

CONSULTA PÚBLICA SOBRE O DOCUMENTO DA AUTORIDADE DA CONCORRÊNCIA “ANÁLISE ÀS CONDIÇÕES DE CONCORRÊNCIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE HEMODIÁLISE EM PORTUGAL” – COMENTÁRIOS DA ANADIAL

A versão preliminar da *“Análise às condições de concorrência na prestação de cuidados de hemodiálise em Portugal”*, em consulta prévia, constitui uma importante fotografia do Setor, do papel dos diferentes stakeholders, do acesso, quer dos prestadores, quer dos doentes e aponta ainda alguns caminhos, no sentido da melhoria, do acesso, da liberdade de escolha e da qualidade, sendo certo e reconhecido que os indicadores de qualidade dos cuidados de hemodiálise praticados em Portugal, revelam um nível muito elevado.

Deixamos aqui breves comentários ao documento em consulta:

I – Na página 7

30. A possibilidade de contratação de convenções por clausulado-tipo foi introduzida no Decreto-Lei n.º 97/98, que estabeleceu o regime de convenções que vigorou até 2013. Antes desta possibilidade, todas as convenções eram contratadas através de concurso público.

Discordamos neste ponto.

As convenções entre as entidades prestadoras de cuidados de saúde privadas e o Serviço Nacional de Saúde começaram a ser celebradas ainda na primeira metade da década de 1980, por via de um clausulado-tipo emanado da, à época, denominada Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

Estas convenções, que até 1998 não foram objeto de diploma específico, revestiam a natureza jurídica de contrato administrativo de adesão.

Nunca houve qualquer concurso público para habilitar entidades privadas a celebrar convenção com o SNS.

Os únicos contratos públicos do Setor têm sido os contratos de concessão de unidades de diálise instaladas e pertença de hospitais do SNS.

A anterior Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - estabeleceu um modelo misto de sistema de saúde, consagrando a complementaridade e o carácter concorrencial do sector privado e de economia social na prestação de cuidados de saúde, integrando na rede nacional de prestação de cuidados de saúde as entidades privadas que acordassem com o Serviço Nacional de Saúde a prestação de atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, nas quais se incluíam as unidades de diálise privadas.

A referida lei remeteu, para diploma posterior os aspetos regulamentares das convenções.

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, inclui disposições normativas sobre o sector convencionado, mormente e ao que nos interessa, o artigo 37.^a n.º 4 : *Os contratos ou convenções devem ser precedidos da realização de concurso público.*

Não obstante, esta disposição normativa veio a revelar-se, na prática e no que à hemodiálise respeita (mas não só), uma mera declaração de intenções, pois o mesmo legislador estabeleceu uma (prolongada) moratória, de quatro anos, à aplicação desta regra – art.º 7.º, n.º1 do DL n.º 11/93 :

Os contratos e convenções celebrados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde que não sejam conformes com o disposto no artigo 37.º do Estatuto mantêm-se em vigor, nas actuais condições, até 31 de Dezembro de 1996, nas seguintes áreas:

- a) Exames laboratoriais;*
- b) Exames de imagem e fisiologia;*
- c) Hemodiálise;*
- d) Endoscopia;*
- e) Medicina física e reabilitação.*

Esta moratória seria posteriormente prolongada por mais um ano, até que em 1998, as convenções com o Serviço Nacional de Saúde foram finalmente, regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril.

Este diploma veio consagrar o modelo contratual que até aqui vinha sendo adotado - o contrato de adesão. Este modelo contratual funciona como uma espécie de oferta pública de contratação, através do qual, a Administração Pública fixa unilateralmente todas as normas contratuais bem como os requisitos para ser parte e ao qual poderão aderir todos os operadores que reúnam as condições previamente conhecidas e iguais para todos. Foi este modelo que permitiu constituir a rede de diálise convencionada com a sua atual configuração: multiplicidade de prestadores; cobertura geográfica; proximidade; liberdade de escolha.

No que toca à concorrência e transparência, o contrato de adesão é, na nossa opinião, neste e em qualquer setor de atividade com preços administrativos, o modelo, por excelência, para as atingir.

A este propósito, leiam-se as considerações de interesse público feitas no preâmbulo do diploma pelo legislador de 1998 (à época, era Ministra da Saúde a Dr^a Maria de Belém Roseira) e que estiveram subjacentes à clara opção feita pelo contrato de adesão.

Consideramos que as mesmas se revestem, hoje, de toda a atualidade e pertinência, pelo que, aqui as trazemos, por excerto do preâmbulo:

“Por um lado, a exigência de celebração de concurso público, então consagrada, revela-se desadequada a um sector tão particular e sensível como o da saúde, justificando o interesse público das prestações objecto de contratação a adopção de um regime especial que agora se institui, consagrando uma ponderação mais qualitativa do que quantitativa, sustentada no princípio da livre escolha do utente face a prestadores devidamente credenciados.

Na verdade, o interesse público a prosseguir - garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, com a necessária prontidão e continuidade - condiciona a natureza, os termos e o conteúdo dos contratos a celebrar. Por outro lado, pretende-se uma progressiva melhoria na intervenção do Estado na administração dos cuidados de saúde, acompanhada de adequada rentabilização da capacidade instalada, a par do aumento e diversificação da oferta dos prestadores de vocação social e privada, assumindo-se sempre o Estado como garante do princípio da acessibilidade de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. É neste contexto que se reveste de especial importância a definição dos pressupostos e princípios subjacentes à contratualização com o sector privado lucrativo ou com fins de solidariedade social, por via de adequada disciplina estabilizadora e clarificadora do sector convencionado, tendo igualmente em vista a segurança do seu investimento.” - Preâmbulo do Decreto-Lei nº 97/98.

