecnologia, cujas estruturas de avaliação não estão preparadas para o nível de risco que este tipo de projetos apresenta, bem como a falta de cumprimento de **prazos para aprovação de projetos**, que por vezes corresponde à perda de oportunidade das empresas. Por outro lado, Portugal revela-se, no ponto de vista da AICEP, um país **pouco atrativo na área dos ensaios clínicos**, na medida em que a “maioria dos centros clínicos não está devidamente organizado para a execução de ensaios clínicos e os hospitais do SNS não funcionam em rede”. Certo é que, segundo a AICEP, o potencial económico em termos de investigação científica em Portugal corresponde a “cerca de 400 milhões de euros que poderão ser utilizados para financiar o SNS [...]”.

Ainda no âmbito dos ensaios clínicos, a AICEP refere constrangimentos relativos à **Lei dos Ensaio Clínicos** (Decreto-Lei n.º 21/2014, de 16 de abril), nomeadamente quanto à falta da plataforma Registo Nacional de Estudos Clínicos (RNEC), bem como ao facto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) não contemplar o acesso dos auditores aos dados dos doentes em sede de auditoria.

Em matéria de custos associados à realização de ensaios clínicos, foram propostas diversas medidas, dada a sua especificidade e potencial económico, em concreto a operacionalização regulamentar da Lei dos Ensaio Clínicos, a “centralização no Infarmed [...] de todas as aprovações necessárias, bem como a criação da “one stop shop” neste organismo” e a conceção, no âmbito de fundos comunitários, de uma “categoria específica para ensaios clínicos para projetos entre 3 e 10 milhões de euros”. Foi igualmente proposta a criação de um gabinete nacional transversal a todos os hospitais do SNS para a gestão de ensaios clínicos, responsável por todas as

interações com as empresas e pela gestão dos ensaios, com competência de coordenação das unidades, garantido a qualidade dos ensaios, e focada no desenvolvimento da atratividade de ensaios para Portugal.

Por outro lado, para incentivo à competitividade uma das medidas indicadas pela AICEP prende-se com a criação de um crédito de imposto sobre investimentos com investigação e desenvolvimento que substitua o atual Sistema de Incentivos Fiscais à I&D Empresarial (SIFIDE) e seja útil às empresas de desenvolvimento de produto. É ainda sugerida a agilização do processo de aprovação de projetos de investimento, com definição e cumprimento de prazos máximos.

Foram igualmente identificados pela AICEP custos associados à implementação do novo regime de **licenciamento** de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, quanto ao processo de transferência de competências das ARS para a ERS. Concretamente, é referido que “[o] regime aplicável aos processos pendentes, confere às ARS um prazo de 30 dias para remessa dos mesmos à ERS. Nos 30 dias a ARS ou licencia ou remete à ERS. A realidade é que o entendimento não tem sido este e os procedimentos que já tinham sido efetuados com a ARS terão que ser repetidos junto da ERS, sob pena de perda de eficácia”.

Para além dos custos de contexto elencados, foram enunciadas pela AICEP questões atinentes ao setor do medicamento, que aqui se resumem ainda que não se insiram no âmbito das competências da ERS. Estes custos referem-se à obrigatoriedade ao nível da informação a constar nas embalagens dos medicamentos, que implica custos devido às sucessivas alterações, nomeadamente de PVP, à falta de regulamentação dos preços dos medicamentos não comparticipados, a constrangimentos de meios e investimentos para a implementação do Projeto de Serialização na cadeia de medicamentos e a aumento de taxas no âmbito do “Novo Sistema de Farmacovigilância”.

Por último, a AICEP elencou um conjunto de custos de contexto sentidos pelas empresas portuguesas do setor da saúde no acesso a mercados externos, e que se coadunam essencialmente com questões burocráticas e administrativas na relação com países terceiros, traduzidas por entraves de origem legal e regulamentar, de língua e de procedimentos para entrada em mercados de países externos à UE.

No sentido de suprir alguns dos custos de contexto reportados, a AICEP propôs um conjunto de medidas, para além daquelas já referidas, das quais se destacam: o “cumprimento atempado dos mecanismos de reconhecimento de conformidade e de verificação por auditoria do cumprimento regulamentar e das boas práticas”; a

definição concreta de competências regulamentares e administrativas dos organismos nacionais (no que respeita aos suplementos alimentares e aos biocidas, entre os Ministérios da Agricultura e da Saúde); a alteração da legislação aplicável em matéria de higiene e segurança no trabalho, com a previsão de que as empresas possam partilhar recursos neste domínio.

4.3. Descrição de custos de contexto

As descrições relativas a custos de contexto que se apresentam no presente capítulo refletem o conhecimento acumulado pela ERS no âmbito das suas atividades de supervisão e de estudo da organização do sistema de saúde, da literatura nacional e internacional revista, bem como do entendimento dos *stakeholders* inquiridos pela ERS sobre esta matéria.

Licenciamento da atividade

Os custos de contexto apresentados neste tópico afetam diretamente a atividade dos prestadores de cuidados de saúde, desde logo no momento da decisão de investir no setor da saúde.

A entrada em funcionamento de unidades de saúde privadas está sujeita às obrigações de **registo na ERS** (cfr. o artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto e a Portaria n.º 52/2011, de 27 de janeiro) e à obtenção de licença de funcionamento, ao abrigo do regime jurídico do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto (o qual vem substituir o regime do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro).

Se, por um lado, o registo público na ERS sempre foi uma obrigação que recai sobre os prestadores de todas as naturezas, já o **licenciamento**, por outro lado, nos termos do regime jurídico do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, não se aplicava aos prestadores públicos, e na prática também não abrangia os prestadores de natureza social. Na verdade, o Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, previa, no n.º 1 do seu artigo 1.º, que o licenciamento incidia sobre “unidades privadas de serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração”. No entanto, de acordo com o n.º 3 desse mesmo artigo, “[o] regime jurídico aplicável às unidades privadas de serviços de saúde cuja titularidade seja de instituições particulares de solidariedade social com objetivos de saúde é objeto de diploma próprio”, nunca tendo sido publicado tal diploma.

Por seu turno, no novo regime jurídico do licenciamento, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, ainda que se encontre previsto, no n.º 1 do seu artigo 1.º, que o licenciamento incida sobre “[...] os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração” mantém-se um regime distinto para os prestadores públicos e sociais. Desde logo, não se aplica o presente diploma às IPSS que prestem cuidados continuados integrados no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados⁵⁵. Adicionalmente, para os prestadores públicos e para os prestadores sociais abrangidos pelo artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, a verificação dos requisitos de funcionamento é titulada por declaração de conformidade e não por licença, sendo certo que esta declaração de conformidade “[...] é obtida mediante procedimento próprio, a definir por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, a qual fixa também os requisitos técnicos de funcionamento para os estabelecimentos prestadores em causa”⁵⁶. Por último, para as restantes IPSS, bem como para as instituições militares, “[...] as condições de abertura e funcionamento, bem como os termos da declaração de conformidade, são definidos por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e, respetivamente, da segurança social ou da defesa nacional”⁵⁷.

Assim, a incidência da obrigação de licenciamento distinta para os prestadores de natureza privada, como até aqui se tem verificado, significa um nível de acesso ao mercado em apreço mais facilitado para prestadores públicos e sociais, e portanto, uma vantagem competitiva para estes operadores, como alertado pela ERS no estudo intitulado “Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia no SNS”, publicado em setembro de 2014⁵⁸.

Por outro lado, existe desde logo uma barreira temporal à entrada de prestadores, prevista no regime de licenciamento, consubstanciada no prazo de que a ERS dispõe para decisão do processo de licenciamento, concretamente de 30 dias a contar da data da entrega do pedido, nos casos em que se junta o certificado de cumprimento dos requisitos de licenciamento, ou da data da realização da vistoria (cfr. n.º 1 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto). A esta barreira temporal juntam-se naturalmente custos derivados da necessidade de garantir os requisitos físicos e humanos impostos pelas regras do licenciamento.

⁵⁵ Cfr. n.º 4 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto.

⁵⁶ Cfr. n.º 4 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro..

⁵⁷ Cfr. n.º 5 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.

⁵⁸ Disponível em www.ers.pt.

Assim, a manter-se a diferenciação entre prestadores de diferente natureza, existe uma distorção concorrencial por se colocar os prestadores privados num *level playing field* diferente que públicos e alguns sociais em termos de custos de entrada no mercado e de manutenção dele.

Certo é que tendo a ERS passado, com os estatutos estabelecidos no Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a acumular a competência de licenciamento e registo, encontra-se patente uma redução de custos para os prestadores mediante o contacto com uma única entidade, no momento de iniciar a sua atividade.

Por outro lado, em determinados ramos da atividade do setor da saúde, a empresa que pretende desenvolver a sua atividade poderá ter de observar **requisitos acrescidos**, podendo falar-se de um duplo, ou mesmo triplo licenciamento.

Em determinadas áreas, como é o caso, por exemplo, da radiologia, subsiste ainda a necessidade de, para além dos investimentos acrescidos que maior especialização possa acarretar, obtenção de licenças específicas de licenciamento, como sejam a licença para funcionamento de instalações radiológicas (Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto) e a licença de equipamento médico pesado e sua renovação (Decreto-Lei n.º 95/95, de 9 de maio).

Para além das imposições em termos de licenças existem ainda alguns condicionamentos quanto à instalação de determinados equipamentos, com base em rácios por número de habitantes definidos legalmente, como instituído pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho. Estas imposições legais podem limitar quer o volume de atividade de prestadores que já se encontrem no mercado, quer a expansão ou início de atividade daqueles que queiram instalar novos equipamentos.

Os trâmites identificados anteriormente impõem uma maior demora e maiores custos de investimento para o acesso ao mercado destes serviços, podendo significar um desincentivo ao investimento neste tipo de tecnologias. Por outro lado, este desincentivo, com efeito direto para os investidores, tem consequentemente um efeito sobre o acesso das populações a este tipo de serviços.

Contratação com o SNS

As regras dos procedimentos de **contratação por concurso público** para prestação de serviços ao SNS, conforme previstas no Código dos Contratos Públicos, poderão

impactar na atividade das empresas que pretendem investir no setor mediante o estabelecimento de uma relação contratual com o Estado.

Com efeito, admite-se a hipótese de os próprios procedimentos de contratação, designadamente pela eventual morosidade da concretização do processo contratual e exigência documental associada, poderem ser um fator que desincentive o investimento dos prestadores privados.

Por outro lado, regimes de contratação de cariz assimétrico, ou seja, que se direcionem apenas a prestadores de determinada tipologia, poderão igualmente admitir-se como um eventual custo, por via dos desequilíbrios concorrenciais que geram. A este título, veja-se o caso do **regime de relacionamento do SNS com as IPSS**, previsto no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, que poderá ser considerado como custo de contexto, por via da criação de assimetrias entre prestadores com base na sua natureza, neste caso privada e social.

Como visto no capítulo 4.1., o Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, regula a relação do Ministério da Saúde com as IPSS, sendo que no âmbito dessa articulação as IPSS podem intervir na atividade do SNS numa de três modalidades: acordo de gestão: caso em que uma IPSS gere um estabelecimento do SNS; acordo de cooperação: caso de integração de um estabelecimento detido e gerido por uma IPSS na rede do SNS; e convenções: neste caso aplica-se o novo regime jurídico das convenções do SNS, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro.⁵⁹

Em consequência da publicação do decreto-lei, e mais concretamente do acordo de gestão celebrado entre a ARS do Norte e a SCMP, a ERS publicou um parecer, em janeiro de 2014⁶⁰, onde é referido que tal regime não impõe um mecanismo de concorrência no acesso à contratação com o SNS, nem tampouco exige a auscultação do mercado quanto a propostas alternativas para a concessão da gestão das unidades de saúde públicas, e nesse sentido indica que o Ministério da Saúde e suas estruturas poderiam ser mais ativos na promoção da concorrência e na pesquisa de soluções mais vantajosas, na medida em que a opção por este regime não é a única possível.

A dificuldade de acesso a **convenções** do SNS poderá também ser considerada um custo de contexto, na medida em que, nas áreas em que não foram ainda aprovados os clausulados-tipo da convenção, existe um favorecimento dos prestadores que já detinham convenção ao abrigo do anterior regime, em detrimento de novos prestadores potencialmente mais eficientes e com melhor qualidade, com a

⁵⁹ Cfr. o n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.

⁶⁰ Vide na secção 4.1. descrição mais pormenorizada do parecer.

consequente limitação do acesso das populações a cuidados que o SNS não tem capacidade para prestar.

O custo de contexto que poderá estar associado ao acesso a convenções com o SNS é tanto maior quanto se considerarem as assimetrias entre prestadores de diferente natureza, e quanto maior for o grau de dependência da convenção por parte dos prestadores⁶¹. E se é certo que na maioria das áreas convencionadas a adesão de novos prestadores privados se encontra condicionada, os prestadores de natureza social foram estabelecendo protocolos com o SNS, paralelamente às convenções, para prestações similares às convenções.

Com o Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que estabelece o regime jurídico das convenções do SNS, dispõe-se no n.º 1 do seu artigo 4.º que se pretendia um modelo “mais flexível do ponto de vista dos procedimentos”. De facto, de acordo com o novo regime a celebração das convenções deve ser precedida de uma das seguintes modalidades de procedimento: a) procedimento de contratação para uma convenção específica; b) procedimento de adesão a um clausulado tipo previamente publicado.

Cumprе realçar que tal argumentação para o recurso a formas alternativas de contratação no âmbito das convenções do SNS havia sido proposta pela ERS já em 2006, quando pela sua deliberação 03/06_CD/ERS se recomendava ao Governo “promover a implementação de um modelo de celebração de convenções assente no modelo do contrato de adesão, mas que permita, excecionalmente, em mercados geográficos e valências específicas, o recurso à realização de concursos públicos”⁶².

O critério para a escolha do tipo de procedimento de contratação é explicado no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, onde se refere que esta escolha “[...] deve ter em conta não apenas a área de prestação, mas também a natureza e as características do mercado a que se dirige a convenção. Assim, em mercados que registem um nível de concorrência significativo poderá revelar-se mais adequado o procedimento de contratação específico, ao invés do contrato de adesão, que será mais adequado para mercados com graus de concorrência reduzidos”.

Entende-se que este espaço de escolha do procedimento de contratação visa permitir o aproveitamento dos mecanismos de concorrência pelos mercados, através de

⁶¹ Com efeito, no âmbito do “Estudo sobre a concorrência no sector das análises clínicas”, publicado em 2008, concluiu-se todo o sector de prestação de serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) depende significativamente das convenções com o SNS e subsistemas. Com base numa amostra de 57 entidades, estimava-se que, no caso das Análises Clínicas, 96% dos prestadores privados têm convenção com o SNS, e 89% com a ADSE, o que por si só indicia que a detenção de uma convenção é uma condição importante para que uma empresa possa sobreviver neste sector.

⁶² Disponível em www.ers.pt.

contratação por concurso público – onde estejam reunidas condições para tal – para se conseguir condições de prestação mais vantajosas para o Estado (mormente, preços mais baixos).

Por seu turno, nos mercados geográficos com menor potencial de concorrência pelo mercado, a contratação por concurso público terá, previsivelmente, menos vantagens, pelo que a opção de contratação por adesão será a melhor forma de garantir a oferta aos utentes de serviços convencionados. Tanto mais porque a adesão livre às convenções reduz as barreiras à entrada nos mercados de serviços convencionados, podendo esta forma de contratação fomentar a concorrência entre os prestadores nestes mercados geográficos e, conseqüentemente, os benefícios que podem advir da maior concorrência, tais como, por exemplo, o aumento da produtividade, da eficiência e da qualidade.

Porém, ainda que novo regime das convenções tenha sido publicado em outubro de 2013, ainda não foi lançado qualquer procedimento novo de contratação.

O **conteúdo dos contratos de convenção** atualmente em vigor, designadamente ao nível da necessidade de solicitar previamente à ARS respetiva a alteração, por exemplo, da localização do estabelecimento, ou da área e procedimentos convencionados, poderá inibir alterações ao âmbito de atuação do prestador.

Porém, admitidos os benefícios constantes da definição das convenções numa ótica de necessidade de assegurar a realização de prestações de serviços de saúde aos utentes do SNS, com ênfase nas regiões e áreas médicas em que a prestação meramente por unidades públicas não se revela suficiente, “com respeito pelos princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência [...] no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde”⁶³, as alterações às condições do contrato, sem a ponderação dos seus prejuízos pela ARS contratante, poderiam prejudicar a concorrência e deturpar o próprio objetivo da celebração de uma convenção.

