



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



RELATÓRIO DA ACTIVIDADE REGULATÓRIA DE 2008

JUNHO DE 2009

Índice

1. Nota introdutória	1
1.1. Enquadramento.....	1
1.2. Missão e atribuições	1
2. Actividades de regulação desenvolvidas em 2008.....	4
2.1. Garantir os direitos dos utentes	4
2.1.1. Processamento das reclamações	4
2.1.2. Avaliação dos serviços prestados	8
2.1.3. Sistema de informação aos utentes	13
2.2. Regulação das falhas de mercado (e do Estado).....	15
2.2.1. Práticas de discriminação ou rejeição infundada de doentes	16
2.2.2. Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde	21
2.2.3. Indução artificial da procura	30
2.3. Regulação das relações económicas com operadores	32
2.3.1. Promoção da concorrência.....	32
2.3.2. Regulação de outras relações económicas.....	40
2.4. Outras actividades de regulação.....	50
2.4.1. Registo	50
2.4.2. Actividade sancionatória e de fiscalização	52
3. Avaliação final.....	56

1. Nota introdutória

1.1. Enquadramento

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é um organismo com natureza de autoridade administrativa independente, que tem por missão a regulação da actividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita ao cumprimento dos requisitos de exercício da actividade e de funcionamento, à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes e à legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes, nos termos previstos no Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.

No âmbito da responsabilidade pública, conforme disposto no artigo 57.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, incumbe à ERS elaborar e enviar anualmente ao Governo e à Assembleia da República um relatório sobre a respectiva actividade regulatória. No cumprimento da lei, apresenta-se o relatório que contém uma descrição das actividades de regulação levadas a cabo pela ERS durante o ano de 2008.

1.2. Missão e atribuições

Tendo sido criada pelo Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, a ERS conheceu já em 2009 a reestruturação das suas atribuições, organização e funcionamento, através da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.

Naturalmente, a linha de actuação da ERS subjacente às actividades levadas a cabo durante o ano de 2008 não foi ainda afectada por qualquer alteração das competências e instrumentos desta Entidade, tendo essas actividades sido desenvolvidas na prossecução dos objectivos e nos termos previstos no seu diploma criador.

Assim, em conformidade com o Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, as atribuições da ERS compreendiam a regulação e a supervisão da actividade e

funcionamento dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. Nesse âmbito, cabia-lhe velar pelo cumprimento das obrigações legais e contratuais dos regulados, no que respeita ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à segurança e, genericamente, aos direitos dos utentes.

Desde a sua criação, e no âmbito dessas atribuições e competências, a ERS vinha contribuindo para a defesa dos utentes de cuidados de saúde em Portugal, seguindo uma estratégia assente em três eixos fundamentais:

- i) Desenvolver uma actividade 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 efectuar escolhas sobre os cuidados de saúde que mais se adequam às suas necessidades;
- iii) Dar aos cidadãos instrumentos de defesa dos seus direitos.

De forma mais concreta, incumbia à ERS, à luz daquele diploma, assegurar o direito de acesso universal e equitativo de todos ao serviço público de saúde, bem como zelar pelo respeito da liberdade de escolha nas unidades de saúde privadas, prevenindo e punindo as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de doentes. Incumbia-lhe igualmente prevenir e combater as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde.

Constituía ainda atribuição da ERS realizar uma avaliação contínua dos cuidados de saúde prestados, de forma global, independente e centrada no interesse dos utentes, bem como garantir um acompanhamento do cumprimento das obrigações inerentes à acreditação dos estabelecimentos e serviços.

Por outro lado, considerando as especificidades associadas ao mercado da saúde, e o papel privilegiado da ERS enquanto entidade reguladora sectorial, competia-lhe, em colaboração com a Autoridade da Concorrência, garantir a concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde, visando sempre defender os direitos e interesses legítimos dos utentes que possam estar em causa.

Finalmente, o anterior quadro jurídico estabelecia que a ERS podia dar parecer e emitir recomendações sobre o funcionamento do sistema de saúde, em particular sobre acordos, contratos e convenções, sobre os modelos inovadores de gestão subjacentes à prestação de cuidados de saúde e sobre os requisitos e as regras relativos ao exercício da actividade seguradora por entidades autorizadas a explorar o ramo "Doença".

Não obstante o decurso do processo de reformulação do seu quadro legal, que viria a culminar com a aprovação do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, as actividades da ERS encontravam-se estavelmente concentradas em três grandes áreas, designadamente a garantia dos direitos dos utentes, a regulação das falhas de mercado (e do Estado) e a regulação das relações económicas com operadores.

2. Actividades de regulação desenvolvidas em 2008

2.1. Garantir os direitos dos utentes

O Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, no n.º 2 do seu artigo 6.º, definia como primeira atribuição da ERS a defesa dos interesses dos utentes dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Para a concretização deste objectivo, assumiu-se uma estratégia assente em três pontos: assegurar a disponibilização de informação que permita aos utentes efectuar as melhores escolhas; promover a divulgação de indicadores de qualidade dos vários níveis de serviço prestado; e promover o desenvolvimento de mecanismos susceptíveis de facilitar o diálogo entre utentes e operadores.

2.1.1. Processamento das reclamações

Considerando que era obrigação da ERS zelar pela garantia dos direitos dos utentes de cuidados de saúde, procedeu esta entidade, durante 2008, ao tratamento das reclamações de que teve conhecimento e que cabiam no âmbito das suas competências.

A metodologia que a ERS tinha vindo a adoptar no tratamento das reclamações a que se aplica o regime jurídico constante do estabelecido no Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 371/2007, de 6 de Novembro, assenta no pressuposto de que estas deverão ser tratadas em primeiro lugar pela entidade reclamada, só se justificando uma intervenção da entidade reguladora nos casos de existência de indícios de falta grave, ou de manifesta desadequação da decisão da entidade reclamada às pretensões do reclamante. A experiência tem demonstrado que esta metodologia é a mais adequada, pelo que não foi alterada em 2008.

A ERS dispõe de um sistema informático próprio destinado ao processamento das reclamações dos utentes dos serviços de saúde, sistema esse que foi totalmente reformulado em 2008 com vista ao aumento da celeridade de todo o processo, resultando na constituição de uma base de dados que permite o acesso a informação organizada, sempre que esta seja necessária para dar resposta a solicitações, quer

internas quer externas, informação desta forma investida da obrigatória credibilidade institucional.

Com base nesses dados, verificou-se que no ano de 2008 foram objecto de tratamento pela ERS 6.647 reclamações entradas nesse ano, 1.038 reclamações que transitaram de 2007 e ainda 5 reclamações pendentes de 2006, o que perfaz um total de 7.690 reclamações tratadas. Durante 2008 foram concluídos 3.749 processos, devendo-se a não conclusão dos restantes processos fundamentalmente ao decurso normal dos prazos estabelecidos. Na tabela 1 apresenta-se a distribuição das reclamações recebidas em 2008 por assuntos visados.

Tabela 1 – Assuntos Visados

Assunto Visado	Reclamações em 2008	%
Tempos de espera	1.893	28%
Qualidade da assistência administrativa	1.866	28%
Qualidade da assistência cuidados saúde	1.118	17%
Questões financeiras	448	7%
Assistência humana	361	5%
Acesso	270	4%
Instalações	216	3%
Discriminação	91	1%
Questões legais	78	1%
Outro	306	5%
Total	6.647	100%

Constata-se que os “Tempos de Espera”, a “Qualidade da Assistência Administrativa” e a “Qualidade da Assistência de Cuidados de Saúde” foram os assuntos mais recorrentes, representando no seu conjunto 73% do total das reclamações recebidas pela ERS em 2008. Houve, no entanto, uma alteração a assinalar relativamente a anos anteriores, visto que a “Qualidade da Assistência Administrativa” (28%) passou a constituir um foco de reclamações tão importante como os “Tempos de Espera” superiores a 1 hora”, tema que vinha sendo o mais frequente.

Na tabela 2 constata-se que a maioria (54%) dos processos de reclamação terminados durante o ano de 2008, foram-no por os utentes terem considerado razoáveis as alegações dos prestadores, abstendo-se de apresentar contestação, e não tendo a ERS considerado versarem sobre matéria grave e merecedora de diligências suplementares por parte desta. Em 22% dos casos, os processos foram terminados

porque os prestadores garantiram que seriam adoptadas medidas correctivas. Salienta-se ainda que 71 processos foram merecedores de recomendações e/ou sugestões por parte da ERS. Noutros 140 processos, em face da reclamação efectuada, a entidade visada acabou por atender à pretensão do reclamante, achando-se, por isso, ultrapassada a situação que motivou a reclamação. Em 2% das reclamações, o processo foi encaminhado para outra instituição, na sua maioria para a Ordem dos Médicos e para a Ordem dos Médicos Dentistas. Em 22 processos de reclamação, considerou-se existir matéria suficientemente grave para justificar a sua investigação em sede de um processo mais aprofundado, nomeadamente um processo de inquérito ou um processo de contra-ordenação. Foram ainda arquivadas liminarmente 13% das reclamações, sem a realização de qualquer diligência, por se tratar de reclamações já existentes (já entradas na ERS) ou reclamações anuladas pelo próprio reclamante. Cerca de 4% das reclamações foram terminadas após análise por não se encontrar fundamento que justificasse a reclamação.

Tabela 2 – Reclamações terminadas

Resultado do Arquivamento	Processos de 2006	Processos de 2007	Processos de 2008	Total	%
Arquivamento sem contestação	3	495	1.520	2.018	53,8%
Garantia de medidas correctivas	1	279	526	806	21,5%
Arquivamento liminar	0	28	446	474	12,6%
Sem fundamento	0	78	63	141	3,8%
Pretensão atendida	0	52	88	140	3,7%
Transferência externa	1	52	24	77	2,1%
Com recomendação	0	44	27	71	1,9%
Abertura de processos ERS	0	10	12	22	0,6%
Total	5	1.038	2.706	3.749	100%

Reclamações On-Line

Em 29 de Dezembro de 2007 entrou em funcionamento o sistema de apresentação de reclamações através do *website* da ERS, de modo a facilitar o exercício do direito à reclamação, e o controlo da resolução das mesmas, contribuindo para a promoção de um relacionamento de proximidade entre os utentes e a ERS.

Durante o ano de 2008 deram entrada na ERS, através do Livro de Reclamações *On-line*, 441 reclamações. Cerca de 34% das reclamações recebidas através do *website*

da ERS (151) foram transformadas em processos de reclamação, e classificadas e tratadas enquanto tal (estando incluídas nos números *supra* referidos). Em alguns destes casos, não se trata da transformação num novo processo de reclamação, mas sim, da sua agregação a um processo de reclamação já existente e originado numa reclamação entrada fisicamente. Cerca de metade das reclamações *on-line* (217) foram objecto de encaminhamento para outras entidades, por visarem prestadores de cuidados de saúde de natureza pública. Se o assunto visado for de interesse para a ERS, à luz das suas atribuições, é mantida monitorização sobre o andamento dado ao processo pela entidade a que foi remetido. Este foi o caso de 31 reclamações *on-line*. Finalmente, foram arquivadas de forma liminar 42 reclamações, por se referirem a entidades ou estabelecimentos não prestadores de cuidados de saúde.

Tabela 3 – Reclamações On-Line

Resultado do tratamento	Número	%
Arquivamento liminar	42	10%
Encaminhamento simples	217	49%
Encaminhamento com monitorização	31	7%
Transformação em processo de reclamação	151	34%
TOTAL	441	

Identificação de problemas sistémicos

A contribuição do livro de reclamações para a defesa dos direitos dos utentes não se esgota na identificação de problemas concretos e no desencadear dos procedimentos necessários à sua resolução. A análise sistemática das reclamações dos utentes é também um instrumento fundamental para conhecer os pontos fracos do sistema de saúde e identificar as áreas que exigem uma análise mais aprofundada.

Em 2008 foram elaborados dois relatórios semestrais de análise sistemática das reclamações, bem como um relatório anual, que congrega a informação constante dos dois anteriores e a perspectiva de um ponto de vista global, atento o lapso temporal necessário para o decorrer de prazos que influi nos tempos médios de tratamento de cada reclamação.

Nesses relatórios efectuou-se o tratamento estatístico das reclamações, adoptando uma metodologia identificadora de padrões indiciadores de problemas sistémicos. Os

problemas mais recorrentemente mencionados pelos reclamantes durante o ano de 2008 foram a qualidade da assistência administrativa, que se prende com várias vertentes no âmbito das questões administrativas do atendimento ao público, e a falta de cumprimento, pelos prestadores, dos horários previamente definidos para a prestação dos serviços.

2.1.2. Avaliação dos serviços prestados

A ERS pretende contribuir para uma melhoria dos padrões de qualidade das prestações de cuidados de saúde, através de uma avaliação contínua dos serviços prestados pelos estabelecimentos de cuidados de saúde, de forma independente e centrada no utente. A actividade principal a prosseguir nesta área é a criação do Sistema Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (SINAS). Para além deste sistema de avaliação, a ERS elaborou estudos, conduziu processos de inquérito e realizou fiscalizações na área da avaliação dos serviços prestados.

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

O SINAS pretende avaliar, de forma objectiva e consistente, a qualidade dos cuidados de saúde prestados em Portugal, com base em indicadores de avaliação que permitirão obter um *rating* dos prestadores. A sua publicação garantirá o acesso dos utentes a informação adequada e inteligível acerca da qualidade dos cuidados de saúde nos diversos prestadores, permitindo, assim, a tomada de decisões mais informadas e promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Na sequência das diligências levadas a cabo pela ERS ainda no ano de 2007, entre as quais a preparação do programa de concursos e do caderno de encargos, em 27 de Fevereiro de 2008 foi publicado o anúncio do concurso público internacional no Jornal Oficial das Comunidades Europeias e em 4 de Março, na II Série do Diário da República, n.º 45, com vista à aquisição de bens e serviços para a concepção e implementação do SINAS. A realização do concurso permitiu seleccionar o parceiro tecnológico, o consórcio Siemens / Joint Commission International – JCI, tendo a adjudicação do contrato sido publicada no Diário da República n.º 217, série II, Parte L – Contratos Públicos, de 7 de Novembro de 2008.

O consórcio Siemens /JCI desenvolverá o modelo de avaliação sobre o qual assentará o SINAS, com base em indicadores de avaliação reconhecidos internacionalmente, amplamente testados pela JCI em inúmeras instituições. Além disso, caberá ao consórcio Siemens/JCI trabalhar com a ERS no sentido de adequar os indicadores de avaliação propostos à realidade da prática clínica em Portugal.

