

Exma. Senhora

Presidente da Autoridade da Concorrência,

Dra. Margarida Matos Rosa

Exma. Senhora

Directora do Gabinete de Estudos Económicos e Acompanhamento de Mercados,

Doutora Ana Sofia Rodrigues

Lemos com atenção o relatório "**Análise às condições de concorrência na prestação de cuidados de hemodiálise em Portugal, versão preliminar para Consulta Pública**" (*referido doravante como "o Relatório"*). Trata-se, na nossa opinião, de um documento muito bem feito, que faz uma análise detalhada, rigorosa e exaustiva deste sector da saúde em Portugal e que, por isso, só pode merecer o nosso elogio.

Também queremos declarar que as menções às nossas intervenções no processo de recolha de dados são correctas e que nos identificamos com elas.

Mas, talvez por causa do âmbito de análise se iniciar apenas em 1980, é nossa opinião que o relatório não leva em conta o duplo carácter do modelo que existe no terreno, que deriva de motivos históricos. É que essa dupla característica de "**extensão do SNS**" *versus* "**mercado regulado**" pode levar a alguma incoerência das regras de funcionamento, o que, na nossa opinião, provoca distorções da concorrência que são, na prática, legais, mas injustas, e sobre as quais entendemos ser necessário intervir. Também permite que se possam fazer recomendações em sentidos opostos as quais, sendo legítimas, levam a diferentes modelos de funcionamento e podem gerar mais injustiças.

Assim, agradecemos e aproveitamos a oportunidade que nos é dada por esta Consulta Pública para contribuir com informação que achamos útil, realçar aspectos que julgamos relevantes, propor alguns pequenos acertos e, respeitosamente, discordar de algumas questões, contextualizando a nossa opinião.

UMA NOTA HISTÓRICA

1. Para compreender o estado actual do mercado da hemodiálise de doentes renais crónicos em Portugal, é necessário recuar até à década de 1970, altura em que a hemodiálise de doentes crónicos se fazia exclusivamente em hospitais de Lisboa, Porto e Coimbra, e num único centro de diálise privado, em Lisboa, do Dr. Filipe Vaz (que abriu em 1973). A hemodiálise tinha sido aceite como um tratamento válido para doentes crónicos em 1966, por Scribner, em Seattle, EUA¹, e cerca de uma década depois tinha o seu início em

¹ Blagg CR. The Early History of Dialysis for Chronic Renal Failure in the United States: A View From Seattle. *Am J Kidney Dis* 2007;49(3):482-96. doi: 10.1053/j.ajkd.2007.01.0

Portugal. Os nefrologistas pioneiros nas três cidades (na altura ainda não eram nefrologistas, mas sim internistas e urologistas) viram-se a braços com a necessidade de providenciar tratamento a cada vez mais doentes para os quais os hospitais portugueses não tinham resposta. A solução inicial passou por enviar os doentes para Espanha: Santiago de Compostela, Salamanca, Madrid e Barcelona foram apenas alguns dos centros espanhóis que receberam doentes portugueses, implicando a sua mudança de cidade, e de suas famílias, e acarretando dramas familiares e muito sofrimento. Foi então que, por 1978, foi criada a Comissão Nacional de Diálise e Transplante, que lançou as bases para um “Programa Nacional de Diálise”, permitindo o primeiro surto de crescimento do sector privado da hemodiálise, e assim começou a crescer a actividade privada deste sector, liderada por pequenas sociedades de médicos. Numa primeira fase, os nefrologistas, em Lisboa e Porto e os urologistas, em Coimbra foram, em geral, os primeiros proprietários.

2. O sector privado da hemodiálise nasceu, assim, como uma extensão daquilo que veio a ser o SNS, para suprir as suas insuficiências, tendo mais tarde sido integrado no sector convencionado, pela lei 97/98, de 26 de Agosto. A primeira lei de licenciamento da diálise, que exigiu, pela primeira vez, que o director fosse um nefrologista foi o Decreto-Lei 392/93, de 23 de Novembro, mais de uma década após a abertura das primeiras clínicas.
3. O que se seguiu foi um misto de desregulação com a ausência de compreensão, por parte dos responsáveis do SNS, de que a abertura ilimitada de clínicas não induz a procura de serviços porque, ao contrário de outras áreas da saúde, ninguém faz diálise sem realmente precisar. Durante a década de 1980 chegaram a Portugal empresas multinacionais do sector com grande capacidade financeira. Esse facto, aliado à grande dificuldade de abertura de clínicas novas levou à valorização desproporcionada das existentes, tendo as ofertas milionárias seduzido vários dos pioneiros a venderem as suas participações e clínicas, levando ao estado de concentração a que actualmente chegámos.

SOBRE ALTERNATIVAS DE MODELO DE NEGÓCIO

4. Na nossa opinião, qualquer análise deste sistema deve ter em consideração de que há duas concepções possíveis para a sua organização, o que condiciona todo o edifício legal que queremos ver construído a partir daí, bem como as opções estratégicas dos *stakeholders*. Condiciona também a óptica pela qual se estuda toda esta problemática, podendo dar origem a diferentes juízos de valor sobre a legislação que se vai produzindo, além dos movimentos dos *players* em todo este jogo. Na nossa opinião, o Relatório não leva em linha de conta este facto.
5. É que, se entendemos este sector da hemodiálise como uma extensão do SNS, o “cliente” das clínicas é o SNS, na qualidade de procurador dos cidadãos, no contexto do direito à protecção da saúde, assegurada pela Constituição, no seu artigo 64º. Nesse caso, o SNS está a comprar os serviços de hemodiálise em regime de *outsourcing*, pelo que é da sua competência dizer onde são necessários os serviços, o que carece de uma programação que depende da localização (residência) dos doentes e da densidade populacional dos territórios. Sendo uma extensão do SNS, não deveria caber aos potenciais operadores a iniciativa de se instalarem de acordo com os seus interesses, mas sim ao SNS que os promoveria numa óptica de proximidade. É também discutível o direito de opção dos doentes pela clínica, tal como não escolhem o Médico de Família, ou de decidem onde são internados, ou qual o cirurgião que os vai operar, ou para onde o INEM os encaminha em caso de acidente. Cada doente deverá fazer diálise no local que lhe é destinado pelo sistema, de acordo com o planeamento.

