

Caro Dr. Rafael Longo
Exma(o)s Senhora(e)s

Foi com o maior prazer que recebi o relatório preliminar da Autoridade da Concorrência sobre o Setor da Hemodiálise.

Reconheço que é (de longe) o documento mais profundo, exaustivo, bem fundamentado e promissor, sobre este tema, a que tive acesso. Nele são diagnosticados, com grande rigor, as principais limitações do setor da hemodiálise, a um mercado minimamente aberto às regras da concorrência, que o devem nortear.

Como já referi anteriormente, as minhas respostas na entrevista inicial e os meus comentários de hoje têm os seguintes potenciais conflitos de interesse (que tento não condicionarem as minhas opiniões):

- Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia
- Membro da CNAD-Comissão Nacional de Acompanhamento de Diálise
- Diretor Clínico dum centro de hemodiálise periférico de hemodiálise, da Nephrocure, há 26 anos

Começarei por fazer comentários mais gerais, mas que me parecem mais relevantes, e terminarei a fazer algumas correções e esclarecimentos de afirmações que me são imputadas ao longo do relatório.

A grande limitação a uma salutar e correta política da concorrência no setor da hemodiálise reside na implantação de novas clínicas de hemodiálise e no alargamento / crescimento das existentes e não na escolha dos doentes pelo centro "A" versus "B" (como comentarei abaixo).

Como é muito bem ilustrado no vosso documento, a abertura de um novo centro de hemodiálise, implica um investimento superior a 2 milhões de euros (mais perto dos 3 milhões, com as novas normas de ventilação e controlo de temperatura).

Na esmagadora maioria dos casos, este investimento aguarda cerca de 3 anos, até ter todas as autorizações para dialisar o primeiro doente. Isto significa que apenas os grandes prestadores de diálise têm a robustez para fazer este investimento e aguardarem pelo respetivo retorno.

Verifica-se ainda que apenas após ter pelo menos 80 doentes em hemodiálise é que este investimento atingirá o "breakeven". Num crescimento normal este número de doentes demora cerca de 10 anos a atingir (obviamente dependendo da variação da densidade populacional de zona para zona).

Facilmente se percebe que os grandes prestadores prefiram adquirir centros existentes e aumentá-los em vez de criarem centros desde o início.

Também se tem verificado, ao longo das últimas 3 décadas, sobretudo no norte do país onde os médicos / nefrologistas sempre se mostraram mais motivados para o empreendedorismo, que havia uma grande apetência e capacidade para a constituição de pequenas unidades de diálise, que obtinham a convenção (frequentemente fruto de diferentes ciclos políticos... e acesso aos decisores...). Estas centros foram posteriormente vendidas a grandes prestadores com nítidas mais valias.

Claro que todos estes movimentos nos têm afastado duma política de concorrência saudável.

A abertura duma nova unidade de diálise foi quase sempre (erradamente) vista, pelas autoridades sanitárias responsáveis pela atribuição da convenção, como um aumento da oferta que conduzia a mais doentes em hemodiálise. É lamentável que esta ideia ainda esteja presente em muitos decisores, a qual em última análise sugere que os nefrologistas colocam em hemodiálise doentes que não necessitam deste tratamento invasivo, que lhes permite sobreviver.

Este raciocínio é tão bizarro, como imaginar que a abertura de um centro oncológico levava à realização de mais tratamentos de quimioterapia e de radioterapia a doentes que não necessitavam deles!

Se queremos realmente implementar uma verdadeira e salutar política da concorrência na área da hemodiálise, temos de ter em conta muitas das vossas propostas com as quais concordo totalmente. Veremos se existe força e capacidade para as implementar.

De qualquer modo, como atualmente todos os projetos podem ser previamente submetidos à ERS o ideal seria submeter previamente os projetos de novas clínicas no "portal comum" defendido no vosso projeto. Uma vez aprovado (ou não recusado, caso os prazos de resposta fossem ultrapassados), a clínica poderia avançar na construção e iniciar o tratamento de doentes. Obviamente que teria de ser (mais frequentemente...) visitada e avaliada por diferentes entidades, como a CNAD, a ERS, etc..

