ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

RELATÓRIO DA ACTIVIDADE REGULADORA DE 2006

JUNHO DE 2007

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

Índice

1. Introdução 1
   1.1. Enquadramento 1
   1.2. Missão e atribuições 1
2. Actividades de regulação desenvolvidas em 2006 3
   2.1. Garantia dos direitos dos utentes 3
      2.1.1. Processamento das queixas e reclamações dos utentes 3
      2.1.2. Identificação de problemas sistémicos 6
      2.1.3. Garantia da qualidade dos serviços de saúde 7
      2.1.4. Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) 8
      2.1.5. Estudos sobre qualidade dos serviços de saúde 9
      2.1.5.1. Caracterização dos centros de nascimento não públicos 9
      2.1.5.2. Protocolo "Compromisso com a Saúde" 10
      2.1.6. Criação de um sistema de informação aos utentes 11
   2.2. Regulação das falhas do mercado (e do Estado) 12
      2.2.1. Garantia do acesso dos utentes aos cuidados de saúde 12
      2.2.1.1. Garantia do direito de acesso 12
      2.2.1.2. Modelo de monitorização 13
      2.2.1.3. Práticas de transferência e referenciação de doentes 14
      2.2.1.4. Descontinuidades na prestação e escassez de serviços de saúde 16
      2.2.1.5. Listas de espera em cirurgia 17
      2.2.2. Indução artificial da procura 18
   2.3. Regulação das relações económicas com operadores 19
      2.3.1. Promoção da concorrência 19
      2.3.1.1. Colaboração com a Autoridade da Concorrência 20
      2.3.1.2. Mercados relevantes na saúde 20
      2.3.1.3. Garantia da concorrência 22
      2.3.2. Estudo da concorrência no sector do transporte de doentes 22
      2.3.3. Estudo da concorrência no sector da hemodiálise 23
      2.3.4. Estudo sobre o regime das convenções 24
      2.3.5. Estudo sobre o regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde 26
      2.3.6. Outros processos relativos à regulação das relações económicas 27
      2.4. Registo dos prestadores de cuidados de saúde 27
3. Avaliação final 30

1. Introdução

1.1. Enquadramento

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é uma entidade reguladora, com natureza de autoridade administrativa independente, que tem por objecto a regulação, a supervisão e o acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, nos termos do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.

No âmbito da responsabilidade pública, conforme disposto no seu diploma criador, mais concretamente no artigo 41.º, n.º 1, incumbe à ERS elaborar e enviar anualmente ao Governo um relatório sobre a respectiva actividade reguladora.

O Conselho Directivo da ERS entendeu que o relato das actividades no presente relatório deve ser idêntico ao Relatório de Actividades de 2006 nas partes relevantes, e seguir a mesma organização temática adoptada, uma vez que se tratam de documentos sobre as mesmas actividades, que se destinam a dar cumprimento a duas obrigações legais de âmbito semelhante.

Por este motivo, o cumprimento desta obrigação legal apenas foi possível após a aprovação do Relatório de Actividades de 2006 por despacho de Sua Excelência o Ministro da Saúde, de 26 de Junho de 2007.

Cabe, então, agora à ERS apresentar o relatório que contém uma descrição das actividades de regulação levadas a cabo pela ERS durante o ano de 2006.

1.2. Missão e atribuições

Constituem atribuições da ERS a regulação e a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. Cabe-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.

Incumbe à ERS 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. Incumbe-lhe igualmente prevenir e combater as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde.

Considerando as especificidades associadas ao mercado da saúde, visando sempre defender os direitos e interesses legítimos dos utentes, a ERS deverá, em colaboração com a Autoridade da Concorrência, garantir a concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde.

Constitui ainda atribuição da ERS a avaliação dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como o acompanhamento do cumprimento das obrigações inerentes à acreditação dos estabelecimentos e serviços.

A ERS poderá 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".

Considerando os condicionalismos que limitam a actividade da ERS, nomeadamente a necessidade de continuar a implementar as condições adequadas ao seu bom funcionamento, e o decurso do processo de reformulação do seu quadro legal, com algumas orientações já relativamente estabilizadas, o Conselho Directivo entendeu que a actividade reguladora da ERS deveria ser concentrada 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, de acordo com o plano de actividades oportunamente aprovado.

2. Actividades de regulação desenvolvidas em 2006

A actividade reguladora desenvolvida em 2006 segue a categorização adoptada no respectivo Plano de Actividades. As actividades são agrupadas de acordo com as três áreas de actuação prioritárias: garantia dos direitos dos utentes, regulação das falhas do mercado, e regulação das relações económicas entre operadores.

2.1. Garantia dos direitos dos utentes

O artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, define como atribuições da ERS "a regulação e a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à segurança e aos direitos dos utentes".

2.1.1. Processamento das queixas e reclamações dos utentes

A actuação eficaz na defesa dos direitos dos utentes e na garantia da observância dos níveis de qualidade e segurança exige mecanismos de controlo posterior da actuação dos prestadores de cuidados de saúde. O processamento adequado das queixas e reclamações dos utentes é um mecanismo essencial para conhecer os pontos fracos do sistema de saúde e identificar as áreas que exigem uma análise mais aprofundada.

No final de 2005, a ERS iniciou o planeamento de um Sistema de Gestão de todas as reclamações, exposições e sugestões, desenvolvido plenamente durante o ano de 2006. O Sistema de Gestão das Reclamações[1] dirigidas à ERS por qualquer interessado, seja utente, seu representante ou associação representativa, prestador, ou entidade, órgão ou serviço, pretende acolher todas as reclamações ou mesmo as situações de cuja

[1] Regra geral, são reclamações, embora possam ser exposições ou sugestões.

existência a própria ERS se dê conta e considere deverem determinar a sua intervenção, sempre em defesa dos direitos dos utentes.

O livro de reclamações de modelo oficial é um instrumento fundamental neste domínio, ao permitir a auscultação do grau de (in)satisfação dos utentes em relação aos serviços de saúde que lhes são fornecidos, pelo que a ERS analisa cuidadosamente todas as entradas verificadas neste âmbito. Apesar de, por desconhecimento de causa, o preenchimento das folhas do livro de reclamações nem sempre cumprir com os requisitos legais exigidos pelo Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro, nomeadamente no que se refere à identificação integral do reclamante/exponente e ao seu contacto postal completo, todas as exposições que dão entrada na ERS são devidamente tratadas.

O tratamento pela ERS das reclamações recebidas assenta no pressuposto de que a reclamação é, em primeiro lugar, dirigida à própria instituição prestadora de cuidados de saúde. Assim, esta deverá analisar e formular respostas sobre as reclamações referentes aos estabelecimentos por ela dirigidos, para que compreendam o que é necessário alterar e tomem conhecimento do que melhor serve os interesses do utente, e consequentemente os seus. A ERS solicita às entidades reclamadas que informem o utente da decisão de cada caso, dando de tal procedimento conhecimento à ERS, proporcionando um estreitamento do contacto prestador/utente e colocando as exposições em perspectiva. O reclamante terá sempre a oportunidade de se pronunciar sobre o conteúdo das alegações e decisões relativas à exposição por ele apresentada, tendo a ERS um papel fundamentalmente de mediação, quando existem divergências entre reclamante e reclamada.

No ano de 2006 foram recebidas 699 reclamações, das quais 581 expressas através do livro de reclamações. Dado que o Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro, que institui o modelo actual de livro de reclamações, só entrou em vigor no início de 2006, a ERS recebeu um número relativamente reduzido de reclamações durante o primeiro semestre (apenas 158). O ritmo de recepção de reclamações acelerou durante o segundo semestre, tendo sido recebidas 233 no terceiro trimestre e 308 no quarto trimestre.

