

Assunto: Observações da NEPHROCARE PORTUGAL, S.A. (“NEPHROCARE”) à Versão Preliminar para Consulta Pública lançada pela AdC - Análise às condições de concorrência na prestação de cuidados de hemodiálise em Portugal

Enviado por e-mail: consultapublica@concorrenca.pt

Em resposta à Consulta Pública promovida pela Autoridade da Concorrência (“AdC”) a 28 de Novembro de 2020, tendo por objecto o assunto acima mais bem identificado, a NEPHROCARE PORTUGAL, S.A. (“NEPHROCARE”) tem a honra de submeter as Observações que se seguem.

Saúda-se a iniciativa da AdC em submeter este Projecto de Relatório a Consulta Pública, dado tratar-se de uma matéria importante para as empresas, associações de empresas e outras entidades, públicas e privadas, respeitante à promoção de melhores condições concorrenciais no mercado da hemodiálise.

O presente contributo da NEPHROCARE é público, desde já se manifestando a necessária concordância quanto à sua divulgação.

Lisboa, 14 de Janeiro de 2021

Observações da Nephrocare ao Projeto de Versão Preliminar para Consulta Pública - Análise às condições de concorrência na prestação de cuidados de hemodiálise em Portugal

1. O Projecto de Relatório merece em muitos pontos a concordância da NEPHROCARE, como seja a recomendação de medidas para desburocratizar, simplificar procedimentos e para incentivar o investimento dos operadores¹.
2. Existem também outras medidas que, no entendimento da empresa, são inócuas e que podem ou não constar do Relatório Final da AdC²: o novo manual de boas práticas para a área da hemodiálise vai no sentido de reforçar a qualidade da prestação dos serviços, indo até além do que a própria lei impõe a esse respeito. Naturalmente, expressa-se desde já a plena concordância com a ideia de que o manual de boas práticas, a aprovar por despacho ministerial, obedecerá ao princípio da neutralidade tecnológica proposto pela AdC.
3. Por razões de economia de meios e para que as presentes Observações revistam de maior utilidade, apresentar-se-ão meramente comentários por referência àqueles aspectos do Projecto de Relatório que poderão, porventura, ser alvo de potenciais melhorias.

Potenciais efeitos da evolução do grau de concentração

4. A Lei de Bases da Saúde estabelece, como princípio orientador dos contratos para a prestação de cuidados de saúde, que “[t]endo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade”³.

¹ Exemplificativamente, entre outras medidas, apoiamos a Recomendação n.º 4, dirigida ao Governo, de “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” - *Projecto de Relatório*, pág. 52.

² Recomendação n.º 5: “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” - *Projecto de Relatório*, pág. 52.

³ Base 25, n.º 1, da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro.

5. Ora, se é verdade que “[a] maioria da prestação de cuidados de hemodiálise é realizada no âmbito da rede convencionada do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo as clínicas privadas de hemodiálise compensadas diretamente, pelo SNS, pela prestação de serviços de saúde a doentes”⁴, tal explica-se pelo desinvestimento do SNS na capacidade para a prestação de cuidados de hemodiálise e da correlativa necessidade de intervenção das unidades convencionadas de operadores privados para suprir, com serviços de qualidade, tais comprovadas necessidades. Feito este prévio enquadramento, vejamos então a forma como a AdC analisa as condições concorrenciais no mercado da hemodiálise.
6. A AdC coloca ênfase na auscultação não vinculativa que o Ministério da Saúde faz às entidades representativas do sector⁵, antes da definição – para efeitos do clausulado-tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise – dos preços compreensivos da hemodiálise convencional.
7. Dessa auscultação não vinculativa a AdC especula e, ao que nos parece erradamente, que “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”⁶. Pelo contrário, e como a própria AdC admite, o preço convencionado é unilateralmente fixado pelo Ministério da Saúde⁷. É, aliás, o que resulta da lei⁸. Haja ou não maior concentração no mercado, os operadores privados têm apenas ao seu dispor a faculdade de aderir ao regime de preços convencionados, ou não aderir. E não tem, na verdade, alternativa viável.
8. Entende a empresa que o grau de concentração no mercado não interfere no nível dos preços, em particular inexistindo uma relação entre maior grau de concentração e preços mais altos. Pelo contrário, se existirem mais operadores privados isso não poderia determinar preços mais baixos, visto que, economicamente, a solvabilidade para a prestação dos serviços depende de um certo nível de doentes. Não existe sequer um

⁴ *Projecto de Relatório*, §26.