Importa, no entanto, sublinhar que as auditorias internacionais de qualidade a que estão sujeitos os centros de hemodiálise dos grandes prestadores são muitíssimo mais exigentes que as que têm sido definidas pela DGS, pela CNAD e mesmo pela Ordem dos Médicos. Estes prestadores asseguram que a práxis da hemodiálise é exatamente a mesma em qualquer país onde operam, visto que qualquer "incidente" ou "non-compliance" colocaria em risco toda a empresa, incluindo o seu valor em bolsa nos grandes mercados mundiais.

A certificação de qualidade e a robustez dos departamentos de qualidade apenas tem sido possível assegurar por estes grandes prestadores mundiais, o que facilmente se comprehende, atendendo à sua dimensão. Reconheço que a sua entrada, de forma mais abrangente, no mercado nacional, há cerca de 20 anos, induziu um marcadíssimo aumento de qualidade e de segurança proporcionada aos hemodialisados portugueses.

Sendo o investimento num novo centro de hemodiálise tão elevado e demorando tanto tempo a ser recuperado, a tendência da maioria dos prestadores, tem sido aumentar o número de doentes que dialisa em cada centro. Deste modo rentabiliza significativamente o seu investimento.

Era precisamente neste aspeto que, em minha opinião, uma correta política de concorrência poderia exercer-se. Obviamente que teria de facilitar a abertura de novos centros cerca de 1-2 anos antes da dimensão da capacidade instalada (número de doentes dialisados) ser atingida. E a clínica que já opera naquela localização também se poderia candidatar a uma nova clínica. Deste modo, obrigatoriamente, haveria uma dispersão de novos centros de hemodiálise por mais zonas do país e mais perto das populações que serve.

Se esta abordagem não for feita, os grandes prestadores de diálise vão sempre preferir concentrar os doentes nas suas clínicas já existentes, visto que pouparam em Unidades de Tratamento de Águas, em custos com pessoal (sobretudo médico, que não é indexado ao número de doentes), imobiliário, ventilação, etc. etc.

Como quem paga os transportes não são (nem poderiam ser face às assimetrias nacionais), os prestadores de diálise, eles não têm qualquer incentivo em descentralizar e em multiplicar os seus centros de hemodiálise. Consequentemente, a bem duma concorrência mais saudável, o movimento deveria ser o oposto do que se tem verificado nas últimas décadas: não dificultar a abertura de novas clínicas, mas obrigar a que tal fosse feito, quando a dimensão dos centros existentes fosse considerada exagerada (e ultrapassando o previamente convencionado).

No que respeita à outra vertente abordada pelo vosso documento, que é a escolha do doente por determinado centro de hemodiálise sou muito mais crítico em relação às vossas propostas, e ao vosso exemplo de classificação das clínicas para escolha do doente.

Importa salientar que o doente é informado que pode mudar de clínica sempre que o desejar, nas condições previstas na lei. Quando é enviado de um hospital do SNS através da GID, assina um documento, em que é informado desta liberdade. Se houver, por exemplo, qualquer incompatibilização do doente com a sua equipa terapêutica, o doente volta ao hospital público que o referenciou, e será encaminhado para um centro alternativo ou ficará em diálise hospitalar. Sublinho que estas ocorrências são relativamente frequentes.

No que respeita ao transporte particular, pelo próprio doente, que vigorou até 2011 (e se manteve até um pouco mais tarde com pagamento por Km aos beneficiários da ADSE e da ADM), foi abandonado, por motivos clínicos que me parecem muito válidos.

Na verdade, os doentes em hemodiálise, sofrem com alguma frequência, episódios de hipotensão severos após as sessões de hemodiálise (devido ao equilíbrio osmolar entre o espaço intravascular e intersticial), o que obviamente poderá comprometer a sua capacidade de condução. Acresce que este comportamento não é previsível, visto que este risco depende das diferenças de osmolaridade entre o início da hemodiálise e o final do tratamento. Consequentemente considero uma regressão na qualidade de tratamento dos doentes hemodialisados, abdicar do tratamento por elementos especializados, que estejam credenciados para, pelo menos, lhes fornecer o suporte básico de vida (e em muitos casos, até o suporte avançado de vida).

