

PARECER SOBRE OS LIMITES AOS PREÇOS QUE OS HOSPITAIS PÚBLICOS PODEM PRATICAR NA SUA RELAÇÃO COM TERCEIROS

1. Introdução

No dia 26 de fevereiro de 2014, na sequência de uma solicitação do Senhor Ministro da Saúde, o Conselho Diretivo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) deliberou a realização de um parecer sobre o limite de preços que os hospitais públicos podem praticar na sua relação com terceiros.

A realização desta análise fundamenta-se nas incumbências da ERS de “elaborar estudos e emitir recomendações sobre as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde [...]” e de se pronunciar “sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados, ou estabelecidos por convenção entre o SNS e entidades externas [...]” – cf. als. a) e e) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

No presente parecer verte-se o essencial do estudo realizado, que teve como objetivo identificar limites aos preços praticados pelos hospitais públicos e conhecer como a variável preço pode ser usada para concorrer em mercados nacionais e internacionais de cuidados de saúde complementares à prestação de serviços no âmbito dos contratos-programa do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Na secção 2 é apresentado um enquadramento da análise com a descrição dos preços dos hospitais do SNS na sua relação com terceiros, com base na Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, que aprova as tabelas de preços a praticar pelo SNS, bem como o respetivo Regulamento. Também é visto o contexto da diretiva europeia dos cuidados de saúde transfronteiriços (Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011) e as suas implicações sobre os preços.

A secção 3 trata dos limites máximos e mínimos definidos legalmente e procura identificar concretamente quais são ou seriam os limites existentes ou a definir, em conformidade com o disposto na lei. Para tal, tem-se em consideração, em particular,

as obrigações definidas nas tabelas de preços do SNS, na diretiva europeia dos cuidados de saúde transfronteiriços e nas regras de concorrência.

A secção 4 visa identificar limites de racionalidade económica à utilização da variável preço como variável estratégica a utilizar no jogo concorrencial do mercado nacional ou internacional, bem como a importância relativa desta variável face a outras variáveis estratégicas utilizadas pelos concorrentes nos mercados de cuidados de saúde. Também é vista a lógica da definição de limites mínimos aos preços, numa ótica de comportamento racional, tanto dos concorrentes efetivos no mercado como dos utentes.

Na secção 5 são abordados os prós e contras da redução de preços dos hospitais do SNS até limites mínimos. Concretamente, são apresentadas, num primeiro momento, as oportunidades para os diferentes *stakeholders* (designadamente hospitais, utentes e Estado) decorrentes de uma estratégia de redução de preços. Num segundo momento, são apresentados os riscos inerentes a esta redução de preços, com foco no potencial impacto nos direitos dos utentes do SNS.

Por último, na secção 6 são sintetizadas as principais conclusões da análise realizada.

2. Enquadramento

De acordo com a Base XXXIII da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde), “o SNS é financiado pelo Orçamento do Estado, através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmo actos, técnicas e serviços de saúde”. No caso da generalidade dos utentes beneficiários do SNS, os custos resultantes da prestação de cuidados de saúde nos hospitais do SNS são assegurados pelo orçamento do SNS.

Por outro lado, os custos são suportados por terceiras entidades quando o recurso dos utentes aos hospitais é o resultado de uma atuação que, por lei ou contrato, é da responsabilidade dessa terceira entidade (situações de utentes vítimas de agressão, ou de acidentes de viação, laborais, desportivos, etc.). Portanto, sempre que exista um terceiro legal ou contratualmente responsável, seja ele uma entidade seguradora ou um agente responsável pelo facto danoso, os hospitais do SNS têm direito a ser ressarcidos dos custos ou encargos com a prestação de cuidados de saúde, sendo

certo que o utente atendido não pode, nem deve, enquanto utente e beneficiário do SNS, suportar os custos da prestação dos cuidados que lhe tenham sido ministrados, para além do normal pagamento das taxas moderadoras que sejam aplicáveis.

Apresenta-se de seguida a descrição dos preços dos hospitais do SNS aplicados a terceiros, tendo em conta a Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, sendo descritas na subsecção 2.2. as implicações sobre esses preços resultantes da diretiva europeia dos cuidados de saúde transfronteiriços.

2.1. Preços dos hospitais do SNS aplicados a terceiros

A Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, aprovou as tabelas de preços atualmente em vigor a praticar pelo SNS, bem como o respetivo Regulamento.

Tendo em conta o seu âmbito de aplicação objetivo, o Regulamento das tabelas de preços das instituições e serviços integrados no SNS rege o valor das prestações de saúde realizadas pelos hospitais do SNS e que devem ser cobradas às entidades terceiras legal ou contratualmente responsáveis pelos respetivos encargos¹.

Define-se, ainda, no âmbito da aplicação do Regulamento, que “as entidades abrangidas pelo presente Regulamento podem cobrar valores inferiores aos estipulados na presente Portaria, quando prestem serviços a entidades públicas ou privadas, ao abrigo de contratos específicos” e que “as entidades abrangidas pelo presente Regulamento podem ainda cobrar valores diferentes tendo como referencial os preços estipulados na presente Portaria, quando prestem serviços a entidades de outros estados, no âmbito de contratos específicos que não se insiram no âmbito de Regulamentos Comunitários ou quaisquer obrigações ou acordos bilaterais ou multilaterais entre estados” (cf. n.ºs 2 e 3 do artigo 1.º do Anexo I da Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro). À produção cirúrgica programada não realizada dentro dos

¹ Tendo por base dados do número de doentes tratados em internamento nos hospitais do SNS em 2012, verifica-se que em cerca de 91% dos casos o financiamento tem origem no SNS, sendo certo que o financiamento por outras entidades – as entidades terceiras – representa apenas 9% da produção em internamento.

tempos máximos de resposta garantidos é aplicada a tabela própria² (cf. n.º 4 do mesmo artigo).^{3 4}

As tabelas de preços a aplicar pelo SNS são definidas com base no Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH), que é um “sistema de classificação de episódios agudos de doença tratados em internamento, que permite definir operacionalmente, a produção de um hospital”, sendo também utilizado “para os episódios cirúrgicos de ambulatório e para alguns episódios médicos de ambulatório” (cf. alínea u) do artigo 3.º do Anexo I da Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro).

Note-se que esta Portaria n.º 20/2014 é aprovada nos termos do artigo 23.º e do n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

O artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, por sua vez, define as partes que respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde no quadro do SNS, para além do Estado, contemplando:

- a) “Os utentes não beneficiários do SNS e os beneficiários na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais;
- b) Os subsistemas de saúde, neles incluídas as instituições particulares de solidariedade social, nos termos dos seus diplomas orgânicos ou estatutários;
- c) As entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato;
- d) As entidades que se responsabilizem pelo pagamento devido pela assistência em quarto particular ou por outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes;

² Vide Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, que aprova o Regulamento e as tabelas de preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do SIGIC pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais.

³ As entidades abrangidas pelo Regulamento são “as instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, incluindo as entidades com contrato de gestão”, bem como “[...] no âmbito das respetivas valências, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P., salvo quando o valor das prestações de saúde esteja fixado em tabelas próprias” (cf. n.ºs 1 e 2 do artigo 2.º da portaria).

⁴ Importa recordar que a possibilidade de os hospitais praticarem preços diferentes dos definidos na portaria foi introduzida pela primeira vez pela Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril, mantendo-se essas disposições legais na portaria de 2014. A ERS pronunciou-se publicamente sobre essa portaria de 2013, em parecer disponível para consulta em https://www.ers.pt/pages/64?news_id=691.

- e) Os responsáveis por infracção às regras de funcionamento do sistema ou por uso ilícito dos serviços ou material de saúde” (cf. n.º 1 do artigo 23.º);

sendo certo que “são isentos de pagamento de encargos os utentes que se encontrem em situações clínicas ou pertençam a grupos sociais de risco ou financeiramente mais desfavorecidos, constantes de relação a estabelecer em decreto-lei” (cf. n.º 2 do mesmo artigo).

No que se refere ao n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS, define-se que “os limites mínimos e máximos dos preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do SNS são estabelecidos por portaria do Ministro da Saúde, tendo em conta os custos reais directos e indirectos e o necessário equilíbrio de exploração”.

Ora, a portaria a que se refere este número será a Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, que, como visto, estabelece a tabela de preços a aplicar pelo SNS e indica que os preços podem ser inferiores, quando prestem serviços a entidades públicas ou privadas, ao abrigo de contratos específicos, ou diferentes, tendo como referencial os preços da Portaria, concretamente no caso da prestação a entidades de outros Estados, no âmbito de contratos específicos que não se insiram no âmbito de Regulamentos Comunitários ou quaisquer obrigações ou acordos bilaterais ou multilaterais entre Estados. Salva-se, ainda, o caso da produção cirúrgica programada não realizada dentro dos tempos máximos de resposta garantidos, que tem tabela própria.

