

# DESAFIOS DA REGULAÇÃO DA SAÚDE EM PORTUGAL NOS TEMPOS DE CRISE

*Olívio Mota Amador\**

*ABSTRACT: The Portuguese Health Regulation Authority (Entidade Reguladora da Saúde) aims at delivering independent assurance about (i) the compliance with legal requirements for health care services and establishments; (ii) the protection of health care service users rights, including access and freedom of choice; (iii) the legality and transparency in the economic relations between providers, funders and users; (iii) fair competition in health care markets. In this article, the Author provides a brief summary of the Portuguese health regulatory process, considering the current constraints and looking to the future perspectives.*

SUMÁRIO: 1. Introdução 2. A criação da Entidade Reguladora da Saúde 3. Linhas de evolução da regulação da saúde em Portugal 4. Regulação da saúde em tempos de crise: aspetos nucleares 4.1. Garantia de acesso aos cuidados de saúde. 4.2. Defesa dos direitos dos utentes. 4.3. Legalidade e transparência nas relações económicas entre os operadores 4.4. Promoção da concorrência 5. Perspetivas de futuro.

## 1. INTRODUÇÃO

A regulação da saúde surge concomitantemente com a aproximação, por alegadas questões de eficiência, dos serviços públicos à atividade económica privada e com a promoção de formas diversificadas de prestação de cuidados de saúde<sup>1</sup>.

Revela-se, deste modo, que a regulação da saúde não se reconduz à regulação económica típica, ligada à correção de falhas de mercado, mas faz emer-

---

\* Mestre em Direito (Ciências Jurídico-Económicas) pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Docente do Instituto Europeu e do IDEFF da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Advogado.

1 Para uma análise da moderna regulação jurídica da economia e das suas modalidades, cf. Paz Ferreira & Morais, 2009: 23.

gir aspetos ético-sociais e motivações político-ideológicas, conduzindo a um sistema regulador multipolar específico e complexo<sup>1</sup>.

Em Portugal a criação, em 2003, da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) foi a expressão de um movimento apostado na generalização do fenómeno regulatório mesmo a setores, como é caso da saúde, tradicionalmente entregues a serviços da Administração Pública<sup>2</sup>.

Em 2009 o regime jurídico da ERS foi objeto de revisão, porque o novo ciclo de regulação da saúde pressupunha a adequação do sistema de saúde às alterações do próprio arquétipo da administração pública originada pela conversão do Estado Social prestador em Estado Social garantidor<sup>3</sup>

Em maio de 2011 Portugal celebrou um acordo de assistência financeira internacional, financiado por verbas da União Europeia (Mecanismo Europeu de Estabilidade Financeira), do Fundo Europeu de Estabilidade Financeira e do Fundo Monetário Internacional. Devido a este acordo de assistência financeira internacional Portugal ficou adstrito ao cumprimento de um exigente programa de reforma no setor da saúde orientado para o controlo da despesa e a procura da eficiência<sup>4</sup>. Note-se que as implicações para a regulação deste novo contexto justificam análise detalhada. É o que começaremos a fazer de seguida.

## 2. A CRIAÇÃO DA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

O Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro criou a ERS<sup>5</sup>. Em 2009 o regime jurídico da ERS foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

A referência a uma entidade reguladora no setor da saúde já existia antes da publicação do diploma de 2003. Efetivamente, o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, que define o regime das parcerias público-privadas na saúde, referia, no artigo 37.º, que as atividades desenvolvidas no âmbito das parcerias em saúde podem ser objeto de regulação económica, sendo o financiamento

---

1 Cf. Cunha Rodrigues, 2009: 629.

2 Cf. Paz Ferreira, 2005: 235.

3 Cf. Canotilho, 2009: 14.

4 Cf. Comissão Europeia, Banco Central Europeu & Fundo Monetário Internacional, 2011: 15.

5 Sobre os traços fundamentais do regime jurídico da ERS, cf. Estorninho, 2008: 132.

da entidade reguladora assegurado pelas entidades reguladas, nos termos a definir em diploma próprio.

Depois, o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, que cria a rede de cuidados de saúde primários, no artigo 31.º, fazia depender a sua entrada em vigor do diploma que aprova a criação de uma entidade reguladora que enquadre a participação e atuação dos operadores privados e sociais no âmbito da prestação de serviços públicos de saúde, assegurando o acompanhamento dos respetivos níveis de desempenho <sup>6</sup>.