Ainda ao nível da contratação com o SNS, deve realçar-se que coexiste com o regime de convenções a **contratação direta pelos hospitais do SNS**, o que poderá introduzir distorções concorrenciais. A título exemplificativo de contratação com o setor privado, paralela ao regime das convenções, refira-se a introdução do Despacho n.º 10430/2011, de 18 de agosto mediante a qual foi exigido que as “[...] instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), atendendo à sua capacidade instalada, física e de recursos humanos, optimizem a sua capacidade disponível em

⁶³ Cfr. Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro.

MCDT, contribuindo, desta forma, para a rentabilização da instituição e para satisfação da procura [...]” e, para tanto, propugna a internalização de MCDT só excepcionada com o recurso à subcontratação de entidades externas (sublinhado nosso), sempre que necessário, ainda que com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência de mercado.

Por outro lado, as **Parcerias Público-privadas** (PPP) apresentam-se como modelo organizacional mediante o qual é atribuído (com exclusividade ou não) ao setor privado, as funções de produção e provisão direta de determinados bens e serviços públicos (dos quais é exemplo a prestação de cuidados de saúde no SNS).

O primeiro regime das PPP foi estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, sendo as alterações mais recentes introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.

Para gestão de unidades públicas de saúde por PPP, o acesso ao mercado faz-se necessariamente por intermédio de um procedimento de contratação assente em concurso público, sendo certo que “a escolha do procedimento para a formação do contrato de parceria deve observar o regime previsto no Código dos Contratos Públicos”⁶⁴. Deste modo, a tensão concorrencial entre os operadores vai concentrar-se no momento anterior à entrada no mercado, ou seja, no concurso, com os concorrentes a apresentarem as suas propostas de preço dos serviços e de quaisquer outras condições que sejam colocadas a concurso (p.e., quantidade, diversidade ou qualidade dos serviços).

Depois deste momento, e concretizada a entrada do(s) concorrente(s) selecionado(s) no mercado por via da seleção pela entidade adjudicante e consequente contratação, a tensão concorrencial dentro do mercado é bastante reduzida. Isto porque as unidades geridas em PPP estão plenamente integradas no SNS, pelo que os fluxos de acesso de utentes são grandemente determinados pelas regras administrativas do SNS de referenciação de cuidados primários para hospitalares, e entre unidades hospitalares, havendo reduzida liberdade de escolha pelos utentes.

Sendo certo que o procedimento de contratação nas PPP não se apresenta como uma inovação, devendo observar o previsto no Código dos Contratos Públicos, a concretização desses contratos pauta-se por constrangimentos associados, nomeadamente, com a morosidade de implementação.

⁶⁴ Cfr. n.º 1 do artigo 15.º do regime legal das PPP, consagrado pelo Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.

Na auditoria realizada pelo Tribunal de Contas à primeira vaga de hospitais PPP, em 2009⁶⁵, atribui o mau desempenho do Programa de PPP às diversas entidades contactadas, por razões ligadas à complexidade e inovação do modelo utilizado. Designadamente: o otimismo face à complexidade do modelo; a originalidade das fases concursais; o inédito enquadramento do projeto de execução; um modelo não testado; a lenta acumulação de experiência; uma implementação experimentalista; falta de avaliação prévia das capacidades do Estado; a falta de adequados instrumentos de planeamento sectorial; a falta de padrões de referência; a carga burocrática; e os vícios procedimentais.

Poderão ainda existir custos associados à existência de **assimetrias regionais**, quer pelo modelo organizativo dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos aí existentes, e respetivos modelos de contratação com entidades terceiras, quer pela região de saúde com a qual os prestadores terão de contratar. Com efeito, a própria celeridade dos procedimentos de resposta da ARS, na qual o prestador se localiza (ou pretende localizar), poderá impactar na decisão de investir num determinado local.

Contratos, financiamento e pagamentos do Estado

Ao nível dos estabelecimentos públicos, um dos principais obstáculos com que se deparam os gestores dos hospitais insere-se no domínio da contratação em sede de contrato-programa.

Com efeito, quer os **prazos de pagamento pelo Estado aos hospitais do SNS**, quer o próprio valor dos orçamentos poderão ser enquadrados na temática de custos de contexto das empresas públicas de prestação de cuidados de saúde, interferindo diretamente na sua gestão.

Os Contratos-Programa que abrangem cada hospital, centro hospitalar (CH) e Unidade Local de Saúde (ULS) diferem uns dos outros, de uma forma genérica, na remuneração das linhas de produção⁶⁶ devido ao *case-mix*⁶⁷. No “Estudo de Avaliação

⁶⁵ Tribunal de Contas (2009) Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde: Primeira vaga de Hospitais. Relatório n.º 15/2009 AUDIT.

⁶⁶ A produção contratada engloba: internamento de agudos e de crónicos; ambulatório médico e cirúrgico; consultas externas (primeiras e subsequentes); atendimentos urgentes, por tipologia; sessões de hospital de dia; hemodiálise e diálise peritoneal; diagnóstico pré-natal; interrupção da gravidez; novos doentes de VIH/Sida; e serviço domiciliário. Relativamente à produção contratada, cada um dos CH “[...] *obriga-se a assegurar a produção correspondente às prestações de saúde constantes* [nos anexos dos Contratos-Programa e/ou dos Acordos Modificativos].

dos Centros Hospitalares”⁶⁸ consideraram-se quatro áreas de produção contratadas, plasmadas nos Contratos-Programa e nos respetivos acordos modificativos que abrangem os CH e, por outro lado, a produção realizada tal como descrita nos relatórios e contas, tendo-se constatado que os atuais Contratos-Programa não estão a refletir as quantidades verdadeiramente realizadas, apresentando, assim, desvios consideráveis, podendo penalizar o desempenho económico-financeiro dos CH, e consequentemente dificultar o acesso aos utentes.

Encontram-se, por seu turno, previstos **incentivos e penalizações** a serem observados pelos prestadores em sede de contrato-programa, para acautelar os desvios anteriormente enunciados⁶⁹. Porém, não resulta do estudo referido que a aplicação desses incentivos/penalizações esteja efetivamente implementada.

Os **prazos de pagamento pelo Estado aos prestadores convencionados e outros fornecedores** de serviços, poderão igualmente admitir-se como um custo de contexto, tanto maior quanto maior for a dependência dos prestadores convencionados, ou outros fornecedores, das atividades que contrata com o Estado. Do que resultou do estudo “Acesso, Concorrência e Qualidade no setor da prestação de cuidados de saúde de Radioterapia externa”, os estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde de Radioterapia tratam, na maioria dos casos, doentes financiados pelo SNS⁷⁰.

Cumprе salientar que o problema do atraso no pagamento pelos hospitais do SNS a fornecedores foi considerado um dos principais problemas de cariz financeiro do SNS aquando da definição das reformas a fazer no âmbito do programa de assistência financeira externa a Portugal. De facto, na primeira versão do Memorando de Entendimento (MoU), firmado pelo Governo Português com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE), encontrava-se prevista como medida aplicável aos serviços hospitalares “[e]stabelecer

⁶⁷ O Índice de Case-Mix é “[...] entendido como o Coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respectivos Grupos de Diagnósticos Homogêneos e o número total de doentes equivalentes. No âmbito dos Contratos-Programa celebrados com os Hospitais do SNS, procede-se ao cálculo do ICM para a produção em Internamento e para a produção em Ambulatório, considerando-se ainda ICM distintos para episódios cirúrgicos e médicos em cada uma daquelas linhas de produção”. - cfr. o Portal de Codificação e dos GDH da ACSS.

⁶⁸ Disponível em www.ers.pt.

⁶⁹ No documento relativo à metodologia para definição de preços e fixação de objetivos, disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/>, encontra-se descritas as penalizações associadas ao Contrato-Programa em situações de incumprimento por parte das instituições.

⁷⁰ Publicado pela ERS em agosto de 2012, disponível em www.ers.pt.

um calendário ambicioso e vinculativo para liquidar todos os pagamentos em atraso (pagamentos devidos a fornecedores nacionais com atraso superior a 90 dias) e introduzir procedimentos de controlo padronizados em todas as entidades, para evitar o reaparecimento de pagamentos em atraso”.

Porém, de acordo com a informação mais atualizada relativa aos hospitais EPE do SNS, os prazos de pagamento a fornecedores são ainda elevados, tendo rondado cerca de 272 dias, com hospitais a exceder 600 dias no 4.º trimestre de 2013⁷¹, configurando um incumprimento da lei, que prevê 60 dias, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 62/2013, de 10 de maio.

Não obstante, da interligação entre prestadores públicos e prestadores privados existe a necessidade de um equilíbrio que não deve ser descurado, tanto mais que o custo de contexto para um agente pode surgir da diminuição de um custo de contexto para outro. Neste ponto, a própria legislação que acautela um tipo de agente poderá por em crise a atividade de outro agente. Com efeito, algumas imposições legais a que se obrigam os hospitais públicos podem não facilitar o desenvolvimento da sua atividade, implicando que a salvaguarda dos fornecedores, de que é exemplo a “lei dos compromissos”⁷², se reflita em custos de contexto para a atividade dos hospitais públicos.

Contexto económico e fiscal

O contexto económico e fiscal, embora não sendo específico do setor da saúde, impacta igualmente com a atividade das empresas que pretendem desenvolver a sua atividade neste setor em Portugal. Estes custos com impacto direto nas empresas, como sejam a maior dificuldade de aceder a financiamento junto do setor bancário, o acesso a fundos comunitários e outras subvenções do Estado, para as empresas do setor privado, e a redução dos incentivos em termos fiscais para investimentos no setor da saúde serão fatores a ponderar pelas empresas no momento de investirem (ou manterem os investimentos) neste setor.

Porém, algumas medidas fixadas no MoU, no contexto do programa de ajuda externa a Portugal, não deixaram de impactar diretamente no setor da saúde. Por exemplo, encontrando-se previsto um controlo mais estrito dos níveis de endividamento no setor empresarial do Estado, o Despacho n.º 10783-A/2011, da Secretária de Estado do

⁷¹ Cfr. informação de acompanhamento do indicador do prazo médio de pagamentos, publicada pela ACSS em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/PMP%204trim_2013_EPE.pdf.

⁷² Cfr. Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, que prevê a autorização das despesas para as quais se prevê que exista cabimento orçamental no prazo de três meses.

Tesouro e das Finanças, de 30 de agosto⁷³ determinou que, para o ano de 2012, a “meta de referência para a redução dos custos operacionais dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde integrados no sector empresarial do Estado seja desde já revista e fixada num valor inferior em 11% face ao valor de 2011”.

Outros custos de contexto que influenciam diretamente a atividade dos prestadores de cuidados de saúde, encontram-se relacionados quer com a evolução dos **impostos e outras obrigações fiscais**, quer com o próprio custo de **fornecimentos e serviços externos** ligados às instalações (eletricidade, combustíveis, água, rendas e alugueres, etc.) e outros gerais (seguros, comunicação, material de escritório, etc.).

As empresas do setor da saúde, à semelhança das empresas de outros setores, encontram-se sujeitas ao imposto sobre o rendimento das pessoas coletivas, bem como a obrigações em sede de imposto sobre o rendimento dos colaboradores e a contribuições para a segurança social, pelo que alterações nos impostos terão naturalmente impacto no resultado líquido da sua atividade. Certo é que as empresas do setor da saúde encontram uma salvaguarda quanto a alterações no imposto sobre o valor acrescentado (IVA) das suas atividades, na medida em que os serviços de saúde estão, regra geral, isentos desse imposto.

Por outro lado, como medida fiscal com repercussões indiretas sobre as empresas que desenvolvem a sua atividade no setor da saúde, temos a evolução (negativa) das despesas em saúde dedutíveis em sede de Imposto Sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS), na medida em que podem reduzir a procura de cuidados de saúde no setor privado.

No ano de 2014, à semelhança do que acontecia em 2013, são dedutíveis 10% das despesas em saúde, com IVA a 6% ou isentas, com um limite de 838,44 EUR, com adição de 125,77 EUR por cada dependente em agregados familiares com três ou mais dependentes.

Face a 2012, houve uma penalização das despesas em saúde à taxa normal de IVA, que então se podiam deduzir em 10%, com o limite de 65 EUR. Comparando com 2011 é notória a redução de benefícios fiscais associadas às despesas em saúde, considerando que nesse ano podiam ser deduzidas 30% das despesas, sem restrições.

⁷³ Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 167, de 31 de agosto.

Sistema legal e regulatório

A **intervenção regulatória** e de supervisão assegurada por várias instituições públicas (designadamente ERS, DGS, Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS)) pode também ser enquadrada como custo de contexto das empresas a atuar no setor da saúde, ainda que tal tenha sido diminuído pelos novos estatutos da ERS, que passou a acumular o registo e licenciamento, e as competências de fiscalização que se lhe encontram associadas. Os novos estatutos também concentraram na ERS as reclamações dos prestadores privados e do setor público, sendo que anteriormente o tratamento das segundas era da responsabilidade da DGS, o que significa também uma redução da dispersão regulatória.

Em todo o caso, a necessidade de responder a várias entidades, muitas vezes sobre as mesmas questões, e a atuação dispersa de entidades sobre a mesma matéria poderá corresponder, desde logo, a desconhecimento por parte dos prestadores sobre a quem reportar determinadas questões. Daqui decorrem, para além dos custos diretos sobre os prestadores, custos regulatórios acrescidos, devido à duplicação de atuação de entidades sobre a mesma matéria.

As **alterações dos regimes legais** que enquadram as atividades em saúde impactam diretamente nas empresas às quais essas alterações se aplicam, podendo exigir investimentos de acomodação a essas alterações, que possibilitem a manutenção da atividade.

Ainda a nível legal, no setor da saúde não deixam de se levantar questões quanto a alguma **sobreposição de quadros legais e regulamentares** das atividades em saúde, e das implicações das diversas alterações a que as mesmas vão sendo sujeitas. A este respeito refira-se novamente o estudo da ERS intitulado o “O novo regime jurídico das taxas moderadoras”⁷⁴ no qual se concluiu pela dificuldade de implementação do novo regime das taxas e dúvida quanto às regras a implementar, fruto de sucessivas alterações e diversas orientações que foram sendo emanadas por diferentes entidades aos prestadores de cuidados de saúde do SNS. Certo é que este custo não se insere apenas na esfera do SNS, mas de todos os prestadores de cuidados de saúde a desenvolver a sua atividade em Portugal.

A coexistência de diferentes conjuntos de **normas de boa prática clínica e qualidade** em saúde (normas de orientação clínica, Manuais de Boas Práticas, regras de licenciamento, exigências nas convenções do SNS, sistemas de acreditação e certificação) podem desde logo, gerar confusão junto dos prestadores, principalmente

⁷⁴ Vide na secção 4.1. descrição mais pormenorizada do estudo.

quando o sentido das mesmas não seja idêntico. Por outro lado, acarreta *compliance costs*⁷⁵, por força da necessidade de adaptação aos diversos tipos de normas e suas alterações.

Os prestadores de cuidados de saúde estão igualmente expostos a custos associados a **litígios**, designadamente iniciados pelos utentes. Se determinado prestador estiver exposto a pedidos que ultrapassem a cobertura das suas apólices de seguro, ou que não estejam cobertos pelas suas apólices de seguro ou se os custos com seguros aumentarem, os negócios, condição financeira, resultados operacionais ou perspetivas futuras do prestador podem ser afetados de maneira adversa⁷⁶. Refira-se ainda a possibilidade de litígios com os profissionais que aí exerçam funções ou de outros litígios contratuais (com fornecedores, Estado, entre outros).

Recursos humanos

A prestação de serviços no setor da saúde tem uma dependência significativa de recursos humanos, essencialmente especializados, com reduzida substituíbilidade por outros recursos. Assim, uma percentagem significativa das despesas das entidades que desenvolvem a sua atividade de prestação de cuidados de saúde encontra-se associada ao pagamento de remunerações aos profissionais de saúde (e outros), sendo desta forma bastante afetado pelas imposições previstas no **código do trabalho e alterações no mercado do trabalho**, como seja o aumento de contribuições para a segurança social, sendo certo que tais vulnerabilidades não são exclusivas do setor da saúde.