6. Em alternativa, se assumimos o sector como uma normal actividade económica de mercado, ainda que regulada em termos técnico-científicos e concorrenciais, em regime de monopsonio, cremos que assiste a qualquer potencial operador o direito de se instalar e, desde que cumpra os regulamentos técnicos, desenvolver a sua actividade num quadro de concorrência e de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Neste caso o “cliente” das clínicas é o doente (e a família, por causa das implicações familiares que a sua condição tem) e deve haver livre opção, dentro dos condicionalismos orçamentais (a limitação do transporte é a questão emergente neste contexto). Neste modelo, e dado que não existe indução de procura, não cabe ao SNS condicionar a abertura de novas unidades, mas apenas sujeitar-se à iniciativa dos potenciais operadores. Não lhe cabe também nem chamar a si o exclusivo de colocação dos doentes, podendo os operadores tentar estender a cadeia de valor dos seus serviços até fases mais precoces da Doença Renal Crónica e não depender dos serviços de nefrologia dos hospitais do SNS para receber novos doentes na unidade de hemodiálise.
7. Ambas as visões são legítimas. Elas são política e ideologicamente orientadas, pelo que não nos cabe fazer a defesa de uma ou de outra. O que se exige é que haja coerência legislativa no modelo adoptado. Actualmente existe um misto de ambos os modelos que está na origem da concentração a que se chegou.
8. Por um lado, só adoptando a primeira visão faz sentido manter que a única fonte de doentes sejam os serviços de nefrologia do SNS, como determina o despacho nº 17/86 da Ministra da Saúde, de 29/4/1986, publicado em 26/5/1986, mencionado no Clausulado-Tipo de adesão à convenção, mas não referido no Relatório. Esse despacho diz “... os serviços de Nefrologia que (...) não puderem, pelos seus próprios meios, garantir o programa de diálise...”. Este despacho é, ainda hoje, usado para impedir os nefrologistas externos ao SNS de prescreverem diálise aos seus doentes, dando corpo à concepção de que os centros de diálise são apenas extensões do SNS e só existem na medida em que suprem as suas insuficiências. É uma parceria entre SNS e clínicas que se estabelece, no interesse dos doentes.
9. A permissão para consultas de especialidade privadas articuladas com recursos públicos nem sequer é original: as especialidades de Dermatologia, Reumatologia e Gasteroenterologia contam com “consultas certificadas”², que prescrevem medicamentos biológicos para serem fornecidos aos doentes nos hospitais públicos, sem controlo por parte destes.
10. Mesmo na Nefrologia há precedentes. Dois nefrologistas não pertencentes ao SNS tiveram, durante anos, permissão para prescrever hemodiálise aos seus doentes sem passar pelos serviços de Nefrologia do SNS, em Leiria e em Fafe.
11. Acresce que este modelo, de *outsourcing* de serviços pelo SNS, também requer que todos os intervenientes no processo de colocação do doente nas clínicas sejam neutros e imparciais. A actual legislação não garante essa neutralidade, já que apenas exige que as

² Circular Normativa nº 23/DQS, de 20/10/2008; despacho n.º 20 510/2008, de 24 de Julho, publicado no DR, 2.ª série, n.º 150, de 5 de Agosto de 2008, alterado pelo despacho n.º 2938/2010, de 4 de Fevereiro, publicado no DR, 2.ª série, n.º 31, de 15 de Fevereiro de 2010; actualizado pelo Despacho n.º 18419/2010, de 2 de Dezembro (DR, 2.ª série, n.º 239, de 13 de Dezembro de 2011).

peças que trabalham no SNS apenas possam ter 10% de propriedade de entidades convencionadas (mencionado no Relatório, parágrafo 180), nada referindo em relação a todos os outros intervenientes neste processo: directores de serviço, nefrologistas, participantes das consultas de esclarecimento, assistentes técnicos dos serviços hospitalares, ACES ou ULS, que podem não ser proprietários, mas estarem comprometidos laboral ou contratualmente com alguma das clínicas concorrentes. Por conseguinte, todos os intervenientes do processo de colocação dos doentes nas clínicas, pelos hospitais deverão ser alvo de regras mais restritivas de controlo de conflito de interesses, que não existem actualmente e deveriam ser alvo de recomendações para a regulação da concorrência.

12. Seguindo este modelo de extensão do SNS, cabe-lhe também decidir onde faz sentido abrir as novas clínicas, baseado num planeamento e não na livre iniciativa dos operadores, para satisfazer a necessidade de dotar os territórios com uma maior proximidade entre os doentes e o seu tratamento de forma justa e equitativa. Assim, será possível reduzir o tempo de transporte e aumentar o conforto e a qualidade de vida dos doentes, tema que é abordado no Relatório. Ao mesmo tempo garantirá a viabilidade económica das clínicas a quem contrata os serviços pois os seus investimentos vão ter retorno, de modo a exigir-lhes o empenhamento total.
13. Por oposição, com o modelo do mercado regulado de instalação livre faz sentido manter a livre opção dos doentes e não os condicionar com base em considerações geográficas ou outras, que não sejam as limitações legais do mercado e da concorrência. Mas, em contrapartida, a origem dos doentes não pode ser exclusivamente os serviços de Nefrologia de hospitais do SNS.
14. Considerando, como o próprio Relatório reconhece, que não há diferenças significativas entre as clínicas, actualmente temos um modelo híbrido, em que a única limitação à opção pelo doente é o custo do transporte, que não deve acarretar mais despesa para o SNS. Mas quase todos os outros factores deste processo não são alvo de qualquer controlo ou auditoria, sendo nestes domínios menos transparentes que a competição se tem feito.
15. *Em conclusão, embora não se espere que as recomendações da AdC tomem partido por um ou outro modelo de funcionamento do sistema, é expectável que se recomende a harmonização das várias leis de forma a que o modelo seja coerente e dê aos stakeholders sinais claros sobre as “regras do jogo”, as quais devem ser transparentes e auditáveis.*

SOBRE A ESCOLHA DOS DOENTES

16. O direito de escolha dos doentes, consagrado em alguma legislação, também merece algumas considerações. Desde logo, a Autonomia, é um princípio ético que se impõe respeitar. Mas a carta de Direitos e Deveres do Utente³ condiciona esse direito à “medida dos recursos existentes e das regras de organização dos serviços de saúde.” Não é, pois, um direito absoluto, na perspectiva de um SNS planeado.
17. Ainda assim, chamamos a atenção para a extrema dependência e vulnerabilidade em que o doente se encontra no momento em que o nefrologista lhe comunica que, a partir

³ Lei n.º 15/2014, de 21 de março

daquele momento, a sua vida vai passar a depender de uma máquina. Está a passar-lhe o primeiro atestado de deficiência, o que até tem implicações legais e tributárias. Trata-se de um momento de grande ansiedade e sofrimento para o próprio e para a família. Estão perdidos, ouviram histórias, estão desorientados. Não é de estranhar, pois, que alguns doentes confiem e entreguem ao seu médico a decisão de optar pela melhor modalidade, de entre as disponíveis, sobretudo quando existe uma longa relação entre os dois (facto referido nos parágrafos 55 e 78). É normal esta a partilha de decisão, que faz parte da relação médico-doente, que tem que ser protegida, para benefício dos doentes. Exige-se, por isso, neste contexto, reforço da legislação que garanta de ausência de conflitos de interesse, mantendo a possibilidade de aconselhamento e orientação, tão valiosos para os doentes e família.