Nem todas as opiniões de utentes nos chegam através do Livro de Reclamações. Existem situações em que os cidadãos, cada vez mais cientes dos seus direitos e da importância do papel da ERS, nos remetem directamente exposições sobre prestadores em particular ou sobre os serviços de saúde em geral. Acresce que outras instituições com

responsabilidade no sector da saúde têm optado por encaminhar para a ERS as reclamações que lhes são enviadas, dada a vantagem da centralização deste tipo de exposições numa única entidade, e da importância de uma regulação efectiva do sector nesta área tão sensível, que é a avaliação dos serviços de saúde pelos utentes, no fundo, os principais afectados pelas decisões superiores e pelas opções de actuação dos prestadores[2].

A maioria (201) das 699 reclamações recebidas durante o ano de 2006 foi motivada por tempos de espera que os utentes consideraram excessivos. A insatisfação com a qualidade da assistência clínica motivou 160 reclamações, enquanto que 143 reclamações resultaram de alegados problemas de qualidade da assistência administrativa. As restantes reclamações visaram assuntos diversos, tais como dificuldades de acesso a cuidados de saúde ou questões financeiras.

Por norma, cada processo é resolvido em 90 dias, que incluem a análise de cada exposição e o correr dos prazos dados quer a reclamadas quer a reclamantes para apresentação de alegações e de motivos de discordância, respectivamente. Nem todas as reclamações se decidem a contento de ambas as partes. Têm existido situações em que se tem verificado a necessidade de intervenção da ERS como mais do que mediador para resolução de situações eventualmente mais complicadas.

Quando a ERS considera que o assunto se reveste de especial gravidade, ou que uma intervenção mais activa do que a mediação se torna necessária, é aberto, por deliberação do Conselho Directivo, um Processo de Inquérito, o que ocorreu com 45 das reclamações recebidas em 2006. O processo de análise de 586 das reclamações recebidas em 2006 já terminou, sendo certo que mais de metade (330) revelou não ter um fundamento que justificasse a reclamação. Em 39 casos, as pretensões do reclamante foram atendidas, e 113 reclamações tiveram como resultado a garantia, por parte do prestador, que seriam adoptadas medidas correctivas que evitassem a repetição do problema. Finalmente, a análise de 26 reclamações terminou com a emissão, por parte da ERS, de uma recomendação ao reclamado.

[2] No âmbito desta cooperação institucional, recebeu a ERS, em finais de Dezembro de 2006, 1.843 reclamações provindas da Direcção-Geral da Saúde, que só foram processadas em 2007, pelo que não são consideradas nas estatísticas relativas às reclamações de 2006.

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 facultar imediatamente o Livro de Reclamações ao utente (alínea b) do art. 3.º) e enviar à entidade reguladora, no prazo de cinco dias úteis, as folhas de reclamação preenchidas (n.º 1 do art. 5.º), competindo à ERS fiscalizar e instruir os respectivos processos de contra-ordenação. Durante o ano de 2006, foram instaurados 6 processos de contra-ordenação relativos à recusa de apresentação do Livro de Reclamações aos utentes. Foram ainda detectados vários casos em que a folha do Livro de Reclamações não foi enviada no prazo de cinco dias úteis, mas nestes casos a ERS adoptou uma atitude pedagógica, tendo optado por informar os prestadores das suas obrigações na primeira ocorrência, dado que o Livro de Reclamações para prestadores de cuidados de saúde foi apenas introduzido em 2006, e só instaurar processos de contra-ordenação em casos de reincidência (o que não ocorreu).

2.1.2. 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 queixas e 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.

A ERS elaborou, em 2006, o primeiro relatório de análise sistemática das reclamações, relativo às recebidas durante o primeiro semestre. O relatório consistiu no tratamento estatístico das reclamações, adoptando uma metodologia identificadora de padrões indiciadores de problemas sistémicos. Neste primeiro relatório, o principal problema identificado foi a falta de cumprimento, pelos prestadores, dos horários previamente definidos para a prestação dos serviços. O relatório foi enviado para o Instituto do Consumidor, conforme estipulado no art. 12º do Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro.

2.1.3. Garantia da qualidade dos serviços de saúde

Nos termos do art. 25.º n.º 1 al. b) do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, a garantia de adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde é um dos objectivos da actividade reguladora da ERS. Neste domínio, incumbe à ERS verificar a aplicação dos padrões de qualidade subjacentes aos cuidados de saúde prestados (art. 25º, n.º 3, al. a)) e zelar pelo cumprimento dos regulamentos de segurança e qualidade próprios dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (art. 26º, al. b)).

O Sistema de Gestão de reclamações, exposições e sugestões permite identificar situações onde a qualidade dos serviços prestados aos utentes poderá não respeitar os padrões estabelecidos. Na sequência da análise das reclamações e exposições recebidas na ERS em 2006, foram abertos 54 processos de inquérito relativos à garantia da qualidade dos serviços de saúde. 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 (7), ou à falta de qualificações de técnicos envolvidos na prestação dos serviços (8).

Os inquéritos foram instruídos através da audição das partes envolvidas e por recurso a acções de fiscalização no local. Dos 54 processos abertos em 2006 foi possível concluir 20. A investigação demonstrou que a qualidade dos serviços prestados não estava comprometida em 10 dos casos analisados, e em outros 4 processos não foi possível obter evidência suficiente para concluir que os padrões de qualidade não foram respeitados. Houve ainda um processo que foi reencaminhado para outra entidade por se concluir que a avaliação da eventual falta de qualidade, a existir, não se inseria na competência da ERS. Em quatro processos foram identificadas insuficiências nos serviços prestados: em 2 casos foi possível corrigir a situação de modo a satisfazer o utente, e em 2 processos foi emitida uma instrução ao prestador no sentido de alterar os procedimentos adoptados. Finalmente, um processo de inquérito deu origem à instauração de um processo de contra-ordenação, ao abrigo do art. 43.º n.º 1 al. d) do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.

2.1.4. Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS)

A garantia de adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde passa também pela avaliação dos padrões e indicadores de qualidade subjacentes aos cuidados de saúde prestados nos estabelecimentos sujeitos à regulação da ERS (art. 25º, n.º 3, al. a), do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro). Entende o Conselho Directivo da ERS que a forma mais adequada de promover a melhoria dos padrões de qualidade é a pressão exercída pelos utentes, que resultará da melhoria da informação a eles prestada. Se estes puderem conhecer, de forma clara e simples, os níveis de qualidade do serviço prestado em cada operador, terão a possibilidade de optar por aqueles que oferecem uma relação qualidade/preço mais interessante, em detrimento dos que não conseguirem oferecer um serviço de qualidade adequada ao preço praticado. Este objectivo será alcançado através da criação de um Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), que proporcionará ao público um conhecimento simplificado, transparente e objectivo (através de *ratings*) sobre a qualidade dos serviços que poderá obter dos diversos prestadores de cuidados de saúde.

A implementação do SINAS foi iniciada em 2006, tendo sido constituído o Grupo de Trabalho da Qualidade (GTQ), com a participação de colaboradores da ERS e consultores externos, que terá a responsabilidade de implementar o sistema. O GTQ desenvolveu a estratégia da ERS na área da avaliação da qualidade, com base na análise e discussão da temática durante as suas reuniões semanais, e estabeleceu contactos com entidades externas, da área da qualidade, de âmbito nacional e internacional, que não só contribuíram para o aprofundamento dos conhecimentos em qualidade da saúde, como para a aferição da entidade a eleger como “parceira” da ERS para a implementação do seu Plano da Qualidade.