Não há, portanto, uma definição concreta e inequívoca de limites mínimos e máximos dos preços.

2.2. Preços no âmbito da diretiva europeia dos cuidados de saúde transfronteiriços

A Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, estabelece, como visto, que não poderão ser cobrados preços diferentes na prestação a entidades de outros Estados, no âmbito de Regulamentos Comunitários ou quaisquer obrigações ou acordos bilaterais ou multilaterais entre Estados. Neste sentido, importa rever as obrigações decorrentes da diretiva europeia dos cuidados de saúde transfronteiriços a respeito dos preços.

A diretiva europeia dos cuidados de saúde transfronteiriços visa estabelecer regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na União Europeia, para assim assegurar a mobilidade dos doentes e promover a cooperação em matéria de cuidados de saúde entre os diferentes Estados-Membros. São abrangidas as situações em que o doente recebe cuidados de saúde num Estado-Membro diferente do Estado-Membro de afiliação, bem como as situações de prescrição, de dispensa e de fornecimento de medicamentos e de dispositivos médicos, caso estes sejam fornecidos no âmbito de um serviço de saúde⁵.

A diretiva assenta no princípio da cobertura financeira do Estado-Membro de afiliação por meio de reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços. Nesse sentido, são expressivos os seus considerandos n.ºs 5 e 13, onde se esclarece que “é a nível nacional que deverão ser tomadas as decisões respeitantes ao conjunto de cuidados de saúde a que os cidadãos têm direito e aos regimes para o seu financiamento e prestação [...]” e que “a obrigação de reembolsar os custos dos cuidados de saúde transfronteiriços deverá ser limitada aos cuidados de saúde aos quais a pessoa segurada tem direito nos termos da legislação do seu Estado-Membro de afiliação”⁶.

No que se refere aos preços, a diretiva prevê obrigações essenciais a cumprir pelos Estados-Membros, entre as quais a garantia da aplicação uniforme de tabelas de preços. A diretiva prevê concretamente que (i) os prestadores de cuidados de saúde devem emitir informações claras sobre os preços; e que (ii) os prestadores devem aplicar aos doentes de outros Estados-Membros a mesma tabela de preços para os cuidados de saúde que a aplicada aos doentes nacionais em situação médica

⁵ Para mais informações sobre a diretiva europeia dos cuidados de saúde transfronteiriços, *vide* estudo da ERS “Relatório final sobre a Análise do Impacto da Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9/03/2011, relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços sobre o Sistema de Saúde Português”, disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=484.

⁶ A diretiva visa igualmente clarificar a sua articulação com o quadro de coordenação dos regimes de segurança social já existente, com vista à aplicação dos direitos dos doentes. Em primeiro lugar, os direitos das pessoas seguradas não são afetados quanto à assunção das despesas com cuidados de saúde prestados, seja durante a estadia temporária em outro Estado-Membro, em conformidade com o Regulamento n.º 883/2004 do Conselho, seja no âmbito de um pedido de autorização para tratamento programado em outro Estado-Membro, desde que igualmente preenchidas as condições previstas no mesmo Regulamento n.º 883/2004. Conforme clarifica a diretiva no seu § 30, “[...] os dois sistemas deverão ser coerentes: ou é aplicável a [diretiva] ou são aplicáveis os regulamentos da União relativos à coordenação dos regimes de segurança social”.

comparável, ou cobrar um preço calculado de acordo com critérios objetivos e não discriminatórios, caso não haja preço comparável para os doentes nacionais⁷.

Por último, importa recordar que, embora tenha transcorrido o termo do prazo para transposição da diretiva para a legislação nacional (25 de outubro de 2013), a diretiva não foi ainda, nesta data, transposta em Portugal. Foi apenas submetida a consulta pública uma proposta de lei, tendo a ERS emitido um parecer como contributo para esta consulta⁸.

3. Os limites legais

Para a definição de limites mínimos e máximos aos preços do SNS é necessário rever o que prevê a legislação, considerando-se, para tal, a Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, a diretiva europeia dos cuidados de saúde transfronteiriços – na medida em que será obrigatoriamente transposta para a legislação nacional –, e o Decreto-Lei n.º 166/2013, de 27 de dezembro, que aprovou o regime aplicável às práticas individuais restritivas do comércio.

Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, e Estatuto do SNS

Como se viu na secção 2, define-se na Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, que “as entidades abrangidas pelo presente Regulamento podem cobrar valores inferiores aos estipulados na presente Portaria, quando prestem serviços a entidades públicas ou privadas, ao abrigo de contratos específicos” e que “as entidades abrangidas pelo presente Regulamento podem ainda cobrar valores diferentes tendo como referencial os preços estipulados na presente Portaria, quando prestem serviços a entidades de outros estados, no âmbito de contratos específicos que não se insiram no âmbito de Regulamentos Comunitários ou quaisquer obrigações ou acordos bilaterais ou multilaterais entre estados” (cf. n.ºs 2 e 3 do artigo 1.º do Anexo I da Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro), sendo à produção cirúrgica programada não realizada dentro dos tempos máximos de resposta garantidos aplicada tabela própria (cf. n.º 4 do mesmo artigo).

⁷ Sem prejuízo da legislação nacional que autoriza os prestadores a fixarem os seus próprios preços, desde que não sejam discriminatórios relativamente aos doentes dos outros Estados-Membros.

⁸ Parecer disponível em https://www.ers.pt/pages/64?news_id=793.

No entanto, na portaria não são definidos limites mínimos e máximos aos preços a cobrar pelos cuidados de saúde prestados no quadro do SNS, tal como estabelecido no Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro (cf. n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS). Uma análise cuidada dos custos de produção nos hospitais do SNS torna-se, assim, necessária, não apenas para garantir que os preços permitem cobrir os custos, mas também para se estabelecer limites mínimos, no caso de se pretender diferenciar preços com vista à concorrência em novos mercados de cuidados de saúde, nacionais e internacionais.

A portaria apenas estabelece que preços inferiores podem ser definidos em alguns casos e, em outros casos, podem ser definidos preços diferentes, tendo como referência os preços do SNS definidos na tabela de preços da Portaria n.º 20/2014 – ou seja, eventualmente poderiam ser preços mais altos.⁹

Sem prejuízo de se poder interpretar que os preços do SNS em alguns casos poderiam ser mais altos dos que os preços da tabela da Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, poder-se-ia considerar eventualmente os preços do SNS como um referencial para limites máximos, se se tiver em conta, por exemplo, o Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, do novo modelo de convenções, segundo o qual “os preços máximos a pagar no âmbito das convenções são os constantes na tabela de preços do SNS” (cf. artigo 7.º do referido diploma).

Por outro lado, embora os preços do SNS devessem ser estabelecidos com base nos custos reais¹⁰ e o necessário equilíbrio de exploração (cf. n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS), não há estudos que comprovem com transparência que os preços refletem inequivocamente os custos suportados pelos hospitais.

Conforme observado pelo Tribunal de Contas (TC) no seu relatório de auditoria n.º 30/2011, a tabela de preços dos GDH reflete basicamente os custos médios nacionais dos GDH, atualizados com a taxa de inflação esperada do ano em consideração. Estes custos são reportados utilizando pesos relativos que, multiplicados pelo custo

⁹ A possibilidade de cobrança de preços diferentes pelos hospitais do SNS, conforme disposto na Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, já se encontrava prevista na portaria antecedente, referente aos preços do SNS, ou seja, a Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril.

¹⁰ Refira-se que na Portaria n.º 325/89, de 4 de maio, a primeira portaria de preços do SNS que mencionou o esquema de faturação baseado nos GDH, o qual ainda não se encontrava implementado, já se estabelecia a necessidade de os preços refletirem os custos: “os preços a estabelecer para os cuidados de saúde deverão aproximar-se, tanto quanto possível, do seu custo real, de forma a traduzirem os verdadeiros encargos com o sistema” (cf. preâmbulo da portaria).

unitário global da tabela de preços do SNS, dão origem ao preço unitário de cada GDH¹¹.

Por sua vez, o pressuposto da tabela de preços dos GDH efetivamente refletir os custos médios nacionais dos GDH depende de muitos fatores, sendo um dos quais a atualização anual dos valores das portarias dos GDH. No entanto, uma vez que as atualizações realizadas desde 2006 não têm sido baseadas em cálculos de custos, mas sim em atualizações com base na inflação, dificilmente estas atualizações refletem a evolução dos custos suportados pelos hospitais. Neste sentido, poderão existir cuidados de saúde cujos custos ultrapassem os preços fixados, devido ao surgimento de tecnologias mais onerosas, ou então custos que passem a ser inferiores aos preços, em decorrência de algum avanço tecnológico ou ganhos de eficiência que permitam economias de escala e/ou de custos^{12 13}. Portanto, sem uma análise de custos face aos preços não se terá a certeza de que todos os preços da tabela do SNS poderão ser sempre preços suficientemente altos para cobrir os custos, sendo certo que a cobertura dos custos reais será um limite mínimo para os preços do SNS, na medida em que, como decorre do Estatuto do SNS, os preços do SNS devem ser estabelecidos com base nos custos reais (cf. n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do SNS).

Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços

No que se refere à prestação de cuidados de saúde a doentes de países da União Europeia, a diretiva europeia dos cuidados de saúde transfronteiriços prevê obrigações essenciais a cumprir pelos Estados-Membros em matéria de preços, concretamente que (i) os prestadores de cuidados de saúde devem emitir informações claras sobre os preços; e que (ii) os prestadores devem aplicar aos doentes de outros Estados-Membros a mesma tabela de preços para os cuidados de saúde que a aplicada aos doentes nacionais em situação médica comparável, ou cobrar um preço

¹¹ Conforme observado pelo TC, os preços estabelecidos nos contratos-programa têm vindo progressivamente a aproximar-se dos preços estabelecidos na portaria dos GDH.

¹² Vide “Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde”, Processo n.º 42/2010, Relatório n.º 30/2011 – 2.ª Secção, Volume I, disponível no *website* do TC.

¹³ Os preços dos GDH também não refletirão perfeitamente os custos por mais duas razões. A primeira razão é que não existem atualizações regulares do sistema de GDH. O preço base tem sido revisto sensivelmente a cada 18 meses, mas há sempre um desfasamento de pelo menos dois anos entre o ano dos dados de custos e a aplicação do novo preço base (Mateus, 2011). Outro problema é que para o cálculo dos pesos dos custos para a definição dos preços dos GDH se assume o perfil de tratamento, ou padrão de utilização de cuidados de saúde, de hospitais de Maryland, nos EUA, não sendo tais pesos necessariamente válidos para Portugal (Mateus, 2011).

calculado de acordo com critérios objetivos e não discriminatórios, caso não haja preço comparável para os doentes nacionais.

Salienta-se, assim, a necessidade de não haver discriminação na cobrança relativa a cuidados de saúde prestados aos doentes da União Europeia, pelo que deverão vigorar os mesmos preços para todos os doentes dos países da União Europeia, ao passo que, por omissão, poderia haver diferenciação de preços a cobrar a doentes de outros países.

Note-se que não há divergência entre o que prevê a diretiva e a Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, porque a portaria prevê a possibilidade de cobrança de preços inferiores a entidades públicas ou privadas em Portugal ou preços diferentes a entidades de outros Estados, no âmbito de contratos específicos que não se insiram no âmbito de Regulamentos Comunitários ou quaisquer obrigações ou acordos bilaterais ou multilaterais entre Estados (entendendo-se por entidades outros prestadores de cuidados de saúde), e, de acordo com a diretiva, os hospitais do SNS deverão cobrar preços iguais ou de acordo com critérios objetivos e não discriminatórios, portanto sem diferenciações que resultem em discriminação, quando os preços dos cuidados de saúde são cobrados a doentes de países da União Europeia¹⁴.

4. Limites de racionalidade económica

Além dos limites legais descritos na secção anterior, a determinação dos preços dos serviços prestados pelos hospitais do SNS está também balizada por limites de racionalidade económica, decorrentes da estrutura produtiva e da estrutura dos mercados, e também das características especiais que distinguem este sector de atividade.

¹⁴ Entende-se aqui que a cobrança de um hospital a doentes de países da União Europeia envolveria a prestação de cuidados de saúde pelo hospital em causa diretamente aos seus doentes, e não na condição de contratado de uma outra entidade para a prestação de cuidados de saúde aos respetivos doentes.

4.1. Preço como variável concorrencial

O preço e outras variáveis

De um modo geral, há dois requisitos fundamentais para que o preço possa ser utilizado como uma variável concorrencial nos mercados da saúde: elasticidade-preço da procura não nula e poder de decisão de consumo nas mãos do mesmo agente que pagará pelos serviços.

Nos mercados de cuidados de saúde, dada a habitual existência de mecanismos de seguro que cobrem a totalidade ou uma grande parte das despesas em saúde, a elasticidade-preço revelada pelos utentes é tendencialmente menor do que em outros mercados onde esta característica não está presente.¹⁵

No caso em apreço, designadamente sobre a possibilidade dos hospitais do SNS praticarem preços diferentes daqueles que se estabelecem na Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, importa lembrar que se trata dos preços de prestações de saúde cobradas a terceiros legal ou contratualmente responsáveis pelos respetivos encargos, o que significa que não se aplicam a pagamentos diretos pelos utentes. Com efeito, os mercados que aqui se analisam são compostos por prestadores de cuidados de saúde e empresas ou instituições públicas e privadas que financiam cuidados de saúde aos utentes deles beneficiários¹⁶.

E nesse contexto, parece ser respeitado um dos requisitos referidos para que o preço seja uma variável com potencial de concorrência: a relativa rigidez da procura direta pelos utentes não se verificará no caso da procura por empresas financiadoras.

¹⁵ Existe um corpo denso de literatura de investigação sobre este tópico, tendo sido particularmente marcantes na história deste estudo os trabalhos que analisam a evidência empírica resultante da RAND Health Insurance Experiment (1974). Tal literatura parece apontar no sentido de que, globalmente, a participação nos custos de tratamento leva a uma redução no consumo por parte dos utentes, o que significa que a elasticidade-preço dos cuidados de saúde é não nula, embora reduzida. No entanto, diversos outros estudos vieram posteriormente demonstrar que a sensibilidade dos utentes ao preço dos serviços parece diferir de uns tipos de serviços de saúde para outros, alterar-se ao longo do tempo e depender do contexto organizativo em que se processa o acesso aos cuidados de saúde. Numa revisão da principal literatura sobre o tema durante os anos 70, 80 e 90, Ringel et al (2002) constatam que apesar da grande variedade de metodologias de análise empírica e de fontes de dados utilizadas, as estimativas consistentemente apontavam para uma elasticidade-preço da procura não nula mas inferior à unidade (ou seja, a procura é considerada inelástica). Outra constatação importante é a de que a elasticidade tende a ser menor quando a partilha de custos também é menor.

¹⁶ Sem prejuízo do que prevê a diretiva europeia dos cuidados de saúde, segundo a qual os doentes que virão a Portugal ao abrigo da diretiva pagarão pelos cuidados de saúde utilizados para depois serem reembolsados.

Todavia, no cenário em apreço não se verifica o requisito de o poder de decisão de consumo e conseqüente escolha do estabelecimento estar nas mãos do mesmo agente que pagará pelos serviços. E no momento em que essa decisão de consumo e escolha do estabelecimento é tomada pelo utente (embora de forma restrita nos casos em que os utentes seguem regras de referência, tal como as regras definidas pelo SNS), somos remetidos para uma fase do mercado em que a elasticidade-preço é reduzida, pelos motivos já descritos, fazendo com que o preço seja uma variável concorrencial com menor relevância.

E nesta fase de interação entre prestador e utente, outras variáveis emergem como particularmente importantes, eventualmente com maior poder do que o preço. Tais variáveis podem ser atributos não só dos serviços oferecidos propriamente ditos (como a qualidade percebida pelos utentes ou o tempo de espera), mas também atributos dos próprios prestadores (tais como a localização geográfica, o leque de serviços oferecidos, a imagem institucional ou a reputação).

Assim, é importante compaginar a variável preço com um leque mais alargado de variáveis com potencial de atratividade nos mercados da saúde, sendo nesse sentido fundamental conhecer o alcance permitido por cada uma dessas variáveis na obtenção dos objetivos concorrenciais prosseguidos.

Competitividade dos preços do SNS

Estando aqui em apreço uma eventual flexibilização estratégica dos preços dos serviços dos hospitais do SNS como forma de captar procura em mercados complementares à prestação no âmbito do SNS (nacionais e internacionais), interessa também perceber-se a atual posição relativa dos hospitais públicos face aos seus potenciais concorrentes em termos de preços.

Não se faz aqui uma análise detalhada a todos os preços das tabelas do SNS, mas esboça-se uma comparação entre essas tabelas e os preços praticados por prestadores privados nacionais (que serão concorrentes potenciais dos hospitais do SNS em mercados nacionais e internacionais), focando um conjunto de serviços relevantes. Deste exercício resultam algumas constatações importantes que alertam para a necessidade de se estudar de forma aprofundada as estruturas de preços dos mercados da saúde, como forma de situar o SNS em termos de condição concorrencial.

A este propósito, no já referido parecer da ERS sobre a Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril, realizou-se uma comparação dos preços dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) nas tabelas das convenções e nas tabelas do SNS com os preços dos mesmos exames quando realizados a título privado, i.e., quando são pagos diretamente, e por inteiro, pelo utente a prestadores de natureza não pública.

