



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



ESTUDO E AVALIAÇÃO DO SECTOR DO TRANSPORTE TERRESTRE DE DOENTES

MARÇO DE 2007

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Transporte de Doentes.....	1
1.2. Qualidade e Satisfação em Cuidados de Saúde.....	2
1.3. Eficiência Económica e Bem-Estar.....	4
2. Metodologia.....	6
3. Enquadramento Jurídico.....	9
3.1. Direito Interno.....	9
3.1.1. Enquadramento Jurídico Geral do Transporte de Doentes.....	9
3.1.2. O INEM.....	11
3.1.3. Os Bombeiros.....	14
3.1.4. A Cruz Vermelha Portuguesa.....	16
3.1.5. As Empresas Privadas.....	17
3.1.6. O Caso Especial dos Táxis.....	17
3.1.7. As Seguradoras e o Transporte de Doentes.....	18
3.1.8. A Fiscalização do Transporte de Doentes.....	19
3.2. Breve Referência de Direito Comparado.....	19
3.2.1. O Ordenamento Jurídico Espanhol.....	20
3.2.2. O Ordenamento Jurídico Francês.....	20
3.3. O Direito da Concorrência.....	20
4. Análise de Mercado.....	22
4.1. Estrutura do Sector.....	22
4.1.1. Mercados Relevantes.....	22
4.1.2. Número de Operadores.....	24
4.1.2.a. Transporte Urgente Primário.....	24
4.1.2.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário.....	29
4.1.3. Dimensão Média dos Prestadores.....	36
4.1.3.a. Transporte Urgente Primário.....	36
4.1.3.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário.....	40
4.2. Comportamento dos Agentes.....	43
4.2.1. Contratação, Preços e Formas de Pagamento.....	43
4.2.1.a. Transporte Urgente Primário.....	43
4.2.1.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário.....	44
4.2.2. Papel do INEM.....	50
4.2.2.1. Na Organização do Sector e Prestação de Serviços.....	50

4.2.2.1.a. Transporte Urgente Primário	50
4.2.2.1.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário	51
4.2.2.2. Na Formação de Técnicos	51
4.2.2.3. No Acesso ao Mercado.....	52
4.2.2.3.a. Transporte Urgente Primário	52
4.2.2.3.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário	53
4.2.2.4. Na Garantia da Qualidade do Serviço	54
4.2.2.4.a. Transporte Urgente Primário	54
4.2.2.4.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário	54
4.3. Performance	56
4.3.1. Relação Concorrencial.....	56
4.3.1.a. Transporte Urgente Primário	56
4.3.1.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário	57
4.3.2. Dados Sobre a Actividade	57
4.3.2.1. Repartição da Procura pelos Prestadores	57
4.3.2.1.a. Transporte Urgente Primário	57
4.3.2.1.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário	61
4.3.2.1.b.1. Estrutura do Mercado	61
4.3.2.1.b.2. Disparidades entre Distritos do “Litoral” e Distritos do “Interior”	64
4.3.2.1.b.3. O Caso dos Táxis	71
4.3.2.2. Prestadores.....	72
4.3.2.2.1. Os Bombeiros	72
4.3.2.2.2. A Cruz Vermelha Portuguesa	73
4.3.2.2.3. As Empresas Privadas de Transporte de Doentes	75
4.3.2.2.4. As Entidades sem Fins Lucrativos	77
5. Conclusões	78
Anexo I – Questões mais frequentes, objecto de reclamação, no âmbito do transporte de doentes	86
Anexo II – Direito comparado	88
1. Breve Referência ao Enquadramento Legislativo Espanhol	88
2. O Transporte de Doentes e o Ordenamento Jurídico Francês.....	90
Anexo III – Questionário	98
Anexo IV – Estimativa dos Custos Suportados pelas Empresas Privadas de Transporte de Doentes	99
Anexo V – Representatividade da ARS Norte como Amostra do Continente	105
Anexo VI – Dados da Actividade dos Bombeiros	111

Índice de Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

ATDA – Associação dos Transportadores de Doentes em Ambulância

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

DGV – Direcção-Geral de Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LBP – Liga dos Bombeiros Portugueses

LBS – Lei de Bases da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEM – Posto de Emergência Médica

PSP – Polícia de Segurança Pública

RTD – Regulamento do Transporte de Doentes

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SNBPC – Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRS – Sub-região de Saúde

SSPH – Sistema de Socorro Pré-Hospitalar

TAS – Técnico de Ambulância de Socorro

TAT – Técnico de Ambulância de Transporte

1. Introdução

1.1. Transporte de Doentes

O processo de transporte dos utilizadores dos serviços prestadores de cuidados de saúde deve pautar-se por padrões de qualidade, sem o que não haverá uma prestação qualificada de serviços de saúde.

Muito embora o transporte dos doentes possa não ser entendido como uma prestação directa de cuidados de saúde, não deixa, no entanto, de constituir uma sua componente importante, pelo que afecta positiva ou negativamente a qualidade destes.

Assim, a qualidade dos serviços de transporte de doentes contribuirá determinantemente para a melhoria da eficácia do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e de todo o sistema nacional de saúde.

Além dos aspectos relacionados com a qualidade deste tipo de prestações, deve existir também a preocupação com o custo das mesmas, quer directamente para os utentes, quer para o próprio Estado. Na verdade, o transporte de doentes tem um peso significativo no orçamento da Saúde. Os gastos anuais com transporte de doentes deverão rondar os 135 milhões de euros, dos quais três quartos são financiados pelo SNS, e o restante suportado pelos subsistemas, pelas seguradoras e, residualmente, pelos utentes¹. Só a despesa dos centros de saúde do SNS com este serviço se cifrou, em 2004, nos 75 milhões de euros, o que representa 3,75% do total dos seus custos operacionais, excluindo medicamentos². Considerando somente os gastos com a subcontratação, excluindo a despesa com medicamentos, conclui-se que o peso do transporte de doentes ascende a 9,36% destes gastos.

Por estas razões, e indo ao encontro das preocupações manifestadas pelo Gabinete do Senhor Ministro da Saúde com aquela problemática, o Conselho Directivo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) deliberou constituir, com este objectivo, uma Unidade de Projecto. Esta unidade elegeu como objecto do seu trabalho um conjunto de situações que considerou mais relevantes e indiciadoras de algumas questões merecedoras de ponderação, como sejam:

¹ Estimativas da ERS para a despesa em 2005, com base em dados do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF).

² Segundo o Relatório das Contas Globais do SNS de 2004, publicado pelo IGIF.

- O levantamento da realidade actual em matéria de transporte de doentes;
- O apuramento do papel de cada um dos intervenientes neste mercado – Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), Polícia de Segurança Pública (PSP) e privados;
- A avaliação do papel do INEM no transporte de doentes, nomeadamente quanto ao facto de se tratar de uma entidade vocacionada para actuar como operador na área do transporte emergente de doentes e, simultaneamente, ter funções de controlo, supervisão, concessão de alvarás, de formação e qualificação do pessoal na actividade de transporte de doentes em geral, existindo, assim, a possibilidade de estes dois níveis de actuação do INEM poderem ser considerados potencialmente conflitantes;
- A apreciação das questões relacionadas com a fiscalização, em concreto, do transporte dos doentes pelas ambulâncias, durante o trajecto, ou, dito de outro modo, a verificação da existência, no terreno, de mecanismos que assegurem minimamente este controlo – tipo e qualidade da ambulância, qualificação da tripulação e número de doentes transportado.

1.2. Qualidade e Satisfação em Cuidados de Saúde

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a saúde na Europa, de 2002, consagra como primeira estratégia uma abordagem centrada no cidadão.

Esta preocupação de *empowerment* do cidadão deve ser vista como uma forma de garantir maior aproximação entre este e o poder político e participação na vida pública mais activa. Para atingir tal desiderato, será necessário:

1. Aumentar a possibilidade de escolha do cidadão;
2. Dar voz ao cidadão, nomeadamente através das organizações da sociedade civil;
3. Fomentar mecanismos de participação do cidadão;
4. Promover comportamentos saudáveis num contexto ambientalmente conducente à saúde.

No âmbito específico da saúde interessa compreender, desde logo e em primeiro lugar, que respostas recebe o cidadão para as suas necessidades, desejos e

expectativas e, em segundo, qual o poder de que dispõe na sociedade, ou seja, como é envolvido pelo próprio sistema. A este nível é sabido que a medida da consciência, por parte dos cidadãos, dos seus direitos e deveres, varia na razão directa do grau de informação que lhe é disponibilizada, bem como da dignidade e do respeito com que é assistido.

Os utentes, no momento em que têm necessidade de recorrer a uma prestação de cuidados de saúde, devem ser devidamente esclarecidos, além do mais, porque se encontram numa posição de debilidade e fragilidade, resultantes não só da situação que vivem em termos físicos, como da componente psicológica e mesmo emotiva que daí decorre, para si próprios e para os seus familiares ou acompanhantes. Não devemos esquecer que, para o reforço da dignidade e do respeito pelos utentes, algo têm contribuído e muito podem vir a contribuir os movimentos e associações desses mesmos utentes, isto é, dos cidadãos. Este reforço, por seu lado, não deixará de redundar no aumento da qualidade da resposta do sistema às referidas necessidades e expectativas. Ao que fica dito, acresce a imprescindibilidade de transparência e de aproximação do sistema ao cidadão.

A qualidade da prestação de cuidados de saúde deve ser considerada como imprescindível também no transporte de doentes. Assim, diremos que, para alguns autores, é composta por um elemento objectivo, directamente relacionado com a satisfação do utente, no que toca à percepção, às suas expectativas (há quem a designe mesmo por qualidade percebida), e outro respeitante à produtividade.

A qualidade tem que ser duplamente encarada, ou seja, pelo utente, que atende à sua satisfação e à eficácia das prestações que recebe, e pelos profissionais que lhas prestam (profissionais de saúde e restantes colaboradores). Pretende-se que estes últimos estejam motivados, confiantes e satisfeitos.

Para que haja qualidade, importa que se atinja um nível de aceitação dos serviços prestados, que seja adequada a relação entre o diagnóstico e a terapêutica, que exista uma boa relação entre os profissionais de saúde e os pacientes. Em suma, idealmente, devem os agentes envolvidos, quer profissionais quer utentes, ficar satisfeitos, beneficiando todos com essa satisfação partilhada.

Resta-nos concluir que o inalienável direito dos cidadãos à informação e à audição quanto à qualidade dos cuidados de saúde que lhe são prestados não é ainda exercido de forma ampla e sistemática pelos portugueses, sendo esta, obviamente,

uma das mais claras e necessárias afirmações da sua cidadania e um contributo importante para a melhoria daquela.

1.3. Eficiência Económica e Bem-Estar

O livre funcionamento de mercados que verifiquem os pressupostos da concorrência perfeita garante a obtenção da máxima eficiência, nomeadamente em termos da utilização de recursos com vista à minimização de custos, e em termos do *mix* de produtos necessário à satisfação dos consumidores. A defesa da concorrência será, nesse caso, de interesse público, se tivermos em conta que uma eficiente alocação de recursos escassos a necessidades potencialmente ilimitadas é factor essencial para o bem-estar da sociedade.

Todavia, na presença de desvios aos pressupostos de concorrência perfeita (falhas de mercado), poderá não ser socialmente desejável a promoção da concorrência pura. No caso dos chamados monopólios naturais, ou na presença de fortes assimetrias de informação, forçar um ambiente concorrencial não regulado pode tornar-se ineficiente.

No sector da saúde, predominam as falhas de mercado, resultantes nomeadamente de economias de escala e de fortes assimetrias de informação, que desaconselham a existência de mercados de concorrência livre. Estas falhas de mercado também estão presentes no subsector do transporte de doentes. No transporte urgente de doentes, parecem óbvias as vantagens de concentrar numa única entidade a recepção dos pedidos de socorro e a associada gestão dos meios disponíveis (monopólio natural). Por outro lado, também existirão certamente assimetrias de informação em todos os transportes de doentes, na medida em que este serviço exige o cumprimento de padrões quanto à adequação técnica e sanitária do equipamento presente nos veículos e quanto à formação e procedimentos dos técnicos que o doente, sem instrução específica, não consegue avaliar. Ainda assim, quando comparado com a prestação de cuidados médicos ou de actos de enfermagem, trata-se de um subsector onde essas assimetrias terão um grau reduzido. Claro que, no caso mais específico do transporte em situações de urgência, a assimetria de informação é agravada.

O estudo sobre a situação concorrencial de um sector deve conduzir a uma opção evidente sobre se deve, ou não, haver um verdadeiro mercado, qual o nível de concorrência pretendido, qual o grau de controlo que o Estado deverá ter sobre o mesmo e quais os papéis a serem desempenhados por cada um dos actores a ele ligado. O Estado, enquanto actor social, com o objectivo de maximizar o bem-estar da sociedade, deve promover o bom funcionamento dos mercados. Na prossecução

deste papel, o Estado pode decidir ser produtor monopolista nesses mercados, ou então regular a actividade dos produtores privados, pela emissão e fiscalização de normas que induzam comportamentos que promovam a maximização da eficiência.

O Estado Social preconizou uma tendência crescente para a preocupação com as questões da qualidade, disponibilidade e acessibilidade dos cuidados de saúde, preocupações que são centrais à luz do inalienável direito dos cidadãos à protecção da saúde. É importante notar que esta tendência tem sido acompanhada de um crescimento significativo das despesas em Saúde e de um crescimento do seu peso no total dos recursos consumidos, em termos de despesa nacional global e pública. Daqui decorre que a regulação na saúde tem um grande interesse público, não só porque engloba as questões sociais de qualidade e desempenho, mas também porque abrange questões económicas ligadas à eficiência na aplicação dos recursos públicos.

O estudo do sector do transporte de doentes, enquanto parte integrante do diversificado sector da saúde, deve então ser balizado pela necessidade de garantir a qualidade dos serviços disponíveis e pela eficiência na aplicação dos recursos financeiros.

2. Metodologia

Para levar a cabo a tarefa a que nos propusemos, escolhemos a metodologia que passamos a enunciar:

- Estudo teórico da problemática;
- Recolha de elementos tradutores da realidade;
- Análise e tratamento destes dados;
- Enunciação de algumas conclusões e consequentes recomendações.

Após o estudo da realidade do transporte de doentes e seu enquadramento teórico, fundamentalmente jurídico-económico, procedeu-se à recolha e identificação dos operadores do sector, estabelecendo, de imediato, contactos com os mesmos, ou seus representantes, com quem reunimos, a quem expusemos os objectivos deste trabalho, dos quais ouvimos aspirações e queixas e a quem solicitámos a respectiva colaboração para a recolha de elementos.

O *modus faciendi* escolhido para este trabalho – agendamento de reuniões, onde expusemos os objectivos pretendidos e ouvimos as opiniões sobre o sector e solicitámos a disponibilização de elementos para o seu conhecimento – visou também estimular a participação dos operadores.

A resposta dos operadores foi globalmente positiva. A Liga dos Bombeiros Portugueses (LBP), tendo aceitado o nosso pedido de colaboração, foi adiando a mesma, acabando por não agendar a reunião solicitada, nem fornecer elementos para este trabalho. Posteriormente, a LBP veio informar que se encontrava a realizar um estudo sobre o sector, com um calendário incompatível com o da ERS, razão da sua não colaboração. De qualquer forma, esta é uma lacuna com algumas consequências no resultado deste trabalho, uma vez que a recolha de elementos relativamente aos bombeiros teve que ser efectuada indirectamente. Ora, os bombeiros constituem um significativo prestador do serviço de transporte de doentes, sendo esta prestação uma parcela muito importante da sua actividade.

Todavia, como foi afirmado, reunimos com representantes dos vários tipos de prestadores, começando pelo INEM. Na sequência da reunião, o seu representante procedeu ao envio dos dados solicitados.

A colaboração prestada pela CVP e pelos transportadores privados de doentes foi também muito importante. Após a reunião que teve lugar, respectivamente, com representantes da direcção da primeira e da direcção de uma das associações dos segundos – a Associação dos Transportadores de Doentes em Ambulância (ATDA) –, todos colaboraram, enviando os elementos solicitados. Tendo nós enviado, quer às empresas, quer à CVP, para distribuir pelas suas delegações, um formulário, com elementos essenciais ao conhecimento do sector para o nosso trabalho, referentes aos últimos cinco anos, onde se questionavam estes destinatários sobre o transporte que efectuaram ao longo dos últimos cinco anos, obtivemos um elevado número de respostas. Tentámos, assim, apurar o número de transportes efectuados, número e tipo de ambulâncias, a sua tripulação, a eventual existência de convenções, etc.

Por último, há que referir a prestimosa colaboração das sub-regiões de saúde (SRS) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), quer directamente, como foi o caso concreto da Sub-Região do Porto, com quem reunimos, quer indirectamente, através da própria ARS Norte. Após uma reunião com elementos representantes desta, estabeleceu-se um canal privilegiado de colaboração entre estes dois organismos, visando a recolha de elementos quanto ao transporte de doentes, das cinco SRS, centralizado na ARS. Assim, após o apuramento dos elementos a requerer às SRS, a ARS não só os solicitou, tendo envidado esforços para os obter, com a maior celeridade possível, como os reencaminhou para a ERS.

De facto, atendendo ao prazo que foi estipulado para a apresentação deste trabalho final, onerados com a dificuldade na obtenção de dados dos diferentes prestadores, optámos por efectuar um estudo cujo objecto, em termos geográficos, fosse a área de intervenção da ARS Norte, por considerar tratar-se de uma amostra significativa face ao todo nacional.

Foram ainda contactados directamente alguns prestadores de cuidados de saúde, potenciais clientes do serviço de transporte de doentes (sector hospitalar e segurador), para aferir do modo de funcionamento em relação a eles.

A unidade de projecto beneficiou ainda do acesso a relatórios elaborados pela Inspecção-Geral da Saúde e por Gabinetes de Auditoria das Administrações Regionais de Saúde, onde foram recolhidas algumas das informações constantes deste estudo.

Elaborado o Relatório Preliminar do Estudo e Avaliação do Sector do Transporte Terrestre de Doentes, foi o mesmo enviado ao Gabinete do Senhor Ministro da Saúde, ao INEM, à CVP, à LBP e à ATDA, para apreciação. Todas estas entidades se

pronunciaram sobre o Relatório Preliminar e apresentaram sugestões, boa parte das quais foram levadas em linha de conta na redacção final deste relatório.

3. Enquadramento Jurídico

3.1. Direito Interno

3.1.1. Enquadramento Jurídico Geral do Transporte de Doentes

O exercício da actividade de transporte de doentes depende de autorização prévia do Ministério da Saúde³, devendo, do respectivo requerimento para concessão dessa autorização, constar uma série de requisitos, de cuja verificação depende a atribuição do alvará. Concedido o alvará solicitado, torna-se intransmissível, podendo ser cassado nos casos previstos na lei, desde logo havendo cessação dos requisitos exigidos para a sua concessão.

Os veículos de transporte de doentes estão sujeitos ao prévio licenciamento da Direcção-Geral de Viação (DGV), que pode ser cancelado ou suspenso nos casos previstos no diploma legal que regula, em primeira linha, a actividade de transporte de doentes. Este diploma dispõe que os veículos utilizados neste transporte têm necessariamente que ser sujeitos a inspecção, quer aquando do seu licenciamento, quer quando a interrupção da circulação, por força de acidente, se prolongue por período superior a 90 dias.

O Regulamento do Transporte de Doentes (RTD), aprovado pela Portaria nº 439/93, de 27 de Abril, surgiu no seguimento, e como complemento, das regras básicas do transporte de doentes efectuado por via terrestre, como actividade complementar da prestação de cuidados de saúde, estabelecidas no Decreto-Lei nº 38/92, de 28 de Março na sequência do disposto no nº 2 da base XXIII da Lei nº 48/90, de 24 de Agosto.

Porém, atendendo às modificações da realidade – *evolução tecnológica dos veículos e dos seus equipamentos e aos progressos da medicina na área do socorro e do transporte de doentes em situações de urgência e de emergência (...)* – e à necessidade de adaptar o transporte de doentes às exigências por elas impostas, foi aquele regulamento alterado pela Portaria n.º 1147/2001, de 28 de Setembro, e posteriormente pela Portaria n.º 1301-A/2002, de 28 de Setembro.

Quando, neste trabalho, nos referimos ao transporte de doentes, obviamente incidimos sobre a problemática das ambulâncias, ou seja, e seguindo o disposto no Regulamento de Transporte de Doentes, *todo o veículo que, pelas suas*

³ Cfr. Artigo 2º do Decreto-Lei nº 38/92, de 28 de Março.

características, equipamento e tripulação, permite a estabilização e ou transporte de doentes.

Estas ambulâncias podem ser de três tipos: A (A1 e A2), B e C.

As do tipo A são ambulâncias de transporte, isto é, veículos devidamente identificados, equipados para o transporte de doentes que dele necessitem por causas medicamente justificadas e cuja situação clínica não faça prever a necessidade de assistência durante o transporte⁴.

As ambulâncias de transporte A podem ser: do tipo A1 – de transporte individual, destinadas ao transporte de um ou dois doentes em maca ou maca e cadeira de transporte; do tipo A2 – de transporte múltiplo, destinada ao transporte de até sete doentes em cadeiras de transporte ou em cadeiras de rodas.

Consideram-se ambulâncias de tipo B as de socorro, ou seja, todo o veículo identificado como tal cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de suporte básico de vida destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte.

Finalmente, ambulâncias de tipo C são as de cuidados intensivos – todo o veículo identificado como tal cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de suporte avançado de vida destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte.

O RTD, para além da elencação dos vários tipos de ambulâncias, define as suas características, quer gerais, quer técnicas e sanitárias, bem como os equipamentos mínimos que cada uma delas deve possuir e as qualificações dos respectivos tripulantes.

Da análise do RTD constata-se que foi atribuída ao INEM uma posição de relevo nas situações de emergência quer como serviço pré-hospitalar (CODU), quer na referenciação e transporte de doentes em situação de emergência. Estabelece este regulamento que o *transporte de doentes em situações de emergência está reservado ao Instituto Nacional de Emergência Médica e às entidades por ele reconhecidas ou com as quais celebre acordos com essa finalidade, nomeadamente a Polícia de Segurança Pública, a Cruz Vermelha Portuguesa e corpos de bombeiros.*

⁴ Cfr. nº 5 da Portaria 1147/2001, de 28 de Setembro (r. da Portaria nº 1301-A/2002, de 28 de Setembro).

Mais ainda, esta supremacia revela-se noutros aspectos muito importantes que são objecto de tratamento no RTD. Desde logo pela concessão de alvarás⁵ para o exercício da actividade de transporte de doentes, a qual, apesar de depender de autorização do Ministério da Saúde, depende de um processo, cuja instrução cabe ao INEM, mas também passa pela formação dos tripulantes das ambulâncias, cuja definição de programas é da sua responsabilidade, e a aprovação do regulamento das suas fardas (excepcionando-se os pertencentes a associações ou corpos de bombeiros).

Cabe também ao INEM o exercício da fiscalização da actividade privada de transporte de doentes⁶ e a instrução de processos de contra-ordenação relacionados com esta realidade, visando, sempre que se conclua pela verificação dos seus pressupostos, a aplicação das respectivas sanções.

Tem igualmente o INEM competência para cassar o alvará de transporte de doentes, cancelar a licença ou mesmo interditar o exercício dessa actividade, por um período até dois anos, sempre que, para tal, se verifiquem os necessários requisitos legais.

3.1. 2. O INEM

O INEM é um instituto público⁷, com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio, a quem cabe a definição, organização, coordenação e avaliação das actividades do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), nomeadamente no que respeita a:

- a) Sistema de socorro pré-hospitalar (SSPH), nas suas vertentes medicalizado e não medicalizado;
- b) Articulação do SSPH com os serviços de urgência/emergência;
- c) Referenciação e transporte de urgência/emergência;
- d) Recepção hospitalar e tratamento urgente/emergente;
- e) Formação em emergência médica;

⁵ Note-se a isenção de requerer este alvará, de que beneficiam as associações ou corpos de bombeiros legalmente constituídos e as delegações da Cruz Vermelha.

⁶ Por uma questão de eficácia, a fiscalização da actividade privada de transporte de doentes pode ser delegada pelo INEM nas ARS.

⁷ Cfr. Estatutos do INEM, em anexo à Lei Orgânica do INEM – Decreto-Lei nº 167/2003, de 29 de Julho.

- f) Planeamento civil e prevenção;
- g) Rede de telecomunicações.

Cabe igualmente ao INEM:

- a) Assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número 112 e accionamento dos meios de socorro apropriados no âmbito da emergência médica;
- b) Assegurar a prestação de socorro pré-hospitalar e proceder ao transporte para as unidades de saúde adequadas;
- c) Promover a recepção e o tratamento hospitalares adequados do doente urgente/emergente;
- d) Promover a criação e correcta utilização de corredores integrados de urgência/emergência («vias verdes»);
- e) Promover a integração coordenada dos serviços de urgência/emergência no SIEM;
- f) Promover a correcta referenciação do doente urgente/emergente;
- g) Promover a adequação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente;
- h) Promover a formação e qualificação do pessoal indispensável às acções de emergência médica;
- i) Assegurar a elaboração dos planos de emergência/catástrofe em colaboração com as administrações regionais de saúde e com o Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil (SNBPC);
- j) Orientar a actuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de catástrofe ou calamidade, integrando a organização definida em planos de emergência/catástrofe;
- l) Desenvolver acções de sensibilização e informação dos cidadãos no que respeita ao SIEM;

m) Conceder alvarás e efectuar a fiscalização técnica e normativa da actividade de transporte de doentes;

n) Homologar os *curricula* dos cursos ou estágios que versem sobre emergência médica;

o) Promover a cooperação com comunidades lusófonas, sem prejuízo das atribuições próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros;

p) Propor as medidas legislativas e administrativas indispensáveis ao desempenho das suas atribuições e competências.

Na sequência da Lei Orgânica do INEM, foi publicada a Portaria nº 458-A/2004, de 23 de Abril⁸, que homologa o Regulamento Interno deste instituto. Este regulamento define a organização e funcionamento interno das unidades orgânicas do INEM. Porque de maior relevo para a problemática aqui em análise, apenas faremos referência a um dos serviços centrais em que se divide o INEM – o Departamento de Transportes (DT) e um dos serviços em que se divide cada uma das delegações regionais do INEM – o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

Ao DT cabe a gestão dos meios de transporte e concessão de alvarás às entidades que realizam a actividade de transporte de doentes, bem como a respectiva supervisão e auditoria. Compõem o DT os serviços de Gestão de Transportes (SGT) e de Alvarás e Auditorias (SAA). A este último cabe: a avaliação dos pedidos de concessão de alvarás a empresas de transporte de doentes, submetendo a proposta de concessão do mesmo ao conselho de administração; a avaliação dos pedidos de concessão de certificados de alvarás para viaturas pertencentes a empresas já certificadas; a realização de fiscalizações e auditorias às empresas licenciadas, por forma a garantir a qualidade do serviço prestado pelas mesmas e o cumprimento das normas previstas na lei.

Compete ao CODU a actividade relativa ao atendimento dos pedidos de emergência médica accionados através do número europeu de emergência, a activação dos meios de socorro daí decorrentes e o acompanhamento dos mesmos.

Face a uma análise atenta do Estatuto e do Regulamento do INEM, nomeadamente dos seus poderes, percebe-se que, pelo seu importante papel, possam surgir alguns reparos por parte de outros operadores no mercado dos transportes – bombeiros, CVP

⁸ Publicada no Diário da República nº 96, de 23 de Abril de 2004.

e operadores privados. Esses reparos são colocados em função de algumas questões, que merecem uma análise mais aprofundada:

- A posição ocupada pelo INEM no transporte emergente confere-lhe uma posição de supremacia no transporte de doentes?
- A opção de atribuir ao INEM funções de operador – no transporte de emergência – e de controlo e supervisão, em geral, no transporte de doentes, não poderá eventualmente tender, de algum modo, para uma situação de abuso de posição dominante?
- A fiscalização no transporte de doentes é efectivamente exercida pelo INEM?
- Deverá ou poderá ser o INEM o único responsável por essa fiscalização?
- Será que a dupla tutela dos veículos de transporte de doentes comparticipada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Administração Interna tem ganhos de eficácia para o sector?

3.1.3. Os Bombeiros

O Decreto-Lei nº 295/2000, de 17 de Novembro, que aprova o Regulamento Geral dos Corpos de Bombeiros, define “corpo de bombeiros” como uma unidade operacional tecnicamente organizada, preparada e equipada para o cabal exercício das missões atribuídas aos bombeiros, não sendo considerado como tal as entidades que não tenham por missão o combate e a prevenção contra incêndios, impondo o legislador que o exercício das actividades dos corpos de bombeiros seja vedado a quaisquer outras entidades singulares ou colectivas.

Apesar do combate aos incêndios assumir uma posição de supremacia na missão dos bombeiros, o facto é que, na realidade, o socorro e transporte de sinistrados e doentes, incluindo a urgência pré-hospitalar, faz parte das suas missões diárias⁹.

Os corpos de bombeiros podem ser: sapadores¹⁰, municipais, voluntários e privados. Segundo dados recolhidos no *site* da LBP, existe um universo de 471 associações de bombeiros, sendo 434 voluntários, 21 municipais, 10 privados e 6 sapadores.

⁹ Cfr. Artigo 3º, alínea d) do Regulamento Geral dos Corpos de Bombeiros.

¹⁰ Nos termos do artigo 8º do supra citado regulamento:

2 - Os corpos de bombeiros sapadores têm as características seguintes:

Qualquer uma destas corporações pode desenvolver todas as suas missões, nas quais se insere o transporte de doentes. Nos termos do Regulamento existe ainda um conjunto de veículos a utilizar pelos bombeiros, conforme a finalidade a que se destina e a natureza do equipamento que transporta¹¹, sendo dignos de referência, para a temática que nos encontramos a abordar, os equipamento de serviço de saúde.

Impõe ainda este regulamento que os veículos e o equipamento dos corpos de bombeiros obedeçam, quanto às suas características, às regras específicas de normalização técnica respectivamente aplicáveis, sendo obrigatório, na homologação de veículos de socorro, o parecer técnico-operacional do SNB.

-
- a) São criados na dependência de uma câmara municipal;
 - b) São exclusivamente integrados por elementos profissionais;
 - c) Detêm uma estrutura que compreende a existência de companhias, batalhões e regimentos, ou, pelo menos, de uma de estas unidades estruturais nos termos fixados em diploma próprio;
 - d) Os regimentos e batalhões de bombeiros sapadores compreenderão, na sua estrutura, o comando, a secção técnica, a companhia de instrução, as companhias operacionais e os serviços logísticos;
 - e) As companhias de bombeiros sapadores, quando não enquadradas em regimentos ou batalhões compreenderão o comando, a secção técnica e de instrução, os pelotões operacionais e os serviços logísticos.

3 - Os corpos de bombeiros municipais têm as características seguintes:

- a) São criados na dependência de uma câmara municipal;
- b) Podem integrar bombeiros em regime de voluntariado, que ficarão sujeitos às normas legais e regulamentares aplicáveis a esse regime;
- c) Estão organizados, de acordo com o modelo definido pela respectiva câmara municipal, nos termos da lei.

4 - Os corpos de bombeiros voluntários têm as características seguintes:

- a) Pertencem a uma associação de bombeiros voluntários;
- b) Podem integrar em permanência e no seu período laboral os funcionários da administração local que sejam simultaneamente bombeiros voluntários, mediante acordo entre a respectiva associação e a autarquia;
- c) Quando ocorra a situação a que se reporta a alínea anterior, os elementos em causa encontram-se submetidos aos regimes de comando e disciplina aplicáveis genericamente ao corpo de bombeiros.

(...)

7 - Para além das espécies de corpos de bombeiros definidas no n.º 1, poderão, ainda, existir corpos de bombeiros privativos, nas seguintes condições:

- a) A criação de corpos de bombeiros privativos pode ser iniciada por pessoas colectivas de direito público ou privado;
- b) A área de actuação de um corpo de bombeiros privativo é circunscrita ao domínio privado de que seja titular a entidade a que pertence e ao domínio público que lhe esteja afecto;
- c) Os corpos de bombeiros privativos podem actuar em locais exteriores à sua área de actuação, por requisição e sob a direcção do SNB, o qual suportará os encargos inerentes;
- d) A criação e a manutenção dos corpos de bombeiros privativos constituem encargo das entidades a que pertencem, não sendo abrangidas por apoios do SNB.

¹¹ Estes veículos classificam-se em:

- a) Veículos de combate a incêndios;
- b) Veículos de serviço de saúde;
- c) Veículos de socorro a naufragos;
- d) Veículos de intervenção especial;
- e) Veículos de apoio.

Às inspecções distritais de bombeiros, em articulação com a Inspeção Nacional, cabe a emissão de parecer sobre o tipo de veículos e restante material de que os corpos de bombeiros devem ser dotados, atendendo, nomeadamente, às características dos serviços a que se destinam.

Assim sendo, conjugado o disposto neste regulamento com o disposto no RTD, somos levados a concluir que os corpos de bombeiros têm amplos poderes de auto-controlo, no que respeita ao transporte de doentes. No entanto, apesar de o legislador isentar as associações ou corporações de bombeiros de requerer alvará para o exercício desta actividade, ficam aquelas, contudo, obrigadas a fazer uma série de comunicações obrigatórias¹², permitindo, assim, efectuar controlo externo, ainda que indirectamente, desde que estas sejam de facto efectuadas e correspondam à realidade.

3.1.4. A Cruz Vermelha Portuguesa

A CVP é uma instituição humanitária, não governamental e de utilidade pública, cuja missão é o desenvolvimento dos Princípios Fundamentais da Cruz Vermelha, adoptados por unanimidade na XXª Conferência Internacional da Cruz Vermelha de 1965. Actua de acordo com as normas do Direito Internacional Humanitário, com vista à garantia do respeito pela dignidade da pessoa humana, ao favorecimento da paz, à atenuação dos efeitos negativos dos conflitos e à protecção da vida e da saúde.

Uma das actividades que se enquadra nas missões desta organização, e que ela desde sempre desenvolveu, é a do transporte de doentes, aliás com reconhecida

¹² Artigo 3.º da Lei n.º 12/97, de 21 de Maio:

Comunicações obrigatórias

1 - Com vista ao exercício da actividade de transporte de doentes, as associações ou corporações de bombeiros, bem como as delegações da Cruz Vermelha, devem enviar ao Instituto Nacional de Emergência Médica:

- a) A cópia do respectivo despacho de homologação pelo Serviço Nacional de Bombeiros e pela Direcção Nacional da Cruz Vermelha Portuguesa;
- b) A indicação da área territorial onde exercem habitualmente a actividade;
- c) A indicação sobre a natureza dos transportes a realizar;
- d) A indicação sobre o número de veículos a utilizar e suas características;
- e) O documento comprovativo do auto de posse do respectivo órgão directivo;
- f) A indicação do responsável pela frota afecta ao transporte de doentes e respectiva capacidade profissional;
- g) O documento comprovativo da frequência com aproveitamento de cursos reconhecidos pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, conforme o tipo de ambulância.

2 - Sempre que não se verifique o cumprimento do disposto em qualquer alínea do número anterior, o Instituto Nacional de Emergência Médica comunicará esse facto, no prazo de 30 dias, às associações ou corpos de bombeiros e ao Serviço Nacional de Bombeiros, ou às delegações da Cruz Vermelha e à Direcção Nacional da Cruz Vermelha, para que as referidas instituições procedam em conformidade.

qualidade, nomeadamente no que diz respeito à formação habilitada das tripulações das ambulâncias.

Tal como se referiu em relação às corporações e associações de bombeiros, também a CVP está isenta da obrigação de requerer alvará para o exercício da actividade de transporte de doentes (artigo 1º da Lei nº 12/97, de 21 de Maio de 1997), devendo, nos mesmos termos que para elas se referiu supra, efectuar as comunicações obrigatórias ao INEM para efeito de controlo, ainda que indirecto.

3.1.5. As Empresas Privadas

Estas empresas podem exercer a actividade de transporte de doentes, desde que o INEM lhes conceda o necessário alvará para o seu exercício, bem como um certificado de alvará por cada ambulância que constitua a sua frota.

Apesar de englobar todos os transportadores de doentes, as exigências consagradas no RTD recaem integralmente apenas sobre as empresas privadas. Além de estipular a isenção de necessidade de alvará para o exercício da actividade de transporte de doentes para os bombeiros e CVP, o RTD refere especificamente que algumas exigências ao nível das instalações físicas, operacionalidade, e ambulâncias apenas vinculam as empresas privadas.

A concessão de alvará às empresas privadas para o exercício da actividade de transporte de doentes depende de autorização do Ministério da Saúde, cabendo a instrução do respectivo processo nas competências do INEM.