O GTQ constituiu uma elencagem de indicadores de avaliação da qualidade e procedeu ao levantamento e recolha de múltipla informação em matéria de qualidade, após uma busca exaustiva de bibliografia informativa nesta área em geral e, em qualidade em saúde, por excelência. Foi, assim, constituído um acervo bibliográfico em matéria de qualidade, à custa da aquisição de publicações bem como da obtenção de informação por força de pesquisas na Internet e de consultas com entidades especializadas. Pretendendo contribuir para habilitar os recursos humanos em matéria de qualidade, foi concebido um plano de formação nessa área.

Os resultados deste trabalho estão sintetizados num documento produzido pelo GTQ intitulado “Implementação de um Sistema de Avaliação de Qualidade nos Serviços de Saúde em Portugal – *Rating*”, onde se definem os requisitos para a implementação de um sistema de *rating* em Portugal.

2.1.5. Estudos sobre qualidade dos serviços de saúde

O Conselho Directivo da ERS entende que o objectivo da regulação previsto no art. 25.º, n.º 1, al. b) do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, exige que esta entidade analise detalhadamente as situações em que a garantia da qualidade dos serviços de saúde possa estar seriamente em risco. Durante o ano de 2006, foram iniciados dois estudos que visavam responder a este tipo de preocupações: a caracterização dos centros de nascimento não públicos e a análise das implicações da Cláusula 13.ª do Protocolo "Compromisso com a Saúde”.

2.1.5.1. Caracterização dos centros de nascimento não públicos

O relatório da Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal sobre a Organização Perinatal Nacional, de Março de 2006, referia, no ponto 2 do capítulo I, que “não há mecanismos de controlo da qualidade dos partos efectuados fora da RRMI” (Rede de Referenciação Materno Infantil). Na sequência da publicação deste relatório, foi criada na ERS uma unidade de projecto com o objectivo de proceder à avaliação da qualidade dos centros de nascimento não públicos, dada a preocupação do Conselho Directivo da ERS com a qualidade das prestações de cuidados de saúde, especificamente dos cuidados prestados aquando do nascimento, quer às mães quer às crianças.

Coube a esta unidade de projecto, como primeiro e genérico objectivo a cumprir, dotar a ERS de toda a informação necessária, susceptível de lhe permitir uma tomada de posição segura sobre esta problemática. Para tal, efectuou esta unidade de projecto a recolha de

informação exaustiva sobre todas as maternidades e todos os serviços de obstetrícia e neonatologia existentes em estabelecimentos não públicos (quer privados quer sociais).

Posteriormente, confirmou estas informações através de visitas realizadas a 25 centros de nascimento. As comissões visitantes foram constituídas por colaboradores da ERS em conjunto com especialistas externos, tendo como finalidade a elaboração de um Relatório Final, descritor do *status quo*, onde a ERS traçasse o retrato, o mais aproximadamente possível, da situação real, apresentando algumas conclusões finais e recomendações.

Durante o ano de 2006, o grupo de trabalho procedeu à recolha de informações, à sua análise, validação e tratamento dos respectivos dados, à realização de várias reuniões plenárias e restritas de um núcleo principal desta unidade de projecto, tendo sido redigido um primeiro *draft* de Relatório Final.

2.1.5.2. Protocolo "Compromisso com a Saúde"

A assinatura e publicitação de um protocolo assinado entre o Governo e a Associação Nacional de Farmácias, denominado “Compromisso com a Saúde”, mereceu uma reflexão cuidada, pelas potenciais implicações que poderia produzir na prestação de alguns cuidados de saúde aí previstos. Isto porque, além da muito anunciada liberalização da propriedade de farmácia, o referido documento (sob a epígrafe “Princípios para a liberalização da propriedade de farmácia, melhoria da acessibilidade aos medicamentos e preservação da qualidade da assistência farmacêutica”) prevê igualmente, na sua cláusula 13.ª, uma actualização e ampliação da actividade farmacêutica na direcção da prestação de cuidados de saúde. As questões mais pertinentes que justificaram a análise da ERS referiam-se à programada ampliação da actividade farmacêutica à prestação de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica e à prestação de primeiros-socorros e administração de vacinas.

A ERS elaborou um estudo sobre as implicações da cláusula 13.ª do Protocolo "Compromisso com a Saúde", para a qualidade e segurança dos serviços prestados, e para o bom funcionamento do mercado, nas actividades sujeitas à sua regulação. O referido estudo identificou três dificuldades na ampliação da actividade farmacêutica à prestação de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica e à prestação de primeiros-

socorros e administração de vacinas. Primeiro, os regimes de licenciamento e fiscalização daquelas actividades não são absolutamente compatíveis com o seu exercício pelas farmácias. Por outro lado, a hipótese de criação de regulamentação específica dirigida apenas aos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica disponíveis nas farmácias, diferente da aplicável aos outros prestadores, criaria uma distorção nos mercados relevantes, com consequências nefastas a nível da eficiência económica. Finalmente, o alargamento da actividade das Farmácias ao mercado de prestação de cuidados de saúde poderia levantar problemas em termos de regulação sectorial.

Em conclusão, o Conselho Directivo da ERS considerou que a concretização da cláusula 13.ª do Protocolo "Compromisso com a Saúde", se não for devidamente acautelada, poderá ter consequências negativas para a defesa dos direitos dos utentes, nomeadamente em termos de qualidade e segurança dos serviços prestados, e para a eficiência dos mercados, nas áreas dos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, administração de vacinas e prestação de primeiros-socorros.

2.1.6. Criação de um sistema de informação aos utentes

Em 2006, a ERS procedeu à renovação do seu *website* (www.ers.pt), com vista a criar e manter um sistema de informação ao público em geral, onde os cidadãos possam aceder a informação diversa. O *website* inclui informação sobre as atribuições da ERS, o organigrama, a composição do conselho directivo e do quadro de pessoal; as actividades desenvolvidas, incluindo os comunicados emitidos, os pareceres e recomendações produzidos, os planos e relatórios de actividade e outras notícias; legislação relevante na área da Saúde; e informação sobre os prestadores de cuidados de saúde registados na ERS.

O *website* da ERS permite aos utentes pesquisar todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde registadas. A pesquisa pode ser efectuada por região, especialidades, tipo de prestador, acordos/convenções e pelo nome da entidade. O resultado da pesquisa permite identificar as entidades, estabelecimentos, valências e profissionais responsáveis pelos serviços.

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

No sector da prestação de cuidados de saúde predominam as assimetrias de informação, e a concorrência é imperfeita, sobretudo naquelas áreas onde o sector público tem uma posição dominante, quer como prestador, quer como financiador. Nestas condições, a pura defesa da concorrência não garante a eficiência económica, isto é, a prestação de cuidados de saúde de qualidade ao mais baixo custo. A experiência de outros sistemas de saúde mais voltados para o mercado sugere que uma concorrência desregulada pode gerar fenómenos adversos, como a selecção de riscos, levando à discriminação de determinados grupos de cidadãos e pondo em causa o direito de acesso universal aos cuidados de saúde. Pode ainda originar um excesso de procura de cuidados de saúde induzida pela oferta, com claro prejuízo dos financiadores desses cuidados.

2.2.1. Garantia do acesso dos utentes aos cuidados de saúde

O Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, estabelece, no seu art. 25.º n.º 1 al. a) e n.º 2 al. b) e d), que incumbe à ERS, tendo em vista a concretização do objectivo de "assegurar o direito de acesso universal e igual de todas as pessoas ao serviço público de saúde", entre outras atribuições, "promover a garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde", bem como "prevenir e punir as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS)".