A recomendação 7 (página 54) e a nota de implementação 224 merecem o meu total apoio. O estabelecimento de indicadores de qualidade e de resultados de diálise pela CNAD, merece o meu aplauso e poderá ser um parâmetro relevante na avaliação das clínicas. No entanto, devemos ser realistas... como já referi acima, os critérios de qualidade definidos pelos grandes prestadores internacionais de hemodiálise que operam em Portugal, são muito mais exigentes que os que foram definidos pela DGS (quando da contratualização do preço comprehensivo) e estão muitíssimo longe (para melhor) do que se encontra nas unidades de diálise públicas hospitalares, e mesmo em pequenas unidades privadas que não tenham acesso a departamentos de qualidade tão desenvolvidos e eficientes. Por estes motivos, corremos o risco de os critérios de qualidade de hemodiálise serem facilmente cumpridos e idênticos para todas os grandes prestadores privados... à semelhança do que se encontra com os preços dos combustíveis, sempre iguais para todas as marcas, que encontramos distribuídos pelas autoestradas portuguesas.

A proposta de implementação 225 (pág. 55) afigura-se desajustada em vários dos aspetos consideradas. Na verdade, os centros de hemodiálise não podem ser classificados em função de variáveis que não controlam minimamente, como os tempos de espera nas clínicas ou os tempos de espera por transportes. Estas variáveis não são controladas pelas clínicas e dependem apenas da organização dos transportes, contratualizados exclusivamente pelas ARS / Centros de Saúde / ACES. Sublinho que estes transportes funcionam nos 2 sentidos, levando doentes para iniciar sessões de hemodiálise e transportando, de volta doentes no final das sessões, frequentemente em grupos de 6 (atualmente limitados a 4 doentes durante a pandemia covid-19). Facilmente se percebe a dificuldade de estabelecer parâmetros de qualidade baseados nestes tempos de espera, que dependem de múltiplos fatores, em relação aos quais, maioritariamente, os centros de hemodiálise são alheios.

Na mesma nota de implementação 225 (e na 226), parece-me muito relevante, como critério de qualidade a valorizar, para cada doente individualmente, a possibilidade de manter uma relação de confiança e continuação de cuidados, com o nefrologista que já acompanhava o doente na fase pré dialítica, frequentemente há mais de uma ou duas décadas. Felizmente, o acompanhamento de doentes com insuficiência renal crónica (IRC) é cada vez mais lento e arrastado, o que conduz ao fortalecimento destas relações de confiança, entre nefrologistas e doentes com IRC. Esta continuidade de cuidados é, aliás, uma das

mais virtuosas características dos cuidados nefrológicos em Portugal, como tem sido reconhecido internacionalmente, permitindo manter um contínuo entre a fase pré-dialítica, a fase dialítica e a fase de transplantação renal.

Os questionários aos doentes referidos nas notas de implementação 225 e 226 podem ser ferramentas de grande utilidade, sobretudo se realizados por diferentes entidades, cruzando diferentes aspectos dos tratamentos e da perspetiva dos doentes e das respetivas equipas terapêuticas. No entanto, não devem ser interpretados de forma descontextualizada, e para terem utilidade relevante na melhoria dos tratamentos prestados, deverão ser discutidos de forma aberta e construtiva com todos os intervenientes nos tratamentos de hemodiálise, permitindo a interpretação crítica dos resultados e a definição de medidas a implementar.

Importa reconhecer que a população hemodialisada é maioritariamente envelhecida, institucionalizada (em lares e residências comunitárias) em cerca de 40% dos casos, com elevada percentagem doenças crónicas (40% diabéticos, 70% hipertensos, cerca de 20% dementes em diferentes graus), e com grande vulnerabilidade socioeconómica e familiar. Estes doentes têm um acesso e uma permanência de cerca de 12 a 15 horas por semana nas clínicas de hemodiálise, o que os expõe, de forma continuada e repetida, a um contacto profundo com as equipas terapêuticas. Estas circunstâncias particulares devem levar-nos a ter particular cuidado na interpretação de respostas isoladas e descontextualizadas a inquéritos, quer feitos a doentes, quer às equipas terapêuticas. Por estes motivos, e pela experiência que temos na realização destes inquéritos aos nossos doentes, sublinho que será um parâmetro de qualidade difícil de quantificar com objetividade.