18. A criação da consulta de esclarecimento (abordada nos parágrafos 51 a 55), tornada obrigatória pela norma 017/2011 da DGS, veio perturbar essa relação médico-doente. Primeiro, porque, sem prejuízo do direito a uma segunda opinião, o esclarecimento deve ser primordialmente feito pelo médico que sempre seguiu o doente. Segundo porque a consulta de esclarecimento, tal como foi concebida com as iniciativas regulamentares de 2011, destinou-se a aumentar a quota de mercado da diálise peritoneal e promover o tratamento conservador esclarecido. Nos serviços de Nefrologia do SNS, as equipas que fazem a consulta de esclarecimento estão frequentemente envolvidas na diálise peritoneal. Não está, pois, incluída nas funções e objectivos da consulta de esclarecimento a apresentação das alternativas das clínicas de hemodiálise privadas existentes na localidade onde mora o doente, pelo que a mesma não pode ser considerada completa sem essa informação, se se entende que a livre escolha do doente deve também envolver as clínicas privadas, de entre as disponíveis.
19. Por outro lado, no modelo em que as clínicas são “extensões do SNS”, o planeamento dos serviços deve permitir que todos os cidadãos têm igual acesso aos serviços proporcionados pelo SNS, que é a única fonte de doentes. Atendendo a que, devido à rigorosa regulamentação, o nível global de qualidade é muito parecido, a distância é o factor com mais impacto na qualidade de vida, como é reconhecido no relatório (parágrafo 71). A recomendação deve ir no sentido, não só de o Estado não obstruir a criação de mais clínicas de hemodiálise, como principalmente de os estimular para os aproximar dos doentes, nomeadamente através de legislação que facilite as variantes de tratamento, como a hemodiálise domiciliária e a diálise peritoneal fora da alçada do sistema público, bem como clínicas mais pequenas e mais próximas dos doentes.
20. No entanto, se for dada a primazia ao princípio da Autonomia do doente e adoptado um modelo de livre escolha pelo doente, então há condições que não podem deixar de se cumprir:
 - a. O doente terá que poder escolher a sua opção de um menu neutro de possibilidades (e a diálise peritoneal para alguns doentes tem que constar das opções possíveis);
 - b. As leis e regulamentos que norteiam o processo de escolha e o envio para as clínicas deverão garantir uma transparência que neste momento não asseguram: quais os passos seguidos, quem são os intervenientes, quais os seus potenciais conflitos de interesse;
 - c. Qualquer nefrologista (mesmo externo ao SNS) deverá ter a possibilidade de propor um doente para tratamento dialítico. Esta escolha deverá ser proposta, não à clínica directamente, mas à ARS ou ULS enquanto entidade pagadora. Nos EUA, citados como

exemplo no Relatório em relação à medição de resultados, há um formulário⁴ que qualquer nefrologista preenche para prescrever a hemodiálise para o seu doente. Note-se que nos EUA há também um pagador público (o Medicare) que suporta o pagamento dos tratamentos, tal como em Portugal. Em Portugal esse formulário é facilmente substituível pela atribuição de password de acesso à plataforma GID.

SOBRE O PROCESSO DE COLOCAÇÃO DOS DOENTES NAS CLÍNICAS DE HEMODIÁLISE

21. Tal como refere o parágrafo 79 do Relatório, é mais correto afirmar que existe uma alocação dos doentes às clínicas, ao invés de uma escolha dos doentes. Assim é desde o início, dentro do espírito de que os centros de diálise são complementares ao SNS e de que a opção dos doentes não pode acarretar aumento de despesa do SNS. Por esse motivo, faz todo o sentido a dizer que o SNS "coloca" os doentes nas clínicas, pois é precisamente isso que acontece.
22. Até há algum tempo, os próprios relatórios clínicos para colocação, tinham que mencionar expressamente que o serviço de Nefrologia não tinha capacidade para dialisar esse doente.
23. A constatação da diversidade de critérios de alocação dos doentes às clínicas é merecedora de realce no parágrafo 90 do relatório e requer uma intervenção no sentido da uniformização e transparência. Quando está programada ou abre uma clínica nova existem três tipos de resistência:
 - a. A nível das clínicas existentes, algumas das quais se prontificam para pagar os transportes aos doentes, dificultando a viabilização da nova clínica. Consideramos que esta prática apenas é legítima no modelo de "mercado regulado", sendo incorrecta no modelo de "extensão do SNS", motivo por que importa definir *a priori* o modelo em que vivemos;
 - b. Ao nível dos serviços administrativos dos ACES e ULS existe com frequência alguma inércia na comunicação aos doentes que há uma nova clínica mais próxima das suas residências e de modificar as rotas das ambulâncias, de modo a permitir que os doentes sejam transferidos para a nova clínica, mesmo que mais próxima da sua residência (referida no parágrafo 75). Exige-se que este passo seja rigorosamente auditado.
 - c. Há ainda uma terceira situação, não abordada nos parágrafos 192 e 193 a propósito da concentração, que é a abertura "preventiva" de novas clínicas na zona onde está em progresso a construção de uma clínica concorrente, para defender território ameaçado e não ter que transferir doentes para a concorrência. Como é dito no relatório, trata-se de um aumento de concentração sem aumento de concorrência. Esta prática é inaceitável numa perspectiva de "extensão de SNS", embora se possa aceitar numa óptica de "mercado regulado".
24. O certo é que, com demasiada frequência, quando abre uma clínica nova, os doentes da respectiva área demoram a mudar (referido no parágrafo 156), e nem sempre acabam por

⁴ CMS form 2728 (<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS2728.pdf>)

mudar. Estas são também barreiras à entrada, não tendo a terceira sido enunciada no Relatório, pelo que propomos a sua inclusão.