⁵ Por exemplo, Despacho n.º 12-A/2020, de 2 de janeiro, da Sra. Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, n.º 6.

⁶ *Projecto de Relatório*, §145.

⁷ *Projecto de Relatório*, §§ 26 a 35.

⁸ O regime de convenções para a prestação de cuidados de saúde ao abrigo do SNS encontra-se previsto no Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de Outubro. O Despacho n.º 12-A/2020, de 2 de Janeiro, da Sra. Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, assenta naquele decreto-lei e é bem demonstrativo do papel central do Estado na definição dos preços.

qualquer braço de ferro negocial, na medida em que a primeira e última palavra pertence sempre ao Estado, nos termos da lei.

9. E tanto é assim que se tem verificado uma diminuição do preço compreensivo. Recentemente, através do Despacho n.º 12-A/2020⁹, foi determinado que os preços compreensivos da hemodiálise convencional, realizada quer em centro extra-hospitalar quer no domicílio do doente, são, com efeitos reportados a 1.1.2020, reduzidos em 3%. Aí se revela “o propósito de assegurar a “sustentabilidade financeira do SNS, visando a celebração de acordo a vigorar entre 2021 e 2023”, pelo que “importa proferir despacho destinado a salvaguardar que a contribuição das entidades deste setor se mantém, alargando a vigência da aplicação da redução anteriormente prevista, por mais um ano, seguindo um critério de estabilidade”.
10. Do mesmo modo, constata-se a evolução em baixa dos preços convencionados de hemodiálise, ao longo do tempo, como resulta da própria análise da AdC, mas sem que daí se extraíam as devidas ilações¹⁰.

Tabela 1 – Evolução dos preços convencionados de hemodiálise em Portugal Continental

Data de publicação	Data de entrada em vigor	Data limite	Preço compreensivo (com acessos)	Preço compreensivo (sem acessos)	Preço por sessão
04/04/2002 ⁶²	Sem data	Sem data, revisão anual			104,75€
31/10/2005 ⁶³	01/11/2005	Sem data			114,79€
19/02/2008 ⁶⁴	01/02/2008	Sem data	547,94€		114,79€
27/12/2010 ⁶⁵	01/01/2011	Sem data	537,25€		
03/01/2011 ⁶⁶	01/01/2011	Sem data		515,06€	
23/08/2011 ⁶⁷	01/09/2011	Sem data	470,09€	450,68€	
28/04/2017 ^{68,69}	01/01/2017	31/12/2019	455,99€	437,16€	111,35€
30/12/2019 ^{70,71}	01/01/2020	31/12/2020	455,99€	437,16€	111,35€

11. Por conseguinte, propõe-se que seja alterada, em sede de Relatório Final, a conclusão segundo a qual “[e]ste reforço do poder negocial dos prestadores privados face ao Estado é passível de se traduzir, a prazo, num aumento do nível do preço compreensivo”¹¹.

⁹ *Diário da República* n.º 1/2020, 2.º Suplemento, Série II de 2.1.2020.

¹⁰ *Projecto de Relatório*, “Tabela 1 – Evolução dos preços convencionados de hemodiálise em Portugal Continental”.

¹¹ *Projecto de Relatório*, §§145, 67 e 36.

12. Por via de regra:

- “[o]s índices de concentração podem ser úteis à caracterização da intensidade da concorrência no mercado, na medida em que refletem o seu grau de concentração”¹²;
- “as quotas de mercado e os índices de concentração podem revelar-se particularmente úteis na avaliação do poder de mercado no âmbito de produtos relativamente indiferenciados [ie., em contextos de mercados ditos ‘convencionais’]. Com efeito, é possível estabelecer, nestes casos, uma relação entre o nível de concentração e a intensidade de concorrência”¹³.

13. O que se acaba de enunciar é aplicável à generalidade dos mercados. Todavia, o mercado da prestação de serviços de hemodiálise não é de todo convencional (ie., no sentido de mercado normal, não regulado) e é merecedor de uma abordagem diferenciada.