2.2.1.1. Garantia do direito de acesso

Na defesa da garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde, compete à ERS investigar todas as participações, queixas e reclamações de utentes ou profissionais que indiciem casos graves de dificuldades de acesso. Durante o ano de 2006 foram identificados, a partir das reclamações e exposições recebidas na ERS, 24 casos de dificuldades de acesso em que se considerou necessário proceder à

abertura de processos de inquérito. A maior parte destes processos (11) respeita a situações em que existiam indícios de discriminação ou rejeição infundada de doentes, dos quais 4 em hospitais públicos, 2 em centros de saúde do SNS, e 5 em entidades não públicas convencionadas com o SNS. Dos restantes, destacam-se 6 processos relativos a dificuldades na marcação de actos clínicos dentro de um prazo razoável.

No domínio da garantia do direito de acesso, foram resolvidos 8 dos processos abertos ainda em 2006. Em 3 casos o inquérito não identificou a existência de dificuldades de acesso graves. Em outros 3 casos, foram evidenciadas dificuldades de acesso que foram ultrapassadas com a satisfação da pretensão do utente. Finalmente, dois dos processos foram convertidos em estudos aprofundados (esclerose múltipla e descolamento da retina, ver secção 2.2.1.3).

2.2.1.2. Modelo de monitorização

A actuação da ERS no domínio da rejeição discriminatória ou infundada de utentes não se deve limitar à acção punitiva descrita no ponto anterior, mas deve assentar sobretudo em medidas de prevenção, como previsto no art. 25.º n.º 2 al. d), do Decreto-lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro. Nesse sentido, entendeu o Conselho Directivo da ERS desenvolver um modelo de monitorização e detecção de práticas sistemáticas de selecção de doentes, que prejudiquem a garantia de acesso universal e equitativo dos utentes aos cuidados de saúde. O objectivo é o desenvolvimento de uma metodologia de análise de informação a recolher junto dos regulados da ERS, que permita identificar padrões anormais no *case-mix* de alguns prestadores de cuidados de saúde, e que indicie práticas de selecção de doentes.

Em 2006, implementou-se a primeira fase deste projecto, que consistiu no levantamento metódico dos sistemas de informação disponíveis nos diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde. Perante o elevado número de prestadores a considerar, entendeu a ERS ser mais viável e eficaz a recolha de dados junto das fontes de financiamento, desde que tais bases de dados contivessem, para cada episódio clínico financiado, o respectivo Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH), bem como a clara identificação da entidade prestadora. A óbvia sinergia entre este levantamento e o trabalho desenvolvido no âmbito

da monitorização de práticas de indução da procura, conforme descrito mais adiante no ponto 2.2.2. deste relatório, levou a que estas duas actividades fossem realizadas em simultâneo, nomeadamente em termos dos protocolos a estabelecer com as diversas entidades financiadoras no sentido de adaptar as bases de dados existentes às necessárias para a estimação periódica dos modelos de monitorização de selecção adversa e de procura induzida.

2.2.1.3. Práticas de transferência e referenciação de doentes

As atribuições da ERS na área da garantia do acesso dos utentes aos cuidados de saúde englobam a realização de estudos que visem a promoção de iniciativas de reorganização do sistema por forma a reduzir as desigualdades no acesso dos cidadãos e contribuir para a clarificação de conceitos que permitam a avaliação das medidas adoptadas e a caracterização permanente da dimensão do problema.

Uma das estratégias adoptadas para caracterizar as desigualdades de acesso é a avaliação das práticas de transferência e referenciação, através da análise dos movimentos de determinadas categorias de doentes. Em 2006, foram analisados os movimentos de doentes com descolamento da retina e doentes com esclerose múltipla.

No caso dos doentes com **descolamento da retina**, o estudo levado a cabo pela ERS teve origem em reclamações recebidas, identificando potenciais problemas de acesso a cirurgia do foro oftalmológico, concretamente a correcção de descolamento de retina, nas quais os reclamantes se queixam de não conseguir o agendamento da cirurgia em tempo útil em nenhum dos hospitais do SNS a que recorreram (apesar de lhes terem comunicado que a cirurgia seria necessária e urgente). Dado o carácter de urgência desta patologia – após o descolamento, a cirurgia deverá ser realizada num prazo máximo de 48 horas de modo a evitar a cegueira permanente – a impossibilidade de aceder ao SNS induz os doentes a procurar a resolução do seu problema junto de operadores privados.

Numa valência como a Oftalmologia, com uma elevada presença do sector privado, considerou a ERS relevante avaliar se o bloqueio no acesso ao SNS sentido pelos

utentes com descolamento de retina, seria devido a insuficiência inultrapassável na capacidade instalada do SNS para dar resposta ao nível de procura existente ou se, pelo contrário, poderia estar a ocorrer um conflito de interesses entre sector público e sector privado que incentivasse os utentes do SNS a procurar a provisão privada de cuidados de saúde.

Após estudo preliminar sobre a matéria em questão, entendeu a ERS aprofundar as suas conclusões com informação resultante de uma diligência realizada junto dos regulados com valência de oftalmologia. O período de tempo necessário para obter a informação solicitada de todos os 121 prestadores contactados inviabilizou a finalização do estudo durante 2006.

Quanto ao estudo do movimento de doentes com **Esclerose Múltipla** (EM), foi inicialmente motivado pela tomada de conhecimento, por parte da ERS, de notícias veiculadas na comunicação social, sobre eventuais dificuldades de acesso a cuidados e alegadas situações de rejeição infundada de doentes com EM por parte de alguns hospitais do SNS. Entendeu a ERS, então, realizar um estudo com vista à clarificação das questões levantadas, uma vez que as afirmações publicadas, sendo verdadeiras, configurariam uma grave violação do direito de acesso aos cuidados de saúde.

O estudo consiste numa análise da distribuição dos doentes com EM pelos hospitais do SNS, com vista a aferir do grau de acesso a cuidados que é facultado aos doentes com EM no SNS, bem como a caracterizar o comportamento dos hospitais do SNS no que toca à admissão de doentes com EM a cuidados em ambulatório, evidenciando aqueles que denotam um padrão de admissão significantemente desviante da média dos hospitais do SNS.

O relatório preliminar, concluído no início de Dezembro de 2006, apontava para a existência de um racional económico para os hospitais do SNS quererem diminuir a admissão de doentes com EM, dado o elevado custo do tratamento destes doentes face ao preço recebido pelos hospitais. As conclusões preliminares apontavam ainda para a existência de 7 hospitais com um número de doentes com EM surpreendentemente baixo.

Na tentativa de obter explicações consistentes para estes resultados, foram contactados os hospitais envolvidos. Nem todas as respostas foram recebidas durante 2006, pelo que a versão final do estudo só foi concluída no início de 2007. Na sequência da análise dos

resultados obtidos, o Conselho Directivo da ERS emitiu um conjunto de recomendações, que remeteu ao Governo.

2.2.1.4. Descontinuidades na prestação e escassez de serviços de saúde

A garantia do acesso dos utentes ao SNS implica a optimização da distribuição, em termos geográficos, dos prestadores de cuidados de saúde em todo o território nacional. O consumo de cuidados de saúde, por exigir, na maioria das situações, a presença física do utente, implica para este um custo em termos de tempo despendido na deslocação até ao local de prestação. Neste sentido, por si só a uniformidade ao nível da taxa moderadora não garante a equidade no acesso aos cuidados de saúde, sendo necessário assegurar a correcta distribuição geográfica dos locais de prestação.