A criação da ERS foi enquadrada numa reforma ampla do setor da saúde que implicava várias transformações.

Em primeiro lugar, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) passaria a contar com uma participação acrescida e diversificada de operadores sociais e privados integrados nas redes nacionais de cuidados primários, hospitalares e continuados.

Em segundo lugar, a generalidade dos estabelecimentos do SNS estariam sujeitos a uma lógica empresarial e a depender da quantidade e qualidade dos serviços que conseguissem produzir.

Por último, o organismo regulador era dotado de um estatuto de independência para ficarem separadas a função do Estado como regulador e supervisor em relação às suas funções de operador e de financiador<sup>7</sup>.

O modelo de regulação escolhido abrange todas as entidades que prestam cuidados de saúde e toda a atividade de prestação de cuidados de saúde. Exceção fazem-se os profissionais de saúde, no que respeita à autorregulação desenvolvida pelas ordens profissionais, e o setor do medicamento sujeito a regulação específica pelo INFARMED.

A ERS é uma pessoa coletiva de direito público com autonomia administrativa e financeira e património próprio que tem por objeto a regulação e a supervisão da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde<sup>8</sup>.

---

6 Exceto o sistema de financiamento por capitação que entraria vigor a partir do ano económico de 2004.

7 Quanto à organização do setor público da saúde em Portugal vd. Amador, 2010: 21-40.

8 Cf. artigos 2.º e 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, em vigor, e artigos 2.º e 3.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 dezembro, revogados.

A ERS é independente no exercício das suas funções no quadro da lei, sem prejuízo dos princípios orientadores da política de saúde fixada pelo Governo<sup>9</sup>.

As atribuições da ERS compreendem a regulação e a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no respeitante ao cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento, à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes, à legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes<sup>10</sup>.

Como assinala Paz Ferreira, a criação da ERS em Portugal confirma a força expansiva do fenómeno regulatório embora a apreciação do seu estatuto possa levar a defender que nos encontramos algures a meio caminho entre uma entidade reguladora e um provedor de justiça do setor<sup>11</sup>.

### 3. LINHAS DE EVOLUÇÃO DA REGULAÇÃO DA SAÚDE EM PORTUGAL

O tempo que decorreu entre a publicação do diploma que criou a ERS (10 de dezembro de 2003), a nomeação dos membros do Conselho Diretivo (24 março de 2004) e a posse destes (19 de abril de 2004) atrasou o início de atividade da ERS<sup>12</sup>.

A ERS começou a desenvolver uma atividade de regulação centrada essencialmente na defesa dos direitos e legítimos interesses dos utentes dos serviços de saúde<sup>13</sup>. Foi entendido como objetivo nuclear a proteção dos direitos fundamentais dos cidadãos. Direitos, tais como a equidade no acesso ao sistema público, a obtenção de informação, a implementação de mecanismos eficazes de reclamação, ou mesmo a proteção da privacidade individual<sup>14</sup>.

Os três vetores fundamentais de atuação da ERS foram:

---

9 Cf. artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, em vigor, e artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 dezembro, revogado.

10 Cf. artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, em vigor, e artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 dezembro, revogado.

11 Cf. Paz Ferreira, 2010: 49.

12 Cf. Entidade Reguladora da Saúde, 2005: 5.

13 Cf. Almeida, 2010: 330 e Entidade Reguladora da Saúde, 2004: 12.

14 Para uma descrição das questões da igualdade a nível do regulador da saúde, cf. Care Quality Commission, 2012: 5.

- i) Desenvolver uma atividade de supervisão independente centrada na defesa dos direitos e interesses dos utentes, e que oriente a conduta dos prestadores em favor desses direitos e interesses;
- ii) Prestar aos utentes informação que reforce a sua capacidade de efetuar escolhas sobre os cuidados de saúde que mais se adequam às suas necessidades;
- iii) Dar aos cidadãos instrumentos de defesa dos seus direitos.

Em termos operacionais a ERS dedicou grande esforço, em termos de recursos humanos, materiais e financeiros, ao processo de registo obrigatório das entidades prestadores de cuidados de saúde. O conhecimento do universo dos regulados foi considerado uma condição imprescindível para que a ERS pudesse exercer devidamente as suas funções de regulação. Adicionalmente, este processo de registo permitiu à ERS obter uma fonte suplementar de receitas próprias, constituída pelo montante das taxas que as entidades pagam no ato de inscrição<sup>15</sup>.