Para além do código de trabalho, os profissionais de saúde são ainda abrangidos pelo **código deontológico** das ordens respetivas, cujas disposições podem impactar na atividade direta dos prestadores de cuidados de saúde. Refira-se, a este respeito, o direito à objeção de consciência, que se encontra consagrado no artigo 41.º na Constituição da República Portuguesa, embora com necessidade de uma lei que venha concretizar como ele será exercido, direito referido no código deontológico da

⁷⁵ Custos de *compliance* são custos que são suportados pelas empresas e/ou outras instituições, e abrangem as ações necessárias para estar em conformidade com os requisitos regulamentares, assim como os custos para governo de regulação e de execução. Os custos de conformidade podem ainda ser divididos em encargos administrativos associados ao cumprimento de custos substantivos e em custos de administração e de fiscalização (ver OECD, 2014, *OECD Regulatory Compliance Cost Assessment Guidance*, OECD Publishing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264209657-eni>).

⁷⁶ Espírito Santo Investment Bank, (2014), Prospeto de oferta pública de distribuição e de admissão à negociação no Euronext Lisbon gerido pela Euronext Lisbon – Sociedade Gestora de Mercados Regulamentados, S.A..

Ordem dos Médicos, e que, a título de exemplo, se poderá traduzir na rejeição da prática de interrupções voluntárias da gravidez, nos termos da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril.

Com efeito, a maioria das profissões no setor da saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros) têm uma atuação substancialmente condicionada pela regulação das respetivas **ordens profissionais**. As ordens profissionais poderão impor condicionantes à formação de profissionais da saúde, consubstanciadas na participação na elaboração da legislação que diga respeito ao acesso e exercício das respetivas profissões, e na participação nos processos oficiais de acreditação e na avaliação dos cursos que dão acesso à profissão⁷⁷, sendo que tais condicionantes podem gerar efeitos perversos em termos de racionamento, listas de espera e pressões inflacionistas nos salários dos profissionais no ativo.

Por outro lado, o “exercício de profissão organizada em associação pública profissional deve respeitar o cumprimento dos princípios e regras deontológicos e das normas técnicas aplicáveis”⁷⁸, não se excluindo a possibilidade da conduta imposta por estes princípios e regras influenciar a atividade do prestador de cuidados de saúde, por via da salvaguarda da competência técnica que limita a capacidade dos prestadores dispoem sobre a forma de prestação dos serviços.

Alguma lacuna de recursos humanos nacionais, a existir, pode ser ultrapassada recorrendo-se a profissionais de saúde estrangeiros. Porém o processo para **reconhecimento das competências** desses profissionais poderá agir com fator limitador, aqui também podendo relevar a ordem profissional respetiva, na medida em que consta como atribuição das ordens profissionais “[o] reconhecimento de qualificações profissionais obtidas fora do território nacional, nos termos da lei, do direito da UE ou de convenção internacional”⁷⁹. Este custo, que varia em função da profissão e do país de origem do profissional de saúde, será tanto maior quanto mais burocrático for o processo e quanto maior for a necessidade de Portugal recorrer a essa contratação.

No setor da saúde também se verifica alguma **rigidez do processo produtivo**, uma vez que a substituição do fator produtivo trabalho é muito difícil, se não mesmo impossível, sem reduzir a produção (ou a qualidade dessa produção). Um processo produtivo mais flexível permite poupanças de custos, que na maioria da prestação dos cuidados de saúde não se revela adequado e possível.

⁷⁷ Cfr, alíneas k) e l) do n.º 1 do artigo 5.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro.

⁷⁸ Cfr. n.º 1 do artigo 28.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro

⁷⁹ Cfr. alínea m), do n.º 1 do artigo 5.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro.

Aliás, a questão da substituíbilidade entre fatores de produção na saúde coloca-se, desde logo, entre diferentes tipos de profissionais de saúde. Com efeito, é possível identificar um custo associado à **combinação de profissões** que se encontra no setor da saúde em Portugal, sendo certo que tal combinação não pode ser considerada determinística na medida em que ela difere substancialmente de uns países para outros. O rácio de enfermeiros por médico era, em 2012, 1,4 em Portugal, abaixo da média dos países da UE-28 de 2,3 enfermeiros por médico (sendo o desvio maior se se considerar o rácio da UE-15, de 2,8 enfermeiros por médico)⁸⁰, o que poderá ser indicativo de que em Portugal a composição da força de trabalho em saúde revela uma combinação ineficiente dos papéis de médicos e de enfermeiros. Tais ineficiências poderão ser procuradas, por exemplo, nos casos de atribuição de exclusividade aos médicos na realização de tarefas em situações que seria possível a sua realização por enfermeiros, sem perda de competência técnica. Diversa investigação realizada evidencia que, em áreas específicas da atividade assistencial, os enfermeiros podem prestar cuidados, pelo menos, equivalentes aos prestados pelos médicos (Buchan, 2005⁸¹; Delamaire, 2010⁸²), com ganhos de desempenho expectáveis. Adicionalmente, uma revisão do *skill-mix* assente no reforço da oferta de enfermeiros e no aumento das suas atribuições, permitiria uma redução dos custos da prestação de cuidados, atentas as diferenças salariais entre médicos e enfermeiros.

A este cenário acrescem também as exigências relativas à **formação dos recursos humanos** dos profissionais de saúde e outros, e outros **requisitos técnicos definidos no regime de licenciamento**, estabelecidos por portaria para cada tipologia.

A título exemplificativo refira-se a situação específica da atividade desenvolvida pelas clínicas e consultórios dentários, uma das tipologias de cuidados já regulamentada⁸³, e cuja prestação de cuidados diretamente pelas unidades do setor público é diminuta⁸⁴. No que se refere aos recursos humanos, encontra-se previsto que a “[...] atividade da clínica ou consultório dentário implica presença física do diretor clínico de forma a

⁸⁰ OECD Health Statistics 2014, Eurostat Statistics Database, WHO European Health for All Database.

⁸¹ Buchan, J. and Calman, L. (2005), “Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles.”, OCDE Health Working Papers, No. 17.

⁸² Delamaire, M.L. and Lafortune, G. (2010), “Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries”, OECD Health Working Papers, No. 54.

⁸³ A Portaria n.º 268/2010, de 12 de maio, alterada pela Portaria n.º 167-A/2014, de 21 de agosto, estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das clínicas e consultórios dentários.

⁸⁴ Como concluído no estudo da ERS de 2014, “Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral”, disponível em www.ers.pt.

garantir a qualidade dos tratamentos e a supervisão da atividade radiológica devendo ser substituído nos seus impedimentos e ausências por um profissional qualificado com formação equivalente”⁸⁵. Certo é que tal implica a presença, a todo o tempo, de uma profissional com uma das seguintes qualificações, com os custos daí decorrentes: “a) Médico com a especialidade de estomatologia com inscrição ativa no respetivo colégio da especialidade da Ordem dos Médicos; b) Médico dentista com inscrição ativa na Ordem dos Médicos Dentistas; c) Nas clínicas ou consultórios dentários onde apenas se exerçam funções de odontologia, o director clínico pode ser um odontologista nas condições previstas na lei”⁸⁶. Ao nível dos requisitos técnicos, destaque-se a necessidade das “[...] clínicas ou consultórios dentários deve[re]m garantir, por si ou com recurso a terceiros, a gestão de resíduos em conformidade com as disposições legais”⁸⁷, o que comporta um custo para as empresas, não obstante daí advir um benefício para a saúde dos utentes.

A estas exigências acrescentam-se aquelas ao nível da **medicina, higiene e segurança no trabalho** que se podem revelar mais rígidas nos procedimentos médicos, por exemplo, consideradas as exigências ao nível da desinfeção e formação/sensibilização dos colaboradores para essa necessidade.

No contexto do SNS, e relativamente às **regras de contratação, os recursos humanos pelos hospitais do SNS**, constata-se que de acordo com o n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, os “[...] trabalhadores dos hospitais EPE estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, bem como ao regime disposto em diplomas que definam o regime legal de carreira de profissões da saúde, demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos”. Certo é que, ainda que tenham autonomia para contratar, os hospitais EPE devem prever anualmente uma dotação global de pessoal, através dos respetivos orçamentos, considerando os planos de atividade.

A este respeito foram emitidos, em 2011, um conjunto de despachos, que diminuíram a autonomia de contratação dos prestadores hospitalares do SNS. Concretamente, o Despacho n.º 10428/2011, do Secretário de Estado da Saúde, de 1 de agosto⁸⁸, veio “proceder à revisão dos valores de referência para a contratação de pessoal médico

⁸⁵ Cfr. n.º 3 do artigo 10º, da Portaria n.º 268/2010, de 12 de maio, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 167–A/2014, de 21 de agosto.

⁸⁶ Cfr. n.º 1 do artigo 10º, da Portaria n.º 268/2010, de 12 de maio, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 167–A/2014, de 21 de agosto.

⁸⁷ Cfr. n.º 2 do artigo 13.º, do Capítulo V, da Portaria n.º 268/2010, de 12 de maio.

⁸⁸ Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 158, de 18 de agosto.

em regime de prestação de serviços”, impondo, entre outras medidas, que “[a] contratação de médicos através da modalidade de prestação de serviços, por todas as instituições e serviços do SNS, observa os termos legais aplicáveis à contratação pública e só é admissível em situações de imperiosa necessidade e depois de se terem esgotado previamente todos os mecanismos de mobilidade, geral e especial, previstos na lei”⁸⁹, descrevendo quais as situações de imperiosa necessidade⁹⁰. Por seu turno, o Despacho n.º 12083/2011, dos Ministérios da Saúde e das Finanças, de 7 de setembro⁹¹, prevê que “[a] celebração ou a renovação de contratos de trabalho ou de prestação de serviços de profissionais de saúde, pelos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde integrados no sector empresarial do Estado, está, independentemente da sua modalidade, sujeita à apresentação prévia ao Ministro da Saúde de informação detalhada e casuística que, fundamentadamente, demonstre a imprescindibilidade da contratação”⁹².

As exigências ao nível da **formação dos profissionais de saúde** a desenvolver funções nos prestadores de cuidados de saúde, designadamente em hospitais universitários do SNS, pode igualmente significar uma restrição à gestão dos prestadores de cuidados de saúde, por configurar a necessidade de acompanhamento de médicos internos⁹³ e estágios curriculares na área de enfermagem, referidas a título de exemplo.

No âmbito da redistribuição dos recursos humanos no SNS, o “Estudo para a Carta Hospitalar”, de dezembro de 2011⁹⁴, elaborado pela ERS para o Ministério da Saúde, evidenciou uma desequilibrada distribuição de oferta de serviços hospitalares face às necessidades das populações, de tal forma que em algumas regiões existiam potenciais excessos relativos de oferta, e noutros, escassez relativa. Aquele excesso, por definição, representa um desperdício de recursos da sociedade, uma vez que se considera existir um excesso de oferta exatamente quando esta excede as necessidades de cuidados de saúde, ainda que considerando razoável e admissível alguma sobrecapacidade mobilizável para fazer face a picos ocasionais de procura de serviços de saúde. Mas mais importante, tal excesso pode representar uma limitação à

⁸⁹ Cfr. n.º 1 do Despacho n.º 10428/2011, do Secretário de Estado da Saúde, de 1 de agosto.

⁹⁰ Cfr. n.º 2 do Despacho n.º 10428/2011, do Secretário de Estado da Saúde, de 1 de agosto.

⁹¹ Publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 178, de 15 de setembro.

⁹² Cfr. n.º 1 do Despacho n.º 12083/2011, dos Ministérios da Saúde e das Finanças, de 7 de setembro.

⁹³ De acordo com o disposto no artigo 2.º da Portaria n.º 183/2006, de 22 de fevereiro, que aprova o Regulamento do Internato Médico, sobre a noção e a finalidade (do mesmo): “O internato médico realiza-se após a licenciatura em Medicina e corresponde a um processo único de formação médica especializada, teórica e prática, tendo como objectivo habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado na respectiva área profissional de especialização”.

⁹⁴ Disponível em www.ers.pt.

supressão da escassez de recursos sentida em outras regiões mais desfavorecidas. Podem, pois, existir recursos suficientes para suprir todas as necessidades de cuidados de saúde, mas, estando distribuídos de forma desequilibrada, resultam num acesso global inferior ao máximo possível.

Naturalmente, como corolário, o reordenamento racional dos recursos neste cenário pode permitir ganhos de acesso nas regiões desfavorecidas, sem prejuízo da sua manutenção nas regiões de maior concentração relativa de recursos, e, consequentemente, fomentar um incremento global do nível de acesso aos cuidados de saúde.

Uma redistribuição de recursos e de pontos de oferta também poderia contribuir para uma maior equidade no acesso. Nesse sentido, um aspeto que deve ser considerado para a promoção dessa redistribuição da oferta refere-se à **mobilidade dos profissionais de saúde**. A ausência de planeamento estratégico ao nível dos recursos humanos na saúde terá contribuído para fomentar situações de oferta que se foram transformando em potencialmente excessivas, por redução das populações anteriormente abrangidas por determinadas unidades hospitalares, e outras em que a oferta anteriormente planeada (em função das necessidades e populações) se revelou inadequada por defeito.

A respeito do tema da mobilidade de recursos humanos, recorde-se que no estudo da ERS sobre a “Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”⁹⁵ se evidencia que na génese normativa dos CH e das ULS se encontrava o objetivo de garantia de mobilidade dos profissionais e utentes entre as diferentes unidades integradas em cada CH, ou entre os cuidados primários e hospitalares nas ULS.

Na prática, comparando as unidades integradas com prestadores autónomos do SNS, tornar-se-á mais fácil a mobilidade dentro de uma ULS e de um CH, na medida em que o profissional de saúde mantém o mesmo vínculo contratual na mobilidade entre as unidades pertencentes à mesma integração. No caso das ULS, para além disso, o profissional de saúde ao deslocar-se entre os cuidados de saúde hospitalares e os primários pode mesmo realizar práticas clínicas no âmbito de cuidados de saúde primários que evitem a afluência dos utentes para os secundários e desta forma poder-se-á verificar aproveitamento de recursos. Porém, daqui não decorre uma impossibilidade – seja jurídica ou fáctica – de se encontrarem outras alternativas que se apresentem igualmente de execução rápida e simples, como o estabelecimento de

⁹⁵ Disponível em www.ers.pt.

protocolos funcionais entre unidades (seja hospitalares, seja entre estas e cuidados primários), que favoreçam a mobilidade de profissionais.

Procedimentos administrativos

No que se refere aos prestadores de natureza pública, no domínio dos procedimentos administrativos, a **rigidez dos procedimentos** e a dependência do papel ou de sistemas que não são suficientemente aptos a facilitar os procedimentos, são elementos que dificultam a rapidez de resposta administrativa das unidades do SNS e a acomodação de alterações legislativas, incluindo prestadores públicos e prestadores de natureza privada com convenção.

Refira-se a título de exemplo o estudo “O novo regime jurídico das taxas moderadoras”⁹⁶ no qual se concluiu que a implementação das alterações legislativas foi dificultada pela falta de agilidade, quer pelos constrangimentos informáticos (problemas de consulta do sistema e de comunicação entre sistemas de diversas unidades de cuidados de saúde), quer pela multiplicidade de meios de comprovação de isenção ou dispensa de pagamento de taxas moderadoras, com alguma incongruência entre a documentação em formato de papel e aquela que constava dos sistemas informáticos.

A relação entre os prestadores de natureza privada e a administração pública, sendo talvez o custo que mais diretamente se insere na definição de custos de contexto inicialmente apresentada, encontra-se associado a **constrangimentos administrativos e alguma rigidez nos procedimentos** da mesma. Concretamente, refiram-se os elevados tempos de resposta no âmbito de procedimentos administrativos na relação da administração pública com unidades de saúde, e a exigência documental que acarreta, bem como a dificuldade na comunicação bidirecional de documentos e informações.

Exigências tecnológicas

No que se refere a questões tecnológicas, destaque-se primeiro aquelas que são específicas do setor público, e que poderão implicar uma maior carga burocrática e morosidade nos procedimentos administrativos das unidades de cuidados de saúde do SNS.

⁹⁶ Vide na secção 4.1. descrição mais pormenorizada do estudo.