No âmbito da garantia do acesso dos utentes aos cuidados de saúde, a ERS entendeu analisar o acesso a serviços de Medicina Física e Reabilitação (MFR), tendo por finalidade caracterizar as descontinuidades na prestação e escassez de serviços, conducentes a iniquidades no acesso. A prioridade atribuída ao estudo da distribuição geográfica dos estabelecimentos de MFR decorre de os cuidados de MFR exigirem, regra geral, deslocações frequentes durante o período de tratamento, para doentes que poderão apresentar dificuldades de mobilidade.

A referida caracterização das descontinuidades na prestação e escassez de serviços foi realizada em duas fases. Numa primeira fase, foi desenvolvido um mapa da oferta de serviços de MFR, com base nos elementos constantes do registo de entidades existentes na ERS. Seguidamente, comparando o mapa da oferta de cuidados com as características da população de cada região, foram realizadas análises da acessibilidade aos cuidados de MFR.

O relatório preliminar permitiu concluir que 6% da população residente em Portugal Continental se encontra a mais de 30 minutos de um estabelecimento de MFR. Nos distritos de Guarda, Bragança e Castelo Branco, cerca de 50% da população reside fora das áreas em que há um acesso razoável (deslocação inferior a 30 minutos) a um

qualquer estabelecimento de MFR. Por outro lado, constatou-se uma grande discrepância na distribuição dos serviços de MFR relativamente à população abrangida. Enquanto que nas zonas do Baixo Mondego, Grande Lisboa e Grande Porto existem mais de 6 técnicos de saúde em serviços de MFR por cada 10.000 habitantes, em determinadas zonas do Alto Alentejo, do Alentejo Litoral e do interior Centro há menos de um técnico por 10.000 habitantes.

2.2.1.5. Listas de espera em cirurgia

A existência de listas de espera em cirurgia constitui um obstáculo no acesso dos utentes a cuidados de saúde. A importância do tema justificou a criação, em 2005, de uma unidade de projecto na ERS para acompanhar e monitorizar as listas de espera em cirurgia. O objectivo desta unidade de projecto é a monitorização contínua da dinâmica das listas de espera dos doentes inscritos com data anterior ao início do programa SIGIC em cada região de saúde, a adequação do expurgo e obtenção do tempo médio de espera por hospital, serviço e procedimento; o acompanhamento do programa SIGIC e análise do impacto deste e dos programas anteriores, nas listas de espera para cirurgia; e a análise e acompanhamento das participações envolvendo esta temática, recebidas pela ERS.

Este grupo de trabalho pretendeu analisar as listas de espera cirúrgicas, os instrumentos aptos a optimizá-las e a capacidade de resposta das diferentes regiões, com vista a, após a reunião de toda a informação relevante, reflectir sobre a mesma e tecer algumas conclusões, pressupostos para um conjunto de recomendações no sentido de ajudar o poder político, titular do poder de decisão, apresentando eventuais propostas de alteração da situação analisada.

Durante o ano de 2006 a unidade de projecto traçou as orientações estratégicas a seguir, procedeu à complexa recolha de dados correspondentes às listas de espera cirúrgicas, e deu início ao tratamento dos mesmos e respectiva análise. Os trabalhos, após a análise da situação, pretendem apontar algumas medidas em prol da resolução do problema das listas de espera cirúrgicas, o qual se revela de grande interesse público e com uma

enorme divulgação a nível nacional, não obstante o seu íntimo relacionamento com especificidades de âmbito regional.

2.2.2. Indução artificial da procura

A indução da procura ocorre quando o técnico de saúde não actua como agente perfeito do doente, ou seja, quando decide de modo diferente do que o utente decidiria acaso dispusesse de toda a informação relevante, nomeadamente, quando tendo algo mais que o bem-estar do doente a ganhar com a prescrição de um dado serviço se opta por prescrever um cabaz de cuidados de saúde que visa satisfazer interesses pessoais não consonantes com o interesse do paciente.

Cabe à ERS, no âmbito das suas atribuições, e conforme o disposto no art. 25º n.º 2 al. 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 da liberdade de escolha nas unidades privadas de saúde" (cf. art. 25º n.º 2 al. a) do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro).

A recolha de provas que consubstanciem inquestionavelmente a ocorrência destas práticas é difícil não só pela enorme variabilidade da prática clínica admissível dentro daqueles que são os padrões de actuação considerados eficazes e eficientes, mas também pela absoluta autoridade do médico na escolha dos cuidados de saúde a prescrever. Apesar disso, durante o ano de 2006, foram abertos 2 processos de inquérito com base em exposições que indiciavam indução artificial da procura. Em um dos casos, a investigação identificou provas suficientes para instaurar um processo de contra-ordenação, ao abrigo do art. 43º n.º 1 al. a) do Decreto-lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.

Paralelamente à análise casuística, a ERS considerou essencial desenvolver uma abordagem mais geral e sistemática deste tema, assente no princípio de que tal monitorização deve ocorrer junto do prescritor e não do prestador. Concretamente, definiu-se um modelo de monitorização e detecção de práticas sistemáticas de indução artificial da procura de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) capaz de identificar os prescritores que, de forma sistemática e estatisticamente

significativa, se distinguem dos demais, em termos da média anual de MCDT prescritos por consulta.

A definição concreta da metodologia a adoptar e da correspondente estrutura de dados necessária implicou, numa primeira fase, a revisão da literatura existente. O modelo seleccionado requer a utilização de dados a nível micro, isto é, "quantidades" por prestador, e com uma estrutura em painel, isto é, dados contendo observações das quantidades prescritas, por determinado estabelecimento, em períodos consecutivos.

Uma vez definida a estrutura de dados necessários, procedeu-se ao levantamento dos sistemas de informação disponíveis com o intuito de avaliar a compatibilidade entre os dados necessários e os existentes. Entendeu-se necessário recorrer às entidades financiadoras como fontes de informação. Das entidades financiadoras analisadas (SNS, ADSE, SAMS, Medis, Multicare e AdvanceCare), actualmente só o SNS contém informação suficientemente completa, desagregada e referente a um período suficientemente lato, para que possa ser utilizada no modelo de monitorização de práticas de procura induzida em desenvolvimento na ERS e, no final de 2006, encontrava-se a ERS a proceder à recolha da informação relevante disponível bem como a proceder à preparação de protocolos que permitam a utilização de uma base de dados oriunda de outras fontes de financiamento no futuro.

2.3. Regulação das relações económicas com operadores

2.3.1. Promoção da concorrência

Em matéria de concorrência entre operadores, incumbe à ERS, nos termos do art. 6º 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" e "colaborar com a a Autoridade da Concorrência na prossecução de atribuições relativas a este sector".

2.3.1.1. Colaboração com a Autoridade da Concorrência

Compete à ERS colaborar nos processos conduzidos pela Autoridade da Concorrência que respeitem a entidades reguladas por aquela, 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 (Sistema de Registo de Entidades Reguladas – SRER), colocam a ERS como a entidade mais bem preparada para definir o "mercado relevante", bem como para avaliar o grau de concorrência possível naquele mercado.

Em 2006, a ERS respondeu aos dois pedidos de parecer solicitados pela Autoridade da Concorrência, ambos relativos a operações de concentração de empresas: a aquisição, por via indirecta, do controlo exclusivo da empresa *HOSPOR – Hospitais Portugueses, S.A.*, pela empresa *Espírito Santo Saúde, SGPS, S.A.*; e a operação de aquisição por parte da *José de Mello Saúde SGPS, S.A.* das sociedades *Dr. Campos Costa – Consultório de Tomografia Computorizada, S.A.*, a *Valir – Sociedade Gestora de Participações Sociais, S.A.* e a *Valab – SGPS, S.A.*. Em ambos os casos, o parecer da ERS foi no sentido da não oposição à operação de concentração.