Para realizar tal exercício foi utilizada informação sobre os preços médios de uma amostra de prestadores não públicos¹⁷, para serviços de três áreas (análises clínicas, medicina física e de reabilitação e radiologia), tratando-se em cada área do preço médio dos 15 exames mais frequentes segundo informação fornecida pelos próprios prestadores considerados na amostra.

Tabela 1 – Relação entre os preços de MCDT no SNS (em 2009 e 2013) e nas tabelas de preços privadas

Área	Análises Clínicas	Medicina Física e de Reabilitação	Radiologia
Rácio SNS/privado médio, 2009	0,64	2,66	0,63
Rácio SNS/privado médio, 2013	0,61	2,11	0,40

Na comparação dos preços do SNS com os preços privados assume destaque a constatação de que os preços do SNS na área da MFR eram, em média (e no âmbito dos serviços e dos prestadores analisados), superiores aos privados em cerca de 166% antes da atualização de 2013, e superiores em 111% após a atualização. No caso das restantes áreas analisadas, os preços do SNS eram inferiores aos privados.

Já no contexto do presente estudo, realizou-se novo exercício mas com âmbito um pouco mais abrangente ao nível do tipo de serviços. Desta feita, recorreu-se a uma pequena amostra de prestadores de cuidados de saúde de natureza privada. Os prestadores em causa (que se optou por não identificar) são hospitais de média ou grande dimensão, e os preços dos respetivos serviços são aqueles que se anunciam presentemente aos utentes, relativos ao atendimento privado (i.e., sem considerar coberturas ao abrigo de qualquer subsistema ou seguradora). Foi ainda incluída, para efeitos de comparação, informação sobre os preços pagos pela Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) no âmbito do regime

¹⁷ Esta recolha de dados foi realizada pela ERS no âmbito do estudo sobre o “Acesso, Concorrência e Qualidade no Sector Convencionado com o SNS”, que se encontra publicado em www.ers.pt, e que contém uma análise similar.

convencionado. Como se referiu anteriormente, visou-se na comparação transcrita na tabela 2 uma seleção de serviços considerados relevantes.

Mas antes da análise de tal informação, importa ter em consideração que as técnicas de *pricing* dos serviços de saúde nos prestadores privados são, em alguns casos, diferentes do que acontece no SNS, o que limita a relevância da comparação (se não a impossibilitar mesmo). Este é, por exemplo, o caso de grande parte dos procedimentos cirúrgicos. Nas tabelas do SNS a generalidade dos procedimentos cirúrgicos são faturados ao preço de um GDH, definindo-se na alínea b) do n.º 2 do artigo 5.º da Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, que o “preço do GDH compreende todos os serviços prestados no internamento, quer em regime de enfermaria quer em unidades de cuidados intensivos, incluindo todos os cuidados médicos, hotelaria e meios complementares de diagnóstico e terapêutica”. Já no caso dos prestadores privados, a faturação de uma cirurgia resulta da aplicação de vários preços por serviços e produtos considerados individualmente, desde a diária em internamento ao procedimento cirúrgico propriamente dito, passando pela utilização do bloco operatório e pelos consumos de fármacos e outros materiais.

O resultado desta forma de faturação é a aplicação de um preço potencialmente diferente para cada utente tratado com a mesma intervenção cirúrgica, o que implica que os preços anunciados não possam ser usados para se efetuar uma comparação com preços definidos compreensivamente, como acontece com os GDH.

Há, no entanto, outros serviços em que os operadores privados também definem preços numa lógica de “pacote”, i.e., um preço que compreende o conjunto de todos os serviços e produtos para a concretização de um tratamento ou intervenção claramente definido. Exemplo disso são os partos (vaginais ou por cesariana) que por regra constam das tabelas de preços privadas anunciadas publicamente em formato de preço compreensivo (para o exemplo particular, também a ADSE tem definido um preço compreensivo¹⁸). Nestes casos, a comparação com os preços do SNS é mais imediata, e por isso, mais informativa.

¹⁸ Nas tabelas de preços da ADSE os serviços com preço fixado desta forma são designados por serviços com “preço global”, definindo-se preços globais como “preços fixados para um conjunto de actos médicos e/ou cuidados de saúde conexos”.

Tabela 2 – Relação entre os preços de serviços selecionados no SNS e nas tabelas de preços privadas

(Valores em euros)

Serviços selecionados	Preço SNS	Preço ADSE	Privado A	Privado B	Privado C	Privado D	Média privados
Preços internamento							
Diária de internamento de medicina	GDH	N.A.	210,00	325,00	333,00	250,00	279,50
Assistência médica em internamento (por dia)	GDH	N.A.	N.D.	N.D.	50,00	55,00	52,50
Diária de acompanhantes	39,00	N.C.	40,00	55,00	57,00	60,00	53,00
Preços de consultas e urgências							
Consultas externas com presença do utente	31,00	18,46***	60,00	80,00	83,00	75,00	74,50
Consulta de urgência****	85,91	40,00	60,00	90,00	96,50	80,00	81,63
Preços de procedimentos selecionados							
Parto vaginal sem complicações	289,63	1.390,00	2.330 a 2.880	3.250 a 3.750	N.D.	2.850,00	2.985,00 **
Cesariana sem complicações	467,73	2.390,00	4.030,00	5.000 a 6.000	N.D.	4.400,00	4.643,33 **
Preços de MCDT selecionados							
Mamografia	20,50	20,50	74,50	100,00	N.D.	N.D.	87,25
Tomografia Axial Computorizada	93,83 *	80,67 *	155,00	165,00	158,66 *	144,16 *	155,71
Ressonância Magnética (sem contraste)	155,16 *	150,00 *	250,00	350,00	360,50	275,00	308,88
Colonoscopia Total	73,80	59,38	N.D.	N.D.	285,00	250,00	267,50

Legenda:

N.A. – Não aplicável, na medida em que o preço está indexado às tabelas de preços dos prestadores convenionados.

N.C. – A ADSE não suporta despesas com o acompanhante.

GDH – Não está definido um preço apenas para a diária, estando esta incluída nos preços dos GDH.

* Valor médio dos preços de vários serviços diferentes do mesmo tipo de MCDT.

** Nos casos em que o serviço tem um intervalo de preços, foi considerado para cômputo da média dos privados o valor médio desse intervalo.

*** Preço para todas as especialidades exceto clínica geral.

**** No caso do SNS foi considerado o preço do episódio de urgência em Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

N.D. – informação não disponível.

Da leitura atenta da tabela pode concluir-se que, com a exceção dos serviços de urgência, os serviços selecionados têm um preço nas tabelas do SNS inferior em média ao que é praticado na amostra de prestadores privados. O diferencial público/privado é maior no caso dos partos, com partos vaginais e cesarianas a custarem no privado cerca de nove vezes mais do que no sector público. No caso dos MCDT, a mamografia e a colonoscopia total apresentam um diferencial no mesmo sentido também relevante.

Por outro lado, na comparação com a ADSE constata-se que os preços do SNS são próximos mas, no geral, superiores aos que o subsistema paga aos prestadores privados com convenção, com a exceção dos partos, onde o preço do SNS é cerca de cinco vezes menor do que o da ADSE.¹⁹

¹⁹ Não cabendo neste exercício a exploração dos preços de nenhum serviço em particular, não deixa de ser pertinente realçar o caso especial dos partos. Além dos significativos diferenciais

Importa ainda assinalar que ao nível dos serviços de internamento, os preços não são diretamente comparáveis, na medida em que no caso do sector público há diversas realidades aplicáveis: a regra geral é aplicar-se o preço dos GDH das tabelas do Anexo II da Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, para o episódio de internamento como um todo (como, aliás, já se referiu), mas em alguns casos é admissível a cobrança por diária de internamento (cf. os artigos 4.º, 9.º e 10.º da portaria); em todo o caso, há 684 GDH diferentes apenas na tabela I deste anexo. Esta realidade contrasta claramente com a verificada nos prestadores privados onde habitualmente se fixa, nas respetivas tabelas de preços, dois preços únicos, um para a diária de internamento médico e outro para o internamento cirúrgico.

Não obstante esta diferença fundamental, apresenta-se na tabela seguinte, para a comparação possível, o preço médio das diárias de internamento médico das Grandes Categorias de Diagnósticos (GCD) no SNS (i.e., o preço médio do conjunto de GDH médicos dentro de cada GCD).