Ao longo dos anos tem-se verificado um crescimento do número de reclamações, queixas e outras participações por parte dos utentes, profissionais de saúde, responsáveis por estabelecimentos e instituições. Estes dados, que constam dos Relatórios de Atividades da ERS, revelam o incremento da notoriedade da ERS<sup>16</sup>.

Em 2008 a ERS iniciou a execução do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – SINAS, projeto de cariz plurianual que pretende fomentar uma cultura de exigência e responsabilização perante os prestadores de cuidados de saúde e de transparência perante os utentes, tendo já em 2010 sido publicados os primeiros *ratings* de qualidade do setor hospitalar em Portugal (público, privado e social)<sup>17</sup>.

Durante o ano de 2009, as atribuições, organização e funcionamento da ERS foram reestruturados, com a entrada em vigor, em 26 de junho, do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio. Apesar de se manterem, no essencial, os objetivos de regulação e a natureza de entidade reguladora independente, o novo regime jurídico da ERS introduziu algumas alterações importantes.

15 Cf. Entidade Reguladora da Saúde, 2007: 27.

16 Por exemplo, no ano de 2008 o número de reclamações e outras participações feitas à ERS aumentou 98% face ao ano de 2007, Cf. Entidade Reguladora da Saúde, 2008:56 e Entidade Reguladora da Saúde, 2009: 56.

17 Cf. Entidade Reguladora da Saúde, 2009: 66 e Entidade Reguladora da Saúde, 2011a: 60.

Desde logo, definiu como atribuição da ERS a regulação económica do setor. Depois, criou um conselho consultivo, como instância de participação institucionalizada dos setores interessados<sup>18</sup>. Por fim, definiu com mais precisão os poderes sancionatórios da ERS, quanto à definição das contraordenações e quanto às coimas.

Em 2010 entrou em vigor o novo regime jurídico do licenciamento das unidades privadas de saúde, constante do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro. Neste regime a ERS tem a incumbência de criar e gerir um sistema de informação de apoio ao licenciamento<sup>19</sup>.

#### **4. REGULAÇÃO DA SAÚDE EM TEMPOS DE CRISE: ASPETOS NUCLEARES**

A partir do início dos anos oitenta diversos Estados-membros da OCDE iniciaram processos de reforma dos sistemas de saúde. Paralelamente, o crescimento das despesas com a saúde obrigou os Governos a adotarem políticas de contenção orçamental visando influenciar a procura e a oferta de serviços de saúde integradas ou não em estratégias mais amplas de reforma<sup>20</sup>.

A nível global os Estados têm desenvolvido estratégias de saúde orientadas para a equidade e para a diminuição das desigualdades sociais. Existe já uma vasta experiência de processos reformistas centrados na busca de maior eficiência na gestão dos recursos no setor da saúde<sup>21</sup>.

Em maio de 2011 Portugal celebrou um acordo de assistência financeira internacional, e ficou adstrito ao cumprimento de um programa de reforma no setor da saúde fundado na contenção da despesa e na procura da eficiência<sup>22</sup>. Tendo em conta as atribuições da ERS, importa analisar os aspetos nucleares deste novo contexto.

##### **4.1. Garantia de acesso aos cuidados de saúde**

Um dos objetivos centrais da atividade da ERS consiste em assegurar o cumprimento, por parte das entidades reguladas, dos critérios de acesso aos cuida-

---

18 A inexistência de um Conselho Consultivo foi desde logo objeto de crítica, cf. Cunha Rodrigues, 2009: 633.

19 Cf. Entidade Reguladora da Saúde, 2010: 48.

20 Cf. Simões, 2005: 66.

21 Cf. Fernandes, 2012: 111.

22 Cf. Sakellarides, 2011: 29.

dos de saúde, nos termos da constituição e da lei (artigo 33.º, alínea *b*) e artigo 35.º, alínea *a*) do Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de maio).

O direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados num contexto de crise e de generalizada contenção orçamental assume especial relevância.

Nesse sentido a ERS deverá estar particularmente atenta aos casos de restrições ou de desigualdades infundadas de acesso de doentes aos cuidados de saúde, ou de incumprimento de regras de acesso aos serviços públicos ou publicamente financiados. Neste âmbito assume particular importância a fiscalização, por parte da ERS, do cumprimento da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, que aprovou a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde<sup>23</sup>.