O SINAS tem como prazo de execução o período de 5 anos, escalonando-se este projecto em 2 fases: uma destinada a pôr em funcionamento um projecto-piloto e uma fase de implementação geral, composta por 4 ciclos com a duração de um ano. O projecto-piloto consiste na implementação, análise e definição de indicadores de avaliação para uma área do saber médico, num conjunto de prestadores seleccionados e convidados a participar no projecto. Os ciclos de implementação darão continuidade ao projecto através da introdução, em cada novo ciclo, de novas áreas médicas e indicadores de avaliação associados, permitindo sempre incrementar o número de prestadores envolvidos no projecto.

Nesse sentido, e pretendendo preparar o desenvolvimento do projecto-piloto, a ERS encetou no decurso do ano de 2008 um conjunto de diligências, tendo nomeadamente estabelecido contactos/reuniões com hospitais do sector público, privado e social, com vista à apresentação do projecto-piloto do SINAS. O projecto foi apresentado a todos os hospitais seleccionados, tendo esta selecção sido efectuada tendo em conta a localização dos mesmos, bem como a sua natureza, pretendendo-se uma amostra representativa de todo o país. Obteve-se a colaboração voluntária de 36 hospitais: 23 do sector público, 7 do sector privado e 6 do sector social.

A ERS seleccionou como a primeira área de saber médico a ser avaliada a ortopedia, por esta ser uma área significativa e transversal aos três sectores envolvidos (público, privado e social). Com a cooperação da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia – SPOT, foram já realizadas diversas reuniões visando a selecção dos indicadores adequados à realidade portuguesa que serão utilizados neste projecto.

Centros de nascimento não públicos

Em 2007 a ERS realizou o “Estudo Técnico de Caracterização dos Prestadores Não Públicos de Cuidados de Saúde com Centros de Nascimento”, com o objectivo de apurar se os cuidados de assistência ao parto nas instituições não públicas

portuguesas são de qualidade satisfatória. Tendo analisado as conclusões do estudo, a ERS emitiu um conjunto de recomendações dirigidas às entidades responsáveis por centros de nascimento.

Durante o ano de 2008, iniciou-se uma segunda fase do estudo sobre os centros de nascimento não públicos, com vista a uma nova caracterização/avaliação destes centros de nascimento, correspondente a uma nova etapa de avaliação, para apurar a evolução sofrida pelos mesmos em termos de melhoria das condições estruturais das instituições, comprovando-se assim o cumprimento da recomendação proferida pelo Conselho Directivo da ERS, na sequência da avaliação efectuada na primeira fase.

Foram efectuadas visitas às instituições com o intuito de aferir da evolução sofrida, bem como apreciar o empenho de cada uma em suprir as não conformidades apontadas e questionaram-se os responsáveis das instituições sobre a rectificação das não conformidades identificadas, e a actualização de elementos referentes à direcção clínica e responsáveis pelos centros de nascimento.

De modo geral, foi possível verificar, face à informação recolhida neste novo ciclo de caracterização dos centros de nascimento não públicos, que houve uma evolução positiva comparativamente com a análise referente ao ano de 2006, sendo notório o empenho das instituições em suprir as não conformidades identificadas individualmente e seguir as recomendações emitidas pela ERS, com vista a garantir a melhoria da qualidade e segurança dos serviços prestados. Novamente se confirma a qualidade global das condições existentes para a realização de partos, uma vez que as 10 instituições que cumprem todos os critérios considerados essenciais foram responsáveis por 72,2% dos partos realizados em centros de nascimento não públicos, durante o ano de 2008.

Cirurgia de ambulatório

No âmbito das suas atribuições, a ERS propôs-se realizar um estudo sobre os níveis de qualidade da cirurgia de ambulatório, atendendo à sua crescente relevância na prestação de cuidados de saúde, na medida em que constitui um instrumento eficaz e eficiente, não apenas para redução das listas de espera cirúrgicas, como também na melhoria da qualidade dos serviços e na redução dos custos com a saúde.

Para a concretização deste estudo, foi criada uma Comissão Técnica da ERS para a Cirurgia de Ambulatório, que levou a cabo um levantamento de informação sobre a rede de prestadores públicos, privados e sociais com oferta de cuidados cirúrgicos em regime de ambulatório.

O grupo de trabalho estabeleceu uma série de factores e parâmetros de qualidade para o funcionamento das Unidades de Cirurgia de Ambulatório (UCA), com base no conhecimento da literatura e da realidade nacional e internacional, tendo contado com a colaboração de personalidades pioneiras do âmbito da cirurgia de ambulatório com largos anos de actividade nesta área.

Para aferição do grau de realização actual de cirurgia ambulatória no País e respectivos critérios de qualidade, e para identificar as instalações/estruturas disponíveis para este tipo de programa, foi elaborado um inquérito que, introduzindo os critérios de qualidade, avalia o desempenho, nesta vertente, das várias instituições às quais foi enviado.

Este inquérito foi enviado a 119 instituições, das quais 73 são de natureza pública, 25 de natureza privadas e 21 de natureza social, (pesquisadas de entre os prestadores registados na base de dados do Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS, que foram objecto de questionário prévio para auferir da realização de cirurgias em regime de ambulatório).

Em termos gerais, considerou-se que a evolução da Cirurgia de Ambulatório em Portugal é muito positiva, verificando-se um crescente número de instituições que referem praticá-la, apesar da constatação de alguns factores ainda negativos, sobre os quais a ERS pondera a emissão de recomendações.

Células estaminais

Na sequência de uma primeira abordagem ao tema das células estaminais (CE), efectuada no ano de 2005/06, o grupo de trabalho constituído em 2008 para analisar esta problemática na óptica das atribuições da ERS realizou um estudo prévio sobre a utilização de CE, para efeitos de investigação e respectiva aplicação terapêutica.

Para o efeito, foram afloradas questões diversificadas, mormente atinentes ao regime jurídico aplicável ao tema em estudo, aos desenvolvimentos biotecnológicos, à

ausência de regulamentação sobre a organização e funcionamento dos bancos privados de colheita, processamento e criopreservação de CE, à ausência de pormenorização e demonstração científica dos fins terapêuticos, e à discussão da concessão de patentes e comercialização de linhas de células estaminais, tendo o Conselho Directivo da ERS decidido proceder ao aprofundamento e desenvolvimento destas questões.

Consentimento informado

Na sequência da recolha de informação, iniciada em 2007, o grupo de trabalho adstrito ao estudo do tema do consentimento informado deu corpo ao respectivo estudo, determinando os objectivos e o método de investigação a utilizar.

Assim, o desenvolvimento do estudo implicou a análise da legislação em vigor em matéria de consentimento informado, a análise dos documentos/minutas de consentimento informado recolhidos junto dos principais prestadores, públicos, privados e sociais, e a formulação das respectivas conclusões.

Dada a relevância e actualidade do tema, enquanto exigência indispensável da garantia dos direitos dos utentes dos cuidados de saúde e dos respectivos prestadores, no estudo foram formuladas diversas propostas com vista à implementação de modelos-tipo, a adoptar nas diversas valências da área da saúde, e propostas de alterações legislativas.

Com vista à discussão e eventual implementação das medidas propostas ficou consignado que, durante o ano de 2009, o respectivo estudo seria submetido à apreciação dos principais prestadores de cuidados de saúde, bem como de outras entidades e organismos do ramo da saúde, o qual deverá ser efectuado através da realização de uma conferência nacional.

Processos de inquérito relativos a questões de qualidade dos serviços

Algumas questões colocadas nas exposições e reclamações recebidas foram consideradas, após análise pela ERS, particularmente relevantes no âmbito da qualidade dos serviços prestados, e portanto merecedoras de uma atenção adicional.

Nestas circunstâncias procede-se à abertura de processo de inquérito, no âmbito do qual se realizam diligências suplementares, designadamente fiscalizações para apuramento de factos ou verificação da qualidade e assepsia das instalações, condições de higiene, etc.

Durante o ano de 2008, procedeu-se à abertura de 28 novos processos de inquérito relacionados com questões de qualidade dos serviços de saúde. A estes acrescem mais 25 processos que tiveram o seu início em 2007 e 10 pendentes de 2006, perfazendo um total de 63 processos relativos a questões de qualidade dos serviços tratados durante o ano de 2008.

A maior parte destes processos (39) resultaram de reclamações relativas à qualidade do atendimento, quer por parte do pessoal clínico, quer por parte do pessoal administrativo. Os restantes processos referem-se à qualidade das instalações (9), a problemas relativos ao licenciamento das instalações (8), à prestação de cuidados de saúde por pessoal não qualificado para o efeito (3), e outros 4 relativos a anomalias ao nível do cumprimento de diversos requisitos legais.

Em 2008, foram terminados 32 destes processos. Seis foram terminados com a garantia, por parte do prestador visado, de medidas correctivas, situação a acompanhar pela ERS. Em 4 processos, a situação teve uma resolução favorável sem necessidade dessa intervenção. Em 5 processos, verificou-se que a reclamação não tinha fundamento e em outros 5 não foi possível a prova dos factos. Três processos determinaram a abertura de um processo de contra-ordenação e um processo acabou por ser incorporado num outro processo que corria termos na ERS. Finalmente, 8 processos terminaram com o seu reencaminhamento para outras entidades, por se ter concluído não caberem os factos nas atribuições da ERS.

2.1.3. Sistema de informação aos utentes

Para que os utentes dos serviços de saúde possam exercer uma escolha livre e não manipulada sobre os serviços de saúde, necessitam de conseguir obter, facilmente e sem custos, toda a informação relevante para a tomada de decisões sobre os serviços de saúde a que podem recorrer.

Nesse sentido, a ERS vem desde 2006 implementando sistemas de informação com vista à prestação de informação aos utentes dos cuidados de saúde, aos prestadores, às outras instituições da área da saúde e ao público em geral. Em 2008, a ERS procedeu a alguns melhoramentos ao nível dos seus sistemas de informação, e realizou outras actividades com vista à constante melhoria da informação prestada.

Portal de Internet da ERS

A ERS lançou em Dezembro de 2007 o seu novo Portal de Internet, respeitando as melhores práticas em Sistemas de Informação, tais como as mais exigentes normas de acessibilidade (AAA, XHTML e CSS do W3C – a entidade mundial de *Standards Web*), de forma a garantir a universalidade do acesso, bem como a facilidade de utilização e navegação. Os principais objectivos do novo Portal da ERS passaram por aumentar e melhorar os serviços electrónicos facultados, reforçar a possibilidade de participação por parte do cidadão e tornar mais eficiente e eficaz o contacto entre a entidade reguladora, os regulados e os utentes.

Durante o primeiro ano de funcionamento, a avaliação da nova ferramenta de comunicação da ERS é claramente positiva, como comprovam as estatísticas de utilização do Portal. No período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2008, o Portal da ERS foi visitado 105.177 vezes. Foram visualizadas 426.911 páginas, perfazendo uma média de 4,06 páginas visualizadas por visita. Esta estatística de utilização revela um crescimento acentuado face à utilização do anterior *website* da ERS no ano de 2007, durante o qual se registaram 17.134 visitas.

Durante 2008, o Portal foi sendo constantemente actualizado com a divulgação das actividades de que a ERS entende dar conhecimento aos seus públicos, como sejam os estudos realizados, os pareceres emitidos e outras informações relevantes. Ademais, no Portal da ERS procede-se à publicação, legalmente prevista, das decisões tomadas no âmbito dos processos de contra-ordenação em que foram aplicadas coimas, bem como das instruções emitidas por esta Entidade Reguladora direccionadas aos prestadores de cuidados de saúde.¹

¹ De acordo com o art. 61.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, “a ERS deve disponibilizar um sítio na Internet, com todos os dados relevantes, nomeadamente os diplomas legislativos e regulamentares que a regulam, os regulamentos internos, a composição dos seus

Para além disto, no Portal da ERS encontra-se uma secção, actualizada diariamente, dedicada à legislação respeitante à área da Saúde, da Regulação e da Administração Pública, que inclui, entre outros, o produto de um levantamento de legislação nacional e internacional, relativa aos vários direitos dos utentes dos serviços de saúde, e correspectivos deveres. No Portal são também publicados todos os comunicados enviados à imprensa sobre aspectos relevantes da actividade reguladora, facto que permitiu uma maior aproximação aos órgãos de comunicação social.

As funcionalidades do Portal da ERS ao nível do registo das entidades reguladas, e também da disponibilização ao público de informação da base de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde registados, continuam a ser uma das suas principais características. Durante 2008 registaram-se 89.807 visitas ao motor de busca de entidades registadas alojado no Portal da ERS, facto que traduz a sua relevância na disseminação do conhecimento do sector da Saúde em Portugal.

2.2. Regulação das falhas de mercado (e do Estado)

A actividade de prestação de cuidados de saúde apresenta especificidades que resultam em falhas no bom funcionamento dos mercados em livre concorrência, e que suscitam a necessidade de intervenções externas que garantam que os comportamentos dos intervenientes não se desviam do interesse público.

As fortes assimetrias de informação existentes entre prestadores e utentes, e entre prestadores e financiadores, criam as condições para que uma concorrência desregulada possa originar fenómenos adversos, como a selecção de riscos – levando à discriminação de determinados grupos de cidadãos – e a indução artificial da procura de cuidados de saúde, que só podem ser prevenidos e corrigidos pela actividade de uma entidade reguladora atenta e eficaz.

órgãos, incluindo os registos biográficos dos respectivos titulares, os planos, orçamentos, relatórios e contas dos últimos dois anos, bem como os principais instrumentos regulatórios em vigor”.

2.2.1. Práticas de discriminação ou rejeição infundada de doentes

Constituía objectivo da ERS, em geral, nos termos da alínea a) do n.º 1 do art. 25.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, “*assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde*”, sendo que para efeitos do cumprimento desse objectivo de regulação, incumbia à ERS, nos termos da alínea d) do n.º 2 do mesmo preceito legal, “[p]revenir e punir as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ”.

Nesta área a ERS investigou exposições e reclamações no âmbito de processos de inquérito, realizou estudos temáticos e tem continuado a desenvolver um modelo de monitorização e detecção de práticas sistemáticas de selecção de doentes.

Processos de inquérito relativos a questões de discriminação ou rejeição infundada de doentes

Sobre matéria de prevenção e correcção de práticas de discriminação ou rejeição infundada de doentes foram abertos, durante o ano de 2008, 8 processos de inquérito, que acresceram aos 4 processos transitados de 2007 e a um processo de 2006 (que apenas se manteve aberto por estar a ser realizado, no seu âmbito, um estudo aprofundado sobre a temática em apreço).