25. Outro aspecto a considerar é que, se é verdade que em Portugal, a concorrência se faz por factores não-preço, os mesmos não se reduzem à distância entre a casa dos doentes e a clínica. Os operadores concorrentes empregam intervenientes neste processo. Excepto pela propriedade (referido no parágrafo 180), não há leis que garantam a neutralidade e transparência do processo de colocação dos doentes e não há auditorias a esse processo. Estas relações não declaradas, mas com influência directa na colocação dos doentes, devem ser alvo de intervenção, pois distorcem a concorrência de forma ilegítima.
26. O processo de colocação dos doentes, a partir do momento em que ele está inscrito na plataforma GID deve também ser alvo de monitorização e todos os intervenientes deveriam ter um regime de garantia exclusão de conflitos de interesses, que não existe actualmente, nomeadamente nos casos em que há mudança de técnica, da diálise peritoneal ou transplantação para a hemodiálise.
27. Finalmente, a transição entre técnicas de substituição da função renal, seja da diálise peritoneal ou transplante para a hemodiálise deve também ser alvo de maior vigilância e auditoria.

QUESTOES EMERGENTES DO SISTEMA DE TRANSPORTES

28. O tema dos transportes é abordado nos parágrafos 56 a 58 do Relatório, bem como no parágrafo 90. Desde muito cedo se constatou que o reembolso dos transportes era um factor essencial para a adesão aos tratamentos, passando a ser suportado pelo SNS. Desde então, um grande número de taxistas se comprometeu com estes doentes, tornando-se parceiros em todo este sistema. Esses taxistas prescindiram do seu trabalho habitual e foram valiosos no apoio aos doentes renais crónicos, com transporte de qualidade, com poucos doentes por viatura e com trajectos directos de casa dos doentes à clínica e no regresso, sobretudo nos territórios mais isolados, onde não há corporações de bombeiros ou as distâncias são maiores. Em 2012, com a revisão da legislação sobre transporte de doentes não urgentes, o transporte foi atribuído, sem concurso público, aos bombeiros, passando a ser obrigatoriamente feito por ambulância. Foi uma má decisão, na nossa opinião: os bombeiros não estavam preparados, a lotação dos veículos é maior, obrigando a percursos maiores, as carrinhas são mais desconfortáveis do que os carros ligeiros.
29. O tema do custo dos transportes não é novo. Em 2008, quando se preparava a mudança de reembolso para o Preço Compreensivo, foi ponderada a inclusão dos transportes no pacote de serviços. Mas a ideia foi abandonada sem resistência, já que não seria possível encontrar um preço médio que pudesse, de forma justa, ser determinado para suportar este encargo, devido à assimetria de distâncias entre as clínicas do litoral e as do interior.
30. Mas essa não foi a única razão para a não inclusão: para que o preço compreensivo incluía os transportes, é essencial a existência de uma entidade externa independente que regule este aspecto do sistema, uma entidade que proceda à monitorização contínua e que exerça a função de arbitragem em casos de conflito.
31. Contudo, o modelo de pagamento de transportes continua a ser crítico em toda a dinâmica do sector. Não sendo aconselhável que ao valor do reembolso entre para o Preço Compreensivo de modo fixo, uma ideia possível é que para cada clínica pudesse ser

definida uma verba fixa por doente e por mês, determinada pela distância média às três a cinco clínicas mais próximas, definindo implicitamente uma área de influência que cabe, a cada clínica, cobrir. Porém, esta ideia só faz sentido numa óptica de “extensão do SNS”.

32. A monitorização permanente deste valor e os custos relacionados dariam informação preciosa em relação aos locais onde é pertinente ampliar a rede, sempre com o objectivo de fechar a malha, aproximando as clínicas dos doentes, aumentando-lhes a qualidade de vida, e reduzindo os custos com os transportes.
33. Em qualquer dos modos, afigura-se-nos curial que se mantenha a função de arbitragem por parte do SNS, se for dada prioridade ao modelo de “extensão do SNS”. Neste contexto, urge resolver as diferenças regionais, mencionadas no parágrafo 90.
34. Mas a problemática dos transportes não se esgota no transporte de e para o tratamento. Há outras necessidades de transporte dos doentes em que a lei prevê que sejam suportadas pelo SNS, nomeadamente consultas hospitalares e consultas relacionadas com o acesso vascular. Nas considerações sobre os transportes cabe também a abordagem destas vertentes do transporte. E há diversidade de modos de funcionamento entre as clínicas com impactos nos custos para o SNS, nomeadamente a política de vigilância de acessos vasculares.

QUESTÕES EMERGENTES DA CONCORRÊNCIA ENTRE PÚBLICO E PRIVADO

35. Esta questão não é, de todo, abordada no Relatório. Não contestamos a licitude de existência de clínicas de hemodiálise públicas. Elas podem ser prioritárias, no modelo de “extensão do SNS”, ou concorrenciais no modelo de “mercado regulado”. Mas não podemos concordar que essas clínicas não passem por um processo de licenciamento que garanta a sua qualidade técnica. Se entendemos o licenciamento como o garante dessa qualidade, não aceitamos que os seus doentes que aí são dialisados sejam prejudicados em relação aos outros. No seu estado actual, poucas unidades públicas passariam numa inspecção com o mesmo rigor que é exigido aos privados. Esse facto deveria ser determinante para a autorização de abertura das unidades públicas e deveria constar da informação fornecida aos doentes na consulta de esclarecimento para permitir uma escolha informada, respeitando o princípio da livre escolha, caso se opte pelo modelo de “mercado regulado”.
36. As unidades públicas também não passam pelo moroso processo de atribuição da convenção, o que lhes dá uma vantagem indevida num contexto de demora excessiva de atribuição de convenções.
37. No que diz respeito à prioridade que têm na colocação dos doentes, esta será legítima consoante o modelo adoptado para o sistema. Num dos casos será normal, no outro será inaceitável.
38. A título de exemplo, refira-se a unidade pública projectada para Valongo, a ser operada pelo Centro Hospitalar Universitário S. João, cuja abertura se aguarda. O conhecimento da intenção desta abertura já tem quase uma década. Esta potencial ameaça inibiu, durante todos estes anos, os operadores privados de investirem nesse local por causa das vantagens que as instituições públicas têm, quer para abrir novas unidades, quer no controlo da alocação de novos doentes. Isto apesar de Valongo ser o maior concelho da Região Norte que não tinha nenhum centro de hemodiálise para os seus 90.000

habitantes. Durante este tempo, os doentes foram sendo colocados nas clínicas dos concelhos limítrofes (Gondomar, Porto, Maia e Paredes). Quando finalmente o CHUSJ decidiu avançar, fê-lo sem qualquer licenciamento ou convenção, pois bastou incluir essa actividade no contrato-programa do centro hospitalar com efeitos imediatos no ano seguinte. Acresce que, tendo a prerrogativa de distribuir doentes, nos próximos tempos poderá não só receber todos os doentes de Valongo, como também reter doentes dos outros concelhos, prejudicando doentes e clínicas limítrofes.