Quanto à garantia do acesso aos cuidados de saúde a ERS deverá prevenir e punir as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos públicos de saúde ou publicamente financiados (artigo 35.º alínea *b*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio). Além da investigação suscitada por participações, queixas e reclamações de utentes ou profissionais, a ERS deve realizar também ações de fiscalização temáticas dos prestadores de cuidados de saúde para identificar eventuais práticas de discriminação ou rejeição infundada de doentes. Igualmente muito relevante no âmbito da garantia do acesso aos cuidados de saúde é a prevenção e punição por parte da ERS das práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde (artigo 35.º, alínea *c*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio).

Finalmente, uma última incumbência da ERS ao nível da garantia do acesso aos cuidados de saúde consiste em zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados (artigo 35.º, alínea *d*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio).

#### **4.2. Defesa dos direitos dos utentes**

A garantia dos direitos e interesses legítimos dos utentes constitui um dos objetivos da atividade reguladora da ERS (artigo 33.º, alínea *c*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio).

---

23 A ERS também fiscaliza o cumprimento da Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, que aprovou o programa Consulta a Tempo e Horas (CTH), e da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, que aprovou os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRC).

Para esse efeito, incumbe à ERS monitorizar as queixas e reclamações dos utentes bem como o seguimento dado pelos operadores às mesmas (artigo 36.º, alínea *a*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio). Assume particular destaque o objetivo de redução do prazo médio de tratamento no processamento de reclamações e exposições/denúncias.

Uma outra importante atribuição da ERS ao nível da defesa dos direitos dos utentes é a promoção de um sistema de classificação dos estabelecimentos de saúde quanto à sua qualidade global (artigo 36.º, alínea *b*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio). Por isso, a ERS criou o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) já referido anteriormente.

Incumbe ainda à ERS, a título de defesa dos direitos dos utentes, zelar pelo cumprimento da “Carta dos Direitos dos Utentes” dos Serviços de Saúde. A “Carta dos Direitos dos Utentes” dos Serviços de Saúde e respetivo relatório foi aprovada em 2011, pelo Conselho Diretivo da ERS.

Por fim, compete à ERS verificar o não cumprimento das obrigações legais e regulamentares relativas à acreditação e certificação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (artigo 36.º, alínea *d*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio). Neste âmbito, a ERS deverá lançar as bases necessárias para a implementação de um sistema de acreditação e certificação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua tipologia ou natureza jurídica.

#### **4.3. Legalidade e transparência nas relações económicas entre os operadores**

Na sequência da reforma de 2009 foram atribuídos à ERS objetivos de regulação económica, designadamente o de velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema.

Para efeitos daquele objetivo, incumbe à ERS, em primeiro lugar, elaborar estudos e emitir recomendações sobre as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, incluindo no que respeita ao acesso à atividade e às relações entre o SNS e os operadores privados, tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da equidade do setor, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes, (artigo 37.º, alínea *a*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio)<sup>24</sup>.

---

24 Está previsto em 2012 a ERS concluir o estudo sobre os eventuais efeitos da adesão/subscrição dos “cartões de saúde” na procura de cuidados de saúde, designadamente no aparecimento de fenómenos de indução artificial da procura motivada pelos prestadores e de excesso de consumo motivado pelos utentes (risco moral). Cf. Entidade Reguladora da Saúde, 2011b: 13.



Incumbe também à ERS pronunciar-se e emitir recomendações sobre os acordos subjacentes ao regime das convenções, bem como sobre os contratos de concessão, de gestão e outros que envolvam atividades de conceção, construção, financiamento, conservação ou exploração de estabelecimentos ou serviços de saúde (artigo 37.º, alínea *b*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio). Para dar cumprimento a esta atribuição, a ERS deverá: *i*) Acompanhar o regime de celebração de convenções pelo SNS; *ii*) Proceder ao acompanhamento dos hospitais do SNS geridos em parceria público-privada (PPP); *iii*) Proceder à mediação e arbitragem de conflitos que surjam entre as contrapartes contratuais em PPP, convenções ou outros contratos de concessão e de gestão.

À ERS compete elaborar estudos e emitir recomendações sobre a organização e o desempenho dos serviços de saúde do SNS (artigo 37.º, alínea *c*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio)<sup>25</sup>.