Tabela 3 – Preços e diárias dos serviços de internamento do SNS (só GDH médicos)

(Valores em euros)

GCD (Código)	GCD (Designação)	Média do preço de internamento	Média da diária de internamento
GCD 0	(Pré-Grandes Categorias Diagnósticas)	-	-
GCD 1	Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	3.444	1.354
GCD 2	Doenças e Perturbações do Olho	2.471	1.105
GCD 3	Doenças e Perturbações do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta	1.503	704
GCD 4	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	2.771	815
GCD 5	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	2.341	859
GCD 6	Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo	1.462	633
GCD 7	Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	2.478	834
GCD 8	Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	2.294	837
GCD 9	Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama	1.909	653
GCD 10	Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	2.021	730
GCD 11	Doenças e Perturbações do Rim e do Aparelho Urinário	1.486	586
GCD 12	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Masculino	1.227	512
GCD 13	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino	1.978	645
GCD 14	Gravidez, Parto e Puerpério	468	250

de preço de SNS para ADSE e privados, deve destacar-se que nas próprias tabelas do SNS estes serviços têm revelado uma evolução ao longo do tempo *sui generis*: um parto vaginal sem diagnósticos de complicação tinha em 2003 um preço de 920,92 euros, este preço subiu cerca de 3% até 2009 e em 2013 caiu 69% para os 292,46 euros, voltando a diminuir 1% em 2014; a cesariana sem complicações teve igualmente uma queda acentuada em 2013, na ordem dos 66%. A abrupta alteração nos preços destes serviços remete-nos para a já abordada problemática da verificação do princípio de os GDH acompanharem a evolução dos custos suportados pelos hospitais.

GCD 15	Recém-nascidos e Lactentes com Afecções do Período Perinatal	14.313	1.304
GCD 16	Doenças e Perturbações do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas	1.631	644
GCD 17	Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas	5.738	1.306
GCD 18	Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistémicas ou de Localização Não Específica)	2.814	784
GCD 19	Doenças e Perturbações Mentais	2.162	628
GCD 20	Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga	1.294	428
GCD 21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas	1.496	663
GCD 22	Queimaduras	6.525	1.238
GCD 23	Factores com Influência no Estado de Saúde e Outros Contactos com os Serviços de Saúde	3.236	1.119
GCD 24	Infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	6.383	1.181
GCD 25	Traumatismos Múltiplos Significativos	7.525	1.949
Todas as categorias		3.372	880

O valor médio de uma diária em internamento de episódios classificados com GDH médico, conforme definido nas tabelas do SNS, é de 880 euros, sendo o valor mínimo o correspondente à diária média da GCD 14 “Gravidez, Parto e Puerpério” (250 euros) e o máximo o da GCD 25 “Traumatismos Múltiplos Significativos” (1.949 euros).

Quanto aos valores anunciados nas tabelas do sector privado, importa realçar que, por regra, o valor da diária apenas inclui o acompanhamento de enfermagem e as refeições, pelo que para comparação com as diárias do SNS deverá considerar-se também o preço do serviço de assistência médica em internamento (o qual é cobrado por dia de internamento em alguns hospitais, ou por visita médica noutros hospitais). Tendo em conta a informação que foi possível recolher, verifica-se que em média são cobrados 332 euros por dia de internamento (incluindo assistência médica) nos hospitais privados (ver tabela 2), valor que se situa bastante abaixo dos 880 euros que em média são cobrados no sector público. Mesmo o mais caro dos privados não cobra mais do que 383 euros por dia de internamento.

Deve reconhecer-se que aqueles 880 euros são um valor médio marcadamente influenciado pelo preço da diária dos GDH de maior complexidade e custo associado, casos estes que não se observarão nos hospitais privados com grande frequência. Todavia, da observação da tabela 3 é também evidente que só no caso da GCD 14 é que o valor da diária está abaixo dos 383 euros do privado mais caro.

Em conclusão, tendo em conta os preços presentemente praticados por uma amostra de prestadores privados de natureza hospitalar, verifica-se que os preços definidos nas tabelas do SNS são inferiores aos privados, com a exceção dos preços das diárias de internamento.

Deve, todavia, acrescentar-se a título de nota importante que esta comparação de preços apenas dá uma ideia aproximada do atual posicionamento competitivo dos

preços das tabelas do SNS. Em particular, não reflete a eventual capacidade de dinâmica competitiva dos operadores em matéria de preços. Com efeito, será normal que os preços observados no sector privado incluam um *mark-up* face ao custo de produção, margem essa que pode ser diminuída numa estratégia competitiva de redução de preços, não sendo de todo claro se tal margem existe nos preços das tabelas do SNS.

4.2. Preços e custos de produção

Por outro lado, o recurso ao preço como variável concorrencial nos mercados de prestação de cuidados de saúde está condicionado pela estrutura produtiva destes serviços.

Com efeito, e de uma forma geral e independente do contexto sectorial em causa, agentes económicos racionais tomarão, como limite inferior aos preços aplicados aos produtos ou serviços que vendem, o respetivo custo marginal de produção, na medida em que este é o limiar do lucro positivo.

Concretamente, no contexto da teoria da produção e dos custos, os produtores, tomados como agentes económicos racionais, maximizam o seu lucro total estabelecendo um nível de produção em que a receita marginal é igual ao custo marginal de produção.

No caso especial de um mercado perfeitamente concorrencial, em que todos os produtores serão *price-takers* (ou seja, nenhum prestador tem uma posição de mercado que o coloque na situação de individualmente influenciar o preço médio de mercado), o preço de mercado corresponderá ao rendimento marginal, o que implica que o preço igualará o custo marginal de produção.²⁰

Num cenário mais realista em que os prestadores detêm pelo menos uma pequena quantidade de poder de mercado²¹, o preço praticado por cada prestador

²⁰ Em tal mercado de concorrência perfeita (referencial teórico que serve de *benchmark* para a análise dos mercados reais), todos os produtores auferem um lucro normal (i.e., lucro total nulo), na medida em que o preço igualará o custo médio total de produção. Neste cenário, a decisão de praticar um preço abaixo do preço de mercado significa incorrer em prejuízo, ao passo que a decisão de aumentar o preço acima do nível concorrencial será penalizada com a perda da totalidade da quota de mercado.

²¹ Segundo Church e Ware (2000), “uma empresa tem poder de mercado se consegue obter lucros elevando o preço acima do custo marginal de produção. A capacidade que uma

corresponderá ao rendimento marginal acrescido de um *mark-up* (este *mark-up* está positivamente correlacionado com o nível de poder de mercado detido).²²

Em qualquer um destes cenários, o preço dos produtos e serviços tem um limite inferior de racionalidade económica, que corresponde ao nível mínimo de lucro total admissível (seja o nível de *break-even* do lucro total, seja o limite mínimo ao lucro desejado pelas empresas).

4.3. Poder de mercado e atração de utentes

Finalmente, interessa levar em conta que a capacidade de atrair utentes por meio de redução de preços dos serviços está habitualmente limitada por diversas características do financiamento dos cuidados de saúde, da estrutura dos mercados e do comportamento dos utentes.

Com efeito, o elevado grau de incerteza associado aos resultados dos serviços de saúde e o reduzido grau de informação por parte dos utentes sobre qualidade e preços desses serviços resultam num comportamento dos utentes assente numa forte ligação pessoal com o prestador dos serviços. Esta ligação determina o surgimento, na esfera das decisões dos utentes, de custos de prospecção (*search costs*) para encontrar um prestador e custos de mudança (*switching costs*) para escolher um outro prestador.

Os serviços de saúde são habitualmente classificados de *credence goods*, uma vez que os consumidores tipicamente não são capazes de avaliar a qualidade dos serviços consumidos antes desse consumo acontecer, ou mesmo depois do seu consumo.²³ Neste contexto, torna-se para os utentes difícil e custoso recolher informação sobre a qualidade de prestadores alternativos, mas também frequentemente, sobre os preços

empresa tem para lucrar com um aumento do preço acima do custo marginal depende do grau em que os seus consumidores podem mudar para outros fornecedores”.

²² Uma vez que a condição de maximização do lucro é universal (i.e., aplica-se a todos os prestadores e independentemente da estrutura de mercado), os preços corresponderão a adição do *mark-up* ao custo marginal. Mais concretamente, o *mark-up pricing* não decorre estritamente apenas da existência de poder de mercado mas reflete também os objetivos de margem de lucro estabelecidos pelas empresas.

²³ O conceito e as implicações dos cuidados de saúde como *credence goods* são explorados em maior detalhe na secção seguinte.

e o tipo de serviços disponibilizados. Consequentemente, os custos de prospecção nos mercados de serviços de saúde são potencialmente elevados.²⁴

Por outro lado, a forte ligação pessoal que tende a criar-se entre o utente e o prestador dos cuidados de saúde faz com que a mudança de prestador habitual acarrete significativos custos de mudança. Além dos custos administrativos e económicos da transferência do processo do utente, existem importantes custos psicológicos resultantes da cessação de uma relação confortável do utente com o prestador. Consequentemente, a cessação da relação entre utente e prestador será evitada por parte do primeiro.²⁵

A percepção de tais custos fortalece a ligação dos utentes ao prestador habitual, facto que tende a diminuir a concorrência por todas as variáveis em questão (preços, qualidade e mesmo localização), porque naturalmente o prestador percebe que tem o poder de alterar essas variáveis sem perder todos os seus clientes. Segundo Motta (2004), os *switching costs* geralmente dificultam a entrada de concorrentes nos mercados e diminuem a pressão concorrencial.