Como se conclui no estudo “O novo regime jurídico das taxas moderadoras”⁹⁷, já mencionado, da experiência obtida em sede de fiscalizações empreendidas pelas ERS, bem como da atividade desenvolvida pela ERS no âmbito de processos de inquérito, o funcionamento dos **sistemas informáticos do SNS** nem sempre se encontra apto a responder às necessidades administrativas, quer pela não atualização do *software* face às alterações que foram sendo introduzidas, quer pelas dificuldades de consulta e inserção de elementos no sistema (por exemplo marcação de consultas, consulta de eventual isenções dos utentes) por “falhas/quebras” no sistema. Ainda no âmbito dos sistemas informáticos das unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas, refira-se terem sido igualmente identificados pela ERS problemas ao nível da comunicação dos sistemas informáticos das várias unidades integradas na rede do SNS.

Por outro lado, a necessidade de **prescrição eletrónica obrigatória** prevista na Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio⁹⁸, insere-se no domínio transversal da atividade desenvolvida pelos prestadores de cuidados de saúde, podendo afetar a manutenção das atividades existentes, essencialmente a atividade dos profissionais médicos com maior antiguidade na carreira, e que desenvolvam a sua atividade em pequenas clínicas. Assim, para além de necessitarem de ter o *software* disponível, encontram-se-lhe associados custos de aprendizagem de tecnologias que poderão não dominar.

Porém, na ótica dos benefícios, a prescrição eletrónica médica (aplicação informática desenvolvida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde) permite:

- Uma nova abordagem à prescrição de medicamentos: por Denominação Comum Internacional (DCI), por via eletrónica e sustentada por normas de orientação clínica.
- Prescrição de medicamentos sujeitos a receita médica, incluindo medicamentos de autocontrolo da Diabetes *Mellitus*, medicamentos alergénios, manipulados, dietéticos, medicamentos que contêm estupefacientes ou substâncias psicotrópicas e outros produtos, podendo no entanto ser utilizado para todos os medicamentos não comparticipados ou de preço livre.

⁹⁷ Vide na secção 4.1. descrição mais pormenorizada do estudo.

⁹⁸ Portaria que “estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos, bem como define as obrigações de informação a prestar aos utentes” (cfr. artigo 1.º da portaria).

- Desmaterialização total da receita permitindo a dispensa da mesma em farmácia de oficina em formato *paper free*.
- Acesso às normas de orientação clínica (NOC).
- Utilização de autenticação forte para o acesso.⁹⁹

Outro eventual custo de contexto de índole tecnológica decorre dos requisitos para deter convenção com o SNS para a realização de cirurgias, ao abrigo do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), uma das poucas áreas convencionadas com clausulado-tipo publicado e que, por isso, admite a entrada de novos convencionados. Nesse âmbito, é requisito de adesão à convenção dispor de um **agrupador de GDH** e do apoio de um médico codificador (cfr. Cláusula 3 do Anexo I do Despacho n.º 24 110/2004, de 29 de outubro¹⁰⁰), o que poderá dificultar o acesso, essencialmente de pequenos prestadores.

Refira-se ainda a relevância da existência de avaliação de tecnologias da saúde que, não obstante os méritos da sua existência, a forma como se processa não deixará de impactar na atividade a desenvolver pelos prestadores, especificamente dos integrados no SNS.

A **avaliação das tecnologias da saúde**, enquanto atividade de avaliação sistemática das propriedades, efeitos e impactos das tecnologias na prestação de cuidados de saúde, é um instrumento fundamental de auxílio à tomada de decisões a diversos níveis, desde a formulação da política de saúde até às decisões clínicas individuais, passando pela gestão das unidades de saúde. Num sistema de saúde como o português, com a sua matriz assente no Serviço Nacional de Saúde (SNS), as decisões sobre a adoção (ou não) das tecnologias da saúde emergentes por parte do SNS revestem-se de elevada importância uma vez que podem proporcionar ou vedar, em grande medida, o acesso pelos utentes a essas tecnologias.

Até agora em Portugal, o Infarmed, IP, tem procedido, no âmbito das suas competências legalmente definidas, à avaliação clínica (avaliação técnico-científica) e económica (avaliação económica e participação) dos medicamentos de uso humano. Todavia, não se encontra no âmbito daquela entidade a avaliação clínica e económica dos impactos da adoção e participação de outras tecnologias da saúde, como sendo os dispositivos médicos, existindo aqui, portanto, uma importante

⁹⁹ Disponível em: <http://spms.min-saude.pt/blog/2013611/01/pem-prescricao-eletronica-medica/>

¹⁰⁰ Publicado no Diário da República, 2.ª série, de 23 de novembro, aprovou o clausulado tipo de convenção entre as ARS e entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC.

lacuna no sistema de regulação do sector da saúde em Portugal que interessava suprir.

A respeito desta matéria, a ERS emitiu um parecer relativo ao projeto de decreto-lei que criará o Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SiNATS), cujo objetivo central é a definição de um sistema de avaliação de tecnologias da saúde compreensivo, abrangendo também a avaliação de dispositivos médicos, ao contrário do que sucedia até aqui. Adicionalmente, com a criação do SiNATS, pretende-se que a decisão de permitir a utilização de tecnologias de saúde no SNS dependa não só de controlos de qualidade, segurança e eficácia, mas que passe também a depender de um controlo de eficiência e efetividade que garanta a utilização de recursos públicos em tecnologias que ofereçam mais-valias.

Assim, o sistema que será criado com o projeto de decreto-lei representa uma importante evolução na atividade de avaliação de tecnologias da saúde em Portugal, embora a criação do SiNATS como um sistema sob a gestão do Infarmed, IP, com estatuto de organismo da administração indireta do Estado, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde, não garanta a independência relativamente a qualquer influência ou interesse não estritamente decorrente dos critérios técnicos da avaliação, e o carácter estrutural e institucionalmente estável do organismo avaliador (não dependente de ciclos políticos), descritos como premissas fundamentais no parecer da ERS.

Registos e informação

As **exigências de normalização de registos contabilísticos e reporte contabilístico** ao Estado e às autoridades tributárias podem ser considerados como custos, na medida em que implicam que as entidades acautelem as mudanças implementadas, não obstante ter como benefícios uma maior facilidade de monitorização e controlo contabilístico das empresas, mediante a harmonização dos procedimentos.

A Comissão de Normalização Contabilística (CNC), nos termos do Decreto-Lei n.º 134/2012, de 29 de junho, tem por missão, no domínio contabilístico em Portugal, emitir normas, pareceres e recomendações relativos ao conjunto das entidades inseridas no setor empresarial e setor público, de modo a estabelecer e assegurar procedimentos contabilísticos harmonizados com as normas europeias e internacionais da mesma natureza, contribuindo para o desenvolvimento de padrões de alta qualidade da informação e do relato financeiro das entidades que apliquem o

Sistema de Normalização Contabilística (SNC), a Normalização Contabilística para Microentidades (NCM) e o Sistema de Normalização Contabilística Público (SNCP), bem como promover as ações necessárias para que as normas de contabilidade sejam efetiva e adequadamente aplicadas pelas entidades a elas sujeitas.

Nesse âmbito, para o setor empresarial refira-se a existência do SNC, a NCM e as IAS/IFRS adotadas na UE, enquanto para o domínio do setor público, as empresas necessitam de observar as regras previstas na legislação quanto a Contabilidade e Relato, Gestão Financeira e Orçamental, Classificação das Receitas e Despesas Públicas, Contratação Pública e Gestão do Património, e Auditoria e Controlo¹⁰¹.

Sobre os prestadores impende igualmente a necessidade de registo e **reporte de informação** sobre a atividade e outra informação às autoridades de saúde (ACSS, ERS, DGS, ARS, entre outras), de forma periódica ou quando solicitado. Este registo e disponibilização é igualmente extensível à necessidade de atualizar e disponibilizar ao utente o seu processo clínico, sempre que este lhe solicite¹⁰².

Para os prestadores do setor público refira-se a título de exemplo a obrigatoriedade de divulgação dos “Relatórios e Contas”, de divulgação dos tempos de resposta, entre outros.

Recaem sobre as empresas, e não exclusivamente daquelas que desenvolvem as suas atividades no setor da saúde, exigências de **reporte de informação estatística** às autoridades (INE, entre outras).

Até à entrada em funcionamento da Informação Empresarial Simplificada (IES), as empresas estavam obrigadas a prestar a mesma informação sobre as suas contas anuais a diversas entidades públicas, através de meios diferentes:

- Fazer o depósito das contas anuais, e o correspondente registo em papel, junto das conservatórias do registo comercial;
- Entregar a declaração anual de informação contabilística e fiscal ao Ministério das Finanças (Direção Geral dos Impostos, atual Administração Tributária e Aduaneira - AT);

¹⁰¹ Disponível em: <http://www.cnc.min-financas.pt/legislacao.html>

¹⁰² Encontrando-se o direito de acesso à informação ou dados de saúde registados no seu processo clínico consagrado no ordenamento jurídico nacional em diplomas legais, como sejam a Lei de Bases de Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), na Lei de Proteção de Dados Pessoais (Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro – LPDP), na Lei sobre a informação genética pessoal e informação de saúde (Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro), na Lei de Acesso aos Documentos Administrativos (Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto – LADA), e na Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

- Entregar informação anual de natureza contabilística sobre as suas contas ao Instituto Nacional de Estatística (INE) para efeitos estatísticos;
- Entregar informação anual de natureza estatística sobre as suas contas ao Banco de Portugal (BdP).¹⁰³

No essencial, o cumprimento de cada uma destas obrigações implicava para as empresas a necessidade de transmitir informação substancialmente idêntica sobre as suas contas anuais a quatro entidades diferentes (conservatórias do registo comercial, Administração Fiscal, INE e Banco de Portugal) e através de quatro meios diferentes.

Com a IES, toda a informação que as empresas têm de prestar relativamente às suas contas anuais é transmitida num único momento e perante uma única entidade, através do preenchimento de formulários únicos submetidos por via eletrónica¹⁰⁴, o que veio agilizar o procedimento, ainda que mantenha a necessidade de envio da informação. Certo é que os benefícios que advêm da existência de bases de dados de qualidade e padronizadas a nível nacional não podem ser descurados.

Contexto social

O contexto social pode influenciar a atividade das empresas sobre duas óticas aqui descritas: o papel dos profissionais de saúde; e o papel dos utentes.

Relacionado com os profissionais de saúde refira-se os limites que advêm da pertença a **ordens profissionais** e outras associações profissionais de saúde, associados aos poderes que estas detêm designadamente poder regulamentar¹⁰⁵, poder disciplinar sobre os seus membros¹⁰⁶ e pelos princípios e regras deontológicos e das normas técnicas aplicáveis aos membros¹⁰⁷, sendo em si poderes que não deixam de ter efeito na adoção de políticas.

Do lado da procura, traduzindo-se assim num custo de contexto indireto para os prestadores, questões como a **assimetria de informação** entre utentes e profissionais de saúde, reduzem a mobilidade dos utentes, por acarretarem elevados custos de

¹⁰³ Informação Empresarial Simplificada Declaração Anual – Perguntas & Respostas, disponível em http://info.portaldasfinancas.gov.pt/NR/rdonlyres/CB29E344-A6D7-444C-A29E-4C5205FB1264/0/FAQs_IES_INTEGRAL.pdf.

¹⁰⁴ Aprovados pela Portaria n.º 208/2007, de 16 de fevereiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 8/2008, de 03 de janeiro, Portaria n.º 64-A/2011, de 3 de fevereiro e Portaria n.º 26/2012, de 27 de janeiro.

¹⁰⁵ Cfr. artigo 17.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro.

¹⁰⁶ Cfr. artigo 18.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro

¹⁰⁷ Cfr. n.º 1 do artigo 28.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro.

mudança, e limitam a concorrência no setor, em concreto pela diminuição da contestabilidade dos mercados por novos entrantes.

Com efeito, os utentes não possuem o conhecimento necessário a uma escolha eficaz dos prestadores, não têm capacidade para identificar que tipo de serviços necessitam, não conhecem as técnicas apropriadas no tratamento da sua condição, nem conseguem avaliar a qualidade dos serviços que lhes foram prestados. Por outro lado, esta falta de informação por parte dos utentes contrasta com o nível de conhecimentos técnicos por parte dos prestadores claramente superior, o que resulta num potencial por parte dos prestadores de determinar a procura dos seus serviços. Isto significa que existe a possibilidade, e como tal, o risco, de os prestadores induzirem os utentes a procurar cuidados de saúde que visam satisfazer necessidades que na realidade não se verificam (indução artificial de procura¹⁰⁸).

Uma consequência natural desta assimetria de informação é a maior preferência atribuída pelos consumidores a prestadores “habituais”, na medida em que a criação de uma relação duradoura de confiança entre utente e prestador de cuidados de saúde é implicitamente uma forma de os utentes diminuírem os riscos de fazerem escolhas desajustadas às suas necessidades destes serviços. Esta ligação determina o surgimento, na esfera das decisões dos utentes, de custos de prospeção (*search costs*)¹⁰⁹ para encontrar um prestador, e custos de mudança (*switching costs*)¹¹⁰ para escolher um outro prestador.

Assim, a entrada de novos prestadores no mercado estará sempre condicionada por estes efeitos, que ditam a manutenção de uma posição privilegiada dos prestadores já estabelecidos.

Neste contexto, a **iliteracia em saúde** por parte dos utentes pode ser considerada como potenciadora da assimetria de informação, uma vez que utentes menos esclarecidos tenderão a depender, em maior medida, das relações de confiança com o

¹⁰⁸ O conceito de indução artificial de procura de cuidados de saúde é também conhecido como Lei de Roemer (Roemer, M.I. (1961) Bed supply and hospital utilization: a natural experiment. *Hospitals*, 35, pp.36-42).

¹⁰⁹ Diversos estudos, tais como Pauly, M.V. e Satterthwaite, M.A. (1981) The pricing of primary care physicians' services: a test of the role of consumer information. *Bell Journal of Economics*, Vol. 12, pp.488-506, caracterizam a importância dos custos de prospeção na determinação dos preços através do modelo de concorrência monopolística. A existência de custos de prospeção elevados significa que a elasticidade da procura dirigida a cada prestador é menor, conduzindo à obtenção de poder de mercado.

¹¹⁰ A título exemplificativo, Grytten, J. e Sørensen, R. (2000) Competition and dental services. *Health Economics*, Vol. 9, No. 5, pp.447-461, estudam como a forte ligação pessoal que se cria entre o paciente e o prestador de serviços de saúde oral faz com que a decisão de mudar de prestador de serviços acarrete significativos custos de mudança.

prestador habitual, e a ser avessos a mudanças que impliquem a construção de nova relação de confiança, com outro prestador.

Contexto político

A Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, visou estabelecer regras para facilitar o acesso a **cuidados de saúde transfronteiriços** seguros e de elevada qualidade na UE, para assim assegurar a mobilidade dos doentes e promover a cooperação, entre os diferentes Estados-Membros.

No estudo elaborado pela ERS, em 2011, a este respeito, intitulado “Análise do Impacto da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços sobre o Sistema de Saúde Português”¹¹¹ concluiu-se que, no que respeita ao acesso pelos doentes aos cuidados de saúde transfronteiriços, a Diretiva vem determinar a redução de barreiras institucionais, administrativas e organizacionais na prestação de cuidados de saúde transfronteiriços, prevendo-se, nessa medida, que o acesso dos utentes aos mesmos cuidados de saúde seja facilitado, promovendo a maior mobilidade dos utentes na UE e um aumento do volume de cuidados de saúde transfronteiriços.

Por seu turno, foi igualmente verificado que algumas barreiras – designadamente financeiras, linguísticas e culturais, de mobilidade física, informacionais, de proximidade geográfica, administrativas e de capacidade do Estado-Membro de afiliação para a continuidade de cuidados de saúde – poderão impedir ou dificultar o cruzamento entre a existência de cuidados de saúde no mercado e a obtenção dos cuidados de saúde que os utentes desejam e/ou de que necessitam e que, por isso, poderão promover desigualdades no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, impondo-se, nessa medida, a sua avaliação e monitorização, no sentido de se atuar e intervir para extinguir as preditas desigualdades e dificuldades.

A Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE, da Comissão, de 20 de dezembro de 2012,

¹¹¹ Disponível em www.ers.pt.

estabelece medidas para facilitar o reconhecimento de receitas médicas emitidas noutro Estado-membro.