Ainda na nota de implementação 225 é referida como parâmetro de qualidade “o convívio entre os doentes no decurso do tratamento”. Na qualidade de alguém com mais de 30 anos de experiência no tratamento hemodialítico, confesso-vos que não entendo como poderia ser quantificado e implementado este critério. Apenas posso assegurar que como nos restantes palcos da nossa vida social, há hemodialisados que preferem estar as 4 horas do tratamento a ler, outros a trabalhar no seu computador, outros a dormir, outros a falar com os seus colegas (ocasionalmente sendo até inconvenientes para os que querem estar sossegados...). Sublinho que num centro de hemodiálise existe normalmente o espectro da realidade socioeconómica e profissional da zona em que essa unidade de saúde está inserida. Não entendo como o convívio entre doentes possa ser uma qualidade discriminatória da qualidade de um centro de hemodiálise.

Mas, a nota de implementação com a qual mais discordo é a 228 sobretudo no exemplo da ilustração da figura 14 que tem diversos parâmetros apresentados como de qualidade dum centro de hemodiálise, mas que (em meu entender) devem ser entendidos em sentido oposto.

Na verdade, as refeições ligeiras e os refrescos dados durante as sessões de hemodiálise, não podem ser considerados como um aspeto a valorizar positivamente num centro de hemodiálise. Presentemente, face à pandemia do Covid-19 todas estas refeições foram abolidas, mantendo-se os doentes durante toda a sessão de hemodiálise (e a sua permanência no centro) com a máscara protegendo a boca e o nariz. Esta proteção tem feito decrescer significativamente o número de doentes com episódios de gripe sazonal e de pneumonia.

As refeições fornecidas durante as sessões de hemodiálise conduzem, frequentemente, a agravamento da hipotensão durante o tratamento, porque há um desvio sanguíneo para os vasos abdominais (circulação esplâncnica). Acresce que existe um risco de engasgamento (não raro e ocasionalmente mortal), de doentes que se estão a alimentar na posição de deitados os semi-sentados. Caso haja lugar ao fornecimento duma refeição no centro de hemodiálise, tal deve ser feito após o final do tratamento, enquanto o doente está na sala de espera, a aguardar o transporte de retorno.

Também não entendo o critério da “fisioterapia” a qual, não pode ser efetuada durante a sessão de hemodiálise.

Existe, no entanto, um programa de exercício físico durante as sessões de hemodiálise (por exemplo na Nephrocure é o PEF-Programa de Exercício Físico) que é efetuado com pedaleiras, durante a sessão de hemodiálise e que se tem associado a uma redução da taxa de fraturas, de internamentos e de mortalidade. Portugal é o país da Europa com mais doentes neste programa (com mais de 700, na atualidade). Caso fosse este o conceito referido como fisioterapia” na figura 14, poderia efetivamente ser um critério de valorização. No entanto, importa sublinhar que quando um doente escolhe um centro de hemodiálise, não tem ainda a avaliação da possibilidade de vir a integrar um programa deste tipo.

A coluna de “Horas de diálise” também me parece muito difícil de entender, e não pode ser um critério de valorização dum centro de hemodiálise. A não ser que o centro de hemodiálise não tenha disponível o horário

que o doente pretende por razões profissionais ou familiares. Este é, aliás, um motivo frequente, já atualmente, para os doentes escolherem o centro A versus o B, nos grandes centros urbanos.

A esmagadora maioria dos centros de hemodiálise oferecem 3 turnos diáridos (manhã, tarde e noite) 3 vezes por semana (2^a / 4^a / 6^a ou 3^a / 5^a / sábado), pelo que este não pode ser um critério de qualidade.

No entanto, existe um critério que pode ser muito relevante, sobretudo para os doentes mais jovens que mantêm intensa atividade profissional: é a existência de um turno noturno, das 0h às 7h, que lhes permita fazer hemodiálise durante a noite, enquanto dormem. Esta oferta justifica que doentes se desloquem (com transporte assegurado pelas respetivas ARS), para mais longe da sua habitação.

A possibilidade de opção entre diferentes clínicas, permitindo implementar condições de concorrência mais robustas, apenas se pode realizar nos grandes centros urbanos (ex: Lisboa, Porto, etc.), onde o critério de proximidade entre a habitação do doente e o centro de hemodiálise, é frequentemente ultrapassado por outros critérios.

Importa, no entanto, voltar a sublinhar, que esta opção pelo centro “A” versus “B” é sempre tomada pelo doente, e confirmada através dum consentimento informado, de acordo com a legislação em vigor.