Em 4 dos 7 processos de inquérito terminados ainda em 2008, verificou-se existir uma violação do direito fundamental do acesso à prestação de cuidados de saúde, tendo resultado na emissão de instruções dirigidas aos prestadores de cuidados de saúde; um outro processo foi arquivado por não se ter concluído pela verificação da violação do direito de acesso; e a recomendação emitida no âmbito do estudo de “Avaliação do Acesso dos Doentes com Descolamento da Retina a Cirurgia Correctiva nos Hospitais do SNS” determinou o término dos dois restantes.

No âmbito dos processos concluídos com a emissão de uma instrução, constatou-se que, no acesso dos utentes aos cuidados de saúde prestados por determinados prestadores convencionados, o tempo de espera era ou poderia ser mais demorado para utentes do SNS do que para utentes particulares ou beneficiários de outras entidades financiadoras com quem esses prestadores tivessem acordos. Tanto consubstancia uma discriminação de acesso dos utentes do SNS e uma violação dos seus direitos, uma vez que os prestadores convencionados com o SNS estão, nos termos da alínea b) do n.º 2 do art. 10.º do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, que aprovou o Regime Jurídico das Convenções celebradas com SNS, obrigados a *“prestar cuidados de saúde de qualidade aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, e a não estabelecer qualquer tipo de discriminação”*.

Em determinadas situações, a discriminação de utentes do SNS resulta do estabelecimento de “quotas” com base nas entidades financiadoras dos utentes. Um prestador que estabeleça “quotas” em função de entidades financiadoras achar-se-á, na prática e na quase totalidade das situações, a violar, ao não respeitar o princípio da equidade, a missão pública assumida perante o SNS e a prejudicar séria e gravemente o direito de acesso dos utentes e beneficiários. Significando equidade de utilização de serviços de saúde igual tratamento para igual necessidade, ou tratamento distribuído de acordo com as necessidades, um tal conceito implica que não possam existir tratamentos diferentes de acordo com a fonte de financiamento (aliás em conformidade com a política de saúde e princípios constitucionais). Radica, designadamente, neste conceito de equidade horizontal o alcance da imposição das cláusulas expressas de não discriminação apostas em acordos ou convenções celebrados pelos prestadores privados com o SNS ou os subsistemas de saúde.

Assim, no âmbito de dois dos referidos processos de inquérito, abertos na sequência da recepção de exposições de utentes beneficiários do SNS, constatou-se que a Clínica Médica de Santo António, Lda. e a Clínica Médica do Bairro N. Sra. da Piedade, Lda. sujeitavam os beneficiários do SNS a maiores tempos de espera, relativamente a utentes particulares. O Conselho Directivo da ERS emitiu, relativamente a cada uma das referidas entidades, uma instrução, no sentido de a mesma atender todos os seus utentes em função da estrita ordem de chegada ou do carácter prioritário da concreta situação clínica, não podendo ser estabelecidos diferentes tempos de espera de acordo com a entidade financiadora.

No processo de inquérito em que foi parte o estabelecimento de saúde Lagoa Centro, detido pela entidade M. Carmo, A. Castro, J. Maurício e S. Esteves, Lda., verificou-se o atendimento dos utentes em função da entidade financiadora – e não da estrita ordem de chegada dos utentes ou do carácter prioritário da concreta situação clínica – mediante o estabelecimento de “quotas” de atendimento para cada um dos subsistemas ou seguros de saúde com os quais tenha celebrado um acordo ou convenção e ainda para utentes particulares. Foi, assim, igualmente, emitida uma instrução dirigida a tal prestador no sentido de atender todos os seus utentes em função da estrita ordem de chegada ou do carácter prioritário da concreta situação clínica, e igualmente adoptar os procedimentos necessários para pôr termo à definição de ratios de quantidades ou quotas de utentes a atender em função da entidade financiadora.

Finalmente, no âmbito de outro processo de inquérito, relativo à discrepância existente entre os tempos de espera para marcação de consultas a utentes do SNS e a beneficiários da ADSE ou utentes particulares, pelo Instituto Português de Reumatologia, considerou-se que o estabelecimento de limites máximos à prestação de cuidados de saúde (quantidades contratadas) e de um patamar mínimo estabelecido para primeiras consultas é susceptível de representar uma restrição grave no acesso dos utentes do SNS às consultas de seguimento, que assumem particular importância nas situações de seguimento de doentes crónicos. Neste sentido, o Conselho Directivo da ERS deliberou emitir uma instrução ao referido prestador, não só no sentido de serem os seus utentes atendidos em função da estrita ordem de chegada ou do carácter prioritário da concreta situação clínica, como igualmente no sentido de informar a ERS, durante a vigência do acordo celebrado com a ARS LVT, dos resultados da actividade da comissão de acompanhamento estabelecida em tal acordo e no que respeita ao acesso e/ou seguimento dos utentes do SNS aos cuidados de saúde prestados pelo IPR, devendo, designadamente, ser comunicada qualquer situação da qual resulte ou possa resultar um prejuízo para aquele acesso e/ou seguimento.

Monitorização e detecção de práticas sistemáticas de selecção de doentes

No âmbito das suas atribuições, a ERS vem desenvolvendo um modelo de monitorização de práticas de discriminação ou rejeição infundada de utentes.

A colocação em prática do modelo definido em 2007 compreende três fases:

1.^a fase: recolha de informação sobre a actividade dos prestadores, particularmente ao nível da componente específica a monitorizar;

2.^a fase: análise da informação de acordo com a metodologia definida no modelo;

3.^a fase: diligência junto dos prestadores que se detectou apresentarem um comportamento sistematicamente desviante da média, ao nível do(s) indicador(es) definido(s) como indiciadores de indução de procura ou selecção de doentes, no sentido de estes se pronunciarem sobre eventuais explicações para a evidência estatística encontrada.

Com a colaboração da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que forneceu os dados relativos aos episódios de internamento e cirurgias de ambulatório realizados nos hospitais do SNS, codificados segundo a Classificação Internacional de Doenças e classificados em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), concluiu-se, que as bases de dados podem ser utilizadas para computar uma série de métricas sobre a actividade dos hospitais do SNS, que permitem caracterizar as práticas clínicas de cada hospital, e que constituem indicadores de acesso. Assim, sem prejuízo de se continuar a proceder à recolha de outra informação útil para a monitorização proposta, a ERS poderá agora analisar a informação já recebida no âmbito do modelo de monitorização definido, correspondendo esta análise e diligências consequentes às 2.^a e 3.^a fases da implementação do modelo.

Avaliação do Acesso dos Doentes com Descolamento da Retina a Cirurgia Correctiva nos Hospitais do SNS

Durante 2008, uma versão preliminar do relatório do estudo sobre potenciais problemas de acesso a cirurgias do foro oftalmológico nos hospitais do SNS, concretamente a cirurgia de correcção de descolamento da retina (DR) foi remetida a entidades com competências e interesse no sector, solicitando-se os comentários que entendessem pertinentes, tendo sido os contributos recebidos levados em conta na redacção da versão final do estudo, aprovada pelo Conselho Directivo da ERS e publicada no *website* desta Entidade Reguladora.

O estudo levado a cabo tinha por objectivos entender o grau de acesso a cuidados que é dado aos doentes com DR no SNS e detectar o grau de relacionamento que existe entre o acesso a esta cirurgia nos hospitais do SNS e a actividade dos estabelecimentos privados no âmbito da cirurgia oftalmológica.

Concluiu-se que existem algumas discrepâncias no acesso dos doentes com DR aos diferentes hospitais do SNS, medidas pelo número de doentes tratados por 100.000 habitantes da área de influência do hospital, e ainda que os hospitais do SNS apresentam capacidades díspares de resposta, com intervenção cirúrgica, às solicitações dos doentes com DR.

Nos estabelecimentos públicos constata-se a existência de uma grande heterogeneidade ao nível da disponibilidade dos serviços. Se por um lado se pode concluir que uma das causas das dificuldades de acesso a este tipo de cirurgias será a insuficiência de oftalmologistas, por outro lado a maior disponibilidade de oftalmologistas em algumas regiões não impede que subsistam alguns problemas em termos de acesso a cuidados oftalmológicos urgentes, fruto de deficiências na organização dos recursos existentes.

Ora, considerando que apenas se conhecem medidas avulsas e de âmbito regional destinadas à adopção de novos modelos de organização dos recursos humanos e materiais dedicados à oftalmologia e de uma rede de referência hospitalar, o Conselho Directivo da ERS deliberou recomendar ao Governo, através de Sua Excelência a Ministra da Saúde, a aprovação e entrada em vigor de uma rede de referência de oftalmologia de âmbito nacional, que preveja a coordenação dos serviços de oftalmologia integrados no SNS, ao nível de recursos humanos e materiais, e de horários de funcionamento, nos diferentes níveis de cuidados, incluindo as urgências oftalmológicas, permitindo otimizar a utilização dos recursos e salvaguardar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Outros estudos

No ano de 2008, a ERS iniciou a realização de um estudo sobre as actuais redes de referência, instrumento essencial para aferir de eventuais rejeições infundadas de pacientes nos estabelecimentos e serviços do SNS. Visa-se, com tal estudo, avaliar o grau de cumprimento das redes de referência e aferição da sua efectiva

concretização. Durante 2009, será analisado o conjunto das redes de referenciação aprovadas pelo Ministério da Saúde, identificados os pontos das redes, bem como as características e requisitos, humanos, materiais e técnicos dos diferentes níveis e pontos das redes, com base em inquéritos aos Hospitais do SNS integrantes de cada uma das redes já elaborados.

2.2.2. Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde

A actividade da ERS para a prossecução do objectivo de *“assegurar o direito de acesso universal e igual de todas as pessoas ao serviço público de saúde”*, materializava-se ainda, nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do n.º 2 do art. 25.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, na incumbência de *“zelar pelo respeito da liberdade de escolha nas unidades de saúde privadas”* e *“promover a garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde”*.

Relativamente à liberdade de escolha nas unidades de saúde privadas, não se pode olvidar que a mesma constitui um dos pilares fundamentais da relação utente-prestador de cuidados de saúde, incumbindo à ERS, no âmbito dos seus poderes de regulação, garantir que a assimetria de informação existente entre o utente e os prestadores de cuidados de saúde não conduz a práticas pontuais ou reiteradas de direccionamento de utentes, em violação clara do seu direito de *“escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores”* – cfr. alínea a), do n.º 1 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde.

Ora, esta liberdade de escolha assenta no direito do utente à informação, que deve modelar todo o quadro de relações actuais e potenciais entre utentes e prestadores, não se limitando ao que prevê a alínea e) do n.º 1 da Base XIV da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, para efeitos de consentimento informado e esclarecimento quanto a alternativas de tratamento e evolução do estado clínico.

Assim, a disponibilização aos utentes da informação relativa aos prestadores a que podem recorrer para a prestação dos cuidados de saúde de que necessitam, não pode deixar de se caracterizar pela completude, veracidade e inteligibilidade, permitindo que

a informação prestada seja objectiva, garantindo assim a livre escolha da unidade de saúde privada a que pretende recorrer.

No que se refere à promoção da garantia do acesso universal e igual ao serviço público de saúde, deve ter-se presente que em face da imposição de igualdade de acesso aos cuidados de saúde, a pura escassez de oferta de prestadores em determinadas regiões pode, desde logo, colocar em crise o direito fundamental e constitucionalmente consagrado de equidade no acesso a cuidados de saúde. E tanto resulta de o imperativo constitucional de acesso à prestação de cuidados de saúde dever ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspectiva, a saber, económica, temporal, qualitativa e geográfica.

Processos de inquérito relativos a questões de acesso aos cuidados de saúde

Em matéria de defesa do direito do acesso universal e igual de todas as pessoas ao serviço público de saúde, foram abertos, durante o ano de 2008, 17 processos de inquérito², que acresceram aos 6 processos transitados de 2007 e aos 2 processos transitados de 2006 (no âmbito de um destes processos foi realizado o “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”).

Em 2 destes processos, concluiu-se pela existência de uma violação do direito fundamental do acesso à prestação de cuidados de saúde, tendo resultado na emissão de instruções dirigidas aos prestadores de cuidados de saúde em causa. Em outros 2 processos de inquérito, entendeu a ERS ser necessário emitir recomendações: numa das situações, dirigida à Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro e na outra às cinco ARS. Num outro processo foi elaborado um parecer solicitado por um prestador de cuidados de saúde.

A ERS procedeu ao arquivamento dos restantes 11 processos já terminados: em 2 processos de inquérito sob a condição de o prestador de cuidados de saúde em causa adoptar os comportamentos necessários para que não se incorresse no risco de violação das regras e princípios que à ERS incumbia assegurar, continuando a ERS a acompanhar a situação no âmbito de um processo de monitorização; em 3 processos

² Que incluem aqueles relativos ao tema das restrições ao acesso *stricto sensu*, e aqueles relativos à liberdade de escolha dos utentes (que ainda assim devem ser considerados no tema de restrições ao acesso *lato sensu*).

de inquérito, por não se ter concluído pela verificação de qualquer violação das regras ou princípios que incumbia à ERS assegurar; em 4 processos, por a situação já se encontrar resolvida ou em vias de resolução; um outro processo foi arquivado com a conclusão do “*Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS*”; e, finalmente, procedeu-se à apensação de um dos processos a outro já a correr termos na ERS.

A primeira instrução emitida neste âmbito foi dirigida ao Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., na sequência da investigação de uma alegada situação de recusa, por parte da Unidade Hospitalar de Guimarães, de realização de consultas de especialidade a utentes do SNS que tivessem em dívida o pagamento de taxas moderadoras. Constatou-se que uma tal entidade ao recusar a prestação de cuidados de saúde, mais concretamente a realização de consultas programadas, aos utentes do SNS que tivessem em dívida o pagamento de taxas moderadoras relativas a actos praticados naquela instituição, e/ou aos utentes que, estando isentos do pagamento de taxas moderadoras, não se apresentassem munidos do respectivo documento comprovativo, violou o direito de acesso universal e igual de todas as pessoas ao serviço público de saúde. Assim, o Conselho Directivo da ERS deliberou emitir uma instrução dirigida ao Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., no intuito de fazer cessar imediata e definitivamente a referida recusa da prestação de cuidados de saúde.