Em cumprimento do previsto no n.º 1 do artigo 5.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto foi designada a ACSS como ponto de contacto nacional para os cuidados de saúde transfronteiriços, pelo Despacho n.º 11713/2014, de 19 de setembro. Ao ponto de contacto nacional compete salvaguardar que a informação respeitante aos cuidados de saúde transfronteiriços, aos cuidados prestados em território nacional e aos prestadores estabelecidos em território nacional está facilmente acessível, é divulgada por meios eletrónicos, e é adequada a pessoas com necessidades especiais (cfr. n.º 2 do artigo 5.º, da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto). A não se verificar a efetiva criação e divulgação dos canais de comunicação que permitam o esclarecimento de dúvidas por parte dos prestadores, a vantagem associada ao aumento de mercado das empresas do setor da saúde poderá não ser concretizada.

Este assunto pode ser enquadrado na temática dos custos de contexto, se se verificarem constrangimentos associados aos procedimentos administrativos de implementação da Diretiva, concretamente na solicitação de reembolso dos cuidados prestados a cidadãos estrangeiros junto do respetivo país.

Por outro lado, no estudo de 2011 da ERS, foi identificado o problema denominado pela doutrina comunitária como “discriminação inversa”, na medida em que um cidadão nacional pode agora escolher, fora de Portugal, um prestador público ou privado, mas na qualidade de utente do SNS ou de um dos subsistemas públicos obrigatórios, vê, no plano interno, a sua liberdade de escolha condicionada a um leque de prestadores públicos e privados convencionados.

A **alternância na composição do Governo** e do Ministério da Saúde, e consequentemente do sentido das políticas implementadas por cada Governo, podem gerar dificuldades de adequação por parte dos prestadores. A própria **velocidade na definição e implementação de políticas** públicas em saúde pode causar um desfasamento entre as necessidades que motivam as alterações, num determinado momento, e a sua efetiva transposição para a realidade. A incerteza quanto às políticas e à sua efetiva implementação afetam diretamente a atividade dos prestadores de cuidados de saúde a que se dirigem.

As decisões políticas quanto ao **modelo organizativo da rede do SNS** poderão impactar, quer na própria gestão dos prestadores públicos que pertencem a um modelo organizativo específico, quer dos prestadores, públicos ou de natureza privada, que com eles se relacionam.

A título de exemplo refira-se a criação de CH e de ULS que constituíram uma opção de política de saúde. Refira-se que no “Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares”, publicado pela ERS em 2012¹¹², não foi possível uma comparação com o modelo implementado nas ULS, pela realidade distinta, o que impossibilita uma conclusão de qual o modelo que melhor se adequa às necessidades do país.

Ao nível dos cuidados hospitalares permanecem realidades distintas, quer no que se refere ao tipo de gestão entre hospitais EPE e SPA, quer no que se refere à pertença, ou não, de um estabelecimento a uma integração de unidades prestadoras de cuidados de saúde, que pode ser horizontal¹¹³ – Centro Hospitalar – ou vertical¹¹⁴ – ULS, esta integrando unidades de cuidados de saúde hospitalares e primárias.

A implementação de diferentes modelos, sem suporte de estudos prévios, e muitas vezes implementadas em simultâneo¹¹⁵, poderá carecer de falta de ajustamento à realidade de determinada população incluída na área de influência dos estabelecimentos que são alvo de uma integração.

Ao nível dos cuidados primários coexistem também diferentes formas de organização. O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro¹¹⁶ introduziu a figura do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), bem como do regime jurídico necessário à sua criação, organização e funcionamento.

Os ACES podem ser constituídos por um ou mais centros de saúde, e podem compreender diversas unidades funcionais, designadamente: Unidade de saúde familiar (USF); Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); Unidade de cuidados na comunidade (UCC); Unidade de saúde pública (USP); e Unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP). Sendo que em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta.” – cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

¹¹² Disponível em www.ers.pt

¹¹³ A “integração horizontal ocorre quando duas ou mais instituições que produzem o(s) mesmo(s) serviço(s) ou substitutos próximos, juntam-se formando uma instituição única” (cfr. ERS, 2012, Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares).

¹¹⁴ “A integração vertical consiste na agregação numa única entidade da prestação e gestão dos serviços, ou de todas as atividades relacionadas com a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde.” (cfr. ERS, 2012, Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares).

¹¹⁵ Em 2009 o Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho, estabeleceu o regime enquadrador da criação e funcionamento dos CH, e no mesmo ano tinha sido proposto um diferente do modelo distinto, a criação das ULS, pelo Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio,

¹¹⁶ Alterado pelo Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de maio.

No que se refere à relação estabelecida entre prestadores de cuidados primários e hospitalares da rede do SNS, esta também pode ser influenciada pelas distintas formas de organização. Concretamente, um prestador de cuidados de saúde primários integrado numa ULS tem exigências diferentes, e uma comunicação mais direta com o prestador de cuidados hospitalares, na medida em que pertencem a uma gestão única, quando comparado com um prestador de cuidados primários não integrado, que tenha uma ligação por via da rede de referência para um hospital, que pode ser autónomo ou integrado, gerido como EPE ou como SPA.

Esta heterogeneidade do modelo organizativo das redes públicas não deixa de impactar com a atividade dos prestadores privados, desde logo porque os próprios métodos de contratação com o setor privado não são idênticos para todos os tipos de prestadores.

Outros custos de contexto identificados no inquérito

No inquérito realizado os respondentes foram incentivados a identificar outros custos de contexto não elencados no questionário, nas áreas consideradas ou outras (questão II do anexo I). Neste ponto não serão repetidos os custos que se sobreponham com os já identificados anteriormente.

Ao nível da contratação, foi admitido como custo de contexto a **alteração unilateral das regras da ADSE** na relação com os prestadores convencionados, o que significa alterar as regras que motivaram a adesão pelos prestadores privados à ADSE, ignorando-se os custos do investimento realizado para o efeito.

Por outro lado, a **não equidade de pagamento de prestação de cuidados entre diferentes instituições**, mesmo dentro do SNS, bem como o não pagamento real dos custos dos procedimentos efetuados, particularmente quando existem associados usos de fármacos de elevado custo, entendem-se como custos de contexto. A aplicação de **tabelas de preços distintas** para prestadores do SNS e prestadores privados é igualmente considerado um custo, por via da criação de assimetrias que diminuem a concorrência entre público e privado.

Foi reiterado como custo de contexto o **modelo de financiamento dos hospitais do SNS**, por ser inibidor da eficiência e da competitividade das instituições, ao qual se alia a **falta de equidade regional do financiamento**, que não incentiva o nivelamento pela excelência.

O **calendário do procedimento de contratação das PPP** e o processo de **acerto de contas** da produção, nesse âmbito, foram igualmente elencados como custos de contexto, bem como o **incumprimento dos prazos de pagamento em programas estruturais**, com impacto direto nos custos de financiamento das unidades e na relação com os fornecedores e os utentes.

Ao nível dos recursos humanos foi admitido como custo de contexto a **falta de preparação técnica específica dos gestores de topo e intermédios**, dos prestadores de cuidados de saúde, com custos de aprendizagem iniciais. Nesta área, as regras subjacentes ao **regime de acumulação de funções**¹¹⁷, no setor público, setor em que as funções são, em regra, exercidas em regime de exclusividade¹¹⁸, configuram um custo por motivarem a necessidade de capacidade instalada em excesso.

Por outro lado, no âmbito de **exigências relativas a recursos humanos**, foi destacada a impossibilidade de um fisioterapeuta aderir, em nome próprio, a uma convenção, necessitando para o efeito da colaboração de um fisiatra, embora com competência técnica para desenvolver a atividade. Refira-se a este respeito ter sido deliberado pelo Conselho Diretivo da ERS, em dezembro de 2011, a obrigatoriedade de registo dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que operem na área da fisioterapia, assim reconhecendo o princípio do livre exercício profissional dos fisioterapeutas, enquanto Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, com distinção entre os vulgarmente designados “gabinetes de fisioterapia” e as Unidades de Medicina Física e Reabilitação (cujo regime jurídico se encontrava então definido na Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro), porquanto estas últimas se propõem, igualmente, à oferta de serviços/cuidados médicos. Assim, é considerada legítima a necessidade de uma unidade de MFR ser tecnicamente dirigida por um diretor clínico, especialista em fisioterapia, inscrito na Ordem dos Médicos, por força da diversidade de serviços oferecidos ao público. Por seu turno, no sector privado, considera-se legítimo o exercício livre da atividade de fisioterapia, desde que essa atividade esteja em conformidade com indicação clínica, pré-diagnóstico e diagnóstico e processo de investigação ou identificação, o mesmo é dizer, desde que esteja em conformidade com prescrição médica prévia. Assim, essa atividade embora se encontre sujeita a registo, não implica o cumprimento dos requisitos de funcionamento das unidades de MFR, designadamente a exigência de diretor clínico, sendo certo que o entendimento e atuação da ERS aqui descrito pretende suprir um vazio regulamentar nesta matéria.

¹¹⁷ Nos termos da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, que estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas.

¹¹⁸ Cfr. artigo 26.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro.

Ao nível dos requisitos legais previstos, foi referida a exigência de facilidades de acesso a **pessoas com mobilidade reduzida**, que por vezes exige investimentos consideráveis, e não é cumprida por todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

Numa outra ótica, foi afirmado que a **Diretiva de Cuidados de Saúde Transfronteiriços** conduzirá a uma iniquidade entre cidadãos nacionais e estrangeiros, na medida em que um cidadão estrangeiro, ao abrigo dessa Diretiva, pode escolher um prestador privado para realização da cirurgia em Portugal, enquanto o próprio utente do SNS não beneficia da mesma liberdade de escolha, o que poderá limitar a procura nacional privada (e potencialmente aumentar a procura estrangeira, em Portugal).

Considerando o quadro legal aplicável ao setor da saúde, a **aprovação de legislação sem a prévia auscultação** dos operadores, ou mesmo da sua colaboração na elaboração da referida legislação, produz normas por vezes de difícil cumprimento, ou mesmo impossível, com custos inerentes. A este custo alia-se o de **rigidez das tipologias da Lei**, associadas à demora da sua atualização e à não consideração de exceções na aplicabilidade, conduzindo a situações em que a aplicação da Lei pode provocar custos desproporcionais. Foi igualmente destacado o **vazio regulamentar** para determinadas prestações de saúde¹¹⁹.

Foram ainda elencadas limitações à expansão da atividade de prestadores hospitalares, associadas à **proibição de criação de farmácias hospitalares** privadas.

4.4. Avaliação da importância dos custos de contexto identificados

Para avaliação do grau de importância dos custos de contexto identificados, procedeu-se à realização de um estudo por inquérito junto de uma amostra de respondentes cobrindo quatro grupos de *stakeholders* com experiência relevante no setor da saúde, concretamente: i) gestores e empresários do setor da saúde (de unidades de diferente

¹¹⁹ A título de exemplo foram referidas as clínicas para a interrupção voluntária da gravidez e para a cirurgia de ambulatório, que teriam que construir "hospitais" com internamento, o que atrasou vários licenciamentos e exigiu diversos investimentos, alguns sem senso e os "postos de enfermagem" que estiveram durante muito tempo sem um enquadramento legal atualizado e sem qualquer relação com os cuidados que lá se prestavam, nem com as atuais preocupações de risco ambiental e/ou com a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

dimensão, dos setores público, privado e social); ii) profissionais de saúde; iii) responsáveis de instituições da administração pública com atividade relevante na área da saúde; e iv) académicos.

As respostas ao questionário deste inquérito (que se apresenta no anexo I) foram tratadas estatisticamente no sentido de se extrair uma valoração relativa das áreas de potencial custo de contexto pelos *stakeholders* do setor da saúde, valoração essa que poderá ditar o grau de prioridade na adoção de medidas tendentes a eliminar ou reduzir os custos de contexto identificados.

O inquérito decorreu entre os dias 24 de outubro e 18 de novembro de 2014, tendo o questionário, no formato de formulário *web*, sido enviado a 81 potenciais respondentes, por correio eletrónico. Foram obtidas 36 respostas válidas, com esta amostra de respondentes a distribuir-se percentualmente pelos grupos anteriormente mencionados da seguinte maneira: 41,67% gestores (dos quais 13,89% do setor público, 19,44% do setor privado e 8,33% social); 2,78% profissionais de saúde; 16,67% responsáveis de instituições da administração pública; e 38,89% académicos.

A apresentação dos resultados do inquérito segue uma classificação dos fatores assente numa análise PESTL, que engloba fatores Político, Económicos, Socioculturais, Tecnológicos e Legais ¹²⁰, uma simplificação da análise PESTAL ao meio envolvente, apresentada no capítulo 2. Resumem-se na tabela 4 as categorias de custos do questionário (conforme o anexo I) distribuídas por cada um dos fatores.

4.4.1. Estatística descritiva

Em primeiro lugar, apresentam-se as estatísticas descritivas extraídas da valoração dada pelos respondentes a cada um dos custos de contexto identificados no questionário, e que respeitam a escala crescente de relevância, de 1 a 5, em que 1 corresponde a “nada relevante” e 5 a “muito relevante”.

Considerada a organização da análise PESTL, no conjunto dos fatores políticos apresentou maior relevância relativa a categoria “Contexto político”, dos fatores económicos os “Contratos, financiamento e pagamentos do Estado”, dos fatores tecnológicos a categoria “Procedimentos administrativos” foi admitida como mais relevante, e dos fatores legais destaca-se o “Sistema legal e regulatório”, conforme se conclui das avaliações médias também apresentadas na tabela 4.

¹²⁰ Teixeira, S. (2010) *Gestão das Organizações*. 3ª Edição. Editorial Presença.

Por outro lado, consideradas todas as categorias do questionário, a categoria cuja média apresentou valor mais alto, ou seja, cujo conjunto de custos aí inseridos foi considerado mais relevante pelos respondentes, refere-se ao sistema legal e regulatório¹²¹. Na posição oposta, como categoria com menor média, destaca-se o licenciamento da atividade.

A diferença entre categorias englobadas no mesmo contexto justifica a análise que de seguida se apresenta, e que remete para a enunciação das categorias e dos custos mais relevantes dentro de cada componente da análise PESTL.

Tabela 4 – Estrutura do questionário sobre custos de contexto

Fatores	Categorias de Custos	N.º de itens no questionário	Avaliação média
Políticos	Contratação com o SNS	6	2,84
	Contexto Político	4	3,09
Económicos	Contratos, financiamento e pagamentos do Estado	4	3,38
	Contexto económico e fiscal	5	3,21
	Registos e informação	3	2,90
Socioculturais	Contexto social	3	3,11
Tecnológicos	Procedimentos administrativos	4	3,49
	Exigências Tecnológicas	4	3,17
Legais	Licenciamento da atividade	5	2,66
	Sistema legal e regulatório	5	3,66
	Recursos Humanos	8	3,25

Fatores políticos

As categorias relativas à contratação com o SNS¹²² e registos e informação¹²³, em conjunto com a do licenciamento, apresentam-se como as únicas categorias com uma relevância do conjunto de custos inferior a 3, numa escala de 1 a 5.

No caso concreto da categoria contratação com o SNS, o “acesso a convenções com o SNS” é considerado o custo de contexto mais relevante, com 34,2% dos respondentes a atribuírem a classificação máxima, seguido das “regras dos procedimentos de contratação por concurso público para prestação de serviços ao SNS”, que 21,1% dos inquiridos classificaram com a pontuação máxima na escala de relevância.

¹²¹ Cfr. pergunta 5) do questionário.

¹²² Cfr. pergunta 2) do questionário.

¹²³ Cfr. pergunta 9) do questionário.

Tabela 5 – Estatísticas descritivas da categoria “Contratação com o SNS”

2. Contratação com o SNS	1	2	3	4	5	NS/NR	Média	Desvio-padrão
a) Regras dos procedimentos de contratação por concurso público para prestação de serviços ao SNS	2,6	18,4	13,2	34,2	21,1	10,5	3,21	1,562
b) Regime de relacionamento do SNS com as IPSS, conforme previsto no DL n.º 138/2013, de 9 de outubro	5,3	18,4	23,7	15,8	13,2	23,7	2,42	1,718
c) Acesso a convenções com o SNS	10,5	7,9	18,4	18,4	34,2	10,5	3,26	1,735
d) Alterações às condições estabelecidas nos contratos de convenção (ex. alteração da localização do estabelecimento, áreas convencionadas)	13,2	5,3	21,1	34,2	13,2	13,2	2,89	1,641
e) Contratação direta das Unidades Locais de Saúde e dos hospitais do SNS paralelamente às convenções	15,8	15,8	18,4	26,3	10,5	13,2	2,61	1,603
f) Regime de contratação de gestão de unidades do SNS em parceria público-privada (DL 111/2012, de 23 de maio)	15,8	5,3	23,7	15,8	21,1	18,4	2,66	1,820

NS/NR: Não sabe/não responde

Por outro lado, no contexto político, o custo a assumir maior relevância relativa prende-se com a “velocidade na definição e implementação de políticas públicas de saúde”, em que 68,5% dos respondentes classifica nos níveis 4 e 5.