2.3.1.2. Mercados relevantes na saúde

A ERS iniciou, durante o ano de 2006, um processo de 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. Tendo como escopo permitir a resposta célere a questões que sejam colocadas à ERS no exercício das suas atribuições e competências, importava iniciar a definição e caracterização dos mercados relevantes que se possam identificar no sector da saúde, e delinear as metodologias e critérios que deverão estar subjacentes a definições futuras.

A definição do mercado relevante é um primeiro passo essencial para a avaliação concorrencial subsequente, isto é, a caracterização do mercado, da sua estrutura, do seu funcionamento, das suas barreiras à entrada, do seu grau de maturidade, no fundo, da concorrência efectiva existente e da concorrência potencial. Uma completa definição e

caracterização de mercados relevantes em qualquer sector é sempre um processo paulatino, na exacta medida em que é tradição nas instituições vocacionadas para esse tipo de análise – tenham natureza comunitária ou nacional – que semelhante trabalho apenas se efectue perante um caso concreto (v.g., uma operação de concentração, um acordo restritivo da concorrência).

Em 2006, a ERS elaborou o relatório "Mercados relevantes – metodologia de análise", contendo a explicitação dos principais conceitos e ferramentas de análise utilizados em sede de definição e caracterização de mercados relevantes, ao mesmo tempo que se procurou identificar e elencar o tipo de informação que se revelará necessária para a análise de mercados que se pretende empreender.

O relatório "Mercados relevantes – Metodologia de Análise" constitui a ferramenta de trabalho para a elaboração dos estudos referentes à análise de um mercado relevante concreto. O relatório elaborado sugere que a definição dos mercados de produto relevantes recorra à realização conceptual do teste do monopolista hipotético, à análise da substituibilidade do lado da procura, à substituibilidade do lado da oferta; ou seja, que se procure analisar para cada mercado os condicionalismos concorrenciais existentes. A definição de mercados geográficos deverá ser alicerçada numa efectiva análise empírica de fluxos de utentes, mediante a realização de inquéritos junto dos prestadores relativamente à proveniência geográfica dos utentes.

A aplicação da metodologia definida materializou-se, em 2006, na elaboração de quatro estudos sectoriais: "Mercados relevantes – Análises Clínicas", "Mercados relevantes – Diálise", "Mercados relevantes – Imagiologia", e "Mercados relevantes – MFR", relativos às respectivas especialidades médicas ou valências. Da análise realizada resultou que os mercados identificados não têm uma dimensão nacional, antes correspondendo a mercados de cariz local, com dimensões que poderão ser aproximadas pela utilização das unidades estatísticas NUTS III. Foi ainda possível concluir que qualquer um destes mercados apresenta uma estrutura concentrada, com a excepção dos mercados de Lisboa e Grande Porto, nos quais, atento o seu carácter mais urbano, a estrutura de mercado se apresenta mais atomizada e menos concentrada.

2.3.1.3. Garantia da concorrência

Nos termos do art. 6.º n.º 2 al. b) do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, incumbe à ERS "garantir a concorrência entre operadores, no quadro da prossecução dos direitos dos utentes", o que implica investigar todas as participações, queixas e reclamações de utentes ou prestadores que indiciem casos de violação dos princípios da concorrência. Durante o ano de 2006 foram abertos 5 processos de inquérito relativos a potenciais problemas de concorrência, dos quais se concluiram 4, em nenhum se tendo encontrado evidência suficiente para concluir pela existência de violações do princípio da concorrência.

2.3.2. Estudo da concorrência no sector do transporte de doentes

O transporte de doentes constitui uma componente importante da prestação de cuidados de saúde, ao afectar decisivamente a qualidade destes. Por outro lado, o transporte de doentes tem um peso significativo no orçamento da Saúde. Entendeu, por isso, a ERS realizar, em 2006, um estudo com o objectivo de caracterizar e avaliar o sector do transporte terrestre de doentes. Para tanto, foi criada, já no final de 2005, uma unidade de projecto que realizou o enquadramento teórico jurídico-económico da problemática e, seguidamente, procedeu à identificação dos operadores do sector, os quais contactou, directamente, ou através dos seus representantes, para a obtenção de informações relevantes. A unidade de projecto elaborou um relatório e conclusões preliminares, que foram enviados ao Gabinete do Senhor Ministro da Saúde, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Liga dos Bombeiros Portugueses (LBP), Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) e Associação dos Transportadores de Doentes em Ambulância (ATDA) para apreciação.

As conclusões do relatório preliminar apontavam como principais problemas do sector: a dispersão e complexidade da legislação que enquadra a actividade de transporte terrestre de doentes; a falta de eficácia do sistema de fiscalização dos transportes efectuados e dos veículos utilizados; a existência de restrições no acesso de novos operadores ao mercado de transporte de doentes, quer porque a contratação do transporte não urgente

de doentes se encontrava limitada para novos operadores, quer porque a actividade de transporte urgente de doentes se encontrava vedada a operadores privados.

Já em 2007, e após a recepção dos comentários ao relatório preliminar, foi concluído o relatório final do "Estudo e Avaliação do Sector do Transporte Terrestre de Doentes". Na sequência da análise desse relatório final, deliberou o Conselho Directivo da ERS emitir um conjunto de recomendações, que remeteu ao Governo.

2.3.3. Estudo da concorrência no sector da hemodiálise

Sendo a problemática da assistência na saúde aos insuficientes renais crónicos uma área de grande diversidade e complexidade quer a nível da própria patologia ou patologias associadas, quer pelos condicionamentos socio-económicos inerentes às doenças crónicas debilitantes, entendeu a ERS analisar a adequação da rede às necessidades latentes, por forma a salvaguardar uma oferta universal em condições não discriminatórias, facilitando o acesso quer aos utentes quer a eventuais empresas concorrentes potenciais.

Numa primeira abordagem ao tema, iniciada em 2005, a ERS recolheu uma série de dados e informações, tendo contado com a colaboração da Direcção Geral de Saúde e das Administrações Regionais de Saúde, e associações representantes de prestadores e doentes, a ANADIAL e a APIR, sobre as áreas que nos pareceram de maior relevância.

Após uma primeira análise preliminar, a ERS entendeu que parecem estar asseguradas, do ponto de vista clínico, as condições para o tratamento adequado dos insuficientes renais crónicos. Todavia, da avaliação efectuada resultaram indícios de que seria necessário aprofundar a vertente relativa à concorrência no sector, de modo aferir do grau de concorrência, equidade e transparência do mercado.

Neste sentido, já em 2006, a ERS solicitou ao CEGEA (Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada) da Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa um estudo exaustivo sobre as "condições da oferta privada dos tratamentos substitutivos da função renal", nomeadamente no que respeita às características da indústria, à cobertura geográfica e à estrutura e dos mercados regionais e nacional, tendo

como fim último a análise da eficiência económica deste sub-sector do sistema de saúde. Neste trabalho foi analisada a estrutura da rede de estabelecimentos de hemodiálise em Portugal continental e o seu desempenho empresarial. Em concreto, o estudo concentrou-se em duas dimensões do problema: de um lado, a forma como as empresas se organizam para prestar os serviços – numa lógica económica de análise das componentes da cadeia de valor – e, do outro, a estrutura do mercado final de serviços de hemodiálise.