3.1.6. O Caso Especial dos Táxis

Como temos vindo a referir, o Regulamento de Transporte de Doentes pretendeu uniformizar e normalizar as características técnico-sanitárias dos meios e condições de transporte de doentes, independentemente das entidades transportadoras. Este cuidado atendeu às regras vigentes noutros países, nomeadamente, à norma europeia EN 1789, relativa às viaturas médicas e seu equipamento.

Daqui podemos retirar que este tipo de transporte deve ser efectuado por veículos especiais, com tripulação titular de formação específica. Ora, como é óbvio, estas exigências não existem no transporte de doentes em táxis, a que, muito frequentemente, recorrem os prestadores de cuidados de saúde para esse fim, responsabilizando-se o próprio Estado (mais especificamente, as ARS, através das SRS) pelo pagamento desta despesa.

É certo que o pagamento deste tipo de transporte por aquelas SRS depende da credenciação do mesmo, ou seja, depende do facto de ter sido um médico do Centro de Saúde a que recorreu o doente a emitir uma credencial, ou, depende da comprovação pelo utente do facto de este transporte se destinar a aceder à prestação de cuidados de saúde de que efectivamente necessitava, por exemplo, na urgência de um hospital.

Em suma, é o profissional de saúde – médico – que, com base numa avaliação por si efectuada, vai “homologar” o transporte de um dado doente, efectuado por um táxi, situação que, por omissão, não tem neste momento enquadramento no nosso ordenamento jurídico sobre o transporte de doentes.

3.1.7. As Seguradoras e o Transporte de Doentes

Dado o papel das seguradoras no sector da saúde, através dos seguros de saúde e de acidentes, rodoviários e de trabalho, recolhemos também alguns elementos, ainda que sucintos, sobre o transporte de doentes por si financiado.

Na decorrência das coberturas facultadas pelas apólices de seguro, podem as seguradoras ser confrontadas com a obrigatoriedade de facultarem transporte aos doentes ou sinistrados. Para o efeito, estabelecem, normalmente, protocolos com transportadores privados, que efectuam os referidos transportes, quer em ambulâncias quer em táxis.

Por norma, o pagamento é mensal, em consequência do preenchimento de formulário apresentado à companhia. O valor a pagar tem em conta dois factores: o número de quilómetros percorridos e o tempo de espera, em que, normalmente, uma hora é incluída no preço do percurso.

Excepcionalmente, pode a seguradora disponibilizar o veículo para o transporte.

O aparecimento e aumento do número de clínicas que facultam serviços de saúde e, cumulativamente, de transporte de doentes, permitem às seguradoras a assinatura de protocolos de âmbito territorial mais alargado e, obviamente, a custos mais reduzidos. No entanto, sempre que o médico considere necessário, imporá que o transporte do doente seja efectuado por uma ambulância com uma tripulação de 3 elementos: condutor, socorrista e ajudante.

O seguro de acidentes de trabalho, dado o seu cariz obrigatório, ocupa, naturalmente, no âmbito das seguradoras, o primeiro plano no que respeita ao transporte de sinistrados.

No que se prende com os seguros de saúde, a autonomia e liberdade de decisão concedida ao segurado, factor atractivo, de peso, faz com que este seja no essencial livre de escolher e optar pelo meio e modo de transporte que considera mais conveniente ou disponível. Qualquer ressalva terá que ver com opções do próprio seguro, a que o cliente aderiu previamente, o mesmo é dizer, a escolha de redes e opções convencionadas que, e neste sentido, limitarão a sua escolha.

3.1.8. A Fiscalização do Transporte de Doentes

Tal como a emissão de alvarás para o exercício da actividade de transporte de doentes que cabe ao INEM pode ser objecto de delegação de competências nas ARS e excluindo-se a actividade exercida pelos bombeiros e pela CVP, também a fiscalização desta actividade poderá ser delegada pelo INEM nas ARS com o objectivo de a tornar mais eficaz, rápida e eficiente.

Constatou-se, no entanto, que não existe, na prática, uma fiscalização eficaz no transporte de doentes, tanto na fase de transporte propriamente dita, como quando o doente é entregue no estabelecimento de saúde. Isto constata-se, quer quanto ao tipo de ambulância utilizada, com os respectivos equipamentos, quer quanto à sua tripulação e, em ambos os casos, a sua conformidade com as regras a que imperativamente está submetido o transporte de doentes.

Esta ausência de fiscalização potencia situações de desagrado para os utentes, evidenciadas pelas reclamações recebidas na ERS (ver anexo I). Adicionalmente verificaram-se irregularidades, documentadas em relatórios das entidades competentes, na facturação do serviço de transporte de doentes, em prejuízo do pagador, que só se explicam pela insuficiência dos mecanismos de controlo.

3.2. Breve Referência de Direito Comparado

Tendo em vista a utilidade de proceder à comparação do estatuído, em matéria de transporte de doentes, no nosso sistema jurídico com o de outros países da União Europeia – Espanha e França – para aquilatar das suas semelhanças e diferenças, bem como para sustentar qualquer eventual evolução do nosso sistema, procedemos

à recolha, ainda que sucinta, de alguns elementos descritores daqueles sistemas, que nos permitiram caracterizá-los.

Por uma questão de organização do nosso trabalho, limitamo-nos, por agora, a fazer uma referência sintética, juntando-se em anexo o estudo mais desenvolvido (anexo II).

3.2.1. O Ordenamento Jurídico Espanhol

O transporte de doentes em Espanha está estribado num conjunto de normas gerais aplicáveis a todo o território nacional, sobre esta matéria, tendo cada uma das comunidades autónomas liberdade para a sua regulamentação mais específica e adaptada à sua realidade.

A fixação das regras de certificação quer dos transportadores, quer dos veículos que efectuam este tipo de transporte são fixadas administrativamente e controladas pelas respectivas autoridades da sua zona de operação. Constatámos que as soluções encontradas por cada uma das comunidades autónomas, ou por vezes, ainda mais restritas, assentam numa dependência do transporte urgente em relação aos serviços de protecção civil, e destes relativamente ao respectivo *alcalde*.

De qualquer forma, existe um espaço significativo para a actividade dos transportadores privados.

3.2.2. O Ordenamento Jurídico Francês

O transporte de doentes, em França, está sujeito a uma regulamentação rigorosa, existindo uma separação de poderes e funções entre a entidade coordenadora e as entidades prestadoras, sendo estas, essencialmente operadores privados, actuando segundo as regras da concorrência, num mercado devidamente regulado, com uma fiscalização efectiva por parte dos hospitais e das seguradoras.

Daqui ressaltam, desde logo, diferenças essenciais comparativamente com o nosso sistema jurídico.

3.3. O Direito da Concorrência

Analisámos o mercado do transporte de doentes, como uma parcela do mercado da saúde, para tentar avaliá-lo, a fim de concluir se funciona, ou não, segundo as regras da sã concorrência e de forma perfeita ou imperfeita. A concorrência constitui, pois,

um encargo do Estado Português, em termos económicos, assumido ao mais alto nível, ou seja, a nível constitucional.

Isto decorre da análise do artigo (82º) da CRP, onde se consagram as incumbências prioritárias do Estado, mais especificamente na sua alínea f), onde se dispõe: *assegurar o funcionamento eficiente dos mercados, de modo a garantir a equilibrada concorrência entre empresas, a contrariar as formas de organização monopolista e a reprimir os abusos de posição dominante e outras práticas lesivas do interesse geral*’.

Aliás, a protecção da concorrência, a nível nacional, concretiza-se nos diplomas legislativos, dos quais se pode destacar a Lei nº18/2003, de 11 de Junho, que aprova o Regime Jurídico da Concorrência. Igualmente, a nível comunitário é assumida a defesa da concorrência quer ao nível do direito originário quer derivado, para já não se referir toda uma panóplia de decisões que constituem o acervo de jurisprudência do Tribunal de Justiça, nesta matéria, com a influência por todos conhecida, ao nível europeu.

No caso do transporte de doentes, há algumas interferências perturbadoras, de algum modo, da sã concorrência, como sejam os auxílios concedidos às corporações de bombeiros, de que os outros prestadores não beneficiam; as isenções de que beneficiam, quer estes quer a CVP, em matéria de concessão de alvarás para o exercício da actividade de transporte de doentes; as limitações de acesso a esta actividade pelos prestadores privados; ou ainda e por último, a potencial posição dominante do INEM, que é simultaneamente operador no transporte emergente e coordenador do sistema de transporte de doentes.

4. Análise de Mercado

4.1. Estrutura do Sector

Neste primeiro ponto iremos analisar as características estruturais do sector do transporte de doentes que afectam o comportamento dos prestadores que nele operam. Antes de mais, definimos os mercados relevantes que constituem o sector e seguidamente analisámos a estrutura de cada mercado em termos do tipo de agentes que nele participam e da sua dimensão média.

4.1.1. Mercados Relevantes

Neste sector, podemos identificar quatro tipos de transporte, de acordo com a sua natureza. O transporte primário, realizado entre o local da ocorrência e a instituição de saúde – urgente e não urgente – e o transporte secundário, realizado entre instituições de saúde – urgente e não urgente.

De uma forma mais imediata, estes tipos de transporte configuram dois mercados que importa separar: mercado de transporte urgente e mercado de transporte não urgente. A lógica inerente a esta separação reside não só na diferenciação substancial que existe entre transporte em situação de urgência e de não urgência (consulta, fisioterapia, tratamento de hemodiálise, ...), mas também nos agentes que, segundo as disposições legais, podem prestar cada um dos tipos de transporte.

Da leitura do RTD, apresentado no capítulo 3 sobre o enquadramento jurídico, conclui-se que o transporte urgente está reservado ao INEM e às entidades por este reconhecidas para esse fim. São referidas entidades como a PSP, a CVP e os bombeiros, o que não significa que este transporte esteja vedado definitivamente aos operadores privados. Todavia, na prática, o transporte urgente tem sido exclusivo do INEM, bombeiros, CVP e PSP¹³, uma vez que o instituto, no seu papel de coordenador e fiscalizador do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), não abriu a actividade do transporte urgente aos privados.

O transporte não urgente pode ser efectuado por pessoas colectivas autorizadas pelo INEM, através da concessão de alvará. Aqui se enquadram os bombeiros, a CVP, empresas privadas e entidades sem fins lucrativos, sendo certo que os dois primeiros estão isentos da obrigatoriedade de detenção de alvará. Sem enquadramento legal no

¹³ A PSP deixou de ter qualquer papel no transporte urgente de doentes a partir de 1 de Abril de 2006, data em que o INEM retirou as ambulâncias que mantinha em postos da PSP.

RTD, na prática opera um outro prestador, com alguma relevância no fornecimento de serviços aos centros de saúde: os táxis. Teoricamente, os táxis não deveriam ser equacionados na problemática do transporte de doentes, já que não estão habilitados para tal, como é referido no ponto 3.1.6. do enquadramento jurídico. É, no entanto, importante ter em conta o cruzamento da sua actividade com a dos outros transportadores, o que levanta a pertinente questão, que mais à frente abordaremos, da definição de doente.

Numa análise mais profunda, devemos atentar à distinção entre transporte primário e secundário. Na realidade, entidades como hospitais, centros de saúde ou lares de idosos, contratam com bombeiros, CVP, operadores privados e entidades sem fins lucrativos, o transporte urgente secundário (serviços de atendimento de situações urgentes, conhecidos por SASU, e serviços de atendimento permanente, ou SAP, por exemplo). Segundo fonte do INEM, o instituto não tem qualquer poder de supervisão sobre estes contratos, sendo, portanto, situações de urgência que fogem ao controlo do INEM, enquanto organizador e supervisor do SIEM. De facto, o nº 2 do art.º 3.º do Decreto-Lei 167/2003, de 29 de Julho, que aprova os Estatutos do INEM, refere que a este instituto cabe a realização do transporte urgente primário e a promoção da adequação do transporte urgente secundário. Isto significa que o transporte urgente secundário não está vedado a outros prestadores que não o INEM, mas que a este último compete a sua coordenação, o que não tem acontecido na prática.

É ainda de ter em conta que a contratação pelas SRS do transporte urgente secundário ocorre em simultâneo com a contratação do transporte não urgente, ou seja, o mesmo contrato prevê as situações de transporte de doentes credenciados, e para (ou de) SASU e SAP. Também por isto, é difícil destrinçar o mercado destes dois serviços.

Como tal, vamos considerar dois mercados, com os seguintes agentes: transporte primário urgente – INEM, bombeiros e CVP; transporte não urgente e urgente secundário: bombeiros, CVP, empresas privadas, táxis e entidades sem fins lucrativos¹⁴.

O outro aspecto essencial para definir os mercados relevantes no sector do transporte de doentes, além da sua natureza, é o âmbito geográfico de actuação. No caso do transporte urgente primário, o INEM no seu papel de organizador do SIEM é quem

¹⁴ Em Fevereiro de 2006, estas incluíam Misericórdias, Juntas de Freguesia, Casas do Povo, Associações de Socorros, Associações Culturais e Recreativas, Centros Paroquiais, Associações de Solidariedade Humanitária e Fundações.

decide o meio a activar em cada emergência, com base em critérios de localização da ocorrência e do hospital mais apropriado para a situação concreta, e ainda da disponibilidade e adequação dos meios de transporte. Este *mix* de critérios torna difícil estabelecer uma unidade geográfica para delimitar a actuação de um determinado prestador. Ainda assim, é certo que as activações feitas pelos CODU do INEM têm em grande conta a localização da ocorrência. O reporte de dados das activações dos CODU feito pelo INEM organiza os prestadores por distritos, facto que pode ser indicativo da formação de uma unidade geográfica de referência.

Também no caso do transporte não urgente, o âmbito geográfico de actuação não é restringido legalmente, o que torna difícil a adopção de uma unidade de referência. Todavia, à falta de um melhor indicador, assumimos que o distrito é uma boa aproximação ao conceito geográfico de mercado neste sector.

4.1.2. Número de Operadores

4.1.2.a. Transporte Urgente Primário

Como foi dito, este tipo de transporte é feito directamente pelo INEM ou, com a sua autorização, por corporações de bombeiros e pela CVP. Efectivamente, podemos distinguir diferentes proveniências dos meios de transporte terrestre de doentes que são activados pelos CODU. Temos as ambulâncias do INEM, sedeadas nos CODU¹⁵, que são meios próprios do INEM, tripulados por técnicos próprios. Os Postos de Emergência Médica (PEM) são corpos de bombeiros com acordo especial com o INEM, onde estão recolhidas ambulâncias deste e daqueles, sendo ambas tripuladas por bombeiros. Existem também os Postos de Reserva, que são corpos de bombeiros ou CVP com acordo de prestação de serviços com o INEM, mas em que todos os serviços são efectuados por ambulâncias dos bombeiros ou da CVP. Finalmente, podem também ser activadas ambulâncias em posto não INEM. Estes são corpos de bombeiros ou delegações da CVP que, não tendo nenhum protocolo de articulação com INEM, também lhe prestam serviços, todos com ambulâncias próprias.

Segundo dados do INEM, existem actualmente 184 PEM. Podemos ver nos gráficos da figura 1 a distribuição destes postos pelos vários distritos do continente.

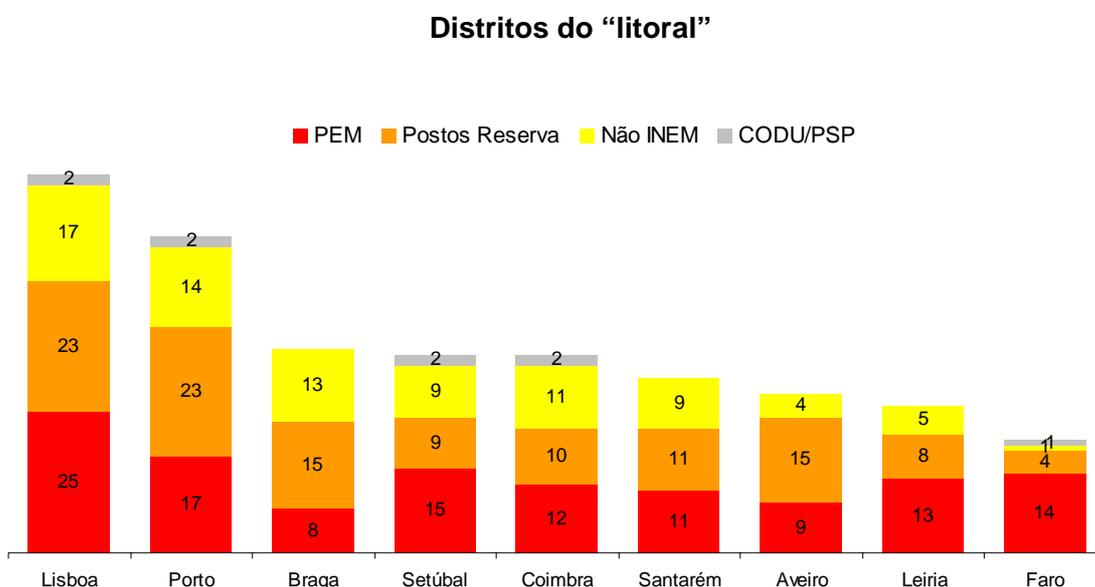
¹⁵ Como havíamos dito, a PSP operava ambulâncias do INEM até Abril de 2006, pelo que a informação apresentada sob o título de CODU, referente a 2005, inclui a actividade da frota sedeadada em postos da PSP, sempre que tal se aplique.

Esta distribuição é organizada de forma a evidenciar as diferenças entre distritos do litoral e do interior. A taxonomia litoral/interior prende-se com a disparidade de realidades em termos de densidade populacional e condições sócio-económicas dos distritos, e não tanto com a localização geográfica propriamente dita, o que de resto se percebe pela constituição dos dois grupos de distritos. Esta classificação tem afinidade com o grau de urbanização dos distritos.

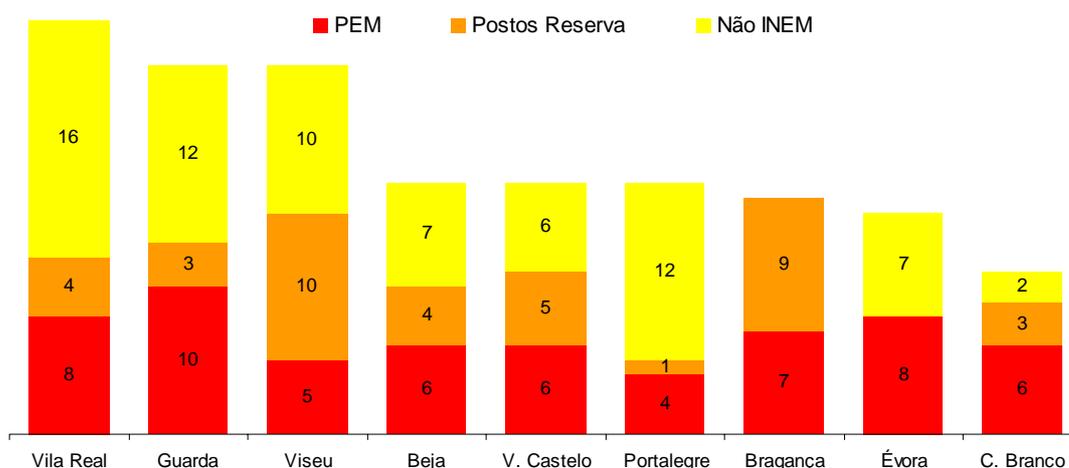
Naturalmente, verifica-se a existência de uma maior quantidade de meios de transporte nos distritos do “litoral”, mais populosos do que os distritos do “interior”.

Por isso mesmo, a figura 1 separa os distritos do “litoral” dos do “interior”. Desta forma, vemos que os PEM se localizam com maior incidência nos distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro. Quanto aos Postos de Reserva, os 157 concentram-se mormente em Lisboa, Porto, Aveiro e Braga. Relativamente aos postos a que o INEM recorre, apesar de não terem com ele acordo especial para a prestação de serviços de urgência, ascendem aos 155, tendo também uma maior concentração em Lisboa, e sendo de assinalar o segundo lugar em Vila Real. Os CODU com meios do INEM são em número reduzido (9 em todo o país), estando todos localizados em distritos do “litoral”.

Figura 1 – Localização dos meios de transporte activados pelo INEM



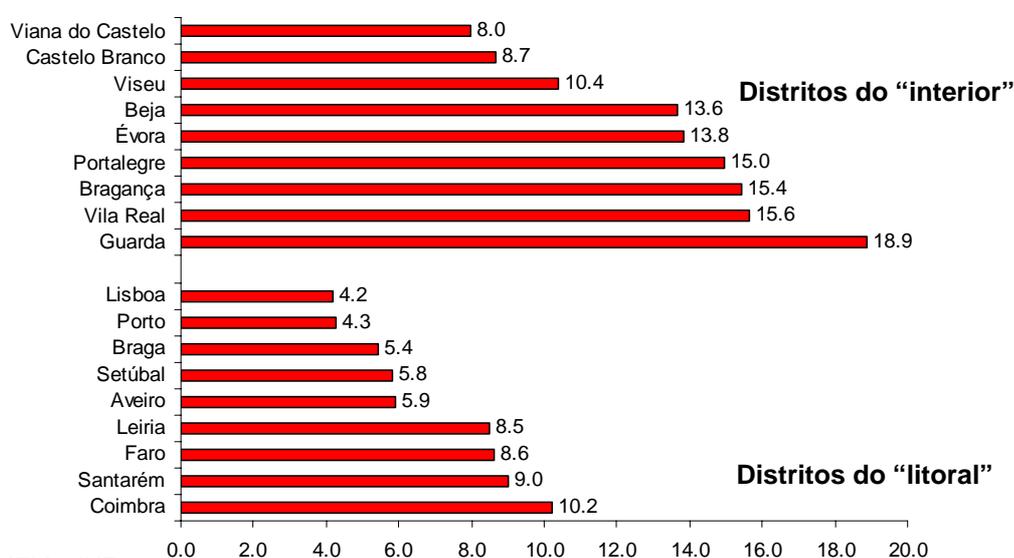
Distritos do "interior"



Fonte: INEM

A fim de melhor percebermos a capacidade instalada no território nacional, devemos comparar a distribuição dos prestadores com a distribuição dos potenciais utilizadores. Como já dissemos, o mercado relevante é limitado geograficamente, na medida em que existem naturais restrições para os utilizadores e prestadores ao nível da distância percorrida para se encontrar oferta e procura. No transporte urgente primário, a procura é imóvel face ao local onde surge a necessidade de transporte, ou seja, o local da ocorrência que dá origem à necessidade mantém-se inalterado. Quanto à localização do prestador, a necessidade de rapidez de atendimento sugere que os meios activados se situem o mais próximo possível do local da ocorrência, sem prejuízo dos demais critérios de adequação dos meios disponíveis.

Figura 2 – Número de prestadores por 100.000 habitantes



Fonte: INEM e INE

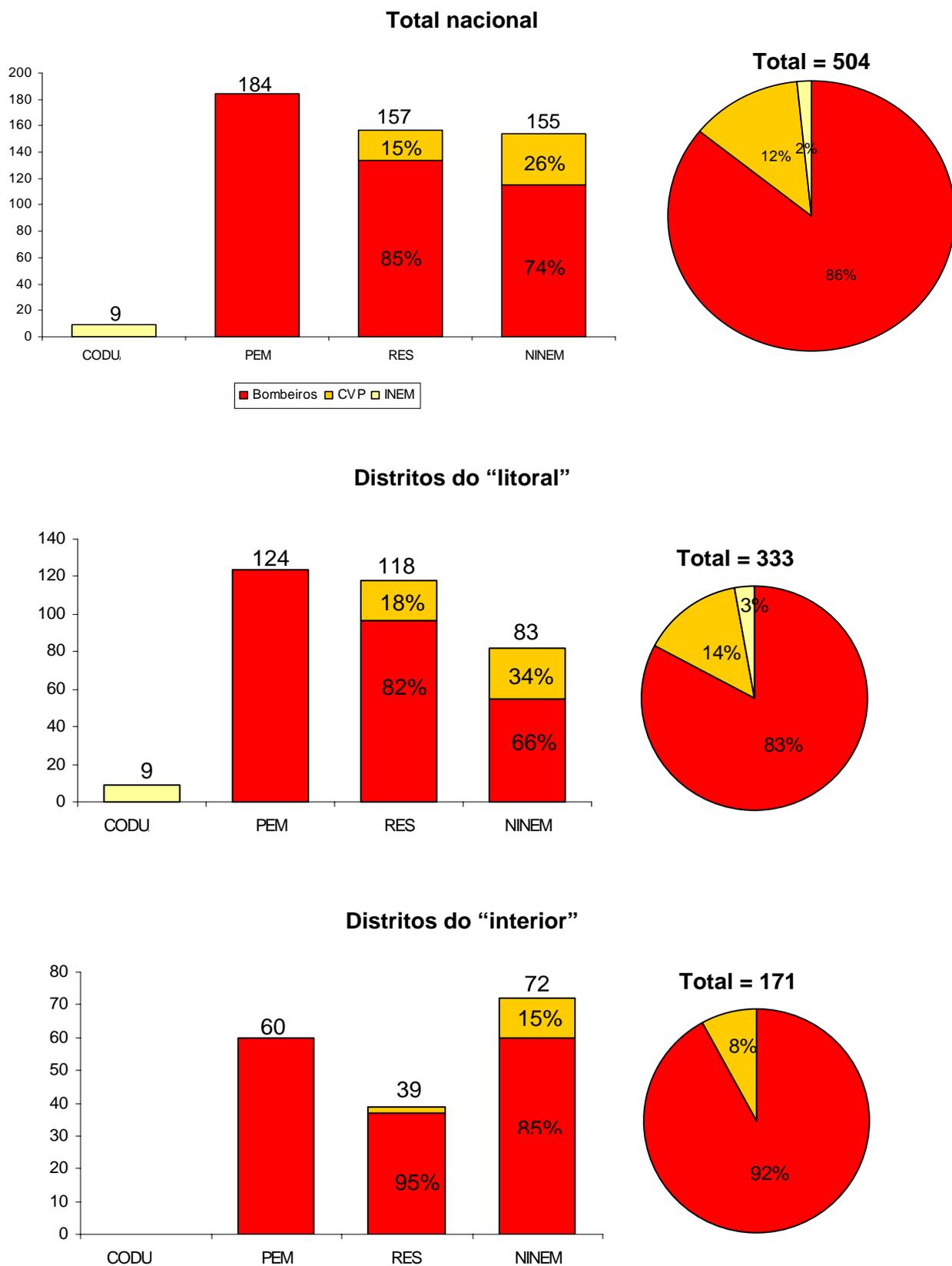
Como os potenciais utilizadores do transporte urgente primário são os cidadãos em geral, iremos comparar a distribuição dos prestadores deste serviço com a distribuição da população.

Apesar de, como vimos, os meios se concentrarem sobretudo nos grandes centros urbanos, o rácio de prestadores por 100.000 habitantes é menor nessas zonas, sendo as zonas mais interiores as que têm um rácio maior, como mostra a figura 2. Vemos também que existe significativa heterogeneidade no país no que toca a este indicador. A maior taxa de prestadores por habitante nos distritos do “interior” estará, certamente, ligada às maiores necessidades de transporte destes distritos, conseqüentes da sua realidade geográfica e de densidade urbana.

Regredindo o rácio de prestadores por 100.000 habitantes contra a densidade populacional de cada distrito, encontramos um coeficiente de $-0,014$, com significância estatística a 95%, e um R-quadrado da estimação de cerca de 0,52. O sinal negativo do coeficiente é indicativo de que os distritos onde a densidade populacional é maior são aqueles que apresentam um rácio menor, o que é compatível com o gráfico da figura 4. O valor do R-quadrado revela que cerca de metade da variação do indicador rácio, na *cross-section*, é explicada pela densidade populacional.

Também interessante é perceber o peso que cada uma das instituições que prestam serviços de transporte urgente tem no total dos prestadores. Estas proporções estão ilustradas na figura 3, que mostra claramente o papel central das corporações de bombeiros: no panorama total nacional, 86% de todos os prestadores são bombeiros, e apenas 12% são Unidades de Socorro da CVP, enquanto que os postos exclusivos do INEM (isto é, os CODU e postos da PSP com ambulâncias do INEM enquanto existiam) são em número reduzido. Aqui, a distinção entre zonas “interiores” e “litorais” merece mais atenção. De facto, vemos que o peso dos bombeiros é mais acentuado nos distritos mais “interiores” do que nos “litorais”. Isto mostra claramente que a actividade dominante do INEM enquanto prestador e financiador é mais forte nos distritos do “litoral” do que nos distritos do “interior”.

Figura 3 – Peso relativo do INEM, bombeiros e CVP no número de prestadores de transporte urgente primário



Fonte: INEM

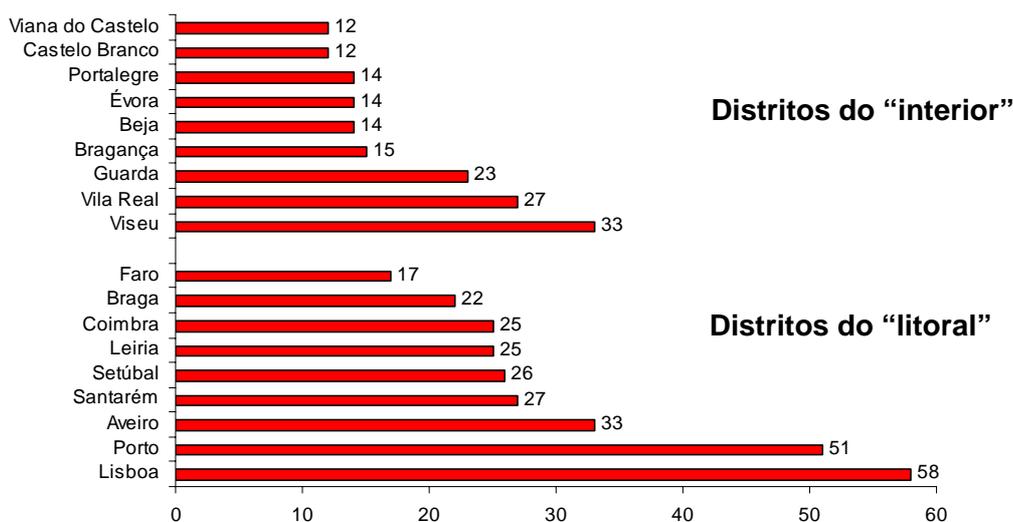
4.1.2.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário

Como também já vimos, os prestadores deste tipo de transporte podem ser os bombeiros, a CVP, operadores privados, entidades sem fins lucrativos e táxis. Quanto ao universo das empresas privadas e entidades sem fins lucrativos, o número de alvarás atribuídos pelo INEM (que estes prestadores estão obrigados a possuir) permite-nos saber com exactidão o número de prestadores em actividade. Para a CVP e os bombeiros, bem como para os táxis, uma vez que não existe obrigação de obter alvará junto do INEM para poderem operar, não pode ser usada esta via de obtenção de informações. Além disso, são diversos os possíveis contratadores/financiadores dos serviços destes operadores (centros de saúde, hospitais públicos e privados, clínicas de fisioterapia, casas de repouso e lares de idosos, particulares, ...), pelo que é impraticável a obtenção de informação exaustiva sobre as estruturas de financiadores.

Para termos, então, uma descrição da estrutura do mercado do transporte não urgente e urgente secundário, procedemos aos contactos explicitados no capítulo 2, dos quais resultou a obtenção de toda a informação solicitada à CVP e informação parcial sobre as empresas privadas através da ATDA, e pouca informação da parte da LBP.

À falta de melhor indicador, assumimos que todas as corporações de bombeiros efectuem transporte de doentes. Assim, segundo informação pública, recolhida no *website* do Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil (SNBPC) em Março de 2006, existiam no continente 472 corpos de bombeiros, dos quais 431 eram de cariz associativo (voluntários), 6 sapadores, 21 municipais e 14 privativos, verificando-se assim uma larga predominância quantitativa dos voluntários (cerca de 91%). A figura 4 apresenta a forma como as corporações estão distribuídas pelos distritos do continente.

Figura 4 – Distribuição geográfica das corporações de bombeiros

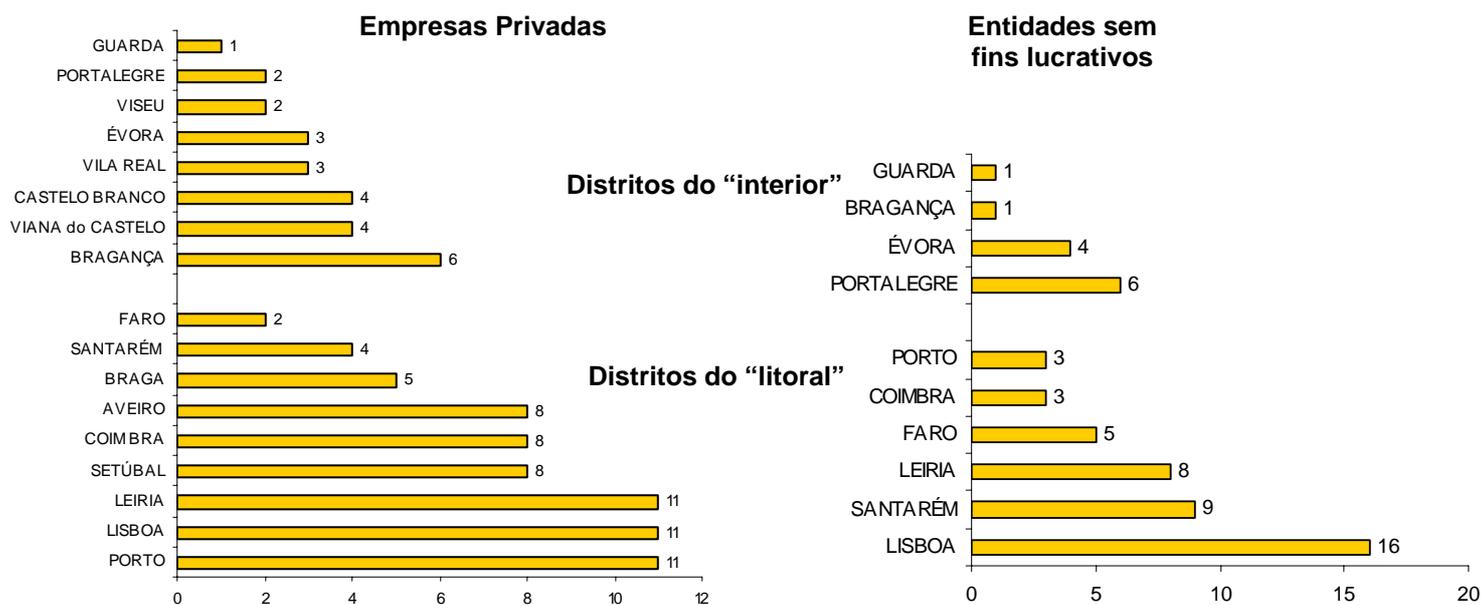


Fonte: INEM

Segundo o Serviço de Alvarás e Auditorias do INEM, existiam, em Fevereiro de 2006, 93 empresas privadas com alvará para prestar serviços de transporte de doentes, mais uma vez concentradas sobretudo nos distritos do “litoral”. No universo dos distritos do “interior”, podemos salientar o facto de em Bragança existirem seis prestadores privados, mais do que em Braga ou Santarém.

Têm também alvará 56 entidades sem fins lucrativos, estando cerca de um terço a operar em Lisboa. No caso deste tipo de prestador, realça-se o facto de estar presente em apenas dez distritos.