14. Pelo contrário, nos mercados objecto de análise no Projecto de Relatório, o suposto grau de concentração e os índices de IHH não são tão pertinentes, dado “que o IHH, assim como os restantes indicadores estruturais, se afiguram menos informativos em determinados contextos de mercado, nomeadamente quando o grau de diferenciação é elevado ou quando existem especificidades que limitam as inferências que se podem retirar das quotas”¹⁴.

15. Aliás, o suposto aumento do grau de concentração no sector da hemodiálise, ao longo do tempo¹⁵ e a “tendência progressiva para a concentração de unidades de hemodiálise num número reduzido de operadores”¹⁶ não se tem traduzido nem em preços superiores (mas sim no seu contrário, como se viu acima)¹⁷,

¹² Linhas de Orientação para a Análise Económica de Operações de Concentração, § 2.2.26. Veja-se ainda Comissão Europeia, nas “Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do Regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas” (Jornal Oficial C-31/15, de 5.2.2004, p. 5-18) e pelo *U.S. Department of Justice e a Federal Trade Commission*, nas *Horizontal Merger Guidelines* de 2010.

¹³ *Idem*, 2.3.12.

¹⁴ *Idem*, 2.2.37.

¹⁵ Projecto de Relatório, §105 e segs.

¹⁶ *Projecto de Relatório*, §121 e segs.

¹⁷ *Projecto de Relatório*, “Tabela 1 – Evolução dos preços convencionados de hemodiálise em Portugal Continental”.

16. nem numa diminuição da qualidade dos serviços prestados¹⁸. Aliás, a análise que a AdC faz da qualidade e os contributos dos vários *stakeholders* é amplamente positiva a esse respeito¹⁹:

“85. No que diz respeito à qualidade do tratamento de hemodiálise, vários *stakeholders* referiram que a qualidade do tratamento de hemodiálise em Portugal é elevada face a outros países. (...)

86. Vários *stakeholders* apontaram os requisitos de controlo de qualidade no setor para explicar a qualidade do tratamento de hemodiálise em Portugal. (...)

87. Alguns *stakeholders* destacaram o papel positivo do preço compreensivo na qualidade do tratamento de hemodiálise e na qualidade de vida dos doentes. (...)

88. Com efeito, o preço compreensivo aumenta as responsabilidades dos operadores em termos da qualidade do tratamento, medicamentos, exames e acessos (v. secção 2.4), o que, segundo alguns *stakeholders*, terá conferido incentivos às clínicas para manter os doentes saudáveis. (...)”

17. Em face das especificidades do sector da hemodiálise, da evolução efectivamente verificada ao nível dos preços convencionados, da elevada qualidade dos serviços, em paralelo com a forte intervenção do Estado quer na definição unilateral dos preços compreensivos da hemodiálise convencional (na dupla vertente da sua realização em centro extra-hospitalar ou no próprio domicílio do doente) quer no estabelecimento do clausulado-tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise, quer, finalmente, mas não menos importante, na alocação dos doentes, as seguintes conclusões do Projeto de Relatório deveriam ser modificadas por não terem qualquer amparo na realidade²⁰:
“133. Estas características [elevado nível de concentração e uma elevada estabilidade da representatividade de cada operador] são, usualmente, associadas a mercados com uma dinâmica concorrencial limitada.

134. O aumento de concentração é passível de conferir, aos operadores de hemodiálise, maior poder de mercado nos mercados geográficos em que operam” (nosso sublinhado).

18. Conclusão esta última que não é adequada no caso dos mercados da prestação de serviços da hemodiálise.

19. Como a AdC admite, “[a] concorrência entre clínicas de hemodiálise realiza-se, assim, por via de fatores não preço, nomeadamente a

¹⁸ No modelo de preço compreensivo, o sector convencionado apenas recebe os pagamentos por parte do SNS em função do escrupuloso cumprimento de níveis de resultados e do inerente controlo de qualidade, sob pena de suspensão de tais pagamentos. Cfr. Cláusula 11.º do Despacho n.º 4325/2008, de 19 de Fevereiro.

¹⁹ *Projecto de Relatório*, §§ 84 a 90.