O relatório preliminar, apresentado pelo CEGEA no final de 2006, permite concluir que a rede de prestadores de serviços de hemodiálise apresenta uma adequada cobertura do território nacional. Denotam-se, no entanto, elevados índices de concentração da oferta, quer a nível nacional quer a nível regional. A concentração observa-se não só horizontalmente, mas também verticalmente, a montante na cadeia de valor, já que as entidades dominantes controlam também o abastecimento de equipamentos e outras substâncias essenciais aos tratamentos de hemodiálise. Não obstante as preocupações de natureza concorrencial induzidas pela concentração da oferta, não se detectaram efeitos nefastos a nível do serviço prestado aos doentes.

Já em 2007 foi concluído o relatório final do estudo da "Estrutura de Mercado e Performance nos Serviços de Hemodiálise em Portugal" e realizado um fórum de discussão sobre o assunto. Na sequência desse trabalho, deliberou o Conselho Directivo da ERS emitir um conjunto de recomendações, que remeteu ao Governo.

2.3.4. Estudo sobre o regime das convenções

Transparência e igualdade de oportunidades são dois princípios fundamentais que devem prevalecer nas relações entre os grandes financiadores e os operadores, para que o sistema de saúde funcione de forma eficaz e justa. A ERS recebeu várias participações de entidades prestadoras de cuidados de saúde, que sugeriam que alguns aspectos do regime das convenções celebradas pelo SNS deveriam ser revistos. Neste contexto, a ERS realizou um estudo com o objectivo de caracterizar e avaliar o actual modelo de celebração de convenções entre o SNS e os prestadores privados de cuidados de saúde. Para tanto, analisou o enquadramento legal aplicável (confrontando-o com a situação

actual das convenções), apresentou a definição dos respectivos mercados relevantes e sua estrutura e, por último, comparou o modelo actual de contratação com o concurso público, o contrato de adesão, o ajuste directo e um modelo misto, à luz de quatro critérios de interesse público, decorrentes da própria Lei de Bases da Saúde e do regime jurídico das convenções aplicável, sendo estes o acesso e liberdade de escolha, a eficiência na afectação dos recursos, o controlo da despesa pública e os custos de transacção. A ERS organizou, ainda, um fórum privado, que serviu para a apresentação das conclusões preliminares do mesmo, seguida por um espaço de partilha de ideias entre as entidades convidadas, as quais apresentaram os seus comentários, que foram tidos em conta na versão final do estudo.

Da análise efectuada pela ERS resultou a publicação no *website* da ERS, em Novembro de 2006, de um relatório intitulado "Avaliação do Modelos de Celebração de Convenções pelo SNS". As principais conclusões do estudo são: o acesso às convenções apresenta-se fechado a novos prestadores, contrariamente ao previsto no Regime Jurídico das Convenções, estabelecido no Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril; os preços tabelados para os actos convencionados não estão adequados às condições de procura e oferta actualmente existentes; os mecanismos de fiscalização ao dispor das ARS não são suficientes para uma eficaz avaliação da qualidade dos serviços prestados, limitando-se apenas à verificação documental; em consequência, o actual modelo de contratação enferma de problemas sérios, que lesam acima de tudo os interesses dos utentes, em termos de acesso, liberdade de escolha e qualidade dos serviços de saúde, mas também o Estado de forma directa, especificamente no que toca à aplicação de recursos no sector da Saúde, e indirecta, por força da incumbência de protecção do direito à saúde dos cidadãos.

Na sequência da análise deste estudo, entendeu o Conselho Directivo da ERS recomendar a Sua Excelência o Ministro da Saúde a reformulação do modelo de celebração de convenções pelo SNS, garantindo o acesso às convenções de todos os prestadores, a adopção de mecanismos de fiscalização mais eficazes, a revisão do sistema de determinação de preços, e a implementação de um modelo de celebração de convenções assente no modelo do contrato de adesão, mas que permita, excepcionalmente, em mercados geográficos e valências específicas, o recurso à realização de concursos públicos.

2.3.5. Estudo sobre o regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

A legislação actual estabelece que o funcionamento de certos tipos de estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde pressupõe a existência de licenciamento. No entanto, a informação obtida no âmbito do processo de registo de prestadores de cuidados de saúde na ERS permite-nos constatar que a uma percentagem considerável de prestadores de cuidados de saúde sujeitos a licenciamento ainda não foi atribuída a respectiva licença.

Constatando esta realidade, a ERS levou a cabo um estudo com o objectivo de dar a conhecer os vários diplomas existentes no ordenamento jurídico português sobre o licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde, bem como analisar a situação actual do processo de licenciamento, e as suas implicações na concorrência. Da análise do relatório final, concluído em Dezembro de 2006, conclui-se que: a legislação sobre o licenciamento de unidades privadas de saúde é muito extensa e dispersa, não existindo um diploma comum; o licenciamento dos estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde apresenta problemas graves, dado que vários anos após a publicação dos respectivos regimes jurídicos, ainda existe uma grande percentagem de unidades sem licença atribuída; as consequências da coexistência de unidades licenciadas e unidades não licenciadas para a eficiência dos mercados relevantes são extremamente negativas, já que potencialmente aumenta os custos sem a contrapartida do aumento da qualidade, além de criar desvantagens competitivas para os prestadores licenciados face aos não licenciados.

O “Estudo sobre o Processo de Licenciamento dos Prestadores de Cuidados de Saúde”, serviu de suporte a um conjunto de recomendações que o Conselho Directivo da ERS entendeu remeter ao Governo, já em 2007.

2.3.6. Outros processos relativos à regulação das relações económicas

A actividade da ERS na regulação das relações económicas na saúde engloba também um conjunto de situações relativas a problemas de facturação e pagamentos que justificaram a abertura de 12 processos de inquérito. Neste domínio, foram resolvidos 5 dos processos abertos ainda em 2006. Em 3 casos considerou-se que não existia evidência que justificasse a intervenção da ERS. Um processo foi concluído com a satisfação da pretensão do utente. Finalmente, um processo motivou a emissão de uma recomendação pela ERS, já em 2007.

2.4. Registo dos prestadores de cuidados de saúde

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, incumbe à ERS proceder ao registo público das entidades que gerem ou detêm estabelecimentos onde são prestados cuidados de saúde. O conhecimento do universo dos regulados é uma condição imprescindível para que a ERS possa exercer devidamente as suas funções de regulação, supervisão e acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. O registo é efectuado não só no interesse público, mas também no interesse do próprio operador, uma vez que parte da informação prestada é divulgada *on-line*, constituindo o registo uma forma de reconhecimento público do operador e um factor de segurança acrescida para os próprios utentes da saúde.

Após a publicação da Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro, foi iniciado o processo de criação da infra-estrutura de sistemas de informação necessária à execução do processo de registo. O fornecedor externo, seleccionado após um procedimento de consulta prévia, desenvolveu um sistema de registo das entidades reguladas (SRER) à medida das necessidades de gestão da ERS, e do procedimento de registo previsto naquela Portaria. Toda a estrutura sistémica foi optimizada a fim de permitir a gestão de grandes quantidades de informação sem necessidade de grande quantidade de recursos humanos, e em integração com os processos internos da ERS. O pagamento das taxas

de registo foi integrado com a rede de cobranças do Estado, da Direcção-Geral do Tesouro, simplificando o processo.