A segunda instrução neste domínio foi dirigida à Clínica Juvenal Sobral, Lda., por se ter concluído que esta cobrava aos utentes do SNS com idade igual ou superior a 65 anos a totalidade das taxas moderadoras concretamente aplicáveis aos actos praticados, não aplicando a redução de 50% legalmente imposta pelo Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, na versão que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de Maio. Na medida em que tal comportamento redundava no desrespeito dos preços administrativamente fixados, sendo, conseqüentemente, lesivo dos direitos e interesses legítimos dos utentes que beneficiassem de uma tal redução das taxas moderadoras, o Conselho Directivo da ERS deliberou emitir uma instrução dirigida ao prestador, no sentido de reembolsar todos os utentes do SNS em causa, e simultaneamente disponibilizar nos locais de atendimento ao público informação facilmente visível pelos utentes informando que os utentes do SNS com idade igual ou superior a 65 anos que hajam pago a totalidade da taxa moderadora após a entrada em vigor do referido Decreto-Lei, teriam direito a ser ressarcidos em 50% de tal valor.

A recomendação dirigida às cinco ARS resultou de um processo de inquérito relativo à recusa de inscrição de uma criança recém-nascida na lista de utentes da médica de família do pai, por o Centro de Saúde em causa entender que só se inscreveria naquela lista as “crianças nascidas de todas as mães que estejam já na lista”. Tal comportamento constitui uma violação do direito de acesso universal e igual a todas as pessoas aos cuidados de saúde primários do SNS, fundada no desrespeito do direito fundamental dos pais e das mães, consagrado no art. 68.º n.º 1 da Constituição da República Portuguesa, que equipara a paternidade à maternidade, enquanto *valores sociais eminentes*. Apesar de a situação concreta ter sido regularizada, a instrução do processo suscitou a possibilidade de existência de situações semelhantes. Assim, com o objecto de promover a efectiva e generalizada sensibilização a tal questão e a prevenção de não ocorrência de situações idênticas, o Conselho Directivo deliberou a emissão de uma recomendação às cinco ARS, no sentido de informarem os Centros de Saúde sob a sua dependência orgânica e funcional do dever de não discriminação dos indivíduos em função do sexo e do conseqüente dever de assegurar, no que respeita à inscrição dos seus actuais e futuros utentes nas listas dos médicos de família, a agregação dos menores ao processo do pai ou da mãe, no exercício da liberdade de escolha do médico de família.

Analisou-se também, no âmbito de outro processo de inquérito, a falta de disponibilidade de marcação de consultas oftalmológicas, relacionada com a eventual escassez de médicos oftalmologistas e com os horários de funcionamento das urgências oftalmológicas no Hospital Distrital da Covilhã (Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E.), Hospital Amato Lusitano, em Castelo Branco e Hospital Sousa Martins, na Guarda, tendo a ERS concluído que, com base nos recursos existentes, seria possível a coordenação dos horários em questão, no sentido de proporcionarem situações complementares, sendo expectável que daí decorresse não somente um aumento dos benefícios dos utentes abrangidos pela área de influência dos Hospitais mencionados, como uma economia de meios por parte dos mesmos. Assim, o Conselho Directivo da ERS emitiu uma recomendação dirigida à ARS Centro, no sentido de uma melhor coordenação dos horários em questão.

Finalmente, no âmbito do processo de inquérito aberto na sequência de exposição remetida pelo Centro Hospitalar do Porto, E.P.E., relativa a situações de transferência para hospitais do SNS de utentes que foram objecto de intervenções cirúrgicas

realizadas por prestadores privados de saúde, a ERS analisou a responsabilidade civil das unidades de saúde. Concluiu-se que os prestadores de saúde que hajam realizado intervenções cirúrgicas com violação do direito à vida, à saúde ou à integridade física dos utentes, podem ser responsáveis pelos encargos inerentes às complicações pós-operatórias subsequentes a essas intervenções – designadamente, aqueles resultantes do recurso aos cuidados de saúde prestados nas instituições do SNS, enquanto efectivação do direito de acesso universal ao serviço público de saúde. O processo de inquérito em causa deu lugar à emissão de um Parecer.

Caracterização do Acesso dos utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação

A versão preliminar do relatório do estudo de “Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação (MFR)”, concluída em Dezembro de 2007, foi enviada a diversas entidades com interesse no sector da MFR, solicitando-se o comentário destas entidades sobre as análises efectuadas pela ERS, e respectivas conclusões. Após este processo de auscultação, a ERS organizou, no dia 18 de Março de 2008, um *workshop* sobre o sector da MFR, destinado à apresentação do referido estudo e também de um documento de análise das reclamações recebidas pela ERS envolvendo prestadores de cuidados da área da MFR.

Na versão final do relatório do estudo, conclui-se que, relativamente à população residente, a disponibilidade de serviços de MFR apresenta um grau de desigualdade regional superior ao da distribuição da generalidade dos cuidados de saúde, e que a distribuição da oferta de cuidados de MFR não está totalmente ajustada às necessidades da população, decorrentes da estrutura etária, da prevalência de doenças cerebrovasculares e da incidência de feridos graves resultantes de acidentes rodoviários. Concluiu-se também que é possível encontrar, nas zonas de menor disponibilidade, localidades onde, pela dimensão da procura potencial, seria viável a abertura de pelo menos um novo serviço de MFR, sendo, porém, muito provável que o actual número de médicos fisiatras e o encerramento das convenções se revelem barreiras à expansão da rede de serviços de MFR nessas zonas.

Finalmente, apurou-se que o regime jurídico do licenciamento das unidades privadas de MFR, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de Novembro, prevê a instalação de unidades/departamentos funcionais, que permitiriam alargar o âmbito

geográfico de actuação dos estabelecimentos de MFR sem a necessidade de um aumento proporcional do número de médicos fisiatras, não tendo sido, no entanto, publicada regulamentação que possibilite o licenciamento e a entrada em funcionamento de forma generalizada destes departamentos funcionais.

Assim, o Conselho Directivo da ERS deliberou aprovar as seguintes recomendações, a remeter ao Governo, através de Sua Excelência a Ministra da Saúde:

- a) Deverão ser criadas todas as condições, em termos de enquadramento legal e procedimental, que permitam a instalação de unidades/departamentos funcionais nas entidades prestadoras de cuidados de MFR, enquanto unidades que podem funcionar em instalações separadas do estabelecimento central, mas sujeitas à mesma direcção clínica.
- b) Deverão ser criadas todas as condições, em termos de enquadramento legal e procedimental, que permitam ao Serviço Nacional de Saúde celebrar convenções na área da MFR em todo o território de Portugal continental.

Caracterização do Acesso dos Utentes a Cuidados de Otorrinolaringologia

A ERS tem vindo a caracterizar as discontinuidades na prestação e escassez de serviços, conducentes a iniquidades no acesso, através do desenvolvimento de mapas da oferta de serviços, para diversos tipos de cuidados de saúde prestados, com base nos elementos constantes do registo de estabelecimentos, e mediante comparação daquele mapa com as características da população de cada região. Uma das metodologias utilizadas para avaliar o acesso parte da definição de dois “estádios” na prestação de cuidados de saúde: a prestação de cuidados “potencial”, isto é, aquela que satisfaria todas as necessidades da população; e a prestação de cuidados “realizada”, isto é, aquela que efectivamente é fornecida aos utentes. A avaliação do acesso consistiria na avaliação das barreiras que impedem a transformação completa da prestação de cuidados “potencial” em prestação de cuidados “realizada”.

As barreiras ao acesso – que interferem na progressão do acesso potencial ao realizado – podem ser agrupadas em cinco dimensões: proximidade, capacidade, esforço financeiro, aceitabilidade e adequabilidade. As duas primeiras têm uma vertente espacial: a capacidade refere-se ao volume de serviços de entre os quais o

utente pode optar; a proximidade é caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos estabelecimentos e dos utentes, em termos de distância ou tempo entre o local onde se encontra o utente e os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Já as três últimas dimensões são essencialmente não-espaciais e reflectem os sistemas de financiamento e organização dos cuidados de saúde e factores culturais.

Um dos estudos de caracterização do acesso a cuidados de saúde, realizado com base na metodologia das cinco referidas dimensões do acesso, abordou a distribuição regional dos serviços de Otorrinolaringologia (ORL). O relatório preliminar do estudo de “Caracterização do Acesso dos Utesntes a Cuidados de Otorrinolaringologia” foi concluído em Dezembro de 2007, tendo sido já em 2008 enviado a entidades com interesse no sector, solicitando-se os comentários que entendessem pertinentes.

Na versão final do estudo, que levou em consideração todos os comentários recebidos, apontam-se como principais conclusões das análises efectuadas, as seguintes:

1. Considerando que o alcance dos estabelecimentos de ORL será de aproximadamente 30 minutos, a proximidade à rede global de ORL estima-se em 92%, uma vez que cerca de 8% da população de Portugal continental reside a mais de 30 minutos de um estabelecimento de ORL. De acordo com o mesmo critério, a proximidade à rede composta por estabelecimentos do SNS e convencionados com SNS é de 83%.
2. A capacidade dos estabelecimentos de ORL, relativamente à população residente, apresenta um grau de desigualdade regional ligeiramente superior ao da distribuição da totalidade dos cuidados de saúde.
3. As desigualdades no acesso a cuidados de ORL são ainda superiores ao que resulta da mera análise da capacidade dos estabelecimentos de ORL, relativamente à população residente, porque a distribuição da oferta não está ajustada às necessidades da população. Nas zonas onde a densidade populacional é menor, e as distâncias a percorrer são tendencialmente maiores, é que a diversidade de serviços é menor, agravando ainda mais a necessidade de percorrer grandes distâncias.

Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS

A ERS implementou um estudo com o propósito de elaborar um diagnóstico sobre o acesso aos cuidados de saúde primários prestados pelo SNS, que se baseou na realização de um inquérito de satisfação aos utentes sobre diversos aspectos relacionados com a organização e a qualidade do atendimento administrativo dos Centros de Saúde, no sentido de aferir se essas condições de funcionamento representam barreiras ao acesso pelos utentes aos cuidados de saúde primários do SNS.

Neste estudo, o acesso aos cuidados de saúde primários do SNS foi analisado segundo a metodologia das cinco dimensões do acesso: proximidade, capacidade, adequabilidade, aceitabilidade e esforço financeiro. Ao nível da dimensão proximidade, foi possível concluir que os cuidados de saúde primários se encontram próximos dos utentes, já que a população residente fora do alcance de um Centro de Saúde ou extensão (a mais de 30 minutos) não chega a representar 0,03% da população de Portugal continental. No que toca à dimensão capacidade, verificou-se um rácio de 6,39 médicos nos Centros de Saúde por 10.000 habitantes, dotação que está em linha com o verificado nos países desenvolvidos com padrões inferiores de capacidade. No que toca às dimensões da adequabilidade e da aceitabilidade, com base nas respostas dos 1.031 utentes inquiridos em 101 Centros de Saúde de todo o território continental, concluiu-se que a maioria dos utentes está globalmente satisfeita com o acesso aos Centros de Saúde do SNS, sem prejuízo de se terem detectado alguns aspectos menos positivos, como a baixa percentagem de utentes que marcou a sua consulta por telefone, e algum desconhecimento dos utentes relativamente ao funcionamento dos serviços dos Centros de Saúde.

Tomando em consideração todas as dimensões do acesso estudadas, conclui-se que os distritos onde haverá menor facilidade de acesso aos cuidados de saúde primários concentram-se sobretudo no Norte do território continental (Vila Real, Bragança e Viseu), sendo Faro, Coimbra e Castelo Branco os distritos onde haverá maior facilidade de acesso.

Uma versão preliminar do relatório do “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS” foi apresentada e discutida num seminário subordinado ao tema, organizado pela ERS já em Fevereiro de 2009, e reservado a entidades com interesse e responsabilidades no sector. O resultado da discussão durante o seminário foi

levado em conta na redacção da versão final do relatório, publicada, juntamente com o respectivo sumário executivo, no *website* da ERS.

Caracterização do Acesso dos Utentes a Consultas de Cardiologia

Um outro estudo de caracterização do acesso a cuidados de saúde, realizado com base na metodologia das cinco referidas dimensões do acesso, abordou a “Caracterização do Acesso dos Utentes a Consultas de Cardiologia”. O relatório preliminar do estudo foi aprovado e remetido a entidades com interesse no sector. Do trabalho técnico realizado, que se focou apenas na dimensão espacial do acesso (dimensões proximidade e capacidade), concluiu-se, preliminarmente, que cerca de 6% da população de Portugal continental reside a mais de 30 minutos de um estabelecimento de Cardiologia. De acordo com o mesmo critério, a proximidade à rede composta por estabelecimentos do SNS e convencionados com SNS é de 86%. Concluiu-se também que a capacidade dos estabelecimentos de Cardiologia, relativamente à população residente apresenta um grau de desigualdade regional semelhante ao da distribuição da totalidade dos cuidados de saúde. A versão final do estudo será publicada em 2009.

Outros estudos

Durante o ano de 2008, a ERS trabalhou no estudo sobre o acesso a serviços fora da rede do SNS, que se anunciam como “serviços de urgência” ou “serviços de atendimento permanente”, comparando o acesso real com o acesso anunciado. Visava-se, no essencial, analisar os concretos serviços e formas de provimento disponibilizados aos utentes.

Para o efeito de obtenção de elementos e informações necessárias à elaboração do estudo, a ERS solicitou formalmente a prestação de informações a 74 prestadores privados, com ou sem fins lucrativos, que directa ou indirectamente informam o público em geral da disponibilização de “serviços de urgência” ou de “serviços de atendimento permanente”. Foi solicitada, designadamente, informação relativa às valências abrangidas, aos respectivos horários de atendimento, com especificação das suas

aplicações e todas e/ou cada uma das valências que viessem a ser identificadas e às condições de acesso a tais serviços.

Com base em tal acervo informativo, a ERS procedeu a 30 fiscalizações *in loco* das realidades efectivas dos “serviços de urgência” ou “serviços de atendimento permanente” privados. Considerando que a disparidade das realidades verificadas, bem como a disparidade de utilização e de entendimento dos conceitos de “serviços de urgência” ou “serviços de atendimento permanente” privados constituiu, desde logo, uma evidência central da análise encetada, a ERS encontra-se, agora, em fase de conclusão do estudo, visando harmonizar o conteúdo mínimo daqueles conceitos e difundir o seu conhecimento quer pelos utentes, quer pelos prestadores de cuidados de saúde.