39. Outros hospitais do SNS mantêm programas de doentes crónicos, em menor escala. Apenas em Chaves, Vila Real, Bragança e Castelo Branco, estes programas são de dimensão significativa. Nestes locais ocorre uma previsível inibição da livre instalação de alternativas.
40. No relatório são referidas as unidades das Forças Armadas, que não são verdadeiras alternativas pois apenas admitem beneficiários dos subsistemas de saúde militar, estando encerradas à população geral.
41. Nos outros hospitais públicos onde existem doentes em hemodiálise crónica, embora em pequena escala, não é dada aos doentes a possibilidade de optar pelas unidades privadas da região. Mais uma vez, a licitude desta prática depende do modelo de sistema que se pretende implementar.
42. Neste contexto, gostaríamos ainda de fazer um reparo à afirmação, expressa no parágrafo 100, de que a diálise peritoneal (DP, analisada nos parágrafos 94 a 100) não é um mercado concorrencial com a hemodiálise, relativo à definição de “mercado relevante”. Nos subgrupos referidos de doentes (mais novos, mais pequenos mais autónomos, mais educados, mais favorecidos socioeconomicamente, com melhor prognóstico, com indicação para transplante, menos complicações e conseqüente menos custos), o doente pode realmente optar pelas duas e, nesse caso, os que moram mais longe têm interesse em optar pela DP. Compreende-se, por exemplo, que na Região Autónoma dos Açores, por exemplo, a DP seja mais popular que em Portugal Continental. Tal se deve à dificuldade de deslocação dos doentes entre as ilhas.
43. Aceitamos que, para efeitos práticos, não seria relevante incluí-los na análise de cobertura de território, decisão reforçada pela baixa penetração desta técnica, mas para a análise de concorrência e transparência da alocação de doentes é relevante contar com a informação de que há dois grandes *players* a operar em Portugal na diálise peritoneal, a Baxter e a Fresenius. Acresce ainda que esta última é a mesma empresa líder dos mercados dos equipamentos e consumíveis e da hemodiálise crónica, bem como dona da Nephrocare, líder do mercado da hemodiálise que se estuda neste Relatório.
44. Numa análise fina, teria sido interessante segmentar a população entre candidatos e não candidatos a DP e estudar a prevalência territorial da diálise peritoneal, que não é uniforme, e correlacioná-la com a implementação das clínicas de hemodiálise concorrentes estudadas.

ARGUMENTOS CONTRA OS CONCURSOS PÚBLICOS

45. Um aspecto com impacto na concorrência que não foi abordado no Relatório é a tentação que pode surgir das autoridades para a realização de concursos públicos para a concessão de determinadas áreas de cobertura territorial, em regime de exclusividade.

46. Sendo um negócio em que a concorrência é assegurada por factores "não-preço", a mesma fez-se através do controlo e optimização dos custos.
47. Um eventual concurso só poderia ser dirimido com base no preço apresentado, já que a oferta é muito semelhante, atendendo à exigente e detalhada legislação do sector.
48. Como duas das quatro multinacionais presentes no sector e referidas no Relatório (Fresenius e B-Braun) são simultaneamente proprietárias de clínicas e produtoras de equipamentos e consumíveis com impacto significativo na cadeia de valor sendo, até, fornecedores das empresas concorrentes. Esta verticalização do negócio dá-lhes o poder de distorcer o mercado, condicionando a oferta dos concorrentes, podendo levar à sua quebra de competitividade e aumentando a concentração.
49. A verticalização do negócio leva também a que o cálculo dos índices de concentração seja impreciso, correspondendo, na realidade, a valores ainda maiores do que os indicados no Relatório.
50. Por outro lado, concordamos que não seria legal impedi-los de serem opositores a esses concursos, na vertente de prestadores de serviços de hemodiálise.
51. Não vislumbramos maneira de lançar um concurso em que se mantivesse o princípio da liberdade de oposição e simultaneamente se pudesse anular esta vantagem não legítima que estas empresas têm em relação a todos os outros, independentemente do seu tamanho.
52. *Gostaríamos que no Relatório conste uma menção a este facto no sentido de alertar para a perigosidade de adopção desta forma de relacionamento com o SNS e de desaconselhar os concursos públicos.*

SOBRE O TAMANHO DAS CLÍNICAS

53. Uma barreira à entrada é a capacidade que as clínicas existentes têm de crescer de forma ilimitada. Este facto deve-se à ausência de monitorização dos contratos assinados na convenção. Na verdade, apenas as clínicas de abertura posterior à publicação da lei 97/98 celebraram convenções. E, dessas, as IPSS celebravam acordos ao abrigo de outra legislação que não a das convenções⁵. Mas há contratos de convenção mais recentes, assinados com base no Clausulado-Tipo do Despacho 7001/2002 (2ª série), de 4/4/2002, em que há menção ao número de doentes contratados. Porém, na verdade, não há

⁵ “Primeiro pelo Despacho nº 48/80, de 12 de setembro, do Ministro dos Assuntos Sociais, foi definido o relacionamento entre o Estado e estas instituições através da celebração de acordos de cooperação. Posteriormente, pela portaria sem número do Ministério da Saúde publicada no Diário da República, 2ª série, nº 172, de 27 de julho de 1988, alterada pela Portaria nº 143/91, de 2 de maio, foi aprovado o Regulamento dos Acordos a Estabelecer entre as Administrações Regionais de Saúde e as Misericórdias e Outras Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Neste contexto foi celebrado o Protocolo de Colaboração com as Misericórdias em 1995, substituído pelo mais recente Protocolo de Cooperação, de 27 de março de 2010”. (texto extraído do preâmbulo do Decreto-Lei nº 138/2013, de 9 de outubro)

qualquer controlo sobre o limite dos contratos assinados de convenção, permitindo-lhes crescer sem limites.