²⁰ *Projecto de Relatório*, §§ 133 e 134.

localização das clínicas e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes renais, tomando o preço como um dado adquirido no mercado”²¹. Ou seja, no mercado da hemodiálise não é tão relevante apurar os níveis de concentração ou os preços (os quais são “um dado adquirido”²², nas palavras acertadas da AdC), mas antes os outros factores “não preço”, como seja a qualidade e a conveniência do utente em termos de localização das clínicas. Visto que é o doente que escolhe a clínica, com algumas limitações regulamentares.

20. Em face da própria análise da AdC torna-se claro que a situação em Portugal é bem distinta da dos EUA, em que “alguns estudos empíricos sugerem que este aumento da concentração tem resultado em impactos negativos em determinados aspetos relacionados com a qualidade prestada nas clínicas de hemodiálise nos EUA (e.g., qualificação de técnicos)”²³. Tais efeitos nefastos nos EUA não são susceptíveis de ocorrer em Portugal, porquanto, entre outros aspectos²⁴:

“137 (...). A nível nacional, o Manual de Boas Práticas de Diálise estipula um rácio máximo de 5 doentes por enfermeiro, bem como a presença de um médico durante o tempo de realização do tratamento dialítico. Adicionalmente, embora as clínicas privadas possam efetuar pedidos de colocação de doentes em lista de espera para transplante renal, a sua gestão compete ao setor público.

138. Por outro lado, em Portugal, em resultado da adoção do preço compreensivo, não existe uma estrutura de incentivos equiparável à dos EUA (v. secção 2.3).

139. No que diz respeito à qualidade da prestação do tratamento médico, da interação com *stakeholders* não resultaram preocupações a esse respeito”.

21. Com base no que precede, não se percebe como é que se pode concluir que, “[a]inda assim, o elevado grau de concentração pode limitar os incentivos a concorrer pela qualidade e pela proximidade”²⁵ ou ainda que “a exiguidade de opções para os consumidores, num determinado mercado geográfico, reduz os incentivos dos operadores neles instalados à abertura de novas clínicas”²⁶.

²¹ Projecto de Relatório, § 66.

²² *Idem, ibidem*.

²³ Projecto de Relatório, §136. E a AdC concede que “[n]a discussão da literatura interessa ter em consideração que as especificidades do setor da hemodiálise noutros países são distintas das do setor em Portugal, o que limita a informação passível de ser retirada desta literatura para a realidade portuguesa” (*idem, ibidem*).

²⁴ Projecto de Relatório, §§137 a 139.

²⁵ Projecto de Relatório, §140.

²⁶ Projecto de Relatório, §141.

22. E como é que se pode afirmar que “não se pode excluir que a ausência de incentivos a concorrer pela localização das clínicas possa também levar ao encerramento de clínicas de um mesmo grupo de forma a usufruir de maior rendibilidade via economias de escala”²⁷, quando a evidência empírica do próprio Projecto de Relatório aponta no sentido contrário, pois “desde 1980, apenas se (...) identific[ou] quatro unidades de hemodiálise privadas que t[ivessem] sido encerradas” (...)”²⁸?
23. Tudo pontos que poderão ser corrigidos em sede de Relatório Final.
24. Não pode por isso considerar-se justo o anátema lançado pela AdC a todo um sector sobre a eventual coordenação em termos de repartição geográfica de mercados (visto que a coordenação de preços e a concorrência pelos doentes é impossível por força do quadro legal e regulatório).
25. A NEPHROCARE pauta a sua conduta pelos mais altos padrões de *compliance*, recusando a afirmação infundada de que “o elevado grau de concentração e a estabilidade de quotas ao longo do tempo são características que tornam os mercados mais suscetíveis a comportamentos coordenados”²⁹.
26. Reitera-se que as conclusões de todo o capítulo “3.5. *Potenciais efeitos da evolução do grau de concentração*”³⁰ – em termos de dinâmica concorrencial limitada (que se traduza, designadamente, em preços mais elevados e/ou em serviços prestados com pior qualidade ou inovação) – apenas serão válidas relativamente a mercados “convencionais”, sem uma captura regulatória como têm estes mercados da hemodiálise. O que justifica que o Relatório Final o possa reconhecer.

Recomendação n.º 3: 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.

27. Uma das recomendações da AdC é a de que “[n]o âmbito do parecer prévio não vinculativo da ERS, que consta do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 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

²⁷ Projecto de Relatório, §142.

²⁸ *Idem, ibidem.*

²⁹ *Projecto de Relatório*, §144.