O Plano de Actividades da ERS para 2008 previa também a realização de uma análise das “desigualdades existentes no acesso a consultas de especialidade, comparando a oferta de médicos das diversas especialidades com as necessidades, bem como os tempos de espera para acesso a essas consultas, e procurando detectar assimetrias regionais e ineficiências”, assente sobretudo na realização de um levantamento exaustivo de informação relativa aos tempos de espera verificados para o acesso a consultas de especialidade nos hospitais do SNS. Dado que a Portaria n.º 615/2008, de 11 de Junho, aprovou o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH), que previa a criação de uma base de dados única, integrada e actualizada, sobre os tempos de espera para acesso a primeiras consultas de todas as especialidades em todos os hospitais do SNS, o Conselho Directivo da ERS decidiu agendar a análise das desigualdades no acesso a consultas de especialidade para momento imediatamente posterior à conclusão da implementação do sistema CTH.

2.2.3. Indução artificial da procura

Num contexto de organização da prestação de cuidados com financiamento por terceiros, levantam-se problemas de assimetria de informação que podem implicar um consumo excessivo de cuidados de saúde. O consumo excessivo pode resultar dos próprios utentes (risco moral), ou pode ser induzido pelos prestadores de cuidados de

saúde, sendo fundamental garantir o equilíbrio entre os mecanismos de moderação da procura e o direito ao acesso.

Competia à ERS, conforme o disposto no art. 25.º n.º 2 alínea c) do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, “prevenir e combater as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde”, bem como “zelar pelo respeito dos preços administrativamente fixados ou convencionados no SNS” (cf. art. 25.º n.º 4 alínea b) do mesmo diploma).

Processos de inquérito relativos a questões de indução de procura

Durante o ano de 2008, das exposições e reclamações de utentes ou profissionais recebidas, apenas em dois casos se investigaram eventuais situações que poderiam revelar indícios de indução artificial da procura. Estes dois processos correm ainda termos na ERS.

Modelo de monitorização e detecção de práticas sistemáticas de indução artificial da procura

No âmbito das suas atribuições, a ERS vem desenvolvendo um modelo de monitorização e detecção de práticas sistemáticas de indução artificial da procura.

De modo semelhante ao modelo de monitorização de práticas de discriminação ou rejeição infundada de utentes, a colocação em prática do modelo de monitorização e detecção de práticas sistemáticas de indução artificial da procura, definido em 2007, compreende três fases:

- 1.ª fase: recolha de informação sobre a actividade dos prestadores, particularmente ao nível da componente específica a monitorizar;
- 2.ª fase: análise da informação de acordo com a metodologia definida no modelo;
- 3.ª fase: diligência junto dos prestadores que se detectou apresentarem um comportamento sistematicamente desviante da média, ao nível do(s) indicador(es) definido(s) como indicadores de indução de procura ou selecção de doentes, no

sentido de estes se pronunciarem sobre eventuais explicações para a evidência estatística encontrada.

Após a implementação da 1ª fase, a informação recebida da ACSS, sobre os episódios de internamento e cirurgias de ambulatório realizados nos hospitais do SNS classificados por GDH, foi explorada com o objectivo de analisar a sua relevância enquanto *input* para o modelo de monitorização, tendo-se realizado um estudo-piloto de aplicação do modelo de monitorização de práticas de indução de procura. Este estudo corresponde à concretização da 2.ª fase da aplicação do modelo de monitorização.

No âmbito da monitorização e detecção de práticas de indução artificial da procura, foi realizado um estudo sobre a realização de partos normais ou por cesariana. Através de um conjunto de análises estatísticas baseadas na caracterização da distribuição do indicador número de partos por cesariana no total de partos (utilizando-se medidas de localização central e de dispersão), e também com recurso a técnicas de *clustering*, pôde identificar-se um conjunto de hospitais que vêm revelando um perfil de escolha de partos por cesariana sistematicamente elevado relativamente aos demais hospitais, e em sentido oposto, outro conjunto de hospitais que sistematicamente vêm apresentando as mais baixas proporções de partos por cesariana.

2.3. Regulação das relações económicas com operadores

2.3.1. Promoção da concorrência

Em matéria de concorrência entre operadores, incumbia designadamente à ERS, nos termos do art. 6.º n.º 2 als. b) e c) do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, “*garantir a concorrência entre operadores, no quadro da prossecução dos direitos dos utentes*”, bem como “*colaborar com a a Autoridade da Concorrência na prossecução de atribuições relativas a este sector*”, nos termos previstos na Lei da Concorrência para as autoridades reguladoras sectoriais. Os conhecimentos sectoriais específicos de que dispõe, e o acesso à base de dados de prestadores criada pelo processo de registo, posicionam a ERS como a entidade mais bem preparada para definir o

mercado relevante, bem como para avaliar o grau de concorrência possível naquele mercado.

Colaboração com a Autoridade da Concorrência

Efectivamente, as regras de concorrência dirigem-se tipicamente à sua salvaguarda, competindo então às autoridades encarregues de aplicar estas normas procurar corrigir distorções que entrem a concorrência e não substituir-se ao próprio mecanismo de mercado. As autoridades de concorrência em geral, e a Autoridade da Concorrência (AdC) em particular, dispõem de dois instrumentos principais para prosseguir as suas atribuições:

- (i) Em primeiro lugar, o controlo comportamental das empresas através da aplicação de normas proibitivas de certas condutas lesivas da concorrência: os acordos, práticas concertadas entre empresas e as decisões de associações de empresas, por um lado, e as práticas unilaterais de empresas que disponham de um poder de mercado significativo (abuso de posição dominante). Este controlo, de índole estritamente sancionatória, é assegurado ex post e visa punir os comportamentos ilícitos, isto é, violadores dos artigos 4.º e 6.º da Lei n.º 18/2003, de 11 de Junho (Lei da Concorrência);
- (ii) Em segundo lugar, um mecanismo de natureza preventiva e relativo à estrutura dos mercados, através do controlo das concentrações de empresas. Esta é a única situação em que está prevista uma actuação da AdC *ex ante*, e que visa prevenir situações de criações de poder de mercado significativos que venham a criar distorções que entrem a concorrência (daí deverem ser proibidas as operações de concentração que criem ou reforcem uma posição dominante da qual possam resultar entraves significativos à concorrência – n.º 4 do artigo 12.º da Lei da Concorrência).

Já às entidades reguladoras sectoriais, como a ERS, cumpre acautelar e promover, numa perspectiva *ex ante*, o melhor funcionamento dos mercados sob sua regulação. E a regulação surge tipicamente em mercados onde a concorrência não produz os efeitos benéficos desejados, normalmente devido a falhas de mercado.

Concretamente sobre a situação portuguesa, AdC e Reguladores Sectoriais divergem no sentido da respectiva intervenção no mercado: “as autoridades da concorrência procuram assegurar a manutenção da concorrência como um processo. Ao invés, as autoridades reguladoras sectoriais estão orientadas para a substituição das forças de mercado”³.

Disto tem resultado, já enquanto análise do concreto funcionamento das duas entidades, uma correcta cooperação entre a ERS e a AdC, aliás em cumprimento dos deveres legais de colaboração existentes.

Com efeito, a AdC tem solicitado, sempre que necessário, a intervenção ou pronúncia da ERS relativamente a diferentes questões. Refira-se que a AdC deve proceder ao reenvio para a ERS de denúncias por si recebidas e que considere como sendo da competência desta Entidade, bem como deve obrigatoriamente solicitar parecer à ERS em processos por práticas restritivas da concorrência ou de concentrações de empresas que sejam relativos a *operadores*, tal como se definia no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.

Neste contexto, em Outubro de 2008 a AdC solicitou a colaboração da ERS na sequência de um questionário dirigido pela *Irish Competition Authority* a todas as suas congéneres no âmbito da *European Competition Network* e relativo a mercados de profissionais de saúde.

Outras actividades na área da concorrência

A ERS recebeu um pedido de parecer de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde relativo ao requerimento apresentado por um conjunto de prestadores respeitante a uma operação de reorganização empresarial, que lhe havia sido submetido nos termos e para os efeitos previstos na alínea a) do n.º 5 e do n.º 8 do artigo 56.º-B do Estatuto dos Benefícios Fiscais, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 215/89, de 1 de Julho, na redacção resultante do Decreto-Lei n.º 13/2008, de 18 de Janeiro.

³ Maria Manuel Leitão MARQUES et. al, *Concorrência e Regulação - A Relação entre a Autoridade da Concorrência e as Autoridades de Regulação Sectorial*, Vol. 6, *Direito Público e Regulação*, Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

Procedeu-se à identificação das estruturas concorrenciais potencialmente afectadas pela operação de concentração em questão, e na medida e no pressuposto de que a operação não impactaria com a prestação de cuidados de saúde a cargo dos prestadores envolvidos, nem conduziria a uma redução da capacidade, disponibilidade ou qualidade dos serviços de saúde que vinham sendo prestados, não se revelou necessário aprofundar a análise do eventual impacto da operação no âmbito da promoção da sã concorrência entre os prestadores envolvidos na operação projectada por a mesma visar apenas a “(...) *centralização de um conjunto de funções de suporte (não core)*”, e não implicar “(...) *nenhum movimento de concentração empresarial susceptível de modificar a lógica de concorrência do mercado onde as empresas cindidas operam*”. Não se revelou, igualmente, necessário aprofundar o eventual impacto da operação no âmbito da liberdade de escolha dos utentes, enquanto assente num conjunto, tão amplo quanto possível, de prestadores com capacidade de satisfação de necessidades de cuidados de saúde dos utentes.

Processos de inquérito relativos a questões de concorrência

Em matéria de garantia e promoção da concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde, foram abertos, durante o ano de 2008, 5 processos de inquérito, dos quais dois correm ainda termos na ERS.

Num dos processos, foi elaborado um parecer solicitado por um prestador de cuidados de saúde, relativo às relações que se podem estabelecer entre prestadores, designadamente, as decorrentes do encaminhamento dos utentes, mediante a publicitação dos serviços e da marcação directa de tais cuidados por um prestador junto de outro, susceptível de afectar a concorrência entre prestadores de cuidados de saúde, no quadro da prossecução dos direitos dos utentes.

A ERS procedeu ao arquivamento de dois dos outros processos de inquérito: um, sob condição de o prestador de cuidados de saúde em causa adoptar os comportamentos necessários para que não se voltasse a verificar uma violação das regras e princípios que à ERS incumbe assegurar, continuando a ERS a acompanhar a situação, no âmbito de um processo de monitorização; e outro, por a situação já se encontrar resolvida ou em vias de resolução.

Estudo sobre a Concorrência no Sector das Análises Clínicas

No âmbito das suas competências ao nível da promoção da concorrência nos mercados da saúde, a ERS realizou um estudo aprofundado sobre a concorrência no sector da prestação de serviços de Análises Clínicas, focando essencialmente a estrutura de cada um dos mercados regionais do sector e o respectivo grau de concorrência, e analisando as mais relevantes condicionantes do ambiente concorrencial. Uma versão preliminar do estudo foi enviada a entidades com interesse no sector, solicitando-se os comentários que entendessem pertinentes. Após este processo de audição, foi redigida a versão final do estudo, que se encontra disponível para consulta no *website* da ERS, juntamente com o respectivo sumário executivo.

Definidos os mercados objecto de estudo, ao nível da dimensão do produto, pela inclusão de toda a valência de Análises Clínicas (que inclui a patologia clínica e as análises clínicas realizadas por farmacêuticos) e considerados 37 mercados geográficos distintos, concluiu-se que o grau de concorrência era reduzido em 19 daqueles mercados, e elevado em 9 deles. No entanto, cerca de metade dos prestadores estão inseridos em grupos empresariais, definidos como conjuntos de entidades prestadoras de serviços de Análises Clínicas, que estão ligadas entre si por relações de gestão ou de capital. A consideração destas relações de grupo altera o nível de concorrência em cada mercado, na medida em que as estratégias das várias entidades do grupo possam ser concertadas, e não concorrentes. Quando as relações de grupo foram devidamente consideradas, concluiu-se que o grau de concorrência era reduzido em 22 dos 37 mercados relevantes, e que em apenas 4 (Porto, Felgueiras, Santarém e Lisboa) o nível de concentração era suficientemente baixo de modo a não causar preocupação.

Constatou-se que o licenciamento dos estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde apresenta problemas graves, dado que apenas um terço dos estabelecimentos tinha licença atribuída. A ausência de licenciamento poderá ter reflexos negativos no nível médio de segurança e qualidade dos serviços prestados pelos laboratórios de Análises Clínicas, uma vez que existe o risco de os prestadores não sentirem pressão para cumprir os requisitos mínimos de qualidade.

Por outro lado, a viabilidade económica de muitos prestadores de Análises Clínicas depende decisivamente da procura de utentes do SNS, pelo que a detenção de uma convenção com o SNS é uma importante barreira no acesso ao mercado. Assim, a

não celebração de novas convenções reduz a pressão concorrencial nos mercados deste sector, limitando o acesso dos utentes e reduzindo a eficiência do sector convencionado.

Abordou-se, ainda, a questão da celebração de Protocolos entre os hospitais E.P.E. e as respectivas ARS, os quais têm por objecto a instalação de postos de colheita nos Centros de Saúde da área de influência desses Hospitais, onde serão efectuadas as colheitas para posterior transporte para a unidade de saúde respectiva, a fim de ser efectuada a análise. Efectuada a análise de concorrência considerando que qualquer hospital público da região é um potencial concorrente directo dos laboratórios privados que possuem convenção com SNS, concluiu-se que aumentaria a concorrência nas regiões onde o grau de concorrência era reduzido, e diminuiria a concorrência nas regiões onde o grau de concorrência era elevado. Não obstante, sempre será necessário acautelar que os Protocolos não contendam com os direitos dos utentes e dos operadores.

Já a internalização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica por uma Unidade Local de Saúde (ULS), apesar de decorrer do modelo de organização de serviços subjacente às ULS, que se caracteriza pelo carácter integrador dos serviços prestados aos cidadãos, poderá conduzir, dependendo dos procedimentos que forem concretamente adoptados, a uma redução dos recursos disponíveis (já existentes), e conseqüentemente à restrição de direitos dos utentes no acesso à prestação de cuidados de saúde e na sua liberdade de escolha.

Estudo sobre a Concorrência no Sector da Imagiologia

A ERS elaborou um estudo de avaliação das condições actuais e desejáveis de concorrência no sector da imagiologia, no qual se analisam os diversos mercados regionais de exames de imagiologia, e se avalia o nível de concorrência em cada mercado. Os mercados relevantes resultaram da conjugação da definição do mercado relevante do produto como o mercado dos serviços de exames complementares de diagnóstico médico por imagem, abrangendo as valências de radiologia convencional, ecografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética e da definição dos mercados geográficos relevantes com base nas denominadas RRAS – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde, definidas pela ERS.