Uma área pouco estudada é a da identificação, junto dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, de questões potencialmente lesivas dos direitos e interesses dos utentes decorrentes de regras de seguros de saúde. Também no âmbito da regulação económica, compete à ERS pronunciar-se e emitir recomendações sobre os requisitos e as regras relativos aos seguros de saúde e cooperar com o Instituto de Seguros de Portugal na sua supervisão (artigo 37.º, alínea *d*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio).

Num contexto de crise onde é necessário ter presente que as receitas dos tributos não podem aumentar sem limites, sob pena de provocarem efeitos perversos, assume particular relevo a ERS pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados, ou estabelecidos por convenção entre o SNS e entidades externas, e velar pelo seu cumprimento (artigo 37.º, alínea *e*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio).

---

25 Está previsto também em 2012 a ERS concluir os estudos de avaliação da organização e desempenho das Unidades de Saúde Familiar (USF), monitorizar e avaliar a oportunidade de elaborar o relatório final da organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde (ULS) na perspetiva do acesso dos utentes aos cuidados de saúde e da eficiência dos modelos de gestão e definir os parâmetros a considerar no modelo de avaliação de desempenho dos estabelecimentos hospitalares do SNS. Cf. Entidade Reguladora da Saúde, 2011b: 14.

#### 4.4. Promoção da concorrência

Um dos objetivos de regulação da ERS consiste em defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado e colaborar com a Autoridade da Concorrência na prossecução das suas atribuições relativas a este setor (artigo 33.º, alínea *f*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio)<sup>26</sup>.

A ERS deverá identificar os mercados relevantes que apresentam características específicas sectoriais, designadamente definir os mercados geográficos, em conformidade com os princípios do direito da concorrência (artigo 38.º, alínea *a*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio).

O processo de levantamento e definição dos mercados relevantes no setor de prestação de cuidados de saúde, com vista à análise da possibilidade de concorrência em cada mercado ainda não se encontra realizado.

Por outro lado, compete à ERS velar pelo respeito da concorrência nas atividades abertas ao mercado sujeitas à sua jurisdição (artigo 38.º, alínea *b*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio). Nesse sentido, a ERS deve identificar eventuais práticas, públicas ou privadas, lesivas da sã concorrência e promover, sempre que necessário, a sua cessação.

Incumbe à ERS colaborar com a Autoridade da Concorrência no desempenho das suas atribuições (artigo 38.º, alínea *c*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio). Assim, a ERS deverá colaborar nos processos conduzidos pela Autoridade da Concorrência que respeitem a entidades sujeitas à regulação da ERS, designadamente no âmbito dos pedidos de parecer deste organismo em processos de concentração de empresas e de práticas restritivas da concorrência.

Quanto aos poderes de regulamentação, a ERS pode emitir os regulamentos e recomendações necessários para cumprimento das suas atribuições (artigo 39.º, alínea *a*), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio). A ERS espera emitir este ano os regulamentos sobre discriminação, indução artificial da procura e obrigações de informação aos utentes em momento prévio à decisão de contratação de prestação de cuidados de saúde<sup>27</sup>.

#### 5. PERSPETIVAS DE FUTURO

Chegados a este ponto, importa agora sublinhar alguns aspetos que, tudo indica, irão condicionar a regulação da saúde no futuro.

26 Quanto às dificuldades da promoção da concorrência no setor da saúde, cf. D`Intignano, 2001: 386-393.

27 Cf. Entidade Reguladora da Saúde, 2011b: 15.

A curto prazo as medidas de contenção orçamental e de procura de maior eficiência impostas ao SNS, decorrentes do programa de assistência financeira, continuarão a produzir efeitos. Neste âmbito, existem quatro situações que devem suscitar particular atenção ao regulador:

- i)* Os efeitos das reduções impostas à despesa dos hospitais do SNS;
- ii)* Os processos de reorganização da oferta de cuidados hospitalares com a extinção e fusão de serviços públicos de saúde;
- iii)* A diminuição de alguns benefícios aos utentes do SNS;
- iv)* O aumento de taxas e preços de cuidados de saúde prestados pelo SNS ou por entidades convencionadas com o SNS.

Todas as situações elencadas devem ser objeto de acompanhamento sistemático por parte do regulador, porque são suscetíveis de restringirem significativamente o acesso a cuidados de saúde e de produzirem efeitos discriminatórios.