³⁰ *Projecto de Relatório*, §133 a 145.

que resultam da abertura de novas clínicas, de forma a não colocar obstáculos desnecessários à entrada e expansão de operadores”³¹.

28. Em teoria, num mercado maduro e tecnologicamente estabilizado, não é muito compreensível a distinção que a AdC faz entre “(i) aumentos de concentração que decorram de abertura de novas clínicas e (ii) aumentos de concentração que resultem da aquisição de clínicas existentes”³². Na verdade, no primeiro caso não há uma concentração jusconcorrencialmente relevante, ao contrário, porventura, da segunda situação. No sentido de que, quando uma empresa abre uma nova clínica, não está em princípio a realizar uma concentração, mas a expandir a sua própria oferta.
29. Seja como for, é verdade que, dado o princípio de escolha dos doentes, é relevante a nota da AdC segundo a qual, em futuros pareceres que a ERS venha a emitir relativamente aos pedidos de convenção realizados pelos operadores no sector de hemodiálise, ao abrigo do referido artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, se deveria promover o primeiro tipo de situação. Não se vê, contudo, como poderá afirmar-se um obstáculo à aquisição de clínicas existentes (ou até a falta de bondade desta situação), quando não estejam preenchidos os critérios que permitam afirmar a existência de uma concentração notificável à AdC ou, mesmo neste caso, de redução significativa da concorrência. No “[n]o primeiro cenário [(i)], o aumento de concentração pode acarretar benefícios para os doentes”. A razão para que tal suceda é de meridiana clareza: “[a]inda que num determinado mercado geográfico a abertura de uma clínica por um operador já instalado no mercado possa resultar num aumento de concentração haverá também uma expansão da oferta no mercado”³³. E a conclusão é a de que “[n]este caso, a entrada da clínica no mercado [leia-se a abertura de uma nova clínica] não deverá ser vedada”³⁴.
30. Já “[n]o segundo cenário, por outro lado, a questão quanto aos possíveis efeitos negativos do aumento de concentração poderá ser pertinente. Neste cenário importa ainda recordar que, no âmbito, dos seus poderes de supervisão a AdC avalia operações de concentração de empresas, sujeitas a notificação prévia, nos termos da Lei da Concorrência”³⁵. Neste segundo cenário, a ERS será sempre chamada a pronunciar-se³⁶, devendo

³¹ *Projecto de Relatório*, Recomendação n.º 3 ao Governo, págs. 49 e segs.

³² *Projecto de Relatório*, § 193.

³³ *Projecto de Relatório*, §191. A AdC exemplifica tal situação no §192.

³⁴ *Projecto de Relatório*, §192.

³⁵ *Projecto de Relatório*, §193.

³⁶ Naturalmente que não se pode perder de vista a necessidade da emissão de um parecer pela ERS sobre uma tal operação notificada, enquanto autoridade reguladora competente com

distinguir-se duas sub-hipóteses. Em primeiro lugar, perante a existência de uma operação de concentração notificável no sector da hemodiálise, de acordo com o Regime Jurídico da Concorrência (Lei n.º 19/2012), é a AdC que tem a palavra sobre se a mesma pode ser ou não autorizada, consoante seja ou não “susceptível[1] de criar entraves significativos à concorrência efetiva no mercado nacional ou numa parte substancial deste”³⁷.

31. Na segunda sub-hipótese, não existindo uma operação de concentração ou uma operação de concentração notificável à AdC³⁸, a avaliação concorrencial do parecer não vinculativo da ERS não deve distanciar-se daquela que seria realizada pela AdC³⁹. Entende a empresa que, em tais hipóteses⁴⁰, os eventuais pareceres não vinculativos da ERS deverão ser positivos, por não existir um aumento do grau de concentração do poder de mercado ou uma diminuição da contestabilidade dos mercados geográficos, medidos ao nível de NUTS III.

Em particular⁴¹, note-se que os critérios ao nível do volume de negócios e de quota de mercado foram considerados pelo legislador como os relevantes em termos de tornar exigível uma tal notificação (o chamado *triggering effect*), tendo por objectivo submeter à apreciação da AdC apenas as operações de concentração entre empresas cujo poder económico seja de alguma forma apreciável, evitando a análise de transacções economicamente pouco relevantes ou cujos efeitos negativos na concorrência efectiva no mercado sejam residuais.

actividade no mercado da hemodiálise que é objecto de regulação sectorial. Ou seja, a ERS emite aqui um segundo parecer, enquadrado pelo artigo 55.º, n.º 1 do RJC, que não prejudica as suas competências sectoriais.