As entidades supervisionadas pela ERS podem efectuar, através de um formulário disponível *on-line*, o seu pedido de senha, que lhes permitirá aceder a uma Área Privada, onde poderão preencher e actualizar toda a informação relativa ao processo de registo, verificar os pagamentos e imprimir certificados. Todas estas operações foram desenhadas de forma a minimizar o tempo dispendido pelos utilizadores e a evitar deslocações – todo o processo pode ser completado sem sair do computador.

O SRER começou a receber pedidos de registo a partir de 15 de Março. No entanto, foram poucas as entidades que iniciaram o processo até ao final de Maio, e ainda menos as que o completaram nesse período[3]. Em consequência, houve uma grande concentração de pedidos no final do prazo previsto para o registo, e em especial, nos dois últimos dias (29 e 30 de Junho).

Nesse período foram reforçadas as monitorizações e medidas de segurança para permitir que o sistema funcionasse sem interrupções. Foi também montado um sistema de atendimento reforçado para gerir o grande fluxo de chamadas telefónicas, garantindo o correcto encaminhamento das mesmas para as pessoas com as respectivas competências.

Foi assim possível atender mais de 3.000 pedidos telefónicos de esclarecimento sobre este processo nos dias 29 e 30 de Junho. No mesmo período, o SRER recebeu e processou, sem erros, 5.476 pedidos de senha e submissões de registo de entidades. Foram ainda recebidos 3.987 pedidos de informação escritos, via fax ou *e-mail* e foram atendidos presencialmente 384 prestadores.

O grande volume de solicitações implicou que algumas respostas e esclarecimentos só pudessem ser prestados posteriormente, mas o *call center* especialmente criado para o efeito procedeu aos esclarecimentos solicitados, tendo o processo de registo sido rapidamente normalizado.

[3] No final de Maio, cerca de 430 entidades tinham solicitado o acesso à área privada onde o pedido de registo é efectuado, mas apenas 11 entidades tinham procedido ao pagamento da taxa de registo, o último passo do processo.

Durante o processo de validação do pedido de registo, foram identificadas incorrecções em vários pedidos de registo. Adicionalmente, constatou-se que foram iniciados, mas não foram terminados, vários pedidos de registo. Assim, foi necessário delinear uma estratégia no sentido de acelerar a resolução dos vários casos pendentes e de outros problemas ou dificuldades que introduziram perturbações no processo de registo.

Foram elaborados dois projectos de decisão do Conselho Directivo relativamente a situações de inscrição indevida por parte de 13 operadores que exercem a sua actividade no âmbito das terapêuticas não convencionais. Nesse sentido foi desencadeado o necessário procedimento de audiência prévia dos interessados (art. 100.º e ss. do CPA). Após a audição dos interessados foi finalizado o processo de anulação e de declaração de nulidade dos pedidos de submissão de registo efectuados, bem como processada a devolução dos montantes indevidamente pagos a título de taxas.

Como consequência de todo este esforço, o processo de registo apresentava os seguintes resultados em 31 de Dezembro de 2006:

Estado do registo	N.º Entidades
Pedidos de senha	9.497
Registadas	6.441
Em pagamento	377
Em processamento	2.203
Pedidos anulados	476

Foi disponibilizada publicamente a base de dados do registo de operadores, estando neste momento plenamente acessível.

Paralelamente aos esforços de rectificação da informação constante na plataforma de registo, foi iniciado o processo de identificação de entidades que não efectuaram o pedido de registo, apesar de estarem sujeitas a este processo.

Foi ainda feita a conformação do processo de registo com os requisitos impostos pelo Decreto-Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, relativamente à recolha de dados pessoais. Com esse propósito foi notificada a Comissão Nacional de Protecção de Dados, nos termos do art. 27.º do mencionado diploma.

3. Avaliação final

A título de avaliação das actividades de regulação da ERS no ano de 2006, uma primeira nota deve ser dedicada a uma das actividades planeadas que exigiu um esforço em termos de recursos humanos, materiais e financeiros mais significativo, mas também uma actividade basilar para o funcionamento desta entidade. Trata-se do processo de registo obrigatório das entidades prestadores de cuidados de saúde. O conhecimento do universo dos regulados é uma condição imprescindível para que a ERS possa exercer devidamente as suas funções de regulação, supervisão e acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, pelo que o desenvolvimento e implementação do processo de registo via Internet foi uma actividade que se revestiu da maior importância.

Actualmente, a base de dados das entidades registadas na ERS constitui um acervo de informação sobre o tecido de prestadores de cuidados de saúde absolutamente inédito em Portugal, quer pela exaustividade do sector e natureza da informação recolhida, quer pela criação de um canal de comunicação directo e privilegiado com todos os prestadores.

Adicionalmente, o registo permitiu à ERS uma fonte de receitas própria da entidade, constituída pela taxa a que as entidades estão sujeitas no acto de inscrição.

Todos os projectos planeados pela ERS para o ano de 2006 foram implementados. A não conclusão de alguns desses projectos foi motivada pela necessidade de realizar análises e estudos complementares não planeados, ou por terem sido efectuadas diligências junto dos regulados que dilataram os prazos de conclusão.

As actividades em permanência de recepção e tratamento de queixas e reclamações e de investigação de todas as participações que indiciem violações graves dos direitos dos utentes, problemas de acesso e falhas de marcado, foram desempenhadas pela ERS com o máximo de zelo, e com resultados satisfatórios e animadores em termos da relevância da intervenção requerida a esta entidade por cada caso concreto.

Simultaneamente, o tratamento estatístico destas participações, queixas e reclamações revelou-se um instrumento fundamental para conhecer os pontos fracos do sistema de saúde e identificar as áreas que exigem uma análise mais aprofundada, tendo sido

possível detectar padrões indiciadores de problemas sistémicos, que foram já analisados por esta entidade, ou que o serão durante o ano de 2007.

Foi perceptível uma forte aceleração do ritmo de recepção de todo o tipo de participações ao longo do ano, o que resulta de um claro incremento na notoriedade da ERS junto dos cidadãos, e particularmente, utentes dos serviços de saúde, e junto dos prestadores de cuidados de saúde. Tal notoriedade é condição essencial para que a actividade da ERS surta efeitos importantes junto do sistema de saúde, uma vez que o seu papel de garante dos direitos dos utentes e da qualidade e segurança dos serviços prestados depende, em grande medida, de uma comunicação permanente e tão clara quanto possível entre esta entidade e os utentes e prestadores, bi-direccionada, mas sobretudo no sentido utente/prestador para regulador.

Este crescimento da notoriedade deve-se, essencialmente, à maior visibilidade da ERS devido ao incremento da sua actividade de emissão de pareceres e recomendações, e de realização de estudos, sobre temas sensíveis do sector da saúde, bem como devido à sua competência ao nível da fiscalização do Livro de Reclamações para prestadores de cuidados de saúde, que foi introduzido em 2006.

Para o incremento da notoriedade da ERS terá contribuído, igualmente, a renovação do seu *website*, bem como a implementação e disponibilização, também no *website*, do sistema de informação aos utentes, que lhes permite efectuar pesquisas sobre todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde registadas.

Finalmente, o ano de 2006 foi sinónimo de definição e estabilização da ERS em termos de gestão e organização interna. Ao nível dos recursos humanos, a implementação da sua estrutura orgânica e preenchimento parcial do quadro de pessoal, ao nível dos recursos, a mudança de instalações, e ao nível dos recursos financeiros, a constituição de uma fonte de receitas próprias (taxas de registo), foram as principais actividades a realçar, que dotaram esta entidade das condições necessárias e suficientes para desenvolvimento da sua actividade, no âmbito das atribuições legalmente estabelecidas, sem constrangimentos.

Porto, 5 de Julho de 2007

O Conselho Directivo

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

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