54. O que se verifica é que quando as clínicas chegam ao limite contratado, adaptam as instalações para poder continuar a crescer. Esta prática aumenta a concentração, coloca doentes a serem dialisados em instalações não licenciadas e prejudica os doentes na medida em que deixa de sinalizar a necessidade de abertura de mais capacidade, mais perto dos doentes. A existência do artigo 5º do Clausulado-Tipo, concorre para este problema, e regozijamo-nos que o Relatório recomende que deixe de ser exigível que haja falta de capacidade na localidade ou região para que seja permitida a instalação de uma nova clínica. Mas continua a faltar a sinalização positiva, de que as clínicas existentes estão a atingir o limite contratado, para que esse território fique identificado como uma região onde a oferta deve crescer.
55. Estamos, no entanto, em crer que a medida que definitivamente poderia desincentivar o crescimento ilimitado das clínicas, seria o estabelecimento de um “Preço Compreensivo Convergente”. Este seria um preço máximo para os primeiros doentes, seguido de um preço progressivamente mais baixo para os seguintes (em blocos de 20 ou 30 doentes) e assim sucessivamente, de modo a que, a partir de um determinado nível não compensasse fazer crescer mais a clínica, pois a receita marginal não seria atractiva. O operador teria então estímulo de desdobrar a clínica para outra localidade, aproximando-a de mais doentes. De qualquer modo, outro concorrente podê-lo-ia fazer. De uma maneira ou de outra, mais doentes teriam uma clínica mais próxima de sua casa e o SNS pouparia despesa em transportes.
56. Um efeito positivo que se obteria se o modelo fosse bem desenhado, começando com um valor suficientemente alto, seria o de tornar rendíveis clínicas mais pequenas, de proximidade, diminuindo o número médio de doentes necessários à sua viabilidade e permitindo a sua instalação em territórios de baixa densidade populacional.
57. A implementação do “Preço Compreensivo Convergente”, se bem desenhada, considerando o número exacto de doente de cada clínica, pode ser economicamente neutra ou até positiva para o SNS.
58. Tal como diz o Relatório no seu parágrafo 89, a relação entre a qualidade e a dimensão da clínica é ambígua. Porém, é possível determinar a dimensão ideal ou, pelo menos, desejável das clínicas através de duas fontes: a base de dados da Plataforma GID e os dados do inquérito da SPN às clínicas permitem correlacionar os resultados dos indicadores de desempenho com o tamanho da clínica. Ambas as bases de dados deveriam ser disponibilizadas para esta análise pelas autoridades, dado que o modelo de “Preço Compreensivo Convergente” depende desta informação para se ser justo e ter efeitos positivos para os doentes.
59. Aliás o secretismo dos dados referidos, é inaceitável. E o Portal da Transparência, onde esses dados deveriam estar acessíveis, é de muito difícil consulta. E, na linha do que disse Peter Drucker, *o que não medimos (o que não monitorizamos), não podemos melhorar.*

OUTROS COMENTÁRIOS:

60. No **parágrafo 14** é referido que os tratamentos dialíticos duram 2 a 5 horas. É de referir que a grande maioria dos doentes têm uma prescrição de 3 sessões semanais de 4 horas. Da lista de indicadores de desempenho da DGS constam dois relativos a este tema: “doentes a fazer pelo menos 3 sessões por semana” (meta: maior que 90% dos doentes) e “doentes a fazer pelo menos 12 horas por semana” (meta: maior que 90% dos doentes).
61. No **parágrafo 30**, é referido que antes da lei de 2013, as convenções eram atribuídas por concurso público. Desconhecemos quaisquer clínicas que tenham aberto de novo por concurso público, excepto as existentes dentro de hospitais públicos sem serviço de Nefrologia: no hospital de Fafe e no hospital de Beja há unidades de diálise privadas que foram objecto de concursos públicos. O hospital de Viana do Castelo também funcionou do mesmo modo, tendo a clínica sido realocada recentemente, por iniciativa do titular da convenção. Os concursos são relativos à utilização das instalações e não à convenção propriamente dita. O concurso público não é, pois, o mecanismo habitual de atribuição de convenções, e na nossa opinião, não é a melhor maneira de organizar o sistema, como atrás explicámos.
62. No **parágrafo 36**, o Relatório reconhece que o Estado não está em condições de fixar preços unilateralmente, tendo ficado refém da capacidade negocial da ANADIAL. Faz também referência ao nº 6 do despacho 12-A/2020 que se refere ao princípio da sustentabilidade do SNS, numa altura em que o valor do reembolso português é um dos mais baixos dos países da Europa com quem nos comparamos⁶, em termos de qualidade de nível de standards com enquadramento legal. Para baixar ainda mais o preço, o Ministério teria que assumir uma baixa do nível de qualidade e de exigências técnicas, o que ninguém deseja.
63. No **parágrafo 41**, o Relatório faz uma menção aos medicamentos fornecidos gratuitamente aos doentes. Esses medicamentos eram os constantes do despacho 3/91 e seguintes, e vieram a integrar o Preço Compreensivo.
64. No **parágrafo 45**, em relação ao Manual de Boas Práticas para a Hemodiálise, não é referida a versão original, de 2001, aliás a única que foi publicada em Diário da República, com o Despacho nº 14391/2001 (2ª série), de 10 de Julho, o que gera controvérsia, já que há quem argumente que é a única que tem valor legal.
65. O **parágrafo 80** refere-se à possibilidade de avaliação do desempenho. Na nossa opinião, a avaliação da qualidade pelo doente é limitada a factores de serviço, como as instalações, simpatia da equipa (ou antipatia em relação a um elemento específico), existência de lanche, gestão dos conflitos (ar condicionado, prioridade da escolha do canal da televisão, prioridade a ligar e desligar) e tempo para o transporte de e para casa. O valor intrínseco da maioria dos actos e decisões médicas e de enfermagem, os quais são de carácter técnico-científico, não está ao alcance da sua compreensão. Por isso se torna essencial encontrar um sistema de medição de PROM⁷ e PREM⁸, devidamente validado, de reporte

⁶ Vanholder R, Davenport A, Hannedouche T, and al.; Dialysis Advisory Group of American Society of Nephrology. Reimbursement of dialysis: a comparison of seven countries. J Am Soc Nephrol. 2012 Aug;23(8):1291-8. doi: 10.1681/ASN.2011111094.