³⁷ Artigo 41.º, n.ºs 3 e 4 do RJC.

³⁸ Por exemplo, não existe sequer uma concentração de empresas para efeitos do RJC por não se verificar “uma mudança duradoura de controlo sobre a totalidade ou parte de uma ou mais empresas” (artigo 36.º, n.º 1, do RJC). Ou ainda, mesmo que exista uma operação de concentração de empresas, a mesma não está sujeita a notificação prévia por não preencher as condições relacionadas com os critérios do volume de negócios e/ou da quota de mercado (artigo 37.º do RJC).

³⁹ Será o caso da emissão do parecer não vinculativo da ERS em matéria de contratação de convenções que avalie uma dada transacção (designadamente, uma cessão da exploração da unidade de diálise, um trespasse, uma transferência da titularidade, uma cessão de quotas, ou uma cessão da posição contratual) sob o ponto de vista da concorrência, em que o resultado de tal avaliação é ulteriormente considerado, para efeitos de aceitação ou rejeição do pedido, formulado pelos operadores privados, por parte da Administração Regional de Saúde competente, nos termos da Cláusula 14.ª, n.º 2, do Clausulado tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise, constante do Despacho n.º 7001/2002.

⁴⁰ Artigo 36.º, n.º 1, do RJC.

⁴¹ Artigo 37.º do RJC, *a contrario*.

32. Em suma, no contexto do parecer prévio não vinculativo da ERS⁴², a ERS não deverá afastar-se dos critérios jusconcorrenciais e não deverá limitar de forma adicional a entrada e expansão de operadores⁴³, estando as preocupações jus-concorrenciais acauteladas pela AdC no caso de operações de concentração notificáveis ao abrigo do RJC, sem prejuízo do parecer emitido pela ERS nesse âmbito⁴⁴.
33. Assim, saúda-se a preocupação genérica da AdC em que não sejam “colocados obstáculos desnecessários à entrada e expansão de operadores” por parte das autoridades públicas quando decidam entre aceitar ou rejeitar um determinado aderente, com base, “entre outros factores, na avaliação da correcta rentabilização dos meios existentes e da boa articulação entre instituições de saúde públicas e privadas”⁴⁵.
34. E concorda-se com a solução proposta pela AdC, de “não inclusão de uma provisão semelhante ao n.º 5 da Cláusula 5.ª do Despacho 7001/2002 (clausulado-tipo)”⁴⁶.

Alocação dos doentes às clínicas *versus* escolha dos doentes

35. A AdC conclui que “será mais correto afirmar que existe uma alocação dos doentes às clínicas, ao invés de uma escolha dos doentes”⁴⁷, o que pretensamente “limita, por sua vez, a concorrência pela qualidade entre as clínicas. Veja-se que uma qualidade de serviço prestado superior não irá gerar, à partida, uma mudança de clínica por parte dos doentes”⁴⁸. Segundo a AdC, “[a]penas existirá concorrência entre clínicas pela qualidade na medida em que os doentes renais possam escolher as clínicas onde fazem o tratamento de hemodiálise”⁴⁹.
36. Em face deste argumentário, propõe a AdC ao Governo (Recomendação n.º 6): “[p]ermitir 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: a) Introduzir, no artigo 7.º do Despacho n.º 7702-C/2012 (regulamento de transporte não urgente de doentes) de um dever de

⁴² Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013.

⁴³ Projecto de Relatório, Recomendação n.º 3 ao Governo, págs. 49 e segs.

⁴⁴ Artigo 55.º, n.º 1 do RJC.

⁴⁵ Cláusula 5.ª, n.º 5, do Despacho n.º 7001/2002 (clausulado-tipo).

⁴⁶ *Projecto de Relatório*, §200.

⁴⁷ *Projecto de Relatório*, § 79.

⁴⁸ *Projecto de Relatório*, § 80.

⁴⁹ *Projecto de Relatório*, § 73.

comunicação das ARS aos doentes, caso várias clínicas cumpram os critérios de gestão do transporte de doentes. *b)* 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”⁵⁰.