Reconheço que, frequentemente, um dos principais fatores de motivação da escolha do doente, é a possibilidade de continuar ligado a um hospital público que já conhece (e que é o centro de referência de determinado centro de hemodiálise) e, sobretudo, à equipa terapêutica que conquistou a sua confiança. Não me parece que sejam más razões, nem que as mesmas devam ser desvalorizadas.

No entanto, parece-me que existem outras informações, que podem ser muito relevantes para a escolha do doente, e que não estão contempladas no exemplo apresentado na figura 14, como por exemplo:

- Se o centro de hemodiálise extra-hospitalar possui um centro próprio de Acessos Vasculares (de radiologia de intervenção + doppler + cirurgia)
- Qual a percentagem de doentes com cateteres como acesso vascular, no centro de hemodiálise
- Percentagem de doentes em lista ativa de transplantação (de entre os doentes com critérios para transplante)
- Se o hospital público central com o qual o centro de hemodiálise se articula oficialmente tem urgência nefrológica, em presença física 24/24horas
- Se o hospital público central com o qual o centro de hemodiálise se articula oficialmente tem unidade de transplantação própria
- Qual a distância do centro de hemodiálise ao hospital público central com o qual o centro de hemodiálise se articula oficialmente (o que é muito diferente e potencialmente mais relevante, que a distância do domicílio do doente, ao centro de hemodiálise)
- Se existem nefrologistas no centro de hemodiálise que exerçam igualmente funções no hospital público central com o qual o centro de hemodiálise se articula oficialmente (o que pode facilitar muitíssimo o acompanhamento dos doentes durante as necessidades de internamento)
- Qual a percentagem de doentes vacinados contra a hepatite B no centro de hemodiálise
- E, embora possa parecer longínquo para a maioria dos nossos doentes, quais os resultados da proteção ambiental da atividade do centro de hemodiálise. Devo dizer que, mensalmente, os grandes prestadores, já avaliam a quantidade de papel reciclado, a quantidade de lixo contaminado produzido, a redução dos consumos de água e de eletricidade obtidos e, nas unidades de diálise mais recentes, a utilização de energia “verde” (com grande sucesso na utilização de painéis fotovoltaicos).

Gostaria ainda de fazer pequenas correções e/ou esclarecimentos ao que me é atribuído no documento:

- Na página 28, ponto 94 a expressão “não podem ter realizado um transplante renal no passado” deve ser alterada para “sendo particularmente difícil de realizar após um transplante renal no passado”
- 3 linhas mais abaixo é referido que “A diálise peritoneal acarreta ainda riscos de hemorragias e de infecção”. Deve ser substituído por: “A diálise peritoneal acarreta riscos de infecção”
- No ponto 98 da mesma página 28 é referido que “a hemodiálise pode ser realizada tanto em hospitais como em clínicas privadas”. Nada é referido (como estranhamente em todo o documento), sobre a hemodiálise domiciliária que é praticada por vários doentes autónomos, em suas casas, de uma forma flexível, mas sempre em articulação com centros periféricos convencionados.
- Na figura 11 da página 38 (pelo menos na minha versão), não há nenhuma linha azul, mas apenas verde (e outra vermelha)

Para terminar, não posso deixar de saudar, de novo, toda a equipa que elaborou este documento e desejar, ardenteamente, que não seja mais um magnífico trabalho, que fica “esquecido no fundo de uma gaveta”...

Infelizmente, continuamos a verificar que apenas para recolocar um centro de hemodiálise, de umas instalações péssimas para os doentes e para os funcionários, e que não cumpre as mínimas exigências técnicas atuais, os prazos de abertura são superiores a 24 meses, após a conclusão desse centro.

Se conseguirem aumentar a celeridade com que os novos centros de hemodiálise conseguem começar a dialisar doentes, mais perto das respetivas comunidades, e cumprindo todas as exigências técnicas e legais, será uma fantástica vitória para todos vós.

Em nome da Sociedade Portuguesa de Nefrologia e a título pessoal manifesto toda a minha disponibilidade para colaborar nestes objetivos, em função do que julguem oportuno.

Com os meus melhores cumprimentos,

Aníbal Ferreira

Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia
Assistente Graduado Sénior ("Chefe de Serviço") do CHULC-Hospital Curry Cabral
Professor Associado de Medicina - Nefrologia da Nova Medical School-Faculdade de Ciências Médicas
Diretor Clínico do Centro de Hemodiálise Nephrocure Vila Franca de Xira