Tabela 6 – Estatísticas descritivas da categoria “Contexto político”

11. Contexto político	1	2	3	4	5	NS/NR	Média	Desvio-padrão
a) Velocidade na definição e implementação de políticas públicas de saúde	7,9	10,5	13,2	47,4	21,1	0	3,63	1,172
b) Implementação da Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços (Lei n.º 25/2014, de 25 de agosto)	5,3	18,4	36,8	18,4	5,3	15,8	2,53	1,428
c) Heterogeneidade do modelo organizativo das redes públicas de prestação de cuidados de saúde (ULS e ACES; ULS, CH e hospitais autónomos; hospitais E.P.E. e S.P.A.)	5,3	15,8	34,2	18,4	18,4	7,9	3,05	1,432
d) Alternância política no Governo e no Ministério da Saúde	10,5	5,3	39,5	23,7	15,8	5,3	3,13	1,359

NS/NR: Não sabe/não responde

Fatores Económicos

Enquanto fator económico, destaca-se a categoria dos contratos, financiamento e pagamentos do Estado¹²⁴, em que o custo com maior relevância, em termos médios, é relativo aos “prazos de pagamento pelo Estado aos prestadores convencionados e outros fornecedores de serviços”, que 47,4% dos respondentes admite ser um custo com a relevância máxima, e ao qual nenhum respondente atribui a classificação mais baixa (interpretada como ausência de relevância).

Tabela 7 – Estatísticas descritivas da categoria “Contratos, financiamento e pagamentos do Estado”

3. Contratos, financiamento e pagamentos do Estado	1	2	3	4	5	NS/NR	Média	Desvio-padrão
a) Prazos de pagamento pelo Estado aos hospitais do SNS	2,6	2,6	18,4	13,2	39,5	23,7	3,13	2,016
b) Valor dos orçamentos dos hospitais do SNS	2,6	5,3	18,4	26,3	28,9	18,4	3,18	1,814
c) Funcionamento do sistema de incentivos e penalizações dos contratos-programa, contratos de parceria público-privada, e outros contratos de concessão e de gestão	5,3	7,9	28,9	18,4	31,6	7,9	3,39	1,534
d) Prazos de pagamento pelo Estado aos prestadores convencionados e outros fornecedores de serviços	0	7,9	21,1	15,8	47,4	7,9	3,79	1,510

NS/NR: Não sabe/não responde

Por seu turno, o contexto económico e fiscal, apresenta-se ligeiramente mais relevante em matéria de custos de contexto, na ótica dos *stakeholders* inquiridos, quando comparado com os contextos social e político. Nesta categoria, apenas os custos de “acesso a financiamento junto do setor bancário” e associados aos “regimes de isenção fiscal para investimentos no setor da saúde” apresentam, em média, uma relevância inferior a 3. Em contraste, o “custo de fornecimentos e serviços externos ligados às instalações (eletricidade, combustíveis, água, rendas e alugueres, etc.) e outros gerais (seguros, comunicação, material de escritório, etc.) é o mais relevante, com 39,5% dos respondentes a classifica-lo com a pontuação máxima.

¹²⁴ Cfr. pergunta 3) do questionário.

Tabela 8 – Estatísticas descritivas da categoria “Contexto económico e fiscal”

4. Contexto económico e fiscal	1	2	3	4	5	NS/NR	Média	Desvio-padrão
a) Acesso a financiamento junto do setor bancário	7,9	7,9	21,1	21,1	18,4	23,7	2,63	1,852
b) Acesso a fundos comunitários e outras subvenções do Estado	2,6	13,2	31,6	18,4	26,3	7,9	3,29	1,469
c) Regimes de isenção fiscal para investimentos no setor da saúde	10,5	10,5	18,4	13,2	31,6	15,8	2,97	1,852
d) Impostos e outras obrigações fiscais	5,3	7,9	18,4	18,4	36,8	13,2	3,34	1,760
e) Custo de fornecimentos e serviços externos ligados às instalações (eletricidade, combustíveis, água, rendas e alugueres, etc.) e outros gerais (seguros, comunicação, material de escritório, etc.)	0	2,6	21,1	28,9	39,5	7,9	3,82	1,411

NS/NR: Não sabe/não responde

Na categoria referente a registos e informação, o custo que apresenta média superior refere-se a “exigências de registo de atividade clínica e de reporte dessa atividade às autoridades de saúde (ACSS, ERS, DGS, ARS, etc)”, sendo certo que apenas 15,8% dos respondentes classifica esse custo com pontuação máxima de relevância.

Tabela 9 – Estatísticas descritivas da categoria “Registos e informação”

9. Registos e informação	1	2	3	4	5	NS/NR	Média	Desvio-padrão
a) Exigências de normalização de registos contabilísticos e reporte contabilístico ao Estado e às autoridades tributárias	18,4	18,4	34,2	7,9	18,4	2,6	2,82	1,411
b) Exigências de registo de atividade clínica e de reporte dessa atividade às autoridades de saúde (ACSS, ERS, DGS, ARS, etc.)	10,5	21,1	34,2	18,4	15,8	0	3,08	1,217
c) Exigências de reporte de informação estatística às autoridades (INE, etc.)	5,3	39,5	31,6	15,8	7,9	0	2,82	1,036

NS/NR: Não sabe/não responde

Fatores Socioculturais

Considerados os fatores socioculturais, resumidos na categoria que representa o contexto social, o custo de contexto considerado mais relevante refere-se a “posições de origem corporativa (papel das Ordens Profissionais e outras associações

profissionais da saúde)”, embora o custo com maior percentagem de classificação 5 se refira à “iliteracia em saúde por parte dos utentes”.

Tabela 10 – Estatísticas descritivas da categoria “Contexto social”

10. Contexto social	1	2	3	4	5	NS/NR	Média	Desvio-padrão
a) Posições de origem corporativa (papel das Ordens Profissionais e outras associações profissionais da saúde)	7,9	15,8	31,6	21,1	21,1	2,6	3,24	1,324
b) Assimetria de informação entre utentes e profissionais de saúde	13,2	15,8	39,5	15,8	13,2	2,6	2,92	1,282
c) Iliteracia em saúde por parte dos utentes	15,8	15,8	26,3	18,4	23,7	0	3,18	1,392

NS/NR: Não sabe/não responde

Fatores Tecnológicos

No domínio dos fatores tecnológicos, insere-se a segunda categoria a apresentar um conjunto de custos de contexto mais relevantes, relativa a procedimentos administrativos, em que todos os custos apresentam média superior a 3. Nesta categoria destaca-se o custo associado à “exigência documental nos procedimentos da administração pública”, que 31,6% dos respondentes classifica na relevância máxima.

Tabela 11 – Estatísticas descritivas da categoria “Procedimentos administrativos”

7. Procedimentos administrativos	1	2	3	4	5	NS/NR	Média	Desvio-padrão
a) Capacidade de acomodação dos procedimentos administrativos do SNS a alterações legislativas	2,6	7,9	31,6	31,6	18,4	7,9	3,32	1,378
b) Tempos de resposta da administração pública no âmbito de procedimentos administrativos na relação com unidades de saúde	0	2,6	15,8	36,8	28,9	15,8	3,45	1,688
c) Exigência documental nos procedimentos da administração pública	0	7,9	18,4	36,8	31,6	5,3	3,76	1,283
d) Comunicação bidirecional de documentos e informações com administração pública	0	10,5	18,4	36,8	23,7	10,5	3,42	1,500

NS/NR: Não sabe/não responde

A categoria referente a exigências tecnológicas, embora apresente custos com relevância inferior a 3, apresenta o segundo custo de contexto mais relevante, de todo o questionário¹²⁵: o "grau de compatibilidade dos sistemas informáticos das várias entidades integradas no SNS (entre unidades de cuidados de saúde primários e unidades hospitalares públicas, convencionados e unidades com protocolo com o SNS). A este custo foi atribuída relevância máxima (5), por 47,4% dos respondentes.

Questões como a introdução da prescrição eletrónica obrigatória, considerado como custo nada relevante para 21% dos respondentes, e a necessidade de agregador de GDH, este possivelmente pelo seu carácter específico para determinado tipo de prestações, não apresentaram classificação que os indicie como custos muito relevantes.

Tabela 12 – Estatísticas descritivas da categoria “Exigências tecnológicas”

8. Exigências tecnológicas	1	2	3	4	5	NS/NR	Média	Desvio-padrão
a) Grau de compatibilidade dos sistemas informáticos das várias entidades integradas no SNS (entre unidades de cuidados de saúde primários e unidades hospitalares públicas, convencionados e unidades com protocolo com o SNS)	5,3	2,6	10,5	26,3	47,4	7,9	3,84	1,569
b) Funcionamento dos sistemas informáticos do SNS	5,3	2,6	15,8	26,3	42,1	7,9	3,74	1,554
c) Prescrição eletrónica obrigatória	21,1	15,8	26,3	13,2	18,4	5,3	2,76	1,532
d) Necessidade de agregador de GDH para prestação de serviços ao abrigo de convenção com o SNS para cirurgias (SIGIC)	10,5	13,2	28,9	21,1	5,3	21,1	2,34	1,582

NS/NR: Não sabe/não responde

Fatores Legais

No que se refere ao licenciamento da atividade¹²⁶, categoria de custos à qual foi atribuída menor importância relativa, com todos os custos com relevância, em média, inferior a 3, o custo menos relevante comporta o “condicionamento da instalação de equipamento médico pesado, com base em rácios por número de habitantes definidos

¹²⁵ Em conjunto com o custo “Sobreposição de quadros legais e regulamentares das atividades em saúde”, da categoria 5), Sistema legal e regulatório, do questionário, que se referirá à frente.

¹²⁶ Cfr. pergunta 1) do questionário.

legalmente (Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho)”. De notar que nesta categoria as percentagens de “Não sabe/não responde” são elevadas, atingindo o maior valor nas duas últimos custos enunciados, o que denota a especificidade das licenças de que necessitam as instalações radiológicas e o equipamento médico pesado.

Tabela 13 – Estatísticas descritivas da categoria “Licenciamento da atividade”

1. Licenciamento da atividade	1	2	3	4	5	NS/NR	Média	Desvio-padrão
a) Regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (DL n.º 127/2014, de 22 de agosto)	7,9	13,2	31,6	26,3	10,5	10,5	2,87	1,455
b) Registo na ERS (DL n.º 126/2014, de 22 de agosto)	10,5	31,6	23,7	21,1	7,9	5,3	2,68	1,297
c) Obtenção de licença para funcionamento de instalações radiológicas (DL n.º 180/2002, de 8 de agosto)	5,3	23,7	18,4	21,1	13,2	18,4	2,58	1,654
d) Obtenção de licença de equipamento médico pesado e sua renovação (DL n.º 95/95, de 9 de maio)	2,6	15,8	21,1	21,1	15,8	23,7	2,61	1,779
e) Condicionamento da instalação de equipamento médico pesado, com base em rácios por número de habitantes definidos legalmente (Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho).	7,9	13,2	15,8	23,7	15,8	23,7	2,55	2,553

NS/NR: Não sabe/não responde

No âmbito da categoria que reflete o sistema legal e regulatório, que se viu anteriormente como apresentando maior média, destaca-se como custo considerado mais relevante, e com a maior percentagem de classificação máxima (5), a “sobreposição de quadros legais e regulamentares das atividades em saúde”.

Tabela 14 – Estatísticas descritivas da categoria “Sistema legal e regulatório”

5. Sistema legal e regulatório	1	2	3	4	5	NS/NR	Média	Desvio-padrão
a) Frequência das alterações dos regimes legais que enquadram as atividades em saúde	0	15,8	26,3	26,3	31,6	0	3,74	1,083
b) Sobreposição de quadros legais e regulamentares das atividades em saúde	0	13,2	21,1	34,2	31,6	0	3,84	1,027
c) Intervenção regulatória e de supervisão assegurada por várias instituições públicas (designadamente ERS, DGS, IGAS)	2,6	5,3	26,3	39,5	23,7	2,6	3,68	1,141
d) Custos de resolução de litígios contratuais, laborais ou de consumo	0	7,9	44,7	15,8	28,9	2,6	3,58	1,154
e) Coexistência de diferentes conjuntos de normas de boa prática clínica e qualidade em saúde.	2,6	10,5	28,9	28,9	23,7	5,3	3,45	1,329

NS/NR: Não sabe/não responde

A categoria referente a recursos humanos engloba o custo de contexto de maior relevância em termos médios, não só nesta área, mas também no total do questionário, designadamente o referente às “regras de contratação de recursos humanos pelos hospitais do SNS” (com uma pontuação de 4 numa escala de 1 a 5).

Tabela 15 – Estatísticas descritivas da categoria “Recursos humanos”

6. Recursos humanos	1	2	3	4	5	NS/NR	Média	Desvio-padrão
a) Regras de contratação de recursos humanos pelos hospitais do SNS	0	2,6	18,4	28,9	34,2	15,8	4,00	1,720
b) Legislação laboral geral prevista no código do trabalho	2,6	18,4	34,2	15,8	28,9	0	3,00	1,180
c) Regras específicas das profissões do setor da saúde (ex. carreira médica)	5,3	18,4	18,4	23,7	26,3	7,9	3,50	1,550
d) Exigências relativas à formação dos recursos humanos (profissionais de saúde e outros) no âmbito do regime de licenciamento	10,5	21,1	39,5	15,8	10,5	2,6	3,00	1,212
e) Exigências relativas à disponibilidade de recursos humanos (profissionais de saúde e outros) no âmbito do regime de licenciamento	13,2	13,2	34,2	28,9	7,9	2,6	3,00	1,241
f) Capacidade de implementar esquemas de incentivos a profissionais de saúde	0	18,4	26,3	18,4	31,6	5,3	3,50	1,390
g) Exigências ao nível da medicina, higiene e segurança no trabalho	7,9	21,1	42,1	18,4	10,5	0	3,00	1,078
h) Processo de reconhecimento das competências dos profissionais de saúde de nacionalidade estrangeira	5,3	15,8	28,9	21,1	13,2	15,8	3,00	1,589

NS/NR: Não sabe/não responde

4.4.2. Análise fatorial

Como exercício complementar, foi realizada uma análise fatorial, que permite, a partir de um conjunto inicial de variáveis, identificar um conjunto menor de variáveis latentes (fatores), as quais captam as relações mais importantes na realidade em estudo. O objetivo final é a redução da dimensão dos dados, sem perda significativa de informação (Pereira e Patrício, 2013)¹²⁷. Em concreto, pretende-se avaliar as principais dimensões destacadas pelos diferentes *stakeholders* envolvidos na resposta do inquérito. Ressalva-se que a reduzida dimensão da amostra diminui a robustez das conclusões extraídas deste método¹²⁸.

Para efeitos da realização da análise, as respostas dos inquiridos foram divididas com base na análise PESTL previamente apresentada, que remete para os contextos político, económico, sociocultural, tecnológico e legal, embora não se tenha apresentado a análise para o contexto sociocultural pelo reduzido número de variáveis aí integradas.

Fatores Políticos

Em resultado da análise efetuada, conclui-se ser possível reduzir a dimensão dos dados relativos aos fatores políticos mediante a consideração de duas componentes que explicam 72,23% da variância total de todos os componentes do conjunto desses fatores, resumidas na tabela *infra*.

A primeira componente que se insere na categoria de contratação com o SNS, e que engloba como itens o “acesso a convenções com o SNS”, as “alterações às condições estabelecidas nos contratos de convenção” e o “regime de contratação de gestão de unidades do SNS em parceria público-privada”, explica 40,63% da variância. A segunda componente, que agrupa itens referentes ao contexto político, é constituída pelos itens relativo à “heterogeneidade do modelo organizativo das redes públicas de prestação de cuidados de saúde” e pela “velocidade na definição e implementação de políticas públicas de saúde”, que em conjunto explicam 31,60 da variância.