Mesmo depois de terminar em Portugal o período de assistência financeira, a busca de eficiência e a contenção da despesa no setor da saúde permanecerá. Aliás, um dos maiores desafios que as sociedades defrontam no seu processo de desenvolvimento consiste em saber como compatibilizar a garantia de acesso a cuidados de saúde de qualidade com a sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde<sup>28</sup>.

Nos próximos anos, é previsível que aumente a importância do setor privado na prestação de cuidados de saúde. Aliás, este setor tem realizado em Portugal investimentos significativos em unidades de grande dimensão. Perante este cenário, torna-se necessário um maior acompanhamento, por parte do regulador, junto do setor privado, nomeadamente para evitar e sancionar casos de seleção adversa (escolha dos melhores casos) e de indução da procura pela oferta.

As parcerias público-privadas na saúde em Portugal adotaram um modelo integral, que abrange a contratação a um operador privado da prestação de serviços de infraestruturas e da prestação de cuidados de saúde especializados com incidência orçamental plurianual ao longo do período do contrato<sup>29</sup>. As parcerias existentes são uma área fundamental para aferir a qualidade da ges-

---

28 Cf. Haute Autorité de Santé, 2009: 5.

29 Cf. Azevedo, 2009: 294.

tão pública dos contratos e a resposta dos operadores privados às exigências contratuais. Daí que torna-se desnecessário justificar a relevância do acompanhamento das parcerias público-privadas por parte do regulador<sup>30</sup>.

Outra questão importante na evolução futura do setor da saúde é a sua globalização. O princípio da responsabilidade exclusiva do Estado pela organização da prestação de cuidados de saúde é posto em causa pela globalização do mercado da saúde<sup>31</sup>.

A União Europeia, em 1998, iniciou o debate sobre o melhor quadro legal para os chamados cuidados de saúde transfronteiriços. A prestação de cuidados de saúde transfronteiriços designa, em termos gerais, a situação em que o destinatário do serviço (doente) desloca-se ao Estado do prestador para aí receber cuidados de saúde<sup>32</sup>.

Só em 2011 foi aprovada a 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. Torna-se imperioso o acompanhamento por parte da ERS do processo de transposição desta Diretiva para o ordenamento jurídico português, face às consequências que essa legislação terá no sistema de saúde nacional.

Não se poderá deixar de reconhecer que a ERS constitui um garante de direitos fundamentais dos cidadãos e até de valores nucleares de um Estado de Direito Democrático<sup>33</sup>. Sem prejuízo da importância de salvaguardar os direitos dos utentes dos serviços de saúde, em especial o acesso, a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde, o regulador não deverá limitar-se a ser um provedor de justiça na área da saúde<sup>34</sup>.

O regulador terá de identificar e agir nas situações de deficiente funcionamento económico do sistema. A afirmação do regulador neste domínio depende da sua credibilidade, resultante da independência e da capacidade técnica que demonstrar. Em função da credibilidade e da disponibilização à

---

30 Cf. Entidade Reguladora da Saúde, 2011b: 13.

31 Cf. Pellet, 2009: 353-355.

32 Além disso, podem verificar-se outras duas situações. Primeira, o prestador desloca-se ao Estado do destinatário do serviço (doente) para prestar o serviço. Segunda, o prestador e o destinatário (doente) permanecem nos seus Estados de origem, havendo apenas uma deslocação do serviço ou troca de informações (saúde eletrónica), cf. Jardim, 2010: 620.

33 Cf. Nunes, 2009: 218.

34 Sobre regulação social cf. Sakellarides, 2009: 89.

opinião pública de informação bem fundamentada tecnicamente, o regulador poderá controlar de forma indireta os comportamentos dos agentes económicos no setor.

O futuro da regulação da saúde resultará também da reflexão, decorrente do Memorando de Entendimento de 2011, sobre as estruturas de regulação portuguesas. Não existindo em Portugal uma lei-quadro das autoridades reguladoras, seria útil para a ERS estar sujeita a um conjunto de orientações gerais de enquadramento dos reguladores sectoriais portugueses.

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Álvaro Santos

2010 “Regulação independente da saúde”, in Nazaré da Costa Cabral, Olívio Mota Amador & Guilherme W. d’Oliveira Martins, *A Reforma do sector da saúde. Uma realidade iminente?*, Cadernos do IDEFF n.º 11, Coimbra: Almedina, pp. 321-339.