O estudo permitiu concluir, tanto na análise efectuada ao nível das entidades como na análise que considera os grupos empresariais, que os mercados de imagiologia são geralmente muito concentrados, e apenas nas regiões de Porto, Setúbal, Felgueiras, Guimarães e Lisboa, o nível de concentração é suficientemente baixo, de modo a não causar preocupações concorrenciais. A possibilidade de concorrência, no âmbito da prestação de serviços em ambulatório, entre entidades públicas e entidades privadas, altera a concorrência em alguns mercados, sendo a concentração dos mercados maior em 13 mercados, igual em 10 mercados, e menor em 13 mercados.

O licenciamento dos estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde apresenta problemas graves, dado que apenas um terço dos estabelecimentos tem licença atribuída. A ausência de licenciamento poderá ter reflexos negativos no nível médio de segurança e qualidade dos serviços prestados pelas unidades de imagiologia, uma vez que sem licenciamento, se corre o risco de os prestadores não sentirem pressão para cumprir os requisitos mínimos de qualidade. Por outro lado, concluiu-se que as convenções podem representar barreiras à entrada, tanto nos segmentos de mercado dos utentes do SNS como nos mercados de imagiologia, o que explicará pelo menos em parte a concentração verificada.

Estudo sobre a Concorrência no Sector dos Meios Complementares de Diagnóstico de Cardiologia

Em 2008 foi concluído o estudo de avaliação das condições actuais e desejáveis de concorrência no sector dos meios complementares de diagnóstico (MCD) de cardiologia, tendo sido definidos os mercados relevantes de MCD de cardiologia, na sua vertente de produto e de dimensão geográfica, avaliado o nível de concorrência potencial entre prestadores privados nos mercados definidos, e entre prestadores privados e prestadores públicos, e analisada a situação das convenções com o SNS enquanto principal barreira à entrada nos mercados.

Os mercados objecto de estudo definiram-se, ao nível da dimensão do produto, pela inclusão das provas cardiovasculares que são comumente realizadas pelos estabelecimentos que actuam no subsector da cardiologia diagnóstica não invasiva: electrocardiograma, prova de esforço com tapete rolante ou bicicleta, holter, ecocardiograma e ecodoppler. Como mercados geográficos relevantes, definiram-se as 37 regiões de Portugal continental que compõem as RRAS.

Com base no cálculo dos índices IHH – Índices Herfindahl-Hirschmann –, usados como indicadores do poder de mercado ou da concorrência entre os prestadores, concluiu-se que o grau de concorrência actual e potencial nos mercados do sector dos MCD de cardiologia é relativamente reduzido na maioria das regiões, particularmente se forem consideradas as relações de grupos empresariais. Apenas nas regiões de Lisboa, Setúbal e Porto o nível de concentração é suficientemente baixo para não causar preocupações em termos de concorrência. Por outro lado, a necessidade de obtenção de convenções com os principais financiadores representa uma barreira à entrada nos mercados de MCD de cardiologia, passível de reduzir a pressão concorrencial dos mercados deste sector.

Levantamento dos diversos mercados relevantes

Relativamente às questões da concorrência, uma tarefa para a qual a ERS é, por via dos conhecimentos sectoriais específicos de que dispõe, a entidade mais bem preparada, é a da definição dos mercados relevantes da Saúde. Neste sentido, a ERS vem desenvolvendo o levantamento exaustivo dos vários mercados relevantes existentes no sector de prestação de cuidados de saúde, com vista à análise da possibilidade de concorrência em cada mercado.

Este trabalho de definição de mercados relevantes constitui a fase primeira de todos os estudos da concorrência que a ERS vem concretizando, pelo que durante o ano de 2008 foram definidos os mercados relevantes dos sectores da medicina dentária, e da imagiologia. Noutro contexto, foram ainda definidos os mercados relevantes de cardiologia.

Outros estudos

Um outro estudo de avaliação das condições actuais e desejáveis de concorrência incidiu sobre o sector da prestação de serviços de saúde oral, que se definiu como o estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas. O estudo abordou de forma aprofundada uma série de questões relativas à estrutura e grau de concorrência dos mercados regionais de serviços de saúde oral, incluindo o comportamento dos preços nesses

mercados. Tendo sido concluído, ainda em 2008, todo o trabalho analítico, as respectivas conclusões encontram-se agora em consideração pelo Conselho Directivo da ERS, com vista à formalização de uma posição da Entidade sobre a matéria em apreço.

2.3.2. Regulação de outras relações económicas

A crescente complexidade das relações económicas no sector da saúde aumenta a probabilidade de existência de conflitos, dado que neste contexto não é possível conceber contratos que prevejam todas as circunstâncias possíveis. A ERS, pelo seu estatuto e pelo seu conhecimento do sector, encontra-se numa posição privilegiada para contribuir com independência e credibilidade para a resolução de eventuais conflitos, quer no plano da informação aos sujeitos do mercado, quer no plano da resolução de conflitos propriamente dita.

Processos de inquérito relativos a questões de relações económicas

A ERS procedeu, no decurso do ano de 2008, à abertura de 29 processos de inquérito relativos à regulação das relações económicas, tendo igualmente tratado outros 13 processos que tinham sido abertos em 2007 e 3 abertos em 2006.

Os assuntos abrangidos por estes processos foram sobretudo resultantes da existência e celebração de acordos ou convenções pelos prestadores de cuidados de saúde com as diversas entidades financiadoras dos utentes (SNS, ADSE e outros subsistemas, e ainda seguros de saúde), contando-se 21 processos sobre esse tema, e irregularidades na facturação de serviços de saúde aos utentes (16 processos). Outros processos visaram questões relacionadas com cartões de saúde (3 processos) e ainda questões de transparência nas relações económicas entre prestadores e utentes (5 processos).

Dos processos de inquérito relacionados com acordos ou convenções, foram já terminados 11, dos quais três deram lugar à emissão de uma instrução, por se ter verificado um incumprimento pelos prestadores em causa das normas ou das convenções celebradas para a prestação de cuidados de saúde. Três outros

processos terminaram com a emissão de parecer: um por solicitação de uma associação representativa do sector privado de prestação de cuidados de saúde, relativamente a um concreto acordo de prestação de cuidados de saúde celebrado pelo Ministério da Saúde; outro por solicitação de um prestador privado de cuidados de saúde, sobre um assunto relativo à comparticipação de despesas com transporte de doentes; e um terceiro sobre a proposta para o novo regime das convenções do SNS. Quatro processos foram arquivados por ausência de prova dos factos e um processo foi arquivado sob a condição de o prestador de cuidados de saúde em causa adoptar os comportamentos necessários para que não se voltasse a verificar uma violação das regras e princípios que à ERS incumbia assegurar, tendo-se procedido à abertura de um processo de monitorização.

A primeira instrução emitida neste âmbito resultou da constatação que a Clínica de Ressonância Magnética do Algarve, Lda., a A. Barbosa Neves – Serviços Médicos, Lda., o Centro de Diagnóstico de S. Francisco, Lda. e o Centro de Diagnóstico Computorizado do Algarve, Lda. eram indicadas, nos Centros de Saúde do Algarve, como entidades às quais os utentes do SNS poderiam recorrer para a prestação de cuidados de saúde. No entanto, apenas a entidade A. Barbosa Neves – Serviços Médicos, Lda. era detentora de convenção com o SNS. Verificou-se, igualmente, que aquelas entidades partilhavam alguns espaços físicos e funcionavam em rede. Assim, o Conselho Directivo da ERS deliberou emitir uma instrução a tais entidades, impondo a adopção dos procedimentos necessários a garantirem a efectiva não utilização por qualquer entidade terceira da convenção detida com o SNS, bem como a prestação dos serviços aos utentes do SNS com integral respeito e cumprimento, prévio e permanente, dos quadros e requisitos legais aplicáveis às unidades de radiologia, designada mas não limitadamente quanto ao pessoal, instalações, equipamentos e organização e funcionamento.

Num outro processo de inquérito, aberto na sequência de uma exposição apresentada por um prestador de cuidados de saúde, relativa ao direccionamento explícito de utentes, por parte dos Serviços Administrativos de alguns Centros de Saúde, para determinados prestadores convencionados, constatou-se que nem sempre estaria a ser cumprido o disposto no n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, nos termos do qual incumbe às ARS a obrigação de *“proceder à afixação, de modo visível ao público, das listas das entidades convencionadas nos centros de saúde e respectivas extensões e nas áreas de atendimento de doentes dentro dos hospitais*

(...)”. A ERS realizou visitas a vários centros de saúde, bem como outras diligências destinadas a conhecer a forma como estaria a ser prestada aos utentes a informação relativa a entidades convencionadas, constatando-se diferentes níveis de cumprimento da referida obrigação imposta às ARS. Assim, considerando o impacto dos comportamentos detectados, quer na liberdade de escolha dos utentes, quer na própria sã concorrência entre os prestadores convencionados do SNS, o Conselho Directivo da ERS deliberou emitir uma instrução dirigida às cinco ARS no sentido de enviarem a todos os Centros de Saúde sob sua coordenação e orientação as listas de convencionados devidamente actualizadas e ordenar a sua afixação imediata, em local visível ao público, nos referidos Centros de Saúde e, simultaneamente, a abstenção, imediata e permanentemente, da prática de quaisquer actos, designadamente quanto à afixação de elementos publicitários juntamente com as listas de convencionados e igualmente da prática de quaisquer actos de direccionamento de utentes para prestadores.

Por último, num processo de inquérito relativo ao reembolso, pela Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde (PT-ACS), de despesas com tratamentos realizados na CCR – Consultório e Clínica de Reabilitação, Lda., estava em causa o interesse fundamental da transparência nas relações dos prestadores de cuidados de saúde com os utentes, essencial à garantia do direito à informação e à liberdade de escolha. Isto porque, sempre que um prestador de cuidados de saúde anuncia uma convenção que não celebrou – ou que não celebrou com a extensão ou capacidade que publicita – estabelece, desde logo, com o utente uma relação que antecede a prestação de cuidados de saúde e que se acha pautada pela ausência de verdade e de transparência. Assim, o fornecimento ao utente de informação verídica, completa e atempada quanto à existência de convenções e ao seu conteúdo, tanto pelos subsistemas como pelos prestadores convencionados, deve ser suficiente para uma tomada de consciência do conteúdo da convenção, no que respeita às repercussões para o utente da relação contratual estabelecida entre o subsistema e o prestador. Nesse sentido, o Conselho Directivo da ERS deliberou emitir uma instrução dirigida à CCR – Consultório e Clínica de Reabilitação, Lda., no sentido de proceder à correcta divulgação da delimitação constante da convenção detida com a PT-ACS, segundo a qual a mesma é apenas aplicável a actos prestados por clínicos efectivamente abrangidos pela convenção, e simultaneamente de informar os seus utentes de forma atempada, completa, verdadeira e inteligível todas e quaisquer limitações ou particularidades de âmbito, cobertura ou co-pagamento.

Dos 16 processos relacionados com questões de facturação dos serviços de saúde, só um não foi já terminado: três determinaram a emissão de uma instrução; um terminou com a elaboração de um parecer por solicitação de diversos prestadores privados convencionados, relativo às tabelas de preços dos actos convencionados do SNS; um outro processo culminou na elaboração de um estudo relativo à emissão de recibos e respectivo conteúdo no âmbito da prestação de cuidados de saúde; seis foram arquivados por ausência de prova dos factos, um outro processo foi arquivado por falta de colaboração do exponente, dois processos terminaram por se achar resolvida a situação em causa e um último processo foi arquivado sob a condição de o prestador de cuidados de saúde em causa alterar a sua conduta.

Refira-se a respeito das questões de facturação dos serviços de saúde que quando um prestador de cuidados de saúde privado celebra uma convenção com um qualquer subsistema de saúde assume a obrigação de respeito pelo preço convencionado, o qual se apresenta como limite ao valor a cobrar aos utentes beneficiários de um tal subsistema de saúde pela prestação de cuidados de saúde. Assim, de um não cumprimento do preço convencionado resultará, necessariamente, uma lesão dos direitos dos utentes beneficiários do concreto subsistema de saúde, desde logo, de carácter financeiro.

Ora, no âmbito de um dos referidos processos de inquérito, resultou provado que os montantes cobrados a uma utente não correspondiam aos estabelecidos pela ADSE. Assim, o Conselho Directivo da ERS deliberou emitir uma instrução dirigida à Clínica Médica Arrifana de Sousa, S.A., no sentido de respeitar os preços convencionados na prestação de cuidados de saúde a utentes beneficiários de subsistemas de saúde com os quais celebrou uma convenção, e simultaneamente reembolsar a utente em causa pelo valor correspondente à diferença entre o valor efectivamente cobrado e aquele que consta da Tabela do Regime Convencionado da ADSE.

O Conselho Directivo da ERS deliberou emitir uma instrução dirigida à Clínica de Medicina Dentária de Santo Tirso, Lda., por ter sido provada a lesão dos interesses financeiros dos utentes, por desrespeito dos preços convencionados com os subsistemas de saúde. Concretamente, verificou-se a cobrança, por tal prestador, a título de encargo de beneficiário, de valores superiores aos previstos na convenção com a ADSE. A instrução dirigida à Clínica de Medicina Dentária de Santo Tirso, Lda. referia que apenas deverão ser cobrados aos utentes beneficiários de acordos ou convenções os valores estabelecidos no âmbito dos mesmos, e simultaneamente os

utentes deverão ser reembolsados no valor correspondente à diferença entre o montante pago e o valor efectivamente devido, calculados de acordo com a Tabela do Regime Convencionado da ADSE e tendo por base os actos efectivamente prestados.

Considerando o objectivo regulatório previsto na alínea b) do n.º 4 do artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, de “*zelar pelo respeito dos preços administrativamente fixados ou convencionados no SNS*”, o Conselho Directivo da ERS deliberou emitir uma instrução dirigida à OPTDO – Organização Permanente de Transporte de Doentes, Lda., e destinada a impor a devolução de todos e quaisquer valores indevidamente cobrados aos utentes do SNS, assim como a impor uma proibição de cobrança futura de qualquer valor, aos utentes do SNS, que não os preços administrativamente fixados ou convencionados. A instrução resultou de uma exposição relativa a uma sequência de situações em que à utente foi cobrado, indevidamente, o serviço de transporte efectuado, apesar de a utente se encontrar munida da respectiva Credencial de Transporte. Refira-se a este respeito que, nos termos do art. 25.º n.º 2 do Estatuto do SNS, “*Os limites mínimos e máximos dos preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do SNS são estabelecidos por portaria do Ministro da Saúde*”, de onde decorre a impossibilidade de virem os próprios prestadores cobrar aos utentes quaisquer valores para além daqueles preços.