¹²⁷ Pereira, A. e Patrício, T. (1999). SPSS – Guia Prático de Utilização: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia. Lisboa: Edições Sílabo, 8.ª edição.

¹²⁸ O método de componentes principais foi o utilizado para a realização de extração de fatores. Aplicou-se também a rotação através do método varimax, do qual resulta que, para cada componente principal, existam apenas alguns pesos significativos e todos os outros sejam próximos de zero (não significativos). Nos critérios de aceitação dos resultados, considerou-se os valores próprios mais elevados, superiores a um, e constatou-se que nenhum item estava em mais de um fator, apoiando a independência das dimensões e a consistência da análise. Cada valor próprio representa a quantidade de variância explicada por cada componente.

Os itens da tabela encontram-se organizados de forma decrescente da carga fatorial que apresentam num determinado componente (também designado de fator).

Tabela 16 – Resultados da análise dos fatores políticos¹²⁹

Item	Componente	
	Contratação com o SNS	Contexto político
Acesso a convenções com o SNS	0,87	
Alterações às condições estabelecidas nos contratos de convenção (ex. alteração da localização do estabelecimento, áreas convencionadas)	0,80	
Regime de contratação de gestão de unidades do SNS em parceria público-privada (DL 111/2012, de 23 de maio)	0,79	
Heterogeneidade do modelo organizativo das redes públicas de prestação de cuidados de saúde (ULS e ACES; ULS, CH e hospitais autónomos; hospitais E.P.E. e S.P.A.)		0,83
Velocidade na definição e implementação de políticas públicas de saúde		0,82
% da variância	40,63	31,60

Método de Extração: Análise de Componente Principal.
Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

Fatores Económicos

Da tabela 17 retira-se que três componentes principais explicam 80,74% da variância total de todos os componentes. Sendo que a percentagem de variância que cada componente apresenta não é muito díspar.

A primeira componente/fator, ou seja, “Contratos, financiamento e pagamentos do Estado” explica uma maior percentagem de variância do que qualquer dos fatores seguintes¹³⁰, e é constituída por três itens: “valor dos orçamentos dos hospitais do SNS”; “prazos de pagamento pelo Estado aos hospitais do SNS”; “funcionamento do

¹²⁹ Os resultados dos testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), e de esfericidade de Bartlett permitem saber se a aplicação da análise fatorial tem validade para as variáveis escolhidas. No teste KMO obteve-se um valor de 0,656, o que se interpreta como sendo indicativo de que a análise de componentes principais pode ser feita. Por seu turno, o teste de esfericidade de Bartlett assumiu um valor de Qui-quadrado igual a 46,98 com um nível de significância de 0,000, indicando que deve rejeitar-se a hipótese nula de não haver correlação entre as principais dimensões em que os *stakeholders* que avaliaram os custos de contexto.

¹³⁰ Pereira, A. e Patrício, T. (1999). SPSS – Guia Prático de Utilização: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia. Lisboa: Edições Sílabo, 8.ª edição.

sistema de incentivos e penalizações dos contratos-programa, contratos de parceria público-privada, e outros contratos de concessão e de gestão”.

O contexto económico e fiscal (segunda componente) explica 29,02% da variância, pouco menos que o primeiro componente, e é constituída por três itens, assumindo os impostos e outras obrigações fiscais a maior carga fatorial deste componente.

A componente relativa a registos e informação explica 22,17% da variância, tendo sido excluída dessa categoria as exigências de reporte contabilístico, dado o reduzido impacto explicativo.

Tabela 17 – Resultados da análise dos fatores económicos¹³¹

Item	Componente		
	Contratos, financiamento e pagamentos do Estado	Contexto económico e fiscal	Registos e informação
Valor dos orçamentos dos hospitais do SNS	0,924		
Prazos de pagamento pelo Estado aos hospitais do SNS	0,897		
Funcionamento do sistema de incentivos e penalizações dos contratos-programa, contratos de parceria público-privada, e outros contratos de concessão e de gestão	0,751		
Impostos e outras obrigações fiscais		0,895	
Custo de fornecimentos e serviços externos ligados às instalações e outros gerais		0,856	
Regimes de isenção fiscal para investimentos no setor da saúde		0,782	
Exigências de normalização de registos contabilísticos e reporte contabilístico ao Estado e às autoridades tributárias			0,947
Exigências de registo de atividade clínica e de reporte dessa atividade às autoridades de saúde			0,848
% da variância	29,55	29,02	22,17

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

¹³¹ Os resultados dos testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), e de esfericidade de Bartlett permitem saber se a aplicação da análise fatorial tem validade para as variáveis escolhidas. No teste KMO obteve-se um valor de 0,669, o que se interpreta como sendo indicativo de que a análise de componentes principais pode ser feita. Por seu turno, o teste de esfericidade de Bartlett assumiu um valor de Qui-quadrado igual a 163,89 com um nível de significância de 0,000, indicando que deve rejeitar-se a hipótese nula de não haver correlação entre as principais dimensões em que os *stakeholders* que avaliaram os custos de contexto.

Fatores Tecnológicos

No âmbito do contexto tecnológico a componente relativa aos procedimentos administrativos explica 53,84% da variância, enquanto a componente que inclui as exigências tecnológicas explica 28,52%.

Foram extraídas as variáveis relativas ao custo eventual associado à prescrição eletrónica obrigatória e à necessidade de agregador de GDH para prestação de serviços ao abrigo de convenção com o SNS para cirurgias, em linha com análise estatística anterior, da qual se retirou a baixa relevância destes custos, na ótica dos *stakeholders*.

Tabela 18 – Resultados da análise fatores tecnológicos¹³²

Item	Componente	
	Procedimentos administrativos	Exigências Tecnológicas
Comunicação bidirecional de documentos e informações com administração pública	0,89	
Capacidade de acomodação dos procedimentos administrativos do SNS a alterações legislativas	0,87	
Tempos de resposta da administração pública no âmbito de procedimentos administrativos na relação com unidades de saúde	0,87	
Exigência documental nos procedimentos da administração pública	0,86	
Grau de compatibilidade dos sistemas informáticos das várias entidades integradas no SNS (entre unidades de cuidados de saúde primários e unidades hospitalares públicas, convencionados e unidades com protocolo com o SNS)		0,95
Funcionamento dos sistemas informáticos do SNS		0,80
% da variância	53,84	28,52

Método de Extração: Análise de Componente Principal.
Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

¹³² Os resultados dos testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), e de esfericidade de Bartlett permitem saber se a aplicação da análise fatorial tem validade para as variáveis escolhidas. No teste KMO obteve-se um valor de 0,74, o que se interpreta como sendo indicativo de que a análise de componentes principais pode ser feita. Por seu turno, o teste de esfericidade de Bartlett assumiu um valor de Qui-quadrado igual a 148,09 com um nível de significância de 0,000, indicando que deve rejeitar-se a hipótese nula de não haver correlação entre as principais dimensões em que os *stakeholders* que avaliaram os custos de contexto.

Fatores Legais

Do contexto legal, a análise fatorial levou à exclusão das variáveis relativas à categoria dos recursos humanos, sendo possível extrair 82,71% da variância se consideradas apenas as categorias relativas ao licenciamento e sistema legal e regulatório.

Variáveis associadas ao regime de licenciamento, ao registo na ERS, e à eventual sobreposição de competências ao nível de regulação e supervisão foram excluídas pela análise fatorial, o que implica que a sua exclusão não determina perda significativa de informação.

Tabela 19 – Resultados da análise dos fatores legais¹³³

Item	Componente	
	Licenciamento	Sistema legal e regulatório
Obtenção de licença de equipamento médico pesado e sua renovação (DL n.º 95/95, de 9 de maio)	0,97	
Obtenção de licença para funcionamento de instalações radiológicas (DL n.º 180/2002, de 8 de agosto)	0,95	
Condicionamento da instalação de equipamento médico pesado, com base em rácios por número de habitantes definidos legalmente (Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho).	0,92	
Sobreposição de quadros legais e regulamentares das atividades em saúde		0,93
Frequência das alterações dos regimes legais que enquadram as atividades em saúde		0,86
Custos de resolução de litígios contratuais, laborais ou de consumo		0,80
% da variância	45,17	37,54

Método de Extração: Análise de Componente Principal.
Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

Em suma, das estatísticas descritivas que se apresentaram na presente secção, e das quais é possível extrair a valoração atribuída pelos *stakeholders* inquiridos,

¹³³ Os resultados dos testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), e de esfericidade de Bartlett permitem saber se a aplicação da análise fatorial tem validade para as variáveis escolhidas. No teste KMO obteve-se um valor de 0,65, o que se interpreta como sendo indicativo de que a análise de componentes principais pode ser feita. Por seu turno, o teste de esfericidade de Bartlett assumiu um valor de Qui-quadrado igual a 154,17 com um nível de significância de 0,000, indicando que deve rejeitar-se a hipótese nula de não haver correlação entre as principais dimensões em que os *stakeholders* que avaliaram os custos de contexto.

considerada a organização da análise PESTL, dos fatores político apresentou maior relevância relativa a categoria “**contexto político**”, dos fatores económicos os “**contratos, financiamento e pagamentos do Estado**”, dos fatores tecnológicos a categoria “**procedimentos administrativos**” foi admitida como mais relevante, e dos fatores legais destaca-se o “**sistema legal e regulatório**”.

Consideradas todas as categorias do questionário, as categorias de custos de contexto que os *stakeholders* consideram mais relevantes referem-se ao sistema legal e regulatório, a procedimentos administrativos e a contratos, financiamento e pagamentos do Estado.

Quando considerados todos os custos de contexto do questionário, aqueles classificados, em média, como mais relevantes e/ou com maior percentagem de respondentes a atribuir relevância máxima foram os seguintes:

- regras de contratação de recursos humanos pelos hospitais do SNS;
- sobreposição de quadros legais e regulamentares das atividades em saúde;
- prazos de pagamento pelo Estado aos prestadores convencionados e outros fornecedores de serviços; e
- funcionamento dos sistemas informáticos do SNS, para o qual contribui o grau de compatibilidade dos sistemas informáticos das várias entidades integradas no SNS.

Por outro lado, como custos a que maior percentagem de respondentes atribui o valor mínimo da escala de relevância, destacam-se a prescrição eletrónica obrigatória e as exigências de normalização de registos contabilísticos e reporte contabilístico ao Estado e às autoridades tributárias, o que pode evidenciar que os benefícios que advêm dessas medidas são superiores ao seu custo.

5. Medidas para redução de custos de contexto

No presente secção será realizada uma prospeção de medidas que poderão reduzir alguns dos custos de contexto identificados, fruto da necessária ponderação prévia de custos e benefícios. Incluem-se também, na presente secção, os contributos dos respondentes do questionário.

5.1. Auscultação dos *stakeholders* inquiridos

Em sede do questionário realizado foi solicitada a identificação de medidas que cada respondente entendesse poderem ser implementadas para redução/eliminação dos custos de contexto referidos (questão III do anexo I), que serão aqui resumidas por grupo de *stakeholders*, encontrando-se o conteúdo integral no anexo II.

i) gestores e empresários do setor da saúde (de unidades de diferente dimensão, dos setores público, privado e social):

Os gestores e empresários do **setor público** propuseram potenciais medidas a serem implementadas no âmbito de contratos, financiamento, pagamentos do Estado, e no âmbito da autonomia de gestão dos hospitais públicos, designadamente: a delegação de competências nos órgãos de gestão das instituições prestadoras; a revisão do modelo de financiamento (com tónica na equidade regional) e do quadro de obrigações fiscais dos hospitais EPE; a agilização da faturação e do pagamento da produção dos contratos-programa do pagamento; e a revisão das regras de contratação pública nos hospitais.

No sentido de incentivar a eficiência das instituições hospitalares do SNS foi apontada como medida necessária um maior acompanhamento orçamental da ACSS nos hospitais, promovendo uma maior responsabilização dos prestadores de cuidados de saúde menos eficientes.

Foram ainda propostas medidas em matéria de custos com os recursos humanos, concretamente mediante a promoção de autonomia de contratação de recursos humanos, a equiparação dos regimes laborais públicos e privados e a revisão do regime de acumulação de funções.

Medidas de carácter distinto foram apresentadas pelos gestores e empresários do **setor privado**, com ênfase em questões associadas com a contratação com o Estado e com subsistemas de saúde (ADSE), com vista à eliminação de assimetrias entre

prestadores de diferente natureza, designadamente via uniformização de tabelas de preços e das regras de licenciamento. É igualmente proposta a criação de incentivos aos investimentos tecnológicos no setor da saúde.

Ao nível da organização do sistema de saúde, com repercussões a nível social, foi igualmente apontado como medida importante a criação de estruturas de apoio para “cuidados de retaguarda”, com o intuito de libertar a capacidade dos hospitais mais especializados, e reduzir os custos.

ii) profissionais de saúde:

Não foram sugeridas pelas ordens e associações profissionais inquiridas em representação dos profissionais de saúde quaisquer medidas.

iii) responsáveis de instituições da administração pública com atividade relevante na área da saúde:

Os responsáveis de instituições da administração pública com atividade relevante na área da saúde apontaram sobretudo medidas relacionadas com questões administrativas e tecnológicas, no sentido da uniformização de procedimentos, da simplificação do quadro legal, da manutenção e renovação de equipamentos, da adoção de sistemas de informação multiplataforma, e da agilização de comunicações entre as várias instituições do SNS.

iv) académicos:

O grupo dos académicos apresentou medidas de carácter mais disperso, como sejam o desenvolvimento de protocolos que visem a comunicação das aplicações informáticas existentes, a implementação do novo regime de convenções, a eliminação do regime especial de relacionamento do SNS com as IPSS, a extinção de duplicação de funções entre entidades com competências fiscalizadoras e de regulação e a uniformização da estrutura da rede pública do SNS ao longo de todo o território.

5.2. Proposta de medidas pela ERS

No ofício enviado pelo Senhor Ministro da Saúde à ERS foi solicitada a prospeção de medidas que visem a redução dos custos de contexto no setor da saúde.

A enunciação de medidas aqui propostas tem em conta, por um lado, os custos considerados mais relevantes pelos *stakeholders* inquiridos, e por outro lado, o sentido da intervenção que a ERS tem tido a respeito de áreas em que foram identificados custos de contexto.

Assim, e primeiramente tendo em conta as principais mensagens transmitidas pelos *stakeholders* no estudo por inquérito, a redução dos custos de contexto no setor da saúde em Portugal deverá passar por:

- Alterar as regras de contratação de recursos humanos pelas unidades de saúde do SNS, com vista à sua facilitação;
- Prover pela eliminação de sobreposição de quadros legais e regulamentares das atividades em saúde, de forma a facilitar o seu entendimento e acomodação por parte de todos os prestadores;
- Reduzir os prazos de pagamento pelo Estado aos prestadores convencionados;
- Atualizar os sistemas informáticos do SNS e prover pelo seu bom funcionamento face às necessidades dos prestadores de cuidados de saúde, designadamente mediante a garantia da sua interoperabilidade entre unidades distintas;

Por outro lado, para além das medidas anteriormente enunciadas, o sentido da atuação regulatória da ERS tem indiciado igualmente a necessidade de adoção de medidas para redução de alguns dos custos de contexto mencionados, designadamente através da emissão de recomendações, importando destacar:

- Concretizar o novo regime das convenções, garantindo a efetiva abertura do mercado e o ajustamento da oferta às exigências da procura, tornando-o o principal modelo de contratação do SNS e suprimindo o recurso a distintas formas de contratação direta pelos hospitais públicos paralelamente às convenções;
- Eliminar medidas geradoras de assimetrias entre prestadores de diferente natureza, em situações em que não seja estritamente necessária a diferenciação em virtude da garantia dos direitos dos utentes, designadamente

pela definição de regras de licenciamento idênticas e pela revogação do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro;

- Agilizar os procedimentos subjacentes à contratação por concurso público para prestação de serviços com o SNS;
- Prover pela efetiva definição e funcionamento de RRH, como forma de responsabilização dos prestadores e de salvaguarda do efetivo acesso das populações aos cuidados de saúde.
- Rever a combinação de profissões da saúde nos hospitais e unidades prestadoras de cuidados de saúde primários do SNS, promovendo um reforço da oferta de enfermeiros e o alargamento das suas atribuições.