⁷ PROM: Patient-Reported Outcome Measures (medidas de resultado reportadas pelos doentes)

⁸ PREM: Patient-Reported Experience Measures (medidas de experiência reportadas pelos doentes)

independente, sem intervenção do pessoal da clínica e auditado por entidades externas independentes.

66. A propósito do **parágrafo 89, alínea a)**, referimos que não há nenhum centro de hemodiálise que tenha um centro de acessos vasculares associado em funcionamento. Embora possa haver instalações no mesmo edifício, nomeadamente em instituições hospitalares com múltiplas valências, o licenciamento e financiamento são completamente independentes. O que há cada vez mais é clínicas que têm programas de vigilância de acessos vasculares e que tomam conta de uma parte desta cadeia de valor, aumentando a qualidade do serviço, o conforto para o doente e diminuindo as despesas em transportes para as consultas de acessos vasculares, mas esse facto é independente da dimensão da clínica.
67. Reportando-nos ao **parágrafo 89, alínea b)**, discordamos da afirmação da APIR, quando afirma que *“considera indiferente a dimensão das clínicas ou o operador que presta cuidados de hemodiálise, desde que sejam cumpridas as normas de qualidade previstas no quadro regulatório”*. Esta posição corrobora o que afirmámos no ponto 63. Entendemos que há muito para fazer pelos doentes para além do estritamente básico que as leis e os regulamentos determinam.
68. Ao contrário do que diz o **parágrafo 106**, não é obrigatório (e muitas vezes não acontece) que a primeira sessão de hemodiálise seja realizada num hospital público. O que é exclusivo dos nefrologistas do sector público é o acesso à Plataforma GID que permite colocar novos doentes em diálise, de acordo com o despacho da Ministra da Saúde nº17/86, de 10 de Julho. O mesmo nefrologista que de manhã colocou um doente em diálise no hospital, não pode, de tarde, prescrever a diálise, a partir do consultório, a um outro doente que igualmente necessite deste tratamento. Nesses casos, o normal, dependendo do grau de urgência, é enviá-lo ao médico de família ou ao serviço de urgência, onde dá entrada no sistema público.
69. Ainda no **parágrafo 106**, há uma imprecisão cuja correcção sugerimos: não é a primeira sessão que *“... envolve a construção do primeiro acesso vascular definitivo funcionante para hemodiálise.”* A construção do primeiro acesso vascular é feita durante o processo de preparação para hemodiálise e ocorre desejavelmente pelo menos três meses antes da primeira sessão de diálise, mas pode ocorrer bastantes meses antes.
70. Relativamente ao **parágrafo 175**, gostaríamos de referir que não é só a convenção que demora demasiado. O licenciamento pela ERS, dependente de uma inspecção, também demora muito e também constitui uma barreira à entrada, dado que é um passo essencial para a atribuição da convenção. A burocracia autárquica é também, frequentemente, uma dificuldade.
71. Em relação ao **parágrafo 211**, em complemento ao referido no ponto 64., devemos referir que apenas as clínicas de grande dimensão, como economia de escala é que libertam margens para serviços complementares de custo significativo. Permitir e promover essa possibilidade, sem o devido reembolso, contribuirá para aumentar ainda mais a desigualdade. A convenção é sobre o tratamento da Doença Renal Crónica, não é sobre qualquer outra doença, nem é sobre transportes. Esta realidade é particularmente marcante no contexto do modelo de *“extensão do SNS”*, já que o *outsourcing* do SNS diz respeito a uma carteira de serviços específicos. Não é legítimo.

Tabela 1 – Comparação de algumas características dos modelos descritos

	Modelo “Extensão do SNS”	Modelo “Mercado Regulado”
Quem é o Cliente	O SNS	O doente (e, indirectamente, a família)
Iniciativa de abertura de novas clínicas	Obedece a planeamento, de forma a reduzir a malha da rede e chegar a mais cidadãos	Livre instalação por iniciativa dos operadores
Direito de escolha pelos doentes	Condicionado ao planeamento	Sim
Papel dos serviços de Nefrologia públicos	Essencial e exclusivo na preparação dos doentes para diálise, realiza consultas de esclarecimento, prescreve o tratamento. Profissionais devem ter regime de controlo de conflito de interesses.	Pode fazer o mesmo sem qualquer exclusividade. Profissionais devem ter regime de controlo de conflito de interesses.
Papel dos Intervinentes administrativos no processo de alocação de doentes às clínicas (hospitais, ACES e ULS).	Isenção e regime de controlo de conflito de interesses.	Isenção e regime de controlo de conflito de interesses.
Papel dos centros de hemodiálise do sector público	Prioritários. Os privados são complementares e supletivos. O licenciamento deve ser obrigatório para todos, para segurança dos doentes	Concorrentes. Devem sujeitar-se aos mesmos processos de licenciamento e contrato com o SNS (via ACSS) que os privados.
Inclusão dos transportes no Preço Compreensivo	Não. O SNS tem outras entidades a quem contratar os transportes. Este não é o <i>core-business</i> das clínicas de diálise.	Eventualmente, salvaguardadas as questões de concorrência e prevenção de <i>dumping</i> .
Origem dos doentes	Exclusivamente a partir de um serviço de Nefrologia do SNS	Qualquer nefrologista pode prescrever diálise, propondo o doente na plataforma GID, sujeito a auditoria pelos ACES e ULS. (implica revogação do despacho 17/86)
Concursos Públicos	Não	Não

Tabela 2 – Enquadramento das recomendações do relatório da AdC em cada um dos modelos descritos