Os três processos relativos a questões relacionadas com cartões de saúde foram já terminados: um deu origem à emissão de uma instrução; um outro foi reencaminhado como participação para a Procuradoria-Geral da República; e o terceiro foi arquivado por ausência de prova dos factos.

Os contratos de adesão cujo objecto é a prestação de cuidados de saúde são analisados pela ERS na perspectiva de uma eventual violação dos direitos e interesses legítimos dos utentes de cuidados de saúde, bem como à luz do Regime Jurídico das Cláusulas Contratuais Gerais, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 446/85, de 25 de Outubro, e da Lei de Defesa dos Consumidores, aprovada pela Lei n.º 24/96, de 31 de Julho, na medida em que o utente é considerado na qualidade de consumidor final de um determinado bem ou serviço, isto é, na qualidade daquele com quem é contratualizada antecipadamente a prestação de cuidados de saúde.

Por um lado, suscitam-se, entre outros, em sede de celebração deste tipo de contratos, o problema da informação quanto ao respectivo conteúdo e do fornecimento ao utente de cópia do mesmo contrato, inerente ao princípio da transparência, que constitui um pilar da relação prestador-utente. Por outro lado, são proibidas,

designadamente, as cláusulas que impliquem um desequilíbrio contratual em detrimento do utente, manifesto tanto ao nível da ausência de elementos fundamentais do contrato (assim, por exemplo, quanto às condições de pagamento e datas do respectivo vencimento), como da possibilidade de desvinculação (quando não se encontre previsto o exercício do direito de retractação ou sempre que a denúncia do contrato vier prevista apenas em condições restritas e na dependência quase exclusiva do prestador de cuidados de saúde). Nestes casos, o utente não só verá limitada a sua liberdade de escolha nas unidades de saúde privadas, como terá também, no recurso a outro prestador, uma duplicação de despesas com cuidados de saúde, acarretando uma situação de prejuízo económico injustificado, que importa acautelar.

No âmbito de um processo de inquérito que correu termos na ERS, foi emitida uma instrução ao Instituto Médico Scalabitano, Lda., no sentido de dever cumprir, nos contratos que proponha ao público para subscrição ou aceitação dos serviços associados às diferentes modalidades do cartão IMS – “Saúde Prestige”, “Saúde Plus” e “Saúde” o quadro legal aplicável aos contratos de adesão, e de extrair as legais consequências de tal quadro legal ao clausulado do Contrato de Adesão, quer relativamente aos utentes com quem já haja celebrado tais contratos, quer com eventuais utentes que venha futuramente a pretender celebrar contratos de conteúdo idêntico ou semelhante.

Finalmente, todos os cinco processos relacionados com questões de transparência nas relações económicas entre prestadores e utentes foram já terminados: num processo, a ERS emitiu uma instrução e num outro, uma recomendação a todos os prestadores de cuidados de saúde; dois processos terminaram por se encontrar resolvida a situação em causa e um outro processo deu origem à abertura de um Processo de Contra-Ordenação, actualmente em curso.

A instrução referida foi emitida no âmbito de um processo de inquérito, relativo aos cuidados de saúde prestados pela Fisihora – Clínica de Medicina Física e Reabilitação e Serviços Médicos Senhora da Hora, Lda.. Tendo-se concluído pela não coincidência entre a entidade que efectivamente havia prestado os cuidados de saúde e os prestadores de cuidados de saúde detentores das convenções com a ADSE (Clínica de Recuperação Funcional da Trindade, Lda.), bem como constatado que tais entidades ocupavam as mesmas instalações, o Conselho Directivo da ERS deliberou emitir uma instrução dirigida à Fisihora – Clínica de Medicina Física e Reabilitação e

Serviços Médicos Senhora da Hora, Lda. e à Clínica de Recuperação Funcional da Trindade, Lda., a título cautelar, no sentido de a primeira não divulgar, por qualquer meio, possuir acordos com quaisquer subsistemas públicos ou privados com os quais não possuía efectivamente acordo ou convenção. Mais determinou a uma tal entidade não fazer recurso, em qualquer situação, a acordos ou convenções de que não fosse parte, nem tampouco de profissionais de saúde que não constem da sua informação do SRER da ERS. Por último, determinou ainda que se procedesse ao encerramento de uma das entidades nas instalações em causa.

Emissão de recomendações a todos os prestadores de cuidados de saúde

Em 2008 a ERS emitiu a Recomendação n.º 1/2008, dirigida a todos os prestadores de cuidados de saúde, sobre os elementos que devem constar dos recibos emitidos pela prestação de cuidados de saúde, de forma a garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes. Esta recomendação resultou do estudo “Emissão de Recibos e Respectivo Conteúdo no Âmbito da Prestação de Cuidados de Saúde – A Perspectiva dos Direitos dos Utentes”, realizado ainda em 2007, que havia sido motivado pela constatação de existência de algumas questões suscitadas pelos utentes, designadamente em face da não discriminação (ou não discriminação correcta e integral) dos serviços prestados, de onde decorre uma diminuição da transparência, bem como a inviabilização do reembolso do valor pago pelos respectivos subsistemas ou seguros de saúde.

A ERS preparou em 2008 uma outra recomendação, emitida já no início de 2009, que versou sobre uma eventual situação de dúvida ou incerteza dos utentes sobre a concreta entidade que, a final, surge como responsável pela prestação dos cuidados de saúde, em especial, quando se verifica pluralidade de entidades envolvidas naquela prestação. Assim, na sequência de uma reclamação de uma utente, onde se constatou que poderá não ser sempre facilmente identificável, na perspectiva do utente, qual a contraparte do vínculo contratual com ele estabelecido e que poderá vir a ser responsabilizada por actos (ou omissões) cometidos na prestação do concreto cuidado de saúde, foram analisadas as questões atinentes a eventuais dificuldades de imputação subjectiva da prática de factos ilícitos.

Por um lado, a assimetria de informação existente e a eventual ausência de transparência na relação entre o utente e os prestadores de cuidados de saúde não

devem resultar em prejuízo, directo ou indirecto, dos direitos dos utentes ou da satisfação das necessidades de cuidados de saúde que os mesmos buscam; e, por outro lado, a eventual responsabilização do prestador por danos causados no âmbito da prestação de cuidados de saúde poderá estar dependente da prévia qualificação do contrato de prestação de cuidados de saúde celebrado com o utente como um *contrato total* – em que a integralidade da relação é estabelecida com uma clínica ou estabelecimento hospitalar, quer seja para um acto isolado e sem necessidade de internamento, quer abranja tanto a prestação de serviços como o internamento – ou como um *contrato dividido* – em que, perante o utente, se apresentam duas relações contratuais distintas, uma com a clínica ou estabelecimento hospitalar para o internamento e uma com o prestador que presta os concretos cuidados de saúde.

Na verdade, em todos os casos deverá ser possível ao utente determinar quem é a entidade prestadora do concreto cuidado de saúde, o que se coloca com especial acuidade nas situações de *contrato dividido*, em que não existirá coincidência entre o profissional de saúde individual (ou qualquer entidade que preste serviços em espaço cedido por outrem) e a entidade colectiva que celebrou com o utente um contrato de internamento. Considerou-se, igualmente, que as garantias de informação e transparência que devem pautar as relações entre o utente e os prestadores de cuidados de saúde determinam o estabelecimento de uma presunção em benefício dos utentes no sentido de, na ausência de esclarecimento quanto ao âmbito do contrato, o mesmo se dever considerar um *contrato total*.

Em resultado da análise empreendida, a ERS recomendou a todos os prestadores de cuidados de saúde que, *“que nos casos em que existam responsáveis distintos pelo internamento e pela prestação dos cuidados de saúde, todos os prestadores de cuidados de saúde envolvidos deverão, para afastar a assunção de existência de um contrato total com a entidade responsável pelo internamento, esclarecer clara e atempadamente os utentes quanto à dualidade de contratos celebrados, seus âmbitos, objectivos e entidades subjectivamente responsáveis pelo cumprimento dos mesmos, de forma a que os utentes conheçam inequivocamente qual a entidade responsável, em cada momento, por cada acto ou diligência (praticada ou omitida)”*.

Novo Estudo sobre o regime das convenções

A ERS havia demonstrado, no seu estudo *“Avaliação do Modelo de Celebração de*

Convenções pelo SNS”, de Novembro de 2006, que o actual modelo de celebração de convenções enfermava de problemas sérios, lesivos dos interesses dos utentes (em termos de acesso, liberdade de escolha e qualidade dos serviços de saúde), do Estado (de forma directa, no que respeita à aplicação de recursos no sector da Saúde e, indirectamente, por força da incumbência de protecção do direito à saúde dos cidadãos), e dos prestadores (ao criar uma decisiva barreira à entrada no acesso ao subsector das convenções com o SNS, em prejuízo da promoção e defesa da concorrência).

Desde então, a experiência acumulada pela ERS na prossecução dos seus objectivos regulatórios, permitiu conhecer e analisar outros aspectos do funcionamento do regime das convenções, que se descrevem no relatório “*As convenções em 2008*”, publicado no *website* da ERS, e que permitiu concluir que as conclusões do estudo de 2006 se mantinham actuais. O referido estudo pretendeu actualizar o estudo de 2006, efectuando uma análise do sector convencionado no início de 2008, e revendo aquele estudo tendo em conta a nova informação recolhida no âmbito de processos em curso na ERS. Não tendo ocorrido ainda qualquer alteração no enquadramento legal das convenções, nem tendo ocorrido qualquer alteração significativa na estrutura dos mercados relevantes, a actualização do estudo de 2006 apenas versou sobre aqueles aspectos que tivessem podido sofrer uma evolução independentemente do quadro legislativo aplicável.

Neste âmbito, foi possível identificar e analisar um vasto quadro factual que, no seu essencial, permitiu reforçar as conclusões do anterior estudo sobre as convenções, e consequentemente, reforçar a actualidade do conjunto de recomendações que haviam sido emitidas em 2006 pela ERS sobre o tema.

Por um lado, a ERS constatou que desde o estudo de 2006, a situação de encerramento das convenções na maioria das valências permaneceu genericamente inalterada. Além disso, foi identificado um conjunto de questões, apresentadas por prestadores de cuidados de saúde e utentes do SNS, sobre a matéria das convenções, que ilustram algumas das consequências do actual modelo de convenções, e que haviam sido identificadas no estudo de 2006, nomeadamente: efectiva ausência ou escassez de oferta “convencionada” de cuidados de saúde em determinadas valências e regiões; limitação geográfica do âmbito subjectivo das convenções e decorrente redução do acesso aos cuidados de saúde; discriminação no atendimento de utentes do SNS, incorrendo estes utentes num tempo de espera para obtenção de serviços superior aos demais utentes; estabelecimento e alocação de

“quotas” às diversas “entidades financiadoras” dos utentes, por parte dos prestadores convencionados, como resposta à fixação de limites à quantidade de cuidados a prestar por estes; cobrança de valores adicionais aos utentes do SNS (ou seja, para além das taxas moderadoras), impedindo os utentes, em alguns casos, de recorrer a esses serviços convencionados; possibilidade de entidades que não tenham celebrado convenção com Estado, poderem comportar-se, na prática, como convencionados, prestando todos os cuidados de saúde que os utentes necessitem e recebendo, a final e ainda que a título indirecto, o valor correspondente ao tratamento prestado pelo valor previsto na tabela do SNS.

As conclusões deste estudo serviram de base ao parecer emitido pela ERS, em 2008, solicitado por Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde no âmbito da audição do projecto de Decreto-Lei que visa regulamentar o Regime de Celebração de Convenções previstas na Lei de Bases da Saúde,

Da análise empreendida resultou que os princípios que enformaram a elaboração do projecto de Decreto-Lei são compatíveis com um modelo de celebração de convenções em linha com o que a ERS tem vindo a defender, nomeadamente nas recomendações que haviam sido emitidas sobre o tema no seguimento do estudo realizado em 2006.

Outros estudos

Em cumprimento do poder-dever da ERS que se encontrava previsto na alínea e) do n.º 3 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, e que surgia intrinsecamente ligado com o desiderato último da garantia de acesso a cuidados de saúde, foi realizado, durante o ano de 2008, um estudo aprofundado de análise sobre o regime contratual estabelecido entre os subsistemas, em especial a ADSE, e os prestadores de cuidados de saúde, com vista a identificar eventuais aspectos da relação contratual que afectem os interesses dos utentes e a concorrência entre prestadores, bem como sobre o regime contratual entre as seguradoras e os prestadores de cuidados de saúde, iniciado em 2007 com análise da legislação aplicável, nacional e comunitária, bem como com a identificação de todos os seguros de saúde existentes (e suas características), e de todas as redes de prestação de cuidados de saúde que lhe estão associadas. Tendo sido concluído, durante 2008, o relatório preliminar deste estudo, prevê-se a redacção e publicação da versão final durante 2009.

2.4. Outras actividades de regulação

2.4.1. Registo

Nos termos do art. 29.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, e da Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 639/2006, de 23 de Junho, incumbia à ERS proceder ao registo público das entidades que gerem ou detêm estabelecimentos onde são prestados cuidados de saúde.

Além de permitir o conhecimento do universo dos regulados por parte da ERS, como condição imprescindível para o cabal desempenho das suas funções de regulação, supervisão e acompanhamento, o registo dos prestadores de cuidados de saúde é efectuado no interesse público, constituindo uma forma de reconhecimento público do operador e um factor de segurança acrescida para os utentes dos serviços de saúde, mas também no interesse do próprio operador, uma vez que parte da informação prestada é divulgada *on-line*.

Durante 2008, a ERS procedeu ao registo de 799 novas entidades prestadoras de cuidados de saúde, tendo sido recebidos um total de 1.039 pedidos de senha de identificação⁴. Foram anulados 225 registos de entidades e recusados outros 22. Finalmente, 166 registos de entidades já registadas foram cancelados devido a cessação da sua actividade (*vide tabela infra*).