Em consequência da existência de tais custos de prospecção e de mudança, os prestadores de cuidados de saúde detêm pelo menos algum poder de mercado, o que leva a que a capacidade de atrair utentes com reduções de preço seja menor. Quando esta capacidade se esgota, deixa de ser racional continuar a baixar o preço.²⁶

4.4. Preço como sinal de qualidade

Em face da assimetria de informação que se verifica entre utente e prestador de cuidados de saúde, quer relativamente ao diagnóstico, quer relativamente ao tratamento, os cuidados de saúde são habitualmente classificados na literatura económica como *credence goods* (Dulleck, Kerschbamer e Sutter, 2011).

²⁴ Diversos estudos, tais como Satterthwaite (1979, 1985), e Pauly e Satterthwaite (1981) caracterizam a importância dos custos de prospecção na determinação dos preços através do modelo de concorrência monopolística. A existência de custos de prospecção elevados significa que a elasticidade da procura dirigida a cada prestador é menor, conduzindo à obtenção de poder de mercado.

²⁵ A título exemplificativo, Grytten e Sørensen (2000) 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.

²⁶ Estes limites são captados na forma da curva da procura e no cálculo do lucro total (que depende não só do preço mas também da quantidade).

Um *credence good* é um bem cujo impacto na utilidade de um consumidor é difícil ou mesmo impossível de conhecer por este. Darby and Karni (1973) cunharam este conceito, juntando-o à categorização de Nelson (1970) dos bens de consumo em *search goods* e *experience goods*. No caso dos *credence goods*, os consumidores apenas reconhecem que têm uma necessidade a satisfazer, mas não são capazes de discernir a quantidade e a qualidade de bens ou serviços necessários para a satisfazer. Além disso, os consumidores podem nem sequer conseguir avaliar *ex post* se foram tratados corretamente. Em qualquer caso, consumidores que procuram *credence goods* têm que depender dos serviços prestados por especialistas que têm o conhecimento para identificar as suas necessidades e a capacidade para as satisfazer. O vendedor do bem ou prestador do serviço conhece o impacto do bem ou serviço na utilidade do consumidor, criando-se uma situação de informação assimétrica. Esta assimetria de informação promove a oportunidade para o vendedor se desviar do interesse do consumidor.^{27 28}

Na literatura dos *credence goods*, estes problemas informacionais seriam resolvidos pela introdução de “instituições” de mercado. Muitas destas “instituições” já foram discutidas no trabalho seminal de Darby e Karni (1973). Estes autores abordam as garantias, os contratos de serviço e a contratação relacional, e sugerem que uma efetiva separação entre diagnóstico e tratamento, a imposição de limitações de capacidade e a escolha de preços podem sinalizar as intenções dos peritos. Por seu turno, Dulleck e Kerschbamer (2006) demonstraram que a responsabilidade civil e a verificabilidade são formas de conter a fraude nestes contextos.

Já Emons (1996) foca o preço como forma de sinalização das intenções dos prestadores em mercados marcados pela assimetria de informação. No modelo teórico que desenvolve, Emons assume que, da observação de dados de mercado tais como os preços anunciados e as quotas de mercado, os consumidores tentam inferir sobre

²⁷ São considerados três tipos de desvios na literatura: os especialistas podem “sub tratar”, i.e., prestar tratamento num nível de qualidade aquém do que o consumidor necessita; os especialistas podem “sobre tratar”, i.e., prestar tratamento num nível de qualidade acima do que o consumidor necessita; e os especialistas podem “sobre cobrar”, o que significa cobrar um preço por um nível de qualidade que não prestaram (Dulleck and Kerschbamer, 2006).

²⁸ Diversos estudos já comprovaram que os incentivos monetários têm influência na prestação de *credence goods*, e particularmente, de cuidados de saúde. A título exemplificativo, Gruber e Owings (1996) e Gruber, Kim e Mayzlin (1999) encontraram evidência empírica de que a frequência relativa de partos por cesariana face a partos normais responde a diferenças no pagamento dos profissionais de saúde para os dois tipos de parto; Iizuka (2007) investigou o mercado dos medicamentos de prescrição médica no Japão (onde frequentemente os médicos não só prescrevem como também dispensam os medicamentos) e concluiu que as prescrições respondem a diferenças no *mark-up* dos medicamentos.

os incentivos dos prestadores a prestarem serviços honestos ou fraudulentos. Neste contexto, os *credence goods* poderão revelar uma relação entre preço e procura de sinal positivo (ao contrário do que normalmente estabelece a lei da procura), na medida em que o preço será o único indicador de qualidade que os consumidores são capazes de conhecer e interpretar. E neste sentido, os serviços mais baratos podem ser evitados devido à suspeita de fraude ou nível de qualidade reduzido (Emons, 1996).²⁹

Em suma, em face das características especiais dos serviços de saúde no que concerne ao comportamento dos utentes e à sua relação com os prestadores, a redução dos preços terá o seu impacto concorrencial limitado pela probabilidade de os utentes interpretarem essa redução com uma diminuição da qualidade dos serviços.

5. Oportunidades e riscos da redução de preços

A flexibilização dos preços praticados pelos hospitais do SNS visa dotar estes estabelecimentos de capacidade de concorrer em mercados internacionais de cuidados de saúde e mercados nacionais complementares à prestação no âmbito dos contratos-programa do SNS. Esta possibilidade representa uma oportunidade de criação de dinâmicas positivas ao nível da organização e da gestão das unidades de saúde, mas acarreta simultaneamente riscos que interessa acautelar à partida, sobretudo porquanto se trata de riscos com potencial impacto nos direitos dos utentes do SNS.

5.1. Oportunidades

Equilíbrio financeiro dos hospitais

São conhecidos os desequilíbrios financeiros por que atravessam, de alguns anos a esta parte, a grande maioria dos hospitais do SNS.

²⁹ A propósito da importância da reputação dos prestadores de cuidados de saúde, Jung, Feldman e Scanlon (2011), num estudo acerca dos atributos que influenciam a escolha de um hospital por parte dos utentes, num contexto em que estes têm liberdade de escolha, concluíram que a perceção dos utentes acerca da reputação contribui substancialmente para a escolha do hospital, ao passo que a qualidade clínica comprovada tem pouco relevo no momento da escolha.

Por esse motivo, no Memorando de Entendimento que Portugal assinou com a União Europeia e o Fundo Monetário Internacional em maio de 2011, no âmbito do programa de assistência económica e financeira, a secção dedicada aos serviços hospitalares é, provavelmente, a que estabelece as medidas mais complexas. As três principais mudanças previstas eram a regularização dos *arrears* dos hospitais do SNS (dívidas com prazo superior a 90 dias), a redução dos custos operacionais dos hospitais e a reorganização e racionalização da rede hospitalar.

A regularização das dívidas dos hospitais está a revelar-se uma tarefa difícil. A informação disponível indica que de 2010 para 2011 o total da dívida do SNS aos fornecedores aumentou 27% (de 2.468 milhões de euros para 3.134 milhões) e ainda 6% no primeiro semestre de 2012 (para 3.325 milhões de euros), enquanto o prazo médio de pagamento aumentou 36% em 2011 (de 132 para 179 dias) e 9% em 2012 (para 196 dias).³⁰

Neste contexto, a captação por parte dos hospitais do SNS de uma maior quota em mercados internacionais de cuidados de saúde, ou em mercados nacionais fora do SNS, poderá revelar-se uma importante fonte adicional de rendimento, contribuindo para um maior equilíbrio financeiro.

Aproveitamento da capacidade instalada

Por outro lado, uma maior abertura dos hospitais do SNS a novos mercados poderá permitir a utilização de capacidade instalada ociosa, i.e., capacidade em termos de recursos humanos e físicos não utilizada, ou com uma taxa de utilização inferior ao desejável. Sem prejuízo de ser normal os hospitais operarem com algum excesso de capacidade destinado a fazer face a episódios não esperados de aumento de procura, quanto maior o afastamento de uma utilização plena dos recursos menor é a eficiência produtiva, e maiores serão os custos unitários de produção (uma vez que mesmo quando não utilizada, a capacidade instalada acarreta custos fixos que são imputados à produção hospitalar).

Sendo matéria da maior importância para o planeamento da oferta pública hospitalar, não se conhecem estudos de âmbito nacional que identifiquem, com todo o detalhe o grau de ajustamento da oferta dos serviços hospitalares às efetivas necessidades das populações. Ainda assim, deve recordar-se que sobre este tema a ERS concluiu, no

³⁰ Segundo dados dos relatórios sobre o desempenho económico-financeiro do SNS publicados pela Administração Central do Sistema de Saúde em Setembro de 2011 e Junho de 2012.

seu estudo para a carta hospitalar publicado em 2012, que a distribuição da oferta de serviços hospitalares na rede do SNS estará desequilibrada face às necessidades das populações, verificando-se excessos numa região e escassez em outras.³¹ Tal conclusão remete, no entanto, não necessariamente para a existência de excessos ou insuficiências globais de dotação de recursos, mas antes para uma deficiente distribuição dos recursos existentes pelo país, face às necessidades potenciais das regiões.