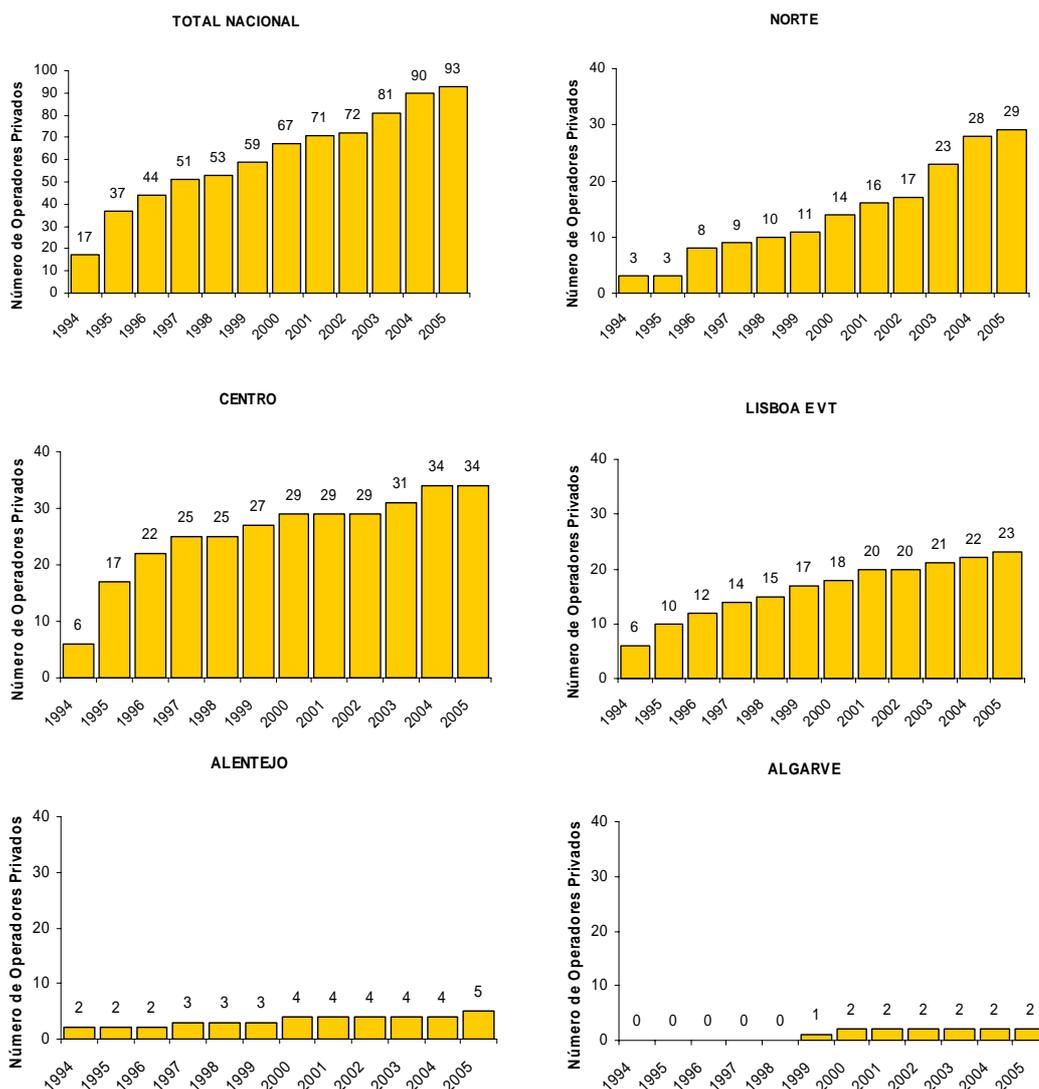
Figura 5 – Prestadores de transporte de doentes com alvará, 2005



Fonte: INEM

A entrada dos privados no mercado ocorreu a uma velocidade relativamente constante, se olharmos para o panorama nacional. Ao nível das regiões (NUTS II), esta entrada ocorreu a uma taxa decrescente no Centro, crescente no Norte, e mais constante nas restantes regiões. É no Centro que se concentram mais prestadores, sendo o número absoluto de operadores bastante reduzido nas regiões a Sul.

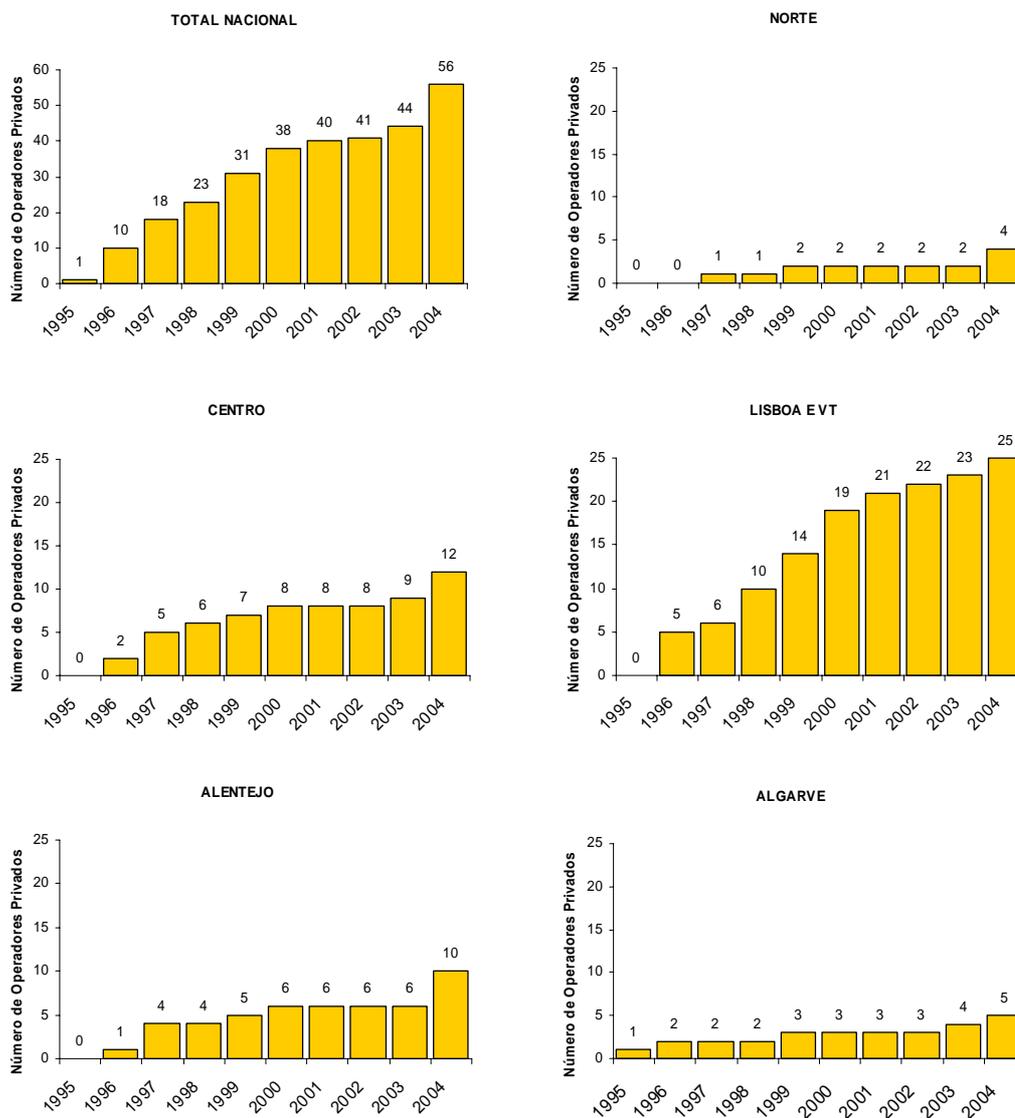
Figura 6 – Evolução dos alvarás de operadores privados por região



Fonte: INEM

No caso das entidades sem fins lucrativos, é de realçar o reduzido número no Norte (número inferior ao Alentejo) e no Centro (quando comparado com o panorama nos operadores privados).

Figura 7 – Evolução dos alvarás de entidades sem fins lucrativos por região

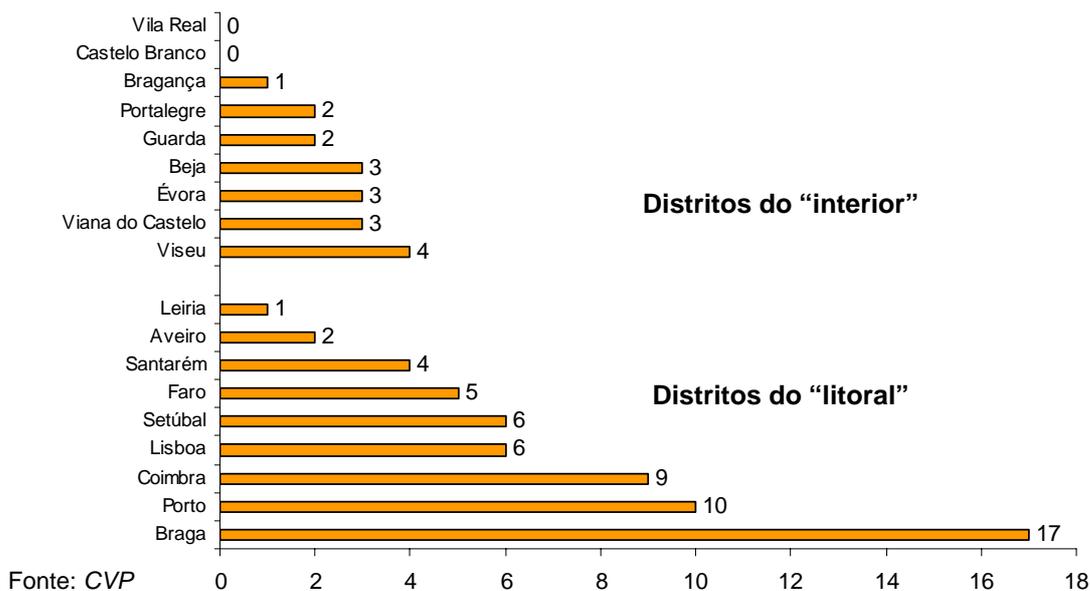


Fonte: INEM

Concluindo, vemos que os operadores privados se concentram mais nos grandes centros urbanos existindo, nas regiões a Sul, poucos prestadores. A localização das entidades sem fins lucrativos difere sobretudo pelo reduzido número na região Norte.

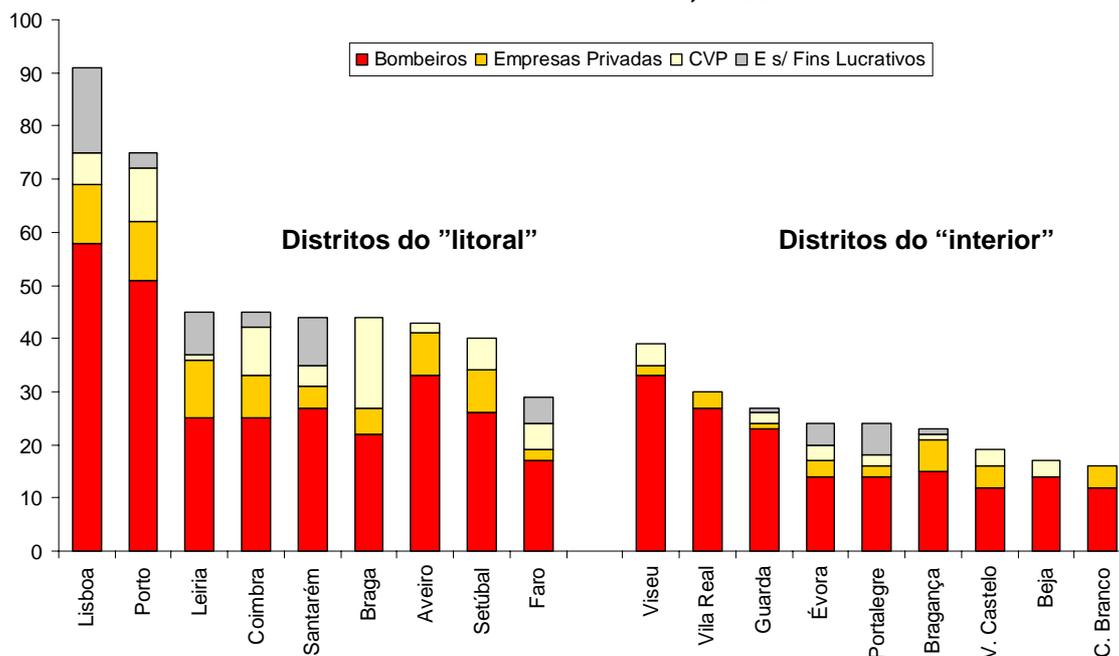
A figura 8 mostra-nos que as 78 Unidades de Socorro da CVP (correspondentes a 61 Núcleos e 17 Delegações) estão espalhadas um pouco por todo o país, mas com maior incidência nos principais centros urbanos. Além da evidente elevada concentração de Unidades de Socorro da CVP no distrito de Braga, é de notar que a cobertura da CVP não abrange todos os distritos.

Figura 8 – Unidades de Socorro da CVP, 2005



A figura 9 permite-nos ter uma visão global da localização dos prestadores de transporte não urgente e urgente secundário, considerando que cada corporação de bombeiros e cada Unidade de Socorro da CVP é um prestador independente. Facilmente se percebe que os bombeiros são o tipo de prestador que tem maior número de estabelecimentos em todos os distritos. Um dado a realçar é que o domínio dos bombeiros é mais intenso nos distritos do “interior”.

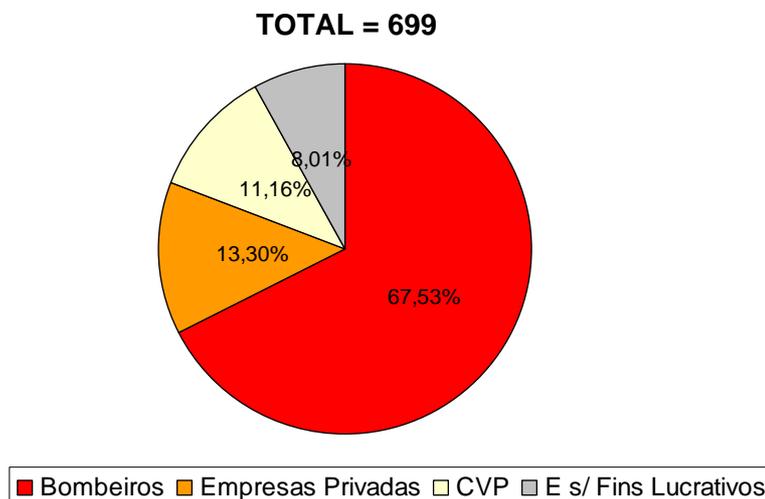
Figura 9 – Localização dos prestadores de transporte não urgente e urgente secundário de doentes, 2005



Fonte: CVP, INEM e SNBPC

Em termos relativos, vemos que a capacidade instalada (em número de prestadores) de transporte não urgente e urgente secundário de doentes a nível nacional é largamente dominada pelos bombeiros (figura 10).

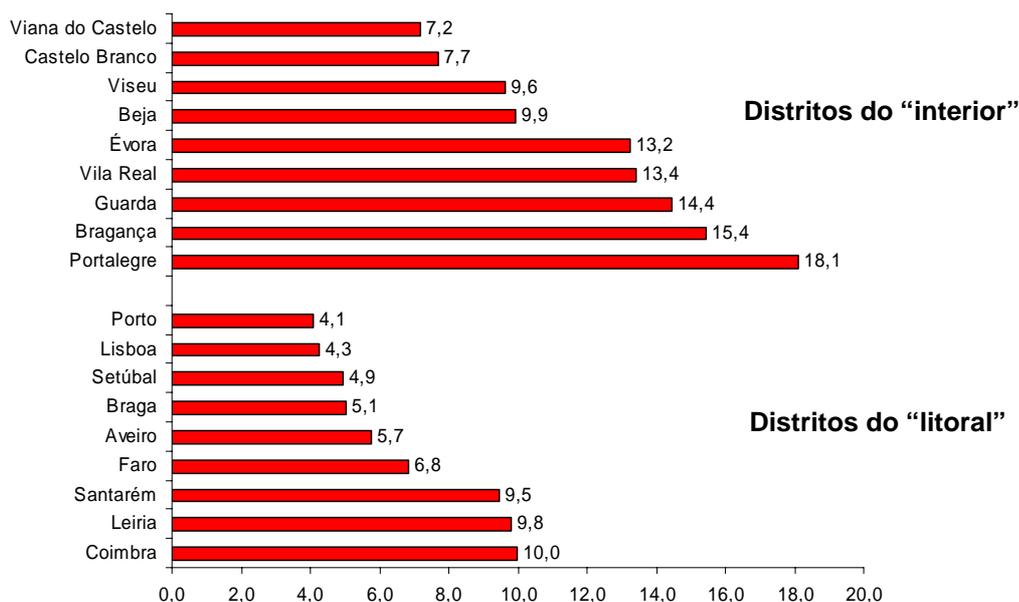
Figura 10 – Distribuição global dos prestadores de transporte não urgente e urgente secundário de doentes, por tipo de prestador, 2005



Fonte: CVP, INEM e SNBPC

Tal como no subsector do transporte urgente, comparámos a distribuição dos prestadores com a distribuição dos potenciais utilizadores. O gráfico da figura 11 pondera o número de prestadores de transporte não urgente e urgente secundário pela população.

Figura 11 – Número de prestadores por 100.000 habitantes



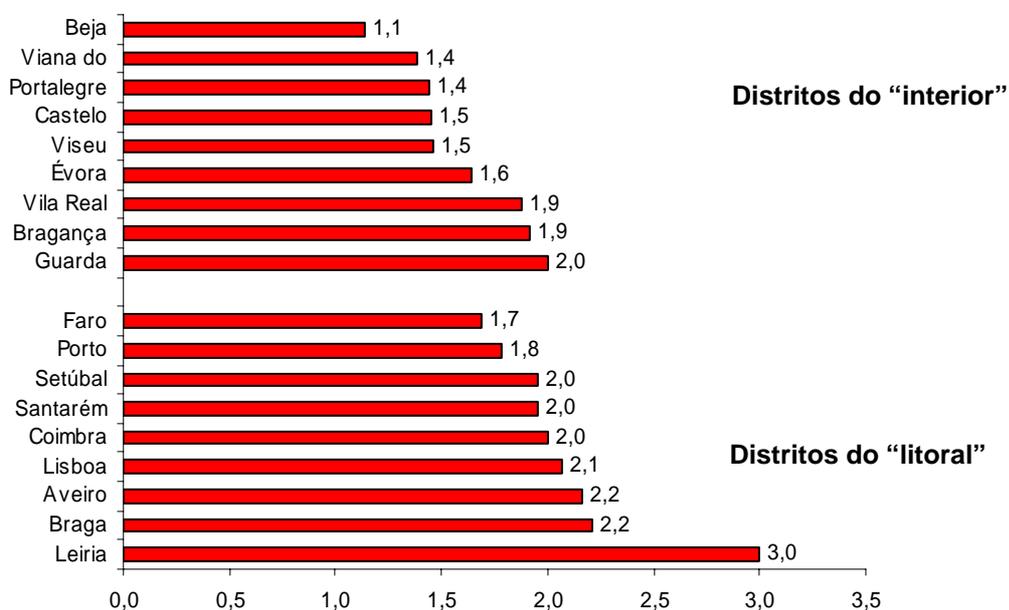
Fonte: CVP, INEM, INE e SNBPC

As conclusões desta análise são semelhantes às do sector do transporte urgente: a taxa de prestadores por 100.000 habitantes é menor nas zonas “litorais” do que nas zonas mais “interiores”, estando esta situação ligada às maiores necessidades de transporte destes distritos; existe significativa heterogeneidade entre distritos do país.

A regressão do rácio de prestadores por 100.000 habitantes contra a densidade populacional de cada distrito resulta num coeficiente de $-0,012$, estatisticamente significativo, e num R-quadrado de cerca de $0,47$. Conclui-se que o rácio é maior nos distritos com menor densidade populacional, correspondendo aos distritos do “interior”, e que cerca de metade da variação do rácio, entre distritos, é explicada pela densidade populacional.

Apesar de os potenciais utilizadores serem todos os indivíduos, os originadores da procura do transporte não urgente e urgente secundário são, essencialmente, as instituições de saúde. Como veremos mais à frente, os centros de saúde são o mais relevante requisitante deste serviço, pelo que calculámos os rácios do número de prestadores deste tipo de transporte pelo número de centros de saúde de cada distrito (figura 12).

Figura 12 – Número de prestadores por centro de saúde



Fonte: INEM, IGIF, CVP e SNBPC

Podemos constatar que a distribuição de prestadores pelo continente está relacionada com o número de potenciais originadores dos serviços de modo mais homogéneo do que vimos nos anteriores rácios. Em média, o número de prestadores por centro de

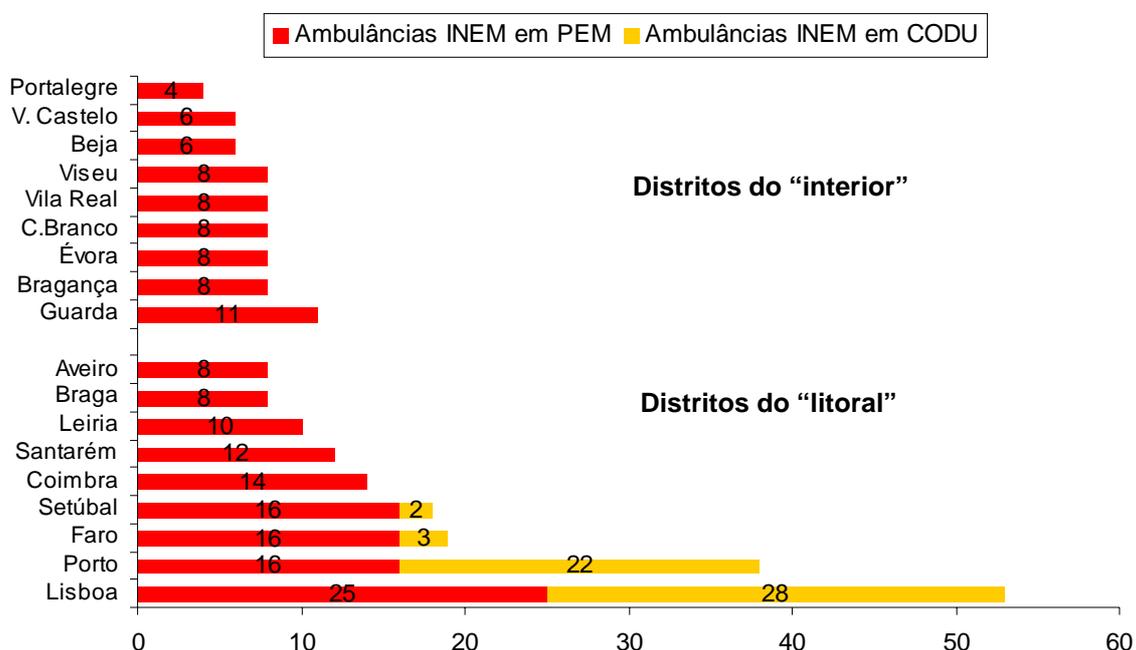
saúde é superior nos distritos do “litoral”, o que sugere que os centros de saúde dos distritos do “interior” têm menos prestadores disponíveis para contratar, podendo isto ser indicativo de que o nível de concentração é maior nos mercados de transporte de doentes nestes distritos.

4.1.3. Dimensão Média dos Prestadores

4.1.3.a. Transporte Urgente Primário

Os PEM têm, como se disse, ambulâncias próprias do INEM e ambulâncias dos bombeiros. Não nos foi possível obter informação sobre a frota de ambulâncias das corporações de bombeiros. Apenas sabemos que, em termos agregados, em 2003 existiam 1.122 ambulâncias para emergência pré-hospitalar, no âmbito do serviço de saúde dos bombeiros. A frota de ambulâncias do INEM é composta por uma ou duas ambulâncias por PEM, e ainda as ambulâncias nos CODU. No total, temos 192 ambulâncias nos PEM e 55 em CODU. A figura 13 mostra-nos a distribuição geográfica destas ambulâncias.

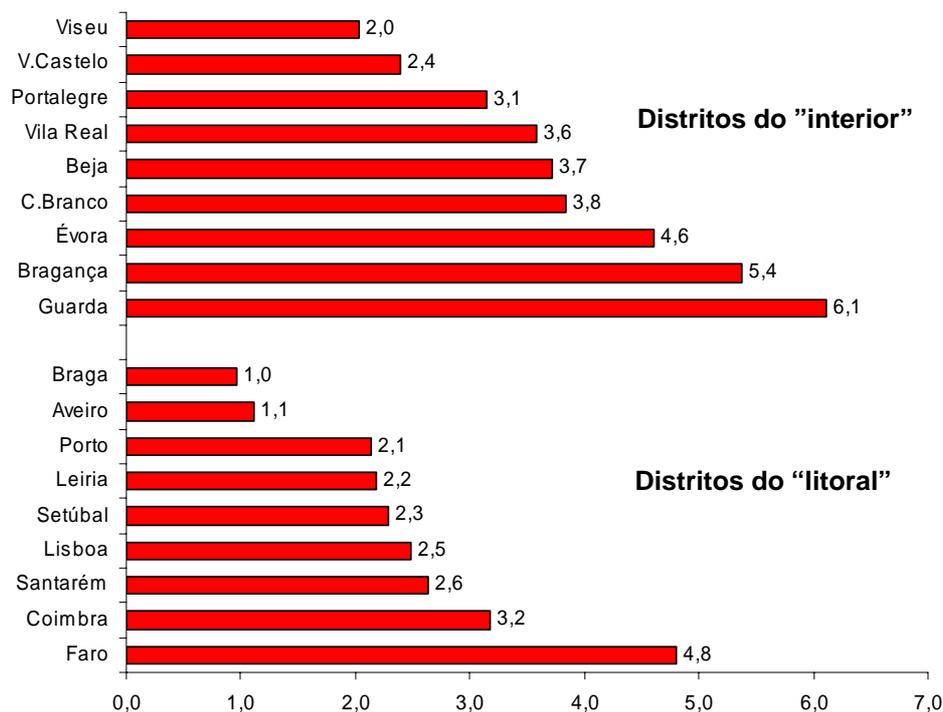
Figura 13 – Distribuição da frota de ambulâncias do INEM



Fonte: INEM

Reforçando o que já havia sido observado antes, quando ponderamos a frota do INEM pela população de cada distrito, verificamos uma taxa de localização de meios superior para os distritos do “interior” (figura 14).

Figura 14 – Número de ambulâncias da frota do INEM, por 100.000 habitantes

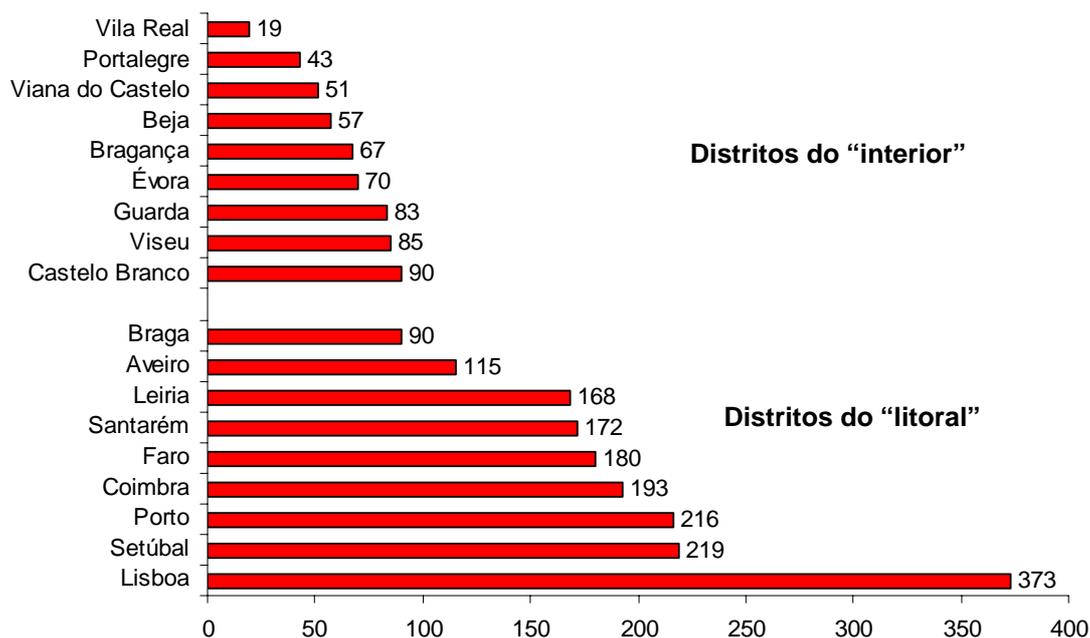


Fonte: INEM, INE

No que toca aos meios humanos, os 2.291 técnicos habilitados para operar em ambulâncias de socorro (TAS – Técnicos de Ambulância de Socorro), que pertencem aos PEM, estão distribuídos pelos diferentes distritos de forma semelhante à das ambulâncias, o que significa que existe alguma uniformidade quanto ao rácio de técnicos por ambulância (figura 15). Ainda assim, note-se que existem algumas exceções: sendo a média nacional dos PEM de 12 TAS por ambulância, Leiria tem um rácio de cerca de 17, contrastando com os pouco mais de 2 em Évora. De modo semelhante ao que vimos em termos de rácios de ambulâncias, verifica-se uma maior taxa média de TAS por 100.000 habitantes nos distritos do "interior", sendo, no entanto, a diferença entre "interior" e "litoral" menor do que no caso da frota de ambulâncias (figura 16). A taxa de TAS está negativamente correlacionada com a densidade populacional, de forma estatisticamente significativa¹⁶.

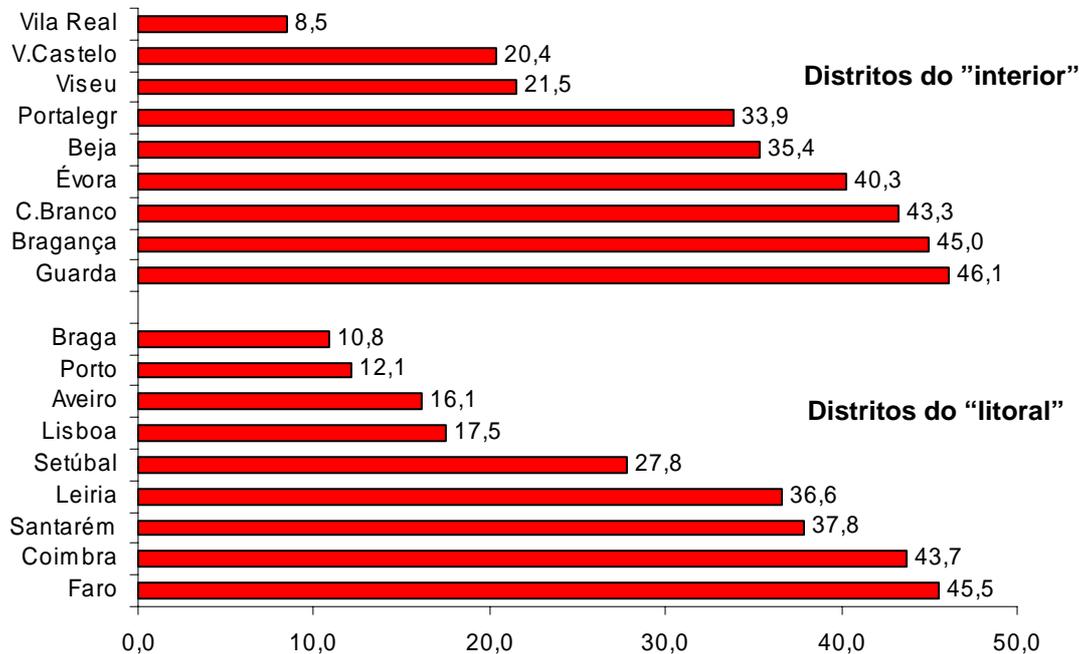
¹⁶ Obtivemos um coeficiente de -0.033, com um *p-value* de 0,012, e um R-quadrado de 0,33.

Figura 15 – Técnicos de ambulância de socorro em PEM



Fonte: INEM

Figura 16 – Número de TAS em PEM por 100.000 habitantes, por distrito



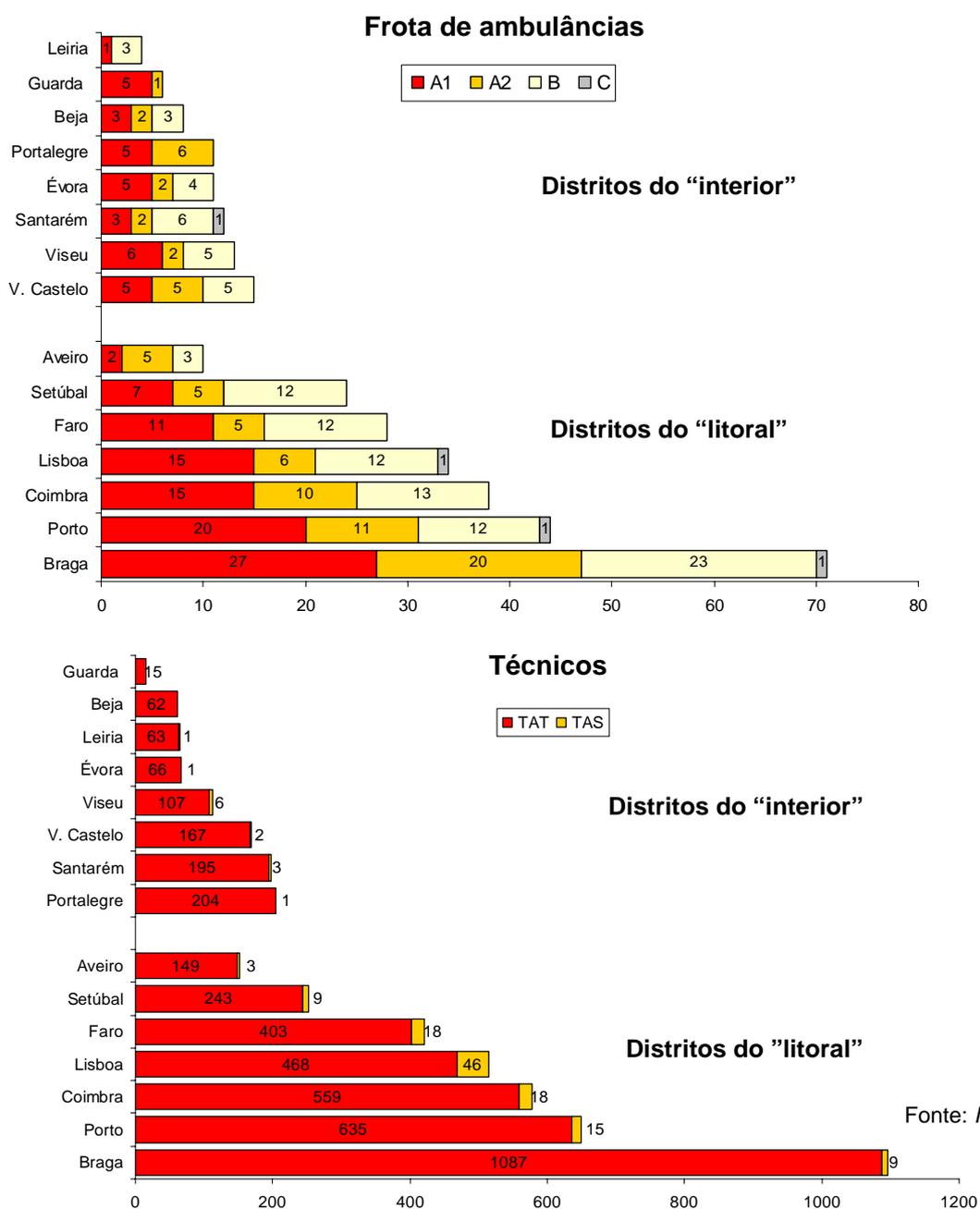
Fonte: INEM, INE

A CVP forneceu-nos dados precisos sobre a sua frota e pessoal. Os dados da figura 17 referem-se a toda a frota da CVP, sendo apenas as ambulâncias do tipo B relativas ao transporte urgente primário. No ponto seguinte, relativo ao transporte não urgente e

urgente secundário, este gráfico será novamente referido, ainda que com enfoque nas ambulâncias tipo A1, A2 e C.

A CVP possui, no activo, em todo o país, 130 ambulâncias do tipo A1, 82 tipo A2, 113 tipo B, e 4 tipo C. Em termos de pessoal técnico, constatamos que a CVP tem muitos mais técnicos de ambulância de transporte (TAT) (4.423) do que TAS (132), sendo certo que os segundos são indispensáveis para o transporte urgente. A distribuição das ambulâncias e dos técnicos pelos distritos segue de muito perto a distribuição das Unidades de Socorro (maior enfoque em Braga, Porto e Coimbra), pelo que podemos afirmar que, em termos de estrutura de meios e pessoas, os estabelecimentos da CVP nos diferentes distritos são de dimensão semelhante (figura 17).