Concluimos pois que as convenções entre unidades de diálise privadas e o SNS, desde o seu início e posteriormente, quer na vigência do Decreto-Lei nº97/98, quer do Decreto-Lei nº 139/2013, têm sido celebradas na modalidade de contrato de adesão, tendo o concurso público sido adotado exclusivamente nos contratos de concessão das unidades de diálise instaladas e pertença dos hospitais do SNS.

II – Na página 42 :

145. Adicionalmente, ainda que o preço convencionado seja fixado pelo Ministério da Saúde, o aumento de concentração no mercado é passível de se traduzir num maior poder negocial, face ao Estado, dos prestadores de serviços de hemodiálise em Portugal, via as entidades representativas do setor, em sede

do processo negocial relativo ao preço convencionado – v. parágrafo 36. Este reforço do poder negocial dos prestadores privados face ao Estado é passível de se traduzir, a prazo, num aumento do nível do preço compreensivo.

Também discordamos neste ponto.

Se a afirmação aqui feita é compreensível (em tese geral e hipótese académica), no caso concreto não se verifica.

Bem pelo contrário. Nos últimos anos, o preço compreensivo desceu substancialmente.

O preço compreensivo que se iniciou em 2008 teve na sua base, um longo, rigoroso e participado processo de formação de preço que decorreu durante todo o ano de 2007, levado a cabo por um grupo de trabalho com representantes da ANADIAL e do Ministério da Saúde.

Não obstante, o preço já sofreu reduções lineares acumuladas de 17,5 % (2% em Janeiro de 2011, 12,5 % em Agosto de 2011 e 3% em Abril de 2017).

Há ainda que acrescentar a incorporação de mais serviços em Janeiro de 2011 – transfusões de sangue e acessos vasculares, sem qualquer contrapartida, o que representa um valor estimado de cerca de 4 % do preço.

Ou seja, sem contar com a depreciação por ausência de correção monetária, o preço compreensivo fixado em 2008, foi, 12 anos decorridos, objeto de uma redução acumulada de cerca de 21,5 %.

Não se vislumbra pois, na nossa opinião e como a realidade o demonstra, qualquer poder negocial reforçado em razão do aumento de concentração do mercado.

III – Na página 49 :

183. Já no que diz respeito aos restantes requisitos, não relacionados com aspetos de saúde, e em caso de deferimento tácito, a sua verificação poderá ser realizada *a posteriori* pela ARS correspondente ou pela ACSS, com a devida responsabilização da entidade convencionada em caso de incumprimento. Numa primeira fase, essa avaliação poderia ser efetuada previamente à alocação de doentes renais crónicos a uma clínica que tenha obtido uma convenção decorrente de um deferimento tácito.

Na verdade, a morosidade que se tem verificado no processo de deferimento da convenção e que, muitas das vezes, para além do óbvio prejuízo do promotor, resulta igualmente em prejuízo dos utentes a quem é vedado o acesso, por um período injustificadamente longo, a melhores e/ou mais próximas instalações, tem sido a principal crítica apontada ao sistema convencionado e urge pois, pô-lhe termo.

A figura do ato tácito positivo, valorando o silêncio da administração no termo de um prazo razoável, é instrumento adequado para acelerar este processo.

Não obstante, a parte final do parágrafo 183 - *Numa primeira fase, essa avaliação poderia ser efetuada previamente à alocação de doentes renais crónicos a uma clínica que tenha obtido uma convenção decorrente de um deferimento tácito* – anula o efeito do deferimento tácito porquanto o contrato de convenção só se inicia com a alocação do primeiro doente à nova clínica.

A necessidade de uma avaliação prévia, depois de decorrido o prazo para deferimento tácito, tem como consequência que este não produz qualquer efeito e o problema subsistirá, adiando *sine dia*, o início da convenção.

Por último, diga-se que a ANADIAL, sem prejuízo das observações supra, concorda com as recomendações ao Governo, inscritas no documento em apreciação.

A hemodiálise em Portugal é, desde 2008, com a criação do preço compreensivo e da plataforma GID (Gestão Integrada da Doença), uma prestação de cuidados de saúde baseada nos princípios do *value based healthcare*.

Portugal foi o primeiro país do mundo a conceber e implementar um programa de gestão de doença renal crónica que se tem revelado um importante instrumento de melhoria da qualidade dos cuidados, de partilha de risco, de transparência e fluidez de informação, resultando em importantes ganhos em saúde e certeza e controle da despesa por parte da entidade financiadora.

O modelo poderá naturalmente ser ainda melhorado.

Poderão ser dados passos graduais para integração de mais serviços, inclusão das diferentes modalidades de diálise numa perspetiva dinâmica, o que permitirá avançar na domiciliação de tratamentos (aspecto em que Portugal compara mal com os outros países), com adequação a cada doente e ao percurso da doença e ainda a criação de um ranking de clínicas, em razão da comparação de indicadores de qualidade e de resultados dos tratamentos de diálise.

Todo este processo deve ser amplamente participado, consensual, de aplicação gradual e de avaliação prévia, tendo em vista evitar efeitos adversos que possam, de alguma forma, afetar a atual ampla cobertura geográfica da rede convencionada e a qualidade dos cuidados de saúde prestados que se têm revelado de excelência