Não obstante, existe alguma evidência que sugere a existência de capacidade subaproveitada em algumas áreas de atividade hospitalar pública. A título demonstrativo assinala-se o caso dos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do SNS, alvo de uma auditoria em 2012 por parte do TC.³²

Pode ler-se no relatório da auditoria que os dados analisados sugerem “a existência de capacidade instalada subutilizada no internamento” no serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE; sobre os Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, o TC afirma “existir, ainda, capacidade instalada em termos de camas de internamento, para aumentar a produção”. Quanto à procura estimada de consultas e de doentes intervencionados para o período de 2012 a 2016, o TC conclui que “esta se encontra abaixo da capacidade efectiva de produção declarada pelos Centros Hospitalares de Lisboa Norte e Central, bem como pelo Centro Hospitalar de São João, EPE”, e que “nas restantes unidades hospitalares, a capacidade efectiva de produção permite dar resposta à procura por parte dos utentes”.

Turismo em saúde e captação de recursos

Quando a ERS analisou e emitiu parecer sobre as novidades introduzidas pela Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril, designadamente ao nível da possibilidade dos prestadores do SNS poderem praticar preços distintos das tabelas do SNS nos serviços prestados a entidades de outros países, fez-se questão de frisar a clara ligação entre esta provisão legal e a capacidade de os hospitais concorrerem em mercados internacionais de turismo de saúde.

³¹ Relatório do “Estudo para a Carta Hospitalar – Especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia e Infeciologia” disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=435.

³² Relatório disponível em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2012/2s/audit-dgct-rel026-2012-2s.shtm.

Com efeito, a flexibilização dos preços praticados pelos prestadores do SNS face aos utentes de outros países incrementa a capacidade desses prestadores concorrerem em mercados de âmbito internacional, nos quais se acham em competição com os prestadores não públicos de Portugal e os prestadores de cuidados de saúde de outros países. A parte dos mercados internacionais de cuidados de saúde aqui contemplada (i.e., excluindo os serviços prestados ao abrigo de regulamentos comunitários ou de acordos bilaterais entre Estados) terá grande afinidade com o consumo de turismo de saúde, o qual se pode definir como o conjunto de produtos turísticos orientados para consumidores cuja motivação primária é a obtenção de benefícios relacionados com os cuidados de saúde.

Tal inovação no regulamento dos preços do SNS interpretou-se, assim, como uma medida em linha com a orientação de promover o turismo de saúde que está patente no planeamento estratégico para o turismo em Portugal tornado público pelo Governo na mesma altura.³³

Qualidade e dimensão crítica

Finalmente, deve ter-se em conta os possíveis impactos positivos do aproveitamento da capacidade excedentária também na qualidade dos cuidados de saúde oferecidos. Sendo certo que um objetivo fundamental de qualquer sistema de saúde consiste na oferta de serviços de saúde com qualidade às populações, há vários mecanismos que podem ser adotados para promover a qualidade dos cuidados de saúde, e que atuam a diferentes níveis e momentos, desde logo na formação e certificação dos profissionais de saúde, e também na sua regulação (profissional e independente).

A acrescer a estes mecanismos exógenos, uma condição estrutural fundamental ao bom desempenho na prestação de cuidados de saúde é a garantia de um nível de volume de atividade que permita aos profissionais de saúde a aquisição de experiência na prestação dos cuidados de saúde e incremento da perícia técnica.

³³ Trata-se da Resolução do Conselho de Ministros n.º 24/2013, de 27 de março de 2013, que revê o Plano Estratégico Nacional do Turismo. Nesse Plano, partindo da observação de que “o país dispõe de uma oferta hospitalar pública e privada e de serviços médicos de qualidade, que permitem torná-lo num destino de excelência para o tratamento de determinadas patologias”, entende-se que “em parceria com o Ministério da Saúde, (...) o turismo médico pode assumir-se como um fator diferenciador da oferta do Destino Portugal”. Para tal, é fixada como atividade a desenvolver, de entre outras, “estruturar, com o Ministério da Saúde, a oferta de turismo médico, identificando centros de excelência competitivos nos mercados internacionais”.

Diversos investigadores demonstraram já que a diversidade e volume de casuística beneficiam processos de *learning-by-doing* com o decorrente potenciamento do aumento da qualidade dos atos.³⁴ Consequentemente, hospitais onde se realiza anualmente um reduzido número de determinados procedimentos complexos não propiciam a aprendizagem e a experiência necessária aos seus profissionais para garantir a melhor qualidade destes procedimentos.

Neste contexto, a possibilidade de os hospitais do SNS concorrerem em novos mercados e com isso aumentarem o volume de atividade deve ser perspetivado também numa ótica de indução de qualidade na prestação de cuidados de saúde.

5.2. Riscos

Preços, custos e qualidade

Do lado dos riscos, a eventual redução dos preços suscita desde logo preocupação com o nível de qualidade dos serviços.

Com efeito, a partir de um determinado nível de preços, a manutenção de lucro supranormal, ou pelo menos normal, poderá ser conseguido apenas se o custo de produção acompanhar reduções de preço adicionais. E havendo diversas formas de se reduzir o custo de produção, parte delas passará por alterações no processo produtivo que implicam a prestação de serviços de menor qualidade.

No caso particular da saúde, em que os utentes não têm o conhecimento necessário para avaliar corretamente qualquer variação no nível de qualidade dos serviços que recebem, a diminuição do nível de qualidade figura como uma forma imediata de se reduzir o custo de produção (ainda que restringida por diversos limites, tais como a responsabilização dos prestadores pelos resultados em saúde dos serviços prestados, as regras deontológicas dos profissionais de saúde, ou o limiar da incapacidade dos utentes em perceber as alterações de qualidade).

Assim, ainda que dentro de tais limites, a redução da qualidade dos serviços é um risco inerente à promoção de uma redução dos preços dos serviços nos hospitais do SNS, risco esse que importa acautelar.

³⁴ Vide, a título exemplificativo, David, G. e Brachet, T. (2009), Huckman, R. e Pisano, G. (2006) e Bazzani, L.G. e Marcin, J.P. (2007).

Acesso pelos utentes do SNS

Na secção anterior assinalou-se que uma das oportunidades propiciadas por uma presença maior dos hospitais públicos em mercados complementares à prestação de serviços no âmbito da cobertura do SNS é o eventual melhor aproveitamento da capacidade instalada. Todavia, é fundamental garantir que esse aproveitamento se faça na capacidade efetiva e seguramente disponível e que não implique a alocação de recursos necessários ao cumprimento dos objetivos principais dos hospitais públicos (ou seja, a prestação de serviços aos utentes do SNS).

Com efeito, as condições desejáveis de acesso pelos utentes do SNS à rede hospitalar pública, quer em termos de volume de serviços, quer de tipo de serviços, tempo de atendimento e qualidade, não podem ser prejudicadas pela atuação dos hospitais em mercados complementares, por respeito aos princípios legais que se encontram na base do SNS e, por consequência, que vinculam os estabelecimentos nele integrados. É, aliás, por esse motivo que neste parecer tais mercados à margem da prestação no âmbito das obrigações de serviço público vêm sendo designados por mercados complementares.

Risco de reputação

Na secção 4.4. foram já descritas as consequências de os serviços de saúde se configurarem como *credence goods*, designadamente no que toca à associação feita pelos utentes entre preço e qualidade dos serviços.

Tal característica constitui um limite de racionalidade económica à redução dos preços, mas não um entrave efetivo. E sendo ultrapassado esse limite, emerge o risco de o resultado pretendido com a redução dos preços ser precisamente o contrário do pretendido, ou seja, de diminuir a procura dos serviços prestados pelos hospitais do SNS em vez de aumentar. Este risco deve ser considerado mesmo num contexto em que o utente não pague diretamente o preço praticado pelos hospitais, mas recorra aos seus serviços com o financiamento de um terceiro responsável, na medida em que o efeito reputação associado ao preço dos serviços entra na decisão dos utentes pela via informacional (i.e., quando o preço é tomado como um sinal transmitido pelo prestador ao mercado).