Figura 17 – Distribuição da frota de ambulâncias e dos técnicos da CVP



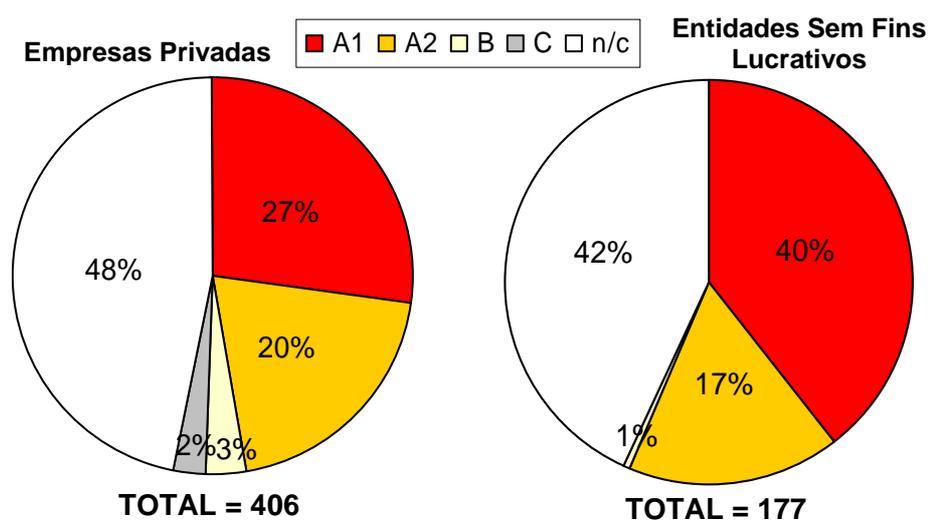
4.1.3.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário

Além das ambulâncias de socorro, no total nacional, os bombeiros têm 1.706 ambulâncias de transporte de doentes¹⁷.

Como vimos na figura 17, a frota da CVP é maioritariamente composta por ambulâncias dos tipos A1 e A2, que são as utilizadas neste mercado. Logo, as conclusões referidas anteriormente, sobre a distribuição de frota e técnicos, aplicam-se a este tipo de transporte.

Quanto aos prestadores privados e sem fins lucrativos, não pudemos obter dados completos sobre as frotas e quadros de pessoal. Junto do Serviço de Alvarás e Auditorias do INEM obtivemos informação sobre a frota destes prestadores. Todavia, a informação não está completa porque cerca de metade das ambulâncias não estão classificadas. Segundo apurámos junto do INEM, estas são ambulâncias anteriores à publicação da Portaria n.º 1147/2001, de 28 de Setembro, cuja readaptação e reclassificação não foi ainda requerida pelas entidades responsáveis. Apesar das limitações da informação disponível, percebe-se que a frota das empresas privadas (406 ambulâncias) e entidades sem fins lucrativos (177 ambulâncias) é sobretudo composta por ambulâncias do tipo A1 e A2. Isto mostra que a principal actividade destes prestadores é o transporte não urgente.

Figura 18 – Classificação das Ambulâncias das empresas privadas, segundo o Serviço de Alvarás e Auditorias do INEM

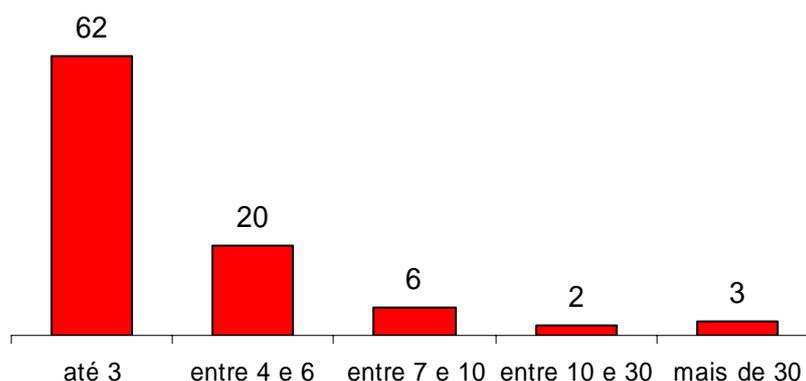


Fonte: INEM

¹⁷ Segundo informação da SNBPC.

Entre os operadores privados predominam as empresas de pequena dimensão. A figura 19 revela que mais de metade dos prestadores privados de transporte de doentes são empresas com uma frota até 3 ambulâncias. A figura revela ainda uma forte heterogeneidade da dimensão das empresas privadas.

Figura 19 – Distribuição das empresas por frota de ambulâncias

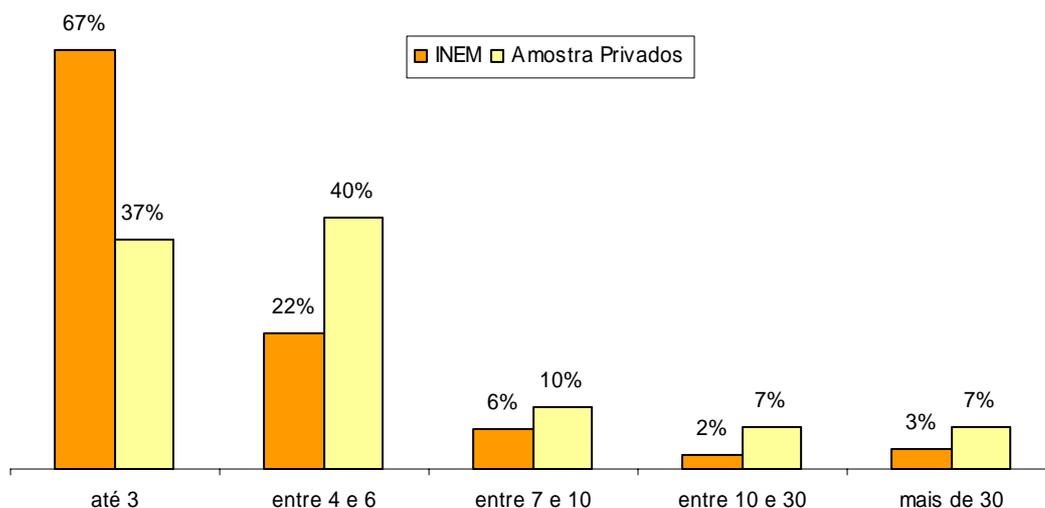


Fonte: *INEM*

Para analisarmos estas discrepâncias, em termos de frota de ambulâncias e quadros de pessoal, analisámos uma amostra de 30 empresas privadas, contactadas pela ERS no âmbito da recolha de dados referida no capítulo 2 sobre a metodologia. Esta recolha processou-se por meio de inquérito às empresas, tendo sido o questionário constante do anexo III enviado por correio juntamente com ofício da ERS. O objectivo desta abordagem prendeu-se com a necessidade de conhecer em detalhe a actividade levada a cabo nos últimos anos por estas empresas, e os meios humanos e materiais de que dispõem.

A amostra obtida é, em termos de dimensão dos prestadores, representativa do tecido empresarial privado de transporte de doentes. Tal pode ser verificado no gráfico da figura 20, em que percebemos que a amostra segue de perto a distribuição da população total das empresas em termos de dimensão da frota de ambulâncias, com a excepção da proporção de empresas com menos de 4 ambulâncias. Naturalmente, as empresas de menor dimensão apresentarão uma taxa de resposta inferior, mas no sentido de demonstrar a heterogeneidade do sector, esta amostra poderá apenas desviar-se da população no sentido de subestimar essa heterogeneidade.

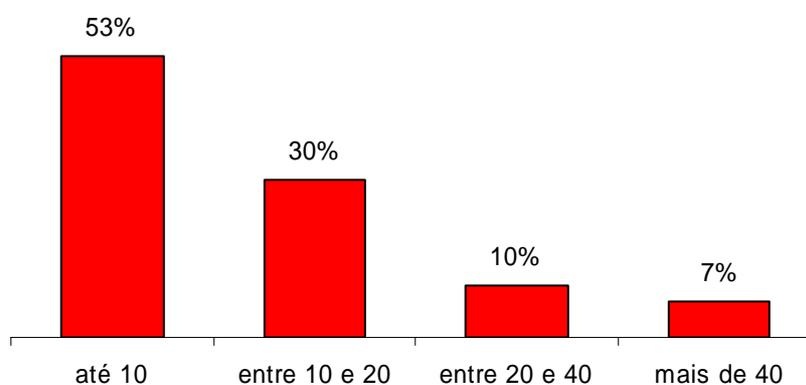
Figura 20 – Constituição da população total de empresas privadas e da amostra, em termos de frota de ambulâncias



Fonte: INEM, dados recolhidos pela ERS junto dos operadores privados

A amostra recolhida evidencia igualmente que a predominância de empresas de pequena dimensão no sector se traduz também em de quadros de pessoal reduzidos. Constata-se também que as cinco maiores empresas da amostra têm no seu conjunto 108 ambulâncias (em média, 22), enquanto que as 5 menores têm apenas 10 ambulâncias (em média, 2). Mais de 90% dos técnicos são TAT, sem diferenças significativas entre as empresas em termos de proporção, estando a diferença apenas no número de técnicos. Comparando os 5 maiores e os 5 menores quadros de pessoal das empresas da amostra, notamos a existência de empresas de dimensões muito diferentes, sendo o quadro médio das cinco menores composto por aproximadamente 6 funcionários, e o das 5 maiores por 52 funcionários.

Figura 21 – Quadros de pessoal das empresas privadas



Fonte: Dados recolhidos pela ERS junto dos operadores privados

Com base numa amostra mais reduzida, condicionada à disponibilidade de dados, pudemos constatar que existem grandes diferenças nas receitas obtidas pelos serviços prestados. O volume de negócios das empresas da amostra varia entre os cerca de €40.000 e os €2.000.000, concentrando-se a maioria (mais de 70%) entre os €100.000 e os €400.000.

4.2. Comportamento dos Agentes

Neste ponto, descrevemos a forma como os intervenientes no sector actuam e se relacionam, no que toca à contratação dos serviços e aos preços praticados, e analisamos ainda o papel do INEM enquanto organizador, prestador e fiscalizador e a forma como influencia o acesso ao mercado dos outros agentes.

4.2.1. Contratação, Preços e Formas de Pagamento

4.2.1.a. Transporte Urgente Primário

Compete ao INEM organizar o transporte urgente de doentes, através de serviços próprios ou contratando serviços com bombeiros e a CVP. O INEM é financiado pelo Orçamento de Estado e, como tal, as verbas que paga aos prestadores de transporte são financiamento público.

Como se disse anteriormente, o INEM contrata com corporações de bombeiros e CVP o transporte de formas diferentes, seja com acordo de prestação (PEM ou Postos de Reserva), seja casuisticamente (postos não INEM). A diferença entre os prestadores em que estão sedeadas ambulâncias do INEM e os que operam com ambulâncias próprias é que aos primeiros é pago, para além da prestação de serviço, um valor pela logística e manutenção das ambulâncias do INEM. Concretamente, trata-se de um subsídio trimestral fixo de €3.242,19.

O transporte urgente primário de doentes é pago por saída de ambulância, variando os valores em função da distância percorrida e em função da formação dos elementos que tripulam a ambulância (tabela 1). Estes valores são idênticos para serviços prestados em ambulância INEM sedeadas nos postos PEM, para serviços prestados em ambulâncias do corpo de bombeiros, e também para serviços dos postos de reserva (em ambulâncias próprias dos bombeiros e CVP).

Tabela 1 – Prémios de saída pagos pelo INEM aos prestadores de transporte urgente primário

Escalão	Distâncias	Tripulação	Prémios de Saída
A-1	00 a 17 km	Sem TAS	€ 5,90
		Com TAS	€ 8,60
B-2	18 a 45 km	Sem TAS	€ 10,70
		Com TAS	€ 15,40
C-3	46 a 72 km	Sem TAS	€ 18,70
		Com TAS	€ 27,90
D-4	73 a 98 km	Sem TAS	€ 23,50
		Com TAS	€ 34,20
E-5	99 a 138 km	Sem TAS	€ 37,30
		Com TAS	€ 54,10

Fonte: *INEM*

4.2.1.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário

No âmbito do SNS, a contratação deste tipo de transporte é efectuada pelos centros de saúde tendo por base a adesão a um contrato tipo, homologado pelo Ministério da Saúde em 19 de Abril de 1985. Este documento expressa as regras de cooperação entre a então Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários e cada uma das corporações de bombeiros, no âmbito do transporte de doentes em ambulância. Todavia, na primeira das Cláusulas Gerais é afirmado que, para além dos bombeiros, outras entidades privadas ou oficiais que assegurem o transporte de doentes poderão aderir à celebração deste contrato tipo.

As situações abrangidas pelos referidos contratos são as seguintes:

- Transporte de doentes credenciados pelas ARS, através das suas SRS.
- Transporte de doentes para serviços de atendimento permanente e para serviços de atendimento de situações urgentes.
- Transporte de doentes assistidos em serviços de atendimento permanente e urgente de centros de saúde que, por razões clínicas, careçam de transferência para qualquer estabelecimento hospitalar da rede pública de saúde.

- Transporte de doentes requisitado pelos serviços acima referidos, designadamente, para transferência de doentes para qualquer hospital da rede oficial ou para a residência dos doentes.

O regime de celebração das convenções previsto na Lei de Bases da Saúde (LBS) e regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, define como convenção o contrato de adesão celebrado entre o Ministério da Saúde, através da DGS e das ARS, e as entidades privadas, pessoas colectivas ou profissionais liberais, tendo como objectivo a prestação de cuidados de saúde (com fins de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico e terapêutica da doença e de reabilitação) aos utentes do SNS, passando, deste modo, a fazer parte integrante da rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Todavia, apesar do princípio base para a contratação de serviços de transporte de doentes pelos centros de saúde ser o da livre adesão (convenção), estas convenções encontram-se actualmente fechadas. Após a publicação e entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, apenas foram publicados três clausulados tipo nas áreas de cirurgia, diálise e SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia)¹⁸.

Consequentemente, a celebração de novas convenções para prestação de serviços de transporte de doentes apenas acontece esporádica e excepcionalmente, sob o signo do interesse público. Na prática, a contratação pelos centros de saúde é casuística, e uma vez avalizada a necessidade de contratação, a negociação pelos centros de saúde é livre, ainda que geralmente baseada nos clausulados tipo e legislação publicados em meados da década de oitenta¹⁹.

Não obstante algumas alterações estruturais e de conteúdo, ocorridas ao longo de vinte anos, o contrato de adesão mantém, à data, a mesma linha condutora do modelo homologado em 1985.

Regra geral, quem decide da necessidade de contratar prestadores de transporte de doentes são os centros de saúde, excepto no caso dos doentes hemodialisados, caso

¹⁸ O estado actual das convenções foi já caracterizado pela ERS no estudo “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS”, disponível em <http://www.ers.pt>.

¹⁹ A ERS teve conhecimento de casos em que alguns prestadores de serviços de transporte de doentes, sem convenção ou qualquer outro acordo para a prestação de serviços ao SNS, têm feito uso de um mecanismo de reembolso de despesas aos utentes do SNS, previsto no Guia do Utente do SNS. Estes prestadores realizam os serviços sem cobrarem qualquer valor ao utente, dirigindo-se posteriormente aos serviços administrativos das SRS em posse das guias de transporte e prescrição médica a fim de, na posição que caberia ao utente, receberem o reembolso do serviço. Constata-se que não existe um procedimento comum entre as SRS face a esta prática, havendo algumas que aceitam fazer o reembolso directo ao prestador, e outras que se recusam, argumentando que o reembolso só poderá ser efectuado ao utente.

em que tal decisão cabe às SRS. Nos centros de saúde, quem dá o aval à contratação são os respectivos directores; e nas SRS, tal função cabe aos coordenadores.

A prestação de serviços é debitada às entidades requisitantes segundo uma tabela de preços introduzida pelo artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de Março. Em 9 de Fevereiro de 2006, o tarifário em vigor era o constante da tabela 2, disponibilizada pelo IGIF, que reflecte a actualização efectuada pelo Despacho n.º 720/2006, de 11 de Janeiro. Os valores aí indicados são os valores máximos a pagar pelo Ministério da Saúde pelos serviços de transporte de doentes, existindo a possibilidade de negociar preços mais baixos.

Tabela 2 – Tabela de Reembolsos do IGIF para o transporte de doentes, em Fevereiro de 2006

CÓDIGO REEMB.	DESIGNAÇÃO	%	MÁXIMO SERVIÇOS	MÁXIMO HONORÁRIOS
G	TRANSPORTE DE DOENTES E ESTADIAS		€	€
GA	TRANSPORTE DE DOENTES - DIVERSOS			
GA001	TRANSPORTE DE DOENTES – OUTRAS AMBULANCIAS - P/KM		0.00	0.37
GA002	TRANSPORTE DE DOENTES - CARRO PROPR - P/KM		0.00	0.02
GA003	TRANSPORTE DE DOENTES -TAXI	100	0.00	0.00
GA004	TRANSPORTE DE DOENTES -TRANSP.PUBLICOS	100	0.00	0.00
GA005	SEGUNDA HORA ESPERA - SEGUINTE JUNTO U HOS		0.00	2.89
GA006	PRECO UNICO SAIDA - LISBOA E PORTO		0.00	5.74
GA007	TAXA DE SAIDA (DESPACHO 1846/2002)		0.00	5.74
GA008	APLICACAO DE OXIGENIO		0.00	3.49
GB	ALOJAMENTO E ALIMENTACAO			
GB001	ALOJAM P/TRATAMENTO-DIARIAS	080	0.00	0.50
	SUBS. TRANSP. ALOJAM. ALIMENTAÇÃO- DESPACHO 4-6-79			
GC001	ALOJAMENTO ALIMENTACAO		0.00	771.80
GC002	ALOJ ALIMENT CASA FAMILIARES		0.00	514.53
GD	TRANSPORTE DE DOENTES - BOMBEIROS			
GD001	TRANSPORTE DE DOENTES AMBULANCIA BOMBEIROS-P/KM		0.00	0.37
GD005	SEGUNDA HORA ESPERA-SEGUINTE JUNTO U HOS		0.00	2.89
GD006	PRECO UNICO SAIDA-LISBOA E PORTO		0.00	5.74
GD007	TAXA DE SAIDA (DESPACHO 1846/2002)		0.00	5.74
GD008	APLICACAO DE OXIGENIO		0.00	3.49

Fonte: IGIF

São pagos ao transportador os tempos de espera resultantes do atraso na admissão ou não admissão do doente, e, se for o caso, tempos de espera até à conclusão do seu tratamento. No caso de se verificar o transporte de mais de um doente, será debitado, à entidade requisitante, a totalidade do preço, acrescida de 20% do valor dos quilómetros percorridos, aplicada por cada um dos outros doentes que tenham utilizado a mesma ambulância no mesmo percurso. A totalidade da facturação em dívida deverá ser apresentada ao requisitante até ao dia 10 do mês posterior, estando

acompanhada de verbete de justificação dos transportes em ambulância e da credencial de transporte.

Os táxis apenas podem ser contratados em situações de transporte de hemodialisados, sendo a escolha do meio de transporte uma decisão da competência do clínico. A sua contratação é casuística. O preço pago no transporte efectuado em táxis é o estabelecido nas tabelas da ANTRAL, emitidas pelo Ministério da Economia (ver tabela 3), sendo o pagamento feito de acordo com o número de quilómetros percorridos. Regra geral, o transporte em táxi é utilizado para grupos de doentes. Só neste caso é que se compreende a utilização deste serviço, porque o preço por quilómetro pago às ambulâncias é inferior ao preço pago aos táxis.

Tabela 3 – Tarifas ao quilómetro a pagar pelos serviços de transporte em táxi, da convenção entre o Ministério da Economia e da Inovação e a ANTRAL, 2005

Veículos	Tarifas	Bandeirada		Fracções		Espera	
		Metros	Euros	Metros	Euros	segundos	Euros
Táxis:							
4 passageiros	T3 - retorno em vazio - Serv. diurno	4400	3,25	500	0,37	140	0,37
	T4 - retorno em vazio - Serv. nocturno	4400	3,90	400	0,37	140	0,37
	T5 - retorno ocupado - Serv. diurno	8800	3,25	1000	0,37	140	0,37
	T6 - retorno ocupado - Serv. Nocturno	8800	3,90	800	0,37	140	0,37
mais de 4 passageiros	T3 - retorno em vazio - Serv. diurno	3450	3,25	500	0,47	180	0,47
	T4 - retorno em vazio - Serv. nocturno	3450	3,90	400	0,47	180	0,47
	T5 - retorno ocupado - Serv. diurno	6900	3,25	1000	0,47	180	0,47
	T6 - retorno ocupado - Serv. Nocturno	6900	3,90	800	0,47	180	0,47
Veículos a/distintivo:							
4 passageiros	Tarifa com retorno em vazio	4350	3,90	500	0,45	175	0,45
	Tarifa com retorno ocupado	8700	3,90	1000	0,45	175	0,45
mais de 4 passageiros	Tarifa com retorno em vazio	3850	3,90	500	0,51	195	0,51
	Tarifa com retorno ocupado	7700	3,90	1000	0,51	195	0,51

Fonte: ANTRAL

Os princípios gerais orientadores da comparticipação nas despesas com os transportes, no acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do SNS estão definidos no Regulamento para a Comparticipação nos Custos de Transporte e Alojamento, aprovado em 10 de Março de 1976, pelo Secretário de Estado da Segurança Social. O controlo do serviço, para efeitos de cobrança por parte do prestador, processa-se através dos Boletins de Itinerário, apresentados pelos diversos prestadores de

transporte, nos quais se encontram plasmados os dados que possibilitam aferir da relação quilómetros percorridos/trajectos seguidos.

No entanto, apesar de estarem previstos mecanismos de controlo da facturação do transporte não urgente e urgente secundário contratado no âmbito do SNS, verifica-se irregularidades ao nível da facturação destes serviços, em prejuízo da entidade financiadora. A eficácia destes mecanismos e do seu exercício foi analisada, por meio de auditorias, pelas entidades competentes, tendo-se concluído pela existência de uma série de insuficiências e deficiências nos mecanismos de controlo que permitem situações como omissões e/ou erros em termos de documentação que justifica e detalha o serviço de transporte de doentes (nomeadamente o pagamento de credenciais não assinadas pelo médico ou pelo utente); facturação indevida (como por exemplo, facturação referente a transporte de doentes em ambulância sem necessidade clínica confirmada); facturação de serviços nunca realizados; e duplicação de facturação de alguns serviços.

As insuficiências e deficiências nos mecanismos de controlo que permitem estas irregularidades estão, também, devidamente identificadas nesses relatórios, salientando-se, entre outras, a insuficiência, ou mesmo inexistência, de aplicações informáticas para o controlo da facturação; a desactualização ou falta de inventariação das entidades fornecedoras dos serviços; a falta de partilha de informação entre as ARS, as SRS e os hospitais aumentando o risco de duplicação da facturação ou de sobrefacturação; e a existência de deficiências nos procedimentos de controlo interno, nomeadamente ao nível do preenchimento e validação dos suportes de facturação.

Por outro lado, também a qualidade do serviço prestado não é, na prática, aferida pelos contratantes, embora as SRS tenham reconhecido a necessidade de colmatar esta lacuna. O INEM também não tem exercido uma fiscalização regular nesta área.

A análise que efectuamos no anexo IV, na qual se procede a uma estimação do custo médio por quilómetro suportado pelas diferentes entidades transportadoras, aponta para um custo médio por quilómetro nas empresas privadas de €0,48 para uma empresa a operar num distrito do “litoral”, e €0,40 num distrito do “interior. Por outro lado, no pressuposto de que os bombeiros e a CVP auferem vantagens específicas em termos de custos, nomeadamente ao nível dos custos com pessoal e com a

obtenção de ambulâncias, estimamos que estas entidades suportem custos por quilómetro na ordem dos €0,24 e €0,22²⁰.

Comparando estas estimativas com o valor pago pelo SNS²¹, podemos concluir, dentro dos pressupostos assumidos, que o transporte de doentes será uma actividade financeiramente interessante para bombeiros e CVP. Todavia, com o cumprimento de todas as normas estabelecidas (nomeadamente em termos do número de colaboradores por ambulância), e sem facturações adicionais, a prestação de serviços de transporte de doentes não urgente ao SNS seria pouco rentável para as empresas privadas. No entanto, cerca de metade das empresas que responderam ao inquérito elaborado pela ERS no âmbito deste estudo, declararam explicitamente a vontade de firmarem contratos com as ARS (incluindo empresas que já têm contratos com outras entidades)²², apesar de essa questão não lhes ter sido colocada.

A situação de actividade com preços abaixo do custo de produção, além de não permitir explicar a sobrevivência das empresas privadas até à data, levanta dúvidas sobre a racionalidade de estas empresas desejarem firmar acordos de prestação de serviços com o SNS. A prestação de serviços ao SNS apenas poderia ser suportada por subsidiação cruzada, com os rendimentos obtidos da prestação a entidades privadas não vinculadas às tabelas do IGIF. Todavia, dado o peso maioritário que o SNS tem enquanto comprador neste mercado, é pouco provável que tal subsidiação possa garantir lucros positivos.

Os financiadores privados são livres na contratação transporte de doentes, no que toca a tipo de transporte, prestador em concreto e preços praticados. A título exemplificativo, constatámos que as seguradoras estabelecem livremente protocolos com empresas de transporte em ambulâncias e táxis, que incluem nas suas redes de

²⁰ Esta estimativa só será válida para aquelas entidades que obtenham as ambulâncias a custo zero, e que tenham tripulações não profissionais. No entanto, e segundo a LBP, 78% das ambulâncias dos bombeiros em actividade foram adquiridas pelas corporações, e 70% das tripulações estão profissionalizadas. Por sua vez, a ATDA refere que os bombeiros detêm, além destes, outros benefícios ao nível dos custos com seguros (na sua maioria suportados pelas autarquias) e beneficiam de significativas ajudas do SNBPC para custos com combustíveis.

²¹ À data da elaboração das estimativas pela ERS, vigorava um preço por quilómetro de €0,37. Posteriormente, com o Despacho n.º 17.741/2006, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, em 31 de Agosto, o preço por quilómetro foi actualizado para €0,40. Esta alteração no preço por quilómetro não modifica qualitativamente as nossas conclusões.

²² Pôde apurar-se que apenas 18% das empresas têm contrato de prestação com ARS, 27% têm contratos com hospitais do SNS, 20% têm contratos com clínicas, seguradoras e outros prestadores privados de saúde, sendo que os restantes 35% não têm qualquer contrato ou acordo de carácter estável.

prestadores. O pagamento a estes prestadores é feito em moldes muito semelhantes aos praticados pelo SNS. Devemos realçar que nos contactos realizados junto de seguradoras, tivemos indicação de que estas privilegiam o transporte em táxi, mesmo para além do transporte de hemodialisados. Por princípio, o transporte em ambulância só é utilizado quando o médico o considere estritamente necessário. Esta prática potencia o risco de, em determinadas circunstâncias, o tipo de transporte dos doentes poder ser ditado não por critérios clínicos, mas por outros critérios, com a consequente perda de qualidade nos serviços prestados.

4.2.2. Papel do INEM

As competências do INEM abarcam o papel de financiador, prestador, coordenador e fiscalizador do sector de transporte de doentes. No entanto, esse papel só se consuma em todas as suas vertentes no transporte urgente primário, sendo, no transporte não urgente e urgente secundário, apenas fiscalizador.

4.2.2.1. Na Organização do Sector e Prestação de Serviços

4.2.2.1.a. Transporte Urgente Primário

Neste tipo de transporte, o INEM tem um papel de organizador da prestação e, de certa forma, da própria procura. Em 12 de Agosto de 2005 foi decidido que todas as chamadas para situações de emergência devem ser encaminhadas e triadas pelos CODU, cabendo aos seus técnicos a tomada de decisão sobre quais as ocorrências que dão lugar a activação de meios de socorro e quais os meios a mobilizar em cada situação em concreto.

A organização do sector do transporte emergente atribui ao INEM o papel central na configuração da procura, porque apesar de não controlar o número de ocorrências que originam a chamada para urgência, é o INEM que decide quais as chamadas que originam uma activação de meio de socorro, e quem deverá ser o prestador. Na prática, o INEM tem o poder de administrar a quantidade procurada e a quem se dirige a procura. Este é um poder que obviamente elimina qualquer concorrência nos moldes habituais e, por isso, abstermo-nos de falar em mercado para este tipo de transporte.

O poder do INEM de decidir qual o prestador para cada ocorrência potencia o conflito de interesses entre o seu papel enquanto prestador e enquanto coordenador e fiscalizador do sector do transporte urgente. Concretamente, o conflito poderá surgir se o INEM, nas suas atribuições de coordenador do Sistema Integrado de Emergência

Médica (SIEM), preterir a activação de meios dos bombeiros e CVP face às suas próprias ambulâncias, de forma não estritamente consentânea com os critérios técnicos que devem orientar a decisão de activação pelos CODU.

4.2.2.1.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário

No mercado do transporte não urgente e urgente secundário, o INEM não exerce um papel de prestador nem de financiador. Os serviços são financiados pelo SNS (via ARS ou hospitais), ou por entidades privadas (seguradoras, hospitais privados, ...), e são prestados por bombeiros, CVP, operadores privados, entidades sem fins lucrativos ou táxis.

Vemos então que, com a actual configuração do sector de transporte de doentes em ambulância, existe mercado apenas para o transporte não urgente e urgente secundário. Neste mercado, concorrem os referidos operadores, pelo que interessa analisar em detalhe o grau de concorrência existente, o poder de mercado de cada prestador, bem como as condições de acesso ao mercado.

4.2.2.2. Na Formação de Técnicos

O transporte de doentes em ambulância requer pessoal com formação específica. Existem dois tipos de formação básica de tripulantes de ambulância.

O curso para *tripulantes de ambulância de transporte* (TAT) tem carácter teórico-prático, e a duração mínima de trinta e cinco horas. A definição do seu programa é da responsabilidade do INEM. Os tripulantes habilitados com esta formação são obrigatoriamente sujeitos a exame e, de três em três anos, à frequência de um outro curso de recertificação com a duração mínima de catorze horas. Os cursos são abertos à população em geral, dirigindo-se preferencialmente a elementos pertencentes às empresas, associações e a outras instituições cuja actividade tenha a vertente de transporte de doentes, visando a formação das tripulações das ambulâncias.

O curso para *tripulantes de ambulância de socorro* (TAS) é também teórico-prático, com a duração mínima de duzentas e dez horas. A definição do programa é igualmente da responsabilidade do INEM. Neste caso, também o exame é obrigatório, bem como o curso de recertificação que tem lugar de três em três anos, com a duração de trinta e cinco horas. Este curso destina-se a técnicos com o mínimo de

formação escolar ao nível do 12º ano, propostos por operadores de transporte de doentes.

A necessidade de pessoal especializado é diferente consoante o tipo de ambulância. As ambulâncias de transporte tipo A exigem uma tripulação constituída por dois elementos, sendo um simultaneamente o condutor. Os tripulantes deste tipo de ambulâncias devem ter o curso de TAT. Já as ambulâncias tipo B devem ter uma tripulação constituída por três elementos, sendo um simultaneamente o condutor. O elemento que chefia a tripulação deve possuir obrigatoriamente o curso de TAS, não podendo exercer as funções de condutor. Os dois outros elementos devem ter pelo menos o curso de TAT. Por fim, as ambulâncias de Cuidados Intensivos (tipo C) devem ser operadas por três elementos, sendo um deles o condutor (com curso de TAT). Um dos dois outros elementos deve ser um médico com formação específica em técnicas de suporte avançado de vida (SAV). O terceiro elemento da tripulação pode ser um enfermeiro ou um indivíduo habilitado com curso TAS. A utilização do equipamento destinado ao suporte avançado de vida é da exclusiva responsabilidade do médico.

Nos termos do art.º 3.º, n.º 1 al. e) e n.º 2 al. h) e n), do anexo do Decreto-Lei 167/2003, de 29 de Julho, compete ao INEM definir, organizar e coordenar a formação em emergência médica, bem como aprovar planos e programas de cursos de formação de pessoal de emergência e autorizar a sua realização. Segundo o Departamento de Formação em Emergência Médica do INEM, a formação em emergência médica pode ser ministrada pelo INEM ou por outras entidades formadoras idóneas, por aquele reconhecidas. A formação dos TAT pode ser ministrada pela Escola Nacional de Bombeiros, Escola de Serviço de Saúde Militar, CVP, Associação Portuguesa de Transporte de Doentes Sinistrados, Hospital Santa Marta e a empresa Caduceus Emergência Médica, Lda. Por seu turno, o INEM reconhece a actividade de formação de TAS apenas à Escola Nacional de Bombeiros.

4.2.2.3. No Acesso ao Mercado

4.2.2.3.a. Transporte Urgente Primário

O transporte urgente primário está, de facto, vedado a operadores que não o INEM, os bombeiros ou a CVP. Apesar de não se poder retirar do RTD uma proibição de acesso dos operadores privados (ou sem fins lucrativos) ao transporte urgente primário, na prática o INEM implementa essa exclusão não celebrando quaisquer acordos com estes prestadores.

O acesso à prestação de transporte urgente primário é permitido a bombeiros e à CVP, se bem que em moldes diferentes. Com algumas corporações de bombeiros (e apenas bombeiros) são estabelecidos acordos especiais de prestação de serviços, que se consubstanciam na criação dos PEM. Existem também acordos de prestação pelos quais algumas corporações de bombeiros e CVP desempenham o papel de Postos de Reserva, estando os restantes corpos de bombeiros e CVP apenas habilitados à contratação casuística dos seus serviços pelo INEM.

Uma outra via pela qual o acesso ao sector depende do INEM é a do seu papel na formação de TAS e na aprovação dos programas dos cursos de TAT.

4.2.2.3.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário

O INEM exerce um importante papel de avaliação e fiscalização dos operadores privados, uma vez que estes estão obrigados à obtenção de um alvará para poderem operar, bem como de um certificado de alvará por cada ambulância que constitua a sua frota activa. Este alvará e certificados de alvará são atribuídos com base em critérios de cumprimento de padrões mínimos de equipamento e qualidade dos veículos, bem como de uma série de especificações técnicas, sanitárias e gráficas.

Os operadores privados têm vindo a apontar ao processo de licenciamento alguns aspectos negativos:

- O licenciamento de ambulâncias é um processo lento, que, segundo a ATDA, pode demorar cerca de 7 meses;
- As vistorias exigidas são feitas por INEM (sanitária e de equipamento) e DGV (técnica), separadamente;
- As restrições na decoração das ambulâncias (cor, logótipos e letras) limitam a diferenciação por *branding*;
- Por cada nova ambulância, o prestador tem de contratar e submeter o pedido de certificação, junto do INEM, de dois novos tripulantes;
- Os bombeiros e CVP têm a prerrogativa de emitirem parecer sobre a necessidade de concessão de alvarás a empresas privadas.

O processo de licenciamento constitui uma barreira no acesso ao mercado, justificada pela necessidade de garantir a qualidade e adequação dos meios. No entanto, existe

uma situação de discriminação dos operadores privados face aos restantes, uma vez que bombeiros e CVP estão isentos de alvarás. Aliás, os bombeiros e CVP podem mesmo dificultar o acesso ao mercado pelos privados, por via da prerrogativa que lhes é atribuída pela Lei n.º12/97, de 21 de Maio (emissão de parecer sobre a necessidade de concessão de alvarás).

O acesso ao mercado depende do INEM também pela via da formação de técnicos. No passado houve algumas divergências entre o INEM e os operadores privados a este respeito: os últimos acusam aquele de nunca ter formado qualquer tripulante de uma empresa privada, da falta de publicitação das acções de formação que são ministradas pontualmente e do facto de decorrerem em horário laboral; o primeiro defende-se com a estatística do número de cursos ministrados até à data, considerando-o mais do que o suficiente para cobrir as necessidades do sector.

4.2.2.4. Na Garantia da Qualidade do Serviço

4.2.2.4.a. Transporte Urgente Primário

A garantia da qualidade e da adequação dos meios disponibilizados pelos diferentes prestadores é uma tarefa atribuída legalmente ao INEM, a quem compete punir incumprimentos e violações dos padrões estabelecidos para as características técnicas e sanitárias dos veículos, para o número e formação da tripulação das ambulâncias, e para a qualidade dos serviços prestados. A responsabilidade do INEM a este nível decorre também do seu papel de financiador, já que lhe competiria assegurar que ao pagamento efectuado corresponde um serviço de qualidade.

Na prática, esta competência do INEM só é exercida no que toca aos seus próprios meios, ou seja, na parte do mercado em que o INEM é o prestador directo. O INEM não exerce qualquer poder inspectivo externo, não podendo sequer exercer um controlo efectivo pela via do licenciamento, uma vez que os bombeiros e CVP têm um regime de isenção de alvará. Concluindo, no transporte urgente primário, o INEM apenas garante a qualidade do serviço prestado por si próprio.

4.2.2.4.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário

O INEM tem competências na fiscalização do transporte não urgente e urgente secundário, previstas na alínea b) do n.º 2 do art.º 6.º do anexo à Portaria n.º 458-A/2004, publicada em 23 de Abril, que regulamenta a fiscalização e auditoria a empresas detentoras do alvará para o transporte de doentes, a serem realizadas pelo

Serviço de Alvarás e Auditorias do Departamento de Transportes do INEM, com o objectivo de garantir a qualidade do serviço prestado e o cumprimento das normas previstas na lei. Este instrumento está, então, na dependência do primeiro, ou seja, o INEM tem competência para atribuir alvarás e fiscalizar as condições exigidas pelo alvará. Dado que os bombeiros e a CVP estão isentos de atribuição de alvará, não estão sujeitos a esta fiscalização.