	Modelo “Extensão do SNS”	Modelo “Mercado Regulado”
Pertinência da Recomendação 1 <i>Publicar atempadamente o clausulado-tipo para a área de hemodiálise, de acordo com o previsto nos artigos 4º e 6º do Decreto-Lei nº 139/2013, de 9 de outubro (regime de convenções de 2013).</i>	Sim	Sim
Pertinência da Recomendação 2 a) <i>Introduzir a possibilidade de atribuição de convenção por deferimento tácito, no âmbito dos procedimentos de adesão a clausulado-tipo, uma vez não cumprido o prazo de resposta por parte das ARS ou da ACSS, no artigo 4º do Decreto-Lei nº 139/2013 (regime de convenções de 2013).</i>	O SNS é que diz onde é preciso instalar clínicas, baseado na distância média dos doentes de cada clínica à sua residência e dos custos com transportes.	Sim
Pertinência da Recomendação 2 b) <i>Assegurar a definição de um prazo de resposta a pedidos de convenção, no âmbito dos procedimentos de adesão a um clausulado-tipo, aquando da publicação do novo clausulado-tipo, no artigo 4º do Decreto-Lei nº 139/2013 (regime de convenções de 2013). A decisão de não atribuição de convenção na resposta deverá ser fundamentada de acordo com os requisitos para a celebração de convenções.</i>	Sim	Sim
Pertinência da Recomendação 3 a) <i>Eliminar os obstáculos desnecessários à entrada e expansão no mercado, que decorram de provisões que condicionem a abertura de clínicas à capacidade existente, à concentração do mercado, ou à rentabilização e/ou aproveitamento de meios existentes, nomeadamente:</i> <i>a) No âmbito do parecer prévio não vinculativo da ERS, que consta do artigo 4º do Decreto-Lei nº 139/2013 (regime de convenções de 2013), importa que sejam ponderados os efeitos da expansão da oferta decorrentes da abertura de uma nova clínica e enquadrados os efeitos de aumento de concentração que resultam da abertura de novas clínicas, de forma a não colocar obstáculos desnecessários à entrada e expansão de operadores.</i>	Sim	Sim
Pertinência da Recomendação 3 b) <i>b) Eliminação do nº 5 da Cláusula 5ª do Despacho 7001/2002 (clausulado-tipo) ou, se aplicável, não inclusão de cláusula semelhante em novo clausulado-tipo.</i>	Não	Sim
Pertinência da Recomendação 4 <i>Criação de um portal e/ou formulário únicos que, do ponto de vista dos operadores, reúna num só os procedimentos de licenciamento e os pedidos de convenção, no setor convencionado do SNS, a cargo das ARS, da ACSS e da ERS.</i>	Sim	Sim
Pertinência da Recomendação 5 <i>Assegurar que os requisitos de qualidade que constam do manual de boas práticas que rege a atividade de hemodiálise, em discussão, são tecnologicamente neutros, não privilegiando injustificadamente os produtos de alguns operadores em detrimento de outros.</i>	Sim	Sim
Pertinência da Recomendação 6 a) <i>Permitir um maior grau de escolha dos doentes em relação à clínica onde realizam o tratamento de hemodiálise, de acordo com os critérios de gestão do transporte de doentes renais crónicos no SNS, nomeadamente:</i> <i>a) Introduzir, no artigo 7º do Despacho nº 7702-C/2012 (regulamento de transporte não urgente de doentes) de um dever de comunicação das ARS aos doentes, caso várias clínicas cumpram os critérios de gestão do transporte de doentes.</i>	Não. Deve ser condicionada ao planeamento.	Sim
Pertinência da Recomendação 6 b) <i>Desenvolver uma avaliação custo-benefício sobre a possibilidade de introduzir, no mesmo artigo, a opção de reembolso para os doentes que assegurem o próprio transporte, tendo como limite máximo um valor de referência para cada doente.</i>	Sim, desde que exista uma arbitragem independente.	Sim, desde que exista uma arbitragem independente.
Pertinência da Recomendação 7 <i>Criação de um sistema comparativo de indicadores de qualidade e de resultados dos tratamentos de diálise, que sumarie as conclusões da monitorização efetuada pela CNAD, direcionado tanto para doentes, como para a comunidade médica, académica e decisores públicos.</i>	Sim, mas os centros públicos de diálise, bem como os de diálise peritoneal devem constar desses quadros comparativos. A recolha de dados deve ser externa.	Sim, mas os centros públicos de diálise, bem como os de diálise peritoneal devem constar desses quadros comparativos. A recolha de dados deve ser externa.

72. Reforçamos a nossa sugestão de que as recomendações sejam contextualizadas e dirigidas a cada um dos possíveis modelos de funcionamento do sistema, já que o resultado da sua implementação simultânea e indiscriminada levaria a situações híbridas, permitindo incoerências que interessa evitar. O nosso contributo para essa divisão é apresentado nas tabelas 1 e 2.
73. Em suma, apraz-nos verificar que globalmente as recomendações constantes deste relatório apontam no sentido de facilitar o aumento da oferta de hemodiálise aos doentes. Neste sector nenhum doente faz diálise sem realmente precisar, pelo que não há que recluir o fenómeno da indução da procura, presente noutros sectores. Contudo, na nossa opinião, sem a devida integração num sistema coerente com resolução de bloqueios a outros níveis, pormenorizadamente expostos neste documento, será difícil que as recomendações emanadas possam vir a ter efeitos práticos e, sobretudo, trazer mais transparência e justiça ao sistema. Entendemos que o relatório poderia ter ido mais além nas recomendações, nomeadamente medindo as consequências das mesmas.
74. Finalmente, é nossa opinião de que a aplicação das recomendações constantes do Relatório levaria a uma organização do sistema tendencialmente de acordo com o modelo de “**mercado regulado**”, embora não sejam completas para o organizar de forma coerente. Não sendo o único modelo possível, e como a decisão do modelo a implementar depende do SNS, como único pagador, as recomendações compatíveis com o sistema de “**extensão do SNS**” deveriam também ser acauteladas e elencadas, de modo a garantir a justiça e a concorrência leal, nomeadamente garantindo transparência e ausência de conflitos de interesse no circuito dos doentes, que são exclusivamente originários do SNS, tema que, quanto a nós é central, mas é ignorado pelo Relatório.

Agradecemos, mais uma vez, a oportunidade que nos é dada para participar no processo de melhoria do sistema, e colocamo-nos à disposição de V. Exas. para o que for considerado útil.

Com os melhores cumprimentos,



Serafim Guimarães, MD, PhD

(Director Clínico de Caledial, Centro de Hemodiálise de Gaia, S.A.)

Errata

Caro Dr Rafael Longo,

O reler o meu contributo para a consulta pública, detectei 3 gralhas que podem perturbar a leitura do mesmo:

- No Ponto 27: “auditoria”, em vez de audotoria
- No Ponto 67 há uma referência ao ponto 63, quando deveria ser ao ponto 65.
- Noi Ponto 71 há uma referência ao ponto 64, quando deveria ser ao ponto 66.

A minha pergunta é se vale a pena enviar uma versão corrigida, ou se este email pode servir de errata

Muito Obrigado
Serafim Guimarães

Serafim Guimarães, MD, PhD
Director Clínico/Clinical Director