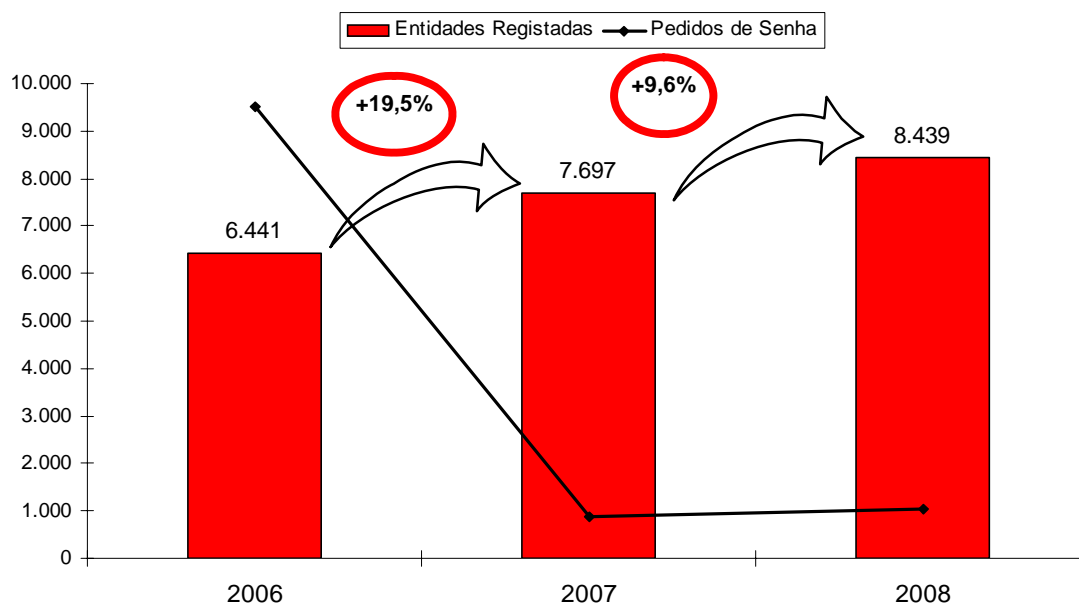
Tabela 4 – Movimento no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS em 2008

Estado	N.º Entidades
Entidades registadas	799
Pedidos de senha	1.039
Registos anulados	225
Entidades em cessação de actividade	166
Registos recusados	22

⁴ O processo de registo obrigatório na ERS inicia-se com o pedido de senha de identificação, que garantirá à entidade que se regista um acesso personalizado, seguro e confidencial ao formulário de inscrição. A senha emitida permite também ao operador contactar de forma individualizada a ERS, efectuar alterações e obter certidão comprovativa do registo.

Considerando que, por imposição legal, a esmagadora maioria dos prestadores de cuidados de saúde se registaram em 2006 e 2007, observou-se uma natural diminuição do número de pedidos de senha e de novos registos. No entanto, o número de entidades registadas continuou a aumentar (*vide* figura 1).

Figura 1 – Evolução no número de entidades registadas na ERS de 2006 a 2008



Ainda no âmbito do processo de registo público das entidades e da gestão da base de dados do registo dos regulados, foram, durante 2008, identificadas 431 entidades prestadoras de cuidados de saúde ainda não registadas na ERS. Esta base de entidades não registadas foi sendo periodicamente actualizada de modo a acompanhar a evolução na situação registral desses regulados. Foram adoptadas várias medidas específicas para o cumprimento do dever de registo das 431 entidades, nomeadamente procedendo à sua notificação para cumprimento da obrigação legal relativamente à qual se mantinham omissas. Desse processo obtiveram-se os resultados constantes da tabela 5.

Tabela 5 – Resultado das notificações para cumprimento do dever de registo

Resultados das notificações	N.º Entidades
Não estavam em falta em relação ao seu registo autónomo, sendo regularizada a base	154
Procederam ao registo	124
Procedeu-se à anulação, suspensão ou cessação do registo	17
Iniciaram o processo de registo encontrando-se em fase de preenchimento ou a aguardar pagamento	80
Mantêm o estado de “não registada”	56

No ano de 2008 foram, pela primeira vez, accionados os procedimentos tendentes à cobrança coerciva da taxa de manutenção de 2007, prevista no art. 9.º da Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 639/2006, de 23 de Junho. Identificadas que foram as entidades que, não obstante interpelação ao pagamento daquela taxa, por via de notificação efectuada em Dezembro de 2007, persistiam em incumprimento, foram remetidas às competentes repartições de Finanças certidões de dívida com vista à instauração do competente processo de execução fiscal. Foram objecto destes processos 211 entidades, tendo havido lugar à extinção por pagamento de 186 desses processos. Os restantes 25 processos encontram-se pendentes nas respectivas repartições de Finanças.

Foi ainda reiterado o procedimento adoptado no ano transacto para a liquidação e cobrança da Taxa de Manutenção de 2008, sendo notificadas todas as entidades que, relativamente ao pagamento daquela taxa, se encontravam em situação de incumprimento.

Continuando-se o esforço dos anos anteriores de desenvolvimento e optimização do Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER), mantido pela ERS, durante 2008 procedeu-se ao aperfeiçoamento deste sistema em diversos aspectos técnicos, com vista à melhoria da usabilidade do sistema por parte dos prestadores regulados, da qualidade da informação prestada ao público através do *website* da ERS, e dos procedimentos internos dos colaboradores da ERS.

2.4.2. Actividade sancionatória e de fiscalização

Os poderes sancionatórios da ERS encontravam-se previstos nos arts. 43.º a 51.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, bem como em outros diplomas legais

que reconhecem a ERS como a entidade competente para a fiscalização, instrução dos processos e aplicação de coimas e sanções acessórias das infracções neles previstas, designadamente as constantes do Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro.

Adicionalmente, para cumprimento dos seus objectivos regulatórios que se encontravam previstos no artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, e no âmbito dos seus poderes de supervisão e regulação da actividade exercida pelos prestadores de cuidados de saúde, a ERS podia, nos termos da alínea c) do artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, “[a]ceder às instalações dos operadores, assim como aos seus documentos e livros, com excepção ao acesso aos registos clínicos individuais dos utentes”.

Actividade sancionatória

O Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro, estabelece que constitui contra-ordenação o não cumprimento pelos prestadores de cuidados de saúde de um conjunto de obrigações relativas ao Livro de Reclamações, nomeadamente a sua posse (alínea a), a obrigatoriedade de o facultar imediatamente ao utente (alínea b), ambas do art. 3.º) e enviar à ERS, no prazo de dez dias úteis, as folhas de reclamação preenchidas (n.º 1 do art. 5.º), competindo a esta fiscalizar e instruir os respectivos processos de contra-ordenação.

Durante o ano de 2008, foram instaurados, no total, 243 processos de contra-ordenação: 192 processos relativos à inexistência do Livro de Reclamações, 10 relativos à recusa da sua entrega aos utentes, 17 por falta de afixação visível do aviso da existência do Livro e 12 por outras ilegalidades relativamente à utilização do Livro de Reclamações. Foram ainda instaurados 12 processos de contra-ordenação por não colaboração com a ERS (alínea d) do artigo 43.º do Decreto-Lei n.º 309/2003).

Durante 2008, o Conselho Directivo da ERS decidiu 202 desses 243 processos abertos em 2008, e ainda 29 processos que haviam transitado de 2007. Em resultado de todas essas decisões, foram aplicadas 147 sanções, das quais 19 coimas e 128 admoestações. Foram ainda arquivados 84 processos, por se ter concluído não haver fundamentação para aplicação de qualquer sanção. As coimas foram aplicadas no âmbito de processos contra-ordenacionais relacionados com falta de Livro de

Reclamações (11), falta de afixação de aviso da existência do Livro (3) e recusa de entrega do Livro (1), e também com a não colaboração com a ERS (4). O valor total das coimas aplicadas ascendeu a €53.625, variando as coimas entre os €125 e os €15.000.

Acções de fiscalização

Foram realizadas, durante 2008, 1.059 acções de fiscalização com o objectivo de aferir o cumprimento de certos aspectos legais a que estão obrigados todos os prestadores de cuidados de saúde, a saber:

- i) Existência de livro de reclamações nos estabelecimentos, bem como de letreiro a anunciar a disponibilidade do mesmo, afixado em local visível ao utente;
- ii) Envio, no prazo legal, de original de reclamação;
- iii) Existência de registo na ERS e publicidade da respectiva certidão;
- iv) Existência de letreiro a informar da disponibilidade, para consulta, da tabela de preços.

Na sequência destas fiscalizações resultou o levantamento de 196 autos de notícia. Foram ainda identificados 431 prestadores de cuidados de saúde que não constavam do sistema de registo da ERS. Sobre estes prestadores, após averiguação da obrigatoriedade de registo, adoptaram-se procedimentos para cumprimento dessa obrigação.

Adicionalmente, foram realizadas 22 fiscalizações motivadas pela existência de reclamações sobre a qualidade das instalações e/ou serviços prestados, ou, por alguma suspeita da parte da ERS, relativamente a essa qualidade, ou ainda determinadas pela decisão de uma acção fiscalizadora sistemática relativamente a determinado grupo de prestadores. Estas fiscalizações foram efectuadas por equipas constituídas por colaboradoras da ERS, incluindo sistematicamente pelo menos um técnico e um perito da área da saúde.

Foram ainda realizadas, durante 2008, 18 acções de fiscalização no âmbito de processos de inquérito relacionados com questões de acesso (3), facturação (4),

transparência nas relações económicas entre prestadores e utentes (2), concorrência (4), discriminação (1) e cartões de saúde (4), acções estas que constituíram diligências destinadas à investigação e esclarecimento dos factos constantes desses processos. Foram também realizadas 66 fiscalizações temáticas, com o objectivo de monitorizar comportamentos e/ou serviços prestados, no âmbito de dois estudos em curso na ERS (estudos estes que têm também subjacentes processos de inquérito, um sobre questões de acesso, e outro sobre questões de convenções).

Finalmente, durante o ano de 2008 foram realizadas acções de fiscalização com vista ao acompanhamento e verificação do efectivo cumprimento das deliberações adoptadas pela ERS no âmbito de processos de inquérito. Concretamente, foram efectuadas em 2008 acções de fiscalização a dois prestadores privados convencionados que foram objecto de intervenção regulatória da ERS, destinada à prevenção e correcção de práticas de rejeição discriminatória e infundada de utentes do SNS.

3. Avaliação final

Durante 2008, a ERS atingiu plenamente os objectivos propostos no Plano de Actividades para esse ano, focando a sua actividade sobretudo na defesa dos direitos e interesses legítimos dos utentes, e na promoção do bom funcionamento do sistema de saúde português.

O contributo da ERS para o reforço da defesa dos direitos dos utentes dos serviços de saúde foi particularmente relevante, com efeitos imediatos no exercício dos seus direitos, mas também criando as bases de importantes mudanças no relacionamento entre utentes e prestadores de cuidados de saúde que surtirão efeitos já a partir do ano de 2009.

Esse é especificamente o caso do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – SINAS, que conheceu em 2008 o arranque da sua implementação. Este sistema, a todos os títulos inovador em Portugal, constitui uma mudança de paradigma na forma como os utentes, os prestadores e as instituições encaram o tema da qualidade dos serviços de saúde. Na génese deste projecto subjaz uma cultura de exigência perante os prestadores e de transparência perante os utentes, e também de responsabilização face a ambos.

Por outro lado, a multiplicidade de mecanismos à disposição dos utentes para exercerem o seu direito de reclamação constitui um elemento fundamental de aumento do poder de decisão dos utentes.

O ano de 2008 conheceu de incremento significativo (98% face ao ano de 2007) no número de reclamações e outras participações feitas à ERS por parte de utentes, profissionais de saúde, responsáveis por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e instituições, dando continuidade à tendência de acentuado crescimento dos anos anteriores.

O cuidado no tratamento dado pela ERS a todas as reclamações e outras participações, que resulta sobretudo do esforço e dedicação de todos os seus colaboradores, permite aos utentes dos serviços de saúde terem hoje a certeza de que apresentar uma reclamação sobre a qualidade dos serviços prestados ou a legalidade das relações económicas estabelecidas no acto de recurso aos serviços, é um

exercício de cidadania com efeitos práticos e atempados na garantia dos seus legítimos direitos e interesses.

Durante 2008, a ERS teve uma postura de regulação activa, fazendo uso de todo o leque de poderes de supervisão e sancionatórios que se encontravam definidos no Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, assumindo, sempre que possível, uma posição pedagógica quanto aos problemas detectados, no sentido de contribuir activamente para assegurar os direitos de todos os agentes envolvidos e o bom funcionamento do sistema de saúde.

Nesse âmbito, sempre que se verificou existirem violações dos direitos fundamentais que à ERS incumbe assegurar, foram emitidas instruções dirigidas aos prestadores, mantendo posteriormente uma monitorização atenta sobre todos os prestadores visados. No cômputo geral, tais instruções têm sido seguidas, garantindo-se assim a resolução dos problemas detectados.

Também em 2008, a ERS incrementou a sua actividade sancionatória nos termos previstos na Lei, orientando esta actividade sobretudo para a garantia do cumprimento pelos prestadores de cuidados de saúde de um conjunto de obrigações relativas ao Livro de Reclamações e para a garantia da colaboração dos regulados com a ERS.

O ano agora relatado foi também marcado por intensa actividade de fiscalização *in loco* por parte da ERS. Parte das acções de fiscalização levadas a cabo destinaram-se à aferição do cumprimento de certos aspectos legais a que estão vinculados todos os prestadores de cuidados de saúde. Algumas destas fiscalizações constituíram diligências destinadas à investigação e esclarecimento dos factos constantes de processos de inquérito que correram termos na ERS. Foram, ainda, realizadas fiscalizações temáticas no âmbito de estudos realizados por esta Entidade. Cumpre fazer notar que as 1.167 fiscalizações *in loco* realizadas em 2008 superaram claramente as cerca de 500 que haviam sido planeadas.

Finalmente, e à semelhança de anos anteriores, em 2008 a ERS realizou diversos estudos com o objectivo de contribuir activamente para a melhoria do sistema de saúde nas suas diversas vertentes, nomeadamente ao nível do grau de acesso aos cuidados por parte dos utentes, e da salutar concorrência entre os prestadores presentes nos mercados da saúde. Sempre que tal se revelou pertinente, o Conselho Directivo emitiu pareceres e dirigiu ao Governo, e a outras entidades competentes pela

organização dos serviços de saúde, as recomendações que entendeu serem passíveis de suprir as insuficiências detectadas no decurso desses estudos.

Em suma, sem um crescimento relevante dos seus recursos humanos (cerca de 4%) e materiais face ao anterior ano, o desempenho da ERS conheceu um aumento a diversos níveis, não só quantitativo mas sobretudo qualitativo, superando mesmo as expectativas ao nível dos resultados das actividades levadas a cabo, o que só pode ser reconhecido como um aumento da eficiência da regulação independente do sector da saúde em Portugal.

Porto, 29 de Junho de 2009

O Presidente do Conselho Directivo,

(Prof. Doutor Álvaro Almeida)

Os Vogais,

(Dr. Eurico Castro Alves)

(Dr. Joaquim Brandão)