A ausência de capacidade de actuação sobre os bombeiros e CVP, por parte do INEM, no âmbito das suas funções de fiscalização, no caso do transporte não urgente, não só resulta em discriminação dos privados e conseqüente limitação do ambiente concorrencial, como também numa incapacidade de dar garantia pública da qualidade do serviço prestado. Note-se, porém, que na prática os operadores privados não têm sentido de forma sistemática o exercício dos poderes de fiscalização e auditoria do INEM, para além do que é realizado no âmbito da avaliação dos pedidos de alvarás e certificados de alvará.

No caso específico do táxi, por não estar legalmente consagrado como meio de transporte de doentes, não pode o INEM exercer qualquer actividade de fiscalização. Em consequência disso, ao doente transportado em táxi não está salvaguardado o controlo da qualidade, da sua segurança e comodidade.

Por outro lado, o transporte desnecessário do doente em ambulância pode configurar uma errada e ineficiente alocação de recursos físicos, humanos e financeiros, onde estes são escassos, se o transporte em táxi for mais barato²³. A discussão sobre a legitimidade do transporte em táxis tem-se centrado na distinção entre transporte de *doentes* ou de *utentes*. O argumento avançado pelos contratantes do transporte em táxi passa por encararem os destinatários deste transporte como utentes não doentes, ou seja, utentes que têm de efectuar deslocações para tratamentos necessários ao abrigo do financiamento pelo SNS, mas que o seu estado de saúde permite que se desloquem num qualquer veículo, próprio ou de transporte público, em que se enquadram os táxis. Assim, a distinção entre um utente doente, que deve ser transportado por uma ambulância, e um utente não doente (se assim se quiser chamar), é da responsabilidade do médico que prescreve o tratamento ou a intervenção que dita a deslocação, por indicação aposta na respectiva credencial.

²³ Como vimos no ponto 4.2.1.b deste capítulo, o transporte de doentes em táxi apenas é mais barato no caso do transporte em grupo.

A consagração da possibilidade de transporte em táxi poderá permitir a redução de custos em algumas circunstâncias, mas também acarreta alguns riscos. Será que a decisão entre a utilização de ambulância ou táxi é sempre baseada em critérios estritamente clínicos, sem qualquer restrição ditada pelo financiador? A distinção entre um utente doente e não doente, feita no momento anterior ao transporte, tem em conta a natureza dinâmica do estado de saúde do utente²⁴? Os benefícios eventualmente obtidos com a redução de custos são ponderados pelos riscos inerentes a cada um dos tipos de transporte?

4.3. Performance

Neste ponto efectuaremos a análise possível com base nos elementos disponibilizados pelos diferentes prestadores do sector de transporte de doentes, procurando, assim, contextualizar esses resultados com a estrutura do mercado e o comportamento dos agentes.

4.3.1. Relação Concorrencial

4.3.1.a. Transporte Urgente Primário

O transporte urgente primário pode ser efectuado directamente pelo INEM e também, através de acordo ou autorização casuística, por corpos de bombeiros e CVP. Trata-se de um “mercado” administrado pelo INEM, em que nas atribuições do seu papel de organizador do SIEM, o INEM decide a quota de cada prestador por via da activação de meios de socorro pelos CODU. Nem sequer existe concorrência no acesso ao mercado, uma vez que os operadores privados e entidades sem fins lucrativos estão afastados de operarem neste sector, independentemente de reunirem as condições objectivas necessárias para garantir uma prestação com qualidade e economicamente viável. A única potencial competição é entre os diversos corpos de bombeiros, pelo acesso ao mercado por via de acordos de PEM ou postos de reserva.

Os incentivos à competição por quota de mercado entre os operadores autorizados são também extremamente limitados. Os procedimentos adoptados pelos CODU privilegiam a activação de ambulâncias do próprio INEM. O INEM, enquanto organizador do mercado, escolhe preferencialmente meios próprios para cobrir as necessidades de meios de transporte urgente terrestre. Segundo fonte do INEM, o accionamento preferencial de ambulâncias INEM, quer nos CODU, quer as sedeadas

²⁴ Possibilidade de o estado de saúde poder alterar-se rapidamente e durante o transporte.

em postos PEM é um procedimento *standard* que resulta de um entendimento e não concretamente de uma regulamentação formal.

No caso dos PEM, a utilização pelos bombeiros de ambulância própria ou de ambulância do INEM sediada nos seus quartéis não tem implicações financeiras, já que o valor pago pelo serviço é idêntico. Isto significa que, em termos de receita dos bombeiros, não existe diferença entre activação de ambulância do INEM ou dos próprios bombeiros. Assim, o INEM não concorre, a este nível, com os bombeiros. A única competição possível seria na decisão pela mobilização de meios do INEM dos CODU, ou dos PEM.

4.3.1.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário

Este transporte pode ser efectuado por bombeiros, CVP, operadores privados e entidades sem fins lucrativos. Na prática, existe um outro tipo de operadores, os táxis, com um enquadramento legal pouco claro. De facto, como já foi supra referido, nomeadamente no ponto 3.1.6 do enquadramento jurídico, segundo o RTD e a Portaria n.º 1147/2001, de 28 de Setembro, o táxi não está habilitado a fazer transporte de doentes, já que, não sendo ambulância, não está equipado com o material necessário, nem com o número mínimo de tripulantes habilitados exigidos. No entanto, observamos que, em algumas SRS, a contratação de táxis representa a maior fatia (mais de 80%) dos transportes de doentes hemodialisados financiados pelas ARS, o que representa, em termos proporcionais, a uma parcela significativa do total dos custos com transportes de doentes.

Assim, pelo menos em alguns mercados, os táxis podem, em teoria, actuar em concorrência com os outros operadores pelo serviço de transporte não urgente de doentes.

4.3.2. Dados Sobre a Actividade

4.3.2.1. Repartição da Procura pelos Prestadores

4.3.2.1.a. Transporte Urgente Primário

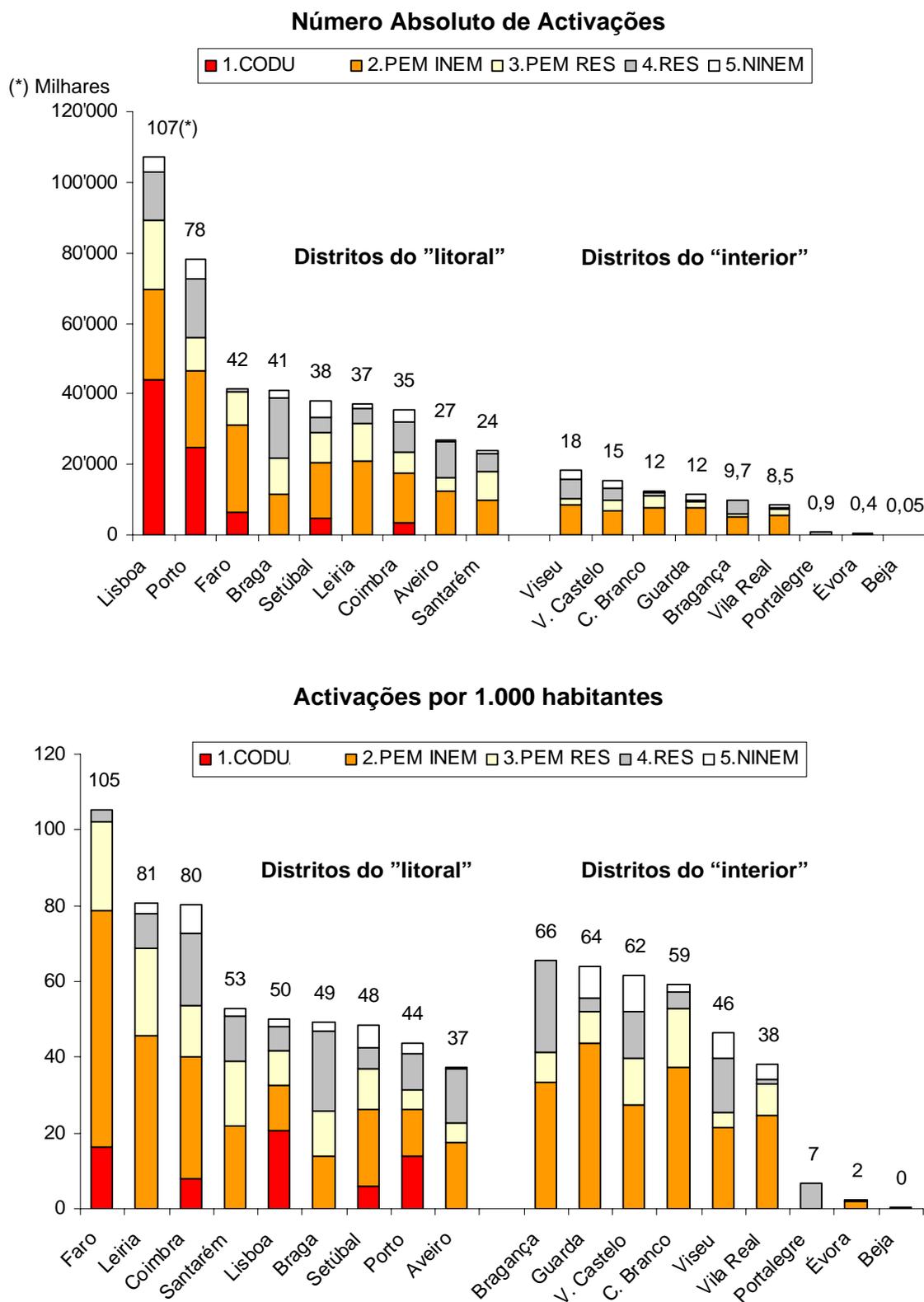
Para estimar a quota de mercado detida por cada tipo de prestador neste subsector, analisamos a única informação disponível, relativa à distribuição por prestador das activações de transporte urgente iniciadas pelos CODU. Os meios utilizados no transporte urgente podem ser divididos em cinco grupos:

- 1.CODU - Ambulâncias do INEM nos CODU²⁵
- 2.PEM INEM - Ambulância do INEM em PEM
- 3.PEM RES - Ambulância dos bombeiros em PEM
- 4.RES - Ambulância dos bombeiros em Posto de Reserva
- 5.NINEM - Ambulância em posto não INEM

Na figura 22 constata-se o privilégio dado pelos CODU à activação de ambulâncias do próprio INEM, quer sejam sedeadas nestes ou nos PEM – nestes últimos, 67% das activações são de ambulâncias do INEM e apenas 33% dos bombeiros. Estes dados reflectem preferência do INEM por meios próprios para cobrir as necessidades de transporte urgente terrestre.

²⁵ Incluem dados da actividade da PSP enquanto operador de ambulâncias do INEM.

Figura 22 – Distribuição das activações dos CODU do INEM, por tipo de ambulância, em 2005



Fonte: INEM

Uma vez que não existe concorrência neste sector, seria excessivo classificar esta situação como abuso de posição dominante no mercado. Uma possível interpretação destes dados seria que o INEM possa estar a compensar a sua incapacidade fiscalizadora através do seu papel organizador do SIEM. Uma vez que não controla os níveis de qualidade das ambulâncias dos bombeiros e CVP, privilegia a activação de ambulâncias próprias, sobre as quais domina esses índices de qualidade. Neste contexto, poderíamos concluir que o facto do INEM se deparar com limitações na sua actividade de supervisão e fiscalização, em relação aos bombeiros e CVP, poderá estar a influenciar a alocação de meios técnicos e humanos e eventualmente financeiros, no âmbito do SIEM.

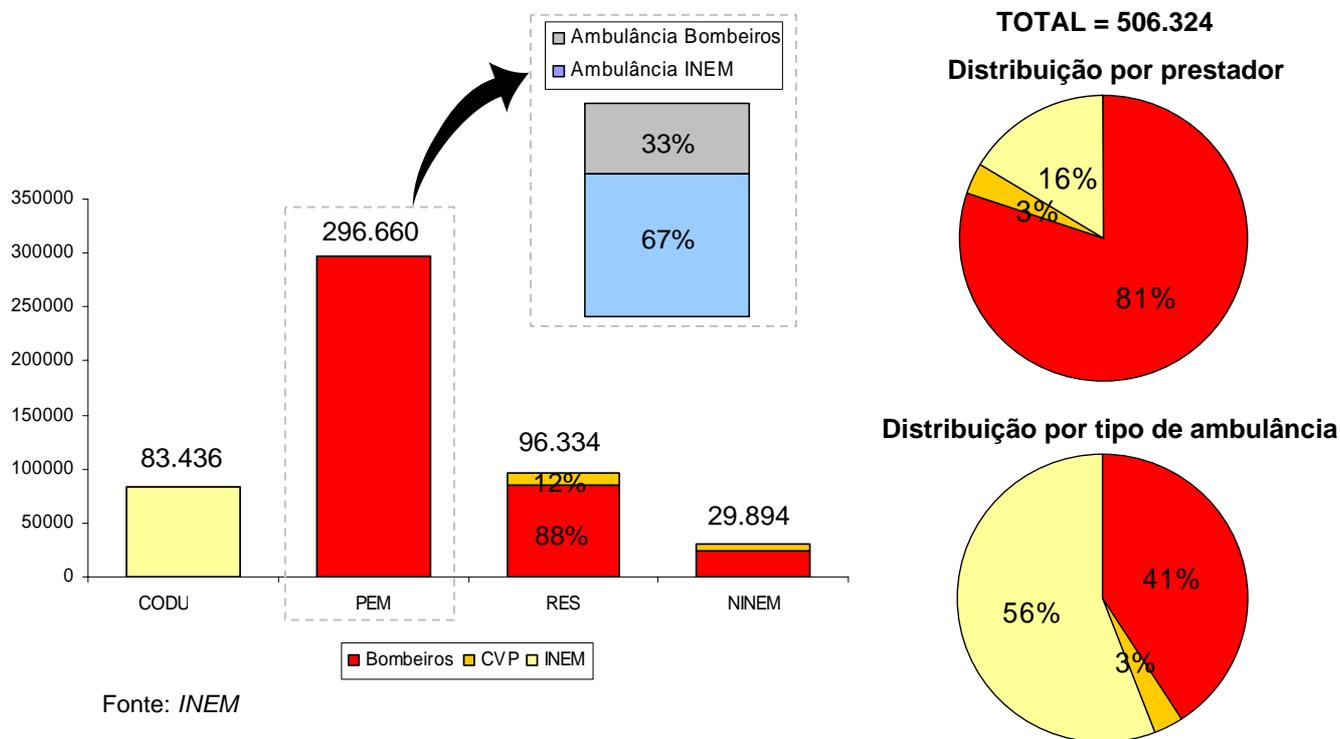
O número de activações é naturalmente mais elevado nos distritos do “litoral” do que nos do “interior” devido à maior concentração da população nesses distritos. Analisando o número de activações por habitante²⁶, verifica-se que este rácio é muito mais constante, quer dentro dos grupos de distritos do “litoral” e do “interior”, quer entre os dois grupos. O rácio de activações é excepcionalmente elevado nos distritos de Faro, Leiria e Coimbra. O valor anormalmente diminuto de activações de meios de urgência via CODU constatado em alguns distritos é fácil de explicar. Nas áreas do Alentejo (alto, baixo e central), Aveiro Norte e Viseu Norte, ainda não existia, em 2005, cobertura dos CODU do INEM²⁷. Em todo caso, é notória a desigualdade do Alentejo face ao resto do país em termos de acesso ao serviço de transporte urgente primário financiado e coordenado pelo INEM.

Outro dado que parece evidente, é o papel central dos bombeiros enquanto prestador de serviços de transporte urgente, ilustrado na figura 23. Em 2005, 81% das activações pelos CODU foram pagas aos bombeiros, enquanto 16% foram prestadas pelo próprio INEM. A CVP tem um peso reduzido, de apenas 3% do total das activações. Constata-se também que a maior parte das activações se fazem nos PEM, seguido dos Postos de Reserva, e finalmente dos postos não INEM. Em termos de meios accionados, é notório o predomínio de ambulâncias INEM, tendo representado cerca de 56% das activações em 2005.

²⁶ Na figura 22 temos o número de activações por mil habitantes.

²⁷ Desde Janeiro de 2006, o CODU do Norte cobre a área de Aveiro Norte.

Figura 23 – Peso relativo do INEM, bombeiros e CVP no número de activações de transporte urgente, 2005



4.3.2.1.b. Transporte Não Urgente e Urgente Secundário

4.3.2.1.b.1. Estrutura do Mercado

Estimamos que o total da despesa nacional em transporte de doentes, em 2005, terá rondado os 135 milhões de euros, dos quais 73% foram suportados pelo SNS (tabela 4). No âmbito dos SNS, cerca de três quartos da despesa é da responsabilidade dos centros de saúde. Isto é, mais de metade (53%) da procura de transporte de doentes é originada nos centros de saúde.

A importância dos centros de saúde na procura dos serviços de transporte de doentes permite que a análise do mercado se possa fazer com base em dados fornecidos por estes. Não existe uma recolha de informação completa sobre o mercado de transporte de doentes, e apenas conhecemos com exactidão a estrutura de custos do SNS, sendo a parte do sistema de saúde não pertencente ao SNS um terreno em larga medida desconhecido do ponto de vista estatístico. Como tal, iremos limitar a nossa análise aos centros de saúde.

Tabela 4 – Estrutura da despesa em transporte de doentes não urgente e urgente secundário, 2005

	Despesa em transporte de doentes	
SNS	€98.011.169	
Centros de Saúde	€ 71.816.104	(73,3%)
Hospitais SNS-SPA	€ 13.978.916	(14,2%)
Hospitais SNS-SA	€ 12.164.078	(12,4%)
Hospitais Psiquiátricos	€ 52.071	(0,1%)
Não SNS	€36.470.364	
Total	€ 134.481.533	

Fonte: IGIF, estimativas da ERS²⁸

Dadas as dificuldades em obter informação exaustiva sobre o todo nacional, optámos por concentrar o trabalho quantitativo numa dada região. Escolhemos a região abrangida pela ARS Norte, porque consideramos que esta região é a mais representativa do continente, em termos de características relevantes para o transporte de doentes, como se demonstra no anexo V.

Na tabela 5 apresentamos a estrutura de prestadores de serviços de transporte de doentes das SRS da ARS Norte. Nessa tabela constata-se que os táxis estão em maior número, mas também é verdade que, na grande maioria, se tratam de prestadores a título individual. Segundo fonte da ARS Norte, este é um meio utilizado apenas no transporte de hemodialisados, do seu domicílio para os centros de hemodiálise.

²⁸ Enquanto que os valores para o SNS nos foram cedidos pelo IGIF, o valor total do mercado foi obtido por estimativas feitas pela ERS. Assumimos o pressuposto de que a distribuição da despesa total do mercado entre SNS e não SNS é semelhante à verificada ao nível das receitas das empresas privadas.

Tabela 5 – Estrutura de Prestadores de Serviços de Transporte de Doentes das SRS da ARS Norte, 2005

Tipo de Prestador	Sub-Região de Saúde				
	Braga	Porto	Bragança	Viana	Vila Real
Táxis	98	NA	126	31	73
Bombeiros	30	56	15	11	4
CVP	18	9	0	1	0
Privados	2	4	6	3	2
Ent. S/ Fins Lucrativos	0	2	1	0	0
<i>Total</i>	<i>148</i>	<i>NA</i>	<i>148</i>	<i>46</i>	<i>79</i>

Fonte: ARS Norte

Mais importante do que o número de prestadores é o número de serviços contratados e os respectivos custos, apresentados nas tabelas 6 e 7. Verifica-se que os bombeiros prestam a maior parte dos serviços de transporte de doentes contratados pelas SRS de Porto, Braga e Bragança. Em Viana do Castelo e Vila Real, à um maior equilíbrio entre o número de serviços prestados por bombeiros e pelos operadores privados.

Tabela 6 – Número de deslocações de doentes das SRS da ARS Norte, 2005

Tipo de Prestador	Sub-Região de Saúde				
	Braga	Porto	Bragança	Viana	Vila Real
Táxis	NA	NA	20.916	9.463	18.400
Bombeiros	NA	453.680	19.476	NA	1.038
CVP	NA	56.738	0	1.521	0
Privados	NA	35.036	1.767	NA	1.472
Ent. S/ Fins Lucrativos	NA	4.976	142	0	0
<i>Total</i>	<i>NA</i>	<i>NA</i>	<i>42.301</i>	<i>17.781</i>	<i>20.910</i>

Fonte: ARS Norte

Em termos de custos, verifica-se, na tabela seguinte, que foram os bombeiros a entidade que mais facturou às SRS do Norte, mesmo quando comparados com os táxis. São grandes as diferenças na ordem de grandeza dos custos com transporte de doentes, nas diversas SRS. Compare-se os cerca de 7 milhões de euros no Porto, no ano de 2005, com os pouco mais de 900 mil em Viana do Castelo. Ainda assim, verifica-se, no essencial, uma semelhante distribuição dos custos por tipo de prestador.

Tabela 7 – Custos com transporte de doentes das SRS da ARS Norte, 2005

Tipo de Prestador	Sub-Região de Saúde				
	Braga	Porto	Bragança	Viana	Vila Real
Táxis	€ 625.480,03	€ 1.263.015,17	€ 844.164,00	€ 383.706,40	NA
Bombeiros	€ 1.589.651,57	€ 5.454.143,87	€ 986.206,06	€ 452.228,55	NA
CVP	€ 438.970,73	€ 734.961,29	-	€ 25.081,34	NA
Privados	-	€ 403.501,82	€ 106.149,92	€ 58.858,89	NA
Ent. S/ Fins Lucrativos	-	€ 37.536,72	€ 12.525,42	-	NA
<i>Total</i>	<i>€ 2.654.102,33</i>	<i>€ 7.893.158,87</i>	<i>€ 1.949.045,40</i>	<i>€ 919.875,18</i>	<i>NA</i>

Fonte: ARS Norte

4.3.2.1.b.2. Disparidades entre Distritos do “Litoral” e Distritos do “Interior”

No primeiro ponto deste capítulo, sobre a estrutura do sector, vimos existirem diferenças notáveis entre distritos do “litoral” e distritos do “interior”, ao nível da distribuição de prestadores, meios técnicos e humanos. Será, então, de esperar que essas diferenças se reflectam em estruturas de mercado contrastantes. É no sentido de levar em conta essas diferenças, que faremos uma análise a um exemplo de cada mercado relevante de transporte de doentes. Concretamente, analisaremos o transporte de doentes na SRS Porto (litoral) e na SRS Bragança (interior).

Vimos anteriormente que a dimensão geográfica de mercado relevante pode ser aproximada pelo distrito, o que corresponde à área de actuação de cada SRS. Examinando os transportes contratados pela SRS Porto e pela SRS Bragança ser-nos-á possível obter então uma visão aproximada do poder de mercado de cada um dos prestadores de serviços de transporte, e das diferenças existentes entre as estruturas de mercado nos distritos do “litoral” e do “interior”.

Uma vez que os táxis são prestadores de transporte exclusivamente para os hemodialisados, vamos nesta secção conceder mais atenção ao transporte em ambulância cobrindo posteriormente o caso particular do transporte de hemodialisados e dos táxis.

Analisando o número de fornecedores, verificamos que a estrutura do mercado da SRS Porto é dominada por corporações de bombeiros e pelas Unidades de Socorro da CVP, que, em conjunto, representam mais de 90% dos fornecedores neste mercado. O domínio dos bombeiros também ocorre na SRS Bragança, mas em menor percentagem, e, adicionalmente, não existem Unidades de Socorro da CVP a operar para a SRS Bragança. O domínio do mercado pelas corporações de bombeiros é ainda mais notório no número de serviços efectuados e na facturação. Constatamos

na tabela 8 e na figura 24 que, em Bragança, as corporações de bombeiros, que representam 68% do número total de prestadores, realizaram, em 2005, 91% dos serviços e receberam 89% da despesa em transporte de doentes da SRS Bragança (excepto táxis). Ambas as percentagens foram, no Porto, de 82%. Estes resultados são consistentes com a constatação que tínhamos feito antes sobre o domínio dos bombeiros ser mais expressivo nos distritos do “interior”.

A informação disponível permite ainda constatar outras diferenças fundamentais entre as duas SRS. O número médio de quilómetros em cada deslocação é em Bragança cinco vezes maior do que no Porto enquanto o custo médio por quilómetro é maior no Porto (€0,37 contra os €0,30 em Bragança)²⁹. Note-se que estes pagamentos por quilómetro se situam abaixo dos custos estimados no anexo IV, para as empresas privadas (€0,48 para distrito do “litoral” e €0,40 para distrito do “interior”). Em ambos os casos, as perdas rondam os €0,10 por quilómetro. No caso dos bombeiros e CVP, havíamos estimado custos na ordem dos €0,24 e €0,22, havendo então uma margem estimada por quilómetro de €0,13 no Porto, e de €0,15 em Bragança, para estes tipos de prestadores. Por outro lado, os operadores do Porto têm uma actividade mais intensa do que os de Bragança, já que se verifica que a facturação média por prestador no Porto é quase o dobro da facturação média em Bragança.

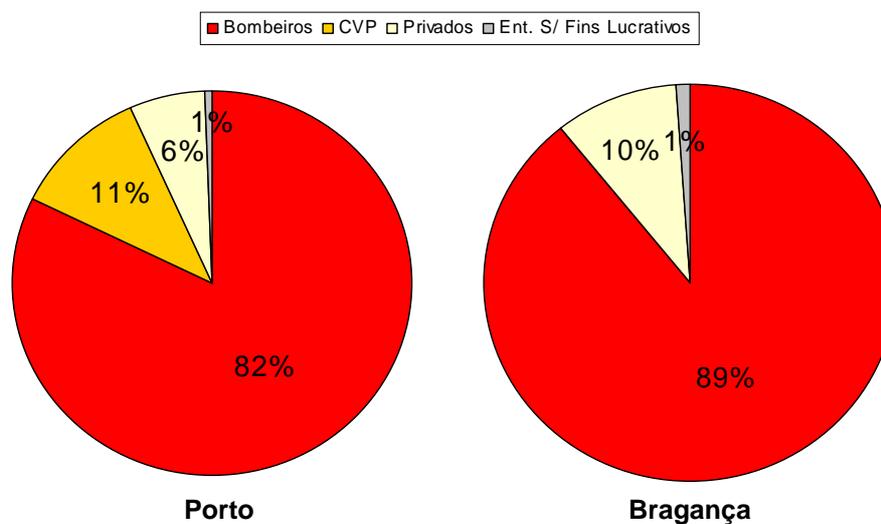
²⁹ Estes são pagamentos médios calculados a partir do número de deslocações e do total facturado. Tendo apenas informação sobre o número de quilómetros total, não é possível calcular a tarifa por quilómetro praticada para cada tipo de prestador.

Tabela 8 – Estrutura e actividade do transporte de doentes nas SRS Porto e Bragança, em 2005

		SRS Porto	SRS Bragança
População Coberta		1.781.836	148.883
Número de Fornecedores	Bombeiros	56 (79%)	15 (68%)
	CVP	9 (13%)	- (0%)
	Privados	4 (6%)	6 (27%)
	Ent. S/ Fins Lucrativos	2 (3%)	1 (5%)
	<i>Total</i>	71	22
Facturação	Bombeiros	€ 5.454.143,87 (82%)	€ 986.206,06 (89%)
	CVP	€ 734.961,29 (11%)	- (0%)
	Privados	€ 403.501,82 (6%)	€ 106.149,92 (10%)
	Ent. S/ Fins Lucrativos	€ 37.536,72 (1%)	€ 12.525,42 (1%)
	<i>Total</i>	€ 6.630.143,70	€ 1.104.881,40
Nº de Deslocações	Bombeiros	453.680 (82%)	19.476 (91%)
	CVP	56.738 (10%)	- (0%)
	Privados	35.036 (6%)	1.767 (8%)
	Ent. S/ Fins Lucrativos	4.976 (1%)	142 (1%)
	<i>Total</i>	550.430	21.385
Nº total de quilómetros		17.973.621	3.677.043
Nº médio de quilómetros por deslocação		33	172
Custo médio por Deslocação		€ 12,05	€ 51,67
Custo médio por quilómetro		€ 0,37	€ 0,30
Facturação por Fornecedor		€ 93.382,31	€ 50.221,88

Fonte: ARS Norte e INE

Figura 24 – Distribuição da facturação em transporte de doentes no Porto e em Bragança, por tipo de prestador, 2005

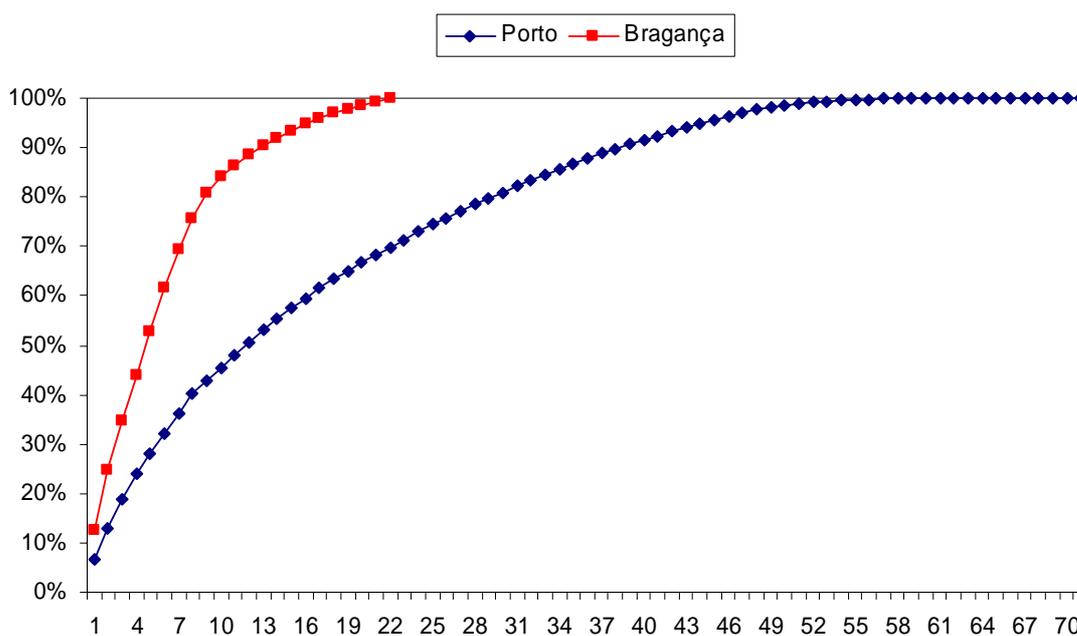


Fonte: ARS Norte

Na figura 25 representam-se as curvas de concentração para os dois mercados. Considerou-se, neste exercício, que existem tantos prestadores quantas as corporações de bombeiros, as Unidades de Socorro da CVP, as empresas privadas e as entidades sem fins lucrativos. Logo, está aqui inerente o racional de que as corporações de bombeiros concorrem no mercado umas com as outras, bem como as Unidades de Socorro da CVP. Esta situação pode de facto ser verosímil, num contexto de concurso público para a contratação de prestadores de transporte de doentes pelas SRS, em que os prestadores estariam a concorrer não no mercado mas pelo mercado.

Do gráfico, pode concluir-se que existe um baixo grau de concentração, sobretudo no Porto. Uma vez que a curva relativa a Bragança se encontra em toda a sua extensão acima da do Porto, permite concluir que o mercado é mais concentrado neste distrito interior.

Figura 25 – Curvas de concentração para os mercados do Porto e Bragança, 2005



Fonte: ARS Norte, com cálculos da ERS

Calculamos, adicionalmente, para cada um dos mercados, os índices de Hirschman-Herfindahl³⁰, como medida da concentração do mercado. O valor do índice para o

³⁰ O índice de Hirschman-Herfindahl é uma medida absoluta da concentração dos mercados, calculada com base nas quotas de mercado das empresas, conforme a seguinte fórmula:

$$H = \sum_{i=1}^n s_i^2$$
, em que n é o número de empresas a operar no mercado e s_i é a quota de mercado da empresa i . Teoricamente, este índice varia entre 0, mercado perfeitamente

Porto é de 310, claramente menor que os 810 correspondentes a Bragança. Apesar de o índice indicar uma maior concentração do mercado em Bragança, os baixos valores dos índices nos dois casos indicam que num contexto de concorrência entre as diversas corporações de bombeiros e as Unidades de Socorro da CVP, o grau de concentração dos mercados seria reduzido.

No âmbito de concursos públicos, existe a possibilidade de as corporações de bombeiros e das Unidade de Socorro da CVP se fazerem representar nos concursos centralizados em apenas dois concorrentes (CVP e LBP). Neste caso, o grau de concentração do mercado aumentaria, Por exemplo, o valor dos índices de Hirschman-Herfindahl aumentariam para 6.900 e 7.900 para Porto e Bragança respectivamente, o que indicia graus de concentração elevados.

A avaliação do grau de concorrência permite-nos especular sobre os efeitos de alterações nos modelos de contratação. O sistema actual, em vigor desde 1985, assenta num contrato de adesão oferecido pelas SRS aos transportadores, sem negociação de cláusulas. No entanto, no seguimento da publicação do Decreto-Lei 55/99, de 20 de Março, o Tribunal de Contas entendeu que a contratação do transporte não urgente e urgente secundário de doentes deverá ser feita por concurso público, sujeito às regras do Decreto-Lei 197/99, de 8 de Junho. As SRS parecem, na sua generalidade, favoráveis à contratação por concurso público, porque, dessa forma, poderiam ter maior poder de negociação com os prestadores, permitindo-lhe mais eficazmente suprir as necessidades de transportes e obter serviços a menores custos. Além disso, os concursos públicos ao nível regional configuram uma contratação com preços ajustados às condições locais, evitando preços relativamente excessivos ou demasiado baixos.

A adopção de concursos públicos para a contratação de prestadores de transporte de doentes poderia permitir reduzir os custos do SNS com o transporte de doentes. O elevado grau de concorrência no sector e as manifestações de interesse em aderir aos actuais contratos de prestação de serviços sugerem que os preços que resultariam desses concursos seriam inferiores aos actuais. Os benefícios seriam maiores nos distritos do “litoral”, onde a concorrência é mais intensa. Mesmo que a maior concentração dos operadores nos mercados do “interior” implicasse um (improvável) aumento de preços nestes mercados, esse efeito seria muito inferior aos ganhos

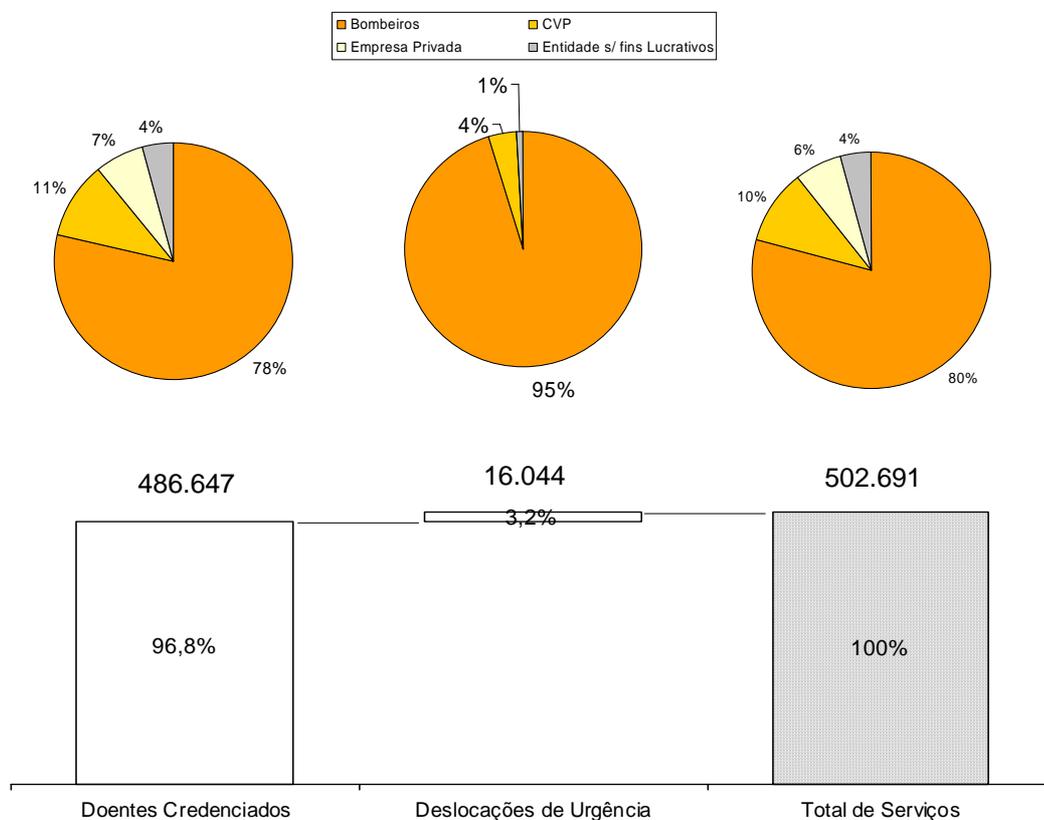
concorrencial, e 1, monopólio (habitualmente, este índice é apresentado como resultado do cálculo com quotas de mercado na base 100, variando assim entre 0 e 10.000). Na prática, o valor mínimo, dada a estrutura do mercado, é $1/n$, ou $10.000/n$.

obtidos no “litoral”, já que a maior parte dos custos ocorre nestes distritos. Por exemplo, mesmo que o preço aumentasse 10% em Bragança e só baixasse 5% no Porto, a ARS Norte pouparia cerca de 220 mil euros, já que os custos do transporte de doentes no Porto são seis vezes superiores aos de Bragança.