37. Analisemos, brevemente, estas sub-recomendações da AdC.
38. A recomendação da alínea *a)* revela-se teoricamente adequada: um utente mais bem informado poderá escolher de forma mais correcta.
39. Contudo, a escolha de uma clínica encontra-se dependente das condições de transporte e da capacidade disponível das clínicas. Para além da proximidade da clínica, a relação médico-doente será importante na escolha de uma clínica que preste serviços de hemodiálise de qualidade e adequados ao paciente em questão.
40. Em segundo lugar, o actual sistema é apropriado ao equilibrar os diversos interesses em presença, assegurando simultaneamente (i) serviços de hemodiálise de qualidade, (ii) em clínicas próximas do utente, (iii) através de um transporte que não implique custos acrescidos para o SNS. A escolha da clínica pelo doente poderá, assim, ocorrer em 3 situações típicas:
 - a) O doente trata do seu próprio transporte, pagando a respectiva despesa; ou
 - b) A clínica de hemodiálise assegura o transporte do doente, suportando a respectiva despesa; ou
 - c) Existe mais que uma clínica de hemodiálise que satisfaça os critérios de gestão do transporte não urgente de doentes no âmbito do SNS.
41. As duas primeiras soluções não são realistas, para a generalidade da população portuguesa. Assim, mantendo-se o actual funcionamento do sistema, que se afigura equilibrado, a recomendação de “introduzir, no artigo 7.º do Despacho n.º 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” deve poder ser aplicada em termos circunscritos à terceira circunstância que acima se explanou sobre a possibilidade de escolha da clínica pelo doente (alínea *c)* *supra*). Por outras palavras, o dever das ARS de prestação de informação aos doentes deve reportar-se apenas quando

exista mais que uma clínica de hemodiálise que satisfaça os critérios de gestão do transporte não urgente de doentes no âmbito do SNS.

42. Relativamente à segunda parte da recomendação (ie., realizar uma avaliação custo-benefício sobre a possibilidade de introduzir “a opção de reembolso para os doentes que assegurem o próprio transporte, tendo como limite máximo um valor de referência para cada doente”⁵¹), o Projecto de Relatório não é claro sobre os termos em que um tal reembolso será suportado pelo SNS.
43. Uma vez que o actual regime possibilita que a clínica de hemodiálise assegure o transporte do doente e suporte a respectiva despesa (embora para além das obrigações legais), mas isso introduzirá uma maior capacidade de influência dos operadores já instalados no mercado, dificultando a entrada de novos operadores, parece-nos que a melhor solução para implementar a Recomendação da AdC será o próprio SNS custear tal deslocação. Dado que “a maioria dos doentes tenderá a optar pelo transporte gratuito do SNS”⁵², “o valor de referência deverá ser definido de tal [modo] que o custo de reembolso do transporte não excederá àquele que o SNS suportaria se o doente fosse transportado no âmbito dos serviços de transporte não urgente de doentes providenciado pelo Estado”⁵³. Ou seja, as poupanças resultantes da não realização de serviços de transporte pelo próprio Estado seriam canalizadas para os reembolsos daqueles utentes que optassem por assegurar o seu próprio transporte para a clínica de hemodiálise⁵⁴.
44. Se for esta a leitura correcta da mencionada Recomendação da AdC, a sua implementação merece o nosso parecer favorável.

⁵¹ *Projecto de Relatório*, pp. 53-54.

⁵² *Projecto de Relatório*, § 79.

⁵³ *Projecto de Relatório*, § 219.

⁵⁴ Segundo a AdC, “[d]e forma a minimizar o risco de custos acrescidos para o SNS, o valor máximo do reembolso do transporte dos doentes poderá ser limitado, por cada doente, a um determinado valor de referência” (*Projecto de Relatório*, §219), ou então “[o] valor de referência poderá também ser definido por despacho ministerial ou por cada ARS, conforme o balanço que se considere apropriado entre a necessidade de reembolsos específicos a cada local e os custos administrativos adicionais que a medida exija às ARS” (*Projecto de Relatório*, §220). Também estas formas de cálculo do valor do reembolso do transporte propostas pela AdC parecem apontar para que seja o SNS a suportar o mesmo.