AMADOR, Olívio Mota

2010 “A organização do setor público da saúde em Portugal”, in Nazaré da Costa Cabral, Olívio Mota Amador & Guilherme W. d’Oliveira Martins, *A Reforma do sector da saúde. Uma realidade iminente?*, Cadernos do IDEFF n.º 11, Coimbra: Almedina, pp. 21- 40.

AZEVEDO, Maria Eduarda

2009 *As parcerias público-privadas: instrumento de uma nova governação pública*, Coimbra: Almedina.

CANOTILHO, Joaquim Gomes

2009 “Prefácio: Entre os humores de Hipócrates e a Governance da saúde”, in Rui Nunes, *Regulação da Saúde*, Porto: Vida Económica, pp. 9-18.

CARE QUALITY COMMISSION

2012 *Our Equality Objectives*, disponível em <http://cq.c.org.uk>.

COMISSÃO EUROPEIA, BANCO CENTRAL EUROPEU, FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL

2011 *Portugal: Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality*, disponível em <http://www.portugal.gov.pt>.

CUNHA RODRIGUES, Nuno

2009 “Regulação da saúde”, in Eduardo Paz Ferreira, Luís Morais & Gonçalo Anastácio, *Regulação em Portugal: novos tempos, novo modelo?*, Coimbra: Almedina, pp. 613-649.

D’INTIGNANO, Béatrice Majnoni

2001 *Économie de la santé*, Paris: Presses Universitaires de France.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

2004 *Plano de Atividades 2004-2005*, disponível em <http://www.ers.pt>.

2005 *Relatório de Atividades 2004*, disponível em <http://www.ers.pt>.

2007 *Relatório da Atividade Reguladora de 2006*, disponível em <http://www.ers.pt>.

2008 *Relatório da Atividade Reguladora de 2007*, disponível em <http://www.ers.pt>.

2009 *Relatório da Atividade Regulatória de 2008*, disponível em <http://www.ers.pt>.

2010 *Relatório da Atividade Regulatória de 2009*, disponível em <http://www.ers.pt>.

- 2011a *Relatório de Atividades de 2010*, disponível em <http://www.ers.pt>.
- 2011b *Plano de Atividades para 2012*, disponível em <http://www.ers.pt>.
- ESTRONINHO, Maria João
- 2008 *Organização Administrativa da Saúde*, Coimbra: Almedina.
- FERNANDES, Adalberto Campos
- 2012 “Saúde, desenvolvimento e coesão social”, in Isabel Carmo (org.), *Serviço Nacional de Saúde em Portugal. As ameaças, a crise e os desafios*, Coimbra: Almedina, pp. 109-118.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
- 2009 *Project 2009-2011*, disponível em <http://www.has-sante.fr>.
- JARDIM, Sara Vera
- 2010 “A Europa dos consumidores de cuidados de saúde”, in Jorge Simões (org.), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde*, Coimbra: Almedina, pp.601-658.
- NUNES, Rui
- 2009 *Regulação da Saúde*, Porto: Vida Económica.
- PAZ FERREIRA, Eduardo
- 2005 *Ensinar Finanças Públicas numa Faculdade de Direito*, Lisboa: Almedina.
- 2010 “Em torno da regulação económica em tempos de mudança”, in *Revista de Concorrência e Regulação*, Ano 1, n.º 1, pp. 31-54.
- PAZ FERREIRA, Eduardo & MORAIS, Luís Silva
- 2009 “A regulação sectorial da economia. Introdução e perspectiva geral”, in Eduardo Paz Ferreira, Luís Morais & Gonçalo Anastácio, *Regulação em Portugal: novos tempos, novo modelo?*, Coimbra: Almedina, pp. 7-38.
- PELLET, Rémi
- 2009 “L’Europe et la concurrence en matière de santé”, in Pierre Louis Bras, Géard Pouvourville, de & Didier Tabuteau, *Traité d’Économie et de Gestion de la Santé*, Paris: Presses de Sciences Po – Éditions de santé, pp. 353-360.
- SAKELLARIDES, Constantino
- 2009 *Novo Contrato Social da Saúde. Incluir as pessoas*, Lisboa: Diário de Bordo.
- 2011 “Saúde nos países intervencionados: gregos, irlandeses e portugueses”, in *Saúde e Sociedade*, Julho-Setembro 2011, pp. 24-29.
- SIMÕES, Jorge
- 2005 *Retrato Político da Saúde*, Coimbra: Almedina.