O único risco da adopção de concursos públicos decorre da possibilidade de um comportamento concertado das corporações de bombeiros e das Unidades de Socorro da CVP, caso em que o grau de concorrência pode não ser suficiente para proporcionar os ganhos de bem-estar desejados.

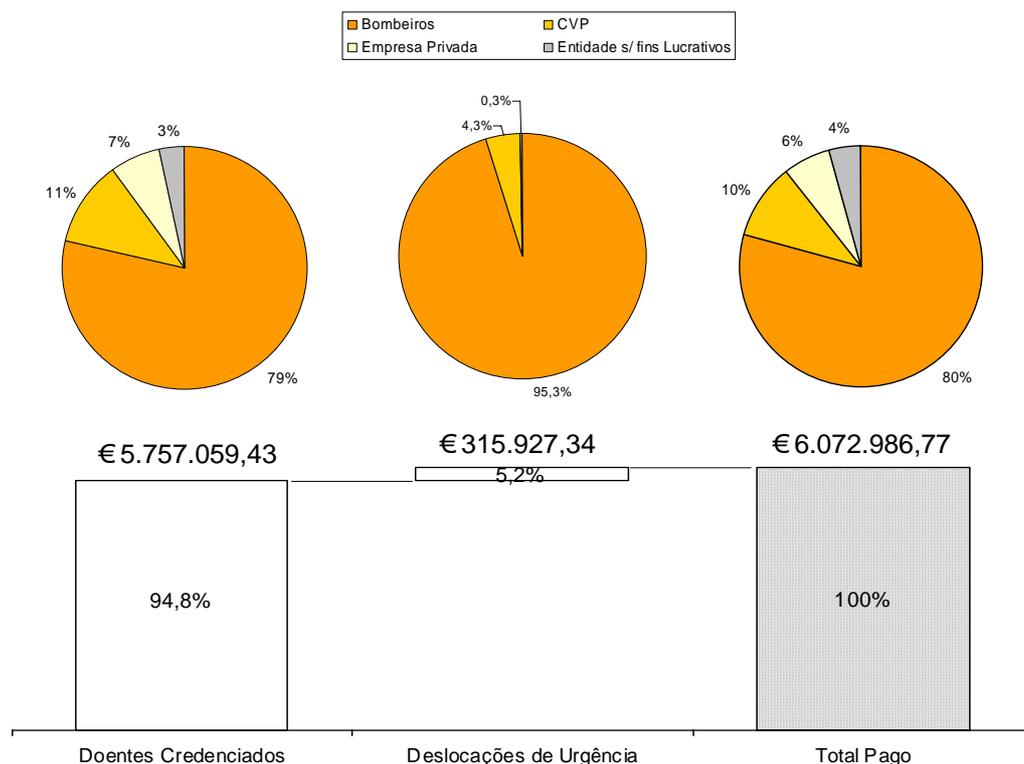
A informação disponível para a SRS Porto permite retirar uma conclusão adicional. Os dados com um maior detalhe permitem desagregar o número de serviços em transporte não urgente e transporte urgente secundário. No gráfico da figura 26 constata-se que os serviços de transporte urgente secundário têm uma expressão diminuta na procura por parte dos centros de saúde. Obtemos a mesma conclusão quando analisamos o valor dos pagamentos efectuados pela SRS do Porto, representados na figura 27.

Figura 26 – Distribuição do número de transportes requisitados pela SRS Porto, sem hemodiálise, por tipo de transporte e prestador, Jan-Nov 2005



Fonte: SRS Porto

Figura 27 – Distribuição dos custos dos transportes requisitados pela SRS Porto, sem hemodiálise, por tipo de transporte e prestador, Jan-Nov 2005



Fonte: SRS Porto

Em conclusão, para o âmbito de análise já referido, estes dados permitem-nos claramente afirmar que o transporte não urgente e urgente secundário em ambulância é dominado pelos bombeiros, quer nos distritos do “litoral”, quer nos do “interior”.

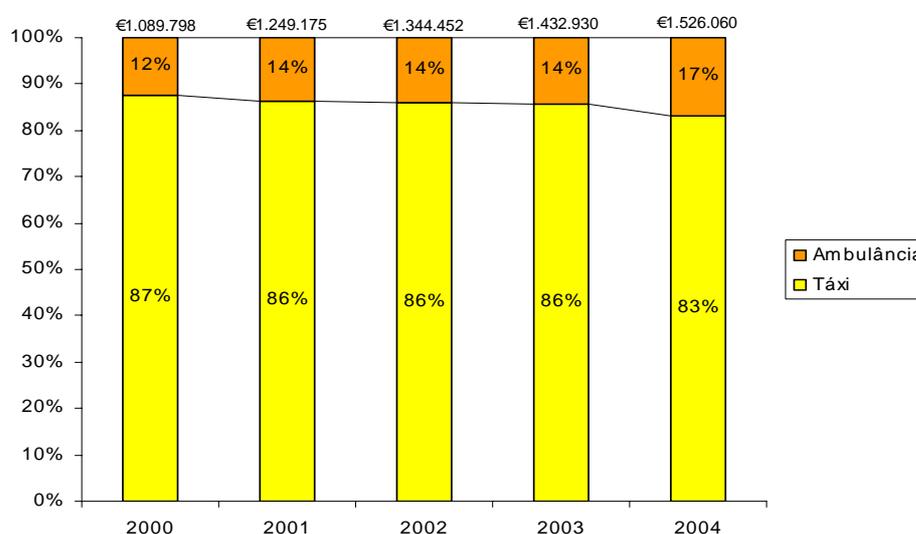
A segunda posição é ocupada pela CVP nos centros urbanos e pelas empresas privadas nos “interiores”. As entidades sem fins lucrativos desempenham um papel residual no mercado. O transporte urgente secundário é, para as SRS analisadas, quase exclusivo dos bombeiros.

Verificamos ainda que os mercados de transporte não urgente e urgente secundário, ao nível das SRS, têm um grau de concentração baixo, se os bombeiros e a CVP não encetarem contratação centralizada, sendo claro que nos distritos do “interior” a concentração é mais forte. Tendo em conta os diferentes incentivos e condições do sector em distritos do “litoral” e do “interior”, resulta desta análise que a abertura de concursos públicos deverá contribuir para a redução dos custos com o transporte de doentes.

4.3.2.1.b.3. O Caso dos Táxis

O transporte em táxis limita-se ao transporte de doentes hemodialisados, pelo que só vamos analisar o papel dos táxis no mercado do transporte destes doentes. Na figura 28 constatamos que são aqueles os detentores da maior quota neste mercado. Os custos com o transporte de doentes hemodialisados, na SRS Porto, entre 2000 e 2004, foram absorvidos pelos táxis em mais de 80%. Para além das ambulâncias e dos táxis, a sub-região reembolsou o transporte efectuado em transportes públicos ou do próprio doente. Estes reembolsos não chegam a representar 1% do total pago num ano e, por isso, não aparecem na figura 28.

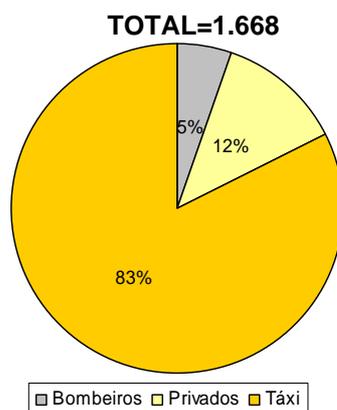
Figura 28 – Custos do transporte de doentes hemodialisados na SRS Porto



Fonte: SRS Porto

Também na SRS Vila Real, o táxi é o principal meio contratado para o transporte de doentes hemodialisados, pelo menos em termos de número de serviços, como mostra a figura 29.

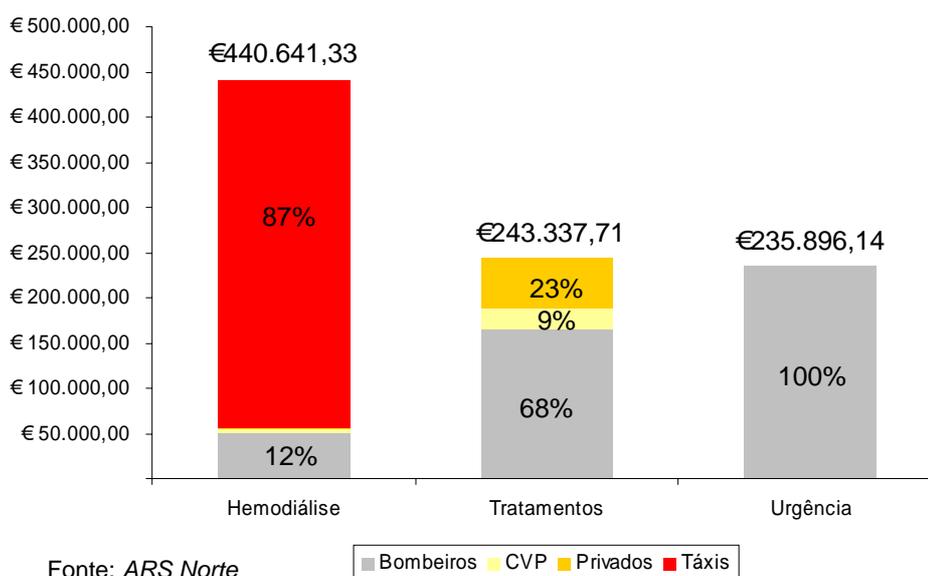
Figura 29 – Transportes de doentes hemodialisados na SRS Vila Real, 2005



Fonte: ARS Norte

Na SRS Viana do Castelo, no ano de 2005, também foram os táxis o meio de transporte responsável pela maior parte dos custos com o transporte de hemodialisados. Quanto aos restantes transportes de doentes credenciados, os bombeiros têm um claro domínio sobre os demais prestadores, com 68% das verbas pagas pela sub-região. O transporte urgente secundário é, nesta SRS, um exclusivo dos bombeiros.

Figura 30 – Estrutura de custos com transportes da SRS Viana do Castelo, por tipo de transporte e prestador, 2005



4.3.2.2. Prestadores

4.3.2.2.1. Os Bombeiros

Nas secções anteriores concluímos que os bombeiros são o principal prestador de transporte urgente de doentes, financiado pelo INEM, e também de transporte não urgente e urgente secundário, contratado pelos centros de saúde do SNS, excluindo o transporte de hemodialisados. Interessa agora avaliar a importância desta actividade para os bombeiros, ou seja, que parcela esta actividade representa no total das actividades dos bombeiros. A LBP não nos forneceu atempadamente os elementos necessários a uma análise rigorosa da actividade de transporte de doentes efectuada pelos bombeiros. Na ausência desses dados, recorreremos a informação pública disponível sobre algumas corporações de bombeiros, que sintetizamos no anexo VI. O critério de selecção das corporações foi exclusivamente o da disponibilidade dos dados, pelo que não podemos aferir da representatividade da amostra utilizada.

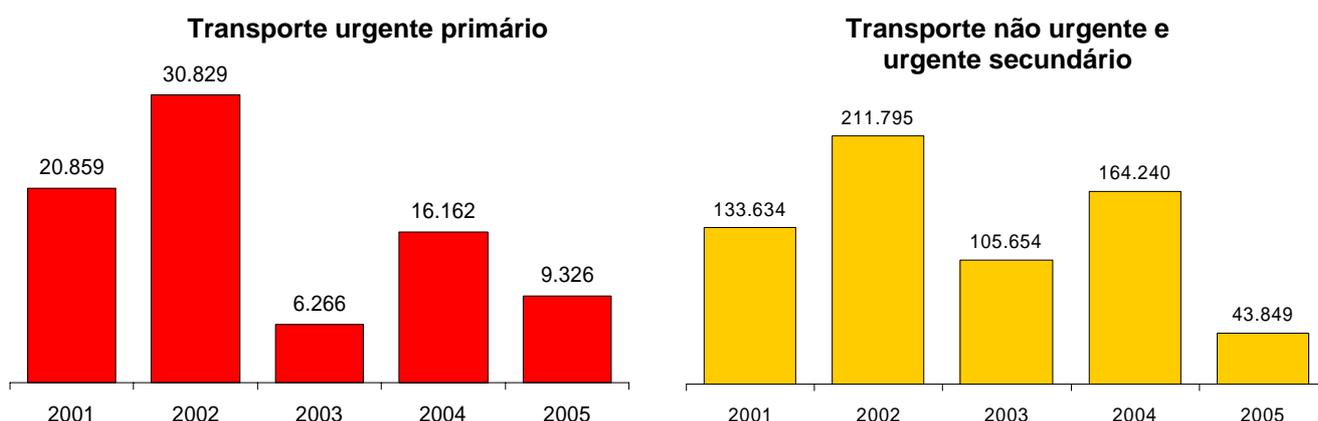
Apesar das limitações da informação disponível, podemos concluir que o serviço de transporte de doentes corresponde à grande parcela da actividade das corporações de bombeiros (cerca de 90%). O transporte urgente é mais importante para as corporações de bombeiros dos distritos do “interior”, onde representa cerca de 43% do total do transporte de doentes (contra 16% nos distritos do “litoral”), o que se explica pelo facto de nesses distritos a presença do INEM enquanto prestador ser mais reduzida. O peso deste sector para os bombeiros é significativo não só em termos de número de serviços, mas também em termos de receitas e de alocação de meios físicos e humanos.

A informação analisada permite-nos concluir que o transporte de doentes assume um papel fulcral na actividade dos bombeiros em Portugal.

4.3.2.2.2. A Cruz Vermelha Portuguesa

Tal como os bombeiros, a CVP é prestadora dos dois tipos de transporte. Em termos de evolução anual (figura 31), denota-se alguma tendência decrescente, ainda que não linear, da actividade da CVP nos dois tipos de transporte. É de realçar o excepcional ano de 2002, seguido de um ano de fraco desempenho, como foi o de 2003.

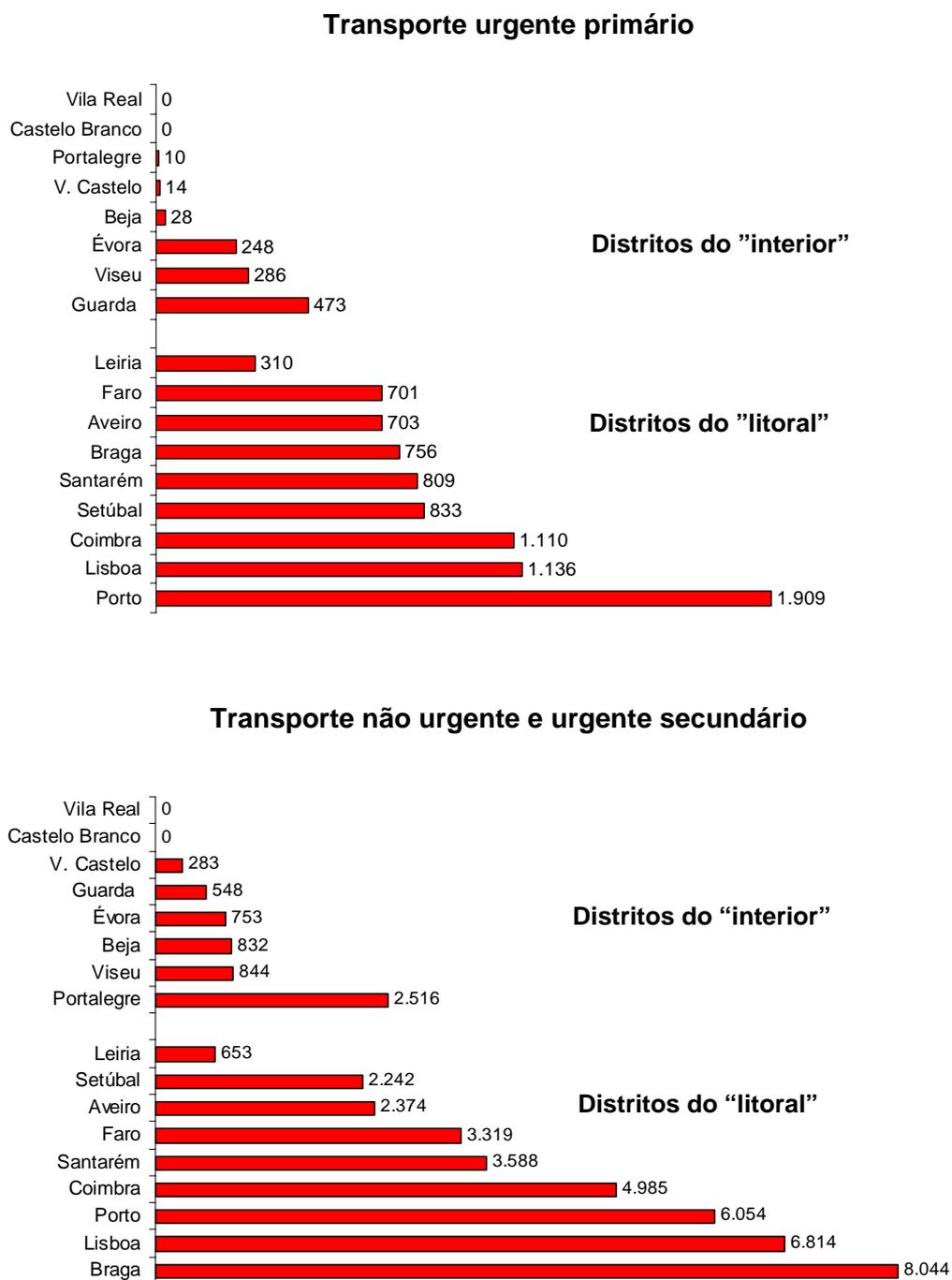
Figura 31 – Evolução das saídas de ambulâncias da CVP



Fonte: CVP

Os gráficos da figura 32 mostram que a presença da CVP é mais forte no distrito do Porto, seguindo-se Braga e Setúbal. Os distritos onde é menor a presença da CVP são os distritos do “interior”, sendo este panorama idêntico para os dois tipos de transporte.

Figura 32 – Distribuição das saídas de ambulâncias da CVP, em 2005, por distritos

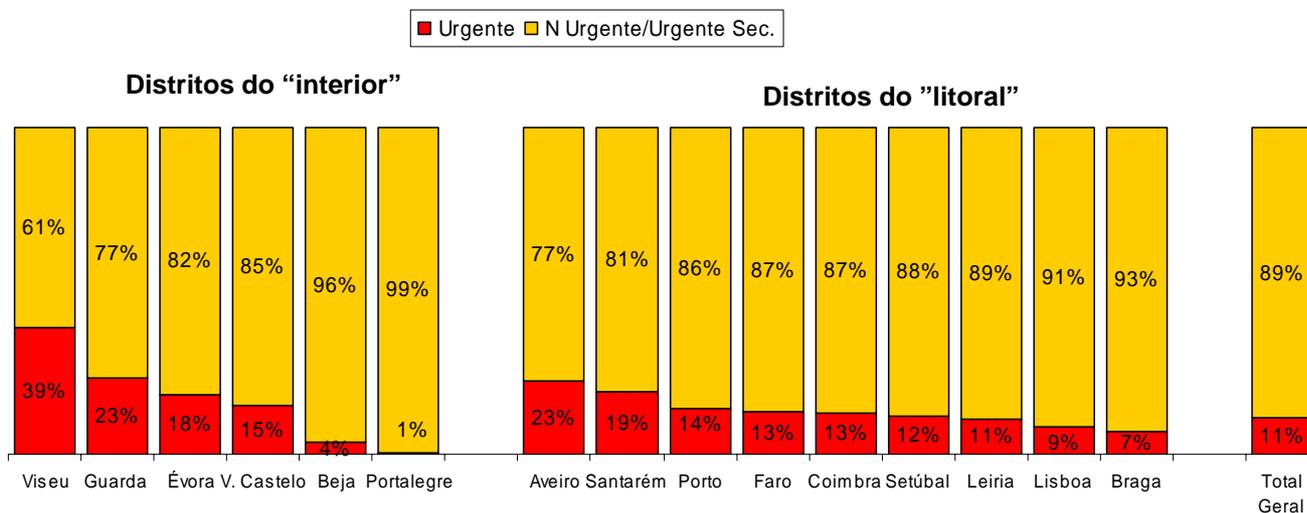


Fonte: CVP

Também é claro que o transporte não urgente e urgente secundário representa a actividade dominante do transporte de doentes pela CVP. Existe, no entanto, uma diferença entre os distritos do "litoral" e os do "interior", semelhante ao que havíamos verificado com os bombeiros: em média, as urgências representam 14% da actividade de transporte nos distritos do "interior", e apenas 11% nos do "litoral". Considerando o

total nacional, as urgências são 11% da actividade da CVP, média esta que é inferior em virtude da actividade prestada nos distritos do “litoral” de Braga e Lisboa.

Figura 33 – Distribuição da actividade de transporte de doentes da CVP entre urgente e não urgente ou urgente secundário, por distritos



Fonte: CVP

De acordo com o apurado, a procura de transporte urgente direccionada para a CVP é bastante inferior à dos bombeiros – a CVP cobriu apenas 3% das activações dos CODU, em 2005. A figura 33 mostra que, na actividade de transporte da CVP, o transporte urgente tem pouca expressão. Esta análise é necessariamente incompleta, já que não dispomos de informação da restante actividade da CVP que não o transporte de doentes (Apoio Domiciliário, Centros de Dia, Postos de Enfermagem, Postos de Socorro, ...), nem a sua tradução em termos de valores monetários. No entanto, certamente que, em número de serviços prestados, a parcela das urgências seria ainda mais diluída se considerada a totalidade da actividade da CVP.

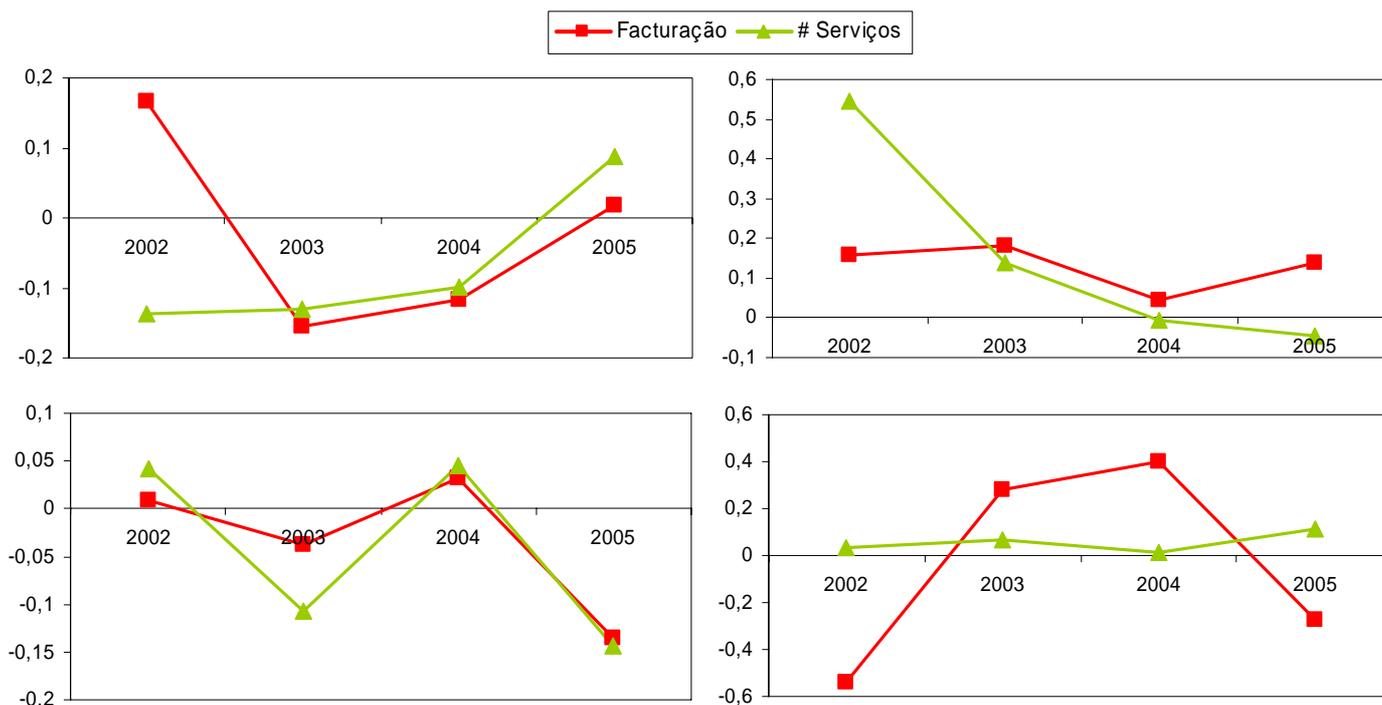
4.3.2.2.3. As Empresas Privadas de Transporte de Doentes

Estas são, como foi dito, empresas que se dedicam – no âmbito do transporte de doentes em ambulância – exclusivamente à prestação de transporte não urgente e urgente secundário. Contudo, sabemos que algumas destas empresas são também prestadoras de outros tipos de transporte, como sendo o transporte em táxis.

Como foi visto no ponto 4.1.3.b, este grupo de prestadores é bastante heterogéneo, ao nível da frota e do número de colaboradores, e também em termos da sua actividade (número de serviços e volume de negócios). Além das grandes disparidades entre empresas, é de notar a inexistência de uma tendência comum de crescimento ou

queda da actividade, seja em número ou valor. Parece, no entanto, que o volume de negócios das empresas tem oscilado mais do que o número de serviços, o que poderá indicar alguma instabilidade nas condições que influem nas receitas dos prestadores, nomeadamente o tipo de ambulância, distância ou preços dos serviços contratados.

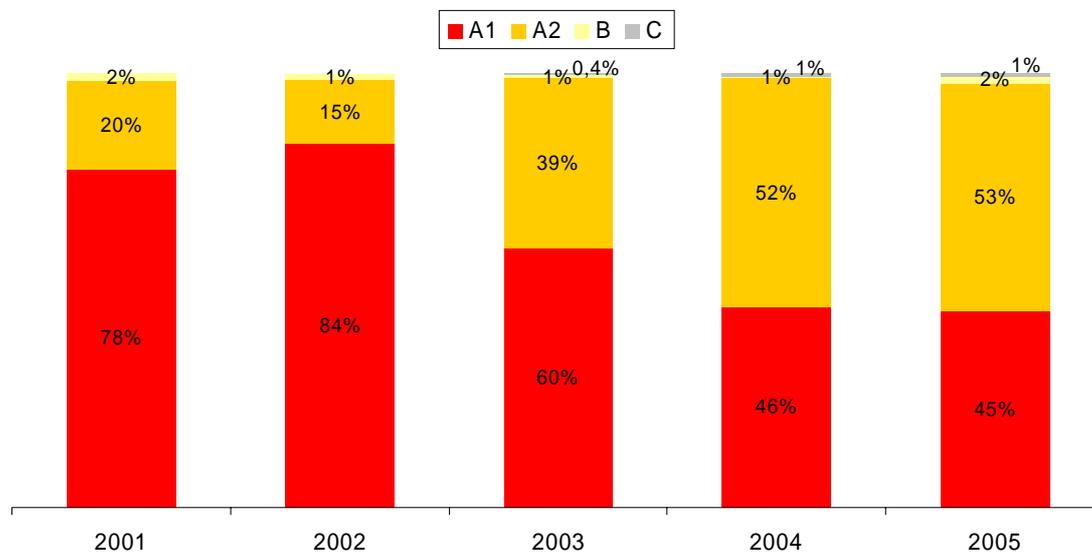
Figura 34 – Taxas de crescimento do número de serviços e do volume de negócios em 4 empresas privadas de transporte de doentes



Fonte: ATDA

Um outro dado importante sobre a actividade das empresas privadas consiste no peso que tem o transporte em ambulâncias A1 e A2. Uma amostra de 23 empresas privadas, reveladora do panorama médio deste tipo de prestadores, é claramente indicativa de que o transporte não urgente constitui a sua actividade principal, havendo uma tendência para a substituição de ambulâncias A1 por ambulâncias A2. A menor relevância do transporte urgente secundário havia já sido evidenciada pelo lado da procura, no caso analisado da SRS Porto. Este dado permite alargar essa conclusão a toda a procura que é satisfeita por prestadores privados.

Figura 35 – Serviços prestados por empresas privadas de transporte de doentes, por tipo de ambulância, 2005



Fonte: *Dados recolhidos pela ERS junto dos operadores privados*

Esta heterogeneidade entre os prestadores privados deve ser vista com cautela, uma vez que, num hipotético cenário de criação de maior ambiente concorrencial no mercado de transporte não urgente e urgente secundário, ou de abertura do sector das urgências ao mercado, existem claramente empresas com diferentes condições de competitividade. Desta forma, existe a possibilidade de, num contexto de maior abertura, o poder de mercado vir a ser concentrado num pequeno grupo de empresas.

4.3.2.2.4. As Entidades sem Fins Lucrativos

Devido a limitações de tempo e recursos não foi possível proceder ao levantamento extensivo desejável dos dados da actividade de todos os prestadores. Por este motivo, não foram recolhidos dados das entidades sem fins lucrativos. Do lado dos financiadores dos serviços de transporte de doentes não urgente e urgente secundário, a nossa análise focou-se exclusivamente na ARS Norte, onde este tipo de prestador tem um peso residual. Todavia, não ignoramos a possibilidade de estas entidades desempenharem um papel de grande relevância e mérito na prestação de serviços, nos locais onde os demais prestadores existem em número reduzido.

5. Conclusões

Sintetizam-se, agora, as principais conclusões que podem ser extraídas da análise efectuada ao sector do transporte de doentes. Obviamente que a sua leitura não dispensa a consulta de todo o trabalho, nomeadamente para se perceber o âmbito das análises que sustentam as afirmações que se seguem.

1. Estimamos que o total da despesa nacional em transporte de doentes, em 2005, terá rondado os 135 milhões de euros, dos quais 73% foram suportados pelo SNS. No âmbito dos SNS, cerca de três quartos da despesa é da responsabilidade dos centros de saúde, pelo que mais de metade (53%) da procura de transporte de doentes é originada nos centros de saúde.

2. De acordo com a natureza das situações que originam o serviço e as limitações que existem à entrada de prestadores, o sector do transporte terrestre de doentes subdivide-se em dois tipos de mercado: transporte primário urgente, onde operam INEM, bombeiros e CVP; e transporte não urgente e urgente secundário, onde operam bombeiros, CVP, empresas privadas, entidades sem fins lucrativos e táxis. Os mercados relevantes, em termos concorrenciais, são limitados localmente.

3. O INEM é o coordenador do transporte urgente/emergente de doentes, enquanto entidade responsável pela definição, organização e avaliação das actividades do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O transporte urgente é realizado directamente pelo INEM ou, com a sua autorização, por corporações de bombeiros e pela CVP. A integração de bombeiros na prestação de serviços de transporte urgente é feita, em grande parte, através dos seus Postos de Emergência Médica (PEM), onde estão recolhidas ambulâncias do INEM que são operadas por bombeiros, ao abrigo de acordos especiais. Existem também os Postos de Reserva, que são corpos de bombeiros ou CVP com acordo de prestação de serviços com o INEM, mas em que todos os serviços são efectuados por ambulâncias dos bombeiros ou da CVP. Finalmente, podem também ser activadas ambulâncias em posto não INEM.

4. O INEM administra a quantidade procurada e a quem se dirige essa procura de transporte de doentes, situação que elimina qualquer concorrência no mercado, segundo os moldes habituais. Este poder do INEM pode potenciar o conflito de interesses entre o seu papel enquanto prestador e enquanto coordenador e fiscalizador do sector do transporte urgente. O conflito poderá surgir se o INEM, nas suas atribuições de coordenador do SIEM, preferir a activação de meios dos

bombeiros e CVP face às suas próprias ambulâncias, de forma não estritamente consentânea com os critérios técnicos que devem orientar a decisão de activação pelos CODU.

5. Os meios de prestação de transporte urgente estão localizados sobretudo nos grandes centros urbanos, mas os rácios de prestadores por habitante são superiores nos distritos do "interior". Este facto deverá estar ligado às maiores necessidades de transporte destes distritos, decorrentes da maior área geográfica e dispersão da população. Os distritos onde a densidade populacional é maior são aqueles que apresentam um rácio de prestadores por habitante menor, havendo significativa heterogeneidade entre distritos no que toca a este indicador.

6. A maior parte dos postos de transporte urgente estão sedeados em corporações de bombeiros (86%), e apenas 12% em Unidades de Socorro da CVP, enquanto que os postos exclusivos do INEM (os CODU e postos da PSP com ambulâncias do INEM que actualmente já não existem) eram em número reduzido. O peso dos bombeiros é mais acentuado nos distritos do "interior" do que nos do "litoral", reflexo de a actividade dominante do INEM enquanto prestador ser mais forte nos distritos do "litoral" do que nos distritos do "interior".

7. Os bombeiros têm um papel central enquanto prestador dos serviços de transporte urgente. 81% das activações pelos CODU, em 2005, resultaram em pagamento de serviços aos bombeiros, enquanto 16% foram cobertas pelo próprio INEM. A CVP tem um peso reduzido de apenas 3%.

8. A distribuição da frota de ambulâncias de transporte urgente primário do INEM está negativamente relacionada com a densidade populacional. De modo semelhante, a quantidade de meios humanos (TAS) por habitante é superior nos distritos do "interior", sendo, no entanto, a diferença entre "interior" e "litoral" menor do que no caso da distribuição da frota de ambulâncias.

9. A distribuição no território dos operadores de transporte não urgente e urgente secundário é semelhante à do transporte urgente, com maior concentração, em termos absolutos, nos grandes centros urbanos, mas maior rácio de prestadores por habitante nos distritos do interior. Também neste caso este rácio é maior nos distritos com menor densidade populacional, correspondendo aos distritos do "interior". Já o rácio do número de prestadores sobre o número de centros de saúde de cada distrito (principal originador dos serviços) é superior nos distritos do "litoral". Tal sugere que os centros de saúde dos distritos do "interior" têm menos prestadores disponíveis para

contratar, o que pode ser indicativo de um maior nível de concentração nos mercados de transporte não urgente de doentes nestes distritos. A capacidade instalada de transporte não urgente e urgente secundário de doentes, a nível nacional, é largamente dominada pelos bombeiros, sendo o seu predomínio mais acentuado nos distritos do “interior”.

10. Em termos de estrutura de meios materiais e humanos, as representações da CVP, nos diferentes distritos, são de dimensão semelhante. Já as empresas privadas constituem um grupo bastante heterogéneo, em termos de estrutura de meios e pessoal, e também em volume de negócios. Predominam as empresas de pequena dimensão.

11. A frota de ambulâncias da CVP e dos operadores privados é composta sobretudo por ambulâncias de transporte não urgente de doentes (tipos A1 e A2).

12. Os táxis também operam no mercado de transporte não urgente de doentes, apesar de o enquadramento legal desta actividade ser pouco claro. A discussão sobre a legitimidade do transporte em táxis tem-se centrado na distinção entre transporte de *doentes* e de *utentes*. Os táxis apenas têm sido contratados em situações de transporte de hemodialisados, sendo a escolha do meio de transporte uma decisão da competência do clínico. Neste contexto, os argumentos a favor deste tipo de transporte passam por considerar os destinatários do transporte como utentes não doentes, cujo estado de saúde permite que se desloquem num qualquer veículo que não uma ambulância. Em algumas SRS, os táxis representam a maior parcela (mais de 80%) dos transportes de doentes hemodialisados o que corresponde a uma proporção significativa do total dos custos em transportes de doentes financiado pelas ARS.

13. O transporte urgente primário de doentes é pago por saída de ambulância, variando os valores em função da distância percorrida e em função da formação dos elementos que tripulam a ambulância. Estes valores são idênticos para serviços prestados em ambulância do INEM sedeadas nos postos PEM, para serviços prestados em ambulâncias do corpo de bombeiros, e também para serviços dos postos de reserva (em ambulâncias próprias dos bombeiros e CVP). A diferença entre os prestadores em que estão sedeadas ambulâncias do INEM e os que operam com ambulâncias próprias é que aos primeiros é pago, para além da prestação de serviço, um valor pela logística e manutenção das ambulâncias do INEM. Para estes, não

existe diferença em termos de receita entre activação de ambulância do INEM ou dos próprios bombeiros.

14. Estimamos que o custo médio por quilómetro das empresas privadas de transporte de doentes ronda os €0,48 para uma empresa a operar num distrito do “litoral”, e os €0,40 para uma empresa de um distrito do “interior”. As vantagens que os bombeiros e a CVP auferem em termos de custos, nomeadamente ao nível dos custos com pessoal e com a obtenção de ambulâncias, permitem que algumas destas entidades suportem custos por quilómetro bastante inferiores aos acima referidos.

15. Comparando as nossas estimativas do custo médio por quilómetro com o valor pago pelo SNS, conclui-se que o transporte de doentes poderá ser uma actividade rentável para prestadores que beneficiem de vantagens ao nível dos custos com pessoal e com a obtenção de ambulâncias. Todavia, com o cumprimento de todas as normas estabelecidas (nomeadamente em termos do número de colaboradores por ambulância), e sem facturações adicionais, a prestação de serviços de transporte de doentes não urgente ao SNS seria pouco rentável para empresas privadas. No entanto, uma parte significativa dessas empresas declara explicitamente a vontade de firmar contratos com as ARS (incluindo empresas que já têm contratos com outras entidades). A situação de actividade com preços abaixo do custo de produção, além de não permitir explicar a sobrevivência das empresas privadas até à data, levanta dúvidas sobre a racionalidade de estas empresas desejarem firmar acordos de prestação de serviços com o SNS.

16. A contratação dos táxis é paga de acordo com o número de quilómetros percorridos. Apenas no caso do transporte de grupos de doentes é que se compreende a utilização deste serviço, uma vez que o preço por quilómetro pago às ambulâncias é inferior ao preço pago aos táxis.

17. Os financiadores privados são livres na contratação de transporte de doentes e privilegiam o transporte em táxi, mesmo para além do transporte de hemodialisados. Por princípio, o transporte em ambulância só é utilizado quando o médico o considere estritamente necessário. Esta prática potencia o risco de, em determinadas circunstâncias, o tipo de transporte dos doentes poder ser ditado não por critérios clínicos, mas por outros critérios, com a conseqüente perda de qualidade nos serviços prestados.

18. O transporte urgente primário está vedado a operadores que não sejam o INEM, os bombeiros e a CVP, uma vez que aquele não celebra acordos com quaisquer

outros prestadores. Para além disto, o INEM pode dificultar o acesso dos operadores ao mercado, através do seu papel na formação de TAS e na aprovação dos programas dos cursos de TAT.

19. O acesso ao mercado de transporte não urgente e urgente secundário por parte das empresas privadas e entidades sem fins lucrativos depende da obtenção de alvará (empresa) e certificados de alvará (ambulâncias), atribuídos com base em critérios de cumprimento de padrões mínimos de equipamento e qualidade dos veículos, bem como de uma série de especificações técnicas, sanitárias e gráficas. Este processo de licenciamento constitui uma barreira no acesso ao mercado, justificada pela necessidade de garantir a qualidade e adequação dos meios. Todavia, uma vez que bombeiros e CVP estão, de facto, isentos de alvarás, também por esta via os operadores privados poderão ser objecto de discriminação.

20. Não existe, na prática, uma fiscalização eficaz no transporte de doentes, na fase de transporte propriamente dita, nem quando estes dão entrada no estabelecimento de saúde. Esta ausência de fiscalização constata-se na verificação do tipo de ambulância utilizada (com os respectivos equipamentos), e da sua tripulação, em ambos os casos muitas vezes em desconformidade com as regras a que imperativamente está submetido o transporte de doentes. Foram também detectadas insuficiências e deficiências nos mecanismos de controlo da facturação dos serviços de transporte de doentes que permitem situações como irregularidades ao nível da documentação comprovativa do transporte, facturação de transportes efectuados sem necessidade clínica confirmada, facturação de serviços não realizados e duplicações de facturação.

21. A garantia da qualidade e da adequação dos meios disponibilizados pelos diferentes prestadores é uma tarefa atribuída legalmente ao INEM. A responsabilidade do INEM a este nível decorre também do seu papel de financiador, já que lhe compete assegurar que ao pagamento efectuado corresponde um serviço de qualidade. Na prática, esta competência do INEM só é exercida no que toca aos seus próprios meios, enquanto prestador directo. O INEM não exerce qualquer poder inspectivo externo, não exercendo sequer um controlo efectivo pela via do licenciamento, por via do regime de isenção de alvará dos bombeiros e CVP.

22. No sector do transporte não urgente, o licenciamento é um instrumento imperfeito de controlo da qualidade dos prestadores, devido à referida isenção dos bombeiros e CVP. Por seu turno, a fiscalização e auditoria aos operadores privados não se tem

feito sentir significativamente. No caso específico do táxi, por não estar legalmente consagrado como meio de transporte de doentes, não pode o INEM exercer qualquer actividade de fiscalização. Em consequência disso, ao doente transportado em táxi não está salvaguardado o controlo da qualidade, da sua segurança e comodidade.

23. Com a actual configuração do sector de transporte de doentes em ambulância, existe mercado apenas para o transporte não urgente e urgente secundário. O transporte urgente primário é um sector administrado pelo INEM, não havendo sequer concorrência no acesso ao mercado, uma vez que a única potencial competição é entre CVP e os diversos corpos de bombeiros, pelo acesso ao mercado por via de acordos de PEM ou postos de reserva. Os incentivos à competição por quota de mercado entre os operadores autorizados são também extremamente limitados.

24. O mercado de transporte não urgente e urgente secundário apresenta algumas distorções em termos de ambiente concorrencial, devido à isenção de alvará para bombeiros e CVP. Além disso, estes prestadores podem limitar o acesso ao mercado aos privados, por força de uma prerrogativa que lhes é atribuída pela Lei n.º12/97.

25. No transporte urgente predomina a activação pelos CODU de ambulâncias do próprio INEM, sejam sedeadas nos CODU ou PEM (aqui, 67% das activações são de ambulâncias do INEM, e apenas 33% de ambulâncias dos bombeiros). O INEM, enquanto organizador do mercado, escolhe preferencialmente meios próprios para cobrir as necessidades de meios de transporte urgente terrestre. De facto, o INEM desvaloriza a sua função fiscalizadora privilegiando o seu papel de organizador do SIEM. Pode compreender-se que não controlando o INEM o nível de qualidade das ambulâncias dos bombeiros e da CVP, privilegie a activação das suas próprias ambulâncias, cujos níveis de qualidade controla.

26. As associações de bombeiros e a CVP são os prestadores que têm presença maioritária no mercado do transporte não urgente e urgente secundário em ambulância. A supremacia da posição dos bombeiros é comum a todas as SRS do Norte, em termos de número de prestadores, número de serviços (exceptuando o caso particular do transporte de hemodialisados) e facturação, se bem que o seu domínio seja mais acentuado nos distritos do “interior”. Seguidamente vêm os operadores privados, a CVP e entidades sem fins lucrativos, com diferentes partilhas de quota, consoante a SRS. A presença da CVP nos distritos do “interior” é bastante reduzida.

27. O número médio de quilómetros em cada deslocação nos distritos do “interior” é maior do que nos distritos do “litoral”, mas as deslocações ocorrem com menos

frequência no “interior”. Verificamos que a facturação média por prestador no “litoral” é bastante superior à facturação média dos prestadores do “interior”.

28. Os mercados de transporte não urgente e urgente secundário têm um grau de concentração baixo, se assumirmos que os bombeiros e as diferentes Unidades de Socorro da CVP não adoptam comportamentos concertados. Apesar disso, nos distritos do “interior” a concentração é mais forte.

29. A contratação por concurso público ao nível regional proporcionaria um melhor ajustamento dos preços às condições locais, evitando preços excessivos ou demasiado baixos, e potenciaría os ganhos resultantes de um ambiente concorrencial. Nesse contexto, a adopção de concursos públicos para a contratação de prestadores de transporte de doentes, poderia permitir reduzir os custos do SNS com este transporte. Os preços que resultariam desses concursos seriam, provavelmente, inferiores aos actuais. Os benefícios seriam maiores nos distritos do “litoral”, onde a concorrência é mais intensa. Mesmo que a maior concentração dos operadores nos mercados do “interior” implicasse um (improvável) aumento de preços nestes mercados, esse efeito seria muito inferior aos ganhos obtidos no “litoral”, já que a maior parte dos custos ocorre nestes distritos. O único risco da adopção de concursos públicos decorre da possibilidade de um comportamento concertado das corporações de bombeiros e das Unidades de Socorro da CVP, caso em que o grau de concorrência pode não ser suficiente para proporcionar os ganhos de bem-estar desejados.

30. O serviço de transporte de doentes corresponde à grande parcela da actividade das corporações de bombeiros (cerca de 90%), permitindo-nos concluir que o transporte de doentes assume um papel fulcral na actividade dos bombeiros em Portugal. O peso deste sector para os bombeiros, é significativo não só em termos de número de serviços, mas também em termos de receitas e de alocação de meios físicos e humanos.

31. O transporte não urgente e urgente secundário representa a actividade dominante do transporte de doentes pela CVP, tendo o transporte urgente fraca expressão. A nível nacional, as urgências representam apenas 11% da actividade da CVP. A importância das urgências na actividade da CVP é maior nos distritos do “interior”.

32. Além das grandes disparidades entre as diversas empresas privadas de transporte de doentes, é de notar a inexistência de uma tendência comum de crescimento ou queda da actividade, seja em número ou valor. Parece, no entanto, que o volume de

negócios das empresas tem oscilado mais do que o número de serviços, o que poderá indicar alguma instabilidade nas condições que influem nas receitas dos prestadores, nomeadamente o tipo de ambulância, distância ou preços dos serviços contratados. O transporte não urgente constitui a actividade principal destas empresas, havendo uma tendência para a substituição de ambulâncias A1 por ambulâncias A2.

Anexo I – Questões mais frequentes, objecto de reclamação, no âmbito do transporte de doentes

Das reclamações recebidas na ERS sobre questões relacionadas com o transporte de doentes, e salvaguardando o sigilo relativamente aos intervenientes nos processos aqui em curso, podemos referir como questões mais frequentemente abordadas as seguintes:

- A qualidade das prestações do serviço de transporte de doentes: quer porque o tempo de espera seja excessivo; quer porque o veículo de transporte não reúna as condições mínimas exigidas; quer porque o trajecto efectuado durante o transporte tenha uma duração muito maior do que a razoável; quer porque a tripulação das ambulâncias não seja em número suficiente, de acordo com o legalmente estabelecido, ou não tenha a formação exigida, quer ainda, mas não menos importante, porque o transporte não seja prestado com a humanização que lhe é devida;
- A vinculação ao princípio da proximidade, determinante do envio de veículos de transporte de doentes ao local onde vão recolher o doente, nem sempre é respeitado, mesmo admitindo como razoável que, em determinadas situações excepcionais, poderia ser preterido pelo princípio da melhor acessibilidade;
- O não cumprimento de horários pelos prestadores, quer na recolha, quer na entrega de doentes;
- O problema do transporte de doentes reveste-se de contornos específicos relativamente aos hemodialisados, dado este tipo de doentes ter necessidade de ser transportado com regularidade. Existem muitas reclamações pelo facto de ser dada a possibilidade de organização de redes de transportes pelos próprios Centros de Diálise, o que permite, no entender de um reclamante, uma certa promiscuidade entre quem passa a credencial de transporte e a entidade prestadora do transporte, não se operando qualquer fiscalização eficaz e controlo cruzado, como é exigível nestas situações;
- Em alguns casos, não assunção da despesa de transporte de doentes, quando estes têm necessidade de recorrer a este tipo de prestação para fazer determinado tipo de tratamento distante da sua residência;
- Duplas e triplas facturações;

- Exigência do pagamento do transporte antes mesmo de este ser efectuado, coagindo o utente a realizá-lo, sob a ameaça de o transporte não ter lugar.

Anexo II – Direito comparado

Com o objectivo de estabelecer comparações entre o nosso sistema jurídico e de outros países da União Europeia, sobre a organização e funcionamento do transporte de doentes, escolhemos proceder a um breve levantamento do direito espanhol e do francês.

1. Breve Referência ao Enquadramento Legislativo Espanhol

Efectuámos o levantamento e o estudo do ordenamento jurídico espanhol sobre o transporte de doentes e constatámos que ele apresenta algumas semelhanças como que vigora actualmente em Portugal.

O *Reglamento de la Ley de Ordenacion de los Transportes Terrestres*, aprovado pelo *Real Decreto 1211/1990*, de 28 Setembro, estabelece, no seu artigo 134.1, que as características técnicas, assim como o equipamento sanitário e a dotação de pessoal de cada um dos distintos tipos de veículos sanitários, são determinados por Real Decreto sob proposta conjunta dos Ministros da Saúde e Consumo e dos Transportes Turismo e Comunicações.

Por seu lado, a *Ley 14/1986*, de 25 de Abril, *General de Sanidad*, estabelece no seu artigo 40.7 que a Administração Geral do Estado, sem redução das competências das Comunidades Autónomas, determina, com carácter geral, condições e requisitos mínimos para a aprovação e homologação das instalações e equipamentos dos centros e serviços sanitários.

Com o objectivo de dar cumprimento ao disposto nas normas citadas, o *Real Decreto 619/1998*, de 17 de Abril, estabelece as características, equipamento e requisitos mínimos que devem reunir os veículos que se destinam à prestação de serviços de transporte sanitário, ao abrigo da correspondente autorização, e sem prejuízo de que estes veículos cumpram também as exigências estabelecidas nas normas vigentes em matéria de homologação e de tráfego, circulação e segurança viária.

O transporte sanitário terrestre, como é designado o transporte de doentes em Espanha, definido no artigo 133 da *Ley 16/1987*, de 30 de Junho, de *Ordenacion de los Transportes Terrestres*, poderá ser realizado pelos seguintes tipos de veículos:

- a) Ambulâncias assistenciais: preparadas para prestar assistência técnico-sanitária em viagem. Nesta categoria consideram-se incluídas tanto as

ambulâncias destinadas a proporcionar suporte básico de vida, como as de suporte avançado, em função do seu equipamento sanitário e dotação de pessoal;

b) Ambulâncias não assistenciais: destinadas ao transporte de doentes em cama, que não têm de estar especificamente equipadas para assistência médica em viagem;

c) Veículos de transporte sanitário colectivo: especialmente equipados para o transporte conjunto de doentes que não requerem carácter urgente e que não são portadores de doenças infecto-contagiosas.

Certo é que o pessoal dos veículos de transporte sanitário deve ter uma formação teórico-prática adequada para a realização das tarefas que lhes compete.

O *Real Decreto 1211/1990*, de 28 de Setembro, que aprova o *Reglamento de la Ley de los Transportes Terrestres*, prevê na secção 3 o *Transporte Sanitario* destinado à deslocação de pessoas doentes, acidentadas ou por outra razão sanitária, em veículos especialmente equipados para o efeito.

Neste sentido, todos os veículos de transporte sanitário, sejam eles de transporte público, privado ou oficial, devem conter uma certificação técnico-sanitária, emitida pelo órgão competente em matéria de saúde do lugar em que o veículo está registado, comprovativa do cumprimento das condições exigidas.

Para a realização de transporte sanitário, público ou privado, é necessária prévia obtenção da correspondente autorização administrativa. A autorização refere-se a um veículo em concreto e é outorgada pelo órgão estatal ou autónomo competente em matéria de transporte interurbano, com informação prévia favorável do município onde se encontra registado o veículo. Para outorga da autorização de transporte sanitário é necessária a prévia obtenção do certificado técnico-sanitário. Esta autorização deve ser domiciliada na localidade onde o veículo tenha a sua base de operação, devendo esse domicílio ser alterado se este passar a prestar serviços, com carácter habitual, noutra localidade.

Por seu turno, o *Real Decreto 63/1995*, de 20 de Março, sobre *Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud*, prevê no seu Anexo I, ponto 4, *Prestaciones Complementarias*, como sendo aquelas que supõem um elemento

adicional e necessário para a obtenção de uma assistência sanitária completa e adequada.

O transporte sanitário é, nos termos deste diploma, considerado como uma prestação complementar, que compreende o transporte especial de doentes ou acidentados quando ocorra uma das seguintes circunstâncias:

- a) Uma situação de urgência que implique risco de vida, ou dano irreparável para a saúde do interessado, por determinação médica;
- b) A impossibilidade física de o interessado utilizar um outro meio de transporte ordinário para deslocação a um centro de saúde ou de/para o seu domicílio.

Sendo certo que a avaliação da necessidade de transporte sanitário é sempre da responsabilidade do médico que presta assistência ao doente e a sua indicação obedece unicamente a razões médicas, que tornem impossível a deslocação do mesmo num outro meio ordinário de transporte.

Tendo como base estes dispositivos gerais, o transporte de doentes assume características específicas e formas de organização distintas, conforme as diferentes comunidades autonómicas onde os prestadores estejam devidamente domiciliados.

2. O Transporte de Doentes e o Ordenamento Jurídico Francês

Procedemos igualmente ao levantamento e análise do quadro legislativo francês em matéria de transporte de doentes, do que podemos reter algumas considerações, não sem deixar de realçar o facto do seu sistema de saúde se distinguir do português, uma vez que o seu financiamento tem por base seguros de saúde.

Fundando-se num modelo que podemos designar como sendo de reembolso público, conjuga a contratação com serviços públicos para os tratamentos em ambulatório, com estabelecimentos privados e com hospitais públicos. Por fim, acolhe igualmente o seguro voluntário, com reembolso. Em suma, é um sistema integrado.

Cada utente é obrigado a efectuar um seguro, para que contribui com um montante que depende da sua actividade e do seu rendimento.

A maior parte dos detentores do seguro obrigatório está coberta pela Caixa Nacional de Seguro de Doença dos Trabalhadores (CNAMTS). Esta cobertura abrange os

segurados e seus dependentes e ainda os reformados. Os utentes não cobertos por esta caixa são-no por algumas outras, de pequena dimensão.

Por força deste sistema, as despesas de saúde são quase totalmente reembolsadas, com excepção das resultantes de tratamentos especiais, mais complicados. Por isso, os utentes frequentemente celebram seguros complementares³¹, de modo a que seja assegurado o pagamento integral das suas despesas de saúde.

Assim, pode-se concluir que é à Segurança Social que cabe, maioritariamente, o financiamento do sistema de saúde francês, embora não exclusivamente.

O financiamento do sistema de saúde é repartido também pelas seguradoras privadas, com quem são celebrados os contratos de seguro privados, complementares e, em última instância, pelas próprias famílias.

É considerado como transporte de doentes aquele que se efectua entre o estabelecimento prestador de cuidados de saúde e a residência do utente, bem como entre dois estabelecimentos, como resulta do disposto no artigo L.51-1 do Código de Saúde Pública.

Este tipo de transporte, efectuado a partir de estabelecimentos de saúde, está sujeito a alguns princípios, dos quais podemos destacar:

- O prestador de cuidados de saúde tem que entregar ao doente a necessária documentação para apresentar à respectiva seguradora, nomeadamente, a prescrição médica, indicando o meio menos oneroso, compatível com o seu estado de saúde³²;
- O doente tem a possibilidade de escolher livremente o seu transportador, de uma lista que lhe é fornecida pelo prestador de cuidados de saúde;
- Ao prestador de cuidados de saúde compete supervisionar o serviço de transporte de doentes, de modo a evitar eventuais prejuízos para o estado de saúde do utente.

³¹ Mais de 80% dos franceses dispõe de um seguro complementar, pago a expensas suas ou pelas suas entidades patronais.

³² Artigo L.322-5 do Código da Segurança Social.

Expressamente, o legislador francês³³ define transporte de doentes, como o transporte de pessoa doente, ferida ou parturiente que, por razões de cuidados ou de diagnóstico, por prescrição médica ou em caso de urgência médica, é efectuado com a ajuda de meios de transporte terrestre, aéreos ou marítimos, especificamente adequados para o efeito.

O transporte de doentes pode ser efectuado recorrendo a quatro categorias de veículos, especificamente adaptados ao exercício desta missão e que são as seguintes³⁴:

A – Ambulância de socorro e de cuidados de urgência (ASSU): Ambulância para intervir apenas em situações de urgência, devidamente equipada, onde os tripulantes podem circular de pé.

B – Veículo de socorro para asfixiados e feridos (VSAB):

C – Ambulância: Este tipo de veículo permite o transporte do doente a mais longa distância, com o tripulante sentado a seu lado, dada a escassez de espaço. Por isso mesmo, não são prestados ao doente cuidados de saúde durante o transporte.

D – Veículo sanitário ligeiro (VSL): Este é apenas um veículo ligeiro, sem qualquer regulamentação específica no código da estrada.

As categorias A, B e C, supra referidas, correspondem a veículos especialmente adaptados, em conformidade com a norma NF EN 1789, de Dezembro de 1999.

As características e requisitos destes tipos de veículos são fixadas por diploma, respectivamente, do Ministro da Saúde, no que toca aos do tipo A, C e D e, do Ministro do Interior, no que toca aos do tipo B.

As categorias A e C (ambulâncias) são veículos de interesse público, pelo que, beneficiando de facilidades de circulação, estão equipados com luzes azuis “flashes” e uma sirene – sinal sonoro de três tons.

³³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 50 I, II Journal Officiel du 5 mars 2002 e Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 11 I, II Journal Officiel du 6 septembre 2003) - artigo L.51-1 do Código de Saúde Pública.

³⁴ Para além dos veículos de transporte sanitário da armada (veículos *kaki* com uma cruz vermelha sobre o fundo branco).

Sempre que as ambulâncias circulem em serviço devem ser tripuladas, pelo menos, por um profissional devidamente habilitado, titular de *certificado de tripulante de ambulância* (CCA).

As UMH (veículos de urgência e reanimação), também designadas unidades do SMUR (Serviço Móvel de Urgência e Reanimação), as AR (veículos de reanimação da BSPP - brigada dos sapadores bombeiros de Paris)³⁵, os VSAV (veículos de socorro para asfixiados e feridos), PSR (primeiros socorros «*relevage*») e PSE (primeiros socorros evacuação) – categoria B – são veículos de interesse público, prioritários, estando equipados com luzes azuis giratórias e uma sirene - sinal sonoro de dois tons.

Em suma, consideram-se ambulâncias³⁶:

- Veículos titulares de um acordo de transporte de doentes, que lhes permite efectuar um transporte de longa distância;
- Veículos de intervenção do SMUR, ou Unidades Móveis Hospitalares (UMH);
- Veículos de reanimação da brigada dos sapadores bombeiros de Paris.

Não são considerados como ambulâncias, no sentido regulamentar:

- Veículos de socorro e assistência às vítimas e os antigos veículos de socorro aos asfixiados e feridos, pertencentes aos sapadores bombeiros;
- Veículos de primeiros socorros «*relevage*» e de primeiros socorros de evacuação da brigada de sapadores bombeiros de Paris.

Em matéria de tripulação de veículos de transporte de doentes, deve o pessoal³⁷ estar devidamente habilitado para os tripular, impondo o legislador que seja titular de um certificado de capacidade para o exercício deste tipo de função, atribuído a quem tiver aprovação no processo de avaliação de conhecimentos, organizado por decisão do

³⁵ Categoria A.

³⁶ Art. L. 51-1 et suivants du Code de la Santé Publique ; Arrêté du 22 février 1988 fixant les conditions demandées aux véhicules et aux installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres; Aide médicale urgente ; Circulaire DGS/SQ 2 n° 98-483 du 29 juillet 1998 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés à l'aide médicale urgente; Arrêté du 20 mars 1990 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres; Arrêté du 7 février 2005 modifiant l'arrêté du 20 mars 1990 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres.

³⁷ Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 art. 11 5° Journal Officiel du 26 juillet 2005; Décret n° 2006-393 du 30 mars 2006 art. 9 II Journal Officiel du 1er avril 2006; Décret n° 2006-393 du 30 mars 2006 art. 9 III Journal Officiel du 1er avril 2006.

Ministro da Saúde, após frequência de estabelecimento de ensino, devidamente autorizado para este fim.

De facto, as equipas que tripulam os veículos especificamente adaptados para o transporte de doentes, podem assumir as seguintes categorias:

- Titulares do certificado de capacidade de tripulante de ambulância, instituído pelo Ministro da Saúde;
- Sapadores bombeiros, portadores do “título” nacional de socorrista, com algumas menções, previstas na lei, como por exemplo, reanimação, socorrismo de estrada, etc.;
- Portadores do diploma nacional de socorrista, ou de título nacional de primeiros socorros, ou ainda de atestado de formação em primeiros socorros, de “carta” de auxiliar sanitário, correspondente a uma das profissões regulamentadas no Código de Saúde Pública;
- Condutores de ambulância.

Note-se que apenas os veículos de transporte de doentes das categorias A, B e C têm que efectuar este tipo de transporte em exclusividade. Isto é, quanto aos veículos de categoria D (veículos sanitários ligeiros), como é compreensível, não se verifica esta limitação.

Antes de nos debruçarmos sobre o transporte urgente de doentes, começaremos por referir que Serviço de Assistência Médica Urgente (SAMU) é um serviço hospitalar único³⁸, à escala de departamento.

Cabe aos SAMU dar resposta adequada aos problemas médicos que lhe são colocados. Esta resposta pode ir do simples aconselhamento médico à obtenção de meios de reanimação móveis (SMUR), passando pelo envio de ambulâncias ao domicílio do doente, de um VSAV, ou mesmo de um médico.

Conclui-se que os SAMU são intervenientes fundamentais em situações de urgência, de forma destacada em situações de crise, que envolvam um número grande de

³⁸ Os SAMU foram criados em 1968, para coordenar a actividade dos SMUR, que, por sua vez, foram criados por Decreto Interministerial de 1965.

Por Lei de 6 de Janeiro de 1986, são precisadas as funções dos SAMU, como serviços de Ajuda Médica Urgente, como verdadeiros serviços hospitalares, com funções de assistência médica permanente e de determinar a resposta adequada em função da natureza do apelo.

vítimas. Nestas situações, estão encarregues de implementar os postos médicos móveis e os chamados planos brancos, ou os postos médicos avançados e respectivo plano vermelho.

Além disso, o SAMU de Paris gere as urgências médicas a bordo do TGV (quando este esteja parado e na gare em Paris), bem como nos aviões da *Air France* (no solo e em Paris). Por outro lado, o SAMU de Toulouse gere as urgências médicas a bordo dos navios.

Existe, no mínimo, um ou dois SAMU por departamento.

Evitando numerosas hospitalizações inúteis, os SAMU desempenham um papel importante, desencadeando a resposta adequada em função da avaliação do pedido e da situação concreta.

A regulação, exercida pelos SAMU, permite:

- Não utilizar de maneira imprópria e desproporcionada recursos especializados e raros;
- Detectar e desencadear os mecanismos para solucionar, com o apoio de um médico ou de outro profissional de saúde, de forma simples, rápida e eficaz um problema de saúde grave.

Os SAMU, para além do descrito, compreendem:

- Um centro de recepção e de regulação de chamadas (CRRA) – “*Centre 15*”;
- Um centro de ensino de cuidados de urgência (CESU), encarregue da formação inicial e contínua dos agentes profissionais, em situações de urgência.

A actividade dos serviços móveis de urgência e reanimação (SMUR) é, como já afirmámos, coordenada pelos SAMU, a quem estão ligados por convenção. Aqueles funcionam como “*braço armado*” do SAMU, quando se impõe a intervenção das suas unidades móveis hospitalares ou quaisquer outros seus veículos sanitários.

Podemos constatar a existência de uma separação entre a entidade coordenadora e reguladora (SAMU) e as entidades prestadoras deste tipo de transporte.

Desta forma, assegura-se que, em situações de urgência, os doentes, feridos e parturientes, independentemente do local onde se encontrem, acedam aos cuidados urgentes adequados ao seu estado. Esta acção decorrerá sobretudo com o recurso aos dispositivos de natureza comunitária e ao departamento de organização de socorro.

É de notar que as chamadas de urgência só devem desencadear um transporte quando necessário, segundo o trajecto mais curto e menos oneroso, desde que acautelado o estado do doente.

As condições de que se deve revestir o transporte de doentes são determinadas por convenções estabelecidas entre os organismos que se dediquem à celebração de contratos de seguro de doença e os transportadores, sempre segundo uma convenção tipo, fixada pelo Ministro que tutela a Segurança Social.

De qualquer modo, diferentemente do que se impõe relativamente ao transporte urgente, não existe regulamentação relativamente às tarifas aplicadas ao transporte sanitário não urgente.

Quanto a este tipo de transporte, pode afirmar-se estar apenas sujeito a algumas regras fundamentais em matéria de equipamentos, não estando vinculado às mesmas regras que o transporte urgente, em matéria de formação de pessoal.

Desde logo, o acesso à actividade de transporte de doentes não urgente é livre para qualquer entidade transportadora, praticando estes preços de mercado.

O utente, sempre que necessitar deste tipo de transporte, deve informar-se, face à lista de transportadores, quanto ao melhor preço, comparando os diferentes preços das transportadoras existentes. Claro que se impõe que contacte a sua companhia de seguros, para verificar se eventualmente ela celebrou algum acordo com alguma das transportadoras, por força do qual pode beneficiar de alguma redução de preço. Isto obviamente se as suas condições de saúde não permitirem o recurso a outro tipo de transporte como o táxi ou mesmo um transporte público.

Em síntese, pode concluir-se que o transporte de doentes, em França, está sujeito a uma regulamentação rigorosa, há uma separação entre a entidade coordenadora e os prestadores e é substancialmente efectuado por operadores privados, num mercado devidamente regulado.

Consequentemente, e comparando com o ordenamento jurídico português, podemos constatar que, no momento actual, o sistema jurídico francês tem uma organização do transporte de doentes de contornos diferentes do nosso.

Anexo III – Questionário



Entidade Reguladora da Saúde

Diagnóstico de Âmbito Nacional

Transporte de Doentes

1. DESIGNAÇÃO DA ENTIDADE									
		Identificação							
		Distrito							
2. Convenção e Alvará			Descrição			Data			
	2.1	Convenções/Contratos ou Acordos de carácter estável							
	2.2	Nº Alvará							
2.3	Data do Alvará								
3. Dados Operacionais	3.1	Nº Total de Transportes de Doentes					Tipo de Ambulância		
		2001	2002	2003	2004	2005			A1
									A2
									B
									C
	3.2	Destinos de transporte mais frequentes				Média Anual			
3.3	Nº de ambulâncias que opera, p/ tipo		A1	A2	B	C			
3.4	Nº de tripulantes								
3.5	Nº de tripulantes com o curso TAT								
3.6	Nº de tripulantes com o curso TAS								

Obs.

--

Anexo IV – Estimativa dos Custos Suportados pelas Entidades de Transporte de Doentes

O presente anexo estima o custo médio por quilómetro suportado pelos prestadores de transporte não urgente e urgente secundário. A tabela seguinte apresenta, na parte superior, os valores mensais das rubricas de custos fixos por ambulância suportados pelos prestadores, cuja estimação se baseia em pressupostos detalhados em baixo. Na parte inferior da tabela, o cálculo dos custos por quilómetro subdivide-se em custos para os distritos do litoral e para distritos do interior, uma vez que os dois tipos de distrito diferem ao nível dos indicadores de actividade (número de quilómetros percorridos por mês, por cada ambulância).

Tabela AIV.1 – Custo médio por quilómetro para empresas privadas

Custos por ambulância	Valores Mensais	
Aquisição da viatura	€ 527,00	
Seguros (automóvel e responsabilidade civil)	€ 76,67	
Manutenção	€ 333,52	
Pessoal	€ 2.230,05	
Total dos custos fixos	€ 3.167,24	
	Distrito do “litoral”	Distrito do “interior”
Nº médio de quilómetros por mês	8338	10912
Custo fixo médio por quilómetro	€ 0,38	€ 0,30
Custo médio de combustível por quilómetro	€ 0,10	€ 0,10
Custo total médio por quilómetro	€ 0,48	€ 0,40

Para estimar o custo fixo mensal das viaturas, assumimos que as ambulâncias são adquiridas a crédito, sendo certo que, em cada mês, o custo fixo corresponde à prestação (capital e juros) associada a esse crédito. Assumimos que cada ambulância custa €40.000 (preço médio do veículo mais transformação da ambulância) e que a vida útil de uma ambulância é de 96 meses. O valor da prestação foi calculado com base nas taxas de juro e outros custos praticados pelo maior banco comercial português, para empréstimos com prazo de 96 meses. Nestas condições, o valor da prestação mensal é de cerca de €527.

O valor dos seguros resulta de uma prospecção do mercado que aponta para valores médios de €500 anuais de seguro automóvel contra todos os riscos, e ainda €420 anuais de seguro de responsabilidade civil, por ambulância.

As despesas com pessoal foram estimadas assumindo um vencimento mensal médio de €474³⁹, ao qual acrescem os subsídios de férias e natal, descontos para a segurança social, subsídio de alimentação, seguro de acidentes e medicina do trabalho, perfazendo um custo total médio por funcionário na ordem dos €832.

Segundo o RTD, as ambulâncias de transporte tipo A exigem uma tripulação constituída por dois elementos, sendo um simultaneamente o condutor. Já as tipo B devem ter uma tripulação constituída por três elementos, sendo um simultaneamente o condutor. Por fim, ambulâncias tipo C devem ser operadas por três elementos, sendo um deles o condutor.

Com base na amostra de empresas privadas que recolhemos, sabemos que 90% das ambulâncias deste tipo de prestador é de transporte (57% de A1 e 33% de A2), 6% são ambulâncias tipo B e 4% ambulâncias tipo C. Então, assumindo que as empresas vão utilizar o número de colaboradores mínimo por ambulância estabelecido no RTD, temos um número de colaboradores por ambulância diário médio de 2,1. Não é razoável, no entanto, considerar que uma empresa consegue assegurar o funcionamento da sua frota com este número mínimo de colaboradores para operar a sua frota. Para além dos colaboradores terem direito ao gozo de férias, ocorrerão certamente períodos de absentismo. A tabela AIV.2 apresenta uma estimativa do número médio de colaboradores necessário para manter em funcionamento, a todo o tempo, uma ambulância.

Tabela AIV.2 – Número médio de colaboradores necessário para manter em funcionamento uma ambulância

Dias úteis num ano.....	264
Feridos num ano.....	11
Dias de Férias num ano.....	23
Absentismo.....	10%
Dias que trabalha um colaborador.....	207
Dias de serviço a assegurar.....	264
Nº de colaboradores para assegurar uma ano de expediente.....	1,28
Nº de trabalhadores mínimo para operar a frota.....	2,1
Nº médio diário de funcionários por ambulância.....	2,68

Para estimarmos o número de quilómetros mensais por ambulância, tomamos em consideração que a distância média em quilómetros de cada deslocação é diferente nos distritos do “litoral” e nos distritos do “interior”. Nos distritos do “litoral” as deslocações são mais curtas, mas ocorrem com maior frequência, pelo que as saídas

³⁹ Dado fornecido pela ATDA.

diárias por ambulância deverão ser em maior número nos distritos do “litoral”. Estimamos o número de quilómetros percorridos diariamente por uma ambulância num distrito do “litoral” com base nos dados obtidos pela ERS junto das empresas privadas a operar no Porto, e os percorridos num distrito do “interior”, a partir de dados de empresas de Vila Real e Castelo Branco (não obtivemos respostas das empresas de Bragança, pelo que consideramos os distritos de Vila Real e Castelo Branco como as melhores aproximações). As 5 empresas privadas a operar no Porto que pudemos analisar têm uma frota média de 5 ambulâncias, maioritariamente do tipo A1 e A2, e têm um número de deslocações anuais médio de 10.000. O número médio de saídas diárias por ambulância das empresas foi cerca de 8. Como no Porto uma deslocação tem em média 33 quilómetros, obtemos o número de quilómetros diários por ambulância de 264. As empresas de Vila Real e Castelo Branco que analisamos tiveram, em média, duas saídas por dia por ambulância, o que a 172 quilómetros por saída perfaz um total de 344 quilómetros diários por ambulância.

Este é um cálculo específico para algumas das empresas do Porto, Vila Real e Castelo Branco, para o ano de 2005. Podemos, no entanto, estimar genericamente um número de quilómetros diários por ambulância razoável para uma qualquer empresa privada de um distrito do “litoral”, e de um distrito do “interior”.

Nos distritos do “litoral”, as viagens não devem ultrapassar os 50 quilómetros, pelo que a uma velocidade média de 90 quilómetros/hora, num dia com 8 horas de actividade e um tempo de espera de 30 minutos em cada viagem, uma ambulância poderá fazer uma média diária de 379 quilómetros. Nos distritos interiores, assumindo viagens de cerca de 100 quilómetros, com a mesma velocidade média e tempo de espera, teríamos uma média de 496 quilómetros.

Assumimos que cada ambulância tem um consumo médio de combustível na ordem dos 12 litros por cada 100 quilómetros. Em 2005, o preço médio do gasóleo em Portugal continental foi de €0,865, o que corresponde a um custo médio de combustível por quilómetro de €0,10.

Considerando, então, a estrutura de custos completa, com os custos fixos e os valores de referência vistos para o número de colaboradores diários por ambulância, o número de quilómetros diários percorridos por ambulância e o preço médio do gasóleo rodoviário em 2005, temos um custo por quilómetro de €0,48 para uma empresa a operar num distrito do “litoral” e €0,40 num distrito do “interior”.

Estes custos por quilómetro são inferiores aos que resultam de um estudo que nos foi fornecido pela ATDA, que apontava para um custo por quilómetro de €0,68. Ainda assim, são superiores aos preços praticados pelo SNS, e poriam em causa a sobrevivência a longo prazo de um prestador privado que respeitasse integralmente esta estrutura de custos. Neste contexto, interessa-nos perceber que alavancas podem as empresas privadas accionar para obter níveis de custo que tornem rentável a prestação de serviços ao SNS.

Partindo dos custos médios estimados para um distrito do “litoral”, fizemos uma análise de sensibilidade do custo médio por quilómetro às diversas rubricas, cujos resultados se apresentam na tabela AIV.3.

Tabela AIV.3 – Sensibilidade do custo médio por quilómetro a rubricas de custos e indicadores de actividade

Rubricas de Custos e Indicadores de actividade	Elasticidade
Vencimento dos colaboradores	0,46
Nº médio de quilómetros por ambulância	-0,70
Nº de colaboradores dia por ambulância	0,55
Custo de combustível	0,21

Conclui-se que é o número de quilómetros diários e o de colaboradores por ambulância que mais influência tem sobre o custo médio por quilómetro. Um aumento de 1% no número de quilómetros por ambulância, faz o custo diminuir 0,70%, enquanto que um aumento de 1% no número de funcionários diários por ambulância faz o custo aumentar em 0,55%. Para se ter uma melhor percepção da sensibilidade do custo a estes parâmetros, seguidamente apresentam-se estimativas do custo médio por quilómetro para uma série de valores verosímeis destes. No caso dos preços do gasóleo, consideramos os valores verificados desde Janeiro de 2004, constatando-se que, com tudo o resto constante, o custo médio por quilómetro terá aumentado dos €0,46, no início de 2004, até aos €0,50 no início de 2006.

Tabela AIV.4 – Evolução do preço do gasóleo rodoviário e correspondente custo por quilómetro

	Jan-04	Jun-04	Jan-05	Jun-05	Jan-06
Preço/litro de gasóleo	0,70 €	0,79 €	0,85 €	0,88 €	0,97 €
Custo médio por quilómetro	0,46 €	0,47 €	0,48 €	0,49 €	0,50 €

Fonte: *Direcção-Geral de Geologia e Energia*

No que respeita ao número de colaboradores por ambulância, apresentamos o custo por quilómetro para os casos de 1, 2 e 3 colaboradores. Constatamos aqui que a variação no número de colaboradores faz o custo por quilómetro oscilar entre os €0,32 e os €0,52.

Tabela AIV.5 – Custo por quilómetro em função do número de colaboradores por ambulância

Nº colaboradores ambulância	1	2	3
Custo médio por quilómetro	0,32 €	0,42 €	0,52 €

É razoável considerar que a estrutura de custos estabelecida é semelhante para todos os prestadores de transporte de doentes não urgente e não apenas para as empresas privadas. No entanto, os bombeiros e a CVP têm algumas vantagens em termos de custos, nomeadamente ao nível dos custos com pessoal. Refazendo o exercício para o caso dos bombeiros voluntários, assumindo que os custos com o pessoal consistem apenas no subsídio de alimentação, segurança social, seguro de acidentes e medicina do trabalho, constatamos que uma corporação de bombeiros a operar num distrito do “litoral” suporta um custo por quilómetro na ordem dos €0,31, e uma a operar num distrito do “interior” suporta um custo de €0,27. Por outro lado, uma parte da frota de ambulâncias dos bombeiros voluntários é conseguida a custo zero ou reduzido, seja por doações do poder local ou instituições sociais, ou ambulâncias abatidas pelo INEM. Assumindo um custo zero para a viatura, os custos unitários baixam para os €0,24 e €0,22 (tabela AIV.6).

Tabela AIV.6 – Custo médio por quilómetro para entidades sem custos com remunerações ao pessoal e amortizações de ambulâncias

Custos por ambulância	Valores Mensais	
Aquisição da viatura	€0	
Seguros (automóvel e responsabilidade civil)	€76,67	
Manutenção	€333,52	
Pessoal	€748,10	
Total dos custos fixos	€1.158,28	
	Distrito do “litoral”	Distrito do “interior”
Nº médio de quilómetros por mês	8338	10912
Custo fixo médio por quilómetro	€0,14	€0,12
Custo médio de combustível por quilómetro	€0,10	€0,10
Custo total médio por quilómetro	€0,24	€0,22

Segundo a LBP, o custo médio ponderado do quilómetro percorrido pelas ambulâncias dos bombeiros era, em Junho de 2006, de €0,58, devendo-se a disparidade deste valor face à estimativa da ERS ao facto de não se verificarem os pressupostos assumidos sobre as vantagens de custos. A Liga confirma, todavia, a existência dessas vantagens ao implicar nas suas afirmações que pelo menos 22% das ambulâncias dos bombeiros em actividade não foram adquiridas pelas corporações, e que 30% das tripulações não estão profissionalizadas.

Por seu turno, sobre esta matéria, a ATDA defende que estaremos ainda a subavaliar as vantagens de custos de CVP e bombeiros, acrescentando que na maioria dos casos estes prestadores não pagam seguros (são custos suportados pelas autarquias) e beneficiam de significativas ajudas do SNBPC para custos com combustíveis.

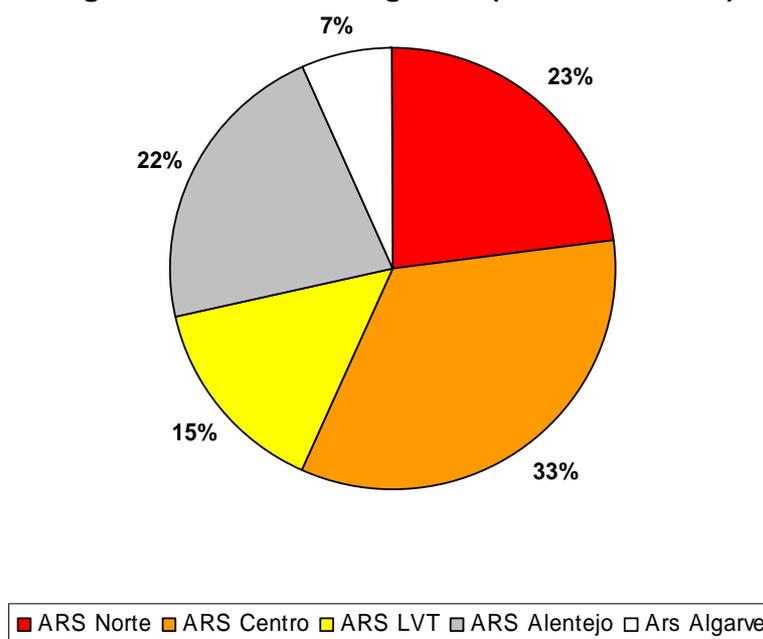
As estimativas constante deste anexo são, necessariamente, dependentes da validade dos pressupostos assumidos sobre os benefícios de CVP e bombeiros, que cremos será realista. Mas ainda que a sua extensão não seja exactamente a que usamos na nossa simulação, a sua existência permite-nos concluir com certeza que se traduzem em vantagens competitivas destes prestadores face aos operadores privados.

Anexo V – Representatividade da ARS Norte como Amostra do Continente

Em algumas secções do presente estudo analisamos apenas dados relativos à ARS Norte. Dadas as dificuldades em obter informação exaustiva sobre o todo nacional, optamos por concentrar o trabalho quantitativo numa única região. A opção pela região Norte decorre da constatação que esta é a mais representativa do continente, em termos das características relevantes para o transporte de doentes, como se demonstra neste anexo.

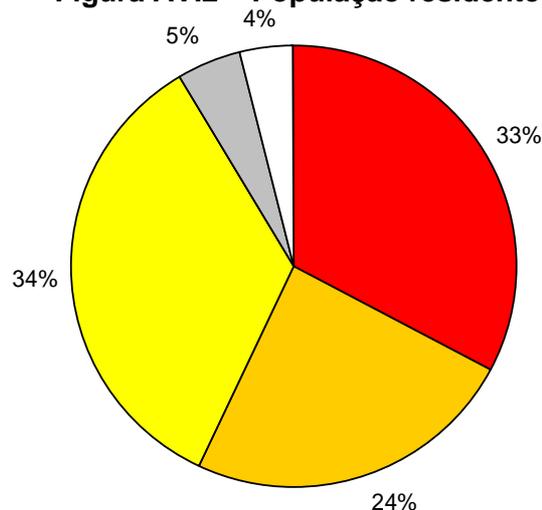
A ARS Norte abrange uma região com uma área geográfica correspondente a cerca de 25% do território do continente (figura AV.1). É a segunda maior das cinco regiões do Continente, logo depois da região Centro.

Figura AV.1 – Área Geográfica (% do continente)



Fonte: *INE*

A ARS Norte alberga um terço da população do continente, sendo uma das duas regiões mais populosas (a par com Lisboa e Vale do Tejo – LVT), como se constata na figura AV.2.

Figura AV.2 – População residente

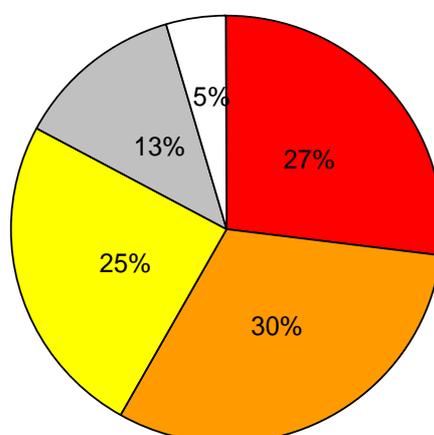
■ ARS Norte ■ ARS Centro ■ ARS LVT ■ ARS Alentejo □ Ars Algarve

Fonte: *INE*

A principal missão da ARS Norte é a prestação de cuidados de saúde à população da região, que integra os distritos do Porto, Braga, Viana do Castelo, Vila Real e Bragança. Para esse fim, a ARS Norte dispõe de 95 centros de saúde e 349 extensões de saúde, dispersos no território, por forma a que os utentes obtenham fácil acesso a este tipo de cuidados, correspondentes a 27% dos centros de saúde do continente. Também nesta vertente, a ARS Norte é a segunda maior região do país, desta vez atrás da ARS Centro, como se constata na figura AV.3.

Figura AV.3 – Distribuição dos centros de saúde por ARS, 2004

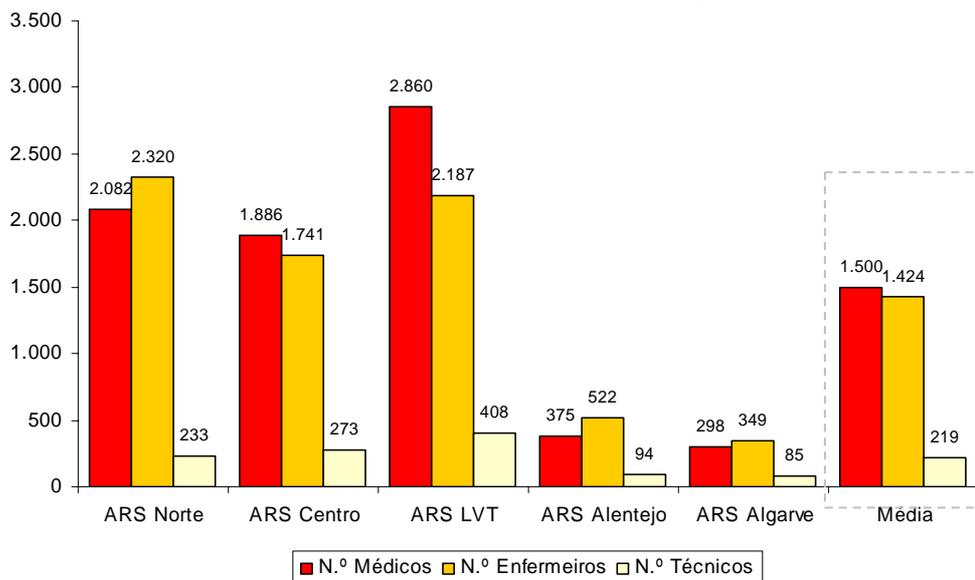
■ ARS Norte ■ ARS Centro ■ ARS LVT ■ ARS Alentejo □ ARS Algarve



Fonte: *IGIF*

No que toca a recursos humanos, podemos verificar na figura AV.4 que a ARS Norte é a administração regional que possui o maior número de enfermeiros. Em termos de número de médicos é ultrapassada somente pela ARS LVT. Já no que toca ao número de técnicos, esta ARS encontra-se em terceiro lugar, antecedida pelas ARS Centro e ARS LVT.

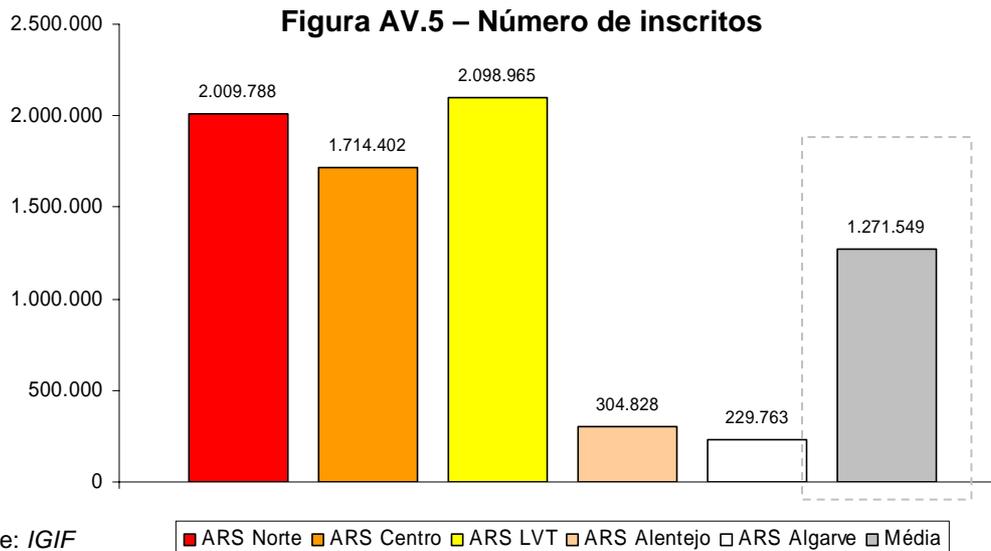
Figura AV.4 – Recursos Humanos por ARS, 2004



Fonte: IGIF

A ARS Norte é uma das duas maiores regiões em termos de número de utentes inscritos, tendo neste critério uma dimensão apenas ligeiramente inferior à ARS LVT, como se constata na figura AV.5.

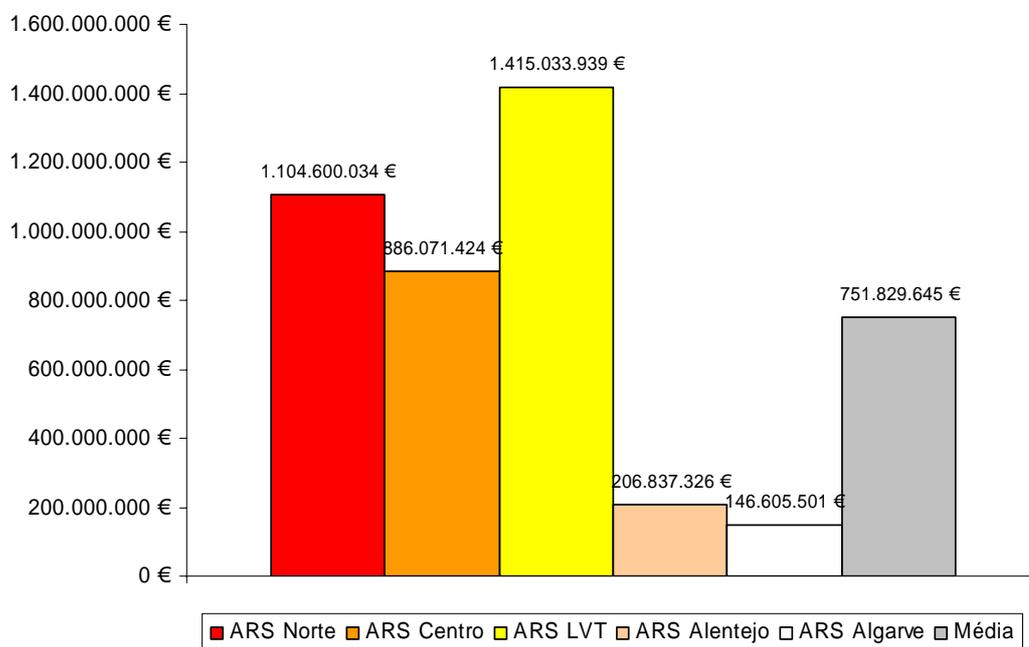
Figura AV.5 – Número de inscritos



Fonte: IGIF

No que toca ao total de custos com saúde suportados pelas diferentes ARS, podemos verificar na figura AV.6 que a ARS Norte apenas é ultrapassada pela ARS LVT.

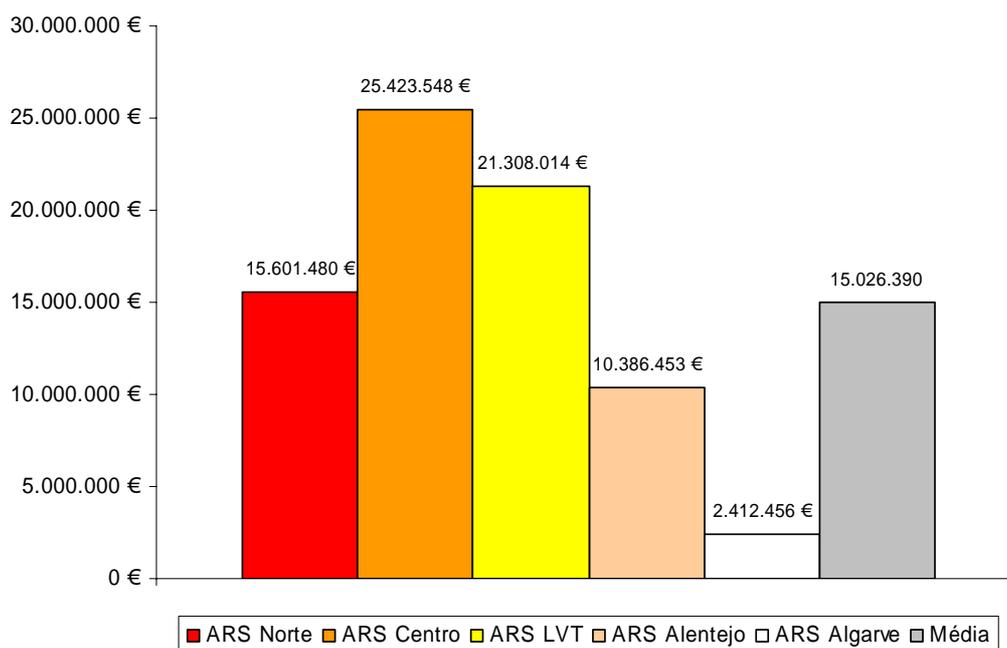
Figura AV.6 – Total dos Custos com Saúde



Fonte: IGIF

No que concerne ao total dos custos com transporte de doentes, apresentado na figura AV.7, a ARS Norte está muito próxima da média nacional

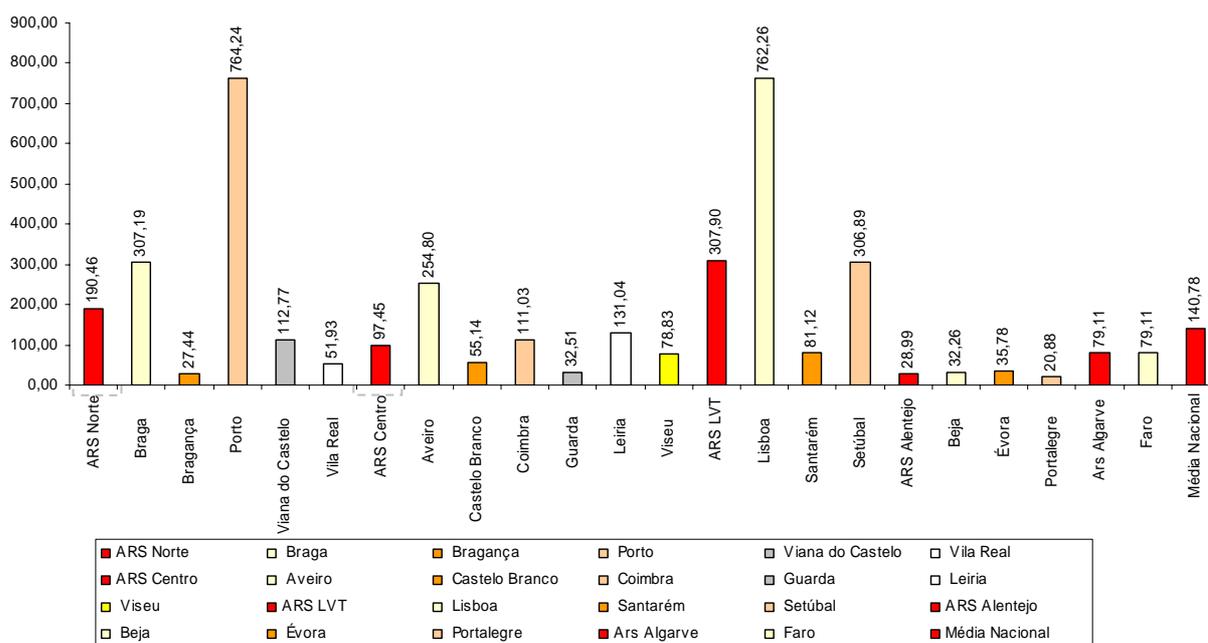
Figura AV.7 – Total dos Custos com transporte de doentes



Fonte: IGIF

Finalmente, como se constata na figura AV.8, a ARS Norte e a ARS Centro são as regiões cuja densidade populacional mais se aproxima da média nacional. Sendo a densidade populacional um factor decisivo para a estrutura de transporte de doentes, pensamos ser decisivo que a região analisada esteja perto da média no que respeita a este indicador.

Figura AV.8 – Densidade Populacional (habitantes por km²)



Fonte: INE

Em resumo, a ARS Norte é a região mais representativa porque apesar de não ser a maior em praticamente nenhum critério, é sistematicamente a segunda maior região, atrás da ARS LVT ou da ARS Centro, dependendo dos critérios. Isto é, a região Norte não se destaca em nenhum dos indicadores, estando geralmente perto da média do continente, pelo que será uma boa representação do seu todo.

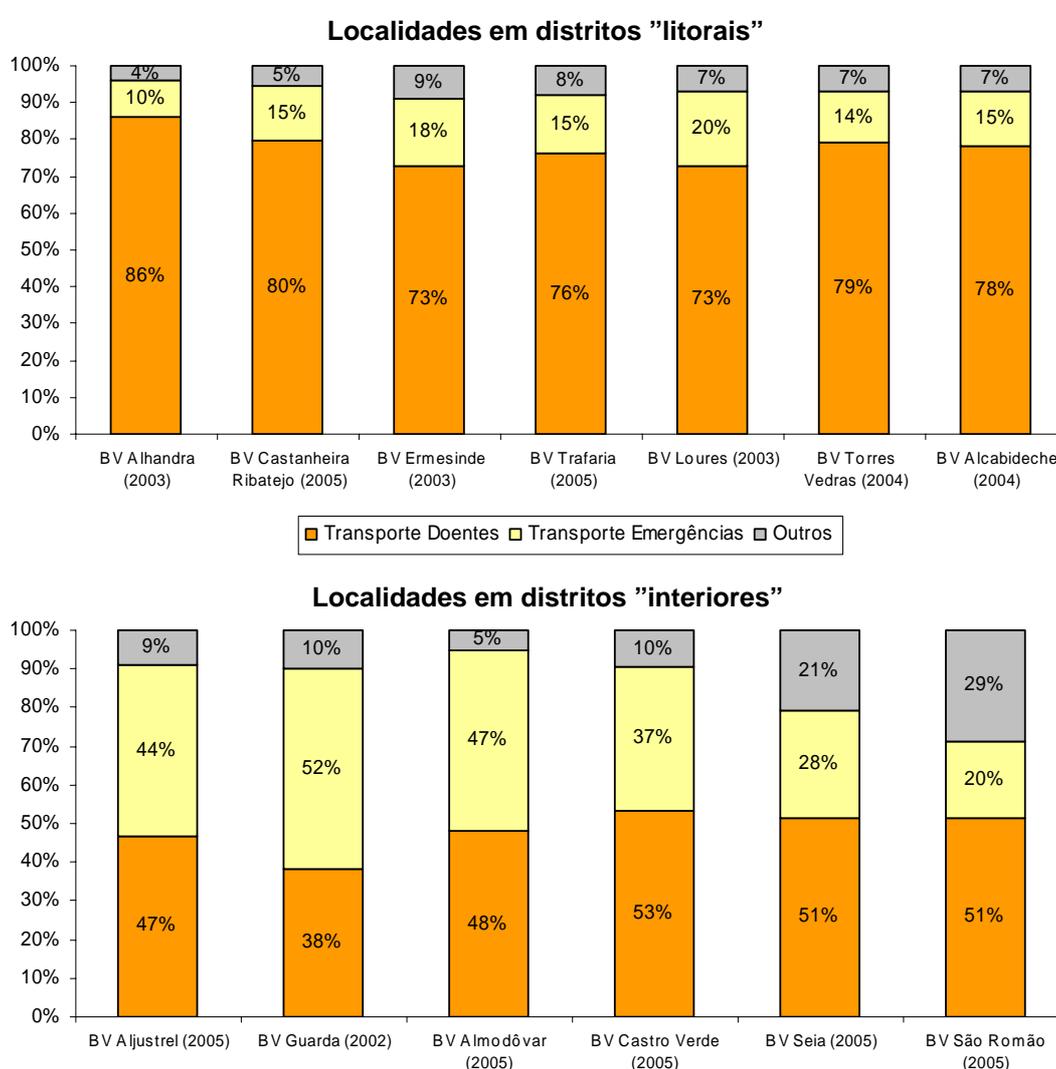
Para além disso, elegemos a ARS Norte como sendo a mais representativa pela sua diversidade, já que abrange realidades tão diferentes como a área metropolitana do Porto, e as zonas rurais desertificadas das montanhas de Trás-os-Montes. Esta diversidade é fundamental para compreender os diferentes mercados de transporte de doentes. Note-se que a ARS Norte abrange o distrito com maior densidade populacional (Porto), e um dos distritos com menor densidade populacional (Bragança, só ultrapassado por Portalegre) do continente. Na ARS LVT não há distritos com baixa

densidade populacional, e mesmo na Região Centro, onde há alguma diversidade, a densidade populacional é mais homogénea do que no Norte.

Anexo VI – Dados da Actividade dos Bombeiros

A LBP não nos forneceu atempadamente os elementos necessários a uma análise rigorosa da actividade de transporte de doentes efectuada pelos bombeiros. Na ausência desses dados, recorremos a informação pública disponível sobre algumas corporações de bombeiros, que sintetizamos no presente anexo. O critério de selecção das corporações foi exclusivamente o da disponibilidade dos dados, pelo que não podemos aferir da representatividade da amostra utilizada.

Figura AVI.1 – Distribuição dos serviços prestados por diversas corporações de bombeiros



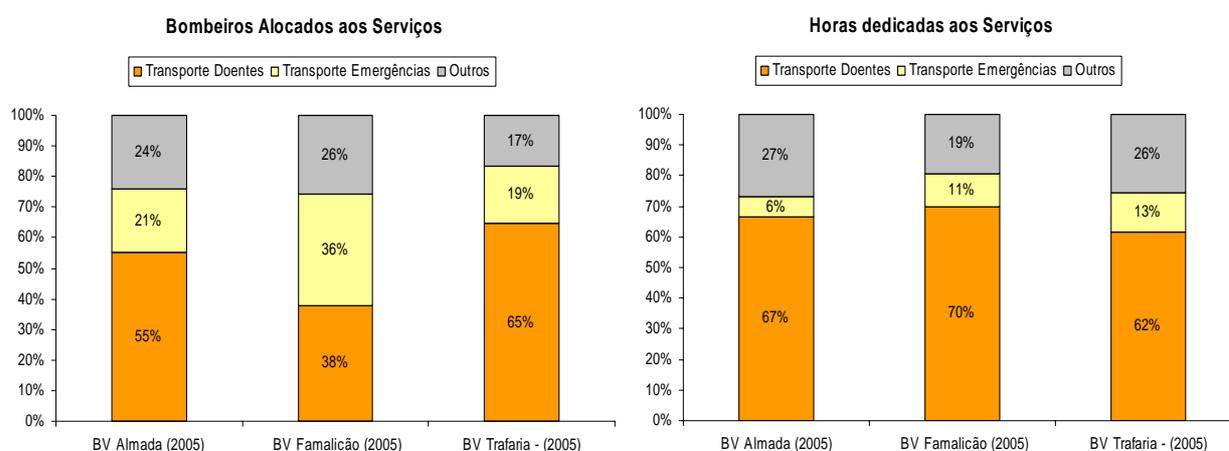
Fonte: Informação recolhida pelo Sirene.PT

Os dados da figura AVI.1 sugerem que o serviço de transporte de doentes corresponde à grande parcela da actividade das corporações de bombeiros. O transporte de doentes representou, em média, cerca de 90% dos serviços prestados

pelas treze corporações de bombeiros analisadas. Os outros serviços, nos quais se incluem incêndios, acidentes, prevenção, queimadas, outros sinistros, falsos alarmes e deslocações gerais, correspondem, regra geral, a menos de 10% da actividade. Saliente-se que os anos em análise foram anos de elevado número de incêndios florestais em Portugal, o que reforça a conclusão. A divisão da amostra entre corporações de distritos do “litoral” e de distritos do “interior” revela algumas diferenças significativas. Os outros serviços e o transporte urgente são mais importantes nos distritos do “interior”, sendo este explicado pelo facto de nesses distritos a presença do INEM enquanto prestador ser mais reduzida.

A importância da actividade de transporte de doentes para os bombeiros pode também ser constatada pela análise da alocação de meios humanos em três corporações de bombeiros, descrita na figura AVI.2. Os outros serviços ocupam apenas um quarto dos bombeiros e das horas de serviço, sendo a maior parte dos meios humanos dedicada ao transporte de doentes.

Figura AVI.2 – Alocação de meios humanos e horas de serviço dos bombeiros

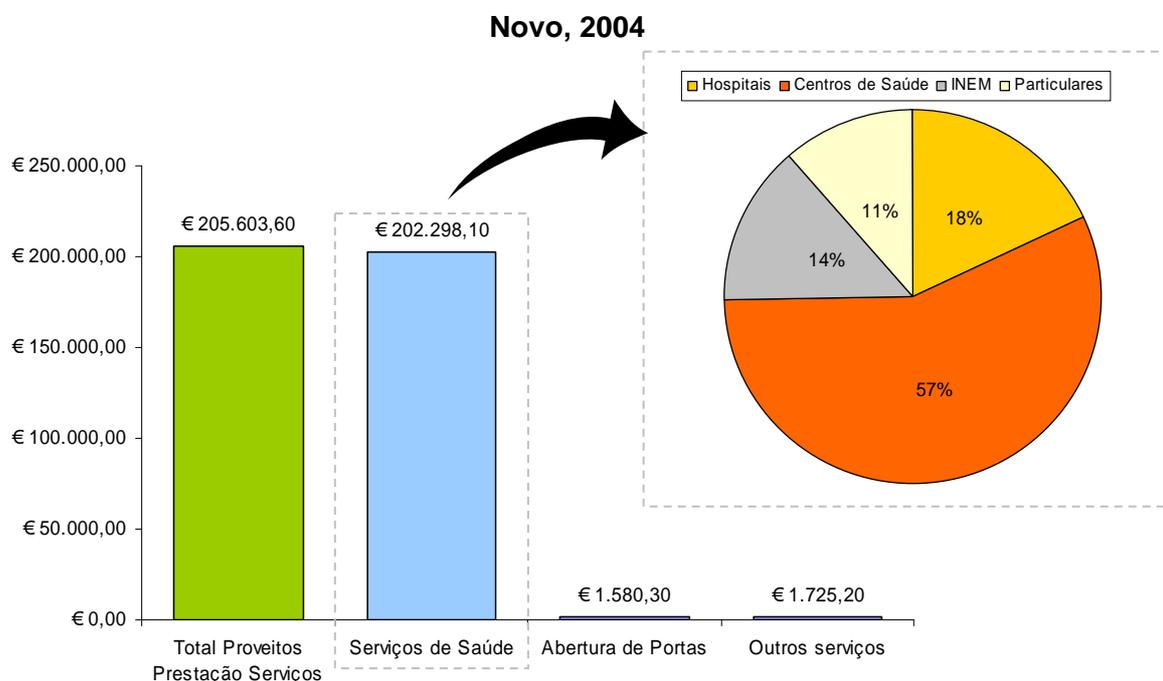


Fonte: Informação recolhida pelo Sirene.PT

A análise do Relatório de Contas dos Bombeiros Voluntários de Pinhal Novo (BVPN) sugere que a importância dos serviços de transporte de doentes para os bombeiros será ainda mais acentuada em termos de proveitos do que em termos de número de serviços. Os BVPN, no ano de 2004, tiveram 8.660 saídas de ambulâncias para prestação de transporte de doentes, o que representou 80% da sua actividade. Em contrapartida destes serviços, os BVPN obtiveram receitas que corresponderam a 98% do total dos proveitos por prestação de serviços. Se acrescentarmos a estes

proveitos os subsídios de exploração recebidos do INEM, verificamos que ao transporte de doentes corresponde cerca de 38% do total de proveitos dos BVPN⁴⁰.

Figura AVI.3 – Estrutura de Proveitos por Prestação de Serviços, BV Pinhal



Fonte: *Relatório de Contas de 2004 dos Bombeiros Voluntários de Pinhal Novo*

No âmbito dos serviços de saúde, verificamos que é a prestação de serviços aos centros de saúde que mais contribui para os proveitos dos BVPN, seguida dos serviços prestados aos hospitais. Podemos então concluir que os BV de Pinhal Novo têm uma maior dependência, em termos de proveitos, do transporte não urgente e urgente secundário, do que do transporte urgente coordenado pelo INEM. No entanto, os 14% dos proveitos de prestação de serviços correspondentes a pagamentos do INEM não são despidiendos. Segundo fonte do INEM, a alteração no accionamento dos meios de urgência ocorrida em de 12 de Agosto de 2005, levou a uma redução de cerca de 50% das saídas de bombeiros para situações de urgência, o que terá implicado para os BVPN um corte de 7% nos proveitos de prestações de serviços.

Em suma, os dados analisados indiciam a existência de uma grande dependência dos bombeiros da actividade de transporte de doentes, urgente e não urgente. Gostaríamos de ter obtido outros dados que nos permitissem mais certeza nesta conclusão, mas pensamos que esta informação é suficientemente clara para nos

⁴⁰ Os outros proveitos dos BVPN incluem os subsídios à exploração recebidos do Serviço Nacional de Bombeiros, da Câmara Municipal de Palmela, Junta de Freguesia de Pinhal Novo, Governo Civil de Setúbal e Brisa – Estradas de Portugal.

permitir perceber o papel fulcral que o transporte de doentes assume na actividade dos bombeiros em Portugal.