6. Conclusões

Em síntese, da análise realizada e descrita neste parecer, conclui-se o seguinte:

- i) A Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro, que define os preços atualmente em vigor a praticar pelo SNS, estabelece que os hospitais do SNS podem cobrar valores inferiores aos estipulados quando prestem serviços a entidades públicas ou privadas, ao abrigo de contratos específicos, podendo ainda cobrar valores diferentes quando prestem serviços a entidades de outros Estados, no âmbito de contratos específicos que não se insiram no âmbito de Regulamentos Comunitários ou quaisquer obrigações ou acordos bilaterais ou multilaterais entre Estados;
- ii) Todavia, existem limites legais à fixação de preços pelos hospitais do SNS, decorrentes, designadamente, do Estatuto do SNS e da diretiva europeia dos cuidados de saúde transfronteiriços;
- iii) Em particular, o Estatuto do SNS estabelece que devem ser definidos limites mínimos e máximos aos preços a cobrar pelos cuidados de saúde prestados no quadro do SNS; todavia, verifica-se que tais limites não estão concreta e inequivocamente definidos na portaria das tabelas de preços do SNS;
- iv) Além dos limites legais, há também limites de racionalidade económica decorrentes da estrutura produtiva e da estrutura dos mercados, e também das características especiais que distinguem este sector de atividade;
- v) Desde logo, deve reconhecer-se que o preço é uma variável concorrencial com menor relevância nos mercados da saúde do que em outros sectores de atividade, e que se deve considerar um leque mais alargado de variáveis com potencial de atratividade nos mercados da saúde, como a qualidade, a localização ou o tempo de espera;
- vi) Não obstante, colocando-se o foco no preço, verifica-se que na comparação com os preços presentemente praticados por uma amostra de prestadores privados de natureza hospitalar, os preços definidos nas tabelas do SNS são inferiores aos privados, com a exceção dos preços das diárias de internamento; todavia, é provável que os preços observados no sector privado incluam um *mark-up* face ao custo de produção que pode ser diminuído numa

estratégia competitiva de redução de preços, não sendo de todo claro se tal margem existe nos preços das tabelas do SNS;

- vii) Por outro lado, o preço dos cuidados de saúde dos hospitais do SNS deverá ter por limite inferior aquele que permite atingir o nível mínimo de lucro total admissível;
- viii) Adicionalmente, em consequência da existência de custos de prospeção e de mudança no consumo de cuidados de saúde, a capacidade de se atrair utentes com reduções de preço é menor;
- ix) Finalmente, em face das características especiais dos serviços de saúde, a redução dos preços terá o seu impacto concorrencial limitado pela probabilidade de os utentes interpretarem essa redução com uma diminuição da qualidade dos serviços;
- x) A flexibilização dos preços praticados pelos hospitais do SNS como forma de os dotar de capacidade de concorrer em mercados internacionais de cuidados de saúde e mercados nacionais fora do SNS, gera oportunidades mas acarreta simultaneamente riscos que interessa acautelar à partida;
- xi) Do lado das oportunidades, deve realçar-se que a captação por parte dos hospitais do SNS de uma maior quota em mercados nacionais e internacionais complementares ao SNS poderá revelar-se uma importante fonte adicional de rendimento, contribuindo para um maior equilíbrio financeiro destes hospitais;
- xii) Adicionalmente, uma maior abertura dos hospitais do SNS a novos mercados poderá permitir uma melhor utilização de capacidade instalada em áreas onde possa existir algum subaproveitamento;
- xiii) Numa outra vertente, a possibilidade dos prestadores do SNS poderem praticar preços distintos das tabelas do SNS nos serviços prestados a entidades de outros países incrementa a capacidade destes hospitais concorrerem em mercados internacionais de turismo de saúde;
- xiv) A possibilidade de os hospitais do SNS concorrerem em novos mercados e com isso aumentarem o volume de atividade deve ser perspetivado também numa ótica de indução de qualidade na prestação de cuidados de saúde, na medida em que um volume de atividade adequado pode permitir aos

profissionais de saúde a aquisição de experiência na prestação dos cuidados de saúde e incremento da perícia técnica;

- xv) Do lado dos riscos, a eventual redução dos preços suscita, desde logo, preocupação com o nível de qualidade dos serviços, na medida em que das diversas formas de se reduzir o custo de produção para permitir reduções de preço, parte delas passará por alterações no processo produtivo que implicam a prestação de serviços de menor qualidade;
- xvi) É também fundamental garantir que o eventual melhor aproveitamento da capacidade instalada se faça na capacidade efetiva e seguramente disponível e que não implique a alocação de recursos necessários ao cumprimento dos objetivos principais dos hospitais públicos;
- xvii) Finalmente, dada a eventual associação feita pelos utentes entre preço e qualidade dos serviços, reduções relevantes no nível de preços dos hospitais do SNS acarretam o risco de afetar a reputação desses estabelecimentos, podendo resultar da redução dos preços a diminuição da procura pelos seus serviços.

A título de conclusão final, realça-se que a atração de utentes por via de redução de preços é possível, mas que tal objetivo será provavelmente mais bem alcançado com a exploração de outras variáveis concorrenciais, em função das limitações e dos riscos de se utilizar a variável preço como uma variável chave no processo concorrencial.

ERS, 1 de abril de 2014.

Referências bibliográficas

Bazzani, L.G. e Marcin, J.P. (2007), Case Volume and Mortality in Pediatric Cardiac Surgery Patients in California, 1998–2003, *Circulation*, 115: 2652–2659.

Church, J. e Ware, R. (2000), *Industrial Organization: A strategic approach*, Irwin McGraw-Hill, Boston.

Darby, M.R. e Karni, E. (1973), Free Competition and the Optimal Amount of Fraud, *Journal of Law and Economics* 16(1): 67–88.

David, G. e Brachet, T. (2009), Retention, Learning by Doing, and Performance in Emergency Medical Services, *Health Services Research*, 44: 902–925.

Dulleck, U. e Kerschbamer, R. (2006), On Doctors, Mechanics, and Computer Specialists: The Economics of Credence Goods, *Journal of Economic Literature* 44(1): 5–42.

Dulleck, U., Kerschbamer, R. e Sutter, M. (2009), The Economics of Credence Goods: On the Role of Liability, Verifiability, Reputation and Competition, IZA Discussion Paper No. 4030, Bonn.

Emons, W. (1996), Credence Goods and Fraudulent Experts, *The RAND Journal of Economics*, Vol. 28, No. 1: 107–119.

ERS (2012), Relatório final sobre a Análise do Impacto da Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9/03/2011, relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços sobre o Sistema de Saúde Português, https://www.ers.pt/pages/18?news_id=484.

ERS (2012), Estudo para a Carta Hospitalar – Especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia e Infeciologia, https://www.ers.pt/pages/18?news_id=435.

ERS (2013), Parecer da ERS sobre as tabelas de preços do SNS e das convenções publicadas em Abril/Maio de 2013, https://www.ers.pt/pages/64?news_id=691.

ERS (2013), Acesso, Concorrência e Qualidade no Sector Convencionado com o SNS: Análises Clínicas, Diálise, Medicina Física e Reabilitação e Radiologia, https://www.ers.pt/pages/18?news_id=667.

Gruber, J. e Owings, M. (1996), Physician Financial Incentives and Cesarean Section Delivery, *The RAND Journal of Economics* 27(1): 99–123.

Gruber, J., Kim, J. e Mayzlin, D. (1999), Physician Fees and Procedure Intensity: The Case of Cesarean Delivery, *Journal of Health Economics* 18(4): 473–490.

Grytten, J. e Sørensen, R. (2000), Competition and dental services, *Health Economics*, Vol. 9, No. 5: 447–461.

Huckman, R. e Pisano, G. (2006), The firm-specificity of individual performance: Evidence from cardiac surgery, *Management Science*, 52 (4): 473–488.

Iizuka, T. (2007), Experts' Agency Problems: Evidence From the Prescription Drug Market in Japan, *The RAND Journal of Economics* 38(3): 844–862.

Jung, K., Feldman, R. e Scanlon, D. (2011), Where would you go for your next hospitalization?, *Journal of Health Economics* 30: 832–841.

Mateus, C. (2011), Portugal: Results of 25 years of experience with DRGs, in *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. (ed), Open University Press.

Motta, M. (2004), *Competition Policy. Theory and Practice*, Cambridge University Press.

Nelson, P. (1970), Information and Consumer Behavior, *Journal of Political Economy* 78(2): 311–329.

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: 488–506.

Ringel, J.S, Hosek, S.D., Vollard, B.A. e Mahnovski, S. (2002), *The Elasticity of Demand for Health Care: A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System*, RAND Publishing.

Satterthwaite, M.A. (1979), Consumer information, equilibrium industry price, and the number of sellers, *Bell Journal of Economics* Vol. 10: 483–502.

Satterthwaite, M.A. (1985), Competition and equilibrium as a driving force in the health services sector, in *Managing the Service Economy: Prospects and Problems*, Inman R.B. (ed), Cambridge University Press, New York: 239–279.

Tribunal de Contas (2011), Relatório de Auditoria nº 30/2011 - 2ª Secção - Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2011/2s/audit-dgtc-rel030-2011-2s.shtm.