6. Conclusão

Do estudo empreendido foi possível concluir o seguinte:

- 1) O conceito de custos de contexto considerado refere-se a “ações ou omissões que prejudicam a atividade das empresas do setor saúde, público, privado e social, e que não são imputáveis ao investidor, ao seu negócio ou à sua organização. Este tipo de custos pode ser enquadrado como tendo origem ou resultando de atos desproporcionados, ou não razoáveis, da Administração Pública, de práticas ou opções políticas anti-competitivas e até de condições decorrentes do estágio de desenvolvimento da economia portuguesa”¹³⁴;
- 2) Na literatura internacional, o conceito mais próximo de custos de contexto é o de *red tape costs*, que pode definir-se como regulamentos e procedimentos que implicam custos de conformidade, mas não atingem os objetivos funcionais a que se propõem. Estes custos de contexto podem referir-se à organização como um todo ou a um *stakeholder* específico (Bozeman, 1993);
- 3) Relativamente a dois índices tradutores da liberdade económica, o *Index of Economic Freedom* e o *Doing Business Project*, do ano de 2014, Portugal ocupa a 69.^a posição no ranking do primeiro índice, num total de 186 países, tendo subido 0,4 pontos relativamente ao ano anterior, e o 23.^o lugar do *ranking*, num total de 189 países, do segundo índice;
- 4) Considerado o dinamismo do setor da saúde, com vista a avaliar o potencial impacto dos custos de contexto na atratividade e desempenho do setor, constata-se que a intervenção dos agentes públicos e privados tem evoluído de forma diferenciada, com aumento do papel do setor privado, quer ao nível do financiamento da despesa em saúde, quer da prestação de cuidados de serviços;
- 5) O consumo e o emprego, no setor da saúde, exibiram um crescimento no período em análise, o que revela dinâmica deste setor;
- 6) Neste relatório os custos de contexto foram descritos com base no conhecimento acumulado pela ERS no âmbito das suas atividades de supervisão e de estudo da organização do sistema de saúde, em literatura nacional e internacional sobre esta matéria, tendo em complemento a ERS solicitado à AICEP informação sobre custos de contexto identificados no setor da saúde e diligências encetadas com vista à sua eliminação, no âmbito das competências daquele organismo nesta

¹³⁴ Nos termos do ofício do Senhor Ministro da Saúde rececionado pela ERS.

matéria (cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 229/2012, de 26 de outubro).

- 7) Foram identificados pela AICEP custos de contexto de âmbito nacional e nos mercados externos, e sugeridas medidas no âmbito de alguns custos por si identificados.
- 8) Por outro lado, para avaliação do grau de importância dos custos de contexto identificados, a ERS realizou um estudo por inquérito junto de uma amostra de respondentes cobrindo quatro grupos de *stakeholders* com experiência relevante no setor da saúde.
- 9) Das estatísticas descritivas realizadas com base no inquérito, das quais é possível extrair a valoração atribuída pelos *stakeholders*, resultou que as categorias de custos de contexto mais relevantes inserem-se no domínio do sistema legal e regulatório, procedimentos administrativos, e contratos, financiamento e pagamentos do Estado.
- 10) Os custos de contexto classificados, em média, como mais relevantes, ou aos quais foi atribuída por maior percentagem de respondentes a classificação máxima de relevância, encontram-se associados às regras de contratação de recursos humanos pelos hospitais do SNS, à sobreposição de quadros legais e regulamentares das atividades em saúde, aos prazos de pagamento pelo Estado aos prestadores convencionados e ao funcionamento dos sistemas informáticos do SNS, designadamente no que se refere ao grau de compatibilidade dos sistemas informáticos das várias entidades integradas no SNS.
- 11) Tendo em consideração, por um lado, os custos de contexto classificados como mais relevantes pelos *stakeholders* inquiridos, e por outro lado, o sentido da intervenção que a ERS tem tido a respeito de áreas em que foram identificados custos de contexto, foram propostas medidas tendentes à sua redução, genericamente relacionadas com as regras de contratação de recursos humanos e outros procedimentos de contratação de serviços no SNS, sobreposições legais e regulamentares, prazos de pagamento do Estado, sistemas informáticos do SNS, regimes legais de licenciamento e de convenções, assimetrias entre prestadores de diferentes naturezas, funcionamento em rede das unidades do SNS e combinação de profissões de saúde.

Anexo I – Questionário do inquérito sobre custos de contexto no setor da saúde

I. Considerando a sua experiência e conhecimento sobre o setor da saúde, avalie o grau de importância relativa dos itens apresentados na seguinte tabela, **na ótica de poderem representar custos de contexto** ou de consistirem em atos da Administração Pública ou opções de política com custos de contexto associados. A avaliação é feita numa escala de 1 a 5, em que **1 corresponde a “nada relevante” e 5 a “muito relevante”**. NS/NR corresponde à opção “não sabe ou não responde”; esta opção deve ser utilizada também no caso de itens não aplicáveis à realidade/natureza das organizações da saúde a que o respondente está associado. Note que a atribuição de 5 na escala se encontra associada a um impacto negativo, ou seja, corresponde ao nível superior de prejuízo do custo enunciado na atividade das empresas do setor da saúde.

1. Licenciamento da atividade	1	2	3	4	5	NS/ NR
a) Regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (DL n.º 127/2014, de 22 de agosto)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Registo na ERS (DL n.º 126/2014, de 22 de agosto)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Obtenção de licença para funcionamento de instalações radiológicas (DL n.º 180/2002, de 8 de agosto)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Obtenção de licença de equipamento médico pesado e sua renovação (DL n.º 95/95, de 9 de maio)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) Condicionamento da instalação de equipamento médico pesado, com base em rácios por número de habitantes definidos legalmente (Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Contratação com o SNS	1	2	3	4	5	NS/ NR
a) Regras dos procedimentos de contratação por concurso público para prestação de serviços ao SNS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Regime de relacionamento do SNS com as IPSS, conforme previsto no DL n.º 138/2013, de 9 de outubro	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Acesso a convenções com o SNS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Alterações às condições estabelecidas nos contratos de convenção (ex. alteração da localização do estabelecimento, áreas convencionadas)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) Contratação direta das Unidades Locais de Saúde e dos hospitais do SNS paralelamente às convenções	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f) Regime de contratação de gestão de unidades do SNS em parceria público-privada (DL 111/2012, de 23 de maio)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Outro(s)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Contratos, financiamento e pagamentos do Estado	1	2	3	4	5	NS/ NR
a) Prazos de pagamento pelo Estado aos hospitais do SNS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Valor dos orçamentos dos hospitais do SNS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Funcionamento do sistema de incentivos e penalizações dos contratos-programa, contratos de parceria público-privada, e outros contratos de concessão e de gestão	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Prazos de pagamento pelo Estado aos prestadores convencionados e outros fornecedores de serviços	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Contexto económico e fiscal	1	2	3	4	5	NS/ NR
a) Acesso a financiamento junto do setor bancário	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Acesso a fundos comunitários e outras subvenções do Estado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Regimes de isenção fiscal para investimentos no setor da saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Impostos e outras obrigações fiscais	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) Custo de fornecimentos e serviços externos ligados às instalações (eletricidade, combustíveis, água, rendas e alugueres, etc.) e outros gerais (seguros, comunicação, material de escritório, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Sistema legal e regulatório	1	2	3	4	5	NS/ NR
a) Frequência das alterações dos regimes legais que enquadram as atividades em saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Sobreposição de quadros legais e regulamentares das atividades em saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Intervenção regulatória e de supervisão assegurada por várias instituições públicas (designadamente ERS, DGS, IGAS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Custos de resolução de litígios contratuais, laborais ou de consumo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) Coexistência de diferentes conjuntos de normas de boa prática clínica e qualidade em saúde (normas de orientação clínica, Manuais de Boas Práticas, regras de licenciamento, exigências nas convenções do SNS, sistemas de acreditação e certificação, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s)_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Recursos humanos	1	2	3	4	5	NS/ NR
a) Regras de contratação de recursos humanos pelos hospitais do SNS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Legislação laboral geral prevista no código do trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Regras específicas das profissões do setor da saúde (ex. carreira médica)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Exigências relativas à formação dos recursos humanos (profissionais de saúde e outros) no âmbito do regime de licenciamento	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e) Exigências relativas à disponibilidade de recursos humanos (profissionais de saúde e outros) no âmbito do regime de licenciamento	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f) Capacidade de implementar esquemas de incentivos a profissionais de saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g) Exigências ao nível da medicina, higiene e segurança no trabalho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h) Processo de reconhecimento das competências dos profissionais de saúde de nacionalidade estrangeira	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Procedimentos administrativos	1	2	3	4	5	NS/ NR
a) Capacidade de acomodação dos procedimentos administrativos do SNS a alterações legislativas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Tempos de resposta da Administração Pública no âmbito de procedimentos administrativos na relação com unidades de saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Exigência documental nos procedimentos da Administração Pública	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Comunicação bidirecional de documentos e informações com Administração Pública	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Exigências tecnológicas	1	2	3	4	5	NS/ NR
a) Grau de compatibilidade dos sistemas informáticos das várias entidades integradas no SNS (entre unidades de cuidados de saúde primários e unidades hospitalares públicas, convencionados e unidades com protocolo com o SNS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Funcionamento dos sistemas informáticos do SNS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Prescrição eletrónica obrigatória	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Necessidade de agregador de GDH para prestação de serviços ao abrigo de convenção com o SNS para cirurgias (SIGIC)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

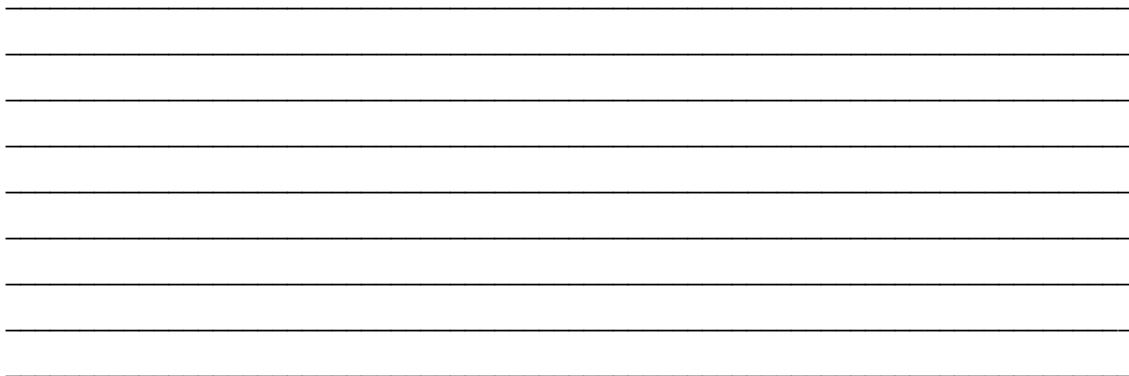
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
----------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

9. Registos e informação	1	2	3	4	5	NS/ NR
a) Exigências de normalização de registos contabilísticos e reporte contabilístico ao Estado e às autoridades tributárias	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Exigências de registo de atividade clínica e de reporte dessa atividade às autoridades de saúde (ACSS, ERS, DGS, ARS, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Exigências de reporte de informação estatística às autoridades (INE, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Contexto social	1	2	3	4	5	NS/ NR
a) Posições de origem corporativa (papel das Ordens Profissionais e outras associações profissionais da saúde)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Assimetria de informação entre utentes e profissionais de saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Iliteracia em saúde por parte dos utentes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Contexto político	1	2	3	4	5	NS/ NR
a) Velocidade na definição e implementação de políticas públicas de saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Implementação da Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços (Lei n.º 25/2014, de 25 de agosto)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Heterogeneidade do modelo organizativo das redes públicas de prestação de cuidados de saúde (ULS e ACES; ULS, CH e hospitais autónomos; hospitais E.P.E. e S.P.A.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Alternância política no Governo e no Ministério da Saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outro(s) _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II. Identifique e descreva sucintamente outros custos de contexto que não se insiram nas áreas referidas na pergunta anterior.



This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

CUSTOS DE CONTEXTO NO SETOR DA SAÚDE

Anexo II – Elenco de medidas propostas pelos stakeholders

i) gestores e empresários do setor da saúde (de unidades de diferente dimensão, dos setores público, privado e social):

Setor público

- Conceder efetivos poderes de decisão às ARS;
- Reintroduzir a delegação de competências nos órgãos de gestão das instituições prestadoras;
- Agilizar a faturação e o pagamento da produção dos contratos-programa;
- Retoma de autonomia de contratação de recursos humanos;
- Maior *accountability* entre a ACSS e os Hospitais/CH/ULS;
- Maior acompanhamento orçamental da tutela, nomeadamente nos hospitais menos eficientes;
- Convergir para a equidade regional do financiamento da saúde;
- Rever modelo de financiamento dos hospitais EPE;
- Rever quadro das obrigações fiscais dos hospitais EPE;
- Equiparar os regimes laborais públicos e privados;
- Alterar regime de acumulação de funções;
- Rever a contratação pública nos hospitais;
- Normalizar pagamento por procedimento independentemente da instituição onde é prestado o cuidado de saúde;
- Pagar por uso (de fármacos, MCDT), ainda que exista regulamentação do que pode ser usado e quando.

Setor privado

- As regras de licenciamento devem ser aplicadas, uniformemente, a todos os setores prestadores de cuidados de saúde – privado, público e social;

- A fixação das regras da ADSE deveria passar por mais extensa colaboração/negociação com o setor privado;
- A tabela de preços dos cuidados de saúde deveria ser única, qualquer que seja o setor em que seja aplicada - privado, público e social;
- A liberdade de escolha que é reconhecida a um cidadão estrangeiro/europeu de poder receber cuidados de saúde numa unidade privada deve ser de igual modo reconhecida aos cidadãos nacionais residentes em Portugal;
- A legislação a aprovar na área da saúde deve, sem exceção, admitir a participação, em grupos de trabalho, do setor privado;
- As farmácias hospitalares devem passar a ser autorizadas aos operadores privados de cuidados de saúde;
- Qualquer acordo celebrado pelo Ministério da Saúde deve colocar em igualdade de circunstâncias o setor privado e o setor social, devendo o critério de escolha da colaboração adjudicada ser o da melhor proposta e não, como tem sido, o da natureza jurídica da entidade prestadora dos serviços;
- Apoio à prestação de cuidados remotos, via incentivos aos investimentos tecnológicos nesta área de atuação, assim como instrumentos de remuneração que beneficiem a ambulatorização de cuidados e cuidados fora do hospital;
- Criação de infraestruturas para acolhimento e prestação de cuidados de retaguarda, libertando assim os hospitais mais diferenciados de internamentos sociais.

ii) profissionais de saúde:

- Não foram sugeridas pelas ordens e associações profissionais inquiridas em representação dos profissionais de saúde quaisquer medidas.

iii) responsáveis de instituições da administração pública com atividade relevante na área da saúde:

- Manutenção e renovação de equipamentos;
- Adoção de sistemas de informação multiplataforma; Implementação a nível nacional, no Serviço Nacional de Saúde, do Sistema de Gestão Documental;

- Uniformização a nível nacional, no Serviço Nacional de Saúde, de procedimentos administrativos;
- Maior eficácia, abertura e celeridade, nas comunicações entre as várias instituições do Serviço Nacional de Saúde;
- Maior competência fiscalizadora de âmbito territorial, nas ARS, que abranja todas as unidades prestadoras do sistema de saúde (do Serviço Nacional de Saúde e do sector privado);
- Redução de obstáculos e atrasos injustificáveis, no desenrolar de processos;
- Simplificação legislativa, por forma a não criar complexidade pelas sucessivas revisões legislativas e novas Leis associadas;
- Reunir valências dispersas numa única plataforma informática;
- Implementar processos que promovam a informatização clínica dos Serviços de Urgência das Unidades de Saúde como instrumento facilitador do trabalho clínico e simultaneamente de suporte à governação e gestão baseada em decisões tomadas em tempo real.
- Promover a gestão por processos, através da criação de mecanismos/ferramentas que permitam realizar o controlo de gestão com rigor e possibilitem ainda a obtenção de informação para investigação científica.
- Adotar metodologias à formação *blended-learning*.

iv) académicos:

- Procurar minimizar o número de reformas realizadas;
- Desenvolver protocolos que visem a comunicação das aplicações informáticas existentes;
- Implementar novo regime de convenções;
- Eliminar regime especial de relacionamento do SNS com as IPSS;
- Extinguir IGAS;
- Extinguir Departamento da Qualidade da DGS;
- Extinguir ULS, ou alternativamente, transformar toda a rede pública em ULS.



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt