



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

ACESSO, CONCORRÊNCIA E QUALIDADE NO SETOR CONVENCIONADO COM O SNS

ANÁLISES CLÍNICAS, DIÁLISE, MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO E
RADIOLOGIA

MAIO DE 2013

Índice

Sumário executivo	1
1. Introdução.....	6
2. Enquadramento e evolução da prestação de cuidados de saúde convencionados	12
2.1. As convenções do SNS	12
2.1.1 Quadro jurídico e contratual	12
2.1.2 Anteriores análises e estudos elaborados pela ERS	16
2.1.3 Evolução legislativa no setor convencionado (2006-2013).....	22
2.2. Do licenciamento dos estabelecimentos convencionados com o SNS	29
3. A oferta convencionada com o SNS	34
3.1 Análises Clínicas.....	35
3.2 Diálise	42
3.3 Medicina Física e de Reabilitação.....	47
3.4 Radiologia.....	54
3.5 Conclusão.....	59
4. Acesso dos utentes a cuidados de saúde convencionados com o SNS.....	61
4.1. Metodologia	61
4.2. Análises Clínicas.....	62
4.3. Diálise	65
4.4. Medicina Física e de Reabilitação.....	69
4.5. Radiologia.....	74
4.6. Conclusão.....	79
5. Encargos com as convenções do SNS	81
5.1 Metodologia	81
5.2 Análises Clínicas.....	85
5.3 Diálise	92
5.4 Medicina Física e de Reabilitação.....	97
5.5 Radiologia.....	104
5.6 Conclusão.....	111
6. Concorrência entre os prestadores convencionados.....	113
6.1. Análise da concorrência numa ótica de concentração de mercado	114
6.1.1 Metodologia	114
6.1.2 Análises Clínicas.....	115
6.1.3 Diálise	117
6.1.4 Medicina Física e de Reabilitação.....	119
6.1.5 Radiologia.....	121

6.1.6. Conclusão	123
6.2. Análise de concorrência numa ótica de preços	124
6.2.1 Metodologia	124
6.2.2 Análises Clínicas.....	126
6.2.3 Diálise	127
6.2.4 Medicina Física e de Reabilitação.....	129
6.2.5 Radiologia.....	130
6.2.6. Conclusão.....	131
7. Qualidade dos cuidados de saúde convencionados.....	133
7.1. Do licenciamento dos estabelecimentos convencionados com o SNS	133
7.1.1 Metodologia	134
7.1.2 Principais resultados	134
7.2. Avaliação da qualidade dos estabelecimentos convencionados com o SNS.....	137
7.2.1 Metodologia	138
7.2.2. Resultados da avaliação da qualidade	142
7.2.2.1. Análises Clínicas.....	142
7.2.2.2. Diálise	152
7.2.2.3. Medicina Física e de Reabilitação.....	165
7.2.2.4. Radiologia.....	177
7.3. Conclusão.....	189
8. Conclusões.....	195
9. Recomendações.....	210

Índice de Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AdC – Autoridade da Concorrência

ARS – Administração Regional de Saúde

BCE – Banco Central Europeu

CE – Comissão Europeia

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGS – Direção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

IHH – Índice de Herfindahl-Hirschmann

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

LBS – Lei de Bases da Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

NUTS – Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PIB – Produto Interno Bruto

SIGIC – Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

Sumário executivo

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), ao abrigo das suas atribuições e competências, designadamente para *pronunciar-se e emitir recomendações sobre os acordos subjacentes ao regime das convenções* (cfr. alínea b) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio), deliberou proceder à avaliação atualizada do setor convencionado do SNS nas áreas mais representativas em termos de encargos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – Análises Clínicas, Diálise, Medicina Física e de Reabilitação (MFR) e Radiologia –, com especial enfoque nas perspetivas do acesso, da concorrência e da qualidade.

O estudo inicia-se com uma breve resenha do enquadramento e evolução da prestação de cuidados de saúde convencionados com o SNS (no capítulo 2), incluindo a análise do quadro jurídico e contratual aplicável às convenções do SNS, a apresentação da evolução legislativa ocorrida no setor convencionado, desde a elaboração e publicação do estudo da ERS de 2006 até ao momento atual, e a descrição do percurso do licenciamento e demais normativos relativos à qualidade dos cuidados de saúde.

No capítulo 3 é apresentada a oferta de cuidados de saúde convencionados com o SNS nas áreas *supra* referidas, descrevendo-se, ainda, a oferta potencial que, caso se venha a efetivar uma abertura das convenções, poderia aumentar o número de pontos de oferta em cada uma dessas áreas. Identifica-se neste capítulo a distribuição geográfica dos estabelecimentos convencionados pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), constatando-se que as ARS com maior oferta de estabelecimentos convencionados são a ARS Lisboa e Vale do Tejo, em Análises Clínicas e Radiologia, e a ARS Norte, em Diálise e MFR, ao passo que as ARS que apresentam uma menor oferta de estabelecimentos convencionados são a ARS Alentejo (em especial, no caso de MFR) e a ARS Algarve (nas quatro áreas convencionadas).

No capítulo 4 é efetuada uma abordagem do acesso aos cuidados de saúde, avaliando-se a proximidade dos utentes aos estabelecimentos convencionados. Para se aferir da proximidade aos estabelecimentos, foi efetuada uma análise da cobertura populacional dos mesmos, a nível nacional e por cada uma das ARS, tendo em consideração intervalos de tempo de viagem em estrada. Sendo assim, é possível identificar populações com um baixo nível de acesso aos cuidados de saúde

convencionados em termos de proximidade, ou seja, populações que estarão a enfrentar barreiras de proximidade à obtenção dos respetivos cuidados de saúde.

Da análise efetuada, resultou que as regiões de saúde que evidenciaram a existência de maiores dificuldades de acesso pelos utentes a estabelecimentos convencionados encontram-se especialmente na ARS Alentejo, nos casos de Diálise, MFR e Radiologia, e na ARS Algarve, no caso de Radiologia, onde, atentos os pressupostos de análise, cerca de 40% ou mais das populações residem a mais de 30 minutos de um estabelecimento convencionado. Relativamente à avaliação da oferta potencial em cada uma das ARS, constata-se que, com exceção de Análises Clínicas e de Diálise, o surgimento de novos estabelecimentos prestadores convencionados iria resultar num cenário de clara melhoria da acessibilidade a esses cuidados de saúde nas ARS em que existem maiores obstáculos, em termos de proximidade.

O relatório prossegue no capítulo 5 com uma análise dos encargos do SNS nas quatro áreas convencionadas e a sua evolução, entre 2006 e 2012, numa ótica nacional e regional.

Em termos financeiros, e de acordo com a informação fornecida pelas cinco ARS, relativamente ao valor faturado ao SNS pelas entidades convencionadas nas áreas objeto de estudo, este valor foi de 466.280.800 € em 2006 e de 505.985.556 € em 2012, pelo que houve um aumento de 9% nesse período.

No entanto, apesar do referido aumento no período em análise, a despesa do SNS nessas quatro áreas convencionadas diminuiu 9% entre 2010 e 2011, e 14% entre 2011 e 2012. Refira-se que todas as ARS exibiram uma diminuição da despesa entre 2011 e 2012, destacando-se que as maiores diminuições de despesa em Análises Clínicas e em MFR verificaram-se na ARS Alentejo, sendo que a ARS Centro e a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresentaram as maiores reduções de despesa em Diálise e Radiologia, respetivamente.

Da análise dos encargos ressalta a existência de variações significativas de despesa entre os anos analisados e até entre ARS. Importa fazer notar que a análise dos resultados deverá ter em consideração, para além dos constrangimentos na obtenção dos dados junto das ARS, as alterações exógenas de que as ARS e os prestadores de cuidados de saúde foram sujeitos, durante o período de análise (2006-2012), como sejam alterações das áreas de abrangências das ARS, alteração da procura através do aumento ou diminuição do número de utentes, alterações das tabelas dos preços convencionados e a internalização dos MCDT por parte das ULS e mesmo por

qualquer unidade hospitalar, ao abrigo do disposto no Despacho n.º 10430/2011, de 18 de agosto.

No capítulo 6 é feita uma avaliação das áreas convencionadas, em termos concorrenciais, por meio do cálculo do índice de concentração – Índice de *Herfindahl-Hirschman* (IHH) – bem como uma comparação dos preços de mercado praticados por diferentes entidades financiadoras.

No que se refere à análise dos graus de concentração, identificaram-se mercados geográficos com concentração baixa nas áreas de Análises Clínicas (três), de MFR (seis) e de Radiologia (dois), especialmente no Grande Porto e na Grande Lisboa. Por sua vez, um exercício em que se introduziu na análise a oferta potencial, tendo em conta as áreas de MFR e Radiologia, permitiu a identificação de índices de concentração ainda mais baixos, evidenciando a possibilidade de se promover uma maior concorrência entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em tais áreas convencionadas. Estes resultados são suficientes para se poder concluir que haverá vantagem em estudar um modelo distinto de acesso às convenções por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, designadamente adotando um procedimento de aquisição em que alguns elementos sejam submetidos à concorrência, designadamente o preço. Outras formas de contratação, que explorem a maior concorrência existente em alguns mercados, poderão ser mais eficientes, se, concretizando uma diferenciação de preços entre as regiões de Portugal Continental, promoverem a concorrência por preço e, assim, permitirem a definição de preços convencionados mais baixos (obviamente sem descuidar o acesso e a liberdade de escolha dos utentes, bem como a qualidade exigida na prestação de cuidados de saúde).

No que concerne à análise dos preços, foram tidos em consideração os 15 atos/exames mais realizados a nível nacional, em cada uma das áreas analisadas, e agruparam-se as entidades financiadoras em setor convencionado do SNS/subsistemas, seguros de saúde e particulares (no caso de MFR, o setor convencionado do SNS foi separado dos subsistemas, uma vez que ainda não foi operada a harmonização/uniformização das respetivas tabelas de preços).

Em Análises Clínicas verifica-se que existe, aparentemente, margem para diminuir os preços do setor convencionado pelo SNS/subsistemas, nos casos dos atos cujo preço praticado é mais elevado do que aquele vigente para os seguros de saúde. Relativamente à Diálise, os preços convencionados com o SNS revelam-se os mais

baixos, relativamente à tabela dos particulares. Portanto, atento o método de análise adotado, não se pode concluir que haverá margem para redução dos preços convencionados, pelo que só se poderá obter uma conclusão a este respeito com base numa análise da estrutura de custos de cada um dos prestadores em causa. Em MFR e em Radiologia, constata-se que os preços praticados pelo setor convencionado do SNS são os mais baixos, quando comparados com os preços médios praticados pelos seguros de saúde. As variações são ainda mais elevadas quando se compara os preços do setor convencionado do SNS e entre estes e os particulares. No entanto, verifica-se, ainda, que alguns preços praticados no setor convencionado do SNS em MFR são mais elevados que os preços praticados nos subsistemas de saúde públicos, pelo que existirá, nestes casos, margem para diminuir os preços.

Na sequência do que se disse, a análise concorrencial revelou ainda que, em mercados geográficos em que o grau de concentração é mais baixo, poderá ser estudada a introdução de procedimentos de aquisição em que, pelo menos, parte do contrato – designadamente o preço – seja submetido à concorrência.

O capítulo 7 faz uma abordagem à qualidade da prestação de cuidados de saúde nas áreas convencionadas, com especial enfoque sobre o cumprimento de requisitos do licenciamento e de outras normas aplicáveis, como os manuais de boas práticas.

Numa primeira fase, foi avaliado o cumprimento da obrigatoriedade de existência de licença de funcionamento, condição *sine qua non* da prestação de cuidados de saúde, nos estabelecimentos convencionados com o SNS. Constatou-se a existência de estabelecimentos não licenciados ou com o processo de licenciamento não concluído, com maior expressão em Análises Clínicas e Radiologia, na ARS do Norte. Mais se notou que o primeiro passo da garantia da qualidade dos cuidados de saúde implica, desde logo, a consagração de um regime jurídico uniforme no que respeita ao processo de licenciamento e aos requisitos de funcionamento das unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, seguindo-se a instituição de marcadores que permitam, por adesão voluntária ou imperativa, aferir dos padrões de qualidade.

Numa segunda fase, procedeu-se à avaliação da qualidade dos cuidados prestados nos estabelecimentos convencionados com o SNS, quer do ponto de vista de estrutura e de processo, quer visando a melhoria contínua da qualidade, tendo-se constatado que a generalidade dos estabelecimentos convencionados com o SNS cumpre os parâmetros mínimos de qualidade exigíveis. Porém, não podem deixar de ser referidas algumas situações que não se subsumem exatamente neste perfil, sendo de assinalar

a existência de não conformidades ao nível infraestrutural, funcional e organizacional, bem como relativamente a procedimentos operativos.

Por último, do relatório decorre a necessidade de emitir novas recomendações no sentido de fortalecer a concorrência, melhorar o funcionamento do setor convencionado no que à despesa diz respeito, e garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados nos estabelecimentos convencionados.

Assim, a ERS entende recomendar: (i) a reforma do modelo de celebração de convenções, de modo a garantir o acesso às convenções de toda a oferta potencial, mediante (ii) a recuperação do processo legislativo iniciado em 2008, no sentido da (iii) implementação de um modelo de celebração de convenções assente em contratos de adesão, mas que permita, excecionalmente, em mercados geográficos e valências específicas, submeter o procedimento de aquisição à concorrência; (iv) a reavaliação dos preços de referência para todos os atos convencionados; (v) a implementação de um sistema de monitorização e controlo da produção de atos convencionados e respetiva despesa; (vi) a conclusão do processo legislativo iniciado com a entrada em vigor do novo regime jurídico da abertura, modificação e funcionamento das unidades privadas de saúde; (vii) a aprovação do diploma próprio, relativo ao licenciamento de unidades de saúde pertencentes a instituições particulares de solidariedade social, procurando-se garantir a uniformização de regimes jurídicos; (viii) a adoção das medidas necessárias para garantir o princípio de que todas as entidades convencionadas devem estar licenciadas de acordo com o regime em vigor; e (ix) o fomento da implementação de sistemas de gestão da qualidade, por adesão voluntária ou imperativa, dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde convencionados (e também em todos os demais).

1. Introdução

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), ao abrigo das suas atribuições, designadamente de *pronunciar-se e emitir recomendações sobre os acordos subjacentes ao regime das convenções* (cfr. alínea b) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio), e tendo por pressuposto os compromissos assumidos no Memorando de Entendimento entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI, em especial o compromisso assumido em matéria de convenções, de adotar medidas destinadas a “[...] *reduzir em mais 10% a despesa global do SNS com entidades privadas que prestem serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (com particular incidência na diálise e na reabilitação)*. [...] [T4-2012]” – (tradução nossa do § 3.51 do Memorando de Entendimento, na sua versão de 20 de dezembro de 2012, após a sexta revisão), elaborou o presente estudo com o intuito de realizar uma análise atualizada da prestação de cuidados de saúde convencionados, em regime de complementaridade face à prestação desenvolvida no interior do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dando-se especial ênfase às perspetivas do acesso, concorrência e qualidade.

O acesso aos cuidados de saúde é atualmente garantido aos utentes do SNS, quer pelos estabelecimentos integrados no SNS, quer pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde não públicos, por via da celebração de convenções entre estes e o Estado. Efetivamente, o SNS, no início da década de 80 do século passado, confrontou-se com a escassez ou limitação dos recursos do sector público, o que motivou uma clara opção política no sentido da oferta pública ser complementada, em concreto, mediante a celebração de convenções e acordos em áreas cuja capacidade de resposta do SNS era julgada deficitária.

Tal ocorreu, em especial, na área dos MCDT, mas também, ainda que residualmente, em algumas consultas de especialidades médico-cirúrgicas.

Para o efeito, a antecessora da Direção-Geral da Saúde (DGS), a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, elaborou, em meados da década de 80, e sob a vigência da anterior Lei de Bases do SNS, os clausulados tipo ou as propostas de contrato para a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, os quais contemplavam especialmente os MCDT e passavam a vigorar após a respetiva homologação por despacho do Ministro da Saúde.

Posteriormente, a aprovação do Regime Jurídico das Convenções, pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, fez assentar a celebração de convenções num modelo de contrato de adesão que pressupunha a prévia aprovação de clausulados tipo, contendo as condições contratuais a que ficava sujeita a aceitação de adesão de novos prestadores não públicos. Neste novo modelo apenas foram aprovados clausulados tipo para as áreas da Diálise, Cirurgia e no âmbito do Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

Assim, quanto às demais áreas atualmente convencionadas com o SNS, as respetivas convenções foram na esmagadora maioria dos casos celebradas na década de 80 do século passado, tendo por base as referidas propostas de contrato. Assim, para além da Diálise, Cirurgia e SIGIC, são áreas convencionadas a Radiologia¹, a Medicina Física e de Reabilitação (MFR)², as Análises Clínicas³, a Anatomia Patológica⁴, a Eletroencefalografia⁵, a Endoscopia Gastrenterológica⁶, as Especialidades Médico-Cirúrgicas⁷, a Cardiologia⁸, a Medicina Nuclear⁹, a Neurofisiologia¹⁰, a Otorrinolaringologia¹¹, a Pneumologia e Imunoalergologia¹² e a Urologia¹³.

Recorde-se, mais uma vez, que o regime jurídico estabelecido no Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril¹⁴, não está atualmente a ser implementado de forma a cumprir os objetivos pretendidos, uma vez que com exceção das três áreas *supra* referidas - Diálise, Cirurgia e no âmbito do SIGIC – não é possível atualmente a adesão de novos convencionados àquelas áreas em que não foram aprovados novos clausulados tipo.

¹ Cfr. Proposta de contrato não publicada, homologada por despacho do Ministro da Saúde em 09/08/85.

² Cfr. Proposta de contrato não publicada, homologada por despacho do Ministro da Saúde em 25/10/85.

³ Cfr. Proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde na área de análises clínicas (aviso publicado no DR, II Série, n.º 248, de 27 de outubro de 1986).

⁴ Cfr. Proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da anatomia patológica (aviso publicado no DR, II Série, n.º 248, de 27 de outubro de 1986).

⁵ Cfr. Proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da eletroencefalografia (aviso publicado no DR, II Série, n.º 248, de 27 de outubro de 1986).

⁶ Cfr. Proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da endoscopia gastrenterológica (aviso publicado no DR, II Série, n.º 248, de 27 de outubro de 1986).

⁷ Cfr. Proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde no âmbito das especialidades médico-cirúrgicas (aviso publicado no DR, II Série, n.º 248, de 27 de outubro de 1986).

⁸ Cfr. Proposta de contrato publicada no DR, 2ª série, nº 279, de 04/12/87.

⁹ Cfr. Proposta de contrato publicada no DR, 2ª série, nº 279, de 04/12/87.

¹⁰ Cfr. Proposta de contrato publicada no DR, 2ª série, nº 279, de 04/12/87.

¹¹ Cfr. Proposta de contrato publicada no DR, 2ª série, nº 279, de 04/12/87.

¹² Cfr. Proposta de contrato publicada no DR, 2ª série, nº 279, de 04/12/87.

¹³ Cfr. Proposta de contrato publicada no DR, 2ª série, nº 279, de 04/12/87.

¹⁴ Vide o referido pela ERS no seu estudo de 2006, intitulado *Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS*, e que pode ser consultado em www.ers.pt.

Importa notar que desde o início de 1999 não têm sido celebradas novas convenções, com o subsequente impedimento de acesso ao mercado de novos prestadores privados.

Esta é uma situação potencialmente negativa e lesiva dos interesses dos utentes, do Estado (por via direta no que toca à aplicação de recursos no sector da saúde, e indireta por via da incumbência de proteção do direito à saúde dos cidadãos) e dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde não públicos.

Uma das razões mais frequentemente apontadas para a situação de encerramento das convenções é a preocupação com os custos que resultariam para o SNS da contratação da prestação de cuidados de saúde com novos prestadores não públicos.

Recorde-se que a ERS, em cumprimento das suas atribuições e competências, tem contribuído com diversos estudos, análises e recomendações que visam a melhoria do regime e setor convencionado do SNS, em prol da garantia da sua sustentabilidade financeira, como sejam:

- as recomendações dirigidas ao Governo no sentido de rever o modelo de convenções, incluindo a necessidade de aumento de concorrência entre prestadores, bem como de promoção e implementação de um sistema de determinação de preços a pagar aos prestadores convencionados capaz de refletir as alterações nas condições da oferta e da procura, e que poderia passar pelo estabelecimento de concursos públicos e leilões de forma a estabelecer como preços convencionados os preços mais eficientes¹⁵; e
- no campo mais específico das convenções em Diálise, com diversos pareceres e medidas para minorar os efeitos e ou impedir o aumento da excessiva concentração existente em tal mercado¹⁶, e que conduziram à emissão de uma recomendação ao

¹⁵ Recomendação relativa ao modelo de celebração de convenções pelo SNS, emitida em 14 de outubro de 2006.

¹⁶ Pareceres emitidos pela ERS, na sequência de pedidos efetuados pelas ARS, nos anos de 2010, 2011 e 2012, no âmbito de processos de concentração, podendo-se, a título de exemplo, identificar alguns desses processos: a) processo referente à fusão das sociedades Pluribus Diálise – Sacavém, S.A. e Pluribus Diálise – Cascais, S.A. para efeito de detenção de uma relação contratual única no âmbito da diálise com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP.; b) avaliação em matéria de concorrência de pedidos de convenção de diálise em Lisboa (Pluribus Diálise Benfica); c) solicitação de avaliação tendo em vista a aceitação ou rejeição da celebração de uma nova convenção na área de diálise com uma clínica privada pertencente ao CHOT – Centro Nefrológico Ourém – Tomar, Lda.; d) solicitação de avaliação em matéria de concorrência, tendo em vista a aceitação ou rejeição da mudança de instalações da unidade de diálise convencionada pertencente à Diaverum – Investimentos e Serviços, Lda.; e) solicitação de avaliação em matéria de concorrência, tendo em vista a aceitação ou rejeição da adesão ao clausulado tipo da convenção com o Serviço Nacional de

Governo para promover mudanças na gestão das convenções que visem aumentar a contestabilidade dos mercados de serviços de hemodiálise e para que, no limite, proceda à transformação do preço administrativo fixo para tratamentos de hemodiálise realizados a doentes crónicos em ambatório em preço máximo, permitindo aos prestadores que pretendam aderir ou renovar convenções com o SNS a apresentação de preços inferiores a tal preço máximo^{17 18}.

Em todas as análises empreendidas pela ERS foi possível concluir, que a contratação da prestação de cuidados de saúde pelo SNS aos prestadores privados pode trazer vantagens para os utentes, ao permitir o alargamento das hipóteses de escolha, bem como o acesso a um leque mais variado de serviços prestadores de cuidados de saúde. Neste sentido, os utentes serão os primeiros beneficiários de um sistema que funcione com respeito de adequados níveis de eficiência e qualidade e em que seja garantida uma ampla e eficaz cobertura de todo o território nacional em recursos humanos e unidades de saúde, sejam elas públicas ou não públicas. Foi igualmente possível concluir que o atual modelo de celebração de convenções sofria, à data, de problemas sérios, lesivos dos interesses dos utentes (em termos de acesso, liberdade de escolha e qualidade dos serviços de saúde), do Estado (de forma direta, no que respeita à aplicação de recursos no sector da saúde e indiretamente, por força da incumbência de proteção do direito à saúde dos cidadãos), e dos prestadores (ao criar uma decisiva barreira à entrada no acesso às convenções com o SNS, em prejuízo da promoção e defesa da concorrência).

Em termos financeiros, e de acordo com a informação fornecida pelas cinco ARS, o valor faturado ao SNS pelas entidades convencionadas entre 2006 e 2012, nas áreas de Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia, foi de cerca de 3.729.143.536 €. No entanto, as diferentes áreas em análise representaram diferentes pesos na referida

Saúde (SNS) para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise solicitada pela unidade de diálise privada pertencente à NephroCare Portugal, SA, instalada na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal; f) solicitação de avaliação em matéria de concorrência dos pedidos de convenção com o SNS para a prestação de serviços de diálise por parte da NMC – Centro Médico Nacional, SA e da Fundação Renal Portuguesa, ambos relativos a estabelecimentos situados em Portalegre; g) solicitação de avaliação em matéria de concorrência do pedido de convenção com o SNS para a prestação de serviços de diálise por parte de uma unidade de diálise pertencente à Nephrocare Portugal, S.A., da entidade Centrodial – Centro de Hemodiálise, S.A., em Oliveira de Azeméis; h) solicitação de avaliação em matéria de concorrência do pedido de convenção com o SNS para a prestação de serviços de diálise por parte de uma unidade de diálise pertencente à Diaverum (Penafiel).

¹⁷ Enquadráveis nas medidas a adotar em sede de cumprimento do § 3.51 do Memorando.

¹⁸ Recomendação ao Ministério da Saúde e às ARS, de 26 de fevereiro de 2011.

despesa total, verificando-se que, no período em estudo, em Análises Clínicas foi de 33%, em Diálise de 32%, em MFR de 12% e em Radiologia de 22%.

Por outro lado, e de acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), no estudo publicado em 2011, relativo ao *Setor Convencionado – Relatório de Atividade 2009/2010*, as três áreas convencionadas mais representativas em termos de despesa são Análises Clínicas, Radiologia e MFR, que acumularam 90,7% dos encargos totais do SNS com a aquisição de MCDT convencionados em 2010.

Assim, a ERS decidiu limitar o objeto do presente estudo às referidas quatro áreas convencionadas (Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia¹⁹), embora existam cerca de 16 áreas convencionadas (ou seja, em relação às quais existem entidades do setor não público com as quais foi convencionada a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS). Esta limitação do objeto do estudo resultou, assim, de uma ponderação que teve por base diversas variáveis como sejam o tempo e a dimensão do estudo, mas principalmente o facto destas quatro áreas representarem cerca de 69% do número total de convenções existentes²⁰ (exceciona-se aqui, pela sua especificidade, a área do SIGIC), e representarem mais de 90,7% dos encargos totais do SNS com a aquisição de MCDT convencionados em 2010.

O presente documento está estruturado em sete capítulos. No capítulo 2 é efetuada uma breve resenha do enquadramento e evolução da prestação de cuidados de saúde convencionados com o SNS. Numa primeira secção, é feita a análise às convenções do SNS, onde é apresentado, de forma sucinta, o seu quadro jurídico e contratual, são recordadas as anteriores análises e estudos elaborados pela ERS sobre tal temática e

¹⁹ Importa referir que a expressão utilizada no presente estudo é Radiologia, embora a realidade a que se refere seja a mesma quando é utilizada a expressão Imagiologia, embora esta tenha um carácter mais abrangente, e mais atualizado face à realidade atual, uma vez que abrange o conjunto de técnicas de diagnóstico e investigação que fornecem ao médico uma imagem visual das diversas partes do corpo humano. Segundo a generalidade das definições, a Imagiologia compreende a radiologia convencional (radiação X), a ecografia (ultra-sons), a tomografia axial computadorizada (TAC), a ressonância magnética (RM) e as técnicas ligadas à Medicina Nuclear, com a tomografia de emissão positrónica (TEP) – cfr. expressão utilizada pela ERS no estudo sobre as convenções de 2006, e nos estudos sobre *A concorrência no sector da imagiologia*, de 2009 e de 2011. Efetivamente, a expressão mais comumente utilizada em termos de convenção é radiologia, conforme resulta quer do seu clausulado tipo (Proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde no âmbito de Radiologia, não publicada, mas homologada por despacho do Ministro da Saúde em 09/08/85), bem como do Manual de Boas Prática aplicável a tais atividades e que se designa por Manual de Boas Práticas de Radiologia (aprovado pelo Despacho n.º 258/2003, de 8 de janeiro). A expressão Radiologia também é aquela utilizada nos sites na internet das ARS, no campo onde se encontram as listagens das entidades convencionadas com o SNS.

²⁰ Esta percentagem é obtida com base nos dados relativos às entidades convencionadas, remetidos pelas ARS, em setembro de 2012.

é apresentada a evolução legislativa ocorrida no setor convencionado desde a elaboração e publicação do estudo da ERS de 2006 até ao momento atual. Esta secção visa funcionar como o ponto de partida para as análises efetuadas e conclusões obtidas nos capítulos seguintes do estudo, no que se refere ao acesso, concorrência (incluindo os encargos do SNS) e qualidade, e, consequentemente, para que estas possam contribuir para uma melhor compreensão dos problemas que têm vindo a ser detetados no setor convencionado. Numa segunda secção, é dado enfoque ao percurso do licenciamento e demais normativos relativos à qualidade dos cuidados de saúde, os quais se apresentam como melhor se analisará no capítulo 7, como alguns dos requisitos a observar pelos estabelecimentos convencionados na prestação de cuidados de saúde em respeito de padrões mínimos de qualidade e segurança.

No capítulo 3 é apresentada a oferta de cuidados de saúde convencionados com o SNS nas áreas de Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia. Neste capítulo é ainda avaliada a existência de oferta potencial, que caso se venha a efetivar uma abertura das convenções, poderia aumentar a oferta disponibilizada em algumas das áreas estudadas. No capítulo 4, é efetuada uma abordagem ao acesso aos cuidados prestados no âmbito daquelas áreas, avaliando-se a proximidade dos utentes aos estabelecimentos convencionados.

No capítulo 5 avaliam-se os encargos do SNS nas quatro áreas convencionadas e a sua evolução entre 2006 e 2012, de acordo com a informação disponibilizada pelas ARS, e no capítulo 6 é avaliada a oferta convencionada, em termos concorrenciais, e é feita uma comparação dos preços praticados por diferentes entidades financiadoras.

O capítulo 7 é dedicado à avaliação de uma das vertentes da qualidade dos cuidados de saúde convencionados, do ponto de vista de estrutura e de processo, visando a melhoria contínua da qualidade.

Finalmente, o capítulo 8 é dedicado às considerações e conclusões finais sobre a temática analisada no decurso do presente Estudo e o capítulo 9 à formulação das recomendações.

2. Enquadramento e evolução da prestação de cuidados de saúde convencionados

2.1. As convenções do SNS

2.1.1 Quadro jurídico e contratual

Em cumprimento da imposição constitucional e das incumbências destinadas a assegurar o direito à proteção da saúde, contidas no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP), a Lei de Bases da Saúde (LBS) estabeleceu a possibilidade de recurso ao setor privado de prestação de cuidados de saúde, sendo que para esse efeito o Estado, ou mais especificamente o Ministério da Saúde, pode celebrar acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde²¹.

Esses acordos, conforme resulta da mesma LBS, mais concretamente da Base XLI, devem assumir a forma de convenções a serem celebradas com pessoas privadas, singulares ou coletivas.

Por sua vez, o Estatuto do SNS, aprovado pelo Governo através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, em desenvolvimento das bases gerais contidas na LBS, define o SNS como sendo *“um conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde”*.

O Estatuto do SNS prevê, no entanto, a possibilidade de, para além dos estabelecimentos integrados no SNS, se recorrer à celebração de acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde, sendo que:

“Os estabelecimentos privados e os profissionais de saúde que trabalhem em regime liberal e que contratem nos termos do número anterior integram-se na rede nacional de prestação de cuidados de saúde e ficam obrigados:

- a) A receber e cuidar dos utentes, em função do grau de urgência, nos termos dos contratos que hajam celebrado;*
- b) A cuidar dos doentes com oportunidade e de forma adequada à situação;*

²¹ Como decorre da Base V n.º 2 da LBS.

c) *A cumprir as orientações emitidas pelas ARS.*” – (cfr. n.º 2 do artigo 37.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).

É por tanto que o n.º 4 da Base I da LBS (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) estabelece que *“os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”*, sendo que nas diretrizes da política de saúde estabelecidas na mencionada Lei se consagra que *“é objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”* – (cfr. Base II).

Assim, se *“O Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso”*, o resultado, claro está, é o de que *“A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior”* (cfr. n.ºs 3 e 4 da Base XII da LBS), no âmbito da qual é aplicável o direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Em tais casos de contratação com entidades privadas ou do sector social, os cuidados de saúde são prestados ao abrigo de acordos específicos, por intermédio dos quais o Estado incumbe essas entidades privadas ou do sector social da missão de interesse público inerente à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, passando essas instituições a fazer parte da rede nacional de prestação de cuidados de saúde, tal como definida no n.º 4 da Base XII da LBS, isto é, do conjunto de operadores, públicos e privados, que garantem a imposição constitucional de prestação de cuidados públicos de saúde.

Por outro lado, *“O Estatuto [do SNS] aplica-se às instituições e serviços que constituem o Serviço Nacional de Saúde e às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articuladas com o Serviço Nacional de Saúde.”* – cfr. artigo 2.º do Estatuto do SNS aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro de 1993.

Posteriormente, o Regime Jurídico das Convenções, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, fez assentar a celebração de convenções num modelo de contrato de adesão, que pressupõe a prévia aprovação de clausulados tipo, contendo as condições contratuais a que fica sujeita a aceitação de adesão de novos prestadores privados. Este regime veio igualmente estabelecer que as convenções se destinam a contribuir “*por via da correcta rentabilização dos meios existentes e da boa articulação entre instituições de saúde públicas e privadas*” para a necessária prontidão, continuidade e qualidade na prestação dos cuidados de saúde, assim como para a equidade do acesso dos utentes aos cuidados de saúde (cfr. alíneas a) e b) do artigo 5º do Regime Jurídico das Convenções).

Por outro lado, o Regime Jurídico das Convenções estabelece ainda, no seu artigo 6.º, que “*o recurso aos serviços prestados através de convenção não pode pôr em causa o racional aproveitamento da capacidade instalada no sector público*”, pelo que o recurso a convenções apenas se apresentará como necessário na medida em que o setor público não mostrar capacidade de por si assegurar a prestação dos cuidados de saúde de que os utentes do SNS necessitam.

No caso concreto dos prestadores privados sem fins lucrativos (o também designado sector social), onde se integram as Misericórdias e as outras Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) com fins específicos em saúde, a prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação a utentes do SNS rege-se por legislação específica (artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, que aprovou o Estatuto das IPSS), cabendo ao Estado aceitar, apoiar e valorizar o contributo destas instituições, sendo que o contributo destas últimas e o apoio que lhes é prestado “[...] *concretizam-se em formas de cooperação a estabelecer mediante acordos.*” – cfr. n.º 1 e n.º 2 do artigo 4.º ²².

²² A celebração de acordos entre as ARS e as Misericórdias e outras IPSS foi, *ab initio*, regulamentada pela Portaria sem número, do Ministério da Saúde, de 7 de julho de 1988. Os acordos a estabelecer envolviam a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, os quais seriam prestados em unidades pertencentes às Misericórdias (artigo 2.º n.º 1 da Portaria de 1988). Para tanto, eram considerados como cuidados de saúde, nos termos do disposto no n.º 2, do artigo 2.º da referida Portaria: as consultas; os elementos complementares de diagnóstico; os tratamentos; os internamentos; e as intervenções cirúrgicas. A Portaria sem número, do Ministério da Saúde, de 7 de julho de 1988 aprovou o Regulamento dos Acordos a estabelecer entre as ARS e as Misericórdias e outras IPSS. A referida Portaria veio regulamentar o disposto no n.º 2, do artigo 4.º do Estatuto das IPSS, tendo sido alterada pela Portaria n.º 143/91, publicada na II Série do DR, de 2 de maio de 1991. Este Regulamento estabelece as normas a que devem obedecer os acordos bilaterais a celebrar entre as ARS e as Misericórdias e outras IPSS (artigo 1.º da Portaria de 1988).

Nessa sequência, foi celebrado em 1995 o Protocolo de Cooperação entre a União das Misericórdias e o Ministério da Saúde o qual serviu de base à celebração de acordos de cooperação entre as Misericórdias e as ARS, destinados à prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, desde que devidamente credenciados para o efeito. Dessa forma, as Misericórdias adquiriam a qualidade de estabelecimento prestador de cuidados de saúde integrado na Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, tal como definida no n.º 4 da Base XII da LBS²³.

O referido Protocolo foi revisto em 27 de março de 2010, com a celebração do novo Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, em função do qual foram posteriormente celebrados e assinados, em 29 de março de 2011, novos Acordos com as Misericórdias, substituindo os anteriores que datavam na sua maioria da década de 90 do século passado (embora alguns remontassem já a 1966).

Os novos acordos vieram regular e definir os termos em que a prestação de cuidados de saúde é assegurada, em termos de complementaridade com o SNS, pelas Misericórdias, devendo-se sublinhar que estes novos acordos, ao contrário dos anteriores – que tinham um âmbito geográfico de aplicação coincidente com o da área de jurisdição da ARS contratante –, apenas abrangem a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da área geográfica de cada Misericórdia definida no acordo. Outras inovações resultantes dos novos acordos prendem-se com:

- i) a existência de um volume de prestação de cuidados de saúde fixado anualmente;
- ii) a obrigação assumida pelas Misericórdias de cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG);
- iii) a necessidade de cumprimento das regras de qualidade e segurança clínicas emanadas pela DGS, bem como das normas aplicáveis às boas práticas clínicas da prestação de cuidados de saúde;
- iv) a possibilidade de resolução imediata do acordo em caso de cobrança pelas Misericórdias aos utentes do SNS de quaisquer outros montantes

²³ O Protocolo de cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas – Protocolo de Cooperação de 11 de setembro de 1995 (publicado no DR, II Série, n.º 228, de 2-10-1995), serviu de base a um conjunto vasto de acordos de cooperação específicos celebrados entre as ARS e as Misericórdias e destinados à prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS.

para além das legalmente previstas taxas moderadoras – cfr. Súmula dos Acordos de Cooperação celebrados pela ARS Norte, com as Misericórdias de Esposende, Fão, Felgueiras, Lousada, Marco de Canaveses, Póvoa de Lanhoso, Riba D’Ave, Vila do Conde e Vila Verde, publicada no site da ARS Norte em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt>.

2.1.2 Anteriores análises e estudos elaborados pela ERS

Tendo por ponto de partida o regime das convenções, a ERS elaborou no ano de 2006 um estudo intitulado “*Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS*”, com o objetivo de caracterizar e avaliar o modelo de celebração de convenções entre o SNS e prestadores privados de cuidados de saúde. Em resultado da elaboração do referido Estudo, a ERS detetou a existência de fragilidades significativas no modelo de celebração de convenções em vigor, nomeadamente:

- a inexistência de clausulados-tipo, que impedia a adesão de prestadores às convenções existentes pelo que o acesso às mesmas se encontrava encerrado a novos prestadores;
- os preços tabelados para os atos convencionados não estavam adequados às condições de procura e oferta então existentes. Em alguns casos, os preços pagos aos convencionados estavam acima, e noutros casos, os preços estavam muito abaixo dos preços que seriam razoáveis, tendo em conta as estruturas de custos das empresas e as condições de procura. Por outro lado, as nomenclaturas não refletiam a evolução e o estado das tecnologias e dos conhecimentos;
- os mecanismos de fiscalização ao dispor das ARS não eram suficientes para uma eficaz avaliação da qualidade dos serviços prestados, limitando-se apenas à verificação documental; e
- os prestadores privados não convencionados, que reunissem todas as condições exigíveis e desejáveis para celebrarem acordo com o SNS (ao contrário de outros prestadores mais antigos já convencionados), frequentemente enfrentavam uma decisiva barreira no acesso a convenções com o SNS que os discriminava e os lesava em termos de concorrência, com claros prejuízos para si, e certamente para todo o sistema.

No estudo da ERS de 2006, procedeu-se ainda a uma comparação do modelo de contratação então em vigor com outros modelos de contratação disponíveis, à luz de quatro critérios de interesse público, decorrentes da própria LBS e do regime jurídico das convenções aplicável, sendo estes o acesso e liberdade de escolha, a eficiência na afetação dos recursos, o controlo da despesa pública e os custos de transação.

De toda a análise então efetuada, a ERS entendeu emitir um conjunto de recomendações ao Governo, as quais tiveram por consideração que:

- os serviços de MCDT têm âmbito local, pelo que existem, em Portugal, dezenas de mercados geográficos relevantes para cada área, o que implica que existem centenas de mercados relevantes de MCDT, quando se consideram as várias áreas;
- os 112 mercados relevantes de MCDT analisados, resultantes da combinação de quatro mercados relevantes dos serviços (Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia), com os 28 mercados geográficos correspondentes às NUTS III, apresentam um elevado grau de concentração;
- existe uma clara exceção no caso dos grandes centros urbanos de Lisboa e Porto, os quais apresentam baixos graus de concentração em algumas áreas, traduzindo uma estrutura de mercado tendencialmente concorrencial;
- quer o modelo das convenções em vigor, quer o modelo de ajuste direto, comparam desfavoravelmente com os outros modelos, à luz da maioria dos critérios de avaliação utilizados;
- o modelo de concurso público revelou-se, em mercados pouco concentrados, como uma forma de o Estado obter preços próximos do custo marginal de produção, reduzindo a despesa pública, ao mesmo tempo que lhe permite ainda controlar a despesa com a fixação da quantidade colocada em concurso, mas que a existência de centenas de mercados de MCDT obrigaria à realização de centenas de concursos, tornando o processo demasiado moroso e pouco ágil;
- o modelo de contrato de adesão apresenta-se como uma forma contratual de garantir a maior amplitude de acesso e liberdade de escolha, ao mesmo tempo que não implica custos de transação elevados, mas tem avaliação negativa nos critérios “eficiência” e “controlo da despesa”;
- é possível adotar, em contratos de adesão, mecanismos diferentes de fixação de preços, que incorporem de forma mais transparente as condições de procura e oferta, e que minimizem a ineficiência causada pela fixação administrativa dos preços;

- é possível adotar mecanismos de controlo da despesa pública, como a prescrição eletrónica de MCDT, associada a uma definição exaustiva de protocolos clínicos, e a imposição de tetos ao crescimento da despesa com convenções, que contribuem para um funcionamento mais eficaz do modelo do contrato de adesão²⁴;

- existem centenas de mercados de MCDT, com estruturas e graus de concentração distintos, sendo portanto concebível que se apliquem modelos diferentes a mercados diferentes, como, por exemplo, a adoção do modelo de concurso público em mercados concorrenciais, como os da Grande Lisboa e Grande Porto para algumas áreas, e a adoção do modelo de contrato de adesão nos restantes mercados, assim compreendendo num mesmo modelo as vantagens dos vários modelos identificados.

Assim, foi então recomendado pela ERS:

- (i) a reformulação “[...] *de facto e de direito, [d]o modelo de celebração de convenções, garantindo o acesso às convenções de todos os prestadores, desde que preencham os requisitos legalmente estabelecidos, em igualdade de circunstâncias, e através de um processo transparente e objetivo.*”;
- (ii) a criação “[... d]as condições necessárias para a implementação de uma fiscalização eficaz, efetiva e eficiente, da quantidade e qualidade dos serviços prestados ao abrigo das convenções, nomeadamente através da criação de um sistema de prescrição eletrónica de MCDT.”;
- (iii) a promoção “[... d]a implementação de um sistema de determinação de preços, a pagar aos convencionados do SNS, capaz de refletir as alterações nas condições da procura e da oferta.”;

²⁴ Refira-se que, no que diz respeito à implementação de um sistema de prescrição eletrónica de MCDT, em que nos termos do Memorando de Entendimento era assumido pelo Estado Português o compromisso de “[t]ornar obrigatória a prescrição eletrónica de medicamentos e de meios de diagnósticos abrangidos pelo reembolso, aos médicos tanto do sector público como do sector privado. (3T2011).”, o mesmo encontra já expressão na Lei, uma vez que a Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio, aprovou o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica de medicamentos de uso humano sujeitos a receita médica, bem como o regime transitório da receita manual de medicamentos (o Despacho n.º 9187/2011, publicado no DR n.º 139, Série II, de 21 de julho de 2011, do Secretário de Estado da Saúde, define situação de exceção do prescritor de medicamentos por via eletrónica e esclarece o respetivo procedimento, de acordo com o estipulado na alínea d) do n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 198/2011). Por outro lado, o Despacho n.º 9186/2011, de 21 de julho de 2011 (publicado no DR n.º 139, Série II, de 21 de julho de 2011), do Secretário de Estado da Saúde, determina que, a partir de 1 de setembro de 2011, a prescrição de MCDT deve ser feita em documento eletrónico.

- (iv) a promoção “[... d]a implementação de um modelo de celebração de convenções assente no modelo do contrato de adesão, mas que permita, excecionalmente, em mercados geográficos e valências específicas, o recurso à realização de concursos públicos.”.

Após a elaboração e publicação do estudo de 2006, a ERS foi continuando a tomar conhecimento no âmbito da prossecução da suas funções, de um conjunto de questões apresentadas por prestadores de cuidados de saúde e utentes do SNS, sobre a matéria das convenções, e que ilustravam algumas das consequências do modelo de contratação em vigor que foram identificadas no estudo de 2006, designadamente situações de ausência ou escassez de oferta “convencionada” de cuidados de saúde, situações de dificuldades de acesso resultantes das limitações geográficas das convenções celebradas pelas ARS, situações de discriminação no atendimento de utentes do SNS, situações de cobrança de valores adicionais aos utentes do SNS (ou seja, para além das taxas moderadoras), impedindo os utentes, em alguns casos, de recorrer a esses serviços convencionados e situações de estabelecimento de volumes financeiros e volumes de serviços máximos a realizar pelos prestadores convencionados.

Ainda durante o ano de 2008, foi colocado em discussão pública o Anteprojeto de legislação para o sector das convenções, sendo que no seu preâmbulo se referia que *“Dez anos volvidos, é necessário definir um novo modelo de convenções, que permita, com respeito pelos princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência, a efetiva prestação de serviços de saúde, por entidades públicas e privadas, aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS).”*.

No âmbito da audição do projeto de Decreto-Lei, foi solicitado à ERS a emissão de parecer. Da análise então empreendida ao projeto de Decreto-Lei resultou que as recomendações da ERS estavam, na sua essência, contempladas no diploma em causa. Em primeiro lugar, o diploma reformulava o modelo de celebração de convenções, sendo *“objetivo central deste novo modelo de convenções colocar todos os prestadores perante regras e mecanismos de aplicação que garantam um ambiente de atividade transparente e com adequado funcionamento das regras de mercado.”*. Em segundo lugar, previa-se agora a implementação de um sistema de determinação de preços que assentaria numa metodologia de fixação e atualização de preços de referência a definir pela ERS – cfr. artigo 10.º do projeto de Decreto-Lei – e *“que deve adaptar-se às exigências e especificidades impostas pelos diferentes serviços de*

saúde abrangidos e garantir o indispensável equilíbrio entre incentivos à eficiência e garantia da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos”. Finalmente, estabeleceu-se um modelo de celebração de convenções “*mediante um contrato de adesão, ou após procedimento de contratação específico*”, e em que era pretendido que se viesse a assumir sob a forma de concurso público – cfr. artigo 7.º do projeto de Decreto-Lei.

Por outro lado, o diploma introduzia preceitos que reforçavam os direitos dos utentes, designadamente, o direito de acesso universal e igual de todas as pessoas aos serviços de saúde, garantindo a liberdade de escolha dos prestadores²⁵, a equidade do acesso dos utentes aos cuidados de saúde²⁶, e a não discriminação dos utentes do SNS²⁷. Em segundo lugar, garantiam-se adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde, ao exigir o licenciamento e prever a indexação de padrões de qualidade ao financiamento e/ou à manutenção do fornecimento de serviços ao SNS²⁸, bem como ao definir uma metodologia de fixação e atualização de preços que garanta o indispensável equilíbrio entre incentivos à eficiência e a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos²⁹. Em terceiro lugar, defendia-se o princípio da igualdade e concorrência entre prestadores, já que o diploma se aplicaria a todos os prestadores (públicos ou privados, pessoas singulares ou coletivas, com ou sem fins lucrativos)³⁰, defendendo-se ainda que a celebração de convenções deveria permitir a criação de condições de concorrência entre os prestadores³¹ e a publicitação das convenções nos termos previstos no artigo 15.º colocaria todos os prestadores em igualdade de circunstâncias^{32 33}.

A respeito deste Anteprojeto de legislação para o sector das convenções, refira-se que em 2011, no âmbito do estudo intitulado “Análise da Sustentabilidade Financeira do

²⁵Cfr. n.º 2 do artigo 2.º do projeto de Decreto-Lei.

²⁶Cfr. al. b) do artigo 4.º do projeto de Decreto-Lei.

²⁷Cfr. al. b) do artigo 13.º e n.º 2 do artigo 16.º do projeto de Decreto-Lei.

²⁸Cfr. n.º 5 do artigo 2.º e al. a) do artigo 4.º do projeto de Decreto-Lei.

²⁹Cfr. preâmbulo e n.º 1 do artigo 10.º do projeto de Decreto-Lei.

³⁰Cfr. n.º 2 do artigo 1.º do projeto de Decreto-Lei.

³¹Cfr. n.º 4 do artigo 1.º do projeto de Decreto-Lei.

³² Pese embora o cabal cumprimento das regras de publicitação, à luz do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, que igualmente o estabelece, se tenha revelado deficiente (*vide* o Estudo).

³³ Para uma análise das demais considerações elaboradas pela ERS no referido Parecer, e designadamente, as considerações sobre alguns aspetos do projeto de Decreto-Lei que podem revelar-se não enquadráveis com os princípios defendidos pela ERS para o sistema de convenções e as considerações sobre alguns aspetos práticos da aplicação do projeto de Decreto-Lei, pode ser consultado o “*Parecer da Entidade Reguladora da Saúde relativo ao Projeto de Decreto-Lei que regulamenta o regime de celebração de convenções previstas na Lei de Bases da Saúde*”, em www.ers.pt.

SNS”³⁴, a ERS defendeu que a concretização das medidas assumidas no Memorando de Entendimento entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI que então estava em vigor, no que se refere ao sistema de convenções de MCDT, poderia passar, em primeira linha, por retomar os trabalhos para aprovação do referido projeto de Decreto-Lei de alteração do modelo das convenções do SNS. E será em tal sede que, igualmente, deverá ser refletida a necessária alteração da metodologia de fixação dos preços convencionados do SNS.

Relativamente à análise que vem sendo empreendida pela ERS, em matéria de convenções, deve-se destacar uma intervenção concreta na área da Diálise, que culminou com a emissão de recomendações ao Ministério da Saúde e às ARS, no sentido de promover mudanças na gestão das convenções do SNS, com vista a aumentar a contestabilidade dos mercados. Nesse sentido, foi recomendado ao Ministério da Saúde que ponderasse, relativamente ao preço compreensivo para tratamentos de hemodiálise realizados a doentes crónicos em ambulatório, aplicável no âmbito das convenções do SNS, a transformação do mesmo enquanto preço administrativo fixo em preço máximo, permitindo aos prestadores que pretendessem aderir ou renovar convenções com o SNS a apresentação de preços inferiores a tal preço máximo.

Mais foi recomendado às cinco ARS que, de forma imediata,

- (i) publicitassem e mantivessem de forma permanentemente atualizada, a listagem de todas as convenções para a prestação de cuidados na área da diálise em vigor, com indicação expressa das correspondentes datas de celebração, de duração e de (possível) renovação;
- (ii) publicitassem de forma expressa, com uma antecedência mínima de 12 meses da data de (possível) renovação de cada convenção, a possibilidade de prestadores alternativos poderem propor a adesão ao clausulado-tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise relativamente à mesma área geográfica da convenção em causa, de forma a que a ARS possa, caso aplicável, ponderar e decidir, atenta a variedade dos fatores envolvidos, e designada mas não limitadamente quanto à qualidade, dimensão, disponibilidade, impacto na estrutura concorrencial do mercado e, eventualmente, preço, sobre se permite a renovação da convenção existente

³⁴Vide o estudo publicado pela ERS, em 2011, no seu *website*, intitulado *Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional da Saúde*.

ou, alternativamente, procede à denúncia da mesma e concomitante aceitação da adesão à convenção por um novo prestador.

No que se refere à atividade da ERS, em matéria de convenções, importa por último realçar que a ERS continua a rececionar um conjunto vasto de exposições versando diversas questões relacionadas com o regime das convenções do SNS, nomeadamente questões relacionadas com o tempo de espera, com a discriminação dos utentes do SNS no acesso a esses cuidados de saúde, com situações de utilização de convenções por prestadores localizados em zonas diferentes daquelas para as quais se encontram convencionados, com a publicitação e/ou utilização indevida por prestadores de cuidados de saúde de convenção com o SNS detida por outrem, com situações de pedido de transferência de convenções de entidades que entretanto deixaram de prestar cuidados de saúde para entidades que não possuem convenção, com situações de ausência ou escassez de oferta de cuidados de saúde numa determinada região, e com situações de cobrança pelos prestadores convencionados de taxas de urgência (valores adicionais para além da taxa moderadora legalmente devida) para uma realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e entrega dos respetivos resultados mais célere.

Recorde-se que, o estudo elaborado pela ERS, em 2008³⁵, veio atualizar o estudo de 2006, incidindo sobre as situações vindas de referir. Note-se que no referido estudo de 2008 foi possível concluir por uma evolução pouco significativa desde a análise de 2006, com exceção de três alterações ocorridas neste sector.

2.1.3 Evolução legislativa no setor convencionado (2006-2013)

A primeira alteração ocorrida no sector convencionado após as Recomendações da ERS de 2006, verificou-se no Orçamento de Estado para o ano de 2007 que introduziu um limite ao crescimento da despesa das convenções celebradas pelo Serviço Nacional de Saúde, que é fixado em 0%, em relação à despesa verificada em 2006. Mais concretamente, no artigo 149.º da Lei n.º 53-A/2006, de 29 de dezembro, é referido que “*o crescimento da despesa das convenções celebradas pelo Serviço Nacional de Saúde é fixado em 0 %, em relação à despesa verificada em 2006*” e que

³⁵ Vide o estudo publicado pela ERS, em 2008, no seu *website*, intitulado *As Convenções em 2008*.

“para o cumprimento do disposto no número anterior são adotados mecanismos de variação de preços em relação inversamente proporcional ao crescimento da quantidade.”.

A segunda alteração verificou-se, no âmbito do SIGIC. Pelo Aviso n.º 21 916/2007, publicado do Diário da República, 2.ª Série, n.º 216, de 9 de novembro, foi dada a conhecer a lista de entidades convencionadas para a prestação de cuidados de saúde no âmbito daquele sistema. Já pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, foi adotado um novo Regulamento do SIGIC e alargado o respetivo âmbito de aplicação às entidades que contratam e convencionam com o SNS a prestação de cuidados de saúde, ao abrigo, nomeadamente, da portaria (sem número) publicada no Diário da República, 1.ª série, de 27 de julho de 1998, tudo com vista a garantir a igualdade no acesso e o tratamento cirúrgico nos tempos máximos garantidos a todos os seus beneficiários.

A terceira alteração, através do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 4325/2008, de 19 de fevereiro, consistiu na revisão do clausulado tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da Diálise, a qual foi motivada pela adoção do modelo de gestão integrada da doença renal crónica e pagamento por preço compreensivo.

De todo o modo, as alterações assim preconizadas incidiram sobre as poucas áreas cujo clausulado tipo foi adotado no âmbito do Regime Jurídico das Convenções, em nada se alterando o problema de fundo do atual modelo: a constatação do encerramento das convenções relativamente à maioria das áreas e valências.

Posteriormente, e no que concretamente à Diálise diz respeito, foi aprovado o Despacho n.º 4652/2010, de 9 de março de 2010, do Secretário de Estado da Saúde, que assentando no pressuposto de que *“a concentração, que se tem vindo a acentuar nos últimos anos, pode, segundo o referido relatório, capturar o Estado nas negociações, em especial na fixação do preço; provocar perdas de bem-estar para os doentes decorrentes das necessidades de ganhos de eficiência no processo produtivo — i.e., na prestação do serviço pelas empresas prestadoras, tendo por base um preço fixo; limitar a entrada de novas empresas ou entidades neste sector de atividade; condicionar o comportamento dos utentes configurando práticas indesejadas do ponto de vista social, decorrentes do facto de o custo de transporte, quando o utente se desloca ao serviço de hemodiálise, ser suportado pelo Estado e as escolhas não serem realizadas explicitamente pelos doentes”*, considerou dever-se *“diminuir o risco*

que essa concentração representa para o interesse público”, in casu através da introdução, no clausulado tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise, do dever de submissão do processo de celebração de acordos de convenção a uma prévia avaliação da ERS em matéria de concorrência, valorizando o respeito pelos interesses dos utentes e do Estado.

Em agosto de 2011, foi publicado o Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10430/2011, de 18 de agosto, no âmbito dos MCDT, no sentido de que “[...] *é exigível que as instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), atendendo à sua capacidade instalada, física e de recursos humanos, optimizem a sua capacidade disponível em meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), contribuindo, desta forma, para a rentabilização da instituição e para satisfação da procura.*”. Tal rentabilização passa por um maior reforço dos cuidados de saúde primários de forma a “[...] *promover a criação de condições que possibilitem uma melhor gestão e a articulação efectiva entre instituições.* – cfr. Preâmbulo do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10430/2011, de 18 de agosto.

Ou seja, o referido Despacho veio reiterar a necessidade de haver um maior aproveitamento e rentabilização da capacidade instalada no sector público. Recorde-se que tal princípio, encontrava-se já estabelecido no n.º 2 do artigo 6.º do Regime Jurídico das Convenções, nos termos do qual o recurso ao setor privado convencionado apenas se apresentaria como necessário na medida em que o setor público não mostrasse capacidade de por si assegurar a prestação dos cuidados de saúde de que os utentes do SNS necessitam.

Com efeito, este despacho determinou a obrigação de as instituições do SNS realizarem internamente, com os recursos técnicos e humanos por si disponibilizados, os MCDT necessários à procura dos serviços, evitando assim a utilização de requisições de prescrição para as entidades com convenção com as administrações regionais de saúde. Mais estabelece o referido despacho que as instituições hospitalares estão igualmente impedidas de requerer a prescrição de exames às unidades de cuidados de saúde primários, e ficando estas últimas impedidas de prescrever MCDT solicitados por essas entidades hospitalares.

Assim, e conforme § 4 do mesmo Despacho, é determinado que os hospitais assegurem a realização dos MCDT necessários aos seus utentes como regra, “[...] *através da sua capacidade instalada ou, com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência, pelo recurso à subcontratação de*

entidades externas especializadas do sector público, tendo como referência a tabela de preços do SNS, ou do sector privado e social, tendo como referência a tabela de preços do sector convencionado.”. Além do mais, devem ainda os hospitais “[...] promover a devida articulação com unidades de cuidados de saúde primários por forma a possibilitar a realização de MCDT aos utentes do SNS, com o aproveitamento da sua capacidade instalada.” – cfr § 5 do Despacho n.º 10430/2011, de 18 de agosto.

Esta obrigação de racionalização da capacidade instalada do SNS, levou à generalização, conforme se analisará *infra*, do procedimento de internalização de MCDT pelas Unidades Locais de Saúde (ULS), sendo que o recurso aos prestadores privados convencionados apenas se verificará quando a ULS em causa não apresente capacidade instalada suficiente ou adequada à realização dos MCDT³⁶.

Posteriormente, o Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 12950/2011, de 28 de setembro, veio determinar que as ARS devem enviar a cada conselho clínico dos ACES relatório mensal com indicadores relativos às prescrições de medicamentos e MCDT, efetuadas por cada médico prescriptor. Por sua vez, o Despacho n.º 17069/2011, de 21 de dezembro, determinou que os estabelecimentos hospitalares do SNS devem instituir um processo de monitorização da prescrição interna de MCDT.

Mais recentemente, o Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 13380/2012, de 12 de outubro, determinou que relativamente às convenções de âmbito nacional fossem adotadas medidas para flexibilização e simplificação de procedimentos associados à gestão e acompanhamento de tais convenções, com atribuição de diferentes níveis de responsabilidade entre as entidades intervenientes.

De acordo com o disposto no referido despacho as responsabilidades são distribuídas da seguinte forma:

- à entidade convencionada compete a responsabilidade pela organização da documentação e manutenção de um arquivo atualizado com as alterações ocorridas no âmbito da vigência das convenções celebradas com o Ministério da Saúde (como sejam cessões de quotas ou ações nominais, alteração da gerência ou administração, alteração da capacidade contratada, alteração dos horários dos exames, alteração de

³⁶ Refira-se a este respeito que em resposta a um pedido de elementos da ERS, a ULS da Guarda por ofício de 12 de novembro de 2012 referiu que a medida de internalização da realização de análises clínicas em janeiro de 2011 foi *alargada a todos os Centros de Saúde que integram a ULS da Guarda, em cumprimento do disposto no n.º4 do Despacho n.º 10430, de 18 de Agosto de 2011.*

recursos humanos para as áreas administrativas) – cfr n.º 1 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 13380/2012, de 12 de outubro;

- às ARS compete,

- (i) instruir os processos das entidades convencionadas, e comunicar à ACSS, mediante parecer fundamentado, as alterações solicitadas pela entidade convencionada (como sejam a transferência da titularidade contratual, alteração da designação social ou da sede social, alteração de recursos humanos para áreas clínicas, com exceção da direção técnica e a suspensão ou reativação de valência, exames ou de atos) – cfr. n.º 2 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 13380/2012, de 12 de outubro;
- (ii) instruir os processos das entidades convencionadas, e submeter à aprovação da ACSS, mediante parecer fundamentado, as alterações solicitadas pela entidade convencionada (como sejam mudança de instalações, alargamento de âmbito contratual a novas valências ou a postos de colheita, a suspensão, reativação ou denúncia do contrato e ainda a alteração da direção técnica ou da responsabilidade técnica em substituição) – cfr. n.º 3 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 13380/2012, de 12 de outubro;
- (iii) comunicar às entidades convencionadas a aceitação ou não das alterações contratuais requeridas – cfr. n.º 4 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 13380/2012, de 12 de outubro.

Por último, importa ainda referir e analisar neste capítulo o impacto indireto nas convenções celebradas pelas entidades privadas com o SNS, provocado pela criação e implementação de Unidades Locais de Saúde, enquanto modelo de prestação de cuidados de saúde que assenta na integração vertical da prestação desses cuidados, e que visa uma racionalização da capacidade instalada das instituições do SNS, e que veio ademais a ser ainda reforçada pelo Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10430/2011, de 18 de agosto, a que já foi feita referência *supra*.

Este modelo de prestação de cuidados de saúde foi lançado com a criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), em 1999, e pretendeu otimizar a resposta dos serviços através de uma gestão integrada das várias unidades de saúde de uma região. Em 2007, foi criada a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE (ULSNA), no ano seguinte, foram criadas a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (ULSAM), a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (ULSBA) e a Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE (ULSG). Em 2009, foi criada a Unidade

Local de Saúde de Castelo Branco, EPE (ULSCB) e em 2011 a Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE (ULSNE)³⁷.

A integração de cuidados de saúde no âmbito das ULS tem tido uma das suas principais expressões em matéria de MCDT, designadamente mediante a internalização da realização dos mesmos, e consequente melhoria do aproveitamento da respetiva capacidade instalada, sendo uma medida que surge como inovadora, já que a opção política, desde os primórdios da criação do SNS, foi no sentido da contratualização com o sector privado, através de convenções, da realização dos MCDT.

Para efeito de verificar a forma como a internalização se tem processado nas ULS já em pleno funcionamento, e do seu eventual impacto no setor privado convencionado, foi solicitado às sete ULS *supra* identificadas esclarecimentos relativos à realização de MCDT, designadamente informação relativa:

- aos MCDT objeto de procedimento de internalização, e àqueles que continuaram a ser realizados no exterior;
- aos procedimentos adotados, relativamente aos MCDT objeto de procedimento de internalização, quando é constatada que a capacidade instalada não se revela suficiente ou adequada;
- à forma como é feito recurso ao exterior, designadamente se é assegurada a liberdade de escolha dos utentes mediante a entrega de credenciais do SNS para utilização da rede de convencionados;
- à forma como se processa a gestão das convenções em vigor, no caso dos MCDT que não tenham sido objeto de internalização; e

Das respostas obtidas resultou que a implementação dos procedimentos de internalização de MCDT tem sido gradual nas diversas ULS, tendo-se iniciado em especial nas áreas de Análises Clínicas e Radiologia, e vem sendo alargado aos demais MCDT, ainda que os MCDT atualmente internalizados nas diversas ULS não sejam os mesmos³⁸.

³⁷ Mais recentemente, pelo Decreto-Lei n.º 238/2012, de 31 de outubro, criou a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano.

³⁸ A ULSM na sua resposta, de 25 de outubro de 2012, referiu que iniciou a internalização de MCDT em 2003, inicialmente na valência de Análises Clínicas, seguindo-se em 2006 a área de Imagiologia, alargando posteriormente à Gastroenterologia (2007), à Neurologia e Pneumologia (2009) e Cardiologia (2011). A ULSNA na sua resposta, de 26 de outubro de 2012, referiu que os MCDT atualmente objeto de internalização são Cardiologia, Endoscopia Gastroenterológica,

Relativamente ao estado atual da realização de MCDT no âmbito das ULS em funcionamento, das respostas obtidas no presente estudo foi possível concluir que, na esmagadora maioria das ULS, quando as mesmas revelam não possuir capacidade instalada para a realização de MCDT, por a capacidade instalada não se revelar suficiente ou adequada, a regra será assegurar a liberdade de escolha mediante a entrega das credenciais aos utentes para utilização nos prestadores convencionados com o SNS, sendo em situações excecionais realizado um processo de aquisição, nos termos legalmente aplicáveis, para efeito de subcontratação urgente. Assim, com exceção da ULSBA (e da ULSM em determinados MCDT muito específicos, designadamente algumas Análises Clínicas, ainda que a colheita seja feita no interior da ULS), o recurso ao exterior em situação em que a capacidade instalada não se revela suficiente ou adequada faz-se por recurso aos prestadores privados convencionados integrados na rede de convencionados do SNS³⁹.

Imagiologia, Imuno-Hemoterapia e Patologia Clínica. De acordo com os elementos remetidos pela ULSAM, em 7 de novembro de 2012, encontram-se a ser internalizados nesta ULS: elementos complementares de Cardiologia (a partir de agosto de 2011); TAC e Radiologia Convencional (a partir de 2 de janeiro de 2012); Medicina Nuclear; eletromiografia (ano de 2012); Eletroencefalografia (ano de 2012); e algumas Análises Clínicas (nas áreas de ginecologia e Imuno-Hemoterapia, em 2012 e 2011, respetivamente). A ULSBA na sua resposta, de 25 de outubro de 2012, referiu que os MCDT objeto de internalização foram: Patologia Clínica, MFR, Imagiologia, Cardiologia, Gastroenterologia e ainda com um menor peso a Anatomia Patológica. A ULSG na sua resposta, de 12 de novembro de 2012, referiu que as Análises Clínicas prescritas nos centros de saúde da Guarda e Seia passaram a ser realizadas, a partir de 2010, no Hospital de Sousa Martins e no Hospital Nossa Senhora da Assunção, respetivamente. A medida de internalização da realização de análises clínicas em janeiro de 2011 foi *alargada a todos os Centros de Saúde que integram a ULS da Guarda, em cumprimento do disposto no n.º4 do Despacho n.º 10430, de 18 de Agosto de 2011*. A ULSCB na sua resposta, de 22 de outubro de 2012, informou serem objeto de internalização nessa ULS os seguintes MCDT: Exames radiológicos contrastados, com relatório; Osteodensimetria; Tomografia computadorizada; Ortopantomografia; e Ecografia obstétrica. A ULSNE na sua resposta, de 29 de outubro de 2012, referiu que o processo de internalização teve início na segunda metade do mês de março para a realização de Análises Clínicas e abrange apenas os concelhos de Macedo de Cavaleiros, Mirandela e Bragança, nos demais centros de saúde continuam a realizar análises clínicas na rede de serviços convencionados.

³⁹ A ULSBA na sua resposta, de 25 de outubro de 2012, referiu que até finais de 2011 os MCDT eram maioritariamente efetuados nos convencionados já existentes. A partir do final de 2011, foram celebrados acordos de adesão com determinados prestadores, pelo que o recurso é sobretudo aos convencionados e aos acordos de adesão, celebrados com as entidades que fazem parte do sector convencionado e com outras entidades, devidamente licenciadas pelas ARS competentes para o exercício da prestação de cuidados de saúde.

2.2. Do licenciamento dos estabelecimentos convenionados com o SNS

A prestação de cuidados de saúde pelos estabelecimentos não públicos convenionados com o SNS tem que ser desenvolvida em observância das normas referentes ao licenciamento das unidades de saúde, enquanto requisitos de atividade que visam, entre outros desideratos, estabelecer um patamar mínimo de qualidade dos prestadores em exercício de atividade.

As relevantes especificidades do setor da saúde, sobretudo caracterizadas pela assimetria de informação, própria da relação prestador/utente, e pela natureza do bem em causa (a saúde do utente) imprimem a necessidade de garantir que os cuidados de saúde sejam prestados em condições que não lesem o interesse nem violem os direitos dos utentes, incutindo uma gravidade excecional no caso de a prestação ser realizada sem que as condições adequadas estejam reunidas.

Assim, a atribuição de licenças de funcionamento é o mecanismo através do qual se pretende garantir que a prestação de cuidados de saúde, pelo sector privado, se realize com respeito por padrões mínimos de qualidade e segurança relativamente a instalações, recursos técnicos e humanos utilizados⁴⁰, em prol da defesa dos direitos e interesses dos utentes, e garantir que apenas acedam ao mercado aqueles que apresentem as características e a idoneidade estimada necessária ao desenvolvimento da atividade. Nesse sentido, o licenciamento transmite uma garantia, validada por uma entidade administrativa, que determinado estabelecimento prestador dispõe de recursos suficientes para garantir níveis mínimos de qualidade nos serviços prestados.

Sobre esta matéria, importa recordar o estudo publicado pela ERS, em 2007, intitulado o *“Estudo sobre o processo de licenciamento de prestadores de cuidados de saúde”*, cujo objetivo cuidou não só de dar a conhecer os vários diplomas existentes no ordenamento jurídico português sobre tal procedimento, mas também analisar a situação do mesmo e as suas implicações no âmbito da concorrência.

Aquando da elaboração do referido Estudo, a ERS detetou a existência de fragilidades significativas no procedimento de licenciamento dos estabelecimentos prestadores. Efetivamente, e apesar de o licenciamento ser obrigatório para todas as unidades

⁴⁰ Também na anterior legislação relativa ao licenciamento das unidades privadas de saúde (aprovada pelo Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de janeiro) era prosseguido esse mesmo objetivo.

privadas de cuidados de saúde a ele sujeitas, verificou-se a existência de muitas das unidades então em atividade, sem que lhes tivesse sido atribuída a respetiva licença. Assim, e relativamente às áreas objeto do presente estudo, verificou-se uma percentagem significativa de unidades não licenciadas em MFR (47%), Análises Clínicas (75%), Radiologia (com a percentagem de não licenciados a atingir os 80%), e registou-se uma menor incidência em Diálise (10%).

Pelo que foi apurado no âmbito desse estudo, vários foram os fatores que se conjugaram para gerar tais resultados, nomeadamente: dificuldades e insuficiências do procedimento administrativo de licenciamento; atraso do processamento de pedidos de licenciamento acumulados ao longo dos anos, que foi recuperado, em muitos casos, apenas administrativamente, sem que fossem efetuadas as vistorias às condições de licenciamento; fiscalizações e vistorias efetuadas, apenas, no momento da atribuição da licença, verificando-se a ausência de fiscalização após o licenciamento de forma regular; escassas fiscalizações após a concessão de licença assentes, sobretudo, em denúncias sobre a qualidade dos prestadores, em suspeitas levantadas aquando da vistoria inicial, ou por solicitação dos próprios prestadores; falta de coerção sobre os prestadores, no sentido de os sujeitar ao processo de licenciamento; dificuldade em adequar as exigências regulamentares aos edifícios construídos antes de 1994 que demovia muitos prestadores do pedido de licenciamento, e impossibilitava mesmo que outros pudessem alguma vez ser regularmente licenciados.

Em suma, conclui-se naquele estudo que sendo notórias as assimetrias de cobertura do licenciamento, quer em termos de áreas, quer em termos geográficos, a nota comum era a de que o licenciamento, apesar de revestir carácter obrigatório, era uma realidade incompleta.

Assim, e tendo em consideração que o licenciamento das unidades privadas de saúde era reconhecidamente uma questão de relevo e de importância fundamental no universo dos cuidados de saúde, nomeadamente no que concerne à qualidade e segurança dos serviços prestados aos utentes, e que tal procedimento era moroso, complexo e pouco eficiente, foi ainda possível concluir que o mesmo apenas poderia atingir plenamente os seus objetivos, se as suas exigências vinculassem, não só legalmente mas efetivamente, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

A ERS, face a uma tal realidade, recomendou ao Ministério da Saúde a adoção de legislação que alterasse o processo de licenciamento, introduzindo mecanismos e fórmulas que facilitassem e agilisassem o procedimento em si e a sua tramitação⁴¹.

Nessa sequência, o Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro que aprovou o novo regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de saúde, teve como objetivo último garantir que a prestação de cuidados de saúde pelo sector privado se realizasse com respeito pelos parâmetros mínimos de qualidade, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados. Tal diploma surgiu da necessidade de se “[...] *construir um novo modelo de licenciamento de unidades privadas de serviços de saúde, que permita, efetivamente, garantir que se verificam os requisitos mínimos necessários para que seja assegurada a qualidade dos serviços prestados no sector privado, com ou sem fins lucrativos.*”, atento o facto de que o regime anterior se ter verificado “[...] *ser de difícil implementação por força das regras estabelecidas no seu articulado, que se pautavam, à luz da informatização e crescente simplificação de procedimentos hoje existente, por serem demasiado burocráticos e complexos, pelo que os seus 16 anos de vigência vieram a revelar aquele diploma como quase inoperacional*” (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro). Desse modo, por forma a evitar as deficiências então evidenciadas e garantir o cumprimento do “*objetivo que sempre esteve nas orientações do Ministério da Saúde: um setor privado de prestação de cuidados de saúde, complementar do Serviço Nacional de Saúde, que garanta a qualidade e segurança [...]*”, o legislador determinou que “*o decreto-lei deverá ser revisto no prazo de dois anos, a fim de garantir que o desiderato que o norteia é efetivamente prosseguido*”.

Neste novo diploma que se fez aprovar, o legislador, tendo em vista a uniformização de procedimentos, estabeleceu que as tipologias das unidades privadas de saúde seriam objeto de definição por portaria do membro do governo responsável pela área da saúde (nos termos do disposto no artigo 1.º, n.º 4) e determinou que os requisitos de funcionamento das mesmas, careciam de regulamentação, a aprovar no prazo de 90 dias, contados da entrada em vigor do citado diploma legal.

Sucede que, das áreas visadas no presente estudo, apenas MFR foi objeto de regulamentação, tal não ocorrendo com as de Análises Clínicas, Diálise e Radiologia.

⁴¹ Vide Estudo sobre o Processo de Licenciamento de Prestadores de Cuidados de Saúde e respetivas recomendações, publicados em março de 2007, e que podem ser consultados em www.ers.pt.

No que respeita ao funcionamento das unidades privadas de saúde, o diploma que se aprovou, mais estabeleceu que as unidades privadas de serviços de saúde da titularidade de instituições particulares de solidariedade social com escopo na área da saúde seriam objeto de diploma próprio⁴², o qual nunca foi objeto de aprovação.

Não obstante o vazio legal evidenciado, as normas legais diretamente aplicáveis às unidades privadas no âmbito dos MCDT, concretamente Análises Clínicas, Diálise e Radiologia, determinam que os serviços de saúde prestados pelo “[...] *setor social pautam-se pelos padrões de qualidade e segurança previstas* nos diplomas que disciplinam o seu funcionamento, definindo os requisitos mínimos e exigências a observar no âmbito dessa prestação⁴³.

Pelo contrário, em MFR, tendo presente, por um lado, que ainda não foi aprovada regulamentação própria para o setor social e, por outro lado, que a Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro, não contempla uma norma de qualidade e segurança idêntica à prevista quanto àqueles MCDT, constata-se que o setor social encontra-se, presentemente, numa posição privilegiada, sobretudo em termos concorrenciais, face às demais unidades privadas, pelo que importa proceder à sua efetiva

⁴² A ausência de uma disposição legal que determine os requisitos aplicáveis aos serviços do setor social de prestação de cuidados de saúde não configura um caso intencionalmente não regulado, dado tratar-se de uma matéria juridicamente relevante porquanto a legislação sobre saúde é de interesse e ordem públicos. Com efeito, a peculiaridade do regime previsto para esse setor não poderá determinar a sujeição a um regime jurídico mais permissivo do que o aplicável às unidades privadas de saúde, que se proponham à oferta dos mesmos cuidados de saúde, nomeadamente no que concerne ao dever de as mesmas observarem adequados padrões de eficiência e qualidade.

⁴³ Nestes casos, os mecanismos de obtenção de qualidade na prestação de cuidados de saúde encontram-se ainda desenvolvidos em manuais de boas práticas os quais definem as regras e os processos de garantia de qualidade, assegurando uma apropriada organização, técnica e procedimental. Atualmente, encontram-se aprovados Manuais de Boas Práticas relativamente aos Laboratórios de análises clínicas (Despacho n.º 8835/2001, de 27 de abril), unidades de diálise (Despacho n.º 14391/2001, de 10 de julho), unidades de radiologia (Despacho n.º 258/2003, de 8 de janeiro) e unidades de MFR (Aviso n.º 1352/2002, de 27 de abril).

De igual modo, no âmbito da qualidade dos cuidados prestados aos utentes assume importância fundamental que os mesmos sejam prestados por profissionais que, nos termos da lei, reúnam as condições necessárias, em termos de habilitações mínimas, ao regular exercício profissional. Importa quanto a este ponto referir que, estando em causa o exercício de atividades de prestação de cuidados de saúde, a própria natureza da profissão reclama a qualificação crescente e exigente dos seus profissionais, em prol da defesa da saúde pública e integridade física e moral dos utentes, seus direitos e interesses legítimos. Assim o impõe a própria natureza da legislação sobre a saúde de interesse e ordem públicos (Base III da LBS). Refira-se a este respeito que, em caso de incumprimento de requisitos legais respeitantes a instalações, equipamentos ou pessoal dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que afetem gravemente os direitos dos utentes, pode a ERS determinar a suspensão imediata do funcionamento do estabelecimento ou de algum dos seus serviços até que a situação se mostre regularizada, nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 43.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

regulamentação, uma vez que não lhes poderá ser exigível por esta via a verificação de iguais padrões de qualidade e segurança.

Atento o predito urge fazer referência, ainda que breve, ao regime jurídico aplicável ao setor público da prestação de cuidados de saúde, já que a realidade portuguesa é demonstrativa da dualidade de regimes em matéria de licenciamento, verificando-se a sua obrigatoriedade para as unidades privadas de saúde e a sua isenção para as unidades que integram o setor público⁴⁴. Com efeito, a peculiaridade do regime previsto para o setor público não deverá determinar a sujeição a um regime jurídico mais permissivo do que o aplicável às unidades privadas de saúde, que se proponham à oferta dos mesmos cuidados de saúde, nomeadamente no que concerne ao dever de as mesmas observarem adequados padrões de eficiência e qualidade.

De todo o exposto, e atendendo a que o licenciamento visa assegurar que a prestação de cuidados de saúde seja realizada em respeito por padrões mínimos de qualidade e segurança relativamente a instalações, recursos técnicos e humanos utilizados, em prol da defesa dos direitos e interesses dos utentes, garantindo-se que apenas acedam ao mercado aqueles estabelecimentos que apresentem as características e a idoneidade estimada necessária ao desenvolvimento da atividade, resulta então evidente que a titularidade de licença de funcionamento não deve deixar de ser considerado um requisito essencial para que um estabelecimento prestador de cuidados de saúde possa adquirir ou manter a qualidade de convencionado com o SNS.

⁴⁴ A Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, determina que o sector privado de prestação de cuidados de saúde, com fins lucrativos, está sujeito a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado e isenta da aplicação das regras procedimentais previstas em matéria de licenciamento o sector público – cfr. Base XXXIX da LBS.

3. A oferta convencionada com o SNS

No presente capítulo é apresentada a oferta de cuidados de saúde convencionados com o SNS, nas áreas de Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia, e respetiva localização, bem como analisada a existência de oferta potencial que, num contexto de abertura das convenções, poderia ser tida em consideração para aumentar a oferta disponibilizada em algumas das áreas estudadas⁴⁵.

Para o efeito, procede-se à descrição dos estabelecimentos convencionados, o que permite avaliar a oferta em cada uma das ARS⁴⁶ e concluir, através de comparação dos valores exibidos a nível nacional e dos valores apresentados pelas ARS, quais as regiões de saúde com uma maior capacidade em termos de oferta de cuidados de saúde no âmbito das áreas objeto do presente estudo e, inversamente, quais as que apresentam uma oferta mais deficitária. Considera-se também o rácio do número de estabelecimentos convencionados com o SNS por 1.000.000 de habitantes nas diferentes áreas em análise, com o intuito de avaliar o rácio obtido a nível nacional e compará-lo com os valores apresentados pelas ARS.

Para que uma descrição de oferta numa ótica de localização dos estabelecimentos convencionados seja possível, são apresentados os mapas por ARS dos estabelecimentos convencionados, tendo em consideração os códigos postais de quatro dígitos da morada de cada estabelecimento.

Refira-se que as convenções podem ter um âmbito geográfico de aplicação nacional ou regional⁴⁷, sendo que em Análises Clínicas e Radiologia as convenções são maioritariamente de âmbito nacional e em MFR existe um equilíbrio entre convenções de âmbito nacional e regional. No caso de Diálise verifica-se que todas as convenções

⁴⁵ Note-se, no entanto, que num cenário de abertura de convenções poderiam sempre surgir novos prestadores de cuidados de saúde que não se encontram atualmente no mercado, atenta a possibilidade de poderem prestar cuidados de saúde a utentes do SNS.

⁴⁶ Refira-se que a apresentação da oferta convencionada de cuidados de saúde nas áreas objeto de estudo teve por base a informação fornecida pelas ARS, na sequência dos pedidos de informação remetidos às mesmas em 30 de julho de 2012, sendo que a informação recebida de todas as ARS se reporta a setembro de 2012.

⁴⁷ As convenções com âmbito nacional são aquelas celebradas pela DGS, ou pela sua antecessora Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, tendo como tal uma abrangência que se estende a todo o território nacional, o que significa que os estabelecimentos que possuam uma convenção com este âmbito podem receber utentes de todo o território nacional. As convenções de âmbito regional são, nomeadamente aquelas celebradas por cada uma das ARS, e com uma área de abrangência que se limita à área da região de saúde. Nas convenções de âmbito regional foram igualmente incluídas aquelas convenções cuja área de influência se restringe à área de determinado(s) ACES. Veja-se, por exemplo, o já referido supra relativamente aos Acordos de Cooperação celebrados pelas Misericórdias.

são de âmbito regional, o que se justifica por ser a única área, daquelas analisadas, que, no seguimento da aprovação do Regime das Convenções pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, viu aprovado e publicado o respetivo clausulado tipo para a prestação de cuidados de saúde. Como tal, é a única área convencionada em que atualmente é possível a adesão dos prestadores não públicos mediante a celebração de convenções de âmbito regional com determinada ARS⁴⁸.

3.1 Análises Clínicas

Em Portugal Continental encontram-se em vigor⁴⁹, no conjunto das cinco ARS, 321 convenções em Análise Clínicas, o que significa que se encontram atualmente convencionados com o SNS 321 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, que se apresentam como laboratórios clínicos centrais. Encontram-se ainda autorizados a funcionar, ao abrigo de tais convenções, 2.018 postos de colheita.

Conforme se pode constatar na tabela *infra* e no caso dos laboratórios clínicos centrais, a ARS Lisboa e Vale do Tejo é a que apresenta uma percentagem mais elevada de convencionados com o SNS relativamente ao total existente, apresentando 41% dos laboratórios convencionados (que corresponde a 132 laboratórios), seguida pela ARS Norte, com 32% (que corresponde a 102 laboratórios), pela ARS Centro, com 18% (que corresponde a 59 laboratórios), pela ARS Alentejo, com 4% (que corresponde a 4 laboratórios) e pela ARS Algarve, também com 4% (que corresponde a 4 laboratórios). Tendo em consideração os postos de colheita autorizados a funcionar no âmbito de cada convenção com o SNS, a ARS Norte é a que exibe uma percentagem mais elevada de postos de colheita, com 43% (que corresponde a 866 postos), seguida pela ARS Lisboa e Vale do Tejo, com 25% (que corresponde a 495 postos), pela ARS Centro, com 22% (que corresponde a 452 postos), pela ARS Alentejo, com 6% (que corresponde a 129 postos) e pela ARS Algarve, com 4% (que corresponde a 76 postos).

⁴⁸ Refira-se que, no caso da Diálise embora as convenções tenham âmbito regional o seu clausulado tipo, aprovado pelo Despacho n.º 4325/2008 prevê, na sua cláusula 3.ª, que “a deslocação temporária de um utente do SNS para outra área geográfica que implique a necessidade dos tratamentos de hemodiálise em área diferente da sua residência deverá ser objecto de referência por parte da ARS da sua residência para uma unidade de diálise abrangida por convenção com outra ARS”.

⁴⁹ Dos dados fornecidos pelas ARS constavam entidades cuja convenção se encontrava suspensa ou havia sido cessada, as quais não foram como tal contabilizadas na presente análise.

No que concerne ao rácio de laboratórios clínicos centrais convencionados por 1.000.000 de habitantes, constata-se que a nível nacional o rácio é de 31,95. Em termos de análise por ARS, constata-se que esse rácio é mais elevado na ARS Lisboa e Vale do Tejo e na ARS Centro, as quais apresentam um rácio de 36,07 e de 33,97, respetivamente. Por seu lado, as restantes ARS apresentam rácios inferiores ao valor exibido a nível nacional, sendo de 27,65 para a ARS Norte, de 27,46 para a ARS Alentejo e de 31,04 para a ARS Algarve. Relativamente aos postos de colheita autorizados a funcionar no âmbito de cada convenção por 1.000.000 de habitantes, verificou-se que a nível nacional o rácio é de 200,85, sendo este valor mais elevado na ARS Norte, na ARS Centro e na ARS Alentejo, as quais apresentam, respetivamente, rácios de 234,71, 260,21 e 253,07. As restantes ARS apresentam rácios inferiores ao valor exibido a nível nacional, sendo de 135,26 para a ARS Lisboa e Vale do Tejo e de 168,51 para a ARS Algarve.

Tabela n.º 1 – Laboratórios de Análises Clínicas convencionados com o SNS⁵⁰

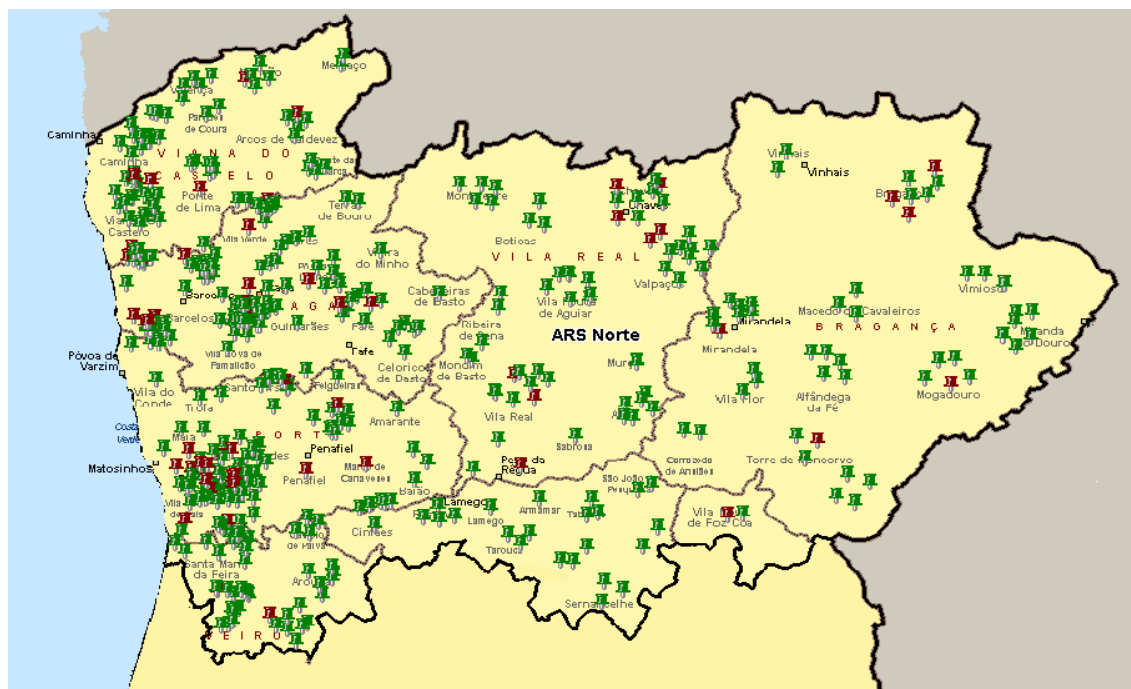
ARS	N.º de estabelecimentos		% de estabelecimentos		Estabelecimentos por 100.000 habitantes	
	N.º de Laboratórios Clínicos	N.º de Postos de Colheita	% de Laboratórios Clínicos	% de Postos de Colheita	N.º de Laboratórios Clínicos por 1.000.000 habitantes	N.º de Postos de colheita por 1.000.000 habitantes
Norte	102	866	32%	43%	27,65	234,71
Centro	59	452	18%	22%	33,97	260,21
Lisboa e Vale do Tejo	132	495	41%	25%	36,07	135,26
Alentejo	14	129	4%	6%	27,46	253,07
Algarve	14	76	4%	4%	31,04	168,51
Total	321	2.018	100%	100%	31,95	200,85

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

De seguida, são apresentados os mapas, por ARS, dos estabelecimentos convencionados, tendo em consideração os códigos postais de quatro dígitos da morada de cada estabelecimento.

⁵⁰ População dos Censos de 2011 publicada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

Figura n.º 1 – Estabelecimentos de Análises Clínicas convencionados com o SNS na ARS Norte

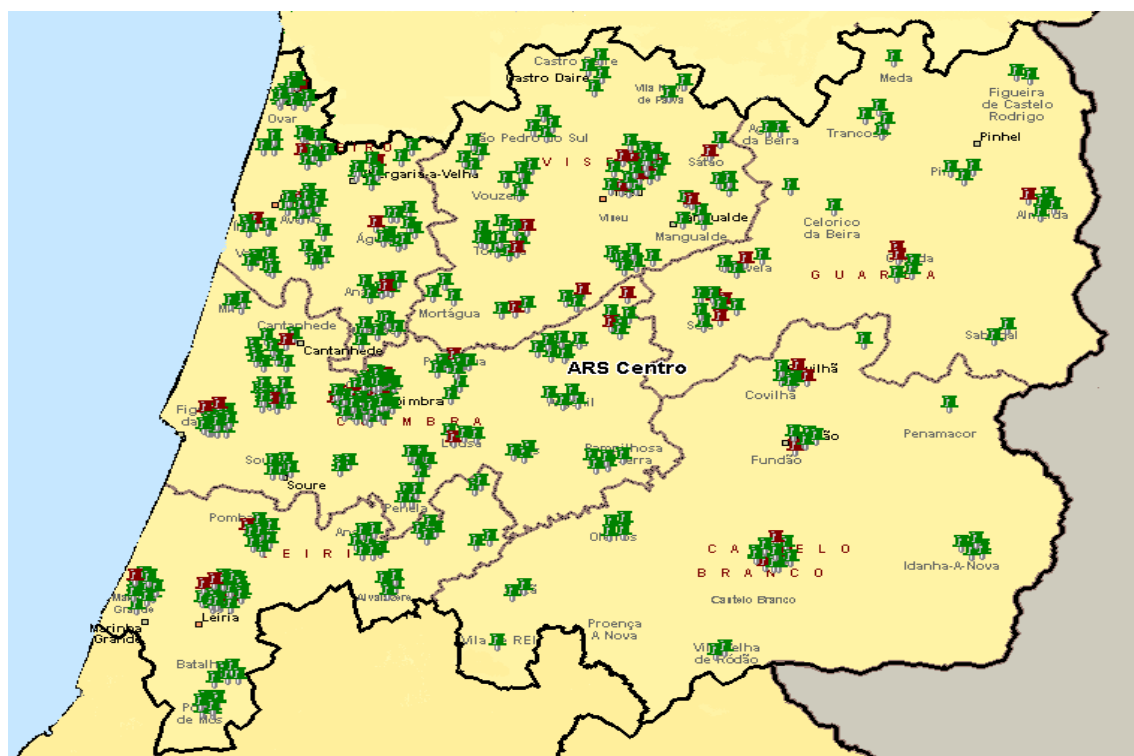


 Laboratórios clínicos convencionados.

 Postos de coleta convencionados.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

Figura n.º 2 – Estabelecimentos de Análises Clínicas convencionados com o SNS na ARS Centro

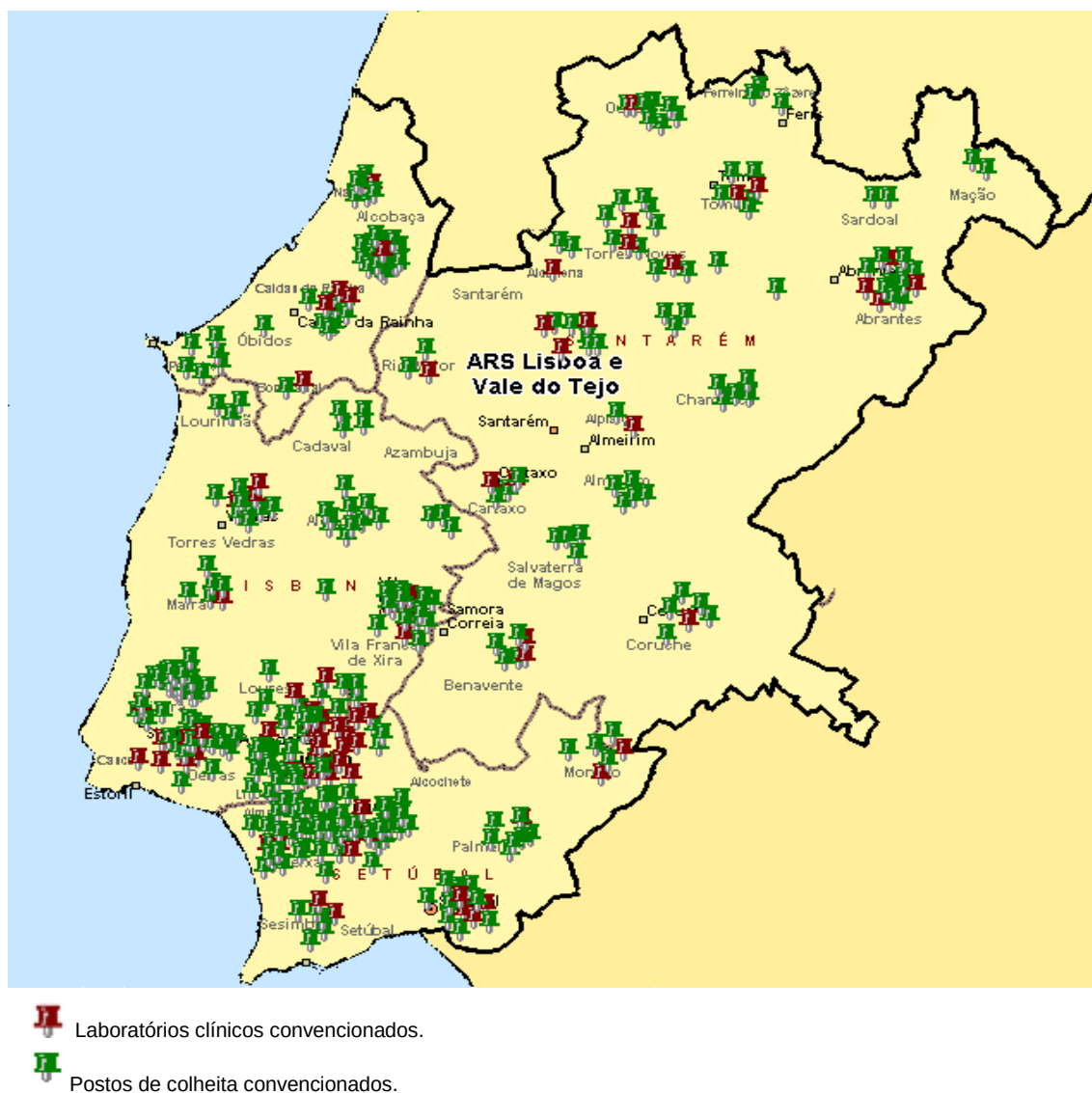


 Laboratórios clínicos convencionados.

 Postos de coleta convencionados.

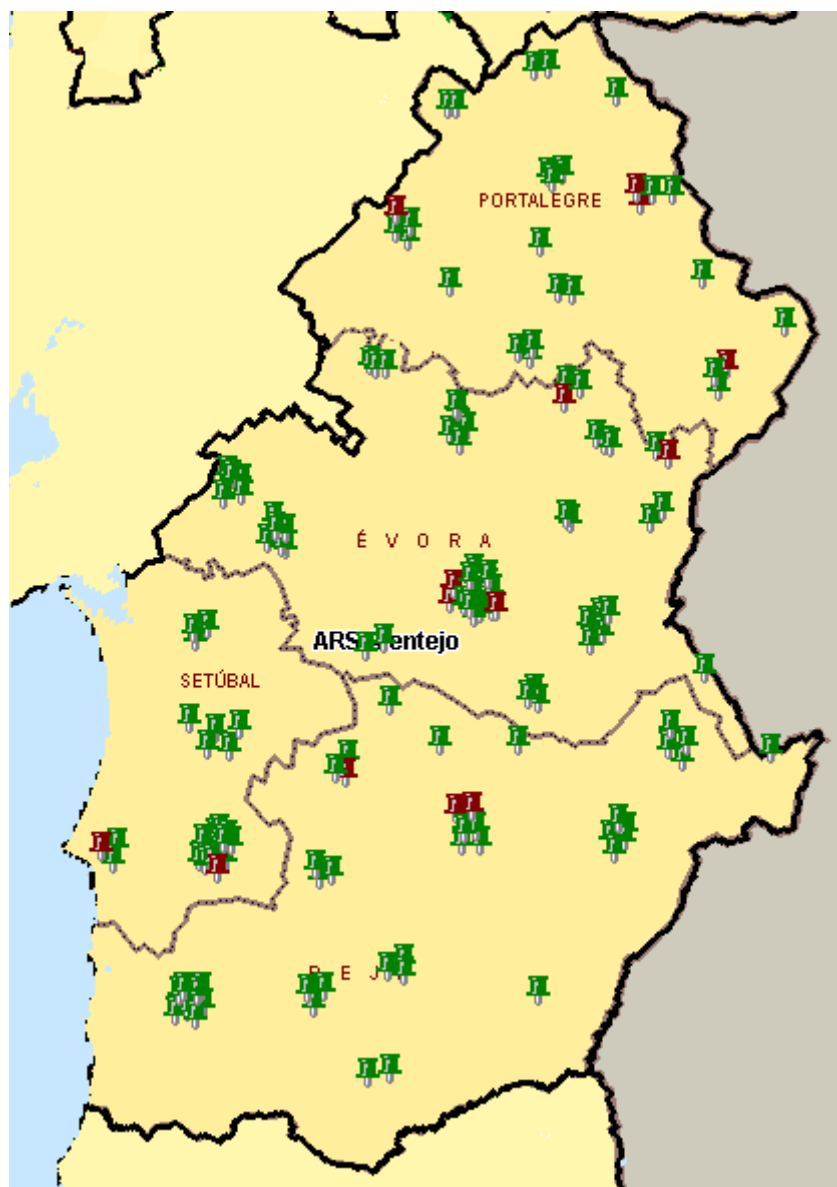
Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

Figura n.º 3 – Estabelecimentos de Análises Clínicas convencionados com o SNS na ARS Lisboa e Vale do Tejo



Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

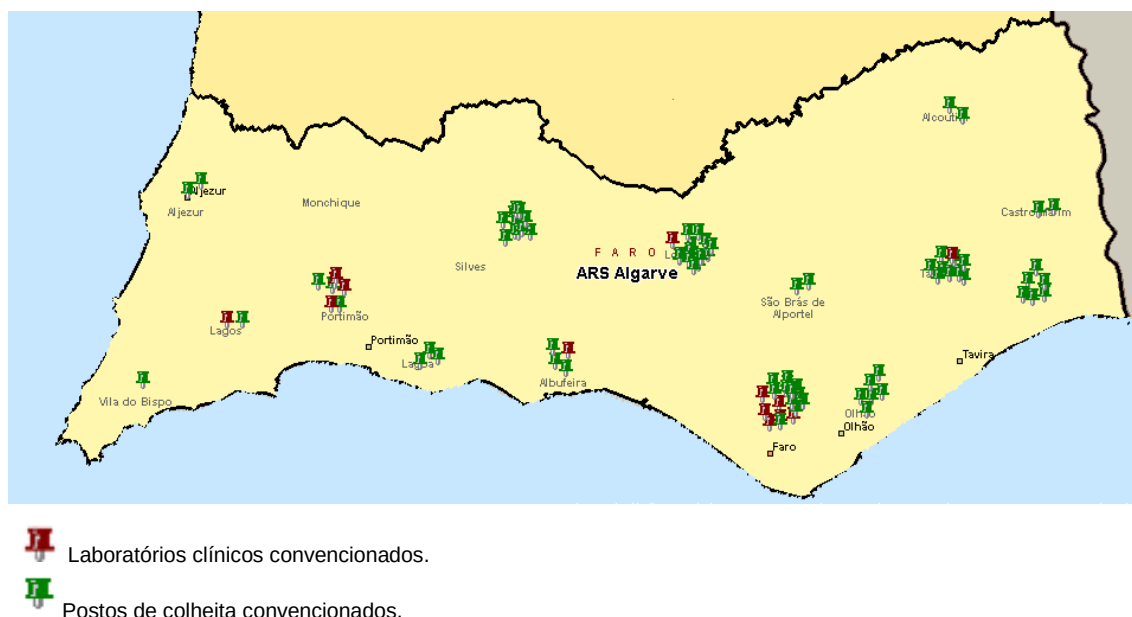
Figura n.º 4 – Estabelecimentos de Análises Clínicas convencionados com o SNS na ARS Alentejo



-  Laboratórios clínicos convencionados.
-  Postos de colheita convencionados.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

Figura n.º 5 – Estabelecimentos de Análises Clínicas convencionados com o SNS na ARS Algarve



Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

Avaliada a oferta convencionada do SNS, importa igualmente averiguar da eventual existência de oferta potencial, que poderá hipoteticamente beneficiar de uma abertura das convenções. Para esse efeito, foi solicitado às cinco ARS uma listagem com número total de laboratórios de Análises Clínicas licenciados ou com processo de licenciamento em curso. De acordo com os dados fornecidos pelas ARS, são poucos os laboratórios de Análises Clínicas licenciados, ou em processo de licenciamento⁵¹, que não detêm convenção e que, como tal, num cenário de abertura das convenções estariam em condições de aderir às mesmas. A saber, existem cinco laboratórios na ARS Norte (dos quais somente um dos laboratórios possui três postos de colheita e os restantes não possuem postos de colheita) e um laboratório na ARS Centro (o qual possui seis postos de colheita)^{52 53}.

⁵¹ Entende-se por processo de licenciamento em curso, estabelecimentos que possuem, segundo a ARS respetiva, autorização provisória de abertura, ou se encontram em situação de por vistoriar ou a aguardar licença.

⁵² Na ARS Lisboa e Vale do Tejo, na ARS Alentejo e na ARS Algarve não se verificou existir oferta potencial em Análises Clínicas.

⁵³ Note-se, no entanto, que num cenário de abertura de convenções poderiam sempre surgir novos prestadores de cuidados de saúde que não se encontram atualmente no mercado, atenta a possibilidade de poderem prestar cuidados de saúde a utentes do SNS.

3.2 Diálise

De acordo com a tabela *infra*, em Portugal Continental existiam, em setembro de 2012, 87 estabelecimentos de Diálise detentores de convenção, em vigor, com o SNS, sendo a ARS Norte aquela que apresenta uma percentagem mais elevada de estabelecimentos convencionados relativamente ao total existente em Portugal Continental, com 39% (que corresponde a 34 estabelecimentos), seguida pela ARS Lisboa e Vale do Tejo, com 37% (que corresponde a 32 estabelecimentos), ARS Centro, com 15% (que corresponde a 13 estabelecimentos), ARS Alentejo, com 6% (que corresponde a 5 estabelecimentos) e, em último, a ARS Algarve, com 3% (que corresponde a 3 estabelecimentos).

Tendo em consideração o rácio de estabelecimentos convencionados com o SNS em Diálise por 1.000.000 de habitantes, verifica-se que a nível nacional tal rácio é de 8,66. Em termos de análise por ARS, esse rácio é mais elevado na ARS Alentejo, com 9,81, na ARS Norte, com 9,22 e na ARS Lisboa e Vale do Tejo, com 8,74. A ARS Centro e a ARS Algarve são aquelas que apresentam os rácios mais baixos, com 7,48 e 6,65, respetivamente.

Tabela n.º 2 – Estabelecimentos de Diálise convencionados com o SNS⁵⁴

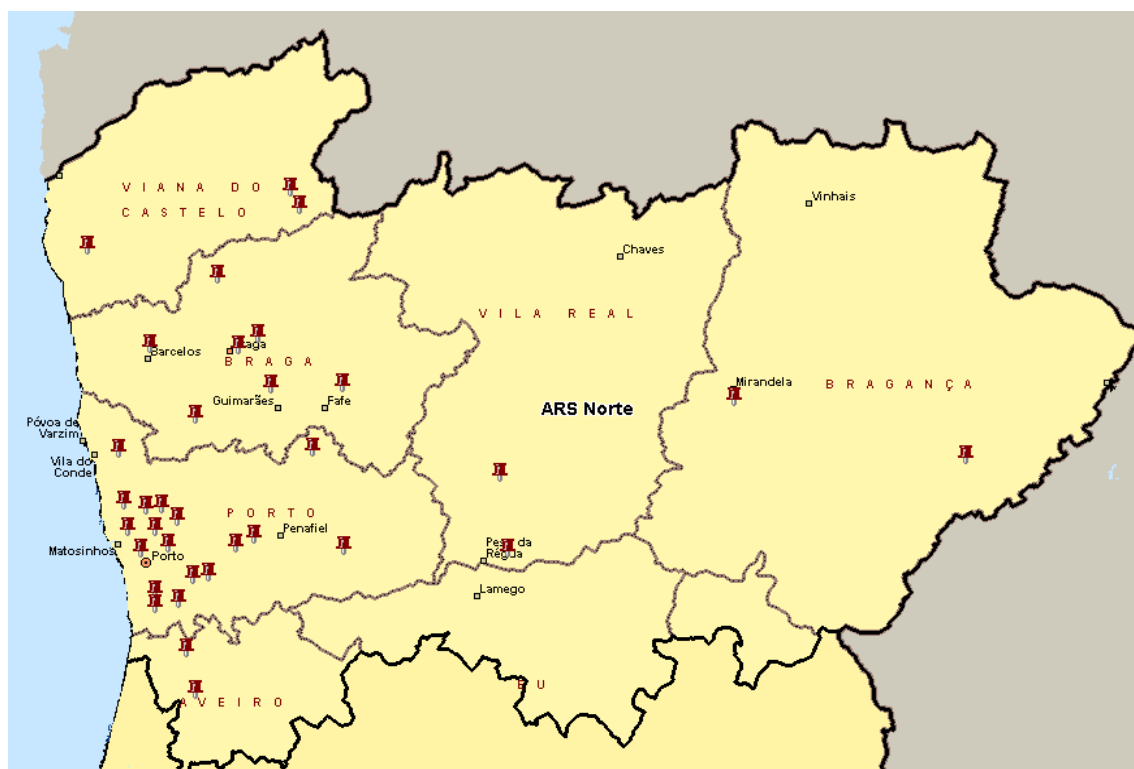
ARS	N.º de estabelecimentos	% de estabelecimentos	Estabelecimentos por 1.000.000 habitantes
Norte	34	39%	9,22
Centro	13	15%	7,48
Lisboa e Vale do Tejo	32	37%	8,74
Alentejo	5	6%	9,81
Algarve	3	3%	6,65
Total	87	100%	8,66

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

De seguida, são apresentados os mapas por ARS dos estabelecimentos convencionados, tendo em consideração os códigos postais de quatro dígitos da morada de cada estabelecimento.

⁵⁴ População dos Censos de 2011 publicada pelo INE.

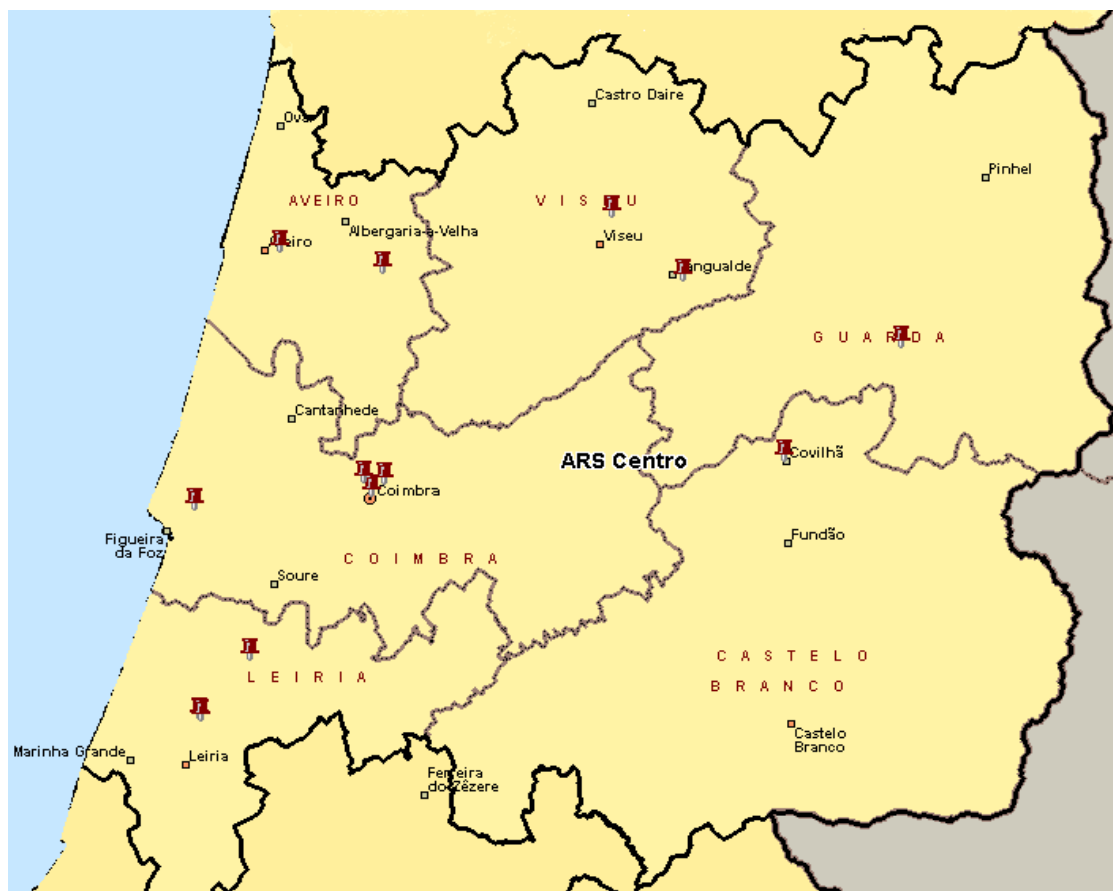
Figura n.º 6 – Estabelecimentos de Diálise convencionados com o SNS na ARS Norte



 Convencionados de Diálise.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

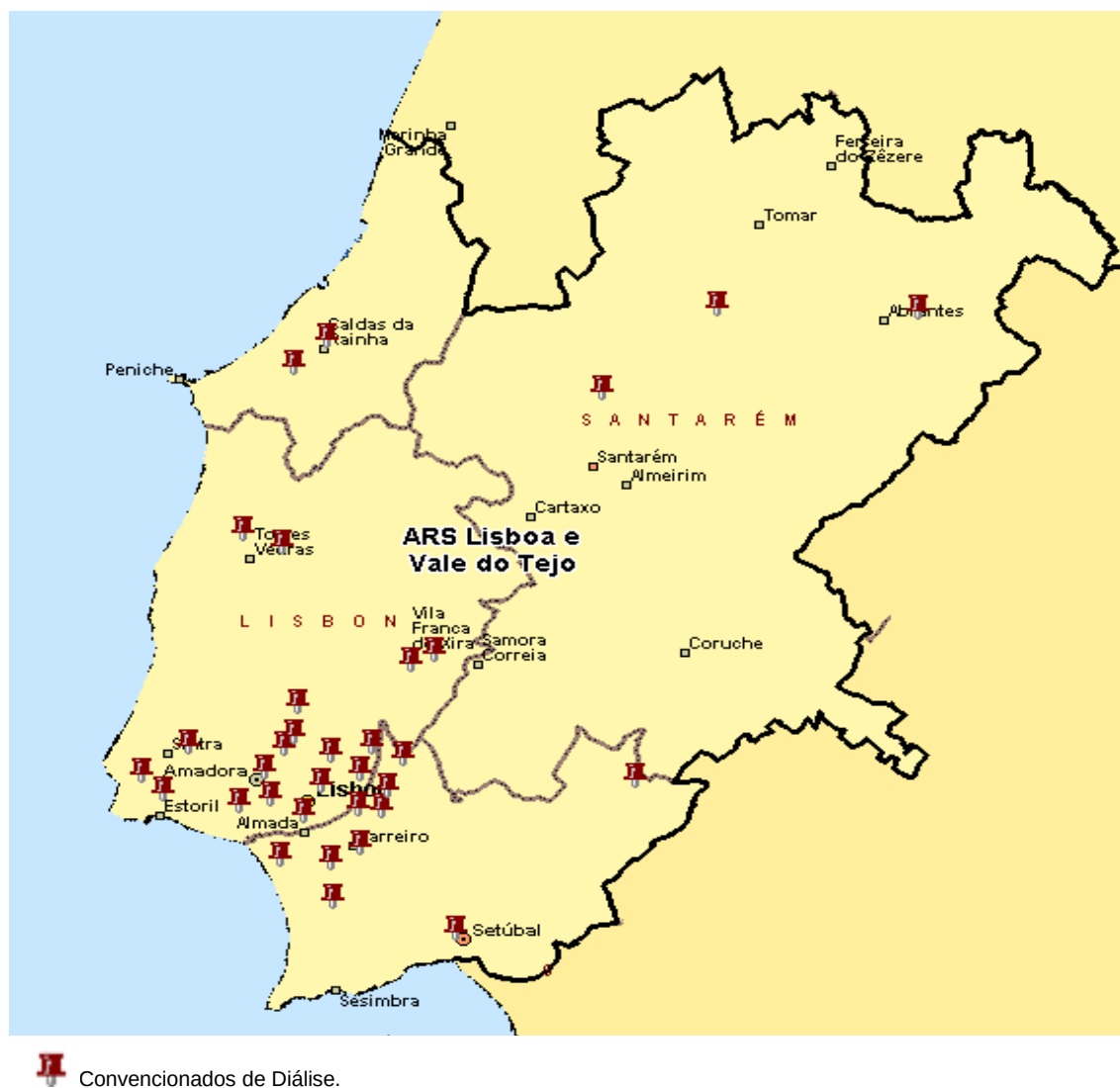
Figura n.º 7 – Estabelecimentos de Diálise convencionados com o SNS na ARS Centro



Convencionados de Diálise.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

Figura n.º 8 – Estabelecimentos de Diálise convencionados com o SNS na ARS Lisboa e Vale do Tejo



Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

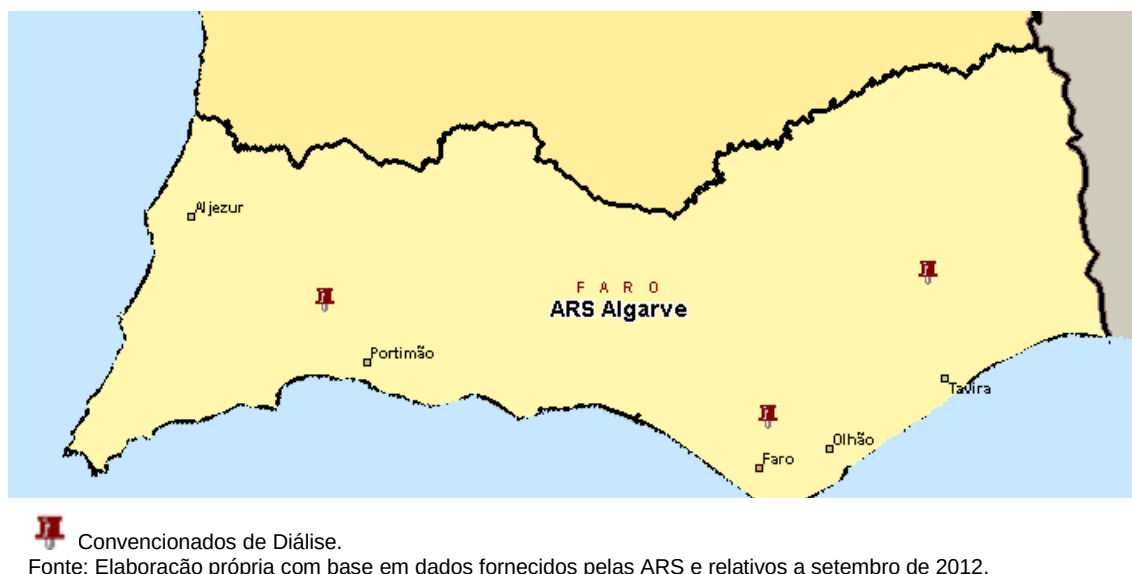
Figura n.º 9 – Estabelecimentos de Diálise convencionados com o SNS na ARS Alentejo



 Convencionados de Diálise.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

Figura n.º 10 – Estabelecimentos de Diálise convencionados com o SNS na ARS Algarve



Refira-se, por último, que não existe nesta área de prestação de cuidados de saúde oferta potencial, já que todos os estabelecimentos em exercício efetivo e titulares de licença de funcionamento se encontram convencionados com o SNS⁵⁵. Tal facto é seguramente o resultado de se verificar a situação excecional de abertura das convenções com o SNS, pelo que as entidades que têm solicitado o acesso às convenções e cumprido com os requisitos exigidos, designadamente aqueles relacionados com as regras de funcionamento dos estabelecimentos, têm obtido a aceitação da respetiva ARS.

3.3 Medicina Física e de Reabilitação

Em Portugal Continental existem atualmente 295 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em MFR detentores de convenção, em vigor, com o SNS⁵⁶. Numa análise por ARS, e conforme se pode constatar na tabela *infra*, a ARS Norte é aquela que apresenta uma percentagem mais elevada de estabelecimentos convencionados nesta área, relativamente ao total existente em Portugal Continental, com 40% (que

⁵⁵ Não foram consideradas os casos de prestadores que, apesar de estarem preparados, já com licença de funcionamento ou em vias de a obter, apenas iniciam a sua atividade após celebrarem a convenção com o SNS.

⁵⁶ Dos dados fornecidos pelas ARS constavam entidades cuja convenção se encontrava suspensa ou havia sido cessada, as quais não foram como tal contabilizadas na presente análise.

corresponde a 118 estabelecimentos), seguida pela ARS Lisboa e Vale do Tejo, com 38% (que corresponde a 112 estabelecimentos), ARS Centro, com 15% (que corresponde a 44 estabelecimentos), ARS Algarve, com 4% (que corresponde a 13 estabelecimentos) e a ARS Alentejo, com 3% (que corresponde a 8 estabelecimentos).

Tendo em consideração o rácio do número de estabelecimentos convencionados com o SNS em MFR por 1.000.000 de habitantes, constata-se que a nível nacional tal rácio é de 29,36, sendo tal valor ultrapassado pela ARS Norte, que apresenta um rácio de 31,98, e pela ARS Lisboa e Vale do Tejo, com um rácio de 30,60. Por sua vez, a ARS Algarve, a ARS Centro e a ARS Alentejo são as que apresentam os rácios de convencionados com o SNS em MFR por 1.000.000 de habitantes mais baixos, com 28,82, 25,33 e 15,69, respetivamente.

Tabela n.º 3 – Estabelecimentos de MFR convencionados com o SNS⁵⁷

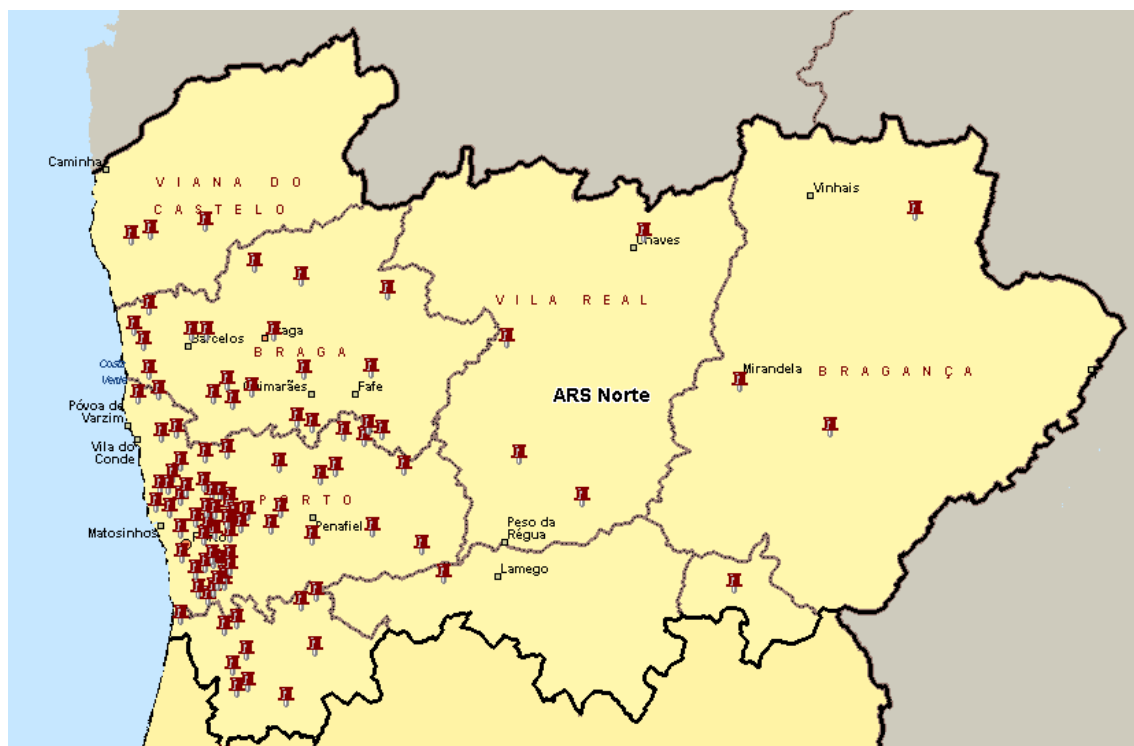
ARS	N.º de estabelecimentos	% de estabelecimentos	Estabelecimentos por 1.000.000 habitantes
Norte	118	40%	31,98
Centro	44	15%	25,33
Lisboa e Vale do Tejo	112	38%	30,60
Alentejo	8	3%	15,69
Algarve	13	4%	28,82
Total	295	100%	29,36

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

De seguida, são apresentados os mapas por ARS dos estabelecimentos convencionados, tendo em consideração os códigos postais de quatro dígitos da morada de cada estabelecimento.

⁵⁷ População dos Censos de 2011 publicada pelo INE.

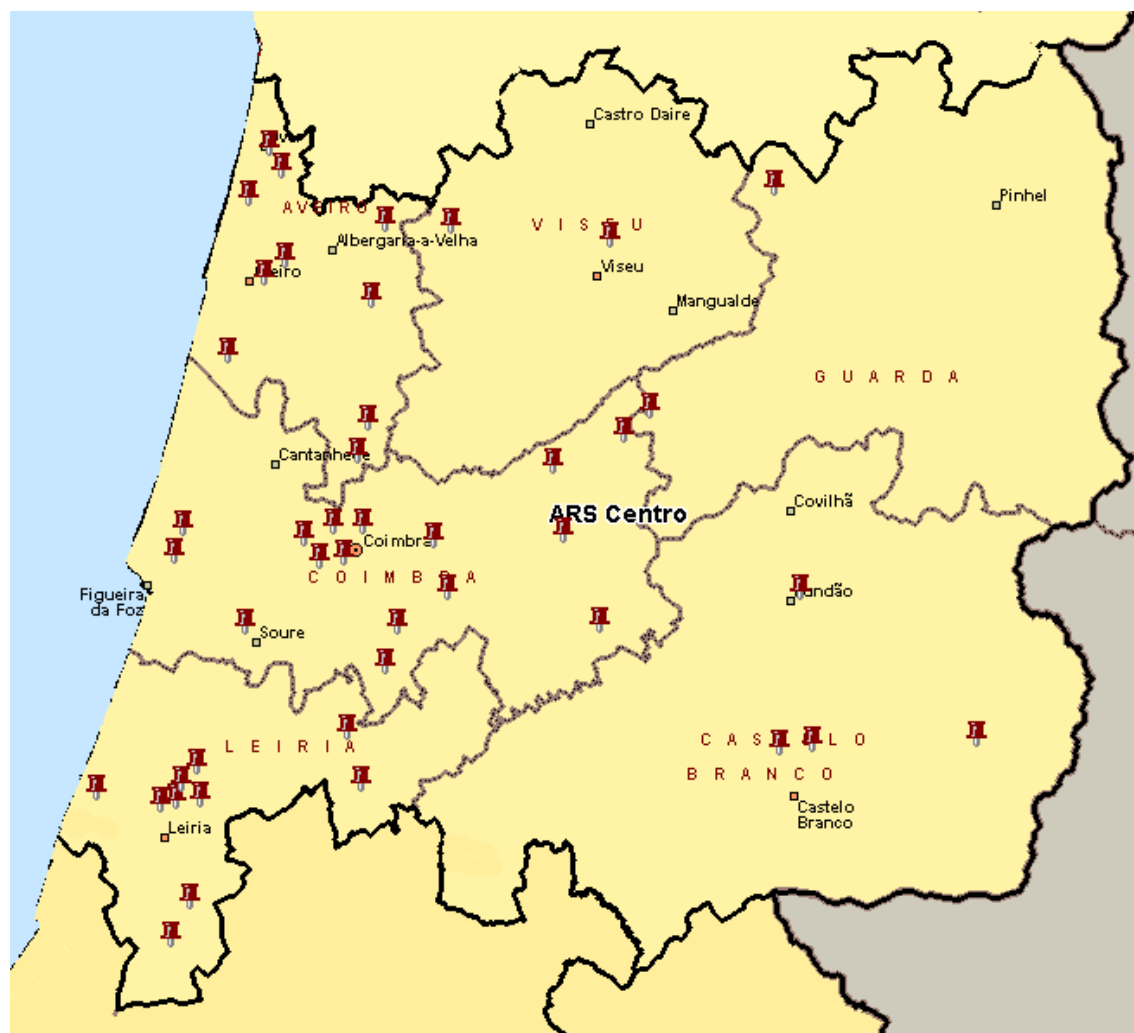
Figura n.º 11 – Estabelecimentos de MFR convencionados com o SNS na ARS Norte



Convencionados de MRF.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

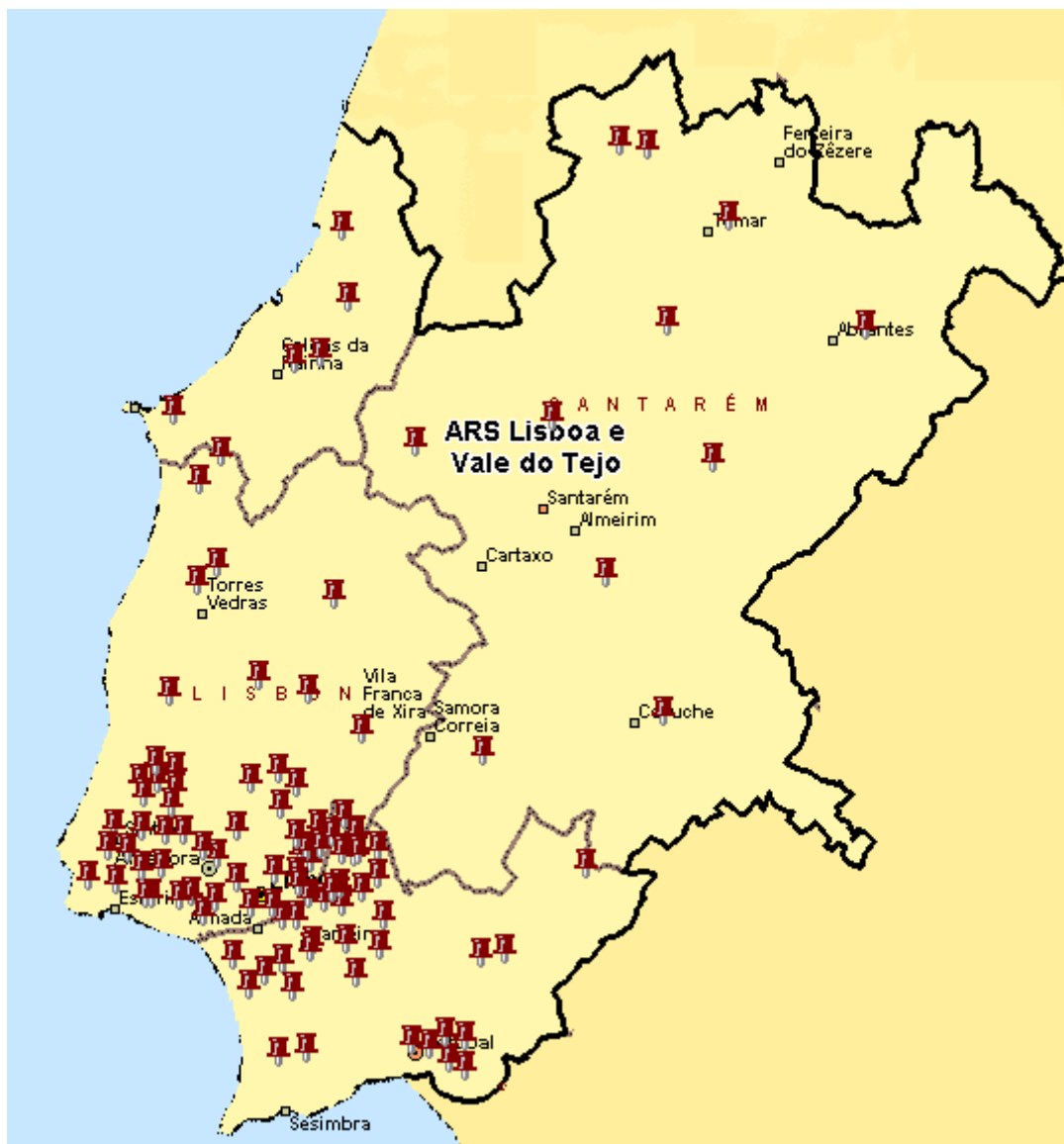
Figura n.º 12 – Estabelecimentos de MFR convencionados com o SNS na ARS Centro



Convencionados de MRF.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

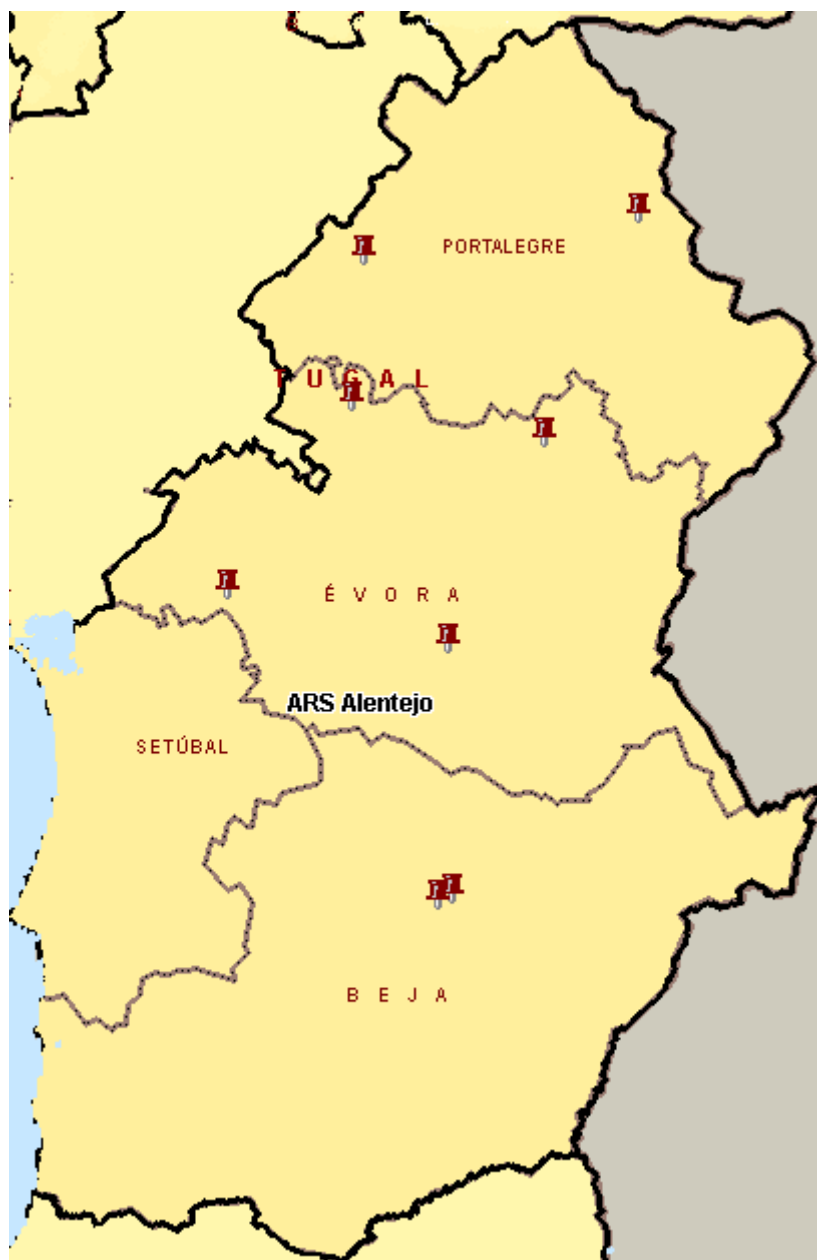
Figura n.º 13 – Estabelecimentos de MFR convencionados com o SNS na ARS Lisboa e Vale do Tejo



 Convencionados de MRF.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

Figura n.º 14 – Estabelecimentos de MFR convencionados com o SNS na ARS Alentejo



 Convencionados de MRF.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

Assim, na ARS Norte foi possível verificar a existência de 109 estabelecimentos de MFR que não possuem convenção com o SNS, dos quais 85 encontram-se licenciados, 27 não licenciados ou com processo de licenciamento ainda não concluído e 4 são IPSS. Na ARS Centro existem 50 estabelecimentos de MFR não convencionados, dos quais 47 encontram-se licenciados e 3 com processo de licenciamento ainda não concluído. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo existem 23 estabelecimentos de MFR não convencionados com o SNS que possuem licença de funcionamento. Na ARS Alentejo verificou-se existirem 17 estabelecimentos de MFR não convencionados, todos possuidores de licença de funcionamento. Por último, na ARS Algarve existem ainda 6 estabelecimentos de MFR detentores de licença de funcionamento que não estão convencionados com o SNS.

3.4 Radiologia

Em Portugal Continental existem atualmente 367 estabelecimentos de Radiologia detentores de convenção, em vigor, com o SNS⁵⁸. Em termos de análise por ARS, e conforme se pode constatar na tabela *infra*, a ARS Lisboa e Vale do Tejo é aquela que apresenta uma percentagem mais elevada de estabelecimentos convencionados com o SNS em Radiologia relativamente ao total existente em Portugal Continental, com 47% (que corresponde a 173 estabelecimentos), seguida pela ARS Norte, com 33% (que corresponde a 121 estabelecimentos), ARS Centro, com 15% (que corresponde a 56 estabelecimentos), ARS Alentejo, com 4% (que corresponde a 13 estabelecimentos), e a ARS Algarve, com 1% (que corresponde a 4 estabelecimentos).

Tendo em consideração o rácio de estabelecimentos convencionados de Radiologia por 1.000.000 de habitantes, constata-se que a nível nacional o rácio é de 36,53. Em termos de análise por ARS, verifica-se que tal valor apenas é ultrapassado pela ARS Lisboa e Vale do Tejo, com 47,27, sendo que as restantes ARS apresentam rácios inferiores ao valor exibido a nível nacional. Note-se que a ARS Norte evidencia um rácio de 32,79, a ARS Centro, 32,24, a ARS Alentejo, 25,50 e a ARS Algarve, 8,87.

Tabela n.º 4 – Estabelecimentos de Radiologia convencionados com o SNS⁵⁹

ARS	N.º de estabelecimentos	% de estabelecimentos	Estabelecimentos por 1.000.000 habitantes
Norte	121	33%	32,79
Centro	56	15%	32,24
Lisboa e Vale do Tejo	173	47%	47,27
Alentejo	13	4%	25,50
Algarve	4	1%	8,87
Total	367	100%	36,53

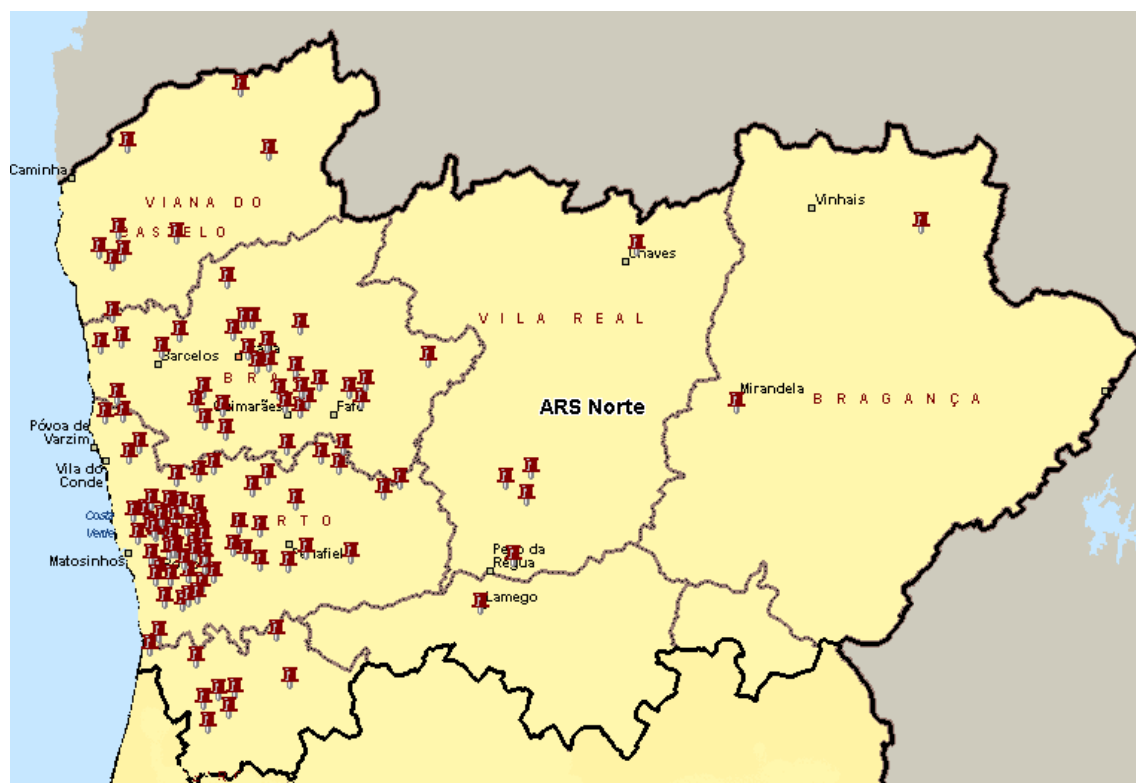
Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

De seguida, são apresentados os mapas por ARS dos estabelecimentos convencionados, tendo-se em consideração os códigos postais de quatro dígitos da morada de cada estabelecimento.

⁵⁸ Dos dados fornecidos pelas ARS constavam entidades cuja convenção se encontrava suspensa ou havia sido cessada, as quais não foram como tal contabilizadas na presente análise.

⁵⁹ População dos Censos de 2011 publicada pelo INE.

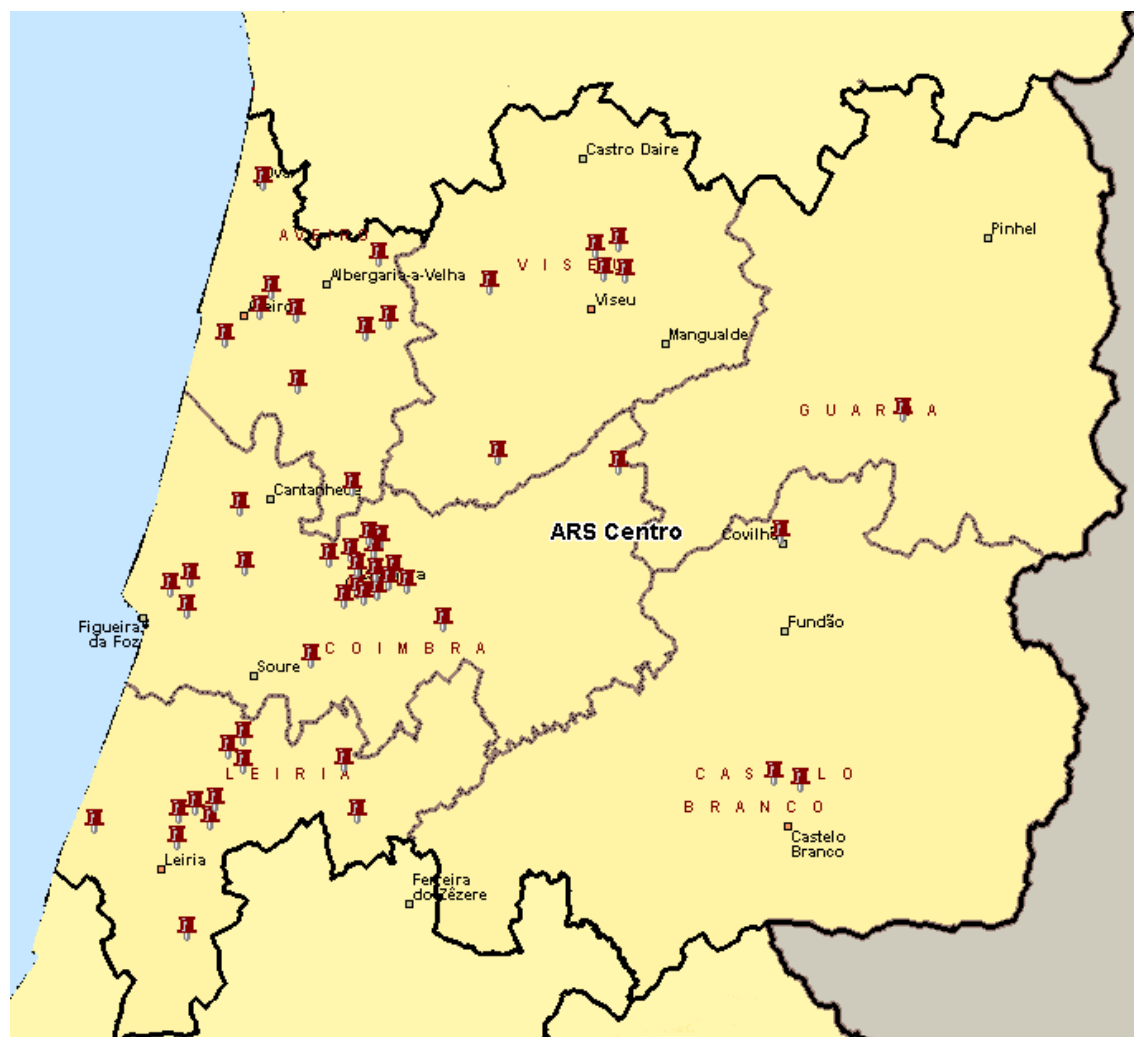
Figura n.º 16 – Estabelecimentos de Radiologia convencionados com o SNS na ARS Norte



Convencionados de Radiologia.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

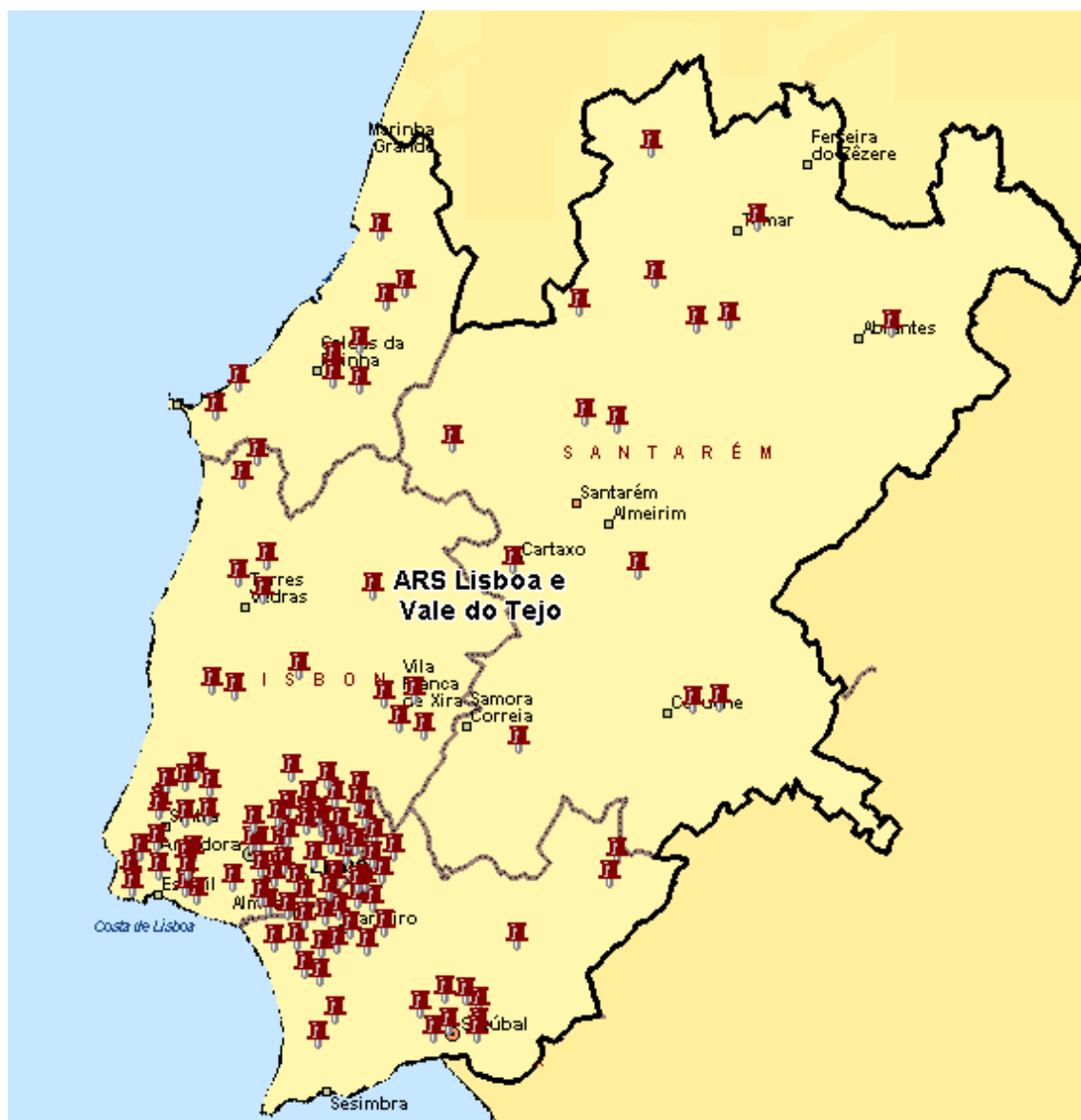
Figura n.º 17 – Estabelecimentos de Radiologia convencionados com o SNS na ARS Centro



Convencionados de Radiologia.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

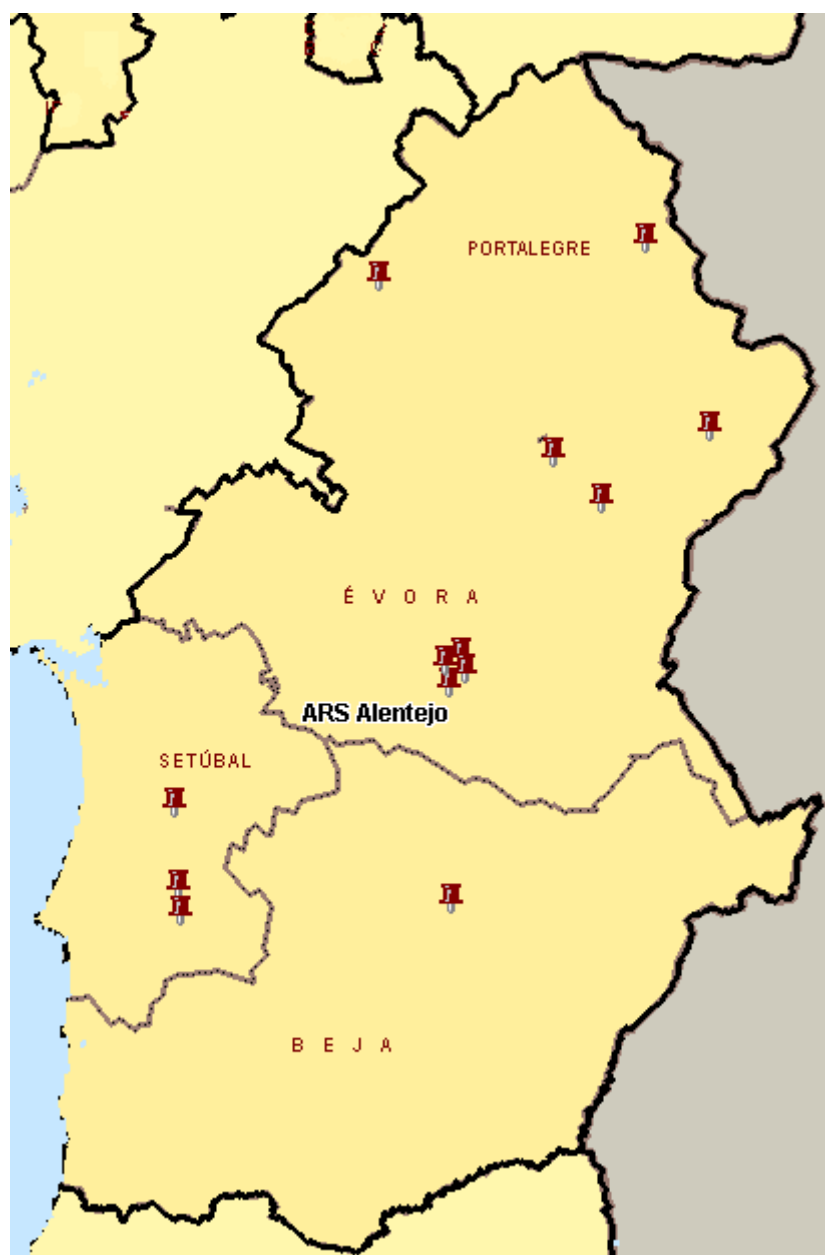
Figura n.º 18 – Estabelecimentos de Radiologia convencionados com o SNS na ARS Lisboa e Vale do Tejo



Convencionados de Radiologia.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

Figura n.º 19 – Estabelecimentos de Radiologia convencionados com o SNS na ARS Alentejo



 Convencionados de Radiologia.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

Figura n.º 20 – Estabelecimentos de Radiologia convencionados com o SNS na ARS Algarve



Convencionados de Radiologia.

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

No que concerne à existência de oferta potencial, que, num cenário de abertura das convenções, estaria em condições de aderir, de acordo com os dados fornecidos pelas ARS, existem na ARS Norte 34 estabelecimentos de Radiologia que não possuem convenção com o SNS, dos quais 5 encontram-se licenciados, 4 possuem autorização provisória de abertura e 25 encontram-se por vistoriar. Na ARS Centro existem 15 estabelecimentos de Radiologia não convencionados que possuem licença de funcionamento. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo existem 7 estabelecimentos de Radiologia não convencionados com o SNS que possuem licença de funcionamento. Na ARS Alentejo verificou-se existirem 10 estabelecimentos de Radiologia não convencionados, dos quais 4 possuem licença de funcionamento, 3 licença provisória, e 3 encontram-se em processo de licenciamento. Por último, na ARS Algarve existem 10 estabelecimentos de Radiologia não convencionados com o SNS, estando 7 deles licenciados e 4 possuem autorização provisória.

3.5 Conclusão

Neste capítulo foi apresentada a distribuição da oferta de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde convencionados com o SNS nas áreas de Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia, pelas respetivas ARS.

A ARS Norte é aquela que apresenta mais postos de colheitas de Análises Clínicas, estabelecimentos de Diálise e estabelecimentos de MFR convencionados com o SNS, bem como aquela em que a oferta potencial de estabelecimentos de Radiologia é mais elevada, e ainda a que apresenta o maior número de estabelecimentos de MFR convencionados, em termos relativos, por milhão de habitantes.

A ARS Centro destaca-se por ser aquela que tem a maior oferta de postos de colheita de Análises Clínicas por milhão de habitantes.

No que concerne à ARS Lisboa e Vale do Tejo, esta é a região com o maior número de laboratórios clínicos centrais e de estabelecimentos de Radiologia convencionados (quase 50% de todos os estabelecimentos convencionados de Radiologia). Por outro lado, é a região com o menor número de postos de colheita em termos ajustados por população residente (por milhão de habitantes) e aquela que apresenta menor oferta potencial de Radiologia.

A ARS Alentejo é aquela que apresenta o menor número de laboratórios clínicos e de estabelecimentos de MFR convencionados, inclusive por milhão de habitantes.

Por último, a ARS Algarve apresenta, juntamente com a ARS Alentejo, o menor número de laboratórios clínicos convencionados, mas apresenta também o menor números de estabelecimentos de Diálise e de estabelecimentos de Radiologia convencionados com o SNS, inclusive por milhão de habitantes, e aquela que apresenta menor oferta potencial de MFR.

4. Acesso dos utentes a cuidados de saúde convencionados com o SNS

4.1. Metodologia

Feita a análise da oferta de cuidados de saúde convencionados com o SNS nas áreas de Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia e apresentada a respetiva localização, de seguida é avaliado o acesso aos cuidados de saúde convencionados numa ótica de proximidade dos utentes aos mesmos.

Assim, para se aferir da proximidade dos utentes aos referidos estabelecimentos, foi efetuada uma análise da cobertura populacional desses prestadores, a nível nacional e por cada uma das ARS, tendo em consideração três intervalos de tempo de viagem em estrada adequada: inferior a 15 minutos, entre 15 a 30 minutos, e superior a 30 minutos. A escolha da referência de 30 minutos justifica-se pelo facto de que, como já identificado pela ERS em estudos anteriores⁶⁰, este tempo de viagem em estrada reflete globalmente a abrangência dos estabelecimentos prestadores de MCDT⁶¹. Sendo assim, as populações que não são cobertas até este tempo de referência podem ser vistas como populações com um baixo acesso aos cuidados de saúde convencionados em termos de proximidade, ou seja, populações que estarão a enfrentar barreiras de proximidade à obtenção dos respetivos cuidados de saúde^{62 63}.

⁶⁰ Veja-se, por exemplo, o “Estudo sobre a Concorrência no Sector da Prestação de Serviços de Medicina Física e de Reabilitação”, disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=20, ou a “Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação”, publicada em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=62.

⁶¹ Por exemplo, conforme visto no “Estudo sobre a Concorrência no Sector da Prestação de Serviços de Medicina Física e de Reabilitação”, aproveitando a estimação do alcance dos estabelecimentos prestadores de serviços de MFR realizada no estudo de “Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação”, com base nos fluxos de utentes (ao todo, 1.701 utentes) de uma amostra de prestadores representativa do tecido de prestadores na área de MFR, e definindo a referência de 85% para a identificação das áreas em que a maioria dos clientes reside, verificou-se que aproximadamente 85% dos utentes efetuou deslocações de até 30 minutos.

⁶² Para que a referida análise fosse possível, foram consideradas as populações dos concelhos e pontos de referência dessas áreas. Os pontos de referência são centróides ou as principais localidades, com maior população (centróide significa “Ponto ou coordenada de uma forma geométrica que estabelece o seu centro geométrico” – cfr. www.priberam.pt).

⁶³ Note-se que a análise realizada no presente capítulo não considera os âmbitos geográficos das convenções, o que em alguns casos poderia limitar os tempos de viagem para valores inferiores a 30 minutos, como por exemplo naquelas convenções em que o âmbito geográfico se restringe à área(s) de determinado(s) ACES.

4.2. Análises Clínicas

Tendo em conta os estabelecimentos convencionados com o SNS em Análises Clínicas e considerando conjuntamente os laboratórios clínicos centrais e os postos de colheita, bem como as populações dos concelhos e os pontos de referência dessas áreas, resulta que 9.452.568 habitantes são cobertos pelas áreas de abrangência até 15 minutos de viagem em estrada, ou seja, cerca de 94,1% da população de Portugal Continental encontra-se a uma distância/tempo até 15 minutos de estabelecimentos convencionados com o SNS em Análises Clínicas. Entre 15 minutos a 30 minutos de viagem em estrada estão cobertos 561.336 habitantes, o que corresponde a 5,6% do total da população de Portugal Continental. Os restantes 33.179 habitantes encontram-se a uma distância/tempo superior a 30 minutos de viagem em estrada, o que equivale a 0,3% do total da população de Portugal Continental (ver tabela *infra*).

Tabela n.º 5 – Análise da cobertura populacional dos convencionados com o SNS em Análises Clínicas, a nível nacional^{64 65}

Tempo percorrido	População coberta	% da População coberta
Inferior a 15 minutos	9.452.568	94,1%
Entre 15 a 30 minutos	561.336	5,6%
Superior a 30 minutos	33.179	0,3%

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

A análise da cobertura populacional dos convencionados com o SNS na área convencionada de Análises Clínicas, a nível nacional e por ARS, é apresentada na tabela *infra*. Da mesma decorre que, embora cerca de 94,1% da população esteja a uma distância/tempo até 15 minutos de estabelecimentos convencionados com o SNS em Análises Clínicas, as percentagens variam entre cada uma das ARS. Com efeito, estes valores são de 95,7% para a ARS Norte, de 95,5% para a ARS Centro, de 94,2% para a ARS Lisboa e Vale do Tejo, de 85,3% para a ARS Alentejo e de 84,6% para a ARS Algarve.

Entre 15 a 30 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento convencionado de Análises Clínicas, encontra-se coberta uma percentagem de 4,3% do total da

⁶⁴ População dos Censos de 2011 publicada pelo INE.

⁶⁵ Importa notar que foi tido em consideração a análise conjunta dos laboratórios clínicos e dos postos de colheita.

população da ARS Norte e da ARS Centro, sendo que as percentagens das ARS Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve são de 5,8%, 8,9% e 15,4%, respetivamente.

Para um tempo de viagem superior a 30 minutos de um estabelecimento convencionado, a ARS Centro⁶⁶ e a ARS Alentejo⁶⁷ apresentam uma percentagem da população coberta de 0,2% e 5,8%, respetivamente.

Do exposto resulta então que apenas na ARS Centro e na ARS Alentejo existe população que não se encontra a uma distância/tempo até 30 minutos de um estabelecimento convencionado de Análises Clínicas. Nas restantes ARS toda a população está a uma distância/tempo inferior a 30 minutos de viagem em estrada de pelo menos um estabelecimento convencionado de Análise Clínicas (laboratório clínico ou posto de colheita).

Tabela n.º 6 – Análise da cobertura populacional dos convencionados com o SNS em Análises Clínicas, por ARS^{68 69}

Tempo percorrido	ARS Norte		ARS Centro		ARS Lisboa e Vale do Tejo		ARS Alentejo		ARS Algarve	
	População	%	População	%	População	%	População	%	População	%
Inferior a 15 minutos	3.529.990	95,7%	1.659.124	95,5%	3.447.083	94,2%	434.704	85,3%	381.667	84,6%
Entre 15 a 30 minutos	159.619	4,3%	74.505	4,3%	212.586	5,8%	45.288	8,9%	69.338	15,4%
Superior a 30 minutos	0	0,0%	3.430	0,2%	0	0,0%	29.749	5,8%	0	0,0%
Total	3.689.609	100%	1.737.059	100%	3.659.669	100%	509.741	100%	451.005	100%

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

A propósito da cobertura populacional dos estabelecimentos convencionados com o SNS em Análises Clínicas, veja-se a figura *infra*.

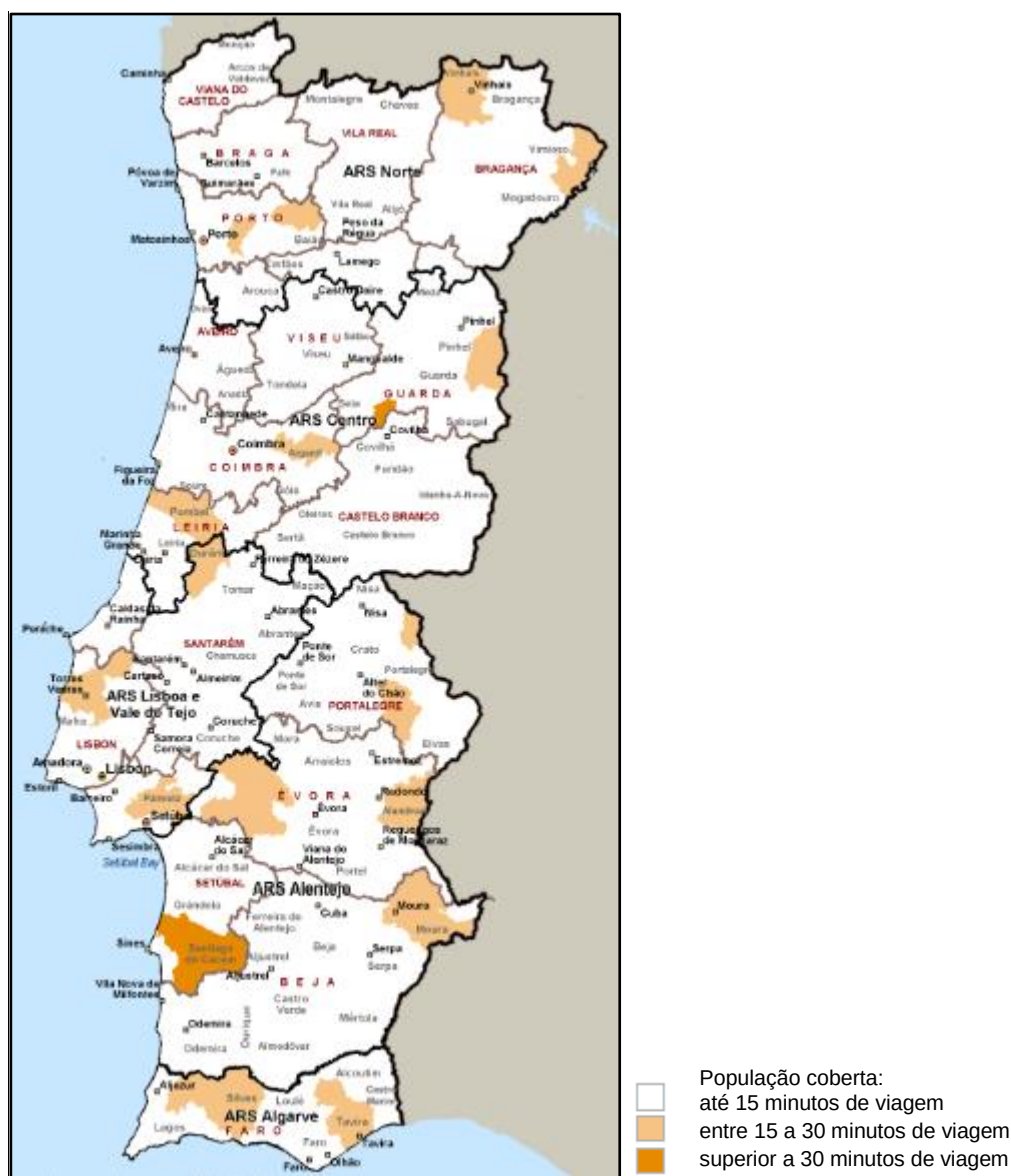
⁶⁶ Dentro da área de jurisdição da ARS Centro e atento ao método utilizado, o concelho de Manteigas é o único cuja população não está coberta por áreas de influência até 30 minutos de viagem em estrada de prestadores convencionados com o SNS na valência de Análises Clínicas.

⁶⁷ Dentro da área de jurisdição da ARS Alentejo e atento ao método utilizado, o concelho de Santiago do Cacém é o único cuja população não está coberta por áreas de influência até 30 minutos de viagem em estrada de prestadores convencionados com o SNS em Análises Clínicas.

⁶⁸ População dos Censos de 2011 publicada pelo INE.

⁶⁹ Importa notar que foi tida em consideração a análise conjunta dos laboratórios clínicos e dos postos de colheita.

Figura n.º 21 – Cobertura populacional dos estabelecimentos convencionados com o SNS em Análises Clínicas



Fonte: Elaboração própria com base na aplicação MapPoint.

Assim, em todas as ARS, com exceção do concelho de Manteigas na ARS Centro e do concelho de Santiago do Cacém na ARS Alentejo, a população reside a menos de 30 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento convencionado com o SNS em Análises Clínicas, exibindo quase todas as ARS percentagens muito semelhantes à apresentada a nível nacional. Tal denota que o nível de acessibilidade em todo o território nacional se apresenta como claramente satisfatório.

Se se incluísse nesta análise a oferta potencial (cinco laboratórios na ARS Norte, dos quais somente um dos laboratórios possui três postos de colheita e os restantes

laboratórios não possuem nenhum posto de colheita, e um laboratório na ARS Centro, o qual possui seis postos de colheita), não se obteria resultados melhores em termos de proximidade, na medida em que esta oferta se situa próxima dos estabelecimentos atualmente convencionados. Porém, a inclusão da oferta potencial entre os convencionados aumentaria o leque de escolhas por parte dos utentes.

4.3. Diálise

Em Diálise e tendo em consideração as populações dos concelhos e os pontos de referência dessas áreas, apurou-se que mais de cinco milhões de habitantes estão a uma distância/tempo de um estabelecimento convencionado de Diálise inferior a 15 minutos de viagem em estrada, o que corresponde a cerca de 57,4% da população de Portugal Continental. Entre 15 a 30 minutos de viagem em estrada estão cobertos 2.510.570 habitantes, o que corresponde a 25,0% do total da população. Por fim 1.769.834 habitantes encontram-se a uma distância/tempo superior a 30 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento convencionado de Diálise, o equivalente a 17,6% do total da população de Portugal Continental (ver tabela *infra*).

Tabela n.º 7 – Análise da cobertura populacional dos convencionados com o SNS em Diálise, a nível nacional⁷⁰

Tempo percorrido	População coberta	% da População coberta
Inferior a 15 minutos	5.766.679	57,4%
Entre 15 a 30 minutos	2.510.570	25,0%
Superior a 30 minutos	1.769.834	17,6%

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

Por comparação com Análises Clínicas, verifica-se, desde logo, que a percentagem da população que se encontra a uma distância/tempo acima de 30 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento convencionado é significativamente superior, pelo que o nível de acessibilidade da população a este tipo de cuidados de saúde convencionados é inferior. Importa notar que esta cobertura populacional verifica-se na única área convencionada em análise em que existe a possibilidade de novos prestadores aderirem às convenções, por ser a única área que, no seguimento da

⁷⁰ População dos Censos de 2011 publicada pelo INE.

aprovação do Regime das Convenções pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, viu aprovado e publicado o respetivo clausulado tipo para a prestação de cuidados de saúde, conforme já referido *supra*.

As percentagens por cada ARS e o total dos números populacionais aproximados abrangidos pelas áreas de influência são apresentados na tabela *infra*. Da leitura da mesma decorre que, embora cerca de 57,4% da população se encontre a uma distância/tempo inferior a 15 minutos de viagem em estrada dos estabelecimentos convencionados com o SNS em Diálise, as percentagens variam muito entre cada uma das ARS. Com efeito, estes valores são de 53,1% para a ARS Norte, de 40,9% para a ARS Centro, de 78,7% para a ARS Lisboa e Vale do Tejo, de 9,4% para a ARS Alentejo e de 36,7% para a ARS Algarve.

Entre 15 a 30 minutos de viagem em estrada estão cobertos 32,4% do total da população da ARS Norte, 34,9% da ARS Centro, 12,5% da ARS Lisboa e Vale do Tejo, 24,3% da ARS Alentejo e 28,2% da população da ARS Algarve.

Por último, e para um tempo de viagem superior a 30 minutos de um estabelecimento convencionado, a ARS Norte⁷¹ apresentou uma cobertura de 14,4% da população, a ARS Centro⁷² uma cobertura de 24,2%, a ARS Lisboa e Vale do Tejo⁷³ uma cobertura

⁷¹ Os concelhos abrangidos pela ARS Norte que, de acordo com o método utilizado, evidenciaram que a população não está coberta por áreas de influência até 30 minutos de prestadores convencionados com o SNS em Diálise são: Alfândega da Fé, Alijó, Amarante, Arcos de Valdevez, Boticas, Bragança, Cabeceiras de Basto, Carraceda de Ansiães, Castelo de Paiva, Chaves, Cinfães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Melgaço, Moimenta da Beira, Monção, Montalegre, Murça, Paredes de Coura, Penedono, Ponte de Lima, Resende, Ribeira de Pena, São João da Pesqueira, Sernancelhe, Tabuaço, Terras de Bouro, Torre de Moncorvo, Vale de Cambra, Valença, Valpaços, Vieira do Minho, Vila Nova de Cerveira, Vila Nova de Foz Côa, Vila Pouca de Aguiar, Vimioso, e Vinhais.

⁷² Os concelhos abrangidos pela ARS Centro que, de acordo com o método utilizado, evidenciaram que a população não está coberta por áreas de influência até 30 minutos de prestadores convencionados com o SNS em Diálise são: Aguiar da Beira, Almeida, Alvaiázere, Arganil, Carregal do Sal, Castanheira de Pera, Castelo Branco, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Figueiró dos Vinhos, Fornos de Algodres, Góis, Gouveia, Idanha-a-Nova, Lousã, Manteigas, Meda, Mortágua, Oleiros, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penamacor, Pinhel, Porto de Mós, Proença-a-Nova, Sabugal, Santa Comba Dão, São Pedro do Sul, Sátão, Seia, Sertão, Sever do Vouga, Tábua, Trancoso, Vila de Rei, Vila Nova de Paiva, Vila Nova de Poiares, e Vila Velha de Ródão

⁷³ Os concelhos abrangidos pela ARS Lisboa e Vale do Tejo que, de acordo com o método utilizado, evidenciaram que a população não está coberta por áreas de influência até 30 minutos de prestadores convencionados com o SNS em Diálise são: Alcobaça, Alenquer, Almeirim, Cadaval, Chamusca, Coruche, Lourinhã, Mação, Montijo, Ourém e Salvaterra de Magos.

de 8,7%, a ARS Alentejo⁷⁴ uma cobertura de 66,2% e a ARS Algarve⁷⁵ uma cobertura de 35,1%.

Pelo que, tal como verificado a nível nacional, da análise por região de saúde resulta que uma percentagem ainda significativa das respetivas populações (sendo de destacar a ARS Alentejo com mais de 66% e a ARS Algarve com mais de 35% da população) se encontra a mais de 30 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento convencionado de Diálise. Nessa medida, o nível de acessibilidade a este tipo de cuidados de saúde convencionados, por parte das populações identificadas nas notas de rodapé 68 a 72, deve ser considerado baixo, o que, conjugado com facto de na área de Diálise os tratamentos serem frequentes, representa uma dificuldade de acesso acrescida para os utentes que necessitam deste tipo de cuidados.

Tabela n.º 8 – Análise da cobertura populacional dos convencionados com o SNS em Diálise, por ARS⁷⁶

Tempo percorrido	ARS Norte		ARS Centro		ARS Lisboa e Vale do Tejo		ARS Alentejo		ARS Algarve	
	População	%	População	%	População	%	População	%	População	%
Inferior a 15 minutos	1.960.641	53,1%	710.649	40,9%	2.881.808	78,7%	48.011	9,4%	165.570	36,7%
Entre 15 a 30 minutos	1.195.948	32,4%	605.575	34,9%	457.864	12,5%	124.120	24,3%	127.063	28,2%
Superior a 30 minutos	533.020	14,4%	420.835	24,2%	319.997	8,7%	337.610	66,2%	158.372	35,1%
Total	3.689.609	100%	1.737.059	100%	3.659.669	100%	509.741	100%	451.005	100%

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

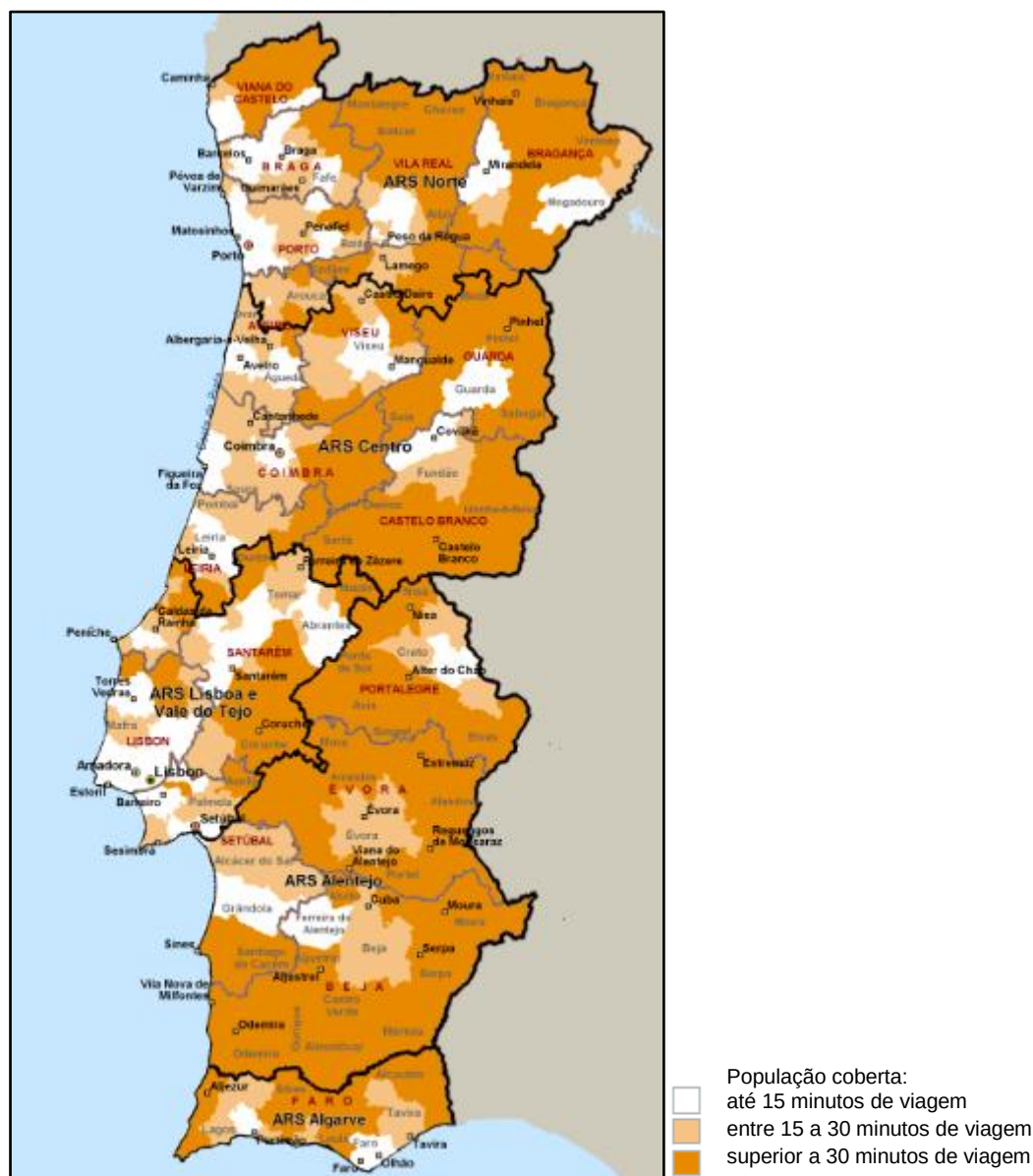
A propósito da cobertura populacional dos estabelecimentos convencionados com o SNS em Diálise, veja-se a figura *infra*.

⁷⁴ Os concelhos abrangidos pela ARS Alentejo que, de acordo com o método utilizado, evidenciaram que a população não está coberta por áreas de influência até 30 minutos de prestadores convencionados com o SNS em diálise são: Alandroal, Aljustrel, Almodôvar, Alter do Chão, Alvito, Arraiolos, Avis, Barrancos, Borba, Campo Maior, Castro Verde, Elvas, Estremoz, Fronteira, Gavião, Mértola, Monforte, Montemor-o-Novo, Mora, Moura, Mourão, Nisa, Odemira, Ourique, Ponte de Sor, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Santiago do Cacém, Serpa, Sines, Sousel, Vendas Novas, Viana do Alentejo, Vidigueira e Vila Viçosa.

⁷⁵ Os concelhos abrangidos pela ARS Algarve que, de acordo com o método utilizado, evidenciaram que a população não está coberta por áreas de influência até 30 minutos de prestadores convencionados com o SNS em Diálise são: Alcoutim, Aljezur, Castro Marim, Loulé, São Brás de Alportel, Silves, Vila do Bispo, e Vila Real de Santo António.

⁷⁶ População dos Censos de 2011 publicada pelo INE.

Figura n.º 22 – Cobertura populacional dos estabelecimentos convencionados em Diálise com o SNS



Fonte: Elaboração própria com base na aplicação MapPoint.

Em síntese, a percentagem da população que, em cada uma das ARS, se encontra a mais de 30 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento convencionado de Diálise é bastante significativa, em especial na ARS Alentejo (66,2%), mas também na ARS Algarve (35,1%) e na ARS Centro (24,5%). Assim, tal como verificado a nível nacional, nestas regiões o nível de acessibilidade a este tipo de cuidados de saúde convencionados é relativamente baixo, em termos de proximidade.

4.4. Medicina Física e de Reabilitação

Para se aferir da proximidade dos utentes aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde convencionados com SNS em MFR, foi efetuada, tal como para as áreas analisadas *supra*, uma análise da cobertura populacional desses prestadores, a nível nacional e por cada uma das ARS, tendo em consideração três intervalos de tempo de viagem em estrada adequada: inferior a 15 minutos, entre 15 a 30 minutos, e superior a 30 minutos.

Tendo em consideração as populações dos concelhos e os pontos de referência dessas áreas, foi possível apurar que 7.640.632 habitantes encontram-se a uma distância/tempo de um estabelecimento convencionado de MFR inferior a 15 minutos de viagem em estrada, o que corresponde a cerca de 76,0% da população de Portugal Continental. Entre 15 a 30 minutos de viagem em estrada estão cobertos 1.433.747 habitantes, o que corresponde a 14,3% do total da população de Portugal Continental. Por fim, 972.704 habitantes encontram-se a uma distância/tempo superior a 30 minutos de viagem em estrada, equivalente a 9,7% do total da população de Portugal Continental (ver tabela *infra*).

Tabela n.º 9 – Análise da cobertura populacional dos convencionados com o SNS em MFR, a nível nacional⁷⁷

Tempo percorrido	População coberta	% da População coberta
Inferior a 15 minutos	7.640.632	76,0%
Entre 15 a 30 minutos	1.433.747	14,3%
Igual ou superior a 30 minutos	972.704	9,7%

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

As percentagens por cada ARS e o total dos números populacionais abrangidos pelas suas áreas de influência são apresentados na tabela *infra*. Verifica-se, assim, que, embora cerca de 76,0% da população se encontre a uma distância inferior a 15 minutos de viagem dos estabelecimentos convencionados com o SNS em MFR, as percentagens variam muito entre cada uma das ARS. Com efeito, estes valores são de 79,6% para a ARS Norte, de 58,0% para a ARS Centro, de 89,3% para a ARS Lisboa e Vale do Tejo, de 15,7% para a ARS Alentejo e de 77,6% para a ARS Algarve.

⁷⁷ População dos Censos de 2011 publicada pelo INE.

Entre 15 a 30 minutos de viagem em estrada estão cobertos 11,7% do total da população da ARS Norte, 25,7% da ARS Centro, 8,9% da ARS Lisboa e Vale do Tejo, 26,6% da ARS Alentejo e 21,7% da população da ARS Algarve.

Por último, para um tempo de viagem superior a 30 minutos de um estabelecimento convencionado em MFR encontra-se 8,8% da população da ARS Norte, o que significa que existem concelhos⁷⁸ incluídos na área de jurisdição desta ARS em que se deve considerar que o nível de acessibilidade é baixo. Na ARS Centro constata-se que a percentagem da população que se encontra a uma distância/tempo superior a 30 minutos de prestadores de MFR convencionados com o SNS, é de 16,3%, o que significa que também aqui existem diversos concelhos em que se deve considerar igualmente que o nível de acessibilidade é baixo⁷⁹. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo apenas 1,9% da população encontra-se a uma distância/tempo superior a 30 minutos de prestadores convencionados com o SNS de MFR, o que significa que nesta ARS o nível de acessibilidade é mais elevado, apresentando apenas quatro concelhos com nível de acessibilidade mais baixo⁸⁰. Na ARS Algarve o nível de acessibilidade é mais alto, na medida em que, e de acordo com o método utilizado, apenas 0,6% da população se encontra a uma distância/tempo superior a 30 minutos de prestadores de MFR convencionados com o SNS, sendo o concelho de Alcoutim o único cuja população se encontra a mais de 30 minutos de viagem em estrada. Por último, constata-se que a ARS que apresenta uma maior dificuldade de acesso dos utentes aos cuidados de MFR é a ARS Alentejo, na medida em que mais de metade da sua população⁸¹, mais concretamente 57,7%, se encontra a uma distância/tempo superior a 30 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento convencionado em MFR,

⁷⁸ De acordo com o método utilizado, estes concelhos são: Alijó, Arcos de Valdevez, Armamar, Cabeceiras de Basto, Carraceda de Ansiães, Cinfães, Freixo de Espada à Cinta, Lamego, Melgaço, Miranda do Douro, Mogadouro, Moimenta da Beira, Monção, Montalegre, Murça, Paredes de Coura, Penedono, Ponte da Barca, São João da Pesqueira, Tabuaço, Tarouca, Terras de Bouro, Torre de Moncorvo, Valença, Valpaços, Vila Nova de Cerveira, Vila Nova de Foz Côa, Vila Pouca de Aguiar, Vimioso e Vinhais.

⁷⁹ De acordo com o método utilizado, estes concelhos são: Almeida, Castanheira de Pêra, Celorico da Beira, Gouveia, Guarda, Manteigas, Meda, Mortágua, Nelas, Oleiros, Penamacor, Pinhel, Pombal, Proença-a-Nova, Sabugal, São Pedro do Sul, Seia, Sertão, Trancoso, Vila de Rei, Vila Nova de Paiva e Vila Velha de Ródão.

⁸⁰ De acordo com o método utilizado, estes concelhos são: Cadaval, Cartaxo, Mação e Salvaterra de Magos.

⁸¹ De acordo com o método utilizado, os concelhos abrangidos pela na ARS Alentejo que evidenciaram que a população não está coberta por áreas de influência até 30 minutos de prestadores convencionados com o SNS de MFR são: Alandroal, Alcácer do Sal, Aljustrel, Almodôvar, Alter do Chão, Alvíto, Avis, Barrancos, Campo Maior, Castro Verde, Elvas, Ferreira do Alentejo, Fronteira, Gavião, Grândola, Mértola, Monforte, Montemor-o-Novo, Moura, Mourão, Nisa, Odemira, Ourique, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Santiago do Cacém, Sines, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vidigueira.

apresentando como tal um nível de acessibilidade baixo. Acresce que em MFR os tratamentos podem muitas vezes prolongar-se por vários dias, obrigando os utentes a diversas viagens para a sua realização.

Tabela n.º 10 – Análise da cobertura populacional dos convencionados com o SNS em MFR, por ARS⁸²

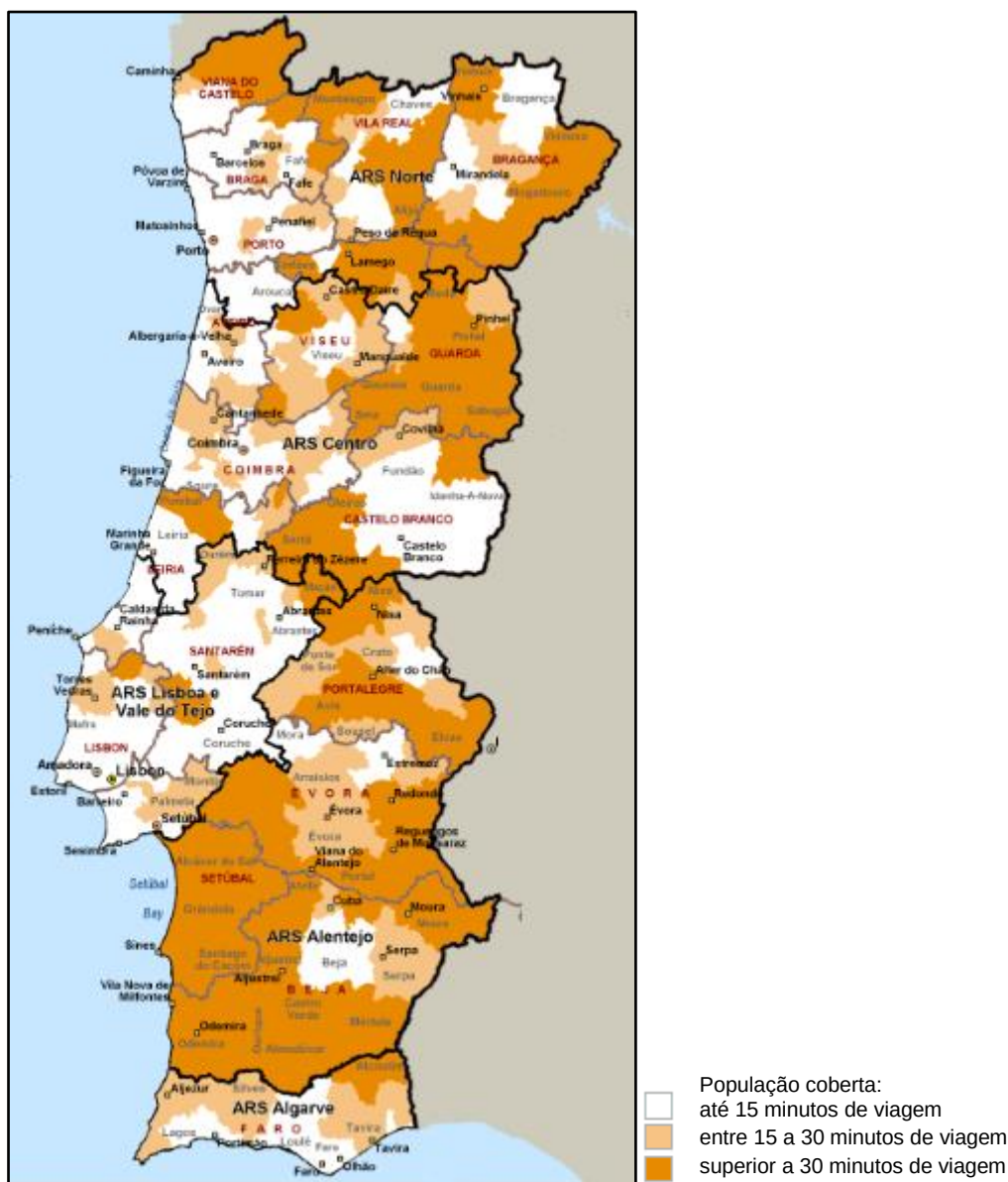
Tempo percorrido	ARS Norte		ARS Centro		ARS Lisboa e Vale do Tejo		ARS Alentejo		ARS Algarve	
	População	%	População	%	População	%	População	%	População	%
Inferior a 15 minutos	2.935.400	79,6%	1.007.876	58,0%	3.267.097	89,3%	80.060	15,7%	350.199	77,6%
Entre 15 a 30 minutos	430.170	11,7%	445.645	25,7%	324.389	8,9%	135.654	26,6%	97.889	21,7%
Superior a 30 minutos	324.039	8,8%	283.538	16,3%	68.183	1,9%	294.027	57,7%	2.917	0,6%
Total	3.689.609	100%	1.737.059	100%	3.659.669	100%	509.741	100%	451.005	100%

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS, e relativos a setembro de 2012.

A propósito da cobertura populacional dos estabelecimentos convencionados com o SNS de MFR veja-se a figura *infra*.

⁸² População dos Censos de 2011 publicada pelo INE.

Figura n.º 23 – Cobertura populacional dos estabelecimentos convenionados em MFR



Fonte: Elaboração própria com base na aplicação MapPoint.

Em síntese, verifica-se que 8,8% da população da ARS Norte⁸³, 16,3% da população da ARS Centro⁸⁴ e 1,9% da população da ARS Lisboa e Vale do Tejo⁸⁵ se encontram a uma distância/tempo superior a 30 minutos de um estabelecimento convenionado de MFR. A ARS Algarve apresenta um nível de acessibilidade mais alto, com apenas

⁸³ Os concelhos abrangidos pela ARS Norte são aqueles que já foram identificados *supra*.

⁸⁴ Os concelhos abrangidos pela ARS Centro são aqueles que já foram identificados *supra*.

⁸⁵ Os concelhos abrangidos pela ARS Lisboa e Vale do Tejo são aqueles que já foram identificados *supra*.

0,6% da população a uma distância/tempo superior a 30 minutos de prestadores de MFR convencionados com o SNS (o concelho de Alcoutim é o único cuja população se encontra a mais de 30 minutos de viagem em estrada). Por último, constata-se que a ARS que apresenta uma maior dificuldade de acesso dos utentes aos cuidados de MFR é a ARS Alentejo⁸⁶, na medida em que mais de metade da sua população, ou seja, cerca de 57,7%, se encontra a uma distância superior a 30 minutos de viagem em estrada de prestadores de MFR convencionados com o SNS. Para a população que se encontra a mais de 30 minutos em estrada deve considerar-se que o nível de acessibilidade é baixo.

Atenta a análise da oferta potencial efetuada no capítulo anterior, é possível concluir que existe atualmente oferta potencial de MFR capaz de suprir algumas das situações de escassez de oferta convencionada verificadas em cada uma das ARS. Assim, constatou-se que na ARS Norte existem, para além dos estabelecimentos já convencionados, 109 estabelecimentos de MFR em atividade (85 licenciados, 27 não licenciados ou com processo de licenciamento ainda não concluído e 4 são IPSS), na ARS Centro existem 50 estabelecimentos de MFR não convencionados em atividade (47 licenciados e 3 em processo de licenciamento ainda não concluído), na ARS Lisboa e Vale do Tejo existem 23 estabelecimentos de MFR não convencionados com o SNS que possuem licença de funcionamento, na ARS Alentejo existem 17 estabelecimentos de MFR não convencionados que possuem licença de funcionamento e na ARS Algarve existem ainda 6 estabelecimentos de MFR detentores de licença de funcionamento que não estão convencionados com o SNS.

Sendo assim, é possível concluir que existem estabelecimentos em funcionamento capazes de aumentar a oferta convencionada do SNS, tanto em termos de volume como em termos de proximidade. Por exemplo, na ARS Alentejo, em que mais de metade da sua população, mais concretamente 57,7%, se encontra a uma distância/tempo superior a 30 minutos de viagem em estrada de prestadores de MFR convencionados com o SNS, existem 17 estabelecimentos de MFR não convencionados que possuem licença de funcionamento e que estariam em condições de entrar no mercado convencionado. Na ARS Centro, que exibe uma percentagem de 16,3% de população que se encontra a uma distância/tempo superior a 30 minutos de viagem em estrada de prestadores de MFR convencionados com o SNS, existem 47 estabelecimentos de MFR não convencionados que possuem licença de funcionamento, estando, por isso, em condições de aderir às convenções.

⁸⁶ Os concelhos abrangidos pela ARS Alentejo são aqueles que já foram identificados *supra*.

Assim, no caso da ARS Alentejo, se forem considerados aqueles 17 estabelecimentos não convencionados para avaliação da proximidade dos utentes residentes na área de jurisdição daquela ARS aos estabelecimentos que prestam cuidados de MFR (considerando-se aqui a oferta real e a oferta potencial), a percentagem da população que se encontra a uma distância superior a 30 minutos de viagem em estrada diminuiria para 28,5%, ou seja, metade da população que atualmente se encontra a mais de 30 minutos de um estabelecimento de MFR, passaria a estar a uma distância inferior a 30 minutos, daqui resultando um cenário de clara melhoria da acessibilidade. No caso da ARS Centro, se forem considerados os 47 estabelecimentos licenciados, mas não convencionados com o SNS, para avaliação da proximidade, a percentagem da população que se encontra a uma distância superior a 30 minutos de viagem em estrada diminuiria para 5,1%, ou seja, cerca de um terço da população que atualmente se encontra a mais de 30 minutos de um estabelecimento de MFR passaria a estar a uma distância inferior a 30 minutos, daqui resultando um cenário de clara melhoria da acessibilidade.

4.5. Radiologia

Tendo em conta as populações dos concelhos e os pontos de referência dessas áreas, constata-se que cerca de 7.331.163 habitantes encontram-se a uma distância/tempo de um estabelecimento convencionado do SNS inferior a 15 minutos de viagem em estrada, o que corresponde a cerca de 73,0% da população de Portugal Continental. Com um tempo de viagem entre 15 a 30 minutos de viagem em estrada estão cobertos 1.803.233 habitantes, o que corresponde a 17,9% do total da população de Portugal Continental. Por fim, 912.687 habitantes encontram-se a uma distância/tempo superior a 30 minutos de viagem em estrada, equivalente a 9,1% do total da população de Portugal Continental (ver tabela *infra*).

Comparando as áreas já analisadas, verifica-se que a percentagem da população que se encontra a mais de 30 minutos de viagem em estrada de um prestador convencionado é superior à verificada em Análises Clínicas, mas inferior às de Diálise e de MFR.

Tabela n.º 11 – Análise da cobertura populacional dos convencionados com o SNS em Radiologia, a nível nacional⁸⁷

Tempo percorrido	População coberta	% da População coberta
Inferior a 15 minutos	7.331.163	73,0%
Entre 15 a 30 minutos	1.803.233	17,9%
Igual ou superior a 30 minutos	912.687	9,1%

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS e relativos a setembro de 2012.

As percentagens por cada ARS e o total dos números populacionais aproximados abrangidos pelas áreas de influência são apresentados na tabela *infra*. Da leitura da mesma resulta que, embora cerca de 73,0% da população se encontre a uma distância/tempo de até 15 minutos de viagem em estrada dos estabelecimentos convencionados com o SNS em Radiologia, as percentagens variam muito entre cada uma das ARS. Com efeito, estes valores são de 75,5% para a ARS Norte, de 62,5% para a ARS Centro, de 84,1% para a ARS Lisboa e Vale do Tejo, de 38,0% para a ARS Alentejo e de 41,8% para a ARS Algarve.

Entre 15 a 30 minutos de viagem em estrada estão cobertos 17,3% do total da população da ARS Norte, 25,5% da ARS Centro, 14,5% da ARS Lisboa e Vale do Tejo, 22,7% da ARS Alentejo e 17,3% da população da ARS Algarve.

Por último, no que se refere aos tempos superiores a 30 minutos, verifica-se que 7,2% da população da ARS Norte se encontra a uma distância/tempo superior a 30 minutos de prestadores convencionados com o SNS. Tal significa que existem concelhos⁸⁸, na área de influência da ARS Norte, em que a população não está coberta por prestadores que distem até 30 minutos de viagem em estrada, havendo que considerar-se quanto a estes concelhos que o nível de acessibilidade é baixo. Por seu lado, na ARS Centro constata-se que 12,0% da população se encontra a uma distância superior a 30 minutos de prestadores de Radiologia convencionados com o SNS, o que significa que também aqui existem diversos concelhos em que se deve

⁸⁷ População dos Censos de 2011 publicada pelo INE.

⁸⁸ De acordo com o método utilizado, estes concelhos são: Alfândega da Fé, Alijó, Boticas, Carrazeda de Ansiães, Cinfães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Melgaço, Miranda do Douro, Mogadouro, Moimenta da Beira, Montalegre, Murça, Paredes de Coura, Penedono, Ponte da Barca, Resende, Ribeira de Pena, São João da Pesqueira, Sernancelhe, Tabuaço, Terras de Bouro, Torre de Moncorvo, Valença, Valpaços, Vila Nova de Foz Côa, Vila Pouca de Aguiar, Vimioso e Vinhais.

considerar que o nível de acessibilidade é baixo⁸⁹. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo apenas 1,5% da população se encontra a uma distância superior a 30 minutos de prestadores de Radiologia convencionados com o SNS, o que significa que nesta ARS o nível de acessibilidade é mais elevado, apresentando apenas três concelhos com nível de acessibilidade baixo⁹⁰. Na ARS Alentejo e na ARS Algarve já se verifica um nível de acessibilidade significativamente mais baixo, na medida em que cerca de 39,3% da população relativa à ARS Alentejo e 40,9% da população relativa à ARS Algarve se encontram a uma distância/tempo superior a 30 minutos de prestadores de Radiologia convencionados com o SNS. Consequentemente, em ambas as ARS existe um número significativo de concelhos^{91 92}, cuja população se encontra a mais de 30 minutos de viagem em estrada de um prestador convencionado de Radiologia.

Tabela n.º 12 – Análise da cobertura populacional dos convencionados com o SNS em Radiologia, a nível nacional, em setembro 2012⁹³

Tempo percorrido	ARS Norte		ARS Centro		ARS Lisboa e Vale do Tejo		ARS Alentejo		ARS Algarve	
	População	%	População	%	População	%	População	%	População	%
Inferior a 15 minutos	2.786.192	75,5%	1.085.931	62,5%	3.076.858	84,1%	193.637	38,0%	188.545	41,8%
Entre 15 a 30 minutos	638.245	17,3%	442.464	25,5%	528.966	14,5%	115.637	22,7%	77.921	17,3%
Igual ou superior a 30 minutos	265.172	7,2%	208.664	12,0%	53.845	1,5%	200.467	39,3%	184.539	40,9%
Total	3.689.609	100%	1.737.059	100%	3.659.669	100%	509.741	100%	451.005	100%

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pelas ARS, e relativos a setembro de 2012.

A propósito da cobertura populacional dos estabelecimentos convencionados de Radiologia com o SNS, veja-se a figura *infra*.

⁸⁹ De acordo com o método utilizado, estes concelhos são: Aguiar da Beira, Almeida, Arganil, Castanheira de Pêra, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Idanha-a-Nova, Manteigas, Meda, Oleiros, Pampilhosa da Serra, Penalva do Castelo, Penamacor, Pinhel, Proença-A-Nova, Sabugal, Sátão, Seia, Sertão, Trancoso, Vila de Rei, Vila Nova de Paiva e Vila Velha de Ródão.

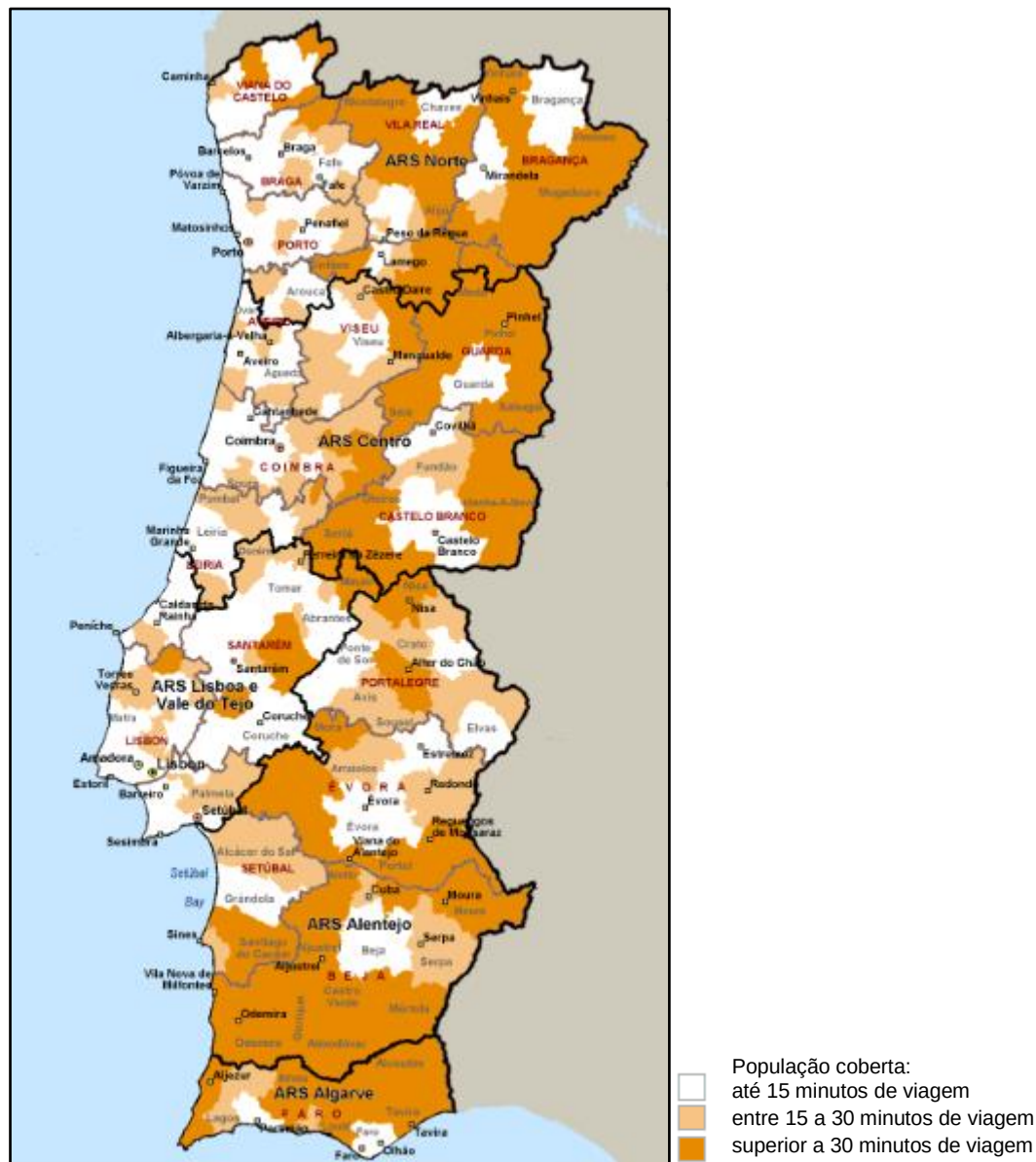
⁹⁰ De acordo com o método utilizado, estes concelhos são: Cadaval, Chamusca, Mação, e Salvaterra de Magos.

⁹¹ No caso da ARS Alentejo, e de acordo com o método utilizado, estes concelhos são: Aljustrel, Almodôvar, Alter do Chão, Alvito, Barrancos, Castro Verde, Ferreira do Alentejo, Fronteira, Mértola, Montemor-o-Novo, Mora, Moura, Mourão, Nisa, Odemira, Ourique, Portel, Reguengos de Monsaraz, Santiago do Cacém, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vidigueira.

⁹² No caso da ARS Algarve, e de acordo com o método utilizado, estes concelhos são: Alcoutim, Aljezur, Castro Marim, Loulé, São Brás de Alportel, Silves, Tavira, Vila do Bispo e Vila Real de Santo António.

⁹³ População dos Censos de 2011 publicada pelo INE.

Figura n.º 24 – Cobertura populacional dos estabelecimentos convencionados com o SNS em Radiologia



Fonte: Elaboração própria com base na aplicação MapPoint.

Em síntese, verifica-se que 7,2% da população da ARS Norte se encontra a uma distância/tempo superior a 30 minutos de prestadores convencionados com o SNS⁹⁴. Por seu lado, na ARS Centro constata-se que 12,0% da população se encontra a uma distância/tempo superior a 30 minutos de prestadores de Radiologia convencionados com o SNS⁹⁵. A ARS Lisboa e Vale do Tejo exibe uma percentagem de 1,5% da

⁹⁴ Os concelhos abrangidos pela ARS Norte são aqueles que já foram identificados *supra*.

⁹⁵ Os concelhos abrangidos pela ARS Centro são aqueles que já foram identificados *supra*.

população a mais de 30 minutos⁹⁶. Por último, na ARS Alentejo e na ARS Algarve já se verifica um nível de acessibilidade significativamente mais baixo, na medida em que cerca de 39,3% da população relativa à ARS Alentejo⁹⁷ e 40,9% da população relativa à ARS Algarve⁹⁸ se encontram a uma distância/tempo superior a 30 minutos de prestadores de Radiologia convencionados com o SNS.

Atenta a análise da oferta potencial, é possível concluir que existe atualmente oferta potencial de Radiologia capaz de suprir algumas das situações de escassez de oferta convencionada verificadas em cada uma das ARS. Com efeito, na ARS Norte existem 34 estabelecimentos de Radiologia em atividade (5 licenciados, 29 com processo de licenciamento ainda não concluído), na ARS Centro existem 15 estabelecimentos de Radiologia não convencionados que possuem licença de funcionamento, na ARS Lisboa e Vale do Tejo existem 7 estabelecimentos de radiologia não convencionados com o SNS que possuem licença de funcionamento, na ARS Alentejo existem 10 estabelecimentos de radiologia não convencionados que possuem licença de funcionamento e na ARS Algarve existem ainda 10 estabelecimentos de Radiologia detentores de licença de funcionamento que não estão convencionados com o SNS.

É assim possível concluir que existem estabelecimentos em funcionamento capazes de aumentar a capacidade de resposta do SNS aproximando a oferta às populações. Por exemplo, na ARS Alentejo e na ARS Algarve, em que se verifica um nível de acessibilidade significativamente mais baixo, na medida em que cerca de 39,3% e 40,9% das respetivas populações se encontram a uma distância/tempo superior a 30 minutos de um estabelecimento convencionado com o SNS, existem, em cada uma das ARS, 10 estabelecimentos não convencionados que possuem licença de funcionamento.

Assim, no caso da ARS Alentejo, se forem considerados aqueles 10 estabelecimentos não convencionados para avaliação da proximidade dos utentes residentes na área de jurisdição daquela ARS aos estabelecimentos que prestam cuidados de Radiologia (considerando-se aqui a oferta real e a oferta potencial), a percentagem da população que se contra a uma distância superior a 30 minutos de viagem em estrada diminuiria para 29,0%, ou seja, verificar-se-ia uma diminuição da população que atualmente se

⁹⁶ Os concelhos abrangidos pela ARS Lisboa e Vale do Tejo são aqueles que já foram identificados *supra*.

⁹⁷ Os concelhos abrangidos pela ARS Alentejo são aqueles que já foram identificados *supra*.

⁹⁸ Os concelhos abrangidos pela ARS Algarve são aqueles que já foram identificados *supra*.

encontra a mais de 30 minutos de um estabelecimento de Radiologia, daqui resultando um cenário de alguma melhoria da acessibilidade.

No caso da ARS Algarve, se forem considerados os 10 estabelecimentos licenciados mas não convencionados com o SNS para avaliação da proximidade, a percentagem da população que se encontra a uma distância superior a 30 minutos de viagem em estrada diminuiria para 5,5%, ou seja, verificar-se-ia uma diminuição bastante acentuada da população que atualmente se encontra a mais de 30 minutos de um estabelecimento de Radiologia, daqui resultando um cenário de clara melhoria da acessibilidade.

4.6. Conclusão

Da avaliação da proximidade dos utentes aos estabelecimentos, foi efetuada uma análise da cobertura populacional desses prestadores, a nível nacional e por cada uma das ARS, tendo em consideração três intervalos de tempo de viagem em estrada: inferior a 15 minutos, entre 15 a 30 minutos, e superior a 30 minutos, sendo 30 minutos a referência de tempo que equivale globalmente a uma abrangência aceitável dos estabelecimentos, em termos de tempos de viagem em estrada, na prestação de MCDT.

Relativamente a Análises Clínicas, em todas as ARS, constatou-se um nível de acessibilidade em todo o território nacional claramente positivo, isto é, quase 100% da população encontra-se a menos de 30 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento convencionado com o SNS, exibindo quase todas as ARS percentagens muito semelhantes à apresentada a nível nacional. A existência de oferta potencial, na ARS Norte e na ARS Centro, não traria melhoria em termos de proximidade dos utentes aos estabelecimentos, mas aumentaria, no caso da abertura das convenções, o leque de escolhas por parte dos utentes.

Na Diálise, a percentagem da população que, em cada uma das ARS, se encontra a mais de 30 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento convencionado de Diálise é bastante significativa, em especial na ARS Alentejo, mas também na ARS Algarve e na ARS Centro. Assim sendo, o nível de acessibilidade a este tipo de cuidados de saúde convencionados deve ser menos positivo. Importa destacar que, para esta área não existe oferta potencial, já que todos os estabelecimentos em

exercício efetivo e titulares de licença de funcionamento se encontram convencionados com o SNS.

Em MFR, e comparando com as duas áreas anteriormente referidas, verificou-se que a percentagem da população que se encontra a mais de 30 minutos de viagem em estrada de um prestador convencionado é superior à verificada em Análises Clínicas, mas inferior à de Diálise. A ARS que apresentou uma maior dificuldade de acesso dos utentes aos cuidados de MFR, sendo esta muito significativa, foi a ARS Alentejo, na medida que mais de metade da sua população se encontra a uma distância/tempo superior a 30 minutos de viagem em estrada de um prestador de MFR convencionado com o SNS. Pelo contrário, a ARS Algarve apresentou um nível de acessibilidade mais alto, segundo o mesmo critério de análise.

Considerando a oferta potencial nas ARS que evidenciaram uma menor acessibilidade, constatou-se que, para a ARS Alentejo, metade da população que atualmente se encontra a mais de 30 minutos de um estabelecimento de MFR passaria a estar a uma distância inferior a 30 minutos e, para a ARS Centro, cerca de um terço da população que atualmente se encontra a mais de 30 minutos de um estabelecimento de MFR passaria a estar a uma distância inferior a 30 minutos, daqui resultando, em ambos os casos, um cenário de clara melhoria da acessibilidade.

Em Radiologia, na ARS Alentejo e na ARS Algarve verificou-se um nível de acessibilidade significativamente mais baixo relativamente às restantes ARS, uma vez que exibem uma percentagem mais elevada da população a uma distância/tempo superior a 30 minutos de prestadores de Radiologia convencionados com o SNS.

Tendo em consideração a oferta potencial nas referidas ARS, verificar-se-ia uma diminuição bastante acentuada da população que atualmente se encontra a mais de 30 minutos de um estabelecimento de Radiologia, daqui resultando um cenário de clara melhoria da acessibilidade.

Por último, note-se que os resultados de Diálise e MFR devem ser vistos à luz da maior frequência com que os tratamentos são realizados, o que pode representar uma dificuldade de acesso acrescida para os utentes que necessitam deste tipo de cuidados e que residem a mais de 30 minutos de um estabelecimento convencionado.

5. Encargos com as convenções do SNS

A sustentabilidade financeira do SNS assume particular relevo no atual contexto económico-financeiro. Recorde-se que constitui um dos pressupostos da elaboração do presente estudo os compromissos assumidos no Memorando de Entendimento entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI, em especial o compromisso assumido, em matéria de convenções, de adotar medidas destinadas a “[...] *reduzir em mais 10% a despesa global do SNS com entidades privadas que prestem serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (com particular incidência na diálise e na reabilitação)*. [...] [T4-2012]” – (tradução nossa do § 3.51 do Memorando de Entendimento, na sua versão de 20 de dezembro de 2012, após a sexta revisão).

Nesse contexto, o presente capítulo pretende avaliar os encargos do SNS nas áreas convencionadas estudadas, bem como analisar a evolução verificada no período entre 2006 e 2012.

5.1 Metodologia

Para a realização da análise dos encargos do SNS, foi solicitado, em 30 de julho de 2012, às cinco ARS e à ACSS⁹⁹ que indicassem os encargos anuais do SNS, entre 2006 e julho de 2012 “[...] *por entidade convencionada e por área convencionada discriminados por: número de atos, número de exames, número de requisições e número de doentes*”. Posteriormente, em 11 de março de 2013, foi solicitado a todas as ARS que completassem a referida informação para os restantes meses de 2012.

Apresentam-se de seguida as dificuldades na obtenção dos dados solicitados, transmitidas pelas ARS:

a) a ARS Norte informou que relativamente a Diálise “[...] *somente [foi] possível identificar os encargos anuais do SNS, [...], por entidade convencionada, dos anos de 2010 até [...] 2012, discriminados por: número de tratamentos e número de doentes, [...] resultante das estatísticas retiradas do programa de conferência desta área*”. Mais acrescentaram que “[...] *esta conferência era executada a nível distrital, nos serviços*

⁹⁹ A ACSS informou que as “[...] *convenções e acordos de âmbito regional, devem ser solicitados às Administrações Regionais de Saúde*.”

das ex-sub-regiões não sendo possível obter os dados com a separação pretendida, relativamente ao período de 2006 a 2009.”.

No caso concreto da solicitação dos dados “[...] por entidade prescritora - nesta área, não é possível apurar, por não haver qualquer referenciação direta por parte dos cuidados de saúde primários. São os hospitais que procedem à requisição da colocação de doentes para tratamentos de diálise, em entidades convencionadas privadas.”.

Relativamente às restantes áreas convencionadas de Análises Clínicas, MFR e Radiologia, a ARS Norte evidenciou que não foi [...] possível contabilizar o número de utentes pela aplicação SIARS, [tendo esclarecido] que o nº de utentes é igual ao nº de requisições, dados esses, que conforme indicou, constam nas tabelas retiradas do SIARS (Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde) (ex: uma requisição de fisioterapia corresponde a um doente, contendo normalmente vários exames prescritos).”

b) a ARS Centro, na nota explicativa enviada à ERS, destacou¹⁰⁰:

“[...] as seguintes situações de lacunas de dados:

1- Os valores do ano de 2006 não integram os dados relativos à ex- SRS de Castelo Branco do mês de outubro, encargos no valor de 493.911,44€;

2- Os valores do ano de 2007 não integram os dados relativos à ex- SRS de Castelo Branco do mês de abril, encargos no valor de 497.756,18€

3- Os valores do ano de 2008 não integram os dados relativos à ex- SRS de Coimbra do mês de novembro, encargos no valor de 1.532.048,11€ e da ex-SRS de Leiria do mês de setembro, no valor de 1.359.986,04€;

4- Os valores do ano de 2010 não integram os dados relativos à ex- SRS da Guarda do mês de agosto, encargos no valor de 363.809,61€”.

c) a ARS Lisboa e Vale do Tejo referiu que, relativamente “[...] ao número de doentes em MCDT, apenas [foi] possível informação para 2012 [...]. Para os anos de 2006 a 2011, não [foi] possível fornecer esses mesmos dados, uma vez que não existia registo de número de doentes.”.

¹⁰⁰ Importa notar que os valores descritos pela ARS Centro não foram tidos em consideração nas análises efetuadas, devido a não ter sido disponibilizada a informação correspondente relativamente ao número de atos, de exames e de requisições.

d) a ARS Alentejo referiu que “[...] - Apenas [foi] possível obter o n.º de utentes por entidade convencionada e entidade prescritora no que se refere ao ano de 2012, segundo informação prestada pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;

- Contudo, o n.º de utentes indicado [na informação disponibilizada à ERS] não está associado à totalidade dos encargos anuais assumidos pela ARSA, já identificados nos mapas anteriormente remetidos, porque não contempla o n.º de utentes relativos à faturação conferida pelo processo manual, através da aplicação da ACSS, IP - SINGRA, através da qual não é possível extrair tal informação. Dessa forma, são apenas indicados o n.º de utentes referentes à faturação conferida pelo Centro de Conferência de Fatura do SNS (CCF);

- Pelo mesmo motivo não nos é possível apresentar o n.º de utentes relativos aos ficheiros das ULSBA e ULSNA, já que a sua faturação de MCDT não é conferida pelo CCF, mas pelo sistema SINGRA.”¹⁰¹.

e) a ARS Algarve referiu que entre os anos de 2006 a 2008 não foi possível disponibilizar o número de atos e de exames. E, também acrescentaram que “[...] a aplicação SIARS não permite obter o detalhe do número de doentes para todo o período de 2006 a 2012.”.

Relativamente à análise efetuada no presente capítulo, e com os constrangimentos *supra* identificados, refira-se que, com o intuito de avaliar os encargos nas quatro áreas convencionadas, teve-se em consideração o período temporal entre 2006 e 2012 e a análise:

i) do total dos encargos do SNS, com o intuito de avaliar a evolução anual da despesa a nível nacional.

ii) do total do número de atos, exames, requisições e encargos do SNS a nível regional para se avaliarem as possíveis diferenças regionais;

iii) da variação anual da despesa, por ARS, para se aferir se se verificaram diferentes evoluções anuais em termos percentuais¹⁰²;

iv) da despesa *per capita* e por estabelecimento convencionado, por ARS, para se avaliarem as possíveis diferenças regionais; e, por último,

v) dos encargos do SNS, para as áreas de Análises Clínicas, de Diálise, de MFR e de Radiologia, considerando todos os estabelecimentos convencionados e os

¹⁰¹ SINGRA – Sistema de Conferência de Faturas de Medicamentos e Receitas de Diabéticos.

¹⁰² De referir que as variações percentuais foram arredondadas à unidade.

estabelecimentos que, embora tenham apresentado despesa ao SNS, não foram identificados pelas ARS como sendo convencionados, podendo-se tratar de estabelecimentos convencionados que alteraram a sua designação ou que, entretanto, deixaram de ser convencionados com o SNS, ou de estabelecimentos que embora não detenham contrato de convenção celebrado com o SNS, detêm Acordos de Cooperação celebrados com as ULS, com os Centro Hospitalares ou com hospitais autónomos, inseridos nas áreas de abrangência de cada uma das ARS¹⁰³.

Importa, por último, referir que a análise dos resultados deverão ter em consideração não só os constrangimentos referidos *supra* como também as alterações exógenas de que as ARS e os prestadores de cuidados de saúde foram sujeitos, durante o período de análise (2006-2012), por exemplo:

- i) alterações das áreas de abrangências das ARS¹⁰⁴;
- ii) alteração da procura através do aumento ou diminuição do número de utentes¹⁰⁵;
- iii) alterações das tabelas dos preços convencionados¹⁰⁶; e
- iv) internalização dos MCDT por parte das ULS e mesmo por qualquer unidade hospitalar, ao abrigo do disposto no Despacho n.º 10430/2011, de 18 de agosto.

¹⁰³ Da análise dos dados enviados pelas ARS, e conforme já *supra* referido, foram identificadas, nos ficheiros de encargos assumidos pelo SNS, entidades que não são convencionadas, mas que apresentaram despesa às ARS.

¹⁰⁴ A título exemplificativo refira-se o Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio, pelo qual a área territorial de cada uma das ARS, passou a corresponder ao nível II das NUTS, passando a ARS Norte a abranger mais 18 concelhos a Sul do Douro que até esta data pertenciam à ARS Centro e a ARS Alentejo a abranger três concelhos que pertenciam anteriormente à ARS Lisboa e Vale do Tejo. Também, através da Lei n.º 21/2010, de 23 de agosto, o município de Mação deixou de integrar a NUTS III Pinhal Interior Sul, tendo passado para a NUTS III Médio Tejo.

¹⁰⁵ Refira-se que a análise da evolução do número de utentes não se revelou possível de realizar uma vez que a maioria das ARS não forneceu os dados.

¹⁰⁶ Uma alteração dos preços convencionados pelo SNS verificou-se, por exemplo, relativamente a Análises Clínicas através do Despacho n.º 17 309/2007, de 7 de agosto, do Despacho n.º 133/2008 do Secretário de Estado da Saúde, e do Despacho n.º 27 330/2007, de 3 de dezembro, e também relativamente a Radiologia, através do Despacho n.º 27 330/2007, de 3 de dezembro. Constatou-se, também, que pelo Despacho n.º 4325/2008, de 19 de fevereiro de 2008, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, ficou definido os preços compreensivos a serem praticados no setor convencionado da Diálise, os quais foram alterados pelo Despacho n.º 10569/2011, de 23 de agosto de 2011.

5.2 Análises Clínicas

Atenta a análise dos encargos do SNS em Análises Clínicas, e de acordo com a tabela *infra*, verificou-se que, a despesa aumentou nos anos de 2007, 2009 e em 2010 teve um aumento residual e diminuiu em 2008, 2011 e 2012.

Tabela n.º 13 – Encargos do SNS de Análises Clínicas, entre 2006 e 2012¹⁰⁷

	Ano	N.º Atos	N.º Exames	N.º Requisições	Encargos do SNS	Variação anual dos encargos
Total das ARS	2006	47.622.792	47.086.432	10.106.852	177.460.561 €	-
	2007	49.356.931	48.723.203	10.771.181	185.228.664 €	4%
	2008	46.500.715	45.884.205	10.498.360	173.145.973 €	-7%
	2009	54.519.081	53.670.538	11.914.526	198.659.564 €	15%
	2010	55.777.920	54.721.952	12.221.973	199.527.704 €	0%
	2011	50.753.252	49.408.291	11.251.002	172.637.498 €	-13%
	2012	48.012.133	46.556.370	11.088.514	143.688.694 €	-17%
Total		352.542.824	346.050.991	77.852.408	1.250.348.659 €	-

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Relativamente ao total de atos, de exames e de requisições, por ARS, no período anteriormente referido, e como pode ser observado na tabela *infra*, constatou-se que a ARS Lisboa e Vale do Tejo, quando comparada com as restantes ARS, foi a que mais atos e exames realizou e aquela em que foram emitidas mais requisições, (129.798.973 atos, 127.764.379 exames e 27.649.910 requisições), tendo sido 2010 o ano de mais intensa utilização. A ARS Norte apresentou um total de 123.097.487 atos, 119.561.589 exames e 27.423.151 requisições, tendo sido em 2010 o ano em que apresentou os valores mais elevados. A ARS Centro exibiu um total de 77.537.957 atos, 76.897.021 exames e 16.918.342 requisições, tendo sido o ano de 2007 em que se observou o maior número de atos e exames e em 2008 o ano em que foram emitidas mais requisições. A ARS Alentejo apresentou um total de 14.573.285 atos, 14.479.366 exames e 3.124.948 requisições, tendo sido o ano de 2010 aquele em que foi observado um maior número de atos, exames e de requisições. Por último, a ARS Algarve¹⁰⁸ exibiu, entre 2009 e 2012, 7.535.122 atos, 7.348.636 exames e 2.736.057, tendo sido o ano de 2009 aquele com mais atos e exames efetuados. Entre

¹⁰⁷ Conforme referido na secção 5.1 não são considerados aqui uma parte dos encargos relativos à ARS Centro, uma vez que a ARS não discriminou relativamente aos mesmos qual a distribuição por cada uma das quatro áreas convencionadas.

¹⁰⁸ Entre 2006 e 2008 a ARS Algarve não conseguiu disponibilizar o número atos e de exames relativamente à área convencionada de Análises Clínicas.

2006 e 2012 foram efetuadas 2.736.057 requisições, tendo sido o ano de 2008 o que apresentou um maior número de requisições.

Tabela n.º 14 – N.º de atos, n.º de exames, n.º de requisições e encargos do SNS em Análises Clínicas, entre 2006 e 2012, por ARS^{109 110}

ARS	Ano	N.º Atos	N.º Exames	N.º Requisições	Engargos do SNS
Norte	2006	15.497.801	15.261.592	3.240.312	52.067.103 €
	2007	16.351.410	16.052.827	3.584.302	56.247.564 €
	2008	13.404.209	13.123.424	2.993.841	45.027.582 €
	2009	19.899.267	19.400.349	4.535.458	70.076.578 €
	2010	20.914.042	20.273.012	4.625.852	71.230.130 €
	2011	18.945.023	18.190.699	4.230.811	61.604.841 €
	2012	18.085.735	17.259.686	4.212.575	53.711.673 €
Total		123.097.487	119.561.589	27.423.151	409.965.472 €
Centro	2006	11.659.709	11.576.292	2.418.310	40.489.216 €
	2007	12.357.288	12.262.119	2.615.947	42.539.835 €
	2008	12.354.294	12.249.922	2.787.179	43.372.135 €
	2009	10.484.793	10.407.382	2.268.698	36.160.085 €
	2010	10.759.284	10.670.767	2.355.991	36.414.362 €
	2011	10.240.694	10.146.278	2.265.020	33.316.801 €
	2012	9.681.895	9.584.261	2.207.197	27.260.217 €
Total		77.537.957	76.897.021	16.918.342	259.552.652 €
Lisboa e Vale do Tejo	2006	18.389.878	18.189.917	3.650.750	70.241.434 €
	2007	18.653.804	18.430.634	3.777.718	71.705.527 €
	2008	18.802.434	18.587.479	3.884.886	69.957.339 €
	2009	19.816.089	19.590.553	4.217.913	75.938.072 €
	2010	19.900.039	19.618.057	4.343.655	75.690.544 €
	2011	17.656.783	17.264.024	3.912.185	63.424.018 €
	2012	16.579.946	16.083.715	3.862.803	51.019.020 €
Total		129.798.973	127.764.379	27.649.910	477.975.955 €
Alentejo	2006	2.075.404	2.058.631	425.479	7.670.490 €
	2007	1.994.429	1.977.623	421.318	7.343.944 €
	2008	1.939.778	1.923.380	414.202	6.981.593 €
	2009	2.276.761	2.265.082	485.771	8.591.067 €
	2010	2.354.719	2.344.511	515.121	8.899.518 €
	2011	2.049.756	2.039.461	447.647	7.371.867 €
	2012	1.882.438	1.870.678	415.410	5.735.732 €
Total		14.573.285	14.479.366	3.124.948	52.594.211 €
Algarve	2006	n.d.	n.d.	372.001	6.992.318 €
	2007	n.d.	n.d.	371.896	7.391.793 €
	2008	n.d.	n.d.	418.252	7.807.323 €
	2009	2.042.171	2.007.172	406.686	7.893.762 €
	2010	1.849.836	1.815.605	381.354	7.293.149 €
	2011	1.860.996	1.767.829	395.339	6.919.970 €
	2012	1.782.119	1.758.030	390.529	5.962.053 €
Total		7.535.122	7.348.636	2.736.057	50.260.368 €

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

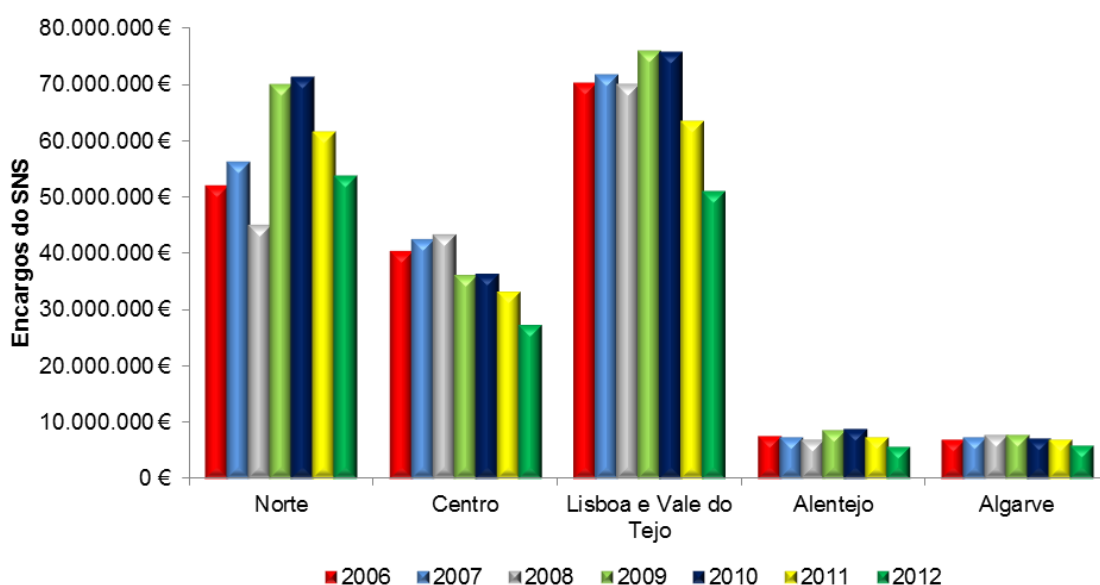
¹⁰⁹ Importa recordar que os números relativos à ARS Centro e à ARS Algarve devem ser lidos tendo em consideração os constrangimentos apresentados na secção 5.1..

¹¹⁰ Note-se que o aumento da despesa foi em sintonia com os atos, exames e requisições.

Tendo em consideração a evolução dos encargos para o SNS, desagregada por ARS, gerada pelos estabelecimentos convencionados, observou-se que, entre 2006 e 2012, a ARS Lisboa e Vale do Tejo, quando comparada com as restantes ARS, foi a que apresentou mais encargos para o SNS, seguida pela ARS Norte, pela ARS Centro, pela ARS Alentejo e pela ARS Algarve.

Relativamente aos valores mais elevados e mais baixos anualmente exibidos por cada ARS, constatou-se que a ARS Norte apresentou um nível de despesa mais elevado em 2010, no valor de 71.230.130 € e um nível menor de despesa em 2008, no valor de 45.027.582 €. Por seu lado, a ARS Centro apresentou o maior nível de despesa em 2008, no valor de 43.372.135 €, tendo sido em 2012 que esse nível de despesa foi inferior, no valor de 27.260.217 €. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo, o ano em que a despesa com convencionados de Análises Clínicas foi maior foi o ano de 2009, com uma despesa de 75.938.072 € e o ano em que foi menor foi 2012, com uma despesa de 51.019.020 €. Na ARS Alentejo, o ano que exibiu uma maior despesa foi o de 2010, com uma despesa de 8.899.518 €, e o ano com menor despesa foi o de 2012, com uma despesa de 5.735.732 €. Por último, na ARS Algarve, o ano em que a despesa foi maior foi 2009, com uma despesa de 7.893.762 €, e o ano em que foi menor foi o ano de 2012, com uma despesa de 5.962.053 €.

Gráfico n.º 1 – Encargos do SNS de Análises Clínicas, entre 2006 e 2012, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

No que concerne à variação anual da despesa por ARS e de acordo com a tabela *infra*, constatou-se que a ARS Norte apresentou a maior diminuição entre 2007 e 2008, de 20%, e o maior aumento entre 2008 e 2009, de 56%. A ARS Centro evidenciou, entre 2006 e 2007, o maior aumento da despesa, de 5%, e entre 2011 e 2012, apresentou a maior diminuição, de 18%. A ARS Lisboa e Vale do Tejo exibiu, entre 2008 e 2009, um aumento da despesa, de 9%, e entre 2011 e 2012, a maior diminuição, de 20%. A ARS Alentejo apresentou entre 2008 e 2009, o maior aumento, de 23%, e entre 2011 e 2012, a maior diminuição, de 22%. Por último, a ARS Algarve evidenciou, entre 2006 e 2007 e entre 2007 e 2008, o maior aumento da despesa, de 6%, e entre 2011 e 2012, apresentou a maior diminuição, de 14%.

Acresce que, entre 2010 e 2011 e entre 2011 e 2012, as ARS apresentaram um padrão comum de comportamento, isto é, todas apresentaram uma diminuição dos encargos do SNS, o que poderá evidenciar um esforço na redução da despesa em saúde, assumindo particular relevância na ARS Alentejo e a ARS Lisboa e Vale do Tejo, que evidenciou uma diminuição da despesa mais acentuada. No entanto, a razão que justifica as alterações da despesa ao longo dos anos, não é diretamente perceptível, uma vez que existiriam alterações exógenas às quais as ARS e os prestadores de cuidados de saúde foram sujeitos, e dada a lacuna de dados relativa à ARS Centro, tal como foi referido na seção 5.1¹¹¹.

Tabela n.º 15 – Variação anual dos encargos de Análises Clínicas, entre 2006 a 2012, por ARS

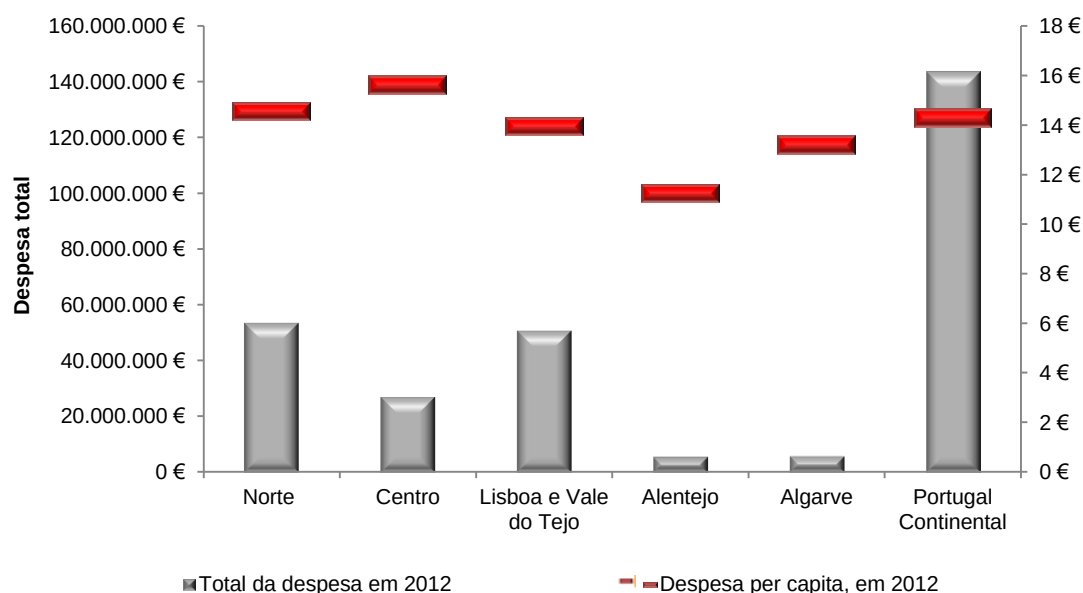
Ano	ARS				
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
2006-2007	8%	5%	2%	-4%	6%
2007-2008	-20%	2%	-2%	-5%	6%
2008-2009	56%	-17%	9%	23%	1%
2009-2010	2%	1%	0%	4%	-8%
2010-2011	-14%	-9%	-16%	-17%	-5%
2011-2012	-13%	-18%	-20%	-22%	-14%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

¹¹¹ Neste sentido, note-se que, por exemplo, as variações de 56% e de 23% nas despesas da ARS Norte e da ARS Alentejo, entre 2008-2009, respetivamente, poderão ser justificadas eventualmente pelos aumentos das suas áreas de abrangência. Por sua vez, a redução dos preços convencionados e a internalização dos MCDT por parte das ULS e mesmo pelas unidades hospitalares (em especial após a aprovação do despacho n.º 10430/2011, de 18 de agosto), terão contribuído para a diminuição da despesa, em todas as ARS, a partir de 2010.

O total dos encargos no ano de 2012, por habitante, em Portugal Continental, foi de 14,30 €. No entanto, em termos de análise desagregada por ARS, verificou-se uma variação significativa, sendo que a ARS Centro foi aquela que apresentou uma despesa *per capita* mais elevada, no valor de 15,63 €, sendo seguida pela ARS Norte com uma despesa *per capita* de 14,53 € e pelas ARS Lisboa e Vale do Tejo com 13,97 € e a ARS Algarve com uma despesa *per capita* de 13,22 €. A ARS que apresentou uma despesa *per capita* mais baixa foi a ARS Alentejo com 11,25 € por habitante (*vide gráfico infra*).

Gráfico n.º 2 – Total da despesa *versus* despesa *per capita* em Análises Clínicas, em 2012, por ARS



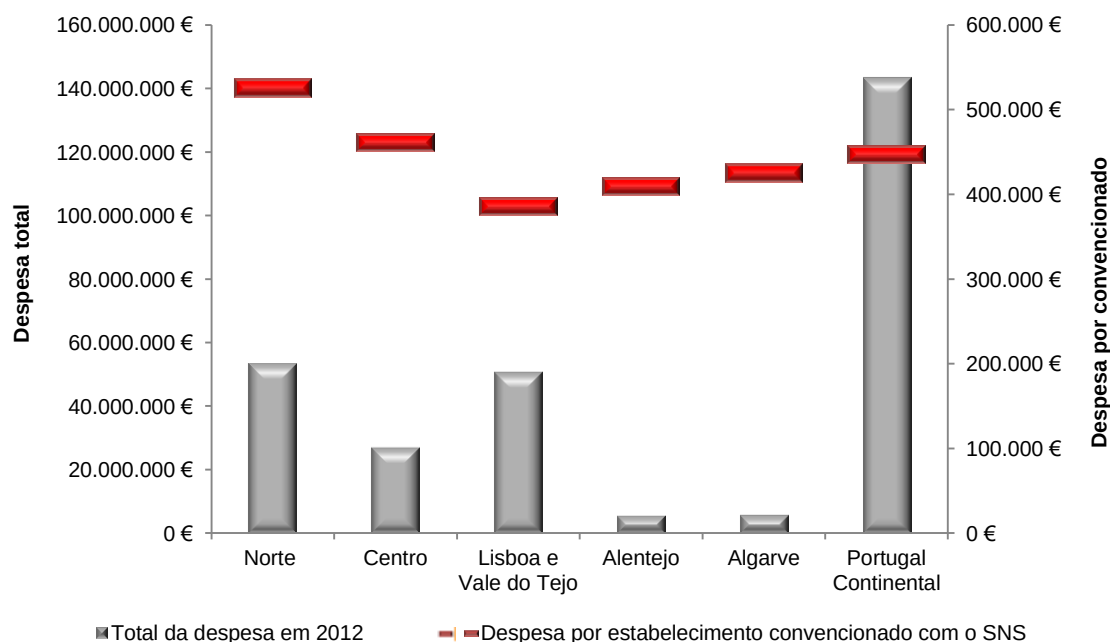
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Por último, relativamente à despesa do SNS por estabelecimento convencionado¹¹², em 2012 observou-se que em Portugal Continental o valor foi de 477.628 € gastos por estabelecimento convencionado, tendo sido tal valor ultrapassado pela ARS Norte, com 526.585 € e pela ARS Centro, com 462.038 €. As restantes ARS apresentaram um nível de encargos por estabelecimento convencionado, para o ano de 2012, inferior ao valor obtido em Portugal Continental. Mais concretamente, a ARS Algarve teve um valor de 425.861 €, a ARS Alentejo exibiu uma despesa de 409.695 € e a

¹¹² O número de estabelecimentos convencionados foi descrito no capítulo da caracterização da oferta anteriormente apresentada.

ARS Lisboa e Vale do Tejo teve um valor de 386.508 € por estabelecimento convencionado (*vide gráfico infra*).

Gráfico n.º 3 – N.º de convencionados *versus* despesa por estabelecimento convencionado com o SNS em Análises Clínicas, em 2012, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Recorde-se que nos dados enviados pelas ARS foi identificada despesa apresentada por entidades que não surgiam discriminadas como sendo convencionadas com o SNS. Assim, foi realizada uma análise dos encargos para a área de Análises Clínicas, entre 2006 e 2012, considerando todos os estabelecimentos convencionados e aqueles identificados pelas ARS como não sendo convencionados¹¹³. Nessa sequência, constatou-se que no total das cinco ARS foram realizados 390.577.222 atos, 383.491.551 exames e 86.228.745 requisições, correspondendo a uma despesa para o SNS de 1.388.497.574 €.

No caso de Análises Clínicas, e conforme se pode verificar na tabela *infra*, entre 2006 e 2007, a despesa anual aumentou 4%, entre 2007 e 2008, diminuiu 8%, entre 2008 e 2009, aumentou 12%, entre 2009 e 2010, diminuiu 2%, entre 2010 e 2011, diminuiu 15% e entre 2011 e 2012, diminuiu 21%.

¹¹³ Ver explicação na secção 5.1 Metodologia.

Tabela n.º 16 – Encargos do SNS de Análises Clínicas, entre 2006 e 2012¹¹⁴

	Ano	N.º Atos	N.º Exames	N.º Requisições	Encargos do SNS	Variação anual dos encargos
Total das ARS	2006	55.660.521	55.041.435	11.812.751	207.016.805 €	-
	2007	57.453.147	56.715.871	12.544.039	215.313.751 €	4%
	2008	53.336.562	52.619.696	12.080.702	198.158.149 €	-8%
	2009	61.089.277	60.136.133	13.352.243	222.312.364 €	12%
	2010	60.714.300	59.557.514	13.310.856	217.056.683 €	-2%
	2011	54.001.660	52.560.897	11.970.442	183.914.629 €	-15%
	2012	48.321.755	46.860.005	11.157.712	144.725.194	-21%
Total		390.577.222	383.491.551	86.228.745	1.388.497.574 €	-

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Em síntese, verificou-se que a despesa, numa ótica apenas de estabelecimentos convencionados, na área de Análises Clínicas, entre 2006 e 2012, foi de 1.250.348.659 €. No entanto, se forem tidos em consideração também os estabelecimentos identificados como não sendo convencionados com o SNS, mas que apresentaram despesa às ARS, os encargos foram de 1.388.497.574 €, o que se traduz numa despesa adicional para o SNS de 138.148.916 €.

5.3 Diálise

Atenta a análise dos encargos do SNS, em Diálise, entre 2006 e 2012, no total das cinco ARS, a despesa para o SNS foi de 1.199.217.500€, e de acordo com a tabela *infra*, verificou-se que, a despesa aumentou nos anos de 2008, 2009, 2010 e 2011 e diminuiu em 2007 e 2012.

¹¹⁴ Conforme referido na secção 5.1 não são considerados aqui uma parte dos encargos relativos à ARS Centro, uma vez que a ARS não discriminou relativamente aos mesmos qual a distribuição por cada uma das quatro áreas convencionadas.

Tabela n.º 17 – Encargos do SNS em Diálise, entre 2006 e 2012¹¹⁵

	Ano	Encargos do SNS	Variação anual dos encargos
Total das ARS	2006	108.390.599 €	-
	2007	93.422.747 €	-14%
	2008	137.479.853 €	47%
	2009	189.170.562 €	38%
	2010	229.232.564 €	21%
	2011	231.785.408 €	1%
	2012	209.735.767 €	-10%
Total		1.199.217.500 €	-

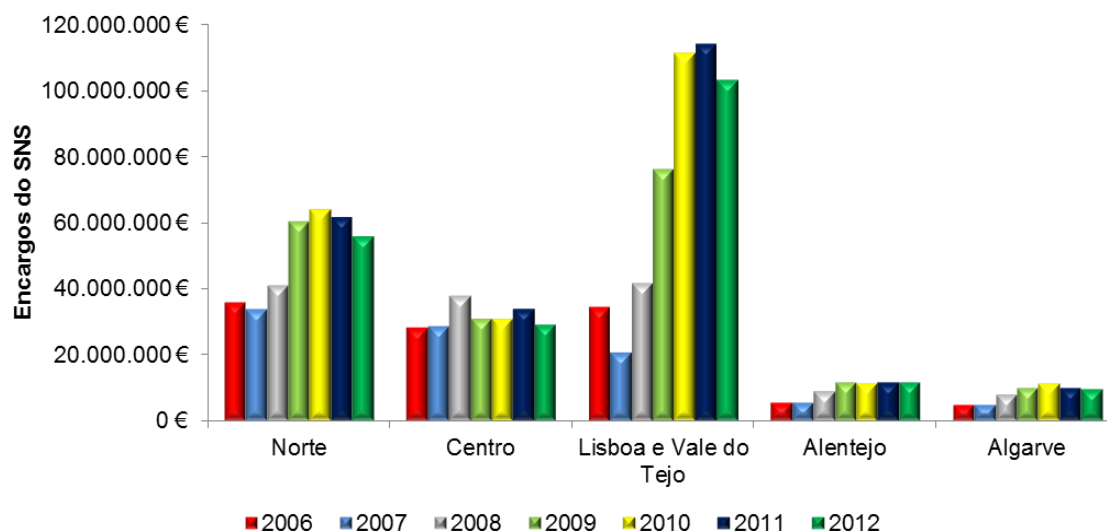
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Tendo em consideração a evolução da despesa para o SNS, por ARS, observou-se que entre 2006 e 2012 a ARS Lisboa e Vale do Tejo, quando comparada com as restantes ARS, foi a que apresentou mais encargos para o SNS, seguida pela ARS Norte, pela ARS Centro, pela ARS Alentejo e pela ARS Algarve (*vide gráfico infra*).

Relativamente aos valores mais elevados e mais baixos anualmente exibidos por cada ARS, constatou-se que a ARS Norte apresentou um nível de despesa mais elevado em 2010, no valor de 64.073.271 € e um nível menor de despesa em 2007, no valor de 33.742.035 €. Por seu lado, a ARS Centro apresentou o maior nível de despesa em 2008, no valor de 37.799.646 €, tendo sido em 2006 que esse nível de despesa foi inferior, no valor de 28.208.623 €. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo, o ano em que a despesa com convencionados de Diálise foi maior foi o ano de 2011, com uma despesa de 114.128.389 €, e o ano que foi menor foi 2007, com uma despesa de 20.741.047 €. Na ARS Alentejo o ano que exibiu uma maior despesa foi o de 2011, com uma despesa de 11.839.322 €, e o ano com menor despesa foi de 2006, com uma despesa de 5.485.470 €. Por último, na ARS Algarve o ano em que a despesa foi maior com convencionados de Diálise foi 2010, com uma despesa de 11.306.861 € e o ano em que foi menor foi o ano de 2006, com uma despesa de 4.789.039 €.

¹¹⁵ Conforme referido na secção 5.1 não são considerados aqui uma parte dos encargos relativos à ARS Centro, uma vez que a ARS não discriminou relativamente aos mesmos qual a distribuição por cada uma das quatro áreas convencionadas.

Gráfico n.º 4 – Encargos do SNS em Diálise, entre 2006 e 2012, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

No que concerne à variação anual da despesa por ARS e de acordo com a tabela *infra*, a ARS Norte apresentou entre 2011 e 2012, a maior diminuição dos encargos com o SNS, no valor de 9%, e entre 2008 e 2009, o maior aumento, no valor de 48%. A ARS Centro evidenciou, entre 2007 e 2008, o maior aumento dos encargos com o SNS, de 33%, e entre 2008 e 2009, a maior diminuição da despesa, de 18%. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo verificou-se, entre 2006 e 2007, a maior diminuição dos encargos com o SNS, de 39%, e entre 2007 e 2008, o maior aumento, de 101%. A ARS Alentejo apresentou o maior aumento dos encargos com o SNS, entre 2007 e 2008, de 65%, e a maior diminuição, entre 2009 e 2010, e entre 2011 e 2012, de 2%. Por fim, a ARS Algarve apresentou, entre 2007 e 2008, o maior aumento dos encargos com o SNS, de 59%, e entre 2010 e 2011, a maior diminuição da despesa, de 10%¹¹⁶.

¹¹⁶ A abertura das convenções de Diálise e, consequentemente, o aumento do número de prestadores, bem como a introdução do preço compreensivo, poderão ter contribuído para o aumento da despesa verificado entre 2007 e 2008 e, parcialmente, entre 2008 e 2009.

Tabela n.º 18 – Variação anual dos encargos em Diálise, entre 2006 a 2012, por ARS

Variação anual	ARS				
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
2006-2007	-5%	0%	-39%	1%	4%
2007-2008	21%	33%	101%	65%	59%
2008-2009	48%	-18%	83%	29%	24%
2009-2010	6%	0%	47%	-2%	15%
2010-2011	-4%	10%	2%	3%	-10%
2011-2012	-9%	-14%	-9%	-2%	-6%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Foi ainda possível apurar que, entre 2007 e 2008 e entre 2008 e 2009, com exceção da ARS Centro, e entre 2009 e 2010, com exceção da ARS Alentejo, as ARS apresentaram um padrão comum de comportamento, isto é, todas apresentaram um aumento dos encargos para o SNS em Diálise, assumindo esse aumento particular relevo na ARS Lisboa e Vale do Tejo.

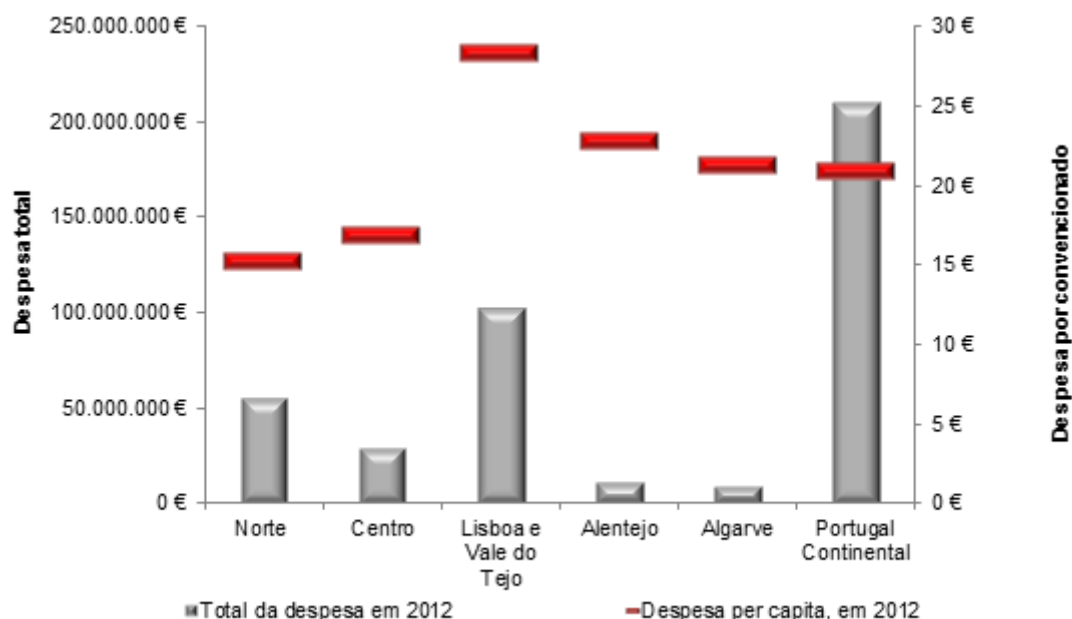
Importa aqui recordar que, no âmbito das convenções entre o SNS e os estabelecimentos de Diálise, o Despacho n.º 4325/2008, de 19 de fevereiro de 2008, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, veio estabelecer que “[...] a *doença renal crónica* [iria ser tratada através] de um modelo de “*gestão integrada da doença*”, tendo em conta que se trata de um problema de saúde que, do ponto de vista da saúde pública, requer uma ação planificada e integrada, através de estratégias bem definidas, de forma a alcançar, simultaneamente, ganhos em saúde, melhoria da qualidade e racionalização do sistema. Foi também definido no referido Despacho que os preços a serem praticados iriam assumir para “[...] a) *Modalidade de preço por sessão: Convencional - 114,79 € por doente e por sessão*; [e a] b) *Modalidade de preço compreensivo: Convencional - 547,94 € por doente/semana (78,28 € por doente/dia)*. Mais se refira que pelo Despacho n.º 10569/2011, de 23 de agosto de 2011 “[...] os preços compreensivos da hemodiálise convencional, quer realizada em centro extra-hospitalar, quer no domicílio do doente, a pagar no âmbito das convenções para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise passa[ra]m a ser de: a) € 450,68, sem acessos vasculares; b) € 470,09, com acessos vasculares. [e de] 2 - O preço a pagar por sessão de diálise no âmbito das convenções para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise é de € 114,79.”.

Após a publicação do Despacho que determinou a redução de preços, constatou-se uma redução da despesa em 2012. Contudo, não foi possível aferir de uma eventual

contribuição direta da alteração dos preços, plasmada no Despacho anteriormente referido, na redução da despesa anual, sem que se tenha em consideração o número de doentes tratados. Tais dados não foram disponibilizados por todas as ARS, inviabilizando uma tal análise¹¹⁷.

Tendo agora em consideração o total dos encargos para o ano de 2012 por habitante, constatou-se que em Portugal Continental tal valor era de 20,88 € por habitante. No entanto, em termos de análise desagregada por ARS, existe uma variação significativa no valor dos encargos por habitante, sendo que a ARS Lisboa e Vale do Tejo foi aquela que apresentou uma despesa *per capita* mais elevada, com um valor de 28,23 € por habitante, relativamente às restantes ARS, seguindo-se a ARS Alentejo, com um encargo de 22,77€ e a ARS Algarve, com um encargo de 21,23 € por habitante, sendo que as ARS que apresentaram uma despesa *per capita* mais baixa foram a ARS Centro, com um encargo de 16,82 €, e a ARS Norte, com um encargo de 15,18 € (*vide gráfico infra*).

Gráfico n.º 5 – Total da despesa *versus* despesa *per capita* em Diálise, em 2012, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

¹¹⁷ Veja-se as dificuldades apontadas na seção 5.1 Metodologia.

Quanto ao cálculo da despesa verificada em 2012, por estabelecimento convencionado, o mesmo não foi possível realizar, uma vez que se constatou que a informação disponibilizada pelas cinco ARS relativa à despesa suportada pelo SNS, em Diálise, não se encontrava uniforme. Isto é, verificou-se, por exemplo, que algumas ARS apresentaram as despesas por estabelecimento convencionado e outras ARS disponibilizaram a referida informação por grupos empresariais nos quais os estabelecimentos estão integrados.

5.4 Medicina Física e de Reabilitação

Atenta a análise dos encargos do SNS em MFR, e de acordo com a tabela *infra*, verificou-se que, a despesa aumentou nos anos de 2007, 2009 e 2010 e diminuiu em 2008, 2011 e 2012.

Tabela n.º 19 – Encargos do SNS em MFR, entre 2006 e 2012¹¹⁸

	Ano	N.º Atos	N.º Exames	N.º Requisições	Encargos do SNS	Variação anual dos Encargos
Total das ARS	2006	30.510.167	2.462.432	577.295	54.319.433	-
	2007	31.169.078	2.515.601	585.713	56.750.237	4%
	2008	28.731.374	2.316.838	564.853	54.605.301	-4%
	2009	37.219.953	3.010.516	671.348	69.553.763	27%
	2010	40.170.352	3.270.212	720.051	80.516.798	16%
	2011	36.118.389	2.882.322	631.287	73.763.733	-8%
	2012	33.188.987	2.812.499	581.835	66.784.184	-9%
Total		237.108.300	19.270.420	4.332.382	456.293.448 €	-

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Relativamente ao total de atos, de exames e de requisições, por ARS, no período anteriormente referido, e como pode ser observado na tabela *infra*, a ARS Norte, quando comparada com as restantes ARS, foi a que mais atos e exames realizou e aquela em que mais requisições foram emitidas, com 107.579.675, 8.681.374 e 1.830.623, respetivamente, tendo sido o ano de 2010 o que mais contribuiu para tais valores. Inversamente, a ARS Alentejo, quando comparada com as restantes ARS, foi a que menos atos e exames realizou e aquela em que menos requisições foram

¹¹⁸ Conforme referido na secção 5.1 não são considerados aqui uma parte dos encargos relativos à ARS Centro, uma vez que a ARS não discriminou relativamente aos mesmos qual a distribuição por cada uma das quatro áreas convencionadas.

emitidas, com 2.954.571, 204.787 e 60.917, respetivamente, tendo sido o ano de 2010 o que evidenciou os valores mais elevados para as referidas variáveis.

Tabela n.º 20 – N.º de atos, n.º de exames, n.º de requisições e encargos do SNS em MFR, entre 2006 e 2012, por ARS^{119 120}

ARS	Ano	N.º Atos	N.º Exames	N.º Requisições	Encargos do SNS
Norte	2006	12.737.749	1.030.502	211.175	22.621.741 €
	2007	12.963.760	1.038.226	221.529	24.141.157 €
	2008	10.045.817	803.536	179.293	20.131.511 €
	2009	17.731.023	1.425.268	300.270	34.952.427 €
	2010	19.559.234	1.579.375	327.469	40.725.099 €
	2011	17.513.234	1.390.397	293.243	37.340.937 €
	2012	17.028.858	1.414.070	297.644	36.328.874 €
Total		107.579.675	8.681.374	1.830.623	216.241.746 €
Centro	2006	5.622.246	476.437	116.708	9.639.954 €
	2007	5.947.676	502.661	122.618	10.303.636 €
	2008	5.812.967	492.096	126.181	10.780.388 €
	2009	4.460.885	381.713	101.030	8.130.635 €
	2010	5.109.248	442.667	115.914	10.183.955 €
	2011	4.763.134	392.611	89.808	9.518.460 €
	2012	4.160.004	362.121	72.686	8.175.936 €
Total		35.876.160	3.050.306	744.945	66.732.964 €
Lisboa e Vale do Tejo	2006	11.707.771	925.514	205.964	19.471.740 €
	2007	11.843.614	946.422	208.357	19.884.212 €
	2008	12.409.990	989.327	216.874	21.023.345 €
	2009	13.214.552	1.062.873	231.756	23.417.916 €
	2010	13.614.121	1.101.922	240.129	26.104.739 €
	2011	12.096.518	964.075	216.299	23.548.103 €
	2012	10.616.545	916.915	187.147	19.289.298 €
Total		85.503.111	6.907.048	1.506.526	152.739.353 €
Alentejo	2006	442.401	29.979	9.316	646.656 €
	2007	414.028	28.292	8.751	585.959 €
	2008	462.600	31.879	9.859	677.788 €
	2009	467.972	31.698	9.692	708.539 €
	2010	482.042	32.733	9.819	786.633 €
	2011	457.980	32.886	9.136	751.681 €
	2012	227.548	17.320	4.344	368.684 €
Total		2.954.571	204.787	60.917	4.525.939 €
Algarve	2006	n.d.	n.d.	34.132	1.939.343 €
	2007	n.d.	n.d.	24.458	1.835.272 €
	2008	n.d.	n.d.	32.646	1.992.269 €
	2009	1.345.521	108.964	28.600	2.344.245 €
	2010	1.405.707	113.515	26.720	2.716.372 €
	2011	1.287.523	102.353	22.801	2.604.551 €
	2012	1.156.032	102.073	20.014	2.621.394 €
Total		5.194.783	426.905	189.371	16.053.447 €

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

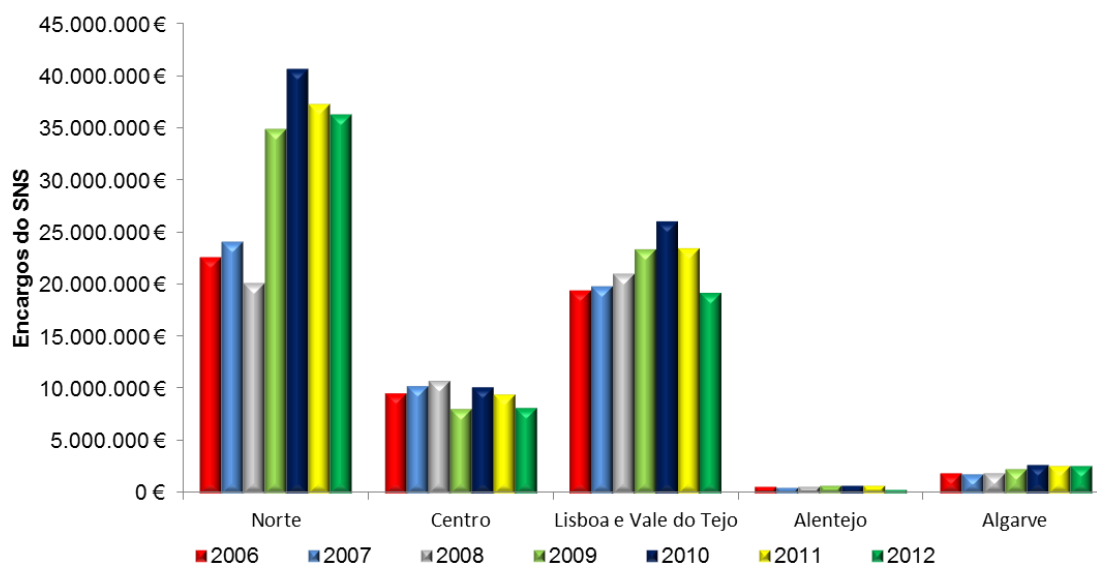
¹¹⁹ Importa recordar que os números relativos à ARS Centro e à ARS Algarve devem ser lidos tendo em consideração os constrangimentos apresentados na secção 5.1..

¹²⁰ Note-se que o aumento da despesa foi em sintonia com os atos, exames e requisições.

Tendo em consideração a evolução da despesa para o SNS, por ARS, na área convencionada de MFR, observou-se que entre 2006 e 2012 a ARS Norte, quando comparada com as restantes ARS, foi a que apresentou mais encargos para o SNS, seguida pela ARS Lisboa e Vale do Tejo, pela ARS Centro, pela ARS Algarve, sendo que a ARS que exibiu uma despesa inferior foi a ARS Alentejo.

Relativamente aos valores mais elevados e mais baixos anualmente exibidos por cada ARS, constata-se que a ARS Norte apresentou o nível de despesa mais elevado em 2010, no valor de 40.725.099 €, e o nível mais baixo de despesa em 2008, no valor de 20.131.511 €. Por seu lado, a ARS Centro apresentou o nível mais alto de despesa em 2008, no valor de 10.780.388 €, tendo sido em 2009 que esse nível de despesa foi o mais baixo registado, no valor de 8.130.635 €. Na ARS Lisboa e Vale do Tejo, o ano em que a despesa com convencionados de MFR foi mais elevado foi o ano de 2010, com uma despesa de 26.104.739 €, e o ano que foi menos elevado foi 2012, com uma despesa de 19.289.298 €. Na ARS Alentejo, o ano que exibiu uma maior despesa foi o de 2010, com uma despesa de 786.633 € e o ano com menor despesa foi o de 2012, com uma despesa de 368.684 €. Por último, na ARS Algarve, o ano em que a despesa foi maior com convencionados de MFR foi 2010, com uma despesa de 2.716.372 €, e o ano em que foi menor foi o ano de 2007, com uma despesa de 1.835.272 €.

Gráfico n.º 6 – Encargos do SNS em MFR, entre 2006 e 2012, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

No que concerne à variação anual da despesa por ARS e de acordo com a tabela *infra*, a ARS Norte apresentou entre 2007 e 2008 a maior diminuição da despesa, de 17%, e entre 2008 e 2009 o maior aumento, de 74%. A ARS Centro exibiu a maior diminuição da despesa entre 2008 e 2009, de 25%, tendo no período seguinte, entre 2009 e 2010, aumentado a despesa em 25%. A ARS Lisboa e Vale do Tejo exibiu entre 2008 e 2009 e entre 2009 e 2010 o maior aumento da despesa, de 11%, e entre 2011 e 2012 a maior diminuição da despesa, de 18%. A ARS Alentejo apresentou entre 2007 e 2008 o maior aumento da despesa, de 16%, e entre 2011 e 2012 a maior diminuição, de 51%. Por fim, a ARS Algarve evidenciou entre 2006 e 2007 a maior diminuição da despesa de MFR, de 5%, e o maior aumento, entre 2008 e 2009, de 18%.

Entre 2010 e 2011 e entre 2011 e 2012 as ARS apresentaram um padrão comum de comportamento, isto é, todas apresentaram uma diminuição dos encargos do SNS em MFR, o que poderá evidenciar um esforço na redução da despesa em saúde, assumindo particular relevância a ARS Alentejo, que evidenciou uma diminuição mais acentuada. No entanto, a razão que justifica as alterações da despesa ao longo dos anos, não é diretamente perceptível, uma vez que existiriam alterações exógenas às quais as ARS e os prestadores de cuidados de saúde foram sujeitos, e dada a lacuna de dados relativa à ARS Centro, tal como foi referido na seção 5.1¹²¹.

Tabela n.º 21 – Variação anual dos encargos em MFR, entre 2006 a 2012, por ARS

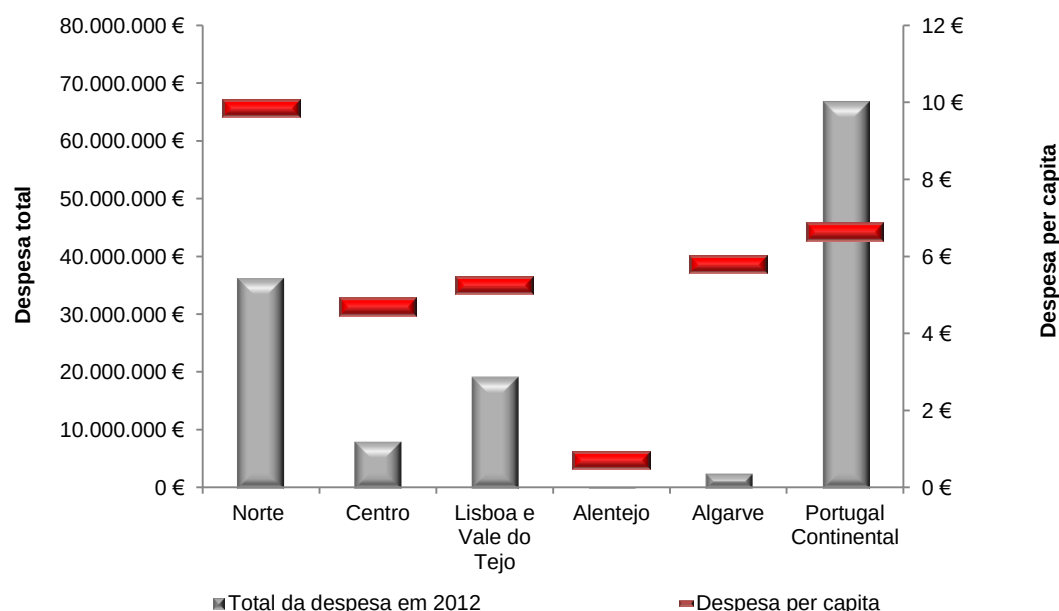
Variação anual	ARS				
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
2006-2007	7%	7%	2%	-9%	-5%
2007-2008	-17%	5%	6%	16%	9%
2008-2009	74%	-25%	11%	5%	18%
2009-2010	17%	25%	11%	11%	16%
2010-2011	-8%	-7%	-10%	-4%	-4%
2011-2012	-3%	-14%	-18%	-51%	1%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

¹²¹ A variação de 74% na despesa da ARS Norte, entre 2008 e 2009, poderá ser justificada eventualmente pelo aumento da sua área de abrangência. Por sua vez, a redução dos preços convencionados e a internalização dos MCDT por parte das ULS e mesmo pelas unidades hospitalares terão contribuído, para a diminuição da despesa, em todas as ARS, com exceção do Algarve, a partir de 2010. Igualmente, as alterações de procedimentos em 2011, incluindo a prescrição eletrónica e a centralização da conferência de faturas, poderão ter contribuído para a diminuição da despesa em todas as ARS, com exceção da ARS Algarve – cfr. Circular Normativa n.º 32/2011/UOFC da ACSS, de 24 de novembro de 2011.

Tendo agora em consideração o total dos encargos para 2012 por habitante, foi possível concluir que, a nível nacional, o total dos encargos do SNS foi de 6,65 € por habitante. No entanto, o referido valor varia de ARS para ARS, sendo que a ARS Norte foi a que apresentou uma despesa *per capita* mais elevada, de 9,85 €, seguida pela ARS Algarve com 5,81 € por habitante, pela ARS Lisboa e Vale do Tejo com 5,27 € por habitante, pela ARS Centro com 4,71 € por habitante. A ARS que apresentou uma despesa *per capita* mais baixa foi a ARS Alentejo com 0,72 € por habitante (*vide gráfico infra*).

Gráfico n.º 7 – Total da despesa *versus* despesa *per capita* em MFR, em 2012, por ARS



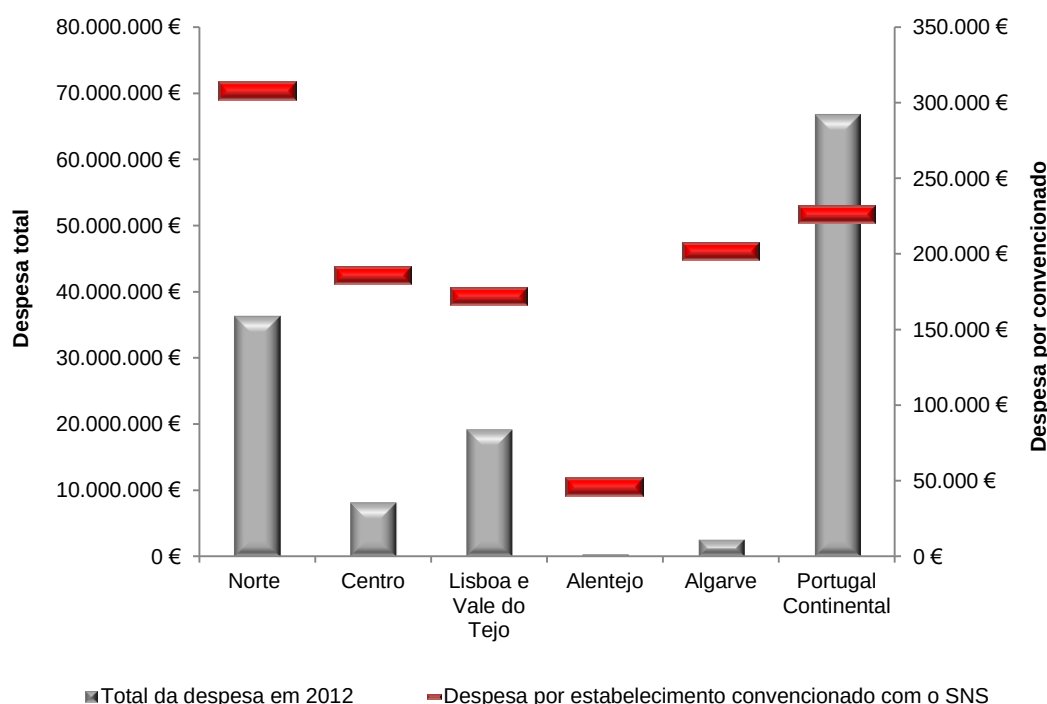
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Por último, e relativamente à despesa do SNS por estabelecimento convencionado¹²², em 2012 observou-se que a nível nacional o valor obtido foi de 226.387 €, sendo tal valor ultrapassado pela ARS Norte com 307.872 € por estabelecimento convencionado. As restantes ARS apresentaram como encargos do SNS, por estabelecimento convencionado, para o ano de 2012, valores inferiores ao obtido a

¹²² O número de estabelecimentos convencionados foi descrito no capítulo da caracterização da oferta anteriormente apresentado.

nível nacional. Mais concretamente, a ARS Centro exibiu uma despesa de 185.817 € por estabelecimento convencionado, a ARS Lisboa e Vale do Tejo de 172.226 €, a ARS Alentejo de 46.085 € e a ARS Algarve de 201.646 € (*vide gráfico infra*).

Gráfico n.º 8 – N.º de convencionados *versus* despesa por estabelecimento convencionado com o SNS em MFR, em 2012, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Recorde-se que nos dados enviados pelas ARS foi identificada despesa apresentada por entidades que não surgiam discriminadas como sendo convencionadas com o SNS. Assim, foi realizada uma análise dos encargos para a área de MFR entre 2006 e 2012, considerando todos os estabelecimentos convencionados e aqueles identificados pelas ARS como não sendo convencionados¹²³. Nessa sequência, constatou-se que no total das cinco ARS foram realizados 256.829.726 atos, 20.921.462 exames e 4.679.962 requisições, correspondendo a uma despesa para o SNS de 495.337.364 €.

No caso em concreto da despesa para o SNS na área de MFR, e conforme se pode verificar na tabela *infra*, entre 2006 e 2007, a despesa anual aumentou 3%, entre 2007

¹²³ Ver explicação na seção 5.1 Metodologia.

e 2008, diminuiu 5%, entre 2008 e 2009, aumentou 30%, entre 2009 e 2010, aumentou 15%, entre 2010 e 2011, diminuiu 9% e entre 2011 e 2012, diminuiu 15%.

Tabela n.º 22 – Encargos do SNS de MFR, entre 2006 e 2012¹²⁴

	Ano	N.º Atos	N.º Exames	N.º Requisições	Encargos do SNS	Variação anual dos Encargos
Total das ARS	2006	33.742.709	2.733.726	635.153	60.395.586	-
	2007	34.070.061	2.760.342	636.934	62.074.554	3%
	2008	31.099.541	2.515.274	608.907	59.106.591	-5%
	2009	40.936.921	3.320.763	737.575	76.806.038	30%
	2010	43.826.830	3.578.261	783.449	88.183.663	15%
	2011	39.270.242	3.141.740	684.160	80.577.922	-9%
	2012	33.883.422	2.871.356	593.784	68.193.009	-15%
Total		256.829.726	20.921.462	4.679.962	495.337.364 €	-

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Em síntese, a despesa numa ótica apenas de estabelecimentos convencionados de MFR, entre 2006 e 2012, foi de 453.060.800 €. No entanto, se forem tidos em consideração todos os estabelecimentos convencionados e não convencionados, a despesa foi de 495.337.364 €, o que se traduz num encargo adicional 39.043.916 € para o SNS.

5.5 Radiologia

Atenta a análise dos encargos do SNS em Radiologia, e de acordo com a tabela *infra*, verificou-se que, a despesa aumentou nos anos de 2007 e de 2009 e diminuiu em 2008, 2010, 2011 e 2012.

¹²⁴ Conforme referido na secção 5.1 não são considerados aqui uma parte dos encargos relativos à ARS Centro, uma vez que a ARS não discriminou relativamente aos mesmos qual a distribuição por cada uma das quatro áreas convencionadas.

Tabela n.º 23 – Encargos do SNS em Radiologia, entre 2006 e 2012¹²⁵

	Ano	N.º Atos	N.º Exames	N.º Requisições	Encargos do SNS	Variação anual dos encargos
Total das ARS	2006	3.466.690	6.577.154	4.455.661	126.110.206 €	-
	2007	3.478.168	6.640.477	4.644.956	129.820.483 €	3%
	2008	3.489.527	6.195.249	4.478.750	126.765.374 €	-2%
	2009	3.439.760	6.980.048	4.889.548	132.580.687 €	5%
	2010	6.919.166	6.892.108	5.214.829	131.229.221 €	-1%
	2011	6.085.795	6.048.393	4.706.116	107.659.517 €	-18%
	2012	5.748.153	5.720.849	4.639.997	85.776.911 €	-20%
Total		32.627.259	45.054.278	33.029.857	839.942.399 €	-

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Relativamente ao total de atos, exames e requisições, desagregado por ARS, no período anteriormente referido, e como pode ser observado na tabela *infra*, a ARS Lisboa e Vale do Tejo foi a que mais atos e exames realizou e a que foram emitidas mais requisições, designadamente, 20.455.019, 19.830.858 e 13.769.359 respetivamente, tendo sido o ano de 2008 aquele em que foram cobrados mais atos e um maior número de exames realizados e em 2010 o ano que se observou um maior número de requisições. A ARS Norte apresentou um total de 7.085.303 atos, 14.740.846 exames e 11.431.583 de requisições, tendo sido em 2010 o ano em que apresentou os valores mais elevados. A ARS Centro exibiu um total de 3.106.130 atos, 8.295.059 de exames e 5.945.578 requisições, tendo sido o ano de 2010 aquele em que foram cobrados mais atos, em 2007 o ano onde se verificou um maior número de exames realizados e em 2008 o ano que se observou um maior número de requisições. A ARS Alentejo apresentou um total de 1.337.438 atos, 1.309.545 de exames e 915.636 de requisições, tendo sido o ano de 2009 onde foram observados um maior número de atos, em 2007 o ano que se verificou um maior número e de requisições. A ARS Algarve¹²⁶, entre 2009 e 2012, realizou 643.369 atos e 877.970 exames, tendo sido o ano de 2010 que se observou mais atos e o ano de 2009 que se observaram maior número de exames. Entre 2006 e 2012 foram efetuadas 967.701 requisições, tendo sido o ano de 2012 o que apresentou um maior número de requisições.

¹²⁵ Conforme referido na secção 5.1 não são considerados aqui uma parte dos encargos relativos à ARS Centro, uma vez que a ARS não discriminou relativamente aos mesmos qual a distribuição por cada uma das quatro áreas convencionadas.

¹²⁶ Entre 2006 e 2008 a ARS Algarve não conseguiu disponibilizar o número atos e de exames relativamente à área convencionada de Radiologia.

Tabela n.º 24 – N.º de atos, n.º de exames, n.º de requisições e encargos do SNS em Radiologia, entre 2006 e 2012, por ARS^{127 128}

ARS	Ano	N.º Atos	N.º Exames	N.º Requisições	Encargos do SNS
Norte	2006	88.037	1.974.090	1.399.156	34.697.657 €
	2007	92.288	2.019.462	1.493.787	36.589.680 €
	2008	58.815	1.559.778	1.195.419	29.619.971 €
	2009	74.418	2.442.823	1.814.006	44.078.432 €
	2010	2.484.608	2.471.324	1.995.427	45.197.385 €
	2011	2.182.189	2.170.779	1.769.592	37.254.507 €
	2012	2.104.948	2.102.590	1.764.196	31.548.921 €
Total		7.085.303	14.740.846	11.431.583	258.986.552 €
Centro	2006	50.704	1.442.281	943.021	26.180.803 €
	2007	64.978	1.466.098	983.855	26.999.372 €
	2008	36.546	1.397.278	1.008.530	27.860.063 €
	2009	24.350	1.068.847	739.978	19.902.672 €
	2010	1.030.028	1.028.384	784.821	19.247.065 €
	2011	980.317	976.790	758.087	17.216.648 €
	2012	919.207	915.381	727.286	13.496.465 €
Total		3.106.130	8.295.059	5.945.578	150.903.087 €
Lisboa e Vale do Tejo	2006	3.103.513	2.940.910	1.861.823	56.290.370 €
	2007	3.095.590	2.934.470	1.895.090	57.460.842 €
	2008	3.176.333	3.026.134	1.994.446	59.920.994 €
	2009	3.109.538	3.003.509	2.046.262	59.234.534 €
	2010	3.000.222	2.988.937	2.155.244	58.537.946 €
	2011	2.582.739	2.565.217	1.928.587	46.791.693 €
	2012	2.387.084	2.371.681	1.887.907	34.921.234 €
Total		20.455.019	19.830.858	13.769.359	373.157.614 €
Alentejo	2006	224.436	219.873	142.879	4.862.397 €
	2007	225.312	220.447	148.150	4.826.630 €
	2008	217.833	212.059	144.182	4.719.945 €
	2009	225.378	219.247	147.967	4.736.185 €
	2010	181.377	180.928	134.195	4.011.658 €
	2011	129.805	129.009	97.232	2.593.696 €
	2012	133.297	127.982	101.031	2.305.159 €
Total		1.337.438	1.309.545	915.636	28.055.670 €
Algarve	2006	n.d.	n.d.	108.782	4.078.979 €
	2007	n.d.	n.d.	124.074	3.943.960 €
	2008	n.d.	n.d.	136.173	4.644.400 €
	2009	6.076	245.622	141.335	4.628.864 €
	2010	222.931	222.535	145.142	4.235.166 €
	2011	210.745	206.598	152.618	3.802.974 €
	2012	203.617	203.215	159.577	3.505.133 €
Total		643.369	877.970	967.701	28.839.476 €

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

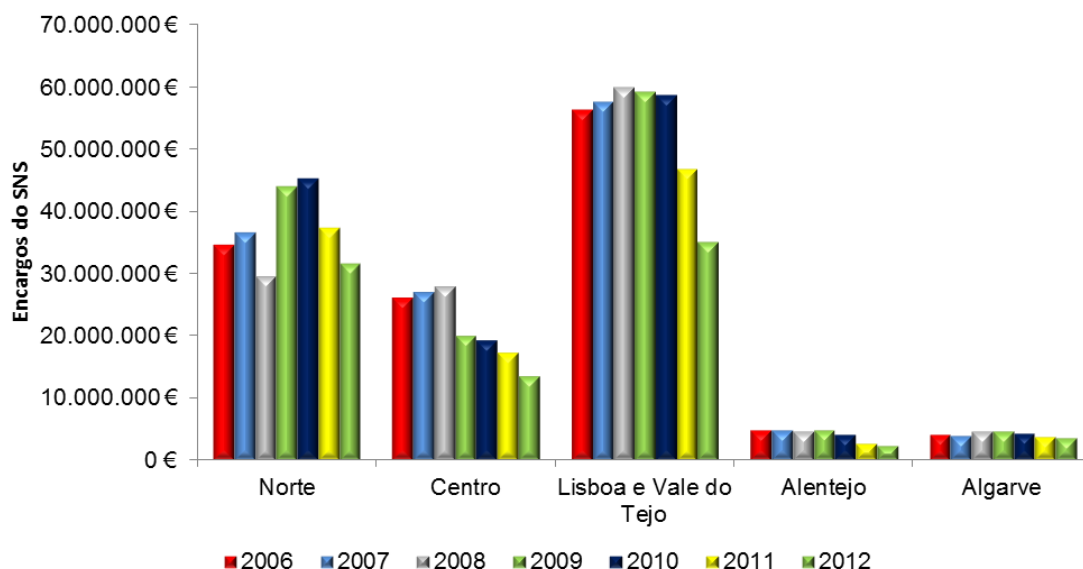
¹²⁷ Importa recordar que os números relativos à ARS Centro e à ARS Algarve devem ser lidos tendo em consideração os constrangimentos apresentados na secção 5.1..

¹²⁸ Note-se que o aumento da despesa foi em sintonia com os atos, exames e requisições.

Tendo em consideração a evolução da despesa para o SNS, por ARS, incluindo somente os estabelecimentos convencionados em Radiologia, observou-se que, entre 2006 e 2012, a ARS Lisboa e Vale do Tejo, quando comparada com as restantes ARS, foi a que apresentou mais encargos para o SNS, seguida pela ARS Norte, pela ARS Centro, pela ARS Alentejo e pela ARS Algarve.

Relativamente aos valores mais elevados e mais baixos anualmente exibidos por cada ARS, constata-se que a ARS Norte exibiu a despesa maior em 2010, de 45.197.385 €, e a despesa menor em 2012, de 31.548.921 €, a ARS Centro apresentou a despesa maior em 2008, de 27.860.063 €, e a despesa menor em 2012, de 13.496.465 €, a ARS Lisboa e Vale do Tejo evidenciou a despesa maior em 2008, de 59.920.994 €, e a despesa menor em 2012, de 34.921.234 €, a ARS Alentejo apresentou a despesa maior em 2006, de 4.862.397 €, e a despesa menor em 2012, de 2.305.159 € e a ARS Algarve evidenciou a despesa maior em 2008, de 4.644.400 €, e a despesa menor em 2012, de 3.505.133 €.

Gráfico n.º 9 – Encargos do SNS em Radiologia, entre 2006 e 2012, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

No que concerne à variação anual da despesa por ARS, e de acordo com a tabela *infra*, a ARS Norte apresentou entre 2007 e 2008 a maior diminuição dos encargos, de 19%, e entre 2008 e 2009 o maior aumento, de 49%. A ARS Centro evidenciou a maior diminuição dos encargos de Radiologia para o SNS de 29%, entre 2008 e 2009 e entre 2006 e 2007 e entre 2007 e 2008, o maior aumento dos encargos, de 3%. A

ARS Lisboa e Vale do Tejo exibiu entre 2011 e 2012 a maior diminuição da despesa, de 25%, e entre 2007 e 2008 a maior aumento, de 4%. A ARS Alentejo apresentou em todos os períodos analisados, com exceção de um (com variação nula), uma diminuição da despesa. Por fim, a ARS Algarve evidenciou entre 2007 e 2008 o maior aumento da despesa, de 18%, e a maior diminuição entre 2010 e 2011, de 10%¹²⁹.

Entre 2009 e 2010, com exceção da ARS Norte, e a partir de 2010, as ARS apresentaram um padrão comum de comportamento, isto é, todas apresentaram uma diminuição dos encargos do SNS com Radiologia, o que poderá evidenciar um esforço na redução da despesa em saúde, assumindo particular relevância a ARS Alentejo entre 2010 e 2011 e a ARS Lisboa e Vale do Tejo entre 2011 e 2012, que evidenciaram uma diminuição da despesa mais acentuada.

Tabela n.º 25 – Variação anual dos encargos em Radiologia, entre 2006 e 2012, por ARS

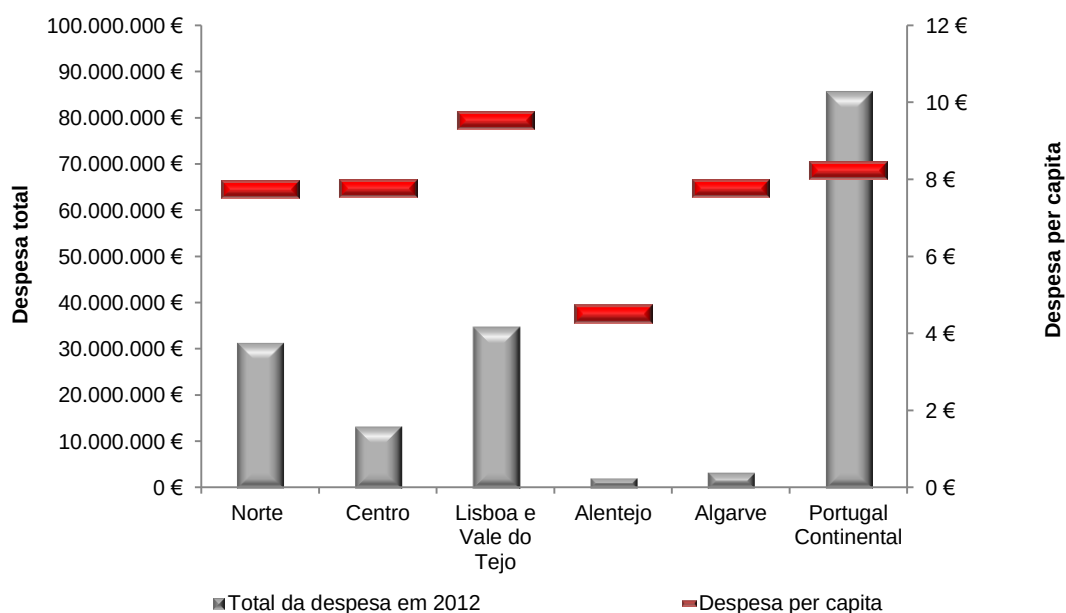
Variação anual	ARS				
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
2006-2007	5%	3%	2%	-1%	-3%
2007-2008	-19%	3%	4%	-2%	18%
2008-2009	49%	-29%	-1%	0%	0%
2009-2010	3%	-3%	-1%	-15%	-9%
2010-2011	-18%	-11%	-20%	-35%	-10%
2011-2012	-15%	-22%	-25%	-11%	-8%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Tendo agora em consideração o total dos encargos para 2012 por habitante, foi possível concluir que, a nível nacional, tal valor foi de 8,25 € por habitante. No entanto, o referido valor varia de ARS para ARS, sendo que a ARS Lisboa e Vale do Tejo foi a que apresentou uma despesa *per capita* mais elevada de 9,54 €, relativamente às restantes ARS e ao valor de referência nacional, seguida pela ARS Centro e pela ARS Algarve com 7,77 €, pela ARS Norte com 7,76 €, e pela ARS Alentejo com 4,52 € (*vide gráfico infra*).

¹²⁹ O aumento da despesa na ARS Norte, entre 2008 e 2009 poderá ser justificada eventualmente pelo aumento da sua área de abrangência. Por sua vez, a redução dos preços convencionados e a internalização dos MCDT por parte das ULS e mesmo pelas unidades hospitalares, terão contribuído para a diminuição da despesa, em todas as ARS, a partir de 2010.

Gráfico n.º 10 – Total da despesa *versus* despesa *per capita* em Radiologia, em 2012, por ARS

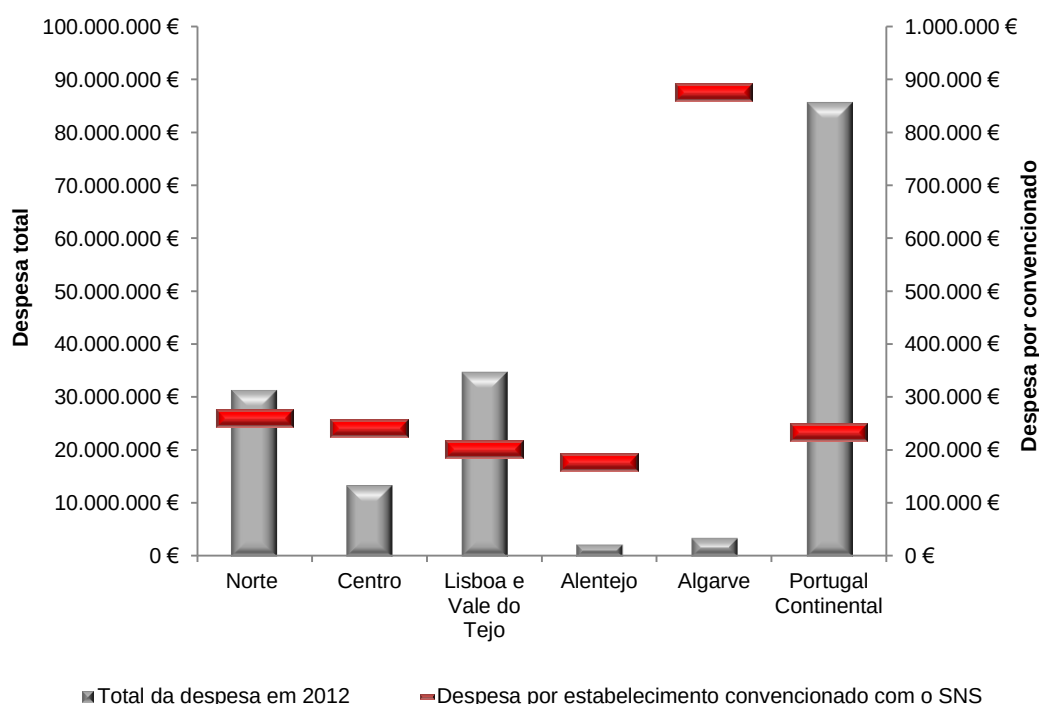


Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Por último, e relativamente à despesa do SNS por estabelecimento convencionado¹³⁰, em 2012, observou-se que, a nível nacional, o valor obtido foi de 233.725 €, sendo tal valor ultrapassado pela ARS Algarve com 876.283 € por estabelecimento convencionado, pela ARS Norte com 260.735 € por estabelecimento, pela ARS Centro com 241.008 € por estabelecimento. As restantes ARS apresentaram os encargos por estabelecimento convencionado para 2012 inferior ao obtido a nível nacional. Mais concretamente, a ARS Lisboa e Vale do Tejo exibiu uma despesa de 201.857 € por estabelecimento convencionado, e a ARS Alentejo de 177.320 € (*vide gráfico infra*).

¹³⁰ O número de estabelecimentos convencionados foi descrito na seção da caracterização da oferta anteriormente apresentada.

Gráfico n.º 11 – N.º de convencionados *versus* despesa por estabelecimento convencionado com o SNS em Radiologia, em 2012, por ARS



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Nos dados enviados pelas ARS foi identificada despesa apresentada por entidades que não surgiam discriminadas como sendo convencionadas com o SNS. Por esse motivo foi realizada uma análise dos encargos para a área de Radiologia entre 2006 e 2012, considerando todos os estabelecimentos convencionados e aqueles identificados como não sendo convencionados¹³¹. Nessa sequência, constatou-se que no total das cinco ARS foram realizados 33.786.829 atos, 47.568.218 exames e 34.817.404 requisições, correspondendo a uma despesa para o SNS de 878.514.977 €.

Conforme se pode verificar na tabela *infra*, entre 2006 e 2007, a despesa anual aumentou 3%, entre 2007 e 2008, diminuiu 3%, entre 2008 e 2009, aumentou 4%, entre 2009 e 2010, diminuiu 1%, entre 2010 e 2011, diminuiu 19% e entre 2011 e 2012, diminuiu 23%.

¹³¹ Ver explicação na seção 5.1 Metodologia.

Tabela n.º 26 – Encargos do SNS de Radiologia, entre 2006 e 2012¹³²

	Ano	N.º Atos	N.º Exames	N.º Requisições	Encargos do SNS	Variação anual dos encargos
Total das ARS	2006	3.577.843	7.022.416	4.748.201	132.842.269 €	-
	2007	3.589.727	7.109.653	4.963.170	136.914.160 €	3%
	2008	3.587.231	6.599.221	4.764.669	133.323.446 €	-3%
	2009	3.526.894	7.427.745	5.199.158	139.304.983 €	4%
	2010	7.337.040	7.308.341	5.532.215	137.686.222 €	-1%
	2011	6.382.874	6.344.146	4.940.456	112.189.844 €	-19%
	2012	5.785.220	5.756.696	4.669.535	86.254.054 €	-23%
Total		33.786.829	47.568.218	34.817.404	878.514.977 €	-

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS aos pedidos de informação solicitados pela ERS.

Em síntese, verificou-se que a despesa numa ótica apenas de estabelecimentos convencionados de Radiologia, entre 2006 e 2012, foi de 839.942.399 € €. No entanto, se forem tidos em consideração os estabelecimentos não convencionados mas que apresentaram despesa às ARS, a despesa foi de 878.514.977 € €, o que se traduz num encargo adicional 38.572.579 € para o SNS.

5.6 Conclusão

Em termos financeiros e de acordo com a informação fornecida pelas cinco ARS, relativamente ao valor faturado ao SNS pelas entidades convencionadas nas áreas de Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia, este valor foi de 466.280.800 € em 2006 e de 505.985.556 € em 2012, pelo que houve um aumento de 9% no período, sem prejuízo de não serem considerados aqui uma parte dos encargos relativos à ARS Centro. Note-se, também, que o maior aumento da despesa ocorreu entre 2008 e 2009, de 20%, enquanto o decréscimo mais acentuado é identificado entre 2011 e 2012, de 14%.

Refira-se que todas as ARS exibiram uma diminuição da despesa entre 2011 e 2012, destacando-se que as maiores diminuições de despesa em Análises Clínicas e em MFR verificaram-se na ARS Alentejo, sendo que as ARS Centro e ARS Lisboa e Vale

¹³² Conforme referido na secção 5.1 não são considerados aqui uma parte dos encargos relativos à ARS Centro, uma vez que a ARS não discriminou relativamente aos mesmos qual a distribuição por cada uma das quatro áreas convencionadas.

do Tejo apresentaram as maiores reduções de despesa em Diálise e Radiologia, respetivamente.

Da análise dos encargos é de ressaltar a existência de variações significativas de despesa entre os anos analisados e até entre ARS. A justificação para discrepâncias tão notórias (que se aproximou, em alguns casos, dos 100%) nem sempre é óbvia ou até mesmo perceptível, devido ao problema dos dados incompletos, pelo que importa recomendar a implementação de um sistema de monitorização e controlo da produção de atos convencionados e respetiva despesa, por forma a identificar variações dos seus elementos (procura, produção e despesa), e respetivas causas, permitindo a adoção atempada de medidas corretivas quando necessário.

Importa referir que resulta das análises efetuadas que na sequência do Memorando de Entendimento entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI, houve uma diminuição da despesa, entre 2011 e 2012, de 17% em Análises Clínicas, 10% em Diálise, 9% em MFR e 20% em Radiologia.

6. Concorrência entre os prestadores convenccionados

A política de saúde estabelecida na Base II da Lei de Base da Saúde, assume o apoio do Estado ao “[...] *desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público*” de onde decorre que deve o bem saúde ser promovido e respeitado por todos os atuantes do mercado, estejam eles integrados no setor público ou no setor não público.

A concorrência, sendo indutora de inovação e desenvolvimento, leva a que a diferenciação entre os agentes económicos possa ainda ocorrer – e para além dos preços praticados - no âmbito das características inerentes aos serviços ou produtos relevantes, como sejam, designadamente, a disponibilidade de horários, rapidez de fornecimento e na prestação dos serviços, inovação tecnológica, e eficiência. Além do mais, e no específico mercado da prestação de cuidados de saúde, o exercício do jogo concorrencial entre os prestadores envolvidos, implicará naturalmente maiores benefícios para os utentes.

E o mesmo se diga também em relação aos prestadores que tenham acordado ou convenccionado a prestação de cuidados de saúde a beneficiários do SNS. Aqui, a distinção entre os diferentes agentes não se estabelecerá já ao nível do preço mas quanto a outros instrumentos concorrenciais, como a qualidade ou disponibilidade na realização do ato. Concretizando, as entidades convenccionadas do SNS para a prestação de determinado cuidado de saúde concorrem entre si, naquele que seja o mercado geográfico relevante, pelos utentes do SNS. Ademais, de uma concorrência livre e sã deverá resultar o estímulo da inovação e do crescimento, em prol do aumento de variedade e/ou da qualidade de bens e serviços e do controlo da despesa.

Aliás, a este respeito o próprio Regime Jurídico das Convenções diz que é necessário que a missão pública de prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS seja desenvolvida com adequados níveis de eficiência e qualidade, tendente à “*correta rentabilização dos meios existentes e boa articulação entre instituições públicas e privadas*”. Com o intuito de discutir as implicações que podem advir da estrutura concorrencial dos mercados convenccionados, i.e., os mercados em que concorrem os prestadores de cuidados de saúde convenccionados com o SNS, realizou-se uma avaliação concorrencial, por meio do cálculo do Índice de *Herfindahl-Hirschman* (IHH).

Neste capítulo também é feita uma comparação dos preços convencionados com o SNS e os preços de subsistemas de saúde, seguros de saúde e particulares.

6.1. Análise da concorrência numa ótica de concentração de mercado

6.1.1 Metodologia

Os cálculos dos graus de concentração dos mercados respeitantes às quatro áreas convencionadas que são objeto de estudo foram realizados com base no IHH, que é uma medida de concentração de mercado usada como um indicador de poder de mercado ou da concorrência entre empresas. O seu cálculo, cujos resultados são apresentados neste capítulo, equivale à soma dos quadrados das quotas de mercado dos concorrentes efetivos, multiplicada por 10.000, ou seja:

$$IHH = \sum_{i=1}^n s_i^2 * 10.000$$

onde s_i é a quota de mercado da empresa i e n o número total de empresas.

De acordo com a Comissão Europeia, em termos gerais, quando a pontuação do IHH está abaixo de 1.000, a concentração do mercado é considerada baixa, quando se situa entre 1.000 e 2.000, exibe uma concentração moderada, e quando ultrapassa 2.000, é considerada uma concentração alta¹³³.

No caso concreto, foram utilizadas para o cálculo dos IHH, as dimensões dos estabelecimentos, aferidas pela sua capacidade produtiva, a partir dos números de colaboradores (médicos, enfermeiros e técnicos de saúde) dos estabelecimentos convencionados¹³⁴, sendo que se consideraram como concorrentes efetivos estabelecimentos individuais e grupos empresariais que detêm mais de um estabelecimento.

Uma vez que nenhum método de definição de mercados geográficos é aceite de forma unânime, podendo os diferentes métodos apresentar resultados bastante

¹³³ Vide as Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais, publicadas no Jornal Oficial n.º C 31/03, de 5 de fevereiro de 2004.

¹³⁴ Os números de colaboradores dos estabelecimentos constam do Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS.

heterogéneos, conforme observado por Gaynor e Vogt (2000)¹³⁵, considerou-se a unidade territorial NUTS III¹³⁶ como mercado geográfico relevante das quatro áreas em estudo. Note-se que a maioria das NUTS III tem dimensões compatíveis com o alcance típico dos prestadores de cuidados de saúde, de 2.000 km², que foi estimado pela ERS em estudos anteriores¹³⁷.

6.1.2 Análises Clínicas

Na figura *infra*, apresentam-se os IHH calculados para os vários mercados geográficos dos convencionados de Análises Clínicas.

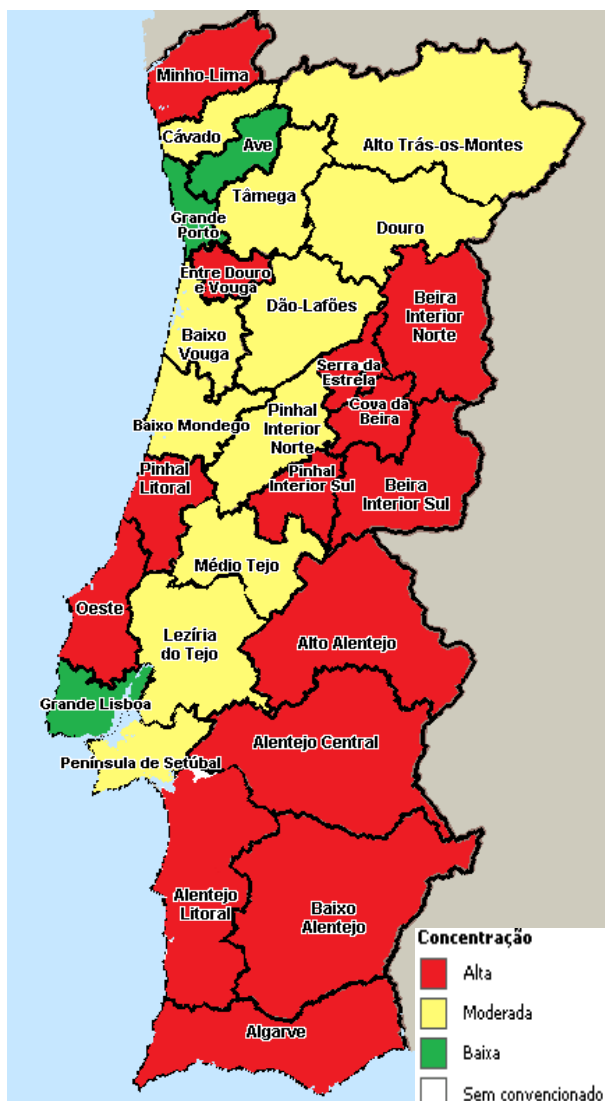
¹³⁵ Gaynor, M. e Vogt, W.B. (2000), “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, em Culyer A. J. and Newhouse J. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North Holland, 1, 27, 1405-1487.

¹³⁶ Vide justificação da opção do mercado geográfico NUTS III no Relatório, publicado pela ERS em 2006, intitulado *Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS*.

¹³⁷ Veja-se, por exemplo, o “Estudo sobre a Concorrência no Sector da Prestação de Serviços de Medicina Física e de Reabilitação”, disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=20.

Figura n.º 25 – IHH de Análises Clínicas

ARS	NUTS III	IHH
Norte	Alto Trás-os-Montes	1.327
	Ave	980
	Cávado	1.231
	Douro	1.708
	Entre Douro e Vouga	3.595
	Grande Porto	837
	Minho-Lima	2.314
	Tâmega	1.044
Centro	Baixo Mondego	1.789
	Baixo Vouga	1.493
	Beira Interior Norte	3.019
	Beira Interior Sul	6.488
	Cova da Beira	3.061
	Dão-Lafões	1.882
	Pinhal Interior Norte	1.863
	Pinhal Interior Sul	4.383
	Pinhal Litoral	4.137
	Serra da Estrela	2.630
LVT	Grande Lisboa	610
	Lezíria do Tejo	1.847
	Médio Tejo	1.622
	Oeste	2.558
	Península de Setúbal	1.142
Alentejo	Alentejo Central	3.885
	Alentejo Litoral	5.900
	Alto Alentejo	2.929
	Baixo Alentejo	3.376
Algarve	Algarve	3.040



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER.

Como se constata, há 14 NUTS III com nível de concentração alto (a vermelho na figura), 11 NUTS III com concentração moderada (a amarelo), e três NUTS III com concentração baixa (a verde).

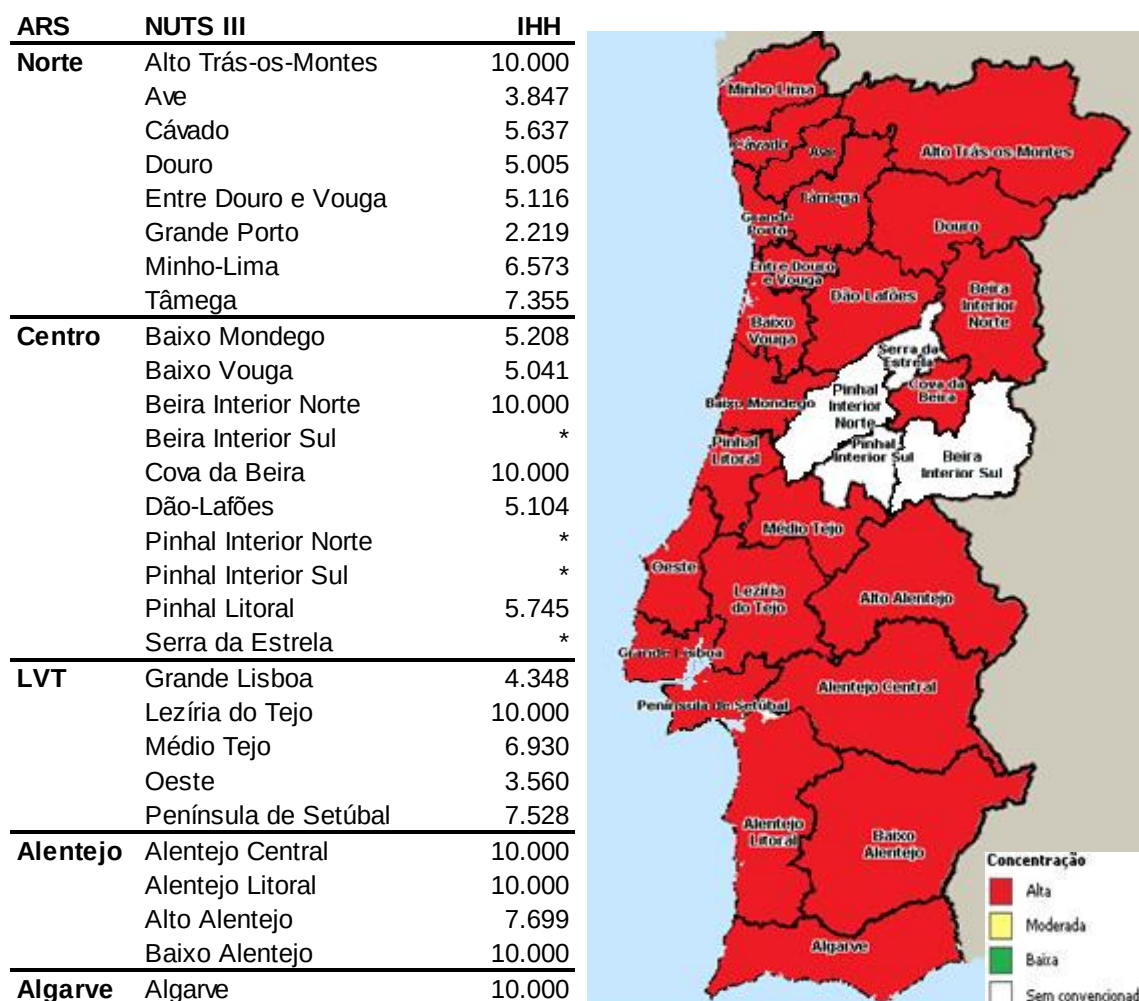
Os mercados menos concentrados são os dos grandes centros urbanos de Lisboa e Porto, que apresentam os valores mais baixos de IHH (610 e 837, respetivamente). Nestes mercados há um número relativamente maior de estabelecimentos, o que contribui para o grau de concentração menos elevado (o qual, sendo inferior a 1.000, em termos de IHH, não é normalmente suscetível de colocar problemas de natureza concorrencial). O mesmo sucede na região do Ave (com um IHH de 980).

Na análise da oferta potencial de Análises Clínicas, descrita no capítulo da oferta convencionada com o SNS do presente Relatório, constatou-se que poderiam existir apenas sete estabelecimentos na ARS Norte e um na ARS Centro em condições de virem a aderir às convenções, pelo que o impacto em termos concorrenciais é diminuto nestas regiões. No entanto, importa ainda notar que num cenário de abertura de convenções será expectável o surgimento de novos concorrentes, motivados pela possibilidade de prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS.

6.1.3 Diálise

Na figura *infra*, apresentam-se os IHH calculados para os vários mercados geográficos dos convencionados de Diálise.

Figura n.º 26 – IHH de Diálise



* Nenhum prestador convencionalizado.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER.

No que se refere aos resultados da avaliação concorrencial em Diálise, atentos os mercados geográficos das NUTS III e os concorrentes convencionalizados, constata-se que todas as 24 NUTS III que possuem prestadores têm um IHH superior a 2.000, indicando uma concentração alta e, assim, uma fraca concorrência entre os prestadores (*vide tabela supra*). Efetivamente, apenas nas NUTS III de Grande Porto, Grande Lisboa e Oeste não há concorrentes com mais de 50% de quota de mercado. Verificou-se, também, que nas NUTS III da Beira Interior Sul, Pinhal Interior Norte, Pinhal Interior Sul e Serra da Estrela não se encontram prestadores convencionalizados em Diálise.

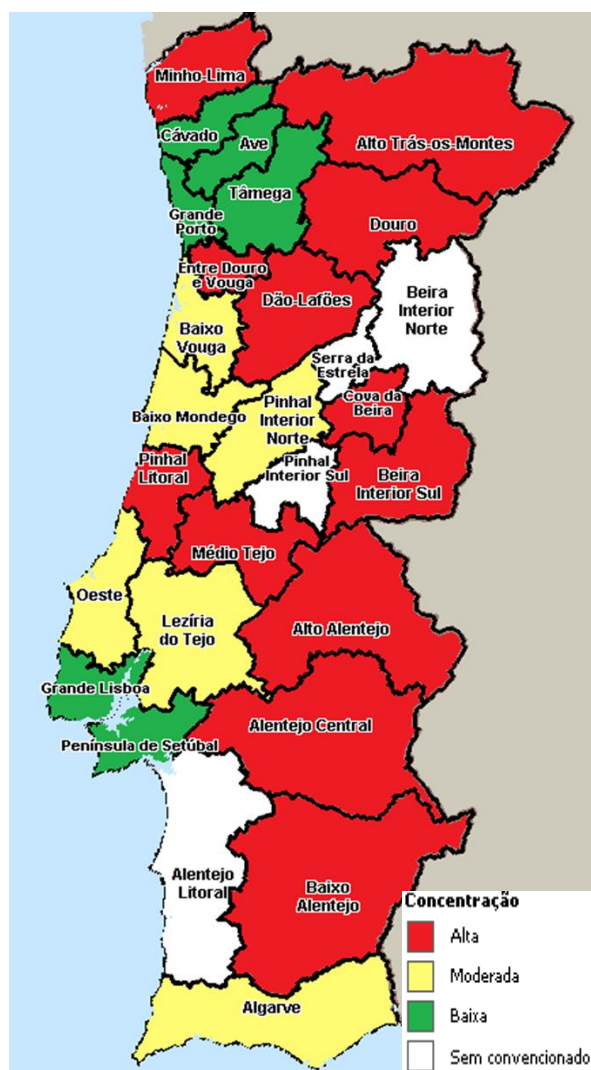
6.1.4 Medicina Física e de Reabilitação

Na figura *infra*, apresentam-se os IHH calculados para os vários mercados geográficos dos convencionados de MFR.

Figura n.º 27 – IHH de MFR

ARS	NUTS III	IHH
Norte	Alto Trás-os-Montes	2.639
	Ave	944
	Cávado	927
	Douro	7.025
	Entre Douro e Vouga	2.718
	Grande Porto	371
	Minho-Lima	4.074
	Tâmega	893
Centro	Baixo Mondego	1.556
	Baixo Vouga	1.385
	Beira Interior Norte	*
	Beira Interior Sul	3.776
	Cova da Beira	10.000
	Dão-Lafões	4.793
	Pinhal Interior Norte	1.154
	Pinhal Interior Sul	*
	Pinhal Litoral	2.267
	Serra da Estrela	*
LVT	Grande Lisboa	230
	Lezíria do Tejo	1.914
	Médio Tejo	2.245
	Oeste	1.057
	Península de Setúbal	917
Alentejo	Alentejo Central	4.063
	Alentejo Litoral	*
	Alto Alentejo	4.583
	Baixo Alentejo	5.372
Algarve	Algarve	1.533

* Nenhum prestador convencionado.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER.

Verifica-se que há 12 NUTS III com nível de concentração alto (a vermelho), seis NUTS III com concentração moderada (a amarelo), seis NUTS III com concentração baixa (a verde) e quatro NUTS III sem prestadores convencionados (a branco).

Os mercados menos concentrados são os das NUTS III de Grande Lisboa e de Grande Porto, que apresentam os valores mais baixos de IHH (230 e 371, respetivamente), mas também os mercados geográficos da NUTS III de Península de Setúbal, do Cávado, do Ave e do Tâmega, apresentam um grau de concentração baixo, não levantando problemas de natureza concorrencial.

Com a introdução da oferta potencial na análise, nas áreas de atuação das ARS Centro e Alentejo, os graus de concentração alteram-se (vide tabela *infra*).

Tabela n.º 27 – IHH de MFR com oferta potencial

ARS	NUTS III	IHH
Centro	Baixo Mondego	1.253
	Baixo Vouga	1.262
	Beira Interior Norte	2.562
	Beira Interior Sul	2.956
	Cova da Beira	5.612
	Dão-Lafões	970
	Pinhal Interior Norte	983
	Pinhal Interior Sul	5.556
	Pinhal Litoral	1.744
	Serra da Estrela	*
Alentejo	Alentejo Central	1.265
	Alentejo Litoral	3.086
	Alto Alentejo	3.571
	Baixo Alentejo	3.007

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER.

Nas 10 NUTS III do Centro, são identificadas as seguintes mudanças:

- Quatro NUTS III (Baixo Mondego, Baixo Vouga, Beira Interior Sul e Cova da Beira), passam a ter graus de concentração de mercado mais baixos, sem alteração do nível de concentração (duas mantêm-se com concentração moderada e as outras duas permanecem com concentração alta);
- Em duas NUTS III (Beira Interior Norte e Pinhal Interior Sul), passa a ser possível calcular o IHH, na medida em que passa a haver prestadores nesses mercados;
- Numa NUTS III (Serra da Estrela), continua a não haver prestadores; e, finalmente,
- Em três NUTS III (Dão-Lafões, Pinhal Interior Norte, Pinhal Litoral), os índices de concentração passam a indicar níveis mais baixos de concentração (uma

passa de alta para baixa, outra passa de moderada para baixa e uma terceira muda de alta para moderada).

Nas quatro NUTS III do Alentejo verifica-se que:

- a) Numa NUTS III (Alentejo Central), o nível de concentração passa de alto para moderado;
- b) Numa NUTS III (Alentejo Litoral) passa a haver prestadores; e
- c) Nas duas NUTS III restantes (Alto Alentejo e Baixo Alentejo) a concentração diminui, embora não haja mudança de nível de concentração (permanecem com concentração alta).

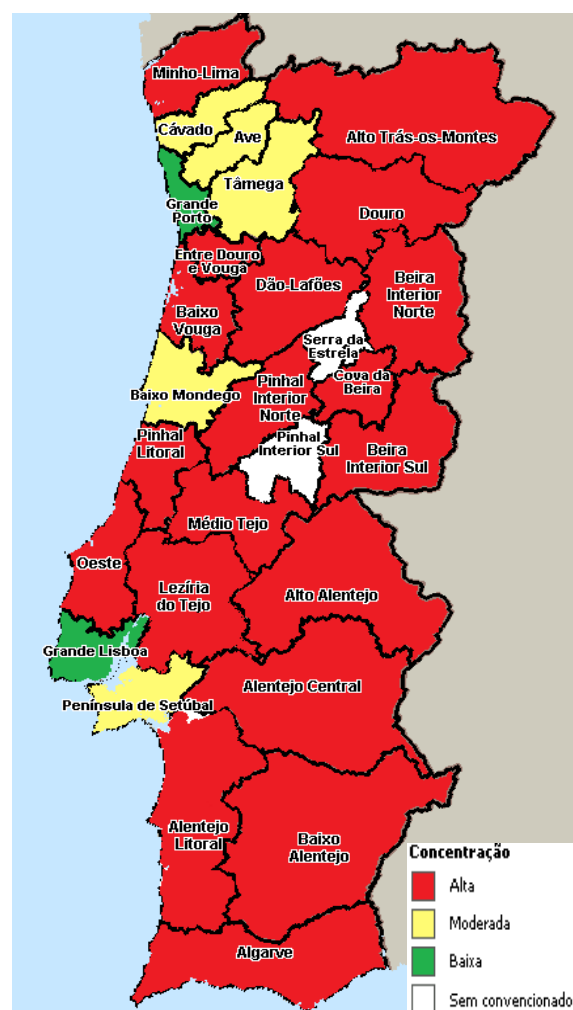
Portanto, identifica-se que a introdução de um maior número de concorrentes nos mercados geográficos de MFR produz um efeito redutor nos graus de concentração de mercado, evidenciando a possibilidade de ainda se poder promover maior concorrência entre os prestadores.

6.1.5 Radiologia

Na figura *infra*, apresentam-se os IHH calculados para os vários mercados geográficos dos convencionados de Radiologia.

Figura n.º 28 – IHH de Radiologia

ARS	NUTS III	IHH
Norte	Alto Trás-os-Montes	4.630
	Ave	1.418
	Cávado	1.845
	Douro	2.645
	Entre Douro e Vouga	2.478
	Grande Porto	746
	Minho-Lima	2.238
	Tâmega	1.554
Centro	Baixo Mondego	1.111
	Baixo Vouga	2.393
	Beira Interior Norte	10.000
	Beira Interior Sul	7.785
	Cova da Beira	10.000
	Dão-Lafões	2.641
	Pinhal Interior Norte	3.799
	Pinhal Interior Sul	*
	Pinhal Litoral	2.331
	Serra da Estrela	*
LVT	Grande Lisboa	336
	Lezíria do Tejo	2.375
	Médio Tejo	4.289
	Oeste	2.009
	Península de Setúbal	691
Alentejo	Alentejo Central	2.516
	Alentejo Litoral	7.025
	Alto Alentejo	4.074
	Baixo Alentejo	10.000
Algarve	Algarve	3.746



* Nenhum prestador convenção.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER.

Como se constata na figura, tendo-se calculado os IHH para os mercados de Radiologia convenção com o SNS, verifica-se que há 19 NUTS III com nível de concentração alto (a vermelho), cinco NUTS III com concentração moderada (a amarelo), duas NUTS III com concentração baixa (a verde) e duas NUTS III sem prestadores convenção (a branco).

Importa evidenciar que, entre as NUTS III com nível de concentração alto, existem dois mercados (Pinhal Interior Sul e Serra da Estrela) com apenas um prestador na região Centro. E, à semelhança dos mercados anteriores (como Análises Clínicas e MFR), deverá destacar-se os mercados dos grandes centros urbanos de Lisboa e

Porto, que apresentam os valores mais baixos de IHH (336 e 746, respetivamente), como sendo aqueles em que existe mais concorrência.

Com a introdução da oferta potencial nas áreas de atuação das ARS Alentejo e Algarve, tal como se fez na análise do acesso, os graus de concentração alteram-se (*vide tabela infra*)

Tabela n.º 28 – IHH de Radiologia com oferta potencial

ARS	NUTS III	IHH Radiologia
Alentejo	Alentejo Central	1.899
	Alentejo Litoral	4.049
	Alto Alentejo	3.203
	Baixo Alentejo	2.069
Algarve	Algarve	1.073

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER.

Nas quatro NUTS III do Alentejo, são identificadas as seguintes mudanças:

- O Alentejo Central passa a ter graus de concentração de mercado mais baixos, com alteração do nível de concentração de alta para moderada; e
- As restantes NUTS III do Alentejo passam a ter graus de concentração de mercado mais baixos, sem alteração do nível de concentração.

A NUTS III do Algarve passa a exibir uma concentração de mercado moderada, considerando a oferta potencial.

Portanto, identifica-se que a introdução de um maior número de concorrentes nos mercados geográficos de Radiologia produz um efeito substancial em duas NUTS III, evidenciando a possibilidade de ainda se poder promover maior concorrência nas restantes NUTS III entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radiologia.

6.1.6. Conclusão

Recuperando a análise efetuada pela ERS em 2006, importa recordar que, após avaliado o grau de concentração dos mercados relevantes então definidos, concluiu-se pela existência de mercados com elevados graus de concentração, com uma clara

exceção no caso dos mercados dos grandes centros urbanos de Lisboa e Porto, que apresentaram baixos graus de concentração. Nesse sentido, foi então recomendado pela ERS a implementação de um sistema em que a celebração de convenções adotasse o modelo de concurso público em mercados concorrenciais, como os da Grande Lisboa e Grande Porto para algumas valências, e se adotasse o modelo de contrato de adesão nos restantes mercados.

Das conclusões relativas à análise da concorrência dos mercados convencionados ora efetuada resulta que os mercados geográficos do Grande Porto e da Grande Lisboa continuam a ser aqueles que apresentam baixos graus de concentração e como tal com alta potencialidade concorrencial. Efetivamente, os resultados da avaliação concorrencial dos mercados convencionados são suficientes para poder concluir-se que os mercados com maior concorrência localizam-se sobretudo em regiões do litoral, principalmente no Porto, em Lisboa.

Daqui resulta, então, que, pelo menos nestes casos, haverá vantagem em estudar um modelo distinto de acesso às convenções por parte dos prestadores, designadamente adotando um procedimento de aquisição cujos elementos sejam submetidos à concorrência. Outras formas de contratação, que explorem a maior concorrência existente em alguns mercados, poderão ser mais eficientes, se, concretizando uma diferenciação de preços entre as regiões de Portugal Continental, promoverem a concorrência por preço e, assim, permitirem a definição de preços convencionados mais baixos (obviamente sem descurar o acesso e a liberdade de escolha dos utentes, bem como a qualidade exigida na prestação de cuidados de saúde).

6.2. Análise de concorrência numa ótica de preços

6.2.1 Metodologia

Na presente secção é apresentada uma comparação entre os preços fixados para o sector convencionado do SNS e os praticados pelos seguros de saúde e as tabelas particulares nas quatro áreas em estudo¹³⁸. Para esta análise, foi solicitado a todos os

¹³⁸ No que se refere aos preços, note-se que, em 2009, a ERS publicou no seu *website* o Parecer da ERS Relativo ao Projeto de Despacho de Atualização Anual dos Preços da Tabela de Convencionados e Aprovação da respetiva Harmonização da Nomenclatura. Em 2010, a ERS publicou no seu *website* o Parecer da ERS relativo à Alteração da Tabela de Preços nas Valências de Análises Clínicas e Radiologia para aplicação no âmbito das Convenções do SNS.

estabelecimentos que foram objeto de fiscalização¹³⁹ por parte da ERS informação sobre os atos realizados com mais frequência nas áreas convencionadas em causa. Após a análise das respostas dos estabelecimentos visados, foram tidos em consideração os 15 atos/exames mais realizados a nível nacional, em cada uma das áreas, e agruparam-se as entidades financiadoras em setor convencionado do SNS, seguros de saúde e particulares.

No caso concreto dos preços das convenções com o SNS, utilizou-se a informação plasmada na *Tabela MCDT Convencionados* que entrou em vigor em 1 de outubro de 2012¹⁴⁰. Para os preços praticados no âmbito dos seguros de saúde e os particulares, optou-se por usar os preços médios praticados. Com efeito, uma vez que se constatou que nem todos os estabelecimentos tinham o mesmo número de entidades financiadoras, para ultrapassar esta dificuldade foi calculado o preço médio tendo em consideração o número de estabelecimentos e a respetiva entidade financiadora.

Ademais, foi encetada uma análise a nível nacional e foram considerados os subsistemas de saúde públicos juntamente com o SNS, uma vez que se verifica uma uniformização das condições praticadas nestes subsistemas¹⁴¹, sendo que, no caso da ADSE, existe mesmo uma completa uniformização das tabelas de preços praticadas no âmbito das Análises Clínicas, Diálise e Radiologia com as tabelas vigentes para as convenções com o SNS¹⁴². Assim, inclui-se os subsistemas públicos com o SNS na

¹³⁹ As fiscalizações aos estabelecimentos convencionados nas áreas objeto de estudo – Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia – foram realizadas com o intuito de se avaliar a qualidade dos cuidados prestados, tendo-se então definido a amostra de estabelecimentos a avaliar, nos termos melhor descritos no capítulo 7.

¹⁴⁰ Os preços praticados, atualmente em vigor, no setor convencionado encontram-se publicados no site da ACSS em <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublica%C3%A7%C3%B5es/TabelasImpressos/Convencionados/tabid/143/language/pt-PT/Default.aspx> com a designação *Tabela MCDT Convencionados - 1 de maio de 2013*. Nesta tabela procedeu-se à atualização decorrente da publicação da Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril.

¹⁴¹ Tal encontra-se evidenciado no Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, em que se conclui ser “[...] *indispensável a reformulação da disciplina normativa dos subsistemas de saúde da GNR e da PSP, no sentido da sua convergência com as normas legais que regulamentam o subsistema da ADSE*”. Acresce que, pelo n.º 1 do artigo 3.º da Portaria n.º 283/2012, de 18 de setembro, foi definido que “[...] *Os preços dos cuidados de saúde e dos atos médicos a fixar no âmbito da convenção ou protocolo e a suportar pelos [...] serviços próprios de assistência na doença da GNR e da PSP, designados por SAD] e pelos beneficiários não podem ser superiores aos que constam das tabelas do regime convencionado da ADSE, publicitadas na respetiva página da Internet, mantendo o mesmo cofinanciamento do beneficiário*.” No caso concreto da assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM), foi estabelecido n.º 1 do artigo 8.º da Portaria n.º 1396/2007, de 25 de outubro, que “[...] *Os preços dos cuidados de saúde fixados no âmbito de convenções são os que constam nas tabelas acordadas pela ADSE, mantendo-se o mesmo co-financiamento do beneficiário*.”

¹⁴² Tal uniformização ainda não foi operada, relativamente a MFR.

análise, com exceção de MFR (uma vez que quanto a esta última ainda não foi operada a harmonização/uniformização das tabelas de preços do SNS e ADSE).

6.2.2 Análises Clínicas

Em Análises Clínicas, depois de avaliadas todas as respostas dos estabelecimentos visados, foram consideradas as 15 análises clínicas mais realizadas a nível nacional e agruparam-se as entidades financiadoras em setor convencionado do SNS/subsistemas, seguros de saúde e particulares.

Da análise da tabela *infra*, verifica-se que os preços praticados ao abrigo de convenções do SNS/subsistemas são mais elevados que os preços médios dos seguros, em 2% para a análise de ácido úrico e colesterol total, em 43% para creatinina, em 32% para glucose, em 26% para hemograma, em 2% para aminotransferase do aspartato (AST) e para aminotransferase da alanina (ALT), em 43% para ureia, e em 99% para urina, análise sumária (inclui análise do sedimento). Assim sendo, para as análises acabadas de referir, existe, aparentemente, margem para diminuir os preços no setor convencionado do SNS/subsistema, uma vez que exibem um preço mais elevado do que aquele vigente para os seguros de saúde. Nas restantes análises clínicas, os preços praticados no âmbito das convenções do SNS revelaram-se mais baixos, quando comparados com os dos seguros de saúde.

Comparando os preços do SNS/subsistemas e dos seguros de saúde com os praticados para particulares, estes últimos revelaram-se mais elevados em todos os atos considerados. Tal resultado indicia que os preços praticados para particulares não são concorrenciais relativamente aos do SNS e dos seguros de saúde.

Tabela n.º 29 – Preços praticados no âmbito das convenções do SNS/subsistemas, seguros de saúde e particulares, em Análises Clínicas, em euros

MCDT	Convencionado com SNS/subsistemas	Seguros	Variação dos preços entre o setor convencionado com o SNS/subsistemas e os Seguros	Particulares	Variação dos preços entre o setor convencionado com o SNS/subsistema e os Particulares
Ácido Úrico	1,40 €	1,37 €	2%	2,50 €	-44%
Colesterol HDL	1,90 €	2,14 €	-11%	2,88 €	-34%
Colesterol Total	1,40 €	1,37 €	2%	2,50 €	-44%
Creatinina	1,30 €	0,91 €	43%	2,13 €	-39%
Gama Glutamil transferase (GGT)	1,60 €	3,64 €	-56%	4,25 €	-62%
Glucose	1,20 €	0,91 €	32%	1,88 €	-36%
Hemograma	5,00 €	3,96 €	26%	5,63 €	-11%
Ionograma	1,60 €	4,10 €	-61%	5,50 €	-71%
Aminotransferase do aspartato (AST)	1,40 €	1,37 €	2%	2,38 €	-41%
Aminotransferase da alanina (ALT)	1,40 €	1,38 €	2%	2,38 €	-41%
Triglicérideos	1,90 €	2,70 €	-30%	3,00 €	-37%
Hormona tiroestimulante (TSH)	5,00 €	11,22 €	-55%	13,25 €	-62%
Ureia	1,30 €	0,91 €	43%	1,88 €	-31%
Urina, análise sumária (inclui análise do sedimento)	2,90 €	1,46 €	99%	2,45 €	18%
Velocidade de Sedimentação	0,95 €	1,77 €	-46%	2,00 €	-53%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos que foram objeto de ação de fiscalização pela ERS.

6.2.3 Diálise

Relativamente à Diálise, importa recordar que, pelo Despacho n.º 4325/2008, de 19 de fevereiro de 2008, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, ficou definido que “[...] a *doença renal crónica* [iria ser tratada através] *de um modelo de “gestão integrada da doença”, tendo em conta que se trata de um problema de saúde que, do ponto de vista da saúde pública, requer uma ação planificada e integrada, através de estratégias bem definidas, de forma a alcançar, simultaneamente, ganhos em saúde, melhoria da qualidade e racionalização do sistema.* Foram também definidos no referido Despacho os preços a serem praticados no setor convencionado da Diálise, os quais foram alterados pelo Despacho n.º 10569/2011, de 23 de agosto de 2011, o qual refere que “[...] os *preços compreensivos da hemodiálise convencional, quer realizada em centro extra -hospitalar, quer no domicílio do doente, a pagar no âmbito das convenções para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise passa[ra]m a ser os seguintes: a) € 450,68, sem acessos vasculares; b) € 470,09, com acessos*

vasculares. [e] 2 — O preço a pagar por sessão de diálise no âmbito das convenções para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise é de € 114,79.”.

Ademais, pelo Despacho n.º 23838/2009, de 30 de outubro de 2009, foi definido que os “[...] subsistemas públicos ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado), ADM (Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas), SSMJ (Serviços Sociais do Ministério da Justiça) e SAD da GNR e da PSP (Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana e da Polícia de Segurança Pública), suportam as despesas relativas às prestações realizadas aos seus beneficiários [relativamente aos cuidados de saúde de Diálise] e que os estabelecimentos convencionados dos referidos subsistemas optassem pela modalidade de pagamento por preço compreensivo.

Assim, e como pode ser observado na tabela *infra*, o SNS e os subsistemas praticam um preço compreensivo de 156,70 € por sessão, considerando três sessões por semana e o preço compreensivo de 470,09 € por semana¹⁴³. Por seu turno, os preços praticados aos particulares variam, a nível nacional, entre 173,95 € e 250 € por sessão, sendo que o preço mais referido pelos estabelecimentos fiscalizados pela ERS foi de 200 €.

Tabela n.º 30 – Preços praticados no âmbito das convenções entre os estabelecimentos privados e o SNS/subsistemas, Seguros de saúde e Particulares, em Diálise, em Euros¹⁴⁴

Procedimento	Convencionados com SNS/subsistemas	Particulares
Hemodiálise convencional	156,70€/ por sessão	Entre 173,95€ / por sessão e 250€/ por sessão

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos que foram objeto de ação de fiscalização pela ERS.

¹⁴³ A frequência dos tratamentos de Diálise situa-se habitualmente em três vezes por semana, conforme identificado no estudo intitulado “Estrutura de Mercado e Performance nos Serviços de Hemodiálise em Portugal”, publicado em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=64.

¹⁴⁴ O preço exibido na tabela relativo ao setor convencionado com o SNS e os subsistemas de saúde público é o preço compreensivo, uma vez que o preço a pagar por sessão de Diálise é de 114,79 €. Relativamente aos preços para os particulares, refere-se ao preço por sessão de Diálise.

Note-se que nas respostas dos prestadores recebidas pela ERS não constaram preços dos seguros.

Assim sendo, constatou-se que os preços praticados pelo SNS e pelos subsistemas são iguais, revelando-se os mais baixos relativamente aos praticados pelos particulares. Portanto, atento o método de análise adotado, não se pode concluir que haverá margem para redução dos preços convencionados, pelo que só se poderá obter uma conclusão a este respeito com base numa análise da estrutura de custos das empresas¹⁴⁵, o que não foi efetuado no presente estudo.

6.2.4 Medicina Física e de Reabilitação

Em MFR, feita a análise de todas as respostas dos estabelecimentos visados, foram tidos em consideração os 15 atos/exames de MFR mais realizados a nível nacional e agruparam-se as entidades financiadoras em setor convencionado do SNS, subsistemas de saúde, seguros de saúde e particulares¹⁴⁶.

Da análise da tabela *infra*, resulta que os preços praticados pelo setor convencionado do SNS são os mais baixos, quando comparados com os preços médios praticados pelos seguros de saúde. As variações são ainda mais elevadas quando se compara os preços convencionados do SNS com os preços particulares. No entanto, importa notar que os preços convencionados do SNS são mais elevados que os preços dos subsistemas de saúde públicos, em 9% para cinesiterapia corretiva postural e para cinesiterapia respiratória, em 29% para fortalecimento muscular manual, em 43% para lontoforese, em 4% para pressões intermitentes, e em 16% para treino em atividade da vida diária. Para os restantes atos/exames, os preços convencionados do SNS são mais baixos que os praticados pelos subsistemas de saúde públicos.

¹⁴⁵ Além disso, tendo em conta as diferenças observadas entre o preço convencionado e os preços particulares, note-se que estas diferenças poderão dever-se a uma eventual incomparabilidade entre os serviços prestados, no caso de os serviços particulares em causa estarem a compreender itens adicionais, não identificados na tabela de preços, que impossibilitam a comparação direta com a oferta convencionada com o SNS.

¹⁴⁶ Recorde-se que em MFR a análise foi efetuada separada dos subsistemas de saúde, uma vez que não se verificou a uniformização das tabelas do SNS e subsistemas nesta área.

Tabela n.º 31 – Preços praticados no âmbito das convenções entre os estabelecimentos privados e o SNS, Seguros de saúde, Subsistemas e Particulares, em MFR, em Euros¹⁴⁷

MCDT	Convencionado com SNS	Seguros	Variação dos preços entre o SNS e os Seguros	Convencionado com subsistemas	Variação dos preços entre o SNS e os Subsistemas	Particulares	Variação dos preços entre o SNS e os Particulares
Cinesiterapia Corretiva Postural	2,17 €	3,03 €	-28%	2,00 €	9%	3,78 €	-43%
Cinesiterapia Respiratória	2,17 €	3,10 €	-30%	2,00 €	9%	3,89 €	-44%
Correntes de Média Frequência	1,50 €	1,63 €	-8%	N/A	N/A	3,90 €	-62%
Fortalecimento Muscular Manual	2,00 €	2,44 €	-18%	1,55 €	29%	2,50 €	-20%
Iontoforese	1,50 €	2,48 €	-40%	1,05 €	43%	3,56 €	-58%
Massagem Manual de uma Região	1,30 €	2,04 €	-36%	N/A	N/A	3,75 €	-65%
Mobilização Articular	1,50 €	3,07 €	-51%	1,55 €	-3%	3,39 €	-56%
Parafangoterapia	1,63 €	1,99 €	-18%	N/A	N/A	2,19 €	-26%
Parafinoterapia	1,63 €	1,87 €	-13%	N/A	N/A	2,20 €	-26%
Pressões Intermitentes	1,35 €	3,55 €	-62%	1,30 €	4%	7,00 €	-81%
Reeducação funcional de cada membro	1,80 €	5,06 €	-64%	N/A	N/A	2,50 €	-28%
Terapia por Calor Húmido	1,21 €	1,83 €	-34%	1,55 €	-22%	2,50 €	-52%
Treino de Equilíbrio e Marcha	1,40 €	3,30 €	-58%	1,55 €	-10%	2,23 €	-37%
Treino em atividade da vida diária	4,00 €	6,68 €	-40%	3,44 €	16%	5,18 €	-23%
Ultrasonoterapia	1,30 €	2,50 €	-48%	1,55 €	-16%	1,85 €	-30%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos que foram objeto de ação de fiscalização pela ERS.

6.2.5 Radiologia

Em Radiologia, e após a análise de todas as respostas dos estabelecimentos visados, foram considerados os 15 exames mais realizados a nível nacional e agruparam-se as entidades financiadoras em setor convencionado do SNS/subsistemas, seguradoras e particulares.

Da análise da tabela *infra* decorre que os preços praticados pelo setor convencionado do SNS/subsistemas são os mais baixos, quando comparados com os preços médios dos seguros de saúde. As variações são ainda mais elevadas quando se comparam os preços estabelecidos pelo setor convencionado do SNS/subsistemas e entre estes e os particulares.

¹⁴⁷ Note-se que foi colocado N/A – não aplicável para os MCDT que não são convencionados com os subsistemas de saúde.

Tabela n.º 32 – Preços do SNS no setor convencionado e preços médios praticados nos seguros de saúde e particulares em Radiologia, em Euros

MCDT	Convencionado com SNS/subsistemas	Seguros	Variação dos preços entre o setor convencionado com o SNS/subsistemas e os Seguros	Particulares	Variação dos preços entre o setor convencionado com o SNS/subsistema e os Particulares
Ecografia Abdominal	20,12 €	39,72 €	-49%	48,42 €	-58%
Ecografia Mamária	14,50 €	31,97 €	-55%	41,02 €	-65%
Ecografia Tiroideia	14,30 €	30,53 €	-53%	45,27 €	-68%
Ecografia Renal	20,16 €	38,74 €	-48%	47,95 €	-58%
Mamografia	20,50 €	36,29 €	-44%	48,33 €	-58%
Raio X ao Joelho	4,00 €	12,63 €	-68%	21,23 €	-81%
Raio X Bacia	5,00 €	15,39 €	-68%	22,16 €	-77%
Raio X Cervical	10,50 €	15,32 €	-31%	24,97 €	-58%
Raio X do Tórax	9,00 €	20,15 €	-55%	23,86 €	-62%
Raio X Lombar	9,00 €	21,56 €	-58%	26,85 €	-66%
TAC Abdómen	90,00 €	106,81 €	-16%	130,72 €	-31%
TAC Coluna Cervical	77,67 €	108,15 €	-28%	127,72 €	-39%
TAC Crânio	74,18 €	102,83 €	-28%	122,47 €	-39%
TAC Membros	65,00 €	99,46 €	-35%	122,30 €	-47%
TAC Tórax	80,87 €	106,15 €	-24%	136,55 €	-41%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas dos estabelecimentos que foram objeto de ação de fiscalização pela ERS.

6.2.6. Conclusão

No estudo intitulado “*Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS*”, a ERS detetou a existência de fragilidades significativas no modelo de celebração de convenções do SNS, nomeadamente, que os preços tabelados para os atos convencionados não estavam adequados às condições de procura e oferta então existentes. Em alguns casos, os preços pagos aos convencionados estavam acima, e noutros casos, os preços estavam muito abaixo dos preços que seriam razoáveis, tendo em conta as estruturas de custos das empresas e as condições de procura.

Da análise agora efetuada foi possível concluir que os preços adotados nas convenções do SNS são genericamente mais baixos, do que aqueles dos seguros de saúde e particulares. Ainda assim, numa perspetiva estritamente comparativista, existe, aparentemente, margem para uma redução de preços adotados nas convenções nos casos em que se verificou estarem mais altos do que os praticados para as outras fontes de financiamento.

Importa notar, no entanto, que a análise empreendida não considerou a determinação de preços pela estrutura de custos das empresas, pelo que não se conclui quanto ao preço mínimo possível que poderia ser praticado.

7. Qualidade dos cuidados de saúde convencionados

No estudo elaborado pela ERS em 2006 intitulado *Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções com o SNS*, foi referido que a qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos convencionados com o SNS era afetada negativamente, desde logo, pela inexistência de mecanismos que promovessem e incentivassem melhorias na qualidade dos serviços prestados aos utentes do SNS, mas também pelo facto de a prestação dos cuidados ser em alguns casos efetuada por estabelecimentos diferentes daqueles que haviam celebrado a convenção em causa. Mais se referiu que a existência de restrições à adesão de novos estabelecimentos às convenções com o SNS contribuíam para a redução da eficiência dos prestadores convencionados, na medida em que não havia qualquer garantia de que prestavam serviços ao SNS os operadores mais eficientes, e aqueles prestadores já convencionados também não possuíam, por tal motivo, incentivos para se tornarem mais eficientes.

Neste sentido, foi objetivo do presente trabalho avaliar o panorama nacional da prestação de cuidados de saúde pelos estabelecimentos convencionados com o SNS nas áreas de Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia, no que toca à vertente relacionada com questões legais e administrativas do cumprimento de padrões de qualidade e segurança dos cuidados prestados, designadamente no que se refere a instalações, organização e funcionamento, com o intuito de se identificarem constrangimentos e de se estabelecer uma base de referência para avaliação da evolução da situação nas áreas analisadas.

7.1. Do licenciamento dos estabelecimentos convencionados com o SNS

A abertura ou funcionamento de uma unidade privada de serviços de saúde depende da obtenção de licença emitida pela ARS territorialmente competente e do registo na ERS. Essa licença atesta administrativamente que o estabelecimento cumpre com requisitos mínimos relativos à organização, funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade, e tem como objetivo garantir que a prestação de cuidados de saúde se realiza com respeito por parâmetros mínimos de qualidade, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.

Num estudo de 2007 da ERS sobre o *processo de licenciamento de prestadores de cuidados de saúde*, e relativamente às áreas objeto do presente estudo, tinha-se detetado a existência de fragilidades no procedimento de licenciamento dos estabelecimentos prestadores, bem como a atividade de muitas unidades sem que lhes tivesse sido atribuída a respetiva licença, verificando-se uma grande percentagem de unidades não licenciadas em MFR (47%), Análises Clínicas (75%) e Radiologia (com a percentagem de não licenciados a atingir os 80%), por oposição à Diálise (10%).

Atenta a realidade observada em 2007 pela ERS, considerando que o licenciamento das unidades privadas de saúde é reconhecidamente uma questão de relevo e de importância fundamental no universo dos cuidados de saúde, e que tal procedimento se verificou moroso, complexo e pouco eficiente, a ERS recomendou a adoção de legislação que alterasse o processo de licenciamento, introduzindo mecanismos e fórmulas que facilitem e agilizem os processos de licenciamento e a sua tramitação.

7.1.1 Metodologia

Face às alterações legislativas havidas em matéria de licenciamento¹⁴⁸, subsequentes às recomendações emanadas pela ERS no seu estudo de 2007 sobre esta temática, e com vista a aferir da situação atualmente existente relativamente ao cumprimento das regras do licenciamento pelo universo de estabelecimentos convencionados com o SNS nas áreas de Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia, foi solicitado às diversas ARS que identificassem aqueles que possuíam licença de funcionamento. Tal solicitação permitiu igualmente verificar a evolução ocorrida desde a elaboração do estudo da ERS sobre o licenciamento em 2007.

7.1.2 Principais resultados

a) Análises Clínicas

A partir dos dados solicitados às ARS, foi possível constatar que, dos 321 laboratórios de Análises Clínicas convencionados com o SNS, 222 possuem licença de funcionamento em vigor, 26 não estão licenciados (sendo que 2 são IPSS, não

¹⁴⁸ Quanto ao enquadramento legal do licenciamento remete-se a seção 2.2. do presente estudo.

estando portanto sujeitos à necessidade de exibição de licença, nos termos da legislação em vigor), e 73 estabelecimentos têm o processo de licenciamento em curso.

Da análise por ARS, foi possível concluir que:

- na ARS Norte, dos 102 laboratórios de Análises Clínicas convencionados com o SNS, 30 desses laboratórios possuem licença de funcionamento, 7 não estão licenciados e 65 têm o processo de licenciamento em curso;
- na ARS Centro, dos 59 laboratórios de Análises Clínicas convencionados com o SNS, 53 desses laboratórios possuem licença de funcionamento, 4 não estão licenciados e 2 são IPSS;
- na ARS Lisboa e Vale do Tejo, dos 132 laboratórios de Análises Clínicas convencionados com o SNS, 117 desses laboratórios possuem licença de funcionamento e 15 não estão licenciados;
- na ARS Alentejo, dos 14 laboratórios de Análises Clínicas convencionados com o SNS, 10 desses laboratórios possuem licença de funcionamento e 4 tem o processo de licenciamento em curso;
- na ARS Algarve, dos 14 laboratórios de Análises Clínicas convencionados com o SNS, 12 desses laboratórios possuem licença de funcionamento e 2 tem o processo de licenciamento em curso.

b) Diálise

Recorrendo aos dados solicitados às ARS, foi possível concluir que das 87 unidades privadas de Diálise convencionadas com o SNS, 78 possuem licença de funcionamento em vigor e 9 estabelecimentos têm o processo de licenciamento em curso, localizando-se estes últimos na ARS Norte.

c) MFR

Em MFR, dos dados disponibilizados pelas ARS, complementados com a informação constante do SRER da ERS, foi possível concluir que das 296 unidades de MFR convencionadas com o SNS, 174 possuem licença de funcionamento em vigor, 18 não estão licenciadas, 11 têm o processo de licenciamento em curso e 93 são IPSS.

Da análise por ARS, foi possível concluir que:

- na ARS Norte, das 118 unidades de MFR convencionadas com o SNS, 69 possuem licença de funcionamento, 4 não estão licenciadas, 7 têm o processo de licenciamento em curso e 38 são IPSS;
- na ARS Centro, das 46 unidades de MFR convencionadas com o SNS, 8 possuem licença de funcionamento, 6 não estão licenciadas, 4 têm o processo de licenciamento em curso e 28 são IPSS;
- na ARS Lisboa e Vale do Tejo, das 111 unidades de MFR convencionadas com o SNS, 88 possuem licença de funcionamento, 4 não estão licenciadas e 19 são IPSS;
- na ARS Alentejo, das 8 unidades de MFR convencionadas com o SNS, uma possui licença de funcionamento, uma não está licenciada e 6 são IPSS; e
- na ARS Algarve, das 13 unidades de MFR convencionadas com o SNS, 8 possuem licença de funcionamento, 3 não estão licenciadas e 2 são IPSS.

d) Radiologia

Por último, quanto a Radiologia, dos dados disponibilizados pelas ARS, foi possível concluir que das 367 unidades de radiologia convencionadas com o SNS, 91 possuem licença de funcionamento em vigor, 137 não estão licenciadas, 108 têm o processo de licenciamento em curso e 31 são IPSS.

Da análise por ARS, foi possível concluir que:

- na ARS Norte, das 121 unidades de radiologia convencionadas com o SNS, 12 possuem licença de funcionamento, 5 não estão licenciadas e 104 têm o processo de licenciamento em curso;
- na ARS Centro, das 56 unidades de Radiologia convencionadas com o SNS, 39 possuem licença de funcionamento, 5 não estão licenciadas e 12 são IPSS;
- na ARS Lisboa e Vale do Tejo, das 173 unidades de Radiologia convencionadas com o SNS, 32 possuem licença de funcionamento, 122 não estão licenciadas e 19 são IPSS;
- na ARS Alentejo, das 13 unidades de Radiologia convencionadas com o SNS, 4 possuem licença de funcionamento, 5 não estão licenciadas e 4 têm o processo de licenciamento em curso; e

- na ARS Algarve, as 4 unidades de MFR convencionadas com o SNS possuem licença de funcionamento.

7.2. Avaliação da qualidade dos estabelecimentos convencionados com o SNS

No presente estudo, independentemente das várias dimensões que a qualidade em saúde pode assumir, optou-se por uma abordagem com especial enfoque sobre o cumprimento de requisitos do licenciamento e de outras normas aplicáveis, como os manuais de boas práticas, que estabelecem os requisitos técnicos mínimos a observar na prestação de cuidados de saúde.

Assim, a avaliação efetuada incidiu apenas sobre a verificação do cumprimento de padrões de qualidade e de segurança aplicáveis aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, tendo por base a disciplina vertida nos regimes jurídicos que regulamentam o funcionamento das unidades privadas de Análises Clínicas (Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de maio), de Diálise (Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de setembro e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho), de MFR (Portaria 1212/2012, de 30 de novembro) e de Radiologia (Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro), que estabelecem os requisitos técnicos mínimos que devem ser observados quanto a instalações, organização e funcionamento.

A par desses normativos legais, foram ainda considerados, no âmbito do presente estudo, os manuais de boas práticas, designadamente o Manual de Boas Práticas Laboratoriais aprovado pelo Despacho n.º 8835/2001, de 27 de abril, o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise aprovado pelo Despacho n.º 14391/2001, de 10 de julho, o Manual de Boas Práticas de MFR publicado através do Aviso n.º 9448/2002, de 29 de agosto e o Manual de Boas Práticas de Radiologia aprovado pelo Despacho n.º 258/2003, de 8 de janeiro.

7.2.1 Metodologia

Tendo por referência o quadro legal supramencionado, foi definido um conjunto de parâmetros que permitissem a avaliação, nesta vertente da qualidade, dos estabelecimentos convencionados com o SNS nas áreas objeto de estudo. Com a definição de tais parâmetros, mais do que aferir a observância exaustiva de todos os requisitos legais, procurou-se a harmonização de diversos campos de avaliação e a verificação do cumprimento dos requisitos técnicos considerados como indispensáveis para assegurar padrões mínimos de qualidade.

De um modo geral, a avaliação dos estabelecimentos prestadores foi efetuada em função da estrutura e no que respeita a processos. Considerando-se que a estrutura está relacionada com as características do local onde os cuidados são prestados, o que equivale aos recursos materiais e humanos disponíveis, ambiente físico, estrutura organizacional dos profissionais e métodos de pagamento, e o processo está relacionado com a própria prestação de cuidados, como sejam a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados¹⁴⁹.

Por outro lado, tendo presente a cultura de melhoria contínua da qualidade, cuidou o presente estudo de apreciar as medidas e procedimentos instituídos, pelos diversos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde avaliados, no sentido do seu aperfeiçoamento e implementação. Ou seja, tendo em vista a promoção da qualidade em saúde, cuidou-se de aferir os ciclos de melhoria contínua da qualidade através da

¹⁴⁹ Donabedian desenvolveu um quadro conceptual para avaliar a qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, correspondente às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*. Neste paradigma dominante da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, a estrutura está relacionada com os objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, englobando desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam os cuidados e passando pela organização dos serviços; o processo abrange o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais de saúde e utentes e os métodos como tais atividades são desenvolvidas por tais profissionais aquando da prestação de cuidados, englobando os cuidados diretos, indiretos e os padrões de comportamento dos profissionais; o resultado corresponde ao produto final dos cuidados de saúde prestados, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos utentes. Nesse sentido, a avaliação dos resultados permite determinar a efetividade, eficiência e a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados que lhes foram prestados. No presente estudo apenas foi considerada a avaliação dos estabelecimentos prestadores quanto à estrutura e processo (Donabedian, A. (2005), Evaluating the Quality of Medical Care, *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729).

identificação sistemática de problemas e oportunidades com o objetivo de os solucionar ou melhorar, estabelecer padrões desejáveis e realistas, identificar e atuar sobre os pontos críticos, planejar e implementar as mudanças, monitorizar e avaliar.

Nesse sentido, foi elaborada uma *check-list* contendo os requisitos técnicos a observar pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, considerados indispensáveis para assegurar padrões mínimos de qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados. Esses requisitos dizem respeito a organização e funcionamento dos estabelecimentos, requisitos e especificações técnicas, ambiente e segurança, gestão/direção clínica e recursos humanos, procedimentos operativos, bem como a medidas/procedimentos implementados pelos diversos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde tendo em vista a garantia da qualidade.

Relativamente aos requisitos relativos à **organização e funcionamento** de um estabelecimento privado prestador de cuidados de saúde, os mesmos respeitam à sua estrutura funcional, a saber: licença de funcionamento; registo na ERS; regras relativas ao Livro de Reclamações; identificação das valências exercidas em cada uma das áreas em análise; requisitos relativos à informação aos utentes no que se refere ao horário de funcionamento, ao nome do diretor clínico, aos procedimentos a adotar em situações de emergência, aos direitos e deveres dos utentes e à disponibilidade da tabela de preços para consulta; existência de seguro de responsabilidade civil e profissional e a responsabilidade pela atividade das unidades de saúde privadas; existência de regulamento interno, arquivo e registo clínico, e demais requisitos específicos de cada uma das áreas em análise.

No que se refere aos **requisitos e especificações técnicas** encontram-se legalmente estabelecidas regras relativas ao meio físico e espaço envolvente, às normas genéricas de construção e às especificações técnicas, no que diz respeito aos compartimentos mínimos a observar pelas unidades de saúde privadas, com previsão da existência de uma área de acolhimento, uma área de clínica/técnica, uma área de pessoal e uma área de logística, cujos requisitos relativos às instalações, aos equipamentos elétricos, ao equipamento médico e equipamento geral, e ao equipamento sanitário são aferidos em função da atividade desenvolvida.

Não menos relevante é a questão relativa às **condições ambientais e de segurança** dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Neste ponto é de realçar que a avaliação pautou-se por parâmetros atinentes ao risco clínico e não clínico, procurando-se averiguar as medidas implementadas aptas à identificação desses

riscos, de modo a minimizar os potenciais danos e complicações. Desse modo, foi considerada a necessidade de aqueles estabelecimentos observarem regras gerais em matéria de segurança, quer no que respeita à implementação de medidas contra incêndios, quer de gestão de resíduos, e no que respeita à climatização dos espaços.

Em matéria de **gestão/direção clínica ou técnica e recursos humanos** os normativos aplicáveis prescrevem que as unidades de saúde privadas devem ser clínica ou tecnicamente dirigidas por um diretor com determinada especialidade, e inscrição na respetiva ordem profissional, ao qual cabe um conjunto de responsabilidades atinentes à promoção e garantia da qualidade. Além da direção clínica/técnica devem as unidades de saúde privadas dispor do pessoal técnico necessário ao desempenho das funções prosseguidas, parâmetro que foi, igualmente, considerado para efeito de avaliação.

Relativamente aos **procedimentos operativos** refira-se que, considerando que os mecanismos de obtenção de qualidade na prestação de cuidados de saúde encontram-se desenvolvidos em manuais de boas práticas, que definem as regras e os processos de garantia de qualidade, assegurando uma apropriada organização, técnica e procedimental, foi considerada na avaliação dos estabelecimentos prestadores visados, os procedimentos operativos implementados a nível da prestação de cuidados propriamente considerada. Note-se que este parâmetro apenas foi avaliado em MFR, uma vez que apenas, neste caso, o Manual de Boas Práticas respetivo, possuía uma definição clara de procedimentos operativos a serem observados pelos estabelecimentos que exercem tais atividades.

Por último, quanto aos mecanismos de **garantia da qualidade**, considerando que é um princípio fundamental dos sistemas de avaliação e gestão da qualidade dos serviços de saúde que cada sistema e processo estejam aptos a produzir informações que, após analisadas, permitam o seu aperfeiçoamento, foi, igualmente, definido como parâmetro a avaliar as medidas e/ou procedimentos de melhoria de qualidade implementados pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Pretende-se, neste ponto, identificar a realização de auditorias internas e externas e a implementação de processos de certificação e acreditação, o controlo de qualidade de equipamentos, a adoção de um manual de boas práticas e a elaboração de um relatório anual de atividades.

Com o intuito de avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos estabelecimentos privados convencionados nas áreas objeto de estudo, definiu-se uma amostra de

estabelecimentos, num total de 132, que foram objeto de avaliação *in loco* daqueles parâmetros previamente definidos. A este universo de 132 foi subtraído um total de 5 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que, no decurso das ações de fiscalização, se constatou terem cessado a atividade.

Note-se que foi no universo de 127 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde escolhidos por amostragem (e que se encontravam em atividade), que se caracterizou e avaliou a prestação de cuidados de saúde no âmbito das áreas visadas, assentes nos critérios consignados como padrões mínimos de qualidade (aos quais já foi feita referência *supra*).

Para a definição da amostra de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, a ser avaliada em termos de qualidade dos cuidados prestados, foi tida em consideração, desde logo, a necessidade de serem abrangidas as quatro áreas objeto do estudo na seguinte proporção:

- Análises Clínicas – 30% (38 estabelecimentos¹⁵⁰);
- Diálise – 18% (23 estabelecimentos);
- MFR – 26% (33 estabelecimentos);
- Radiologia – 26% (33 estabelecimentos).

Uma vez distribuído o número de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde a avaliar em cada uma das áreas, foram consideradas as áreas geográficas relativas às cinco ARS (Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Centro, Alentejo e Algarve) e dentro destas todo o respetivo território (norte, sul, este, oeste).

Assim, relativamente a Análises Clínicas, os estabelecimentos visados distribuíram-se geograficamente da seguinte forma: 21% situam-se na área geográfica da ARS Lisboa e Vale do Tejo, 21 % na ARS Alentejo, 24% na ARS Norte, 18% na ARS Centro e 16% na ARS Algarve.

No que se refere aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que desenvolvem atividades de Diálise, do total de estabelecimentos objeto de análise, 30% localizam-se na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 31% na região de saúde do Norte, 26% na região de saúde do Centro, 9% na região de saúde do Algarve e 4% na região de saúde do Alentejo.

¹⁵⁰ Dos 38 estabelecimentos de análises clínicas objeto de fiscalização, 34 eram laboratórios centrais e 4 postos de colheita.

No âmbito de MFR, do total de estabelecimentos avaliados, 31% localizam-se na ARS Norte, 21 % na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 21% na ARS Algarve, 15% na ARS Alentejo e 12% na ARS Centro.

Por último, também em Radiologia foi utilizado o mesmo critério de distribuição geográfica, sendo que do total dos estabelecimentos avaliados, 31% localizam-se na ARS Norte, 21% na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 21% na ARS Centro, 15% na ARS Alentejo e 12% na ARS Algarve.

7.2.2. Resultados da avaliação da qualidade

7.2.2.1. Análises Clínicas

Atendendo ao disposto no regime jurídico que regula o funcionamento dos laboratórios de análises clínicas - Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho¹⁵¹ -, ao manual de boas práticas aplicável e ainda aos parâmetros estabelecidos para avaliação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, procede-se de seguida à avaliação da realidade verificada pela ERS, nas ações de fiscalização por si levadas a cabo aos 34 estabelecimentos que constituem a amostra utilizada para esta área no presente estudo¹⁵².

a) Organização e funcionamento

Nos termos legislação aplicável, o funcionamento dos laboratórios de Análises Clínicas depende, desde logo, da necessidade de cumprimento de algumas imposições legais, tais como a necessidade de obtenção de uma **licença de funcionamento**, que fixa as valências que o seu titular fica autorizado a desenvolver, os respetivos postos de colheita e, bem assim, os laboratórios, fora da União Europeia, com os quais tenha sido celebrado contrato de colaboração. Determinando-se, ainda, que tais unidades, na qualidade de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, devem dispor

¹⁵¹ Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de maio.

¹⁵² Recorde-se que a amostra definida para esta valência abrangia 38 estabelecimentos, sendo 34 laboratórios centrais e 4 postos de colheita. Importa notar que na avaliação efetuada foram excluídos os 4 postos de colheita por não se achar exequível a comparação de realidades diferentes. Refira-se ademais que esses postos de colheita tratavam-se afinal de antigos laboratórios centrais que tendo sido adquiridos por novas entidades transformaram-se em postos de colheita detidos por tais entidades.

de **registo** na ERS, nos termos do artigo 45.º, n.º 1 do Decreto-lei n.º 127/2009, de 27 de maio, e na qualidade de prestadores de serviços, de **livro de reclamações**, tal como resulta do Decreto-lei n.º 156/2005, de 15 de setembro¹⁵³.

Relativamente à verificação de tais obrigações resulta que a totalidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde avaliados possui registo na ERS e dispõe de livro de reclamações. Mas o mesmo juízo conclusivo não é possível relativamente à obtenção de licença de funcionamento, verificando-se o incumprimento de tal obrigação relativamente a um desses estabelecimentos¹⁵⁴.

Ainda no que respeita às regras relativas à organização e funcionamento dos laboratórios de Análises Clínicas, encontram-se estabelecidos requisitos relativos à **informação a prestar aos utentes**¹⁵⁵, designadamente tabuleta exterior com a indicação do nome e habilitação profissional do diretor, horário de funcionamento, licença de autorização de funcionamento e informação sobre a existência do livro de reclamações¹⁵⁶ colocados em local bem visível do público, devendo, igualmente, encontrar-se disponível para consulta a tabela de preços.

A análise efetuada permitiu constatar um nível elevado de cumprimento das obrigações relativas à transmissão de informação aos utentes, importando apenas destacar que 3 dos 34 estabelecimentos avaliados não disponibilizavam as tabelas de preços para consulta pelos utentes.

No que se refere aos **requisitos legais relativos a documentação** – arquivo clínico por um período de pelo menos 5 anos, regulamento interno definido pelo diretor clínico

¹⁵³ Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 371/2007, de 6 de novembro.

¹⁵⁴ Recorde-se que dos dados solicitados às ARS, foi possível concluir que dos 321 laboratórios de Análises Clínicas convencionados com o SNS, 222 possuem licença de funcionamento em vigor, 26 não estão licenciados (sendo que 2 são IPSS, não estando sujeitos à necessidade de exibição de licença, nos termos da legislação em vigor), e 73 estabelecimentos têm o processo de licenciamento em curso. Assim, existe um número significativo de prestadores sem licença de funcionamento, o que não permite garantir que a prestação de cuidados de saúde é efetuada com respeito de padrões mínimos de qualidade e segurança, que contudo não foi perceptível na amostra utilizada no presente estudo.

¹⁵⁵ Cfr. artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de maio.

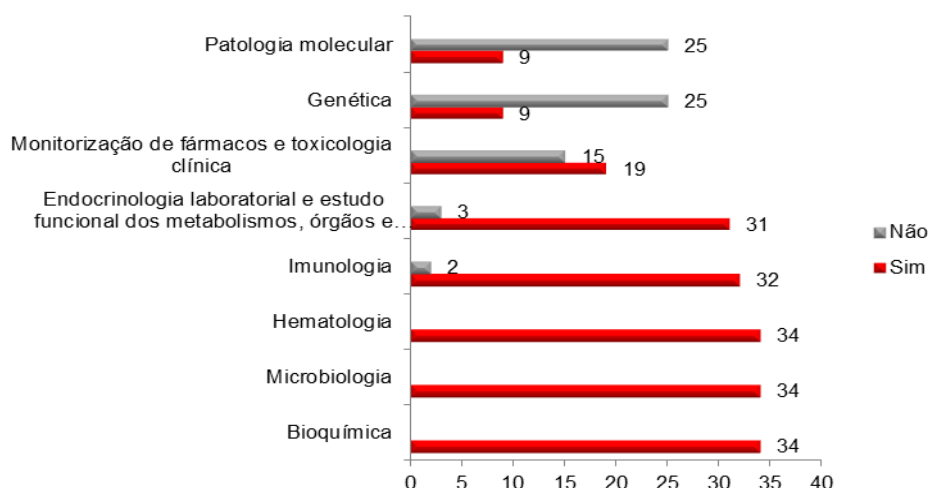
¹⁵⁶ Decorrendo esta obrigação atinente à afixação de informação sobre a existência de livro de reclamações do Decreto-lei n.º 156/2005, de 15 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 371/2007, de 6 de novembro.

e seguro profissional e de atividade¹⁵⁷ –, constatou-se que todos os 34 estabelecimentos analisados cumpriam tais requisitos.

No que respeita à organização e funcionamento, está determinado que da licença de funcionamento devem constar as **valências** que o estabelecimento fica autorizado a desenvolver, isolada ou conjuntamente, sendo que os laboratórios de Análises Clínicas devem abranger, no mínimo, quatro valências¹⁵⁸, podendo no entanto ser autorizado outro número de valências¹⁵⁹.

Conforme resulta do gráfico infra, verificou-se que todos os laboratórios de Análises Clínicas analisados desenvolvem, no mínimo, quatro das valências determinadas, cumprindo, desse modo, o que lhes é legalmente imposto.

Gráfico n.º 12 – Valências desenvolvidas pelos laboratórios de Análises Clínicas



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

b) Requisitos e especificações técnicas

O funcionamento dos estabelecimentos de Análises Clínicas também pressupõe a observância de requisitos e especificações técnicas relativas ao meio físico e espaço

¹⁵⁷ Cfr. disposto nos artigos 25.º, 35.º e 37.º do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de maio.

¹⁵⁸ Reportando-se tal preceito às valências constantes nas alíneas a) a e) do n.º 1 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de maio, leia-se bioquímica, microbiologia, hematologia, imunologia, endocrinologia laboratorial e estudo funcional dos metabolismos, órgãos e sistemas.

¹⁵⁹ Mediante despacho do Ministro da Saúde.

envolvente, às normas genéricas de construção e às especificações técnicas relativas às instalações.

No que se refere aos requisitos relativos ao **meio físico e espaço envolvente**, encontra-se estabelecido que os laboratórios “*devem situar-se em meios físicos salubres e de fácil acessibilidade, dispor de infraestruturas viárias, de abastecimento de água, de sistema de recolha de águas residuais e de resíduos, de energia elétrica e de telecomunicações, de acordo com a legislação em vigor*”¹⁶⁰. Da realidade verificada *in loco* pela ERS, importa destacar que 3 dos laboratórios de Análises Clínicas avaliados não se situavam em locais com fácil acessibilidade.

A apreciação dos requisitos técnicos aplicáveis implica, igualmente, a observância de **normas genéricas de construção**, designadamente no que se refere à manutenção de um grau de assepsia e isolamento compatíveis com a valência a que se destinam a nível das paredes, tetos, divisórias, portas e revestimento do pavimento das áreas destinadas a exames, acrescentando ainda que as dimensões, a construção e a localização devem estar conformes à atividade desenvolvida e à legislação específica em vigor¹⁶¹.

Para além das regras estabelecidas no diploma legal relativo ao licenciamento dos laboratórios de Análises Clínicas, estes encontram-se ainda sujeitos a regras gerais em matéria de segurança e higiene dos espaços, de compartimentação mínima, de dimensionamento e das características construtivas dos edifícios, as quais deverão ser observadas aquando da criação e/ou adaptação dos espaços destinados à prática da atividade profissional, em causa¹⁶². Algumas dessas regras gerais foram incluídas na *check-list* elaborada e, consequentemente, utilizadas na avaliação dos estabelecimentos de Análises Clínicas objeto de estudo¹⁶³.

¹⁶⁰ Cfr. artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de maio.

¹⁶¹ Cfr. artigo 41.º do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de maio.

¹⁶² Essas regras gerais relativas às normas de construção constam de diversos outros diplomas legais, nomeadamente do Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, que estabelece as condições de acessibilidade a satisfazer no projeto e na construção de espaços públicos, equipamentos coletivos e edifícios públicos e habitacionais.

¹⁶³ Na *check-list* foram assim consideradas, a eliminação de barreiras arquitetónicas, a existência de sinalética compreensível pelos utentes, a existência de condições que permitam o respeito pela privacidade e dignidade dos utentes e a existência de ascensor ou aparelho elevatório.

Assim, no que se refere aos requisitos relativos às normas genéricas de construção, da realidade, pode-se destacar que 3 dos laboratórios de Análises Clínicas avaliados não possuíam ascensor ou aparelho elevatório, quando o mesmo se revelava necessário, e em 4 desses laboratórios a construção não contemplava a eliminação de barreiras arquitetônicas.

O funcionamento dos laboratórios de Análises Clínicas pressupõe ainda a observância de outras **especificações técnicas**, como aquelas que determinam que os mesmos devem possuir instalações com capacidade para assegurar a qualidade técnica dos exames efetuados¹⁶⁴. Concretizando este preceito legal, o Manual de Boas Práticas Laboratoriais recomenda que os laboratórios devem contemplar, como mínimos, uma área para recepção, uma área para secretariado e arquivo, uma sala para colheitas, que permita o isolamento dos doentes, duas áreas afetas a atividades técnicas do laboratório, uma área para lavagem do material e instalação sanitária (separada para doentes e funcionários)¹⁶⁵.

Nesse sentido a *check-list* elaborada para efeitos da avaliação efetuada, contemplava a necessidade de observância pelos estabelecimentos de Análises Clínicas de: (i) uma área de acolhimento¹⁶⁶; (ii) uma área técnica¹⁶⁷; (iii) uma área de pessoal¹⁶⁸; e (iv) uma área de logística¹⁶⁹.

Da avaliação efetuada resultou que todos os 34 estabelecimentos dispõem de uma área de acolhimento e de uma área técnica que dispõe de áreas em função das valências prosseguidas, conforme resulta da leitura do gráfico *infra*.

¹⁶⁴ Cfr. artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de maio.

¹⁶⁵ Vide ponto II 2.1 do Despacho n.º 8835/2001, de 27 de abril, que aprovou o Manual de Boas Práticas Laboratoriais.

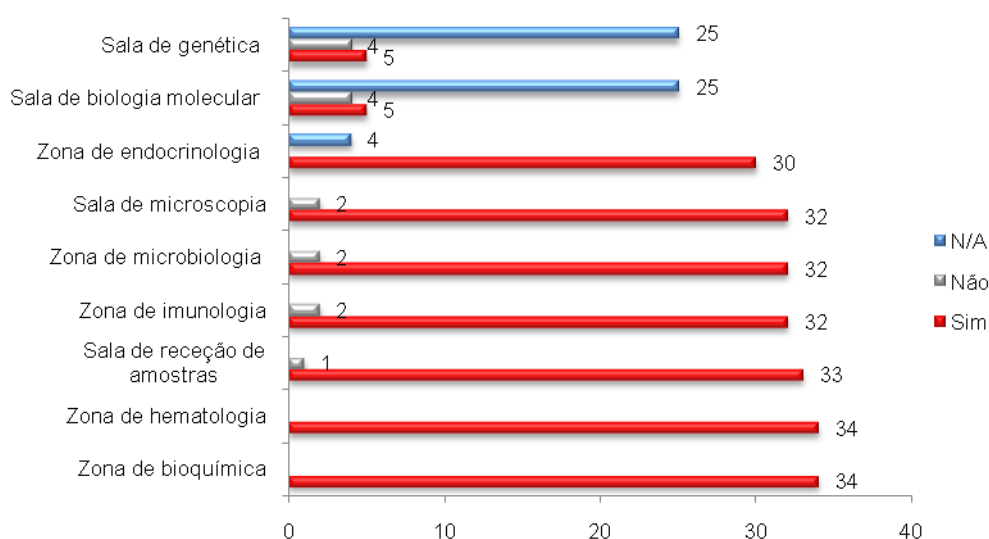
¹⁶⁶ Com instalação sanitária de público, uma sala de colheitas, uma zona de espera e uma recepção de amostras/secretaria.

¹⁶⁷ Com sala de recepção de amostras, zona de bioquímica, zona de imunologia, zona de hematologia, zona de microbiologia, zona de endocrinologia, sala de biologia molecular e sala de genética.

¹⁶⁸ Com gabinete e sala de pessoal (facultativos), vestiário de pessoal e instalação sanitária.

¹⁶⁹ Que deve incluir sala de lavagem, armazém de inflamáveis, sala de sujos e despejos e sala de desinfeção.

Gráfico n.º 13 – Especificações técnicas da área técnica



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

Ainda no que respeita a instalações, os requisitos legalmente exigidos para área de pessoal eram cumpridos pela generalidade dos estabelecimentos, tendo-se apenas verificado a existência de um estabelecimento que não possuía instalação sanitária de pessoal, e de dois estabelecimentos que não possuíam vestiário com zona de cacifos.

Relativamente à área de logística, constatou-se que da totalidade dos 34 estabelecimentos avaliados, 3 não possuíam sala de sujos e despejos, 4 zona de armazenamento de inflamáveis¹⁷⁰ e 1 não possuía sala de lavagem.

c) Ambiente e Segurança

Relativamente às regras sobre **ambiente e segurança**, o regime jurídico relativo ao licenciamento dos laboratórios de Análises Clínicas determina que os laboratórios devem possuir instalações técnicas e equipamentos especiais adequados e com capacidade para assegurar a qualidade técnica dos exames efetuados, de acordo com as normas e legislação em vigor sobre qualidade, segurança e higiene, devendo ainda os laboratórios respeitar as prescrições estabelecidas para proteção contra os riscos de exposição a agentes biológicos¹⁷¹. Para esse efeito, prevê-se que as instalações

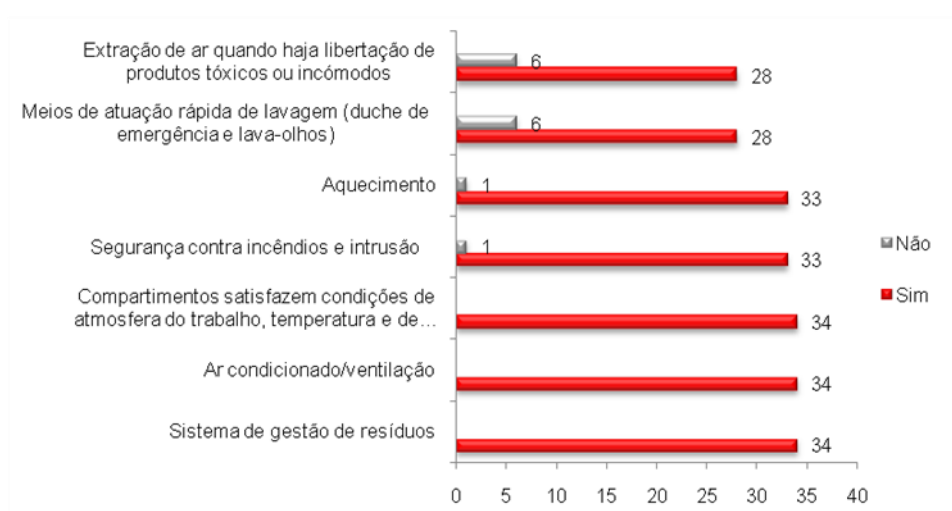
¹⁷⁰ Importando notar que em 10 estabelecimentos tal exigência não era aplicável.

¹⁷¹ Cfr. artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de maio.

técnicas e equipamentos especiais abranjam instalações elétricas, climatização (nomeadamente aquecimento, ventilação, ar condicionado e extração, quando haja libertação de produtos incómodos ou tóxicos), desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos, gestão de resíduos¹⁷², equipamentos frigoríficos, rede de distribuição de água e avaliação de qualidade, segurança contra incêndios e meios de atuação rápida de lavagem¹⁷³, parâmetros contemplados na *check-list* elaborada para efeitos da presente avaliação¹⁷⁴.

A realidade apurada pela ERS permite constatar que a generalidade dos laboratórios de Análises Clínicas cumpre as regras relativas à proteção do ambiente e segurança, embora não se possa deixar de evidenciar a existência de não conformidades, conforme resulta do gráfico *infra*.

Gráfico n.º 14 – Regras para proteção do ambiente e segurança



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

d) Gestão/direção e recursos humanos

No que respeita à **gestão/direção clínica ou técnica**, os laboratórios de Análises Clínicas são tecnicamente dirigidos por um diretor técnico com a especialidade de

¹⁷² Segundo o disposto no ponto II. 6.do Manual de Boas Práticas Laboratoriais, “a eliminação de resíduos deverá ser conforme à legislação em vigor, deve ser conduzida por forma a não pôr em risco a saúde do pessoal do laboratório ou do pessoal encarregue da sua recolha e não deve ser fonte de poluição do ambiente”.

¹⁷³ Designadamente duche de emergência e “lava-olhos”, apenas aplicável a laboratórios que manuseiem produtos tóxicos, irritantes ou corrosivos.

patologia clínica ou de análises clínicas, inscrito na Ordem dos Médicos ou na Ordem dos Farmacêuticos, que deve assumir a responsabilidade por um único laboratório, implicando presença física verificável, e garantir a sua substituição, nos impedimentos e ausências, por um especialista médico ou farmacêutico¹⁷⁵. Nos termos definidos no Manual de Boas Práticas Laboratoriais, a presença física verificável deve ser compatível com o horário de abertura ao público praticado pelo laboratório, de forma a garantir a qualidade técnica dos serviços prestados¹⁷⁶. Ainda no âmbito dos **recursos humanos**, os laboratórios devem dispor, além do diretor, do pessoal técnico necessário ao desempenho das funções para as quais os laboratórios em causa possuem licença de funcionamento¹⁷⁷.

Da **análise da** informação recolhida nas ações de fiscalização efetuadas pôde-se inferir que, apesar do cumprimento das regras relativas à direção clínica/técnica e recursos humanos pela generalidade dos estabelecimentos, em 3 laboratórios a qualidade dos exames pode não estar a ser permanentemente garantida, na medida em que nas ausências do diretor clínico não é assumida a sua substituição por especialista médico ou farmacêutico.

e) Garantia da qualidade

De acordo com o Manual de Boas Práticas Laboratoriais, aprovado pelo Despacho n.º 8835/2001, de 27 de abril da Ministra da Saúde, todos os laboratórios que executem exames laboratoriais devem ter em funcionamento um **sistema de garantia da qualidade**, baseado nas recomendações ali estabelecidas, designadamente no que se refere às fases pré-analítica, analítica e pós-analítica, bem como aos procedimentos de controlo, internos e externos, da qualidade. Assim, os laboratórios clínicos devem dispor de um manual de boas práticas adaptado à sua estrutura, e pelos mesmos elaborado e implementado, que deve compreender procedimentos escritos respeitantes a toda a organização, às diferentes etapas das análises e sua execução e

¹⁷⁵ Cfr. artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de maio.

¹⁷⁶ Vide ponto II.1.2.1 do Manual de Boas Práticas Laboratoriais que prescreve o seguinte: “a presença física verificável do diretor técnico, prevista no n.º 2 do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, 11 de dezembro, deve ser compatível com o horário de abertura ao público praticado pelo laboratório, devendo ser substituído nos seus impedimentos por um especialista”.

¹⁷⁷ Cfr. artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de maio.

à formação e qualificação dos diversos tipos de pessoal técnico e administrativo. Tal manual constitui uma ferramenta de gestão da qualidade, na medida em que estabelece um conjunto de instruções que devem conformar o exercício da atividade no que respeita a procedimentos operativos, funcionais e organizativos. Por outro lado, constitui, igualmente, ferramenta de gestão da qualidade o relatório anual de atividades dos estabelecimentos, que permite avaliar a sua prestação a diversos níveis.

No âmbito da avaliação levada a cabo pela ERS, constata-se que, não obstante os 34 estabelecimentos possuírem um manual de boas práticas adaptado à sua estrutura (e pelos mesmos elaborado e implementado), 4 não dispõem de relatório anual de atividades.

A nível de equipamentos, o Manual de Boas Práticas Laboratoriais estabelece um conjunto de orientações e **procedimentos atinentes ao controlo da qualidade**. Desde logo, recomenda que os laboratórios devem dispor de identificação dos equipamentos específicos de cada valência, estabelecer procedimentos predefinidos para a inspeção, limpeza, manutenção e verificação periódicas dos aparelhos, devendo estas operações, tal como as visitas de manutenção ou reparação da assistência técnica, ser registadas por escrito num livro de ocorrências de cada aparelho, assegurar que as normas de utilização e manutenção dos aparelhos devem estar permanentemente à disposição e respeitadas pelo pessoal e instituir procedimentos alternativos em caso de mau funcionamento dos aparelhos, incluindo a utilização de outras técnicas ou envio das amostras para outro laboratório.

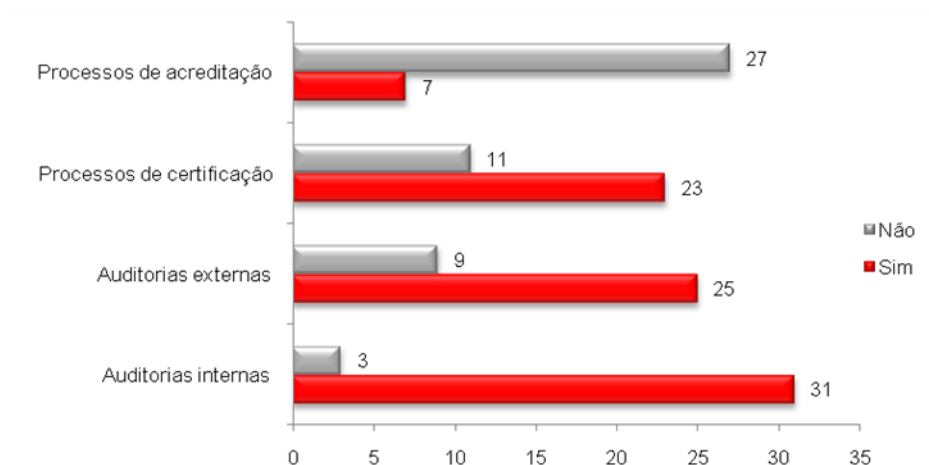
Da avaliação efetuada resultou que os procedimentos de controlo da qualidade dos equipamentos são cumpridos na generalidade pelos estabelecimentos de Análises Clínicas, tendo-se observado apenas a inexistência de procedimentos alternativos em caso de mau funcionamento num estabelecimento e a inexistência de testes de aceitação de equipamentos noutro.

Considerando, agora, que os laboratórios de Análises Clínicas devem desenvolver um conjunto de procedimentos visando a implementação de um sistema de qualidade, cumpre, no imediato, apreciar eventuais **procedimentos de melhoria instituídos**, quer a nível do controlo da qualidade interno, indispensável para a deteção de anomalias, avaliação de erros e sua imediata correção, quer a nível da avaliação

externa da qualidade, correspondente à avaliação efetuada por um organismo exterior, da qualidade dos resultados fornecidos pelo laboratório¹⁷⁸.

Assim, da análise da realidade observada resultou patente a implementação de procedimentos de melhoria da qualidade, sobretudo no que respeita à implementação de processos de certificação e à realização de auditorias internas e externas, conforme resulta do gráfico *infra*.

Gráfico n.º 15 – Processos de melhoria da qualidade



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

f) Postos de Colheita

Por último, não se pode deixar de fazer referência aos postos de colheita. Nos termos das disposições legalmente aplicáveis e das regras gerais e recomendações contempladas no Manual de Boas Práticas Laboratoriais, o funcionamento de postos de colheita de produtos biológicos deve obedecer a um conjunto de requisitos relativos à sua organização, recursos humanos, acondicionamento e transporte de produtos biológicos.

No que se refere ao acondicionamento e ao transporte dos produtos biológicos para os laboratórios centrais, está estabelecido que tal processo deve ser efetuado em

¹⁷⁸ Nesse sentido, *vide* Ponto I 2.2 e ponto V do Manual de Boas Práticas Laboratoriais. No que respeita à avaliação externa da qualidade determina o ponto V. 3 do citado Manual que os laboratórios devem participar em programas de avaliação externa da qualidade, de preferência nacionais, organizados quer pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge quer por sociedades científicas, associações profissionais ou ainda por entidades cuja idoneidade seja reconhecida pela CTN (leia-se Comissão Técnica Nacional). Acrescentado, ainda, que tais programas devem ser desenvolvidos num clima de confiança recíproca e manter-se a confidencialidade dos resultados obtidos.

condições de termoequilíbrio adequadas e o transporte dos produtos biológicos deve ser efetuado por pessoal e meios próprios dos laboratórios, prescrevendo-se, ainda, que os produtos destinados a exames anátomo-patológicos devem ser transportados em meios de fixação apropriados e devidamente acondicionados em recipientes destinados para o efeito¹⁷⁹.

Da avaliação efetuada resulta que a totalidade dos 34 estabelecimentos prestadores avaliados pela ERS, e sempre que tal se verificou aplicável, cumpre as regras impostas para o acondicionamento e transporte dos produtos biológicos.

7.2.2.2. Diálise

O Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro¹⁸⁰ estabelece o regime jurídico do licenciamento e da fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas de Diálise, que inclui atividades terapêuticas no âmbito da hemodiálise e técnicas de depuração extracorpórea e afins ou da diálise peritoneal crónica.

Tal regime jurídico, para além de consagrar um conjunto de requisitos mínimos que devem ser contemplados quanto a organização e funcionamento e quanto a instalações e equipamentos, estabelece, igualmente, um conjunto de regras de qualidade e segurança a que devem obedecer os estabelecimentos privados de Diálise¹⁸¹, impondo ainda a necessidade de implementação de programas de garantia de qualidade, onde se inclui a observância do Manual de Boas Práticas de Hemodiálise^{182 183} e de parâmetros de qualidade, que permitam “a *acreditação das unidades de diálise*” e a sua integração no sistema de qualidade da saúde.

¹⁷⁹ Cfr. artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de maio.

¹⁸⁰ Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

¹⁸¹ Note-se que, relativamente aos estabelecimentos de Diálise do sector público e do sector social, embora não estejam sujeitas a licenciamento não deixam de lhes ser aplicáveis as regras de qualidade e segurança estabelecidas no regime jurídico do licenciamento dos laboratórios – n.º 5 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

¹⁸² Cfr. artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

¹⁸³ Refira-se que o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise foi aprovado pelo Despacho n.º 14391/2001, de 10 de julho, da Ministra da Saúde.

Assim, atendendo ao disposto quer no regime jurídico que regula o funcionamento das unidades privadas de Diálise, quer no manual de boas práticas aplicável, quer ainda nos parâmetros estabelecidos para avaliação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, procede-se de seguida à análise da realidade apurada pela ERS, nas ações de fiscalização por si levadas a cabo aos 23 estabelecimentos de Diálise que integram a amostra objeto de avaliação no presente estudo.

a) Organização e funcionamento

O funcionamento das unidades privadas de Diálise está dependente da obtenção de uma **licença de funcionamento**, “*que define o tipo de unidade e fixa as técnicas dialíticas, bem como as suas variedades e outras valências que aquela fica autorizada a desenvolver*”¹⁸⁴. Mais se encontra previsto que tais unidades, na qualidade de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, devem dispor de **registo** na ERS, nos termos do artigo 45.º, n.º 1 do Decreto-lei n.º 127/2009, de 27 de maio, e de **livro de reclamações**, nos termos do disposto no artigo 44.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro¹⁸⁵, e no Decreto-lei n.º 156/2005, de 15 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 371/2007, de 6 de novembro.

Relativamente à verificação de tais obrigações resulta da análise efetuada que a totalidade dos 23 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde avaliados possui licença de funcionamento¹⁸⁶ e dispõe de livro de reclamações, contudo um desses estabelecimentos não dispunha de registo na ERS.

Ainda no que respeita à organização e funcionamento, as unidades de Diálise devem observar um conjunto de **obrigações relativas à transmissão de informação aos utentes**, designadamente ser identificadas em tabuleta exterior com indicação do nome do diretor clínico, e devem colocar em local bem visível e acessível aos utentes o horário de funcionamento, a licença de autorização de funcionamento e informação relativa à existência do livro de reclamações e à tabela de preços. Determina-se ainda

¹⁸⁴ Cfr. o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

¹⁸⁵ Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

¹⁸⁶ Recorde-se que dos dados solicitados às ARS, foi possível concluir que das 87 unidades privadas de Diálise convencionadas com o SNS, 78 possuem licença de funcionamento em vigor e 9 estabelecimentos têm o processo de licenciamento em curso, mas quase finalizado, localizando-se todos eles na ARS Norte, ou seja, verificou-se que praticamente a totalidade das unidades convencionadas se encontra licenciada.

que seja distribuído aos utentes folheto do qual conste informação relativa a procedimentos a adotar em situações de emergência, contactos com a unidade e com a unidade central com que se articula, e contactos com o médico de serviço permanente¹⁸⁷.

A análise efetuada permitiu constatar que havia um nível elevado de cumprimento das obrigações relativas à transmissão de informação aos utentes, importando apenas destacar que 5 dos 34 estabelecimentos avaliados não dispunham de informação exterior com indicação do nome e habilitação profissional do diretor clínico e 2 desses estabelecimentos não possuíam afixada em local visível a licença de autorização de funcionamento e não disponibilizavam as tabelas de preços para consulta pelos utentes. Mais se constatou que a totalidade dos 23 estabelecimentos avaliados disponibilizava aos utentes folhetos com contacto do médico de serviço permanente, contacto com a unidade central e informação sobre os procedimentos a observar em situação de emergência.

No que se refere aos **requisitos relativos à documentação**, as unidades privadas de Diálise devem dispor de arquivo clínico onde determinados documentos devem ser conservados por um período de pelo menos 5 anos, de regulamento interno definido pelo diretor clínico e de seguro profissional e de atividade¹⁸⁸, tendo-se constatado da avaliação efetuada que todos os 23 estabelecimentos analisados cumpriam estes requisitos.

Relativamente à **atividade desenvolvida** pelos estabelecimentos de Diálise, o regime jurídico do licenciamento e da fiscalização do exercício da atividade destes estabelecimentos estabelece:

- uma distinção entre unidades de diálise que prosseguem atividades terapêuticas no âmbito da hemodiálise e técnicas de depuração extracorporeal afins e unidades de diálise que prosseguem atividades de diálise peritoneal crónica¹⁸⁹;

¹⁸⁷ Cfr. os artigos 42.º e 43.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

¹⁸⁸ Cfr. os artigos 41.º, 45.º e 47.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

¹⁸⁹ Nesse sentido, o n.º 2 do artigo 1.º do citado Decreto-Lei define as unidades de hemodiálise como aquelas onde se efetuam atos e técnicas de hemodiálise ou técnicas de depuração extracorporeal afins, bem como a avaliação clínica regular dos doentes submetidos a esses tratamentos. Por seu lado, o n.º 3 daquele artigo estabelece que nas unidades de diálise peritoneal são efetuados os seguintes atos e técnicas: ensino e treino do doente ou do seu auxiliar, bem como as reciclagens sobre as técnicas de diálise peritoneal crónica, sobre a sua

- que estas unidades podem desenvolver, isolada ou conjuntamente, as valências de hemodiálise, uma ou mais técnicas de depuração extracorporeal afins da hemodiálise e diálise peritoneal crónica¹⁹⁰;
- a classificação das unidades de diálise consoante a sua diferenciação, em unidades centrais e periféricas¹⁹¹;
- as unidades de Diálise periféricas devem dispor, no mínimo, das seguintes competências: tratamento dialítico regular, consulta médica regular dos doentes seguidos diretamente pela unidade e colheita de produtos e seu envio para análise laboratorial¹⁹²;
- as unidades periféricas de Diálise devem articular-se com unidades centrais de Diálise, públicas ou privadas, mediante a celebração de protocolos que definam todos os aspetos de cooperação funcional, técnica, médica e científica¹⁹³;
- que “as unidades de diálise devem proporcionar a todos os doentes, que não apresentem contraindicação para serem transplantados e que pretendam sê-lo, a sua inscrição nas unidades de transplantação renal da sua escolha, devendo, também, com elas colaborar fornecendo-lhes os elementos clínicos e outros que sejam

vigilância e sobre a deteção precoce dos incidentes, das complicações e das intercorrências; e avaliação clínica regular dos doentes submetidos a este tratamento. Mais acrescentando o n.º 4 do artigo 1.º que as unidades de Diálise que efetuem ambas as técnicas terapêuticas depurativas constituem unidades mistas.

¹⁹⁰ Cfr. o artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

¹⁹¹ Cfr. o artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho. Dos n.ºs 2 e 3 do referido artigo resulta a definição de unidade central e unidade periférica. Sendo que uma unidade central é uma unidade mista que se encontra localizada num estabelecimento de saúde, público ou privado, integrada num serviço ou numa unidade de nefrologia, devendo observar um conjunto de requisitos mínimos, cumulativos, a saber: assistência médica nefrológica permanente, disponibilidade para apoiar e internar os doentes em diálise ambulatoria, apoio cirúrgico, designadamente para construção ou reparação de acessos vasculares e peritoneais, laboratório de patologia clínica do hospital onde está integrada, designadamente para análises do foro bacteriológico e micológico, serviço de imagiologia do hospital onde está integrada. A unidade periférica é uma unidade que não cumpre uma ou mais das exigências definidas para as unidades centrais e que se destina ao tratamento de insuficientes renais crónicos que necessitam de tratamento dialítico em regime ambulatorio e que não carecem de cuidados hospitalares.

¹⁹² Cfr. o artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

¹⁹³ Cfr. o artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

pertinentes”, e que tais unidades devem articular-se com o centro de histocompatibilidade da zona respetiva¹⁹⁴; e

- outras atividades que podem ser desenvolvidas no âmbito da Diálise, designadamente hemodiálise domiciliária¹⁹⁵, diálise pediátrica¹⁹⁶, hemodiálise em unidades de isolamento para doentes portadores de agentes infecciosos¹⁹⁷ e em unidades móveis¹⁹⁸.

Da avaliação *in loco* efetuada pela ERS resultou que, todos os estabelecimentos objeto de estudo são unidades de hemodiálise. Todas elas desenvolvem atividades de hemodiálise e apenas 6 desenvolvem técnicas de depuração extracorporeal afins da hemodiálise, não se observando qualquer estabelecimento com atividade de diálise peritoneal crónica. De igual modo, todas as unidades avaliadas são unidades de diálise periféricas, sendo que todas elas proporcionam tratamento dialítico regular e consulta médica regular dos doentes seguidos diretamente pela unidade, à exceção de uma que não realiza colheita de produtos e seu envio para análise laboratorial. Foi ainda possível verificar que a totalidade das unidades de Diálise periféricas avaliadas possui articulação e dispõe de protocolos de cooperação com uma unidade central de

¹⁹⁴ Cfr. o artigo 32.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

¹⁹⁵ Na hemodiálise domiciliária o tratamento é efetuado no domicílio do doente com um equipamento de utilização exclusiva – cfr. artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

¹⁹⁶ Segundo o disposto no artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho, os doentes com idade pediátrica devem ser orientados para unidades específicas, podendo, em casos de excessivo distanciamento daquelas, ser seguidos e tratados em qualquer unidade de cuidados diferenciados desde que esta disponha cumulativamente dos seguintes requisitos: pediatra com experiência dialítica não inferior a seis meses ou nefrologista com frequência não inferior a dois anos num serviço de pediatria; enfermeiros com prática em Diálise pediátrica não inferior a três meses; equipamento técnico adequado; articulação com unidade central integrada num serviço de pediatria ou que disponha de um pediatra com competência em nefrologia; e equipamento lúdico e didático apropriado.

¹⁹⁷ Nos termos do disposto no artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho, “as unidades de hemodiálise de isolamento destinam-se a doentes que prossigam técnicas dialíticas e que sejam portadores de agentes infecciosos de elevada contagiosidade e risco com relevância em hemodiálise”.

¹⁹⁸ As unidades móveis de Diálise só podem funcionar, a título excecional, mediante despacho do Ministro da Saúde, com fundamento em parecer prévio da CTN e desde que ligadas a uma unidade de Diálise diferenciada – cfr. artigo 30.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

diálise pública¹⁹⁹. Quanto à cooperação com unidades de transplantação renal e à articulação com centros de histocompatibilidade verificou-se a observância deste requisito pela totalidade das unidades avaliadas. Por último, verificou-se que apenas 3 das unidades avaliadas dispõem de serviço de hemodiálise domiciliária, 5 dispõem de unidades móveis de Diálise e **apenas 16 dispõe de unidades de isolamento de doentes**. No que respeita à hemodiálise pediátrica constatou-se que nenhum dos estabelecimentos prestadores avaliados presta tal atividade.

b) Requisitos e especificações técnicas

Nos termos do disposto no regime jurídico atinente ao licenciamento e fiscalização das unidades privadas de Diálise, o seu funcionamento pressupõe a observância de requisitos e especificações técnicas relativas ao meio físico e espaço envolvente, às normas genéricas de construção e às especificações técnicas relativas às instalações.

No que respeita ao **meio físico e espaço envolvente**, encontra-se legalmente estabelecido que tais unidades devem situar-se em meios físicos salubres e de fácil acessibilidade, dispor de infraestruturas viárias, de abastecimento de água, de sistema de recolha de águas residuais e de resíduos, de energia elétrica e de telecomunicações, de acordo com a legislação em vigor²⁰⁰.

Da análise da realidade observada *in loco* pela ERS, resultou que a totalidade dos estabelecimentos avaliados dispõe de infraestruturas viárias, de abastecimento de água, saneamento, energia elétrica e telecomunicações, de acordo com a legislação em vigor, possui acessibilidades e condições de salubridade.

A apreciação dos requisitos técnicos aplicáveis implica, ainda, a observância de um conjunto de requisitos atinentes às **normas genéricas de construção**, sendo que tais unidades, qualquer que seja o seu tipo e quaisquer que sejam as modalidades terapêuticas prosseguidas, devem dispor de paredes, tetos, divisórias, portas e revestimento do pavimento que permitam a manutenção de um grau de isolamento e de higiene ou de assepsia compatível com a zona a que se destinam, acrescentando ainda, quanto às áreas de utilização pública e dos utilizadores, que aquelas se devem localizar em andar térreo ou dispor de comunicações verticais motorizadas, dispor de

¹⁹⁹ A articulação entre as unidades periféricas somente com unidades centrais públicas poderá justificar-se pelo facto de não existirem unidades centrais privadas.

²⁰⁰ Cfr. o artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

acessos, zonas de passagem que devem apresentar, pelo menos, 1m de largura e portas e instalações sanitárias adaptadas para deficientes motores.

Para além destas regras, as unidades de diálise estão sujeitas a um conjunto de normativos gerais em matéria de segurança e higiene dos espaços, de compartimentação mínima, de dimensionamento e das características construtivas dos edifícios, as quais deverão ser observadas aquando da criação e/ou adaptação dos espaços destinados à prática da atividade profissional em causa²⁰¹, que foram incluídas na *check-list* elaborada, e consequentemente utilizadas na avaliação dos estabelecimentos objeto de estudo²⁰².

Assim, no que se refere aos requisitos relativos às normas genéricas de construção, da realidade verificada resultou o cumprimento da generalidade dos requisitos enunciados, com exceção de uma unidade que não dispõe de sinalética compreensiva para os utentes.

Relativamente às **especificações técnicas** encontra-se determinado que as unidades de Diálise periféricas devem estar instaladas em áreas exclusivamente destinadas ao exercício da sua atividade e respeitar um conjunto de requisitos mínimos a nível de instalações, devendo designadamente dispor de sala ou salas de hemodiálise²⁰³, vestiário de doentes, sanitários de doentes, sala de espera, unidade de tratamento de água, sanitários para acompanhantes, arquivo, armazém, vestiários e sanitários para pessoal, gabinetes de consulta, copa e zona de limpeza e esterilização de material.

Nesse sentido a *check-list* elaborada para efeitos da avaliação efetuada, contemplava a necessidade de observância pelos estabelecimentos de Diálise de: (i) uma área de acolhimento; (ii) uma área técnica; (iii) uma área de pessoal; e (iv) uma área de logística.

²⁰¹ Essas regras gerais relativas às normas de construção constam de diversos outros diplomas legais, nomeadamente do Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, que estabelece as condições de acessibilidade a satisfazer no projeto e na construção de espaços públicos, equipamentos coletivos e edifícios públicos e habitacionais.

²⁰² Nessa *check-list* foram assim consideradas, a eliminação de barreiras arquitetónicas, a existência de sinalética compreensível pelos utentes, a existência de condições que permitam o respeito pela privacidade e dignidade dos utentes e a existência de ascensor ou aparelho elevatório.

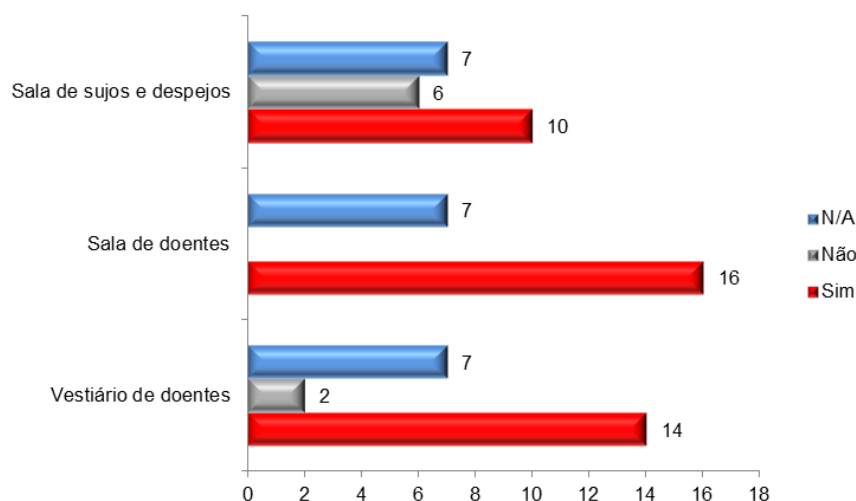
²⁰³ No que respeita às características a observar nas salas de hemodiálise, devem as mesmas dispor de acesso fácil ao exterior e zonas de passagem com, pelo menos, 1m de largura, luz adequada, natural ou artificial, adequado arejamento e regulação da temperatura ambiente, 1,8m de largura e 2,5m de comprimento por cada posto de hemodiálise, de fácil circulação, superfícies facilmente laváveis e zona de trabalho de enfermagem - cfr. o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

No que respeita à caracterização da área de acolhimento, verificou-se que a totalidade das unidades privadas de diálise avaliadas cumpre com as especificações técnicas, registando-se apenas algumas não conformidades pontuais (2 unidades que não possuem instalação sanitária adaptada a deficientes, uma unidade que não dispõe de vestiário de doentes e uma outra que não dispõe de maca/cadeira de rodas).

No tocante à área técnica/clínica verificou-se que a totalidade dos estabelecimentos prestadores avaliados dispõe de sala(s) de hemodiálise e de gabinetes de consulta.

De igual modo, relativamente às unidades de isolamento verificou-se relativamente aos 16 estabelecimentos que possuem unidade de isolamento, as não conformidades ilustradas no gráfico *infra*.

Gráfico n.º 16 – Especificações técnicas da área técnica (unidades de isolamento)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

Relativamente à área de pessoal verificou-se que a totalidade das unidades privadas de diálise avaliadas cumpre as especificações técnicas relativas à área de pessoal, registando-se apenas que uma das unidades não dispõe de instalação sanitária de pessoal.

Quanto à área logística verificou-se que a generalidade dos estabelecimentos avaliados cumpre as especificações técnicas relativas à área logística e apenas 1 não possuía sala de verificação de monitores, nem sala de desinfeção com zona limpa.

c) Ambiente e segurança

No que respeita às regras gerais em **matéria de proteção do ambiente e segurança**, o Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro²⁰⁴ determina que as unidades privadas de Diálise, exclusivamente dedicadas à hemodiálise, devem ser dotadas de instalações técnicas e de equipamentos especiais adequados e com capacidade para assegurar a qualidade técnica dos tratamentos efetuados, de acordo com as normas e legislação em vigor sobre qualidade, segurança e higiene²⁰⁵.

Neste âmbito, da análise da realidade observada constatou-se que a totalidade das unidades privadas de Diálise avaliadas cumpre a regras de proteção do ambiente e segurança.

d) Gestão/direção clínica e recursos humanos

No que respeita à **direção clínica**, as unidades de Diálise são tecnicamente dirigidas por um diretor clínico com especialidade de nefrologia, inscrito na Ordem dos Médicos. Cada diretor clínico deve assumir a responsabilidade de uma única unidade de Diálise, implicando presença física verificável que garanta a qualidade dos tratamentos realizados, devendo ser substituído nos seus impedimentos e ausências por profissional qualificado com formação adequada²⁰⁶.

Quanto aos **recursos humanos**, estas unidades devem dispor, igualmente, de pessoal técnico necessário ao desempenho das funções para que estão licenciadas, nomeadamente serviços de enfermagem²⁰⁷ e serviço social²⁰⁸.

²⁰⁴ Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

²⁰⁵ Para o efeito, impõe o artigo 53.º do citado diploma que aquelas unidades devem dispor, entre outros, de climatização adequada nas zonas públicas, zonas de tratamento, zonas destinadas aos doentes e ao pessoal e noutras instalações que a exijam, designadamente na unidade de tratamento de água, segurança contra incêndios e intrusão, adequado sistema de acondicionamento e destino final dos resíduos e equipamento de suporte vital e de emergência.

²⁰⁶ Cfr. o artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

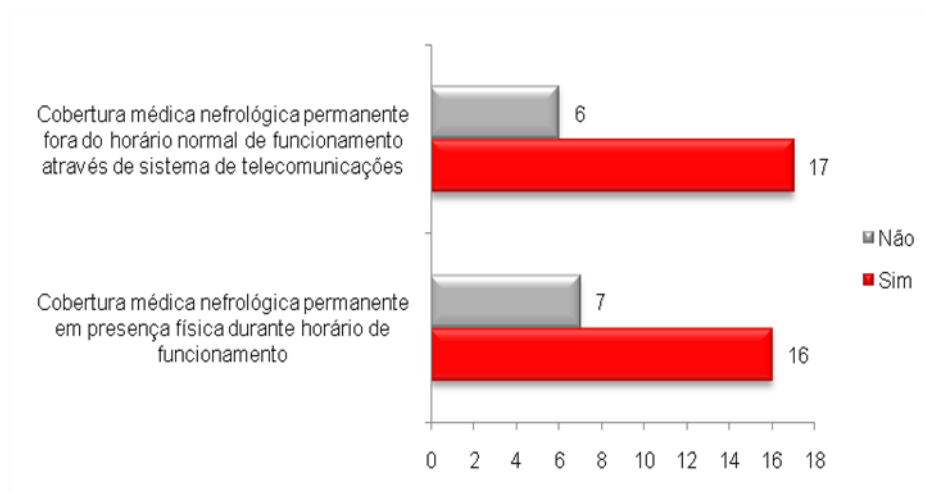
²⁰⁷ Relativamente aos serviços de enfermagem, estabelece-se que as unidades de Diálise devem dispor de um enfermeiro-chefe, com prática não inferior a um ano nas técnicas de Diálise que são prosseguidas na unidade, e determina-se que os enfermeiros devem possuir prática dialítica não inferior a três meses e executar as técnicas dialíticas e terapêuticas de acordo com as normas gerais da sua profissão e as normas técnicas em vigor – cfr. os artigos 37.º e 38.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

As unidades de diálise periféricas devem ainda garantir, durante o período normal de funcionamento, a **cobertura médica permanente** em presença física por médicos nefrologistas e assegurar, permanentemente, essa cobertura médica nefrológica mesmo fora dos períodos normais de funcionamento, pelo menos através de sistema de telecomunicações rápidas por procura automática do destinatário, nos termos definidos pelo diretor clínico²⁰⁹.

Da avaliação efetuada, é possível concluir que todos os estabelecimentos dispõem de direção clínica assumida por um diretor clínico com a especialidade de nefrologia inscrito na Ordem dos Médicos, no entanto em 5 dos estabelecimentos avaliados não se constatou a presença física verificável do mesmo. Mais se constatou que a totalidade dos estabelecimentos possuía cobertura de enfermagem e enfermeiro-chefe com prática em técnicas de diálise.

No que respeita à cobertura médica, constatarem-se algumas não conformidades relativas à cobertura médica nefrológica, melhor ilustradas no gráfico *infra*. Das ações de fiscalizações realizadas resultou ainda a existência de cobertura médica de outras valências que não nefrologia, concretamente de medicina interna e medicina geral.

Gráfico n.º 17 – Cobertura médica



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

²⁰⁸ As unidades de Diálise devem dispor de um técnico de serviço social com um tempo de permanência semanal mínimo – cfr. o artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

²⁰⁹ Cfr. o artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

e) Garantia da qualidade

O regime jurídico atinente ao licenciamento e fiscalização das unidades privadas de Diálise, além das regras relativas ao funcionamento, consagra um conjunto de recomendações referentes à promoção da qualidade e segurança²¹⁰. Por outro lado, o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise²¹¹ tornou, igualmente, evidente o papel assumido em matéria de qualidade, na medida que constitui um instrumento que permite a implementação de um **sistema de garantia da qualidade** das unidades privadas de Diálise, de modo a possibilitar a acreditação das mesmas.

Partindo desse pressuposto, a elaboração e implementação pelas unidades privadas de Diálise de um manual de boas práticas, adaptado à sua estrutura, constitui uma ferramenta de gestão da qualidade ao estabelecer as diretrizes que devem pautar a atuação dos estabelecimentos no que respeita a procedimentos operativos, funcionais e organizativos, já que contempla um conjunto de requisitos que devem ser respeitados no exercício da atividade. De igual modo, constituem, ferramentas de gestão da qualidade o relatório anual de atividades dos estabelecimentos, bem como os procedimentos operativos atinentes à confidencialidade dos resultados e dos relatórios dos exames.

Da avaliação efetuada constatou-se que a totalidade dos estabelecimentos visados respeita os procedimentos de gestão da qualidade, ao evidenciar a adoção e implementação de um manual de boas práticas, adaptado à sua estrutura, a realização de um relatório anual de atividades desenvolvidas, e a garantia da confidencialidade dos resultados e dos relatórios dos exames.

Ainda, no que respeita à promoção da qualidade, o diploma legal aplicável e o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise definem um conjunto de **parâmetros de garantia da qualidade de serviços e de técnicas**, determinando que tais parâmetros devem incidir sobre a vigilância de marcadores de eficácia depurativa, marcadores de anemia, marcadores de impregnação alumínica, incidência e prevalência da infeção pelo vírus da hepatite B, incidência e prevalência da infeção pelo vírus da hepatite C, mortalidade, morbilidade e suas causas.

²¹⁰ Cfr. o artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de junho.

²¹¹ Aprovado por Despacho n.º 8835/2001, da Ministra da Saúde.

De acordo com a realidade apurada pela ERS, todos esses parâmetros de qualidade são observados pelos 23 estabelecimentos avaliados.

No que respeita à promoção da qualidade, o Manual de Boas Práticas²¹² estabelece ainda um conjunto de recomendações e orientações que devem ser contempladas ao nível de **procedimentos de controlo de infeção**, nomeadamente a adoção de medidas relativas ao treino e educação de doentes e pessoal clínico, à implementação de medidas práticas de controlo da infeção e à adoção de um sistema de vigilância das medidas de controlo da infeção, tendo-se constatado *in loco* que a totalidade dos 23 estabelecimentos cumpre as recomendações e orientações prescritas.

Por outro lado, o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise estabelece um conjunto de **linhas de orientação relativas à qualidade da água para hemodiálise**, designadamente quanto às condições de armazenagem, purificação e procedimentos de garantia de qualidade²¹³. Nesse sentido, impunha-se a avaliação dos estabelecimentos relativamente à implementação de medidas e procedimentos de modo a garantir a qualidade da unidade de tratamento de água, dando especial ênfase à definição de tarefas e competência do pessoal técnico responsável pela unidade de tratamento, existência de protocolo de vigilância de manutenção do equipamento e do controlo laboratorial da qualidade da água, protocolos de avaliação diária da qualidade da água e o acesso a estes pelos profissionais competentes, bem como a verificação da qualidade da água e do equipamento para a sua purificação.

Da avaliação efetuada resulta que a totalidade dos 23 estabelecimentos avaliados tem implementado todos os referidos procedimentos dirigidos ao controlo da qualidade da unidade de tratamento de água.

Em sentido idêntico, o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise contempla um conjunto de recomendações relativo ao **controlo da qualidade dos equipamentos**, ao determinar que do mesmo deverá constar a definição dos equipamentos

²¹² Refira-se a este respeito que relativamente aos procedimentos de controlo de infeção, na elaboração da *check-list* teve-se em consideração não só o disposto no Manual de Boas Práticas de Hemodiálise, na versão aprovada pelo Despacho n.º 14391/2001, de 10 de julho, mas também o disposto nas versões do Manual de Boas Práticas elaboradas e aprovadas pelo Colégio da especialidade de nefrologia da Ordem dos Médicos.

²¹³ Assim, no anexo D) do referido Manual encontram-se estabelecidos os objetivos de uma unidade de tratamento de água para hemodiálise, a saber: garantir um grau de purificação da água para preparação de solução dialisante em condições que respeitem os padrões definidos; assegurar o fornecimento de água para hemodiálise em condições que satisfaçam as necessidades de caudal e de pressão inerentes ao funcionamento dos monitores de diálise; e prevenir a ocorrência de acidentes agudos resultantes do deficiente funcionamento dos equipamentos ou do seu desgaste através de medidas de deteção de avarias, de controlo da qualidade e de ações de manutenção.

específicos para cada uma das valências dialíticas e suas variedades, bem como listagem do equipamento mínimo para cada tipo de unidade consoante as técnicas prosseguidas, conforme anexos A) e B) do Manual de Boas Práticas de Hemodiálise²¹⁴.

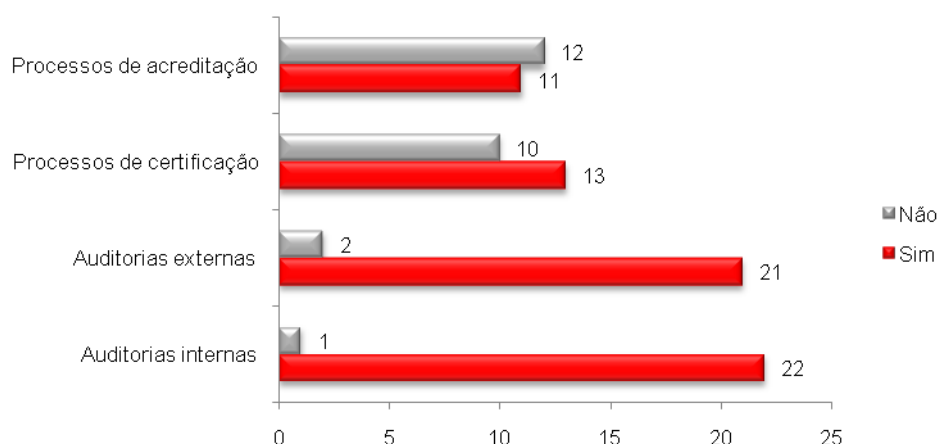
Quanto a estes parâmetros de qualidade, as ações de fiscalização encetadas permitiram verificar que todos os 23 estabelecimentos dispõem de sistema de controlo de qualidade dos equipamentos e respetivo *software*, designadamente identificação dos equipamentos específicos para cada valência, manutenção e revisões preventivas dos equipamentos, testes periódicos de constância dos equipamentos e calibração de equipamentos.

Considerando, agora, que as unidades privadas de Diálise devem desenvolver um conjunto de procedimentos visando a implementação de um sistema de qualidade, cumpre aferir da adoção de eventuais **procedimentos de melhoria dos sistemas de qualidade** instituídos.

Assim, da análise da realidade observada, ilustrada no gráfico *infra*, resultou patente a implementação de procedimentos de melhoria da qualidade, sobretudo no que respeita à realização de auditorias internas e externas, sendo que relativamente aos processos de certificação e acreditação verificou-se a sua implementação em cerca de metade das unidades avaliadas.

²¹⁴ Refira-se a este respeito que relativamente aos procedimentos de controlo da qualidade dos equipamentos, na elaboração da *check-list* teve-se em consideração não só o disposto no Manual de Boas Práticas de Hemodiálise, na versão aprovada pelo Despacho n.º 14391/2001, de 10 de julho, mas também o disposto nas versões do Manual de Boas Práticas elaboradas e aprovadas pelo Colégio da especialidade de nefrologia da Ordem dos Médicos.

Gráfico n.º 18 – Procedimentos de melhoria da qualidade



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

7.2.2.3. Medicina Física e de Reabilitação

A título prévio, faz-se notar que a prestação de cuidados de saúde no âmbito de MFR sofreu alterações decorrentes da instituição do novo regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de saúde, na sequência da aprovação do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro. Subsequentemente, a Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro, veio estabelecer os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de medicina física e de reabilitação que prosseguem atividades de diagnóstico, terapêutica e de reinserção familiar e socioprofissional.

Além de consagrar um conjunto de requisitos mínimos para o funcionamento destas unidades, o diploma estabelece a necessidade de implementação de programas de garantia de qualidade, de acordo com os requisitos e exigências constantes do Manual de Boas Práticas de Medicina Física e Reabilitação²¹⁵.

Procede-se seguidamente à avaliação da realidade verificada pela ERS nas ações de fiscalização levadas a cabo aos 33 estabelecimentos de MFR que constituem a amostra objeto do presente estudo, tendo por referência o regime jurídico que regula o funcionamento das unidades privadas de MFR, o Manual de Boas Práticas de MFR e

²¹⁵ Cfr. o artigo 4.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

ainda os parâmetros de qualidade estabelecidos para avaliação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

a) Organização e funcionamento

De acordo com o regime jurídico aplicável às unidades privadas de MFR, a abertura ou funcionamento de uma unidade privada de serviços de saúde fica dependente da obtenção de **licença de funcionamento** emitida pela ARS territorialmente competente e de **registo** na ERS, nos termos do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio²¹⁶, determinando-se ainda que tais unidades, devem dispor de **livro de reclamações**²¹⁷.

Relativamente à verificação destas obrigações legais verificou-se que a totalidade dos estabelecimentos avaliados possui registo na ERS e dispõe de livro de reclamações. Já no que se refere à existência de licença de funcionamento, verificou-se que 5 estabelecimentos não cumprem com este requisito²¹⁸ e que em 8 tal situação não seria aplicável, dado tratar-se de unidades da titularidade de IPSS, cujo regime está dependente de regulamentação própria²¹⁹ ainda inexistente.

No que se refere a regras relativas à organização e funcionamento, designadamente quanto à **informação a prestar aos utentes**, estas unidades deverão proceder à afixação, em local bem visível do público, de informação relativa ao horário de funcionamento, à identificação do diretor clínico, aos procedimentos a adotar em situações de emergência, aos direitos e deveres dos utentes e à disponibilidade de tabela de preços para consulta²²⁰.

A análise da realidade observada pela ERS permitiu constatar a existência de algumas não conformidades, melhor ilustradas no gráfico *infra*.

²¹⁶ Tal como disposto no n.º 1 do artigo 2.º, e nos n.ºs 2 e 4 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, e nos artigos 8.º e 45.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

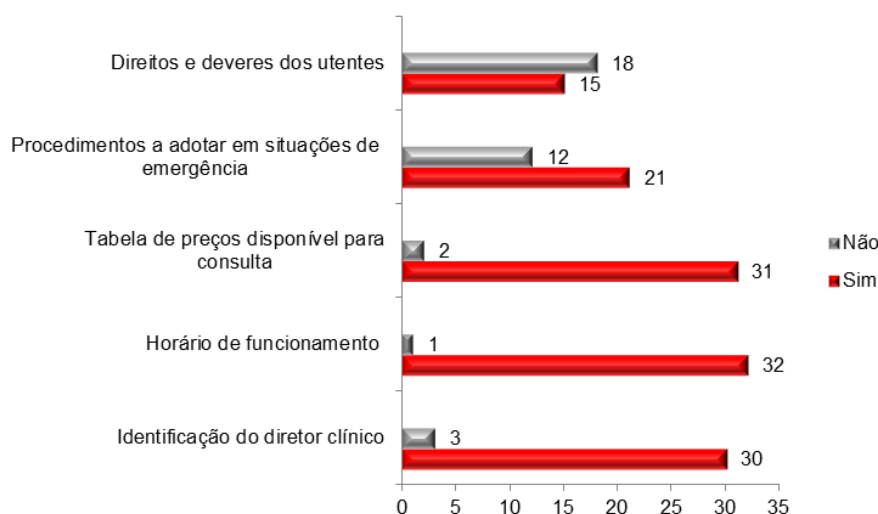
²¹⁷ Tal como resulta do Decreto-lei n.º 156/2005, de 15 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 371/2007, de 6 de novembro.

²¹⁸ Recorde-se que dos dados solicitados às ARS, foi possível concluir que das 296 unidades de MFR convencionadas com o SNS, 174 possuem licença de funcionamento em vigor, 18 não estão licenciados, 11 têm o processo de licenciamento em curso e 93 são IPSS. Assim, e não obstante esta área estar já sujeita ao novo regime do licenciamento, existem ainda algumas unidades sem licença de funcionamento.

²¹⁹ Em relação aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor social o regime jurídico aplicável será objeto de diploma próprio, ainda não aprovado – Cfr. n.º 3 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro.

²²⁰ Cfr. artigo 5.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro, sob epígrafe “informação aos utentes”.

Gráfico n.º 19 – Requisitos relativos à informação a prestar aos utentes



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

Quanto aos **requisitos relativos à documentação**, a legislação aplicável estabelece que as unidades privadas de MFR devem transferir para empresas de seguro a responsabilidade civil e profissional bem como a responsabilidade pela atividade, dispor de regulamento interno definido pelo diretor clínico e arquivo clínico onde determinados documentos devem ser conservados por um período de pelo menos 5 anos²²¹.

Da avaliação efetuada constatou-se que todos os estabelecimentos possuem arquivo, conservam os documentos por pelo menos 5 anos e dispõem de seguro profissional e de atividade, mas 2 estabelecimentos não possuem regulamento interno.

Ainda no que respeita à organização e funcionamento, estabelece a Portaria que as unidades privadas de MFR podem desenvolver atos complementares de diagnóstico e terapêutica, sempre precedidos de consulta médica da especialidade, em relação, especialmente, às **valências** de eletroterapia, fototerapia, termoterapia, hidroterapia, massoterapia, cinesiterapia, ventiloterapia, mecanoterapia, treinos terapêuticos, ensino e treino de doentes e familiares/acompanhantes e outras técnicas terapêuticas e de diagnóstico. A par destas valências, o diploma em causa prevê ainda a possibilidade de tais unidades poderem desenvolver outras atividades ou valências²²².

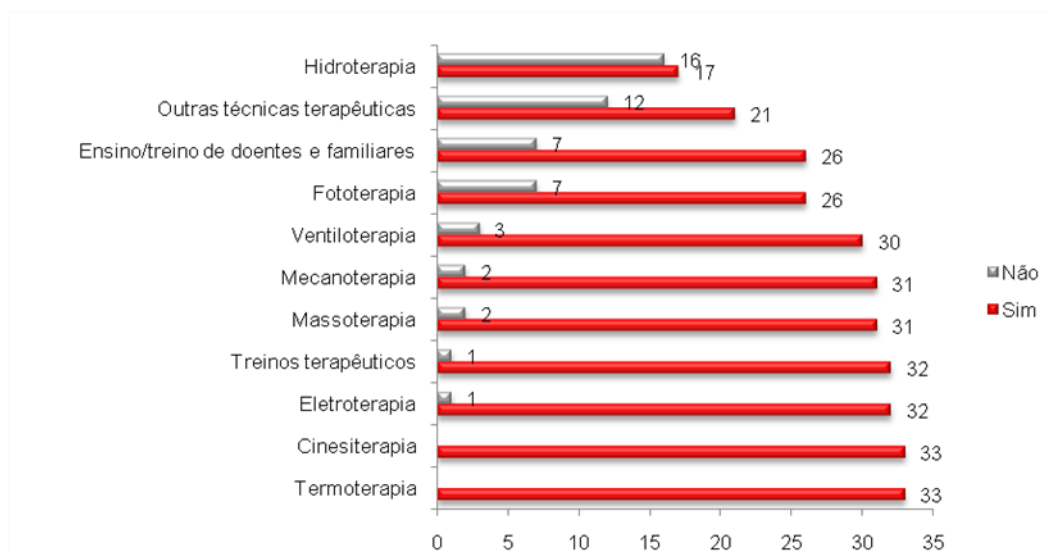
Conforme patente no gráfico *infra*, apenas as valências de cinesiterapia e termoterapia são exercidas pela totalidade dos 33 estabelecimentos, tendo-se ademais verificado

²²¹ Cfr. os artigos 6.º, 7.º e 8.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

²²² Cfr. o artigo 10.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

que a maior parte dos estabelecimentos prestam cuidados na maioria das valências de MFR.

Gráfico n.º 20 – Valências desenvolvidas pelos estabelecimentos de MFR



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

b) Requisitos e especificações técnicas

O funcionamento das unidades privadas de MFR também pressupõe a observância de requisitos técnicos relativos ao meio físico e espaço envolvente, às normas genéricas de construção e às especificações técnicas. Nesse sentido, está determinado que as unidades de MFR, a nível do **meio físico e espaço envolvente**, devem situar-se em locais de fácil acessibilidade e dispor de infraestruturas viárias, abastecimento de água, saneamento, energia elétrica e telecomunicações²²³.

Da análise da realidade observada *in loco* pela ERS resultou o cumprimento da generalidade de tais requisitos técnicos, à exceção de 3 estabelecimentos que se constatou não se situarem em locais de fácil acessibilidade.

A Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro, estabelece um conjunto de requisitos no que respeita às **normas genéricas de construção**²²⁴, sendo que apenas algumas

²²³ Cfr. o artigo 16.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

²²⁴ Nesse sentido, encontra-se estabelecido no artigo 17.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro que as unidades de MFR devem: (i) contemplar a eliminação de barreiras arquitetónicas (n.º1); possuir sinalética compreensível pelos utentes (n.º 2), possuir acabamentos que permitam a manutenção de um grau de higienização compatível com a atividade desenvolvida (n.º3); possuir na área técnica de hidroterapia pavimento antiderrapante

dessas regras foram incluídas na *check-list* utilizada na avaliação dos estabelecimentos de MFR objeto de estudo, designadamente a eliminação de barreiras arquitetônicas, a existência de sinalética compreensível pelos utentes, a existência de acabamentos que permitam a manutenção de um grau de higienização compatível com a atividade desenvolvida, a existência de condições que permitam o respeito pela privacidade e dignidade dos utentes, a existência de corredores ou demais circulações horizontais com um pé direito útil mínimo de 2,40m e a existência de ascensor ou aparelho elevatório.

Da análise da realidade observada resultou a verificação de algumas não conformidades, designadamente, a existência de 3 estabelecimentos que não possuem ascensor ou aparelho elevatório quando o mesmo se revelava necessário, sendo que a sua construção não contemplava a eliminação de barreiras arquitetônicas, e 5 estabelecimentos que não dispõem de corredores e demais circulações com as dimensões legalmente estabelecidas.

O funcionamento de unidades de MFR pressupõe ainda a observância, no que respeita às instalações, e em função das valências autorizadas, de outras **especificações técnicas**, aptas a assegurar a qualidade técnica dos exames e tratamentos efetuados²²⁵. Para efeito da avaliação efetuada, foram considerados como compartimentos mínimos²²⁶ (i) uma área de acolhimento²²⁷, (ii) uma área clínica/técnica²²⁸, (iii) uma área de pessoal²²⁹ e (iv) uma área logística²³⁰.

(n.º 4); garantir a localização de instalações técnicas, de armazenagem de fluidos inflamáveis ou perigosos e de gases medicinais, nas condições de segurança legalmente impostas (n.º 5); possuir corredores e demais circulações horizontais com um pé direito útil mínimo de 2,40 metros (n.º 6); quando aplicável, possuir ascensor ou aparelho elevatório (n.º 8); garantir as condições que permitam o respeito pela privacidade e dignidade dos utentes (n.º 10); e equipamentos de suporte vital e de emergência acessíveis e funcionais (n.º 11).

²²⁵ Cfr. o artigo 19.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

²²⁶ Nos termos do disposto no Anexo I da Portaria n.º 12 12/2012, de 30 de novembro.

²²⁷ Composta por receção/secretaria, zona de espera, zona de arrumação de macas/cadeiras de rodas e instalação sanitária de público, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada;

²²⁸ Constituída por um gabinete de consulta, uma sala de prova de próteses (dispensável se existir ginásio na unidade), sala de terapia da fala (se existir a valência de terapia da fala), sala de tratamentos e equipamento de terapia ocupacional (caso exista, e dispensável se existir ginásio na unidade), sala de tratamentos de eletroterapia (caso exista), sala de tratamentos de cinesiterapia respiratória (caso exista, e dispensável se existir ginásio na unidade), ginásio terapêutico e sala de repouso de cinesiterapia (caso exista esta valência) e zona de hidroterapia com vestiário de doentes, piscina, zona de banhos de contraste, zona de hidromassagem e sala de repouso (estas quatro últimas facultativas)

²²⁹ Com instalação sanitária e vestiário próprio para o pessoal e ainda sala de reuniões e sala de pessoal, facultativas

²³⁰ Com uma sala de equipamento (para armazenagem), uma sala de sujos e despejos (para arrumação temporária), uma zona de armazenagem de roupa limpa (armário/estante/carro) e zona de armazenagem de material de consumo (armário/estante/carro).

No que respeita à área de acolhimento, verificou-se o cumprimento pelos estabelecimentos da generalidade das especificações técnicas, à exceção da existência de 3 estabelecimentos que não possuem instalações sanitárias adaptadas a pessoas portadoras de deficiência, e a existência de 4 estabelecimentos que não dispõem de uma área específica para macas/cadeiras de rodas.

Relativamente à área clínica/técnica, verificaram-se algumas não conformidades, melhor ilustradas na tabela *infra*, importando destacar que 2 estabelecimentos com valência de terapia da fala não possuem sala afeta a esse fim e 2 estabelecimentos que exercem a valência de terapia ocupacional não dispõem de equipamento para esse fim.

Tabela n.º 33 – Especificações técnicas da área clínica/técnica

Valências	Compartimentos mínimos	Sim	Não	N/A
Área clínica	Gabinete de consulta	33	0	0
	Sala de provas de próteses (dispensável se existir ginásio)	7	24	2
Terapia da fala	Sala de terapia da fala	17	2	14
Terapia ocupacional	Sala de tratamentos (dispensável se existir ginásio na unidade)	17	2	14
	Equipamento (depósito de material diverso)	17	2	14
Eletroterapia	Sala de tratamentos (zonas diferenciadas para eletroterapia, parafango e calor húmido)	33	0	0
Cinesiterapia respiratória	Sala de tratamentos com aerossóis (se existir)	27	6	0
	Sala de cinesiterapia (dispensável se existir ginásio na unidade)	29	4	0
Cinesiterpia	Ginásio terapêutico (para treinos motores)	33	0	0
	Sala de repouso (facultativo - pode ser comum à hidroterapia)	18	15	0
Hidroterapia	Vestiário de doentes – com instalação sanitária, cacifos e duche	8	0	25
	Piscina/tanque de marcha	7	1	25
	Zona de banhos de contraste (facultativo)	5	3	25
	Zona para hidromassagem (facultativo)	7	1	25
	Sala de repouso (facultativo – pode ser comum à cinesiterapia)	6	2	25

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

Quanto à área de pessoal, verificou-se o cumprimento da generalidade das especificações técnicas, à exceção de não conformidades pontuais dispersas, como seja a existência de 1 estabelecimento que não possui instalação sanitária de pessoal e 2 estabelecimentos não dispõem de vestiário de pessoal (com zona de cacifos).

Dos requisitos referentes à área logística, observou-se que a totalidade dos estabelecimentos avaliados dispõe de zona de armazenagem de material de consumo e sala de equipamento, contudo 1 estabelecimento não dispõe de zona de armazenamento de roupa limpa e material de consumo e 4 não possuem sala de sujos e despejos (para arrumação temporária de sacos de roupa suja, resíduos e despejos).

c) Ambiente e segurança

No âmbito da análise efetuada foi considerada a necessidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde observarem regras gerais em matéria de **ambiente e segurança**, impondo-se o respeito por um conjunto de prescrições mínimas relativamente à proteção contra os riscos de exposição a agentes biológicos, climatização, gases medicinais e aspiração²³¹, equipamentos de suporte vital e de emergência, sistema de gestão de resíduos e segurança contra incêndios²³².

A avaliação da ERS permitiu constatar algumas não conformidades, a saber: inexistência de sistema de aquecimento, de compartimentos que reúnem condições de atmosfera, temperatura e humidade e sistema de segurança contra incêndios e intrusão (1 estabelecimento); ausência de ar condicionado/ventilação (3 estabelecimentos); ausência de sistema de gestão de resíduos (2 estabelecimentos); inexistência de sistema de tratamento de ar e sistema de extração forçada de ar nas salas de apoio com eventual produção de ambientes poluídos (6 estabelecimentos); inexistência de extração de ar quando haja libertação de produtos tóxicos ou incómodos (4 estabelecimentos, mais 3 em que tal parâmetro não era aplicável); e ausência de equipamentos de suporte vital e de emergência (18 estabelecimentos).

d) Gestão/direção clínica e recursos humanos

No que respeita à **gestão e direção clínica**, as unidades de MFR são tecnicamente dirigidas por um diretor clínico, especialista em fisioterapia, inscrito na Ordem dos Médicos, a quem cabe velar pela qualidade dos cuidados de saúde prestados na unidade de saúde que dirige, com responsabilidade e independência técnica. No âmbito das suas tarefas, o diretor clínico deve assumir a responsabilidade por uma única unidade e ter disponibilidade efetiva por um período não inferior a quatro horas diárias, devendo ser substituído nos seus impedimentos e ausências por um profissional com qualificação equivalente²³³.

²³¹ Cfr. artigo 19.º e Anexos II, III que fazem parte integrante da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

²³² Cfr. n.º 2 do artigo 16.º e o n.º 11 do artigo 17.º ambos da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

²³³ Cfr. o artigo 13.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

No que respeita aos **recursos humanos**, encontra-se ainda estabelecido que tais unidades devem dispor de pessoal técnico necessário ao desempenho das respetivas funções²³⁴. Neste grupo inserem-se grupos profissionais muito distintos, cujas funções e competências se devem adequar à legislação própria em vigor, que atuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação. Encontram-se, nesta situação, os colaboradores técnicos (fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e ortoprotésicos) e outros técnicos de saúde (auxiliares de fisioterapia, enfermeiros - incluindo os enfermeiros de reabilitação, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de educação física, massagistas e auxiliares de ação médica)²³⁵.

Da análise da realidade apurada pela ERS, resulta que todos os estabelecimentos são tecnicamente dirigidos por um diretor clínico, especialista em fisioterapia, inscrito na Ordem dos Médicos, e dispõem de pessoal técnico necessário ao exercício das funções. Contudo, em 12 desses estabelecimentos não é assegurada a presença física verificável do diretor clínico por um período não inferior a quatro horas diárias, de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados. Nestes casos, constatou-se que a prestação de cuidados pelo diretor clínico não é diária, deslocando-se aquele cerca de duas a três vezes semana aos estabelecimentos para realização de consultas e prescrição de tratamentos, o que não garante a qualidade dos cuidados prestados na unidade.

e) Procedimentos operativos

O Manual de Boas Práticas de Medicina Física e de Reabilitação (Manual de Boas Práticas de MFR), publicado em Diário da República, através do Aviso n.º 1352/2002, de 31 de janeiro, estabelece um conjunto de orientações e recomendações aplicáveis ao exercício de atividade das próprias unidades e regras relacionadas com a promoção da produtividade e eficiência das atividades, nomeadamente no que respeita à avaliação e ao controlo da eficácia dos tratamentos prescritos, a qualidade da sua execução e procedimentos técnicos instituídos, dispondo que *“a capacidade de atendimento de doentes em consulta e tratamentos é determinada em função do número de médicos e do número de técnicos, bem como do número de horas de*

²³⁴ Cfr. o artigo 14.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

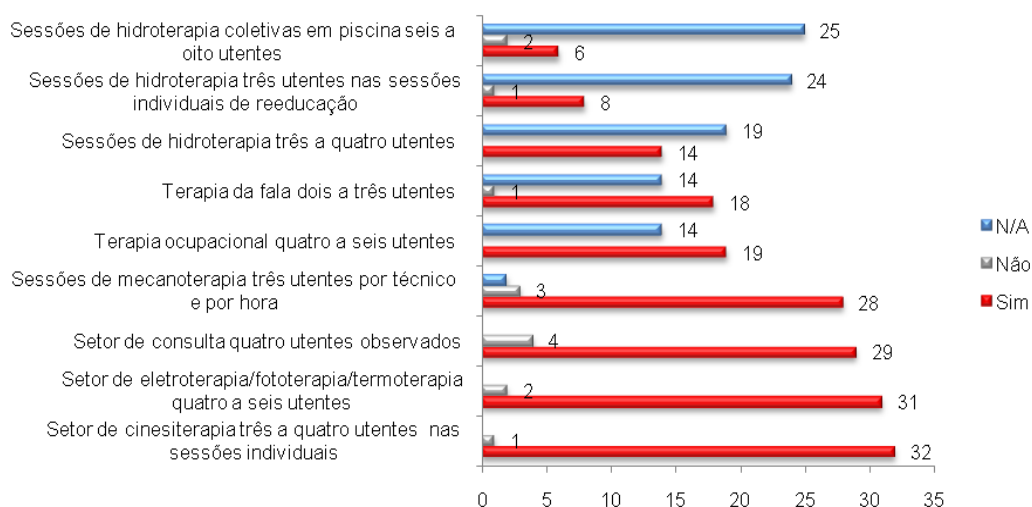
²³⁵ Cfr. o artigo 14.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro.

trabalho de cada um e em conformidade com o tipo de patologias, equipamentos e área disponível”.

Neste sentido, as unidades de MFR devem assegurar determinados **padrões de produtividade** quer relativamente ao setor de consulta (devem ser observados, por médico e por hora, em média, quatro utentes) quer ao setor de tratamentos (poderá assegurar-se uma média, por hora por técnico, de quatro utentes tratados), sendo aconselhável respeitar os seguintes rácios por sector: quatro a seis utentes, por técnico e por hora, nas valências de eletroterapia, fototerapia e termoterapia; três a quatro utentes, por técnico e por hora, na valência de cinesiterapia; seis a oito utentes, por técnico e por hora, na valência de mecanoterapia; três utentes, por técnico e por hora, nas sessões individuais de reeducação e três a quatro utentes por hora no aparelho individualizado com supervisão de técnico, ambos na valência de hidroterapia (nas sessões coletivas, seis a oito utentes por técnico); quatro a seis utentes, por técnico e por hora, na valência de terapia ocupacional; e dois a três utentes, por técnico e por hora, na valência de terapia da fala.

Da avaliação efetuada pela ERS, e conforme resulta do gráfico *infra* resultou que 4 estabelecimentos prestadores não observam o rácio previsto para observação de utentes em consulta, 2 não observam o rácio de tratamentos de eletroterapia/fototerapia/termoterapia, 1 não cumpre o rácio de tratamentos de cinesiterapia, 3 não observam o rácio de tratamentos de mecanoterapia, e 1 desses estabelecimentos não cumpre o rácio de tratamentos recomendados para terapia da fala.

Gráfico n.º 21 – Padrões de produtividade por técnico e por hora



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

No que toca aos **procedimentos adotados para avaliação dos utentes**, o Manual de Boas Práticas de MFR estabelece que aqueles devem ser vistos numa consulta inicial, onde se realiza uma avaliação qualitativa do seu estado clínico-funcional, e em consultas de avaliação subsequentes, para apreciação da evolução do estado de saúde. No seguimento dos tratamentos efetuados, é referido ser “[...] *aconselhável, sempre que se entenda necessário, enviar ao médico assistente do utente relatório clínico onde conste informação do médico fisiatra sobre a evolução, os resultados obtidos e indicação terapêutica futura.*”.

Quanto a este parâmetro de avaliação, foi possível observar que a totalidade dos estabelecimentos efetua a avaliação qualitativa do estado clínico-funcional dos utentes em consulta inicial e em consultas de avaliação subsequentes; no que concerne ao envio de relatório clínico ao médico assistente do utente, verificou-se que apenas 1 dos estabelecimentos não cumpre com esta recomendação, sendo que os demais observam as boas práticas instituídas relativas à avaliação do utente.

Relativamente aos restantes **procedimentos operativos** contemplados no Manual de Boas Práticas de MFR, “*todos os atos terapêuticos praticados no âmbito das atividades da clínica deverão ser executados no respeito pelas indicações, prescrição e conhecimentos médicos, sendo para tal exigido que todos os programas terapêuticos sejam prescritos em consulta médica fisiatrica*”. Na concretização dessa norma, encontra-se estabelecido que “[...] *os actos terapêuticos invasivos, de risco acrescido ou os considerados no grupo de outras técnicas terapêuticas, apenas*

poderão ser efetuados por médicos”, e que “todos os outros actos, do âmbito da especialidade, podem ser executados por colaboradores técnicos, sob a orientação e indicações dadas pelo médico especialista e segundo o seu grau de formação e preparação técnico-profissional”.

Da realidade observada pela ERS, verificou-se que na totalidade dos estabelecimentos, os programas terapêuticos são prescritos em consulta médica fisiátrica, os atos terapêuticos invasivos, de risco acrescido ou os considerados no grupo de outras técnicas terapêuticas são efetuados por médicos²³⁶ e os demais atos são executados por colaboradores técnicos sob a orientação e indicações dadas pelo médico especialista e segundo o seu grau de formação e preparação técnico-profissional. De registar, ainda, que a maioria das técnicas e sessões de tratamento são realizadas de forma individual, podendo no entanto existir algumas formas de intervenção coletiva.

Ainda no que respeita aos procedimentos adotados nas unidades privadas de MFR, e relativos à **conservação e arquivo do processo clínico**, o Manual de Boas Práticas de MFR determina que *“todos os utentes deverão ter o seu processo clínico guardado em arquivo de que conste, além da ficha de consulta, a ficha de prescrição terapêutica, devidamente identificada e sujeita às normas de confidencialidade em vigor e o registo da assiduidade do utente”.*

Foi possível apurar que a totalidade dos estabelecimentos dispõe de processo clínico guardado em arquivo onde consta, além da ficha de consulta, ficha de prescrição terapêutica, devidamente identificada e sujeita às normas de confidencialidade em vigor e o registo da assiduidade do utente.

f) Garantia da qualidade

Conforme já tem vindo a ser dito relativamente às áreas anteriormente analisadas, a aprovação de um Manual de Boas Práticas constitui um instrumento para **implementação de um sistema de qualidade**. No caso concreto das unidades de MFR consagra-se que, para efeito da promoção e garantia de qualidade, devem ser considerados os requisitos e recomendações constantes do Manual de Boas Práticas de MFR, aprovado pelo Aviso n.º 1352/2002, de 31 de janeiro.

²³⁶ Da leitura do gráfico resulta que tal se verificou apenas em 8 dos estabelecimentos avaliados, mas isto porque nos restantes 25 estabelecimentos, tal parâmetro não era aplicável.

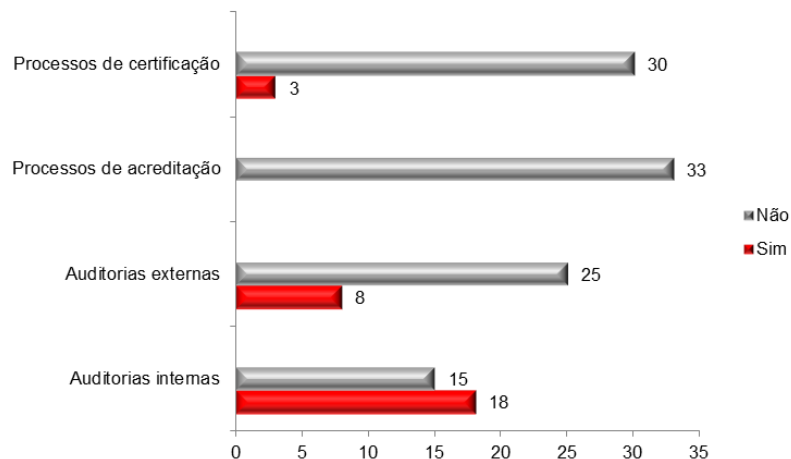
Resulta assim, que a elaboração e implementação pelas unidades privadas de MFR de um manual de boas práticas adaptado à sua estrutura constitui uma ferramenta de gestão da qualidade, na medida em que estabelece um conjunto de instruções que devem conformar o funcionamento daquele estabelecimento. Constitui, igualmente, ferramenta de gestão da qualidade, o relatório anual de atividades dos estabelecimentos prestadores, que permite avaliar a sua prestação a diversos níveis.

Da realidade observada pela ERS constatou-se que dos 33 estabelecimentos avaliados, somente 18 possuem um manual de boas práticas adaptado à sua estrutura, e apenas 21 elaboram um relatório anual de atividades.

Relativamente ao **controlo da qualidade dos equipamentos**, o Manual de Boas Práticas de MFR estabelece que compete ao diretor clínico promover e garantir a manutenção dos equipamentos e a periodicidade das respetivas verificações, assegurando a assistência técnica especializada e cumprindo as indicações do fabricante e as normas de segurança. Quanto a este parâmetro, constatou-se que os procedimentos de controlo da qualidade dos equipamentos são na generalidade cumpridos pelos estabelecimentos, à exceção de não conformidades detetadas, nomeadamente em 2 estabelecimentos que não possuem registo com identificação dos equipamentos específicos para cada valência nem procedem à manutenção e revisões preventivas dos equipamentos e em 3 estabelecimentos que não realizam testes periódicos de constância e calibração de equipamentos.

Considerando, as recomendações previstas no Manual de Boas Práticas de MFR, no que se refere à necessidade dos estabelecimentos desenvolverem um conjunto de procedimentos visando a implementação de um sistema de qualidade, foram apreciados eventuais **procedimentos de melhoria instituídos**, quer a nível do controlo da qualidade interno, indispensável para a deteção de anomalias, avaliação de erros e sua imediata correção, quer a nível da avaliação externa, mediante a realização de auditorias e da implementação de processos de certificação e de acreditação. Da análise da realidade observada, e melhor ilustrada no gráfico *infra*, resultou relativamente a esta área, e até quando comparada com Análises Clínicas e Diálise, uma baixa adesão dos estabelecimentos à implementação de procedimentos que visem a melhoria da qualidade, em especial no que se refere aos processos de certificação e acreditação.

Gráfico n.º 22 – Processos de melhoria da qualidade



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

7.2.2.4. Radiologia

O Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro²³⁷ aprovou o regime jurídico do licenciamento e da fiscalização das atividades desenvolvidas em unidades de saúde privadas que utilizem, com fins de diagnóstico, terapêutica e prevenção, radiações ionizantes, ultrassons ou campos magnéticos, bem como os requisitos que devem ser observados quanto a instalações, organização e funcionamento e equipamentos. De igual modo, esse normativo legal determina que as unidades privadas de Radiologia²³⁸ sejam do setor público ou do setor social, devem respeitar as normas de segurança e qualidade aí previstas²³⁹.

Tal regime jurídico, além de consagrar um conjunto de requisitos mínimos para o funcionamento das unidades privadas de Radiologia, estabelece a necessidade de implementação de programas de garantia de qualidade incluindo a observância do manual de boas práticas²⁴⁰, considerando que “o *manual de boas práticas deve*

²³⁷ Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

²³⁸ Refira-se que alguns dos normativos legais, designadamente o Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro, refere-se a unidades de radiodiagnóstico, mas atendendo a que em matéria de convenções a expressão mais comumente utilizada é radiologia, será esta a expressão aqui utilizada, aliás como em todo o texto.

²³⁹ Cfr. n.º 2 do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

²⁴⁰ Cfr. artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

integrar os processos de garantia de qualidade dos cuidados de saúde”, devendo a sua elaboração “permitir a acreditação das unidades de saúde integrando-se no sistema de qualidade da saúde”.

O Despacho n.º 258/2003 (2ª. Série), publicado no DR, II Série, de 8 de janeiro 2003, veio aprovar o Manual de Boas Práticas de Radiologia, que define as regras e os processos de garantia de qualidade destas unidades de saúde. Sobre os estabelecimentos que desenvolvam práticas de radiologia, impende ainda a obrigatoriedade de cumprir as normas relativas à proteção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes das radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas, e, nesse âmbito, de obter a licença de funcionamento referida no Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto.

Assim, atendendo ao disposto no regime jurídico que regula o funcionamento das unidades privadas de Radiologia e no manual de boas práticas, e considerando os parâmetros estabelecidos para avaliação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, procede-se seguidamente à avaliação da realidade verificada pela ERS, nas ações de fiscalização levadas a cabo aos 33 estabelecimentos que constituem a amostra utilizada no presente estudo.

a) Organização e funcionamento

O funcionamento das unidades privadas de Radiologia está dependente da obtenção de uma **licença de funcionamento**, que fixa as valências que o seu titular fica autorizado a desenvolver, nos termos do disposto no artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro²⁴¹, bem como de **registo** na ERS, conforme disposto no artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio. De igual modo, a prestação de serviços exercida determina a obrigação de tais estabelecimentos possuírem **livro de reclamações**²⁴².

Relativamente à verificação de tais obrigações, a análise da ERS demonstrou que apenas 1 dos estabelecimentos não dispõe de licença de funcionamento, sendo que relativamente a outros 2 o cumprimento desse requisito não é aplicável dado tratar-se de unidades do setor social, cujo regime de licenciamento está dependente de

²⁴¹ Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

²⁴² Cfr. o Decreto-lei n.º 156/2005, de 15 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 371/2007, de 30 de novembro.

regulamentação própria ainda não publicada²⁴³. No que respeita ao registo na ERS e à existência de livro de reclamações, verificou-se que a totalidade dos estabelecimentos avaliados cumpre tais imposições legais.

Ainda no âmbito das regras de organização e funcionamento das unidades privadas de Radiologia, encontram-se estabelecidos requisitos relativos à **informação a prestar aos utentes**, sendo que as unidades devem ser identificadas em tabuleta exterior com o nome do diretor clínico e afixar em local visível e acessível aos utentes informação referente ao horário de funcionamento, licença de autorização de funcionamento, existência do livro de reclamações e à disponibilização de tabela de preços para consulta²⁴⁴.

A análise efetuada permitiu constatar que a generalidade dos estabelecimentos cumpre tais obrigações, à exceção de 3 estabelecimentos que não possuem informação exterior com a identificação do diretor clínico, 2 que não disponibilizam tabela de preços para consulta e 1 estabelecimento que não possui, em local visível ao público, informação sobre o horário de funcionamento.

No que toca aos **requisitos relativos à documentação**, a legislação aplicável estabelece que as unidades privadas de Radiologia devem dispor de regulamento interno definido pelo diretor clínico, de arquivo clínico onde determinados documentos devem ser conservados por um período de pelo menos 5 anos, de seguro profissional e de atividade e de licença de funcionamento no âmbito da segurança radiológica²⁴⁵.

A **exigência de licença de funcionamento específica no âmbito da segurança radiológica** decorre do disposto no Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto, onde a atividade radiológica é legalmente considerada atividade perigosa e, consequentemente, enquadrada por normas e regras próprias, designadamente quanto à responsabilidade. Nesse diploma são estabelecidos parâmetros e requisitos tendentes à proteção e segurança das pessoas expostas a radiações e são impostas

²⁴³ Recorde-se que dos dados solicitados às ARS, foi possível concluir que das 367 unidades de radiologia convencionadas com o SNS, 91 possuem licença de funcionamento em vigor, 137 não estão licenciadas, 108 têm o processo de licenciamento em curso e 31 são IPSS. Assim, existe um número significativo de prestadores sem licença de funcionamento, o que não permite garantir que a prestação de cuidados de saúde é efetuada com respeito de padrões mínimos de qualidade e segurança, que contudo não foi perceptível na amostra utilizada no presente estudo.

²⁴⁴ Cfr. o artigo 30.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

²⁴⁵ Cfr. os artigos 29.º, 34.º e 36.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

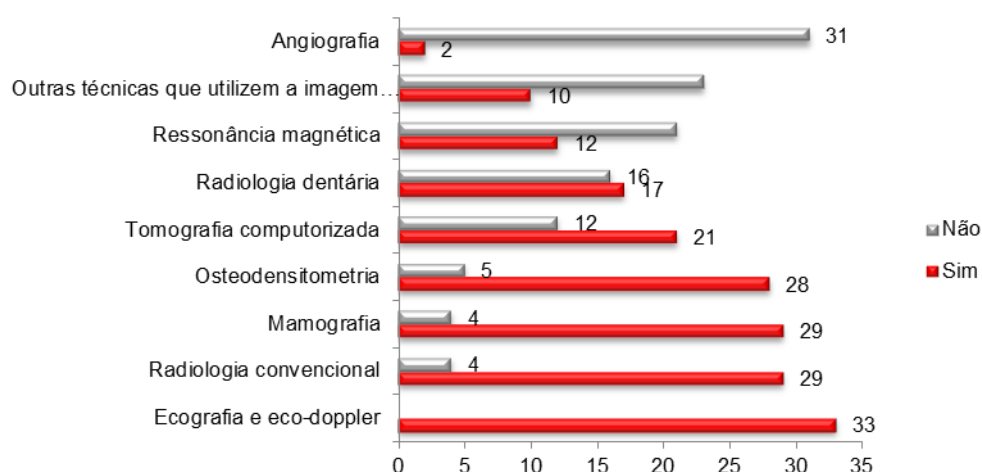
exigências às instalações radiológicas²⁴⁶, nomeadamente a necessidade de obtenção de “licença de funcionamento no âmbito da segurança radiológica”, a qual constitui requisito exigido para o próprio cumprimento das condições de funcionamento exigidas pelo Decreto-Lei n.º 492/99.

Da realidade verificada *in loco* pela ERS, resulta que apenas 2 estabelecimentos não dispõem de regulamento interno definido pelo diretor clínico, sendo os restantes normativos cumpridos pela totalidade dos estabelecimentos.

Relativamente à organização e funcionamento das unidades privadas de Radiologia, da licença de funcionamento devem constar as **valências** que o mesmo fica autorizado a desenvolver, nomeadamente radiologia convencional, tomografia computadorizada, mamografia, angiografia, osteodensitometria, ecografia e ecodoppler, ressonância magnética, radiologia dentária e outras técnicas que utilizem fundamentalmente a imagem através de formas de energia não luminosa, sendo que “cada unidade de saúde deve exercer pelo menos duas valências”²⁴⁷.

A avaliação efetuada, melhor ilustrada no gráfico *infra*, permitiu constatar que a totalidade dos estabelecimentos exerce pelo menos duas das valências legalmente impostas.

Gráfico n.º 23 – Valências desenvolvidas pelas unidades privadas de Radiologia



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

²⁴⁶ Faz-se aqui uma mera apresentação sumária de alguns requisitos exigidos pelo Decreto-Lei n.º 180/2002 para o funcionamento de unidades de saúde na área de radiologia, pelo que remanescem outras exigências, em alguns casos específicas dos tipos de valências que concretamente a unidade de saúde em causa desenvolva.

²⁴⁷ Cfr. o artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

b) Requisitos e especificações técnicas

O funcionamento das unidades privadas de Radiologia pressupõe a observância de requisitos relativos ao meio físico e espaço envolvente, às normas genéricas de construção e às especificações técnicas relativas às instalações.

Quanto ao **meio físico e espaço envolvente**, as unidades devem situar-se em meios físicos salubres, de fácil acessibilidade e bem ventilados, e devem dispor de infraestruturas viárias, de abastecimento de água, de sistema de recolha de águas residuais e de resíduos, de energia elétrica e de telecomunicações²⁴⁸.

Da observação *in loco* efetuada pela ERS, resulta o cumprimento da generalidade de tais requisitos, importando destacar apenas que 3 dos estabelecimentos avaliados não se situavam em locais de fácil acessibilidade.

A apreciação dos requisitos técnicos envolve, também, a observância de um conjunto de normativos atinentes às **normas genéricas de construção**, estabelecendo-se que *"[a]s paredes tectos, divisórias, portas e o revestimento das áreas destinadas a exames e tratamentos devem permitir a manutenção de um grau de assepsia compatível com a zona a que se destinam e evitar barreiras arquitetónicas, por forma a facilitar o acesso e a mobilidade dos utentes com incapacidades[...]"*²⁴⁹. De igual modo, o Manual de Boas Práticas de Radiologia²⁵⁰ impõe a necessidade dos estabelecimentos possuírem sinalética compreensível pelos utentes relativamente aos circuitos e disposição interna das unidades, às zonas de receção, espera e circulação, às salas de exames, instalações sanitárias e às saídas de emergência.

Para além das regras estabelecidas no diploma legal relativo ao licenciamento das unidades privadas de Radiologia e no respetivo Manual de Boas Práticas, as unidades privadas de Radiologia encontram-se sujeitas a regras gerais em matéria de segurança e higiene dos espaços, compartimentação mínima, dimensionamento e construção, as quais devem ser observadas aquando da criação e/ou adaptação dos espaços destinados à prática da atividade profissional, em causa²⁵¹. Algumas dessas

²⁴⁸ Cfr. o artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

²⁴⁹ Cfr. o artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

²⁵⁰ Aprovado pelo Despacho n.º 258/2003 (2ª. Série), publicado no DR, II Série, de 8 de janeiro 2003.

²⁵¹ Essas regras gerais relativas às normas de construção constam de diversos outros diplomas legais, nomeadamente do Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, que estabelece as condições de acessibilidade a satisfazer no projeto e na construção de espaços públicos, equipamentos coletivos e edifícios públicos e habitacionais.

regras gerais foram incluídas na *check-list* elaborada e utilizadas na avaliação dos estabelecimentos de Radiologia objeto de estudo²⁵².

Assim, da realidade verificada pela ERS resultou a existência de algumas não conformidades, designadamente 6 dos estabelecimentos avaliados não possuem ascensor ou aparelho elevatório, quando o mesmo se revela necessário, e 3 estabelecimentos não possuem uma construção que permita a eliminação de barreiras arquitetónicas.

No que se refere à observância de **especificações técnicas**, as unidades privadas de Radiologia devem estar instaladas em áreas exclusivamente afetas ao exercício das valências prosseguidas, devendo para o efeito dispor de um conjunto de instalações mínimas, designadamente um setor de atendimento, uma sala de espera, instalações sanitárias privativas e vestiários de apoio a cada uma das salas em que seja desenvolvida qualquer das valências (à exceção da ortopantomografia, em que não são necessários os vestiários), bem como uma área de revelação automática e sala de relatórios, (dispensável para a valência de ecografia)²⁵³. A *check-list* elaborada para efeitos da avaliação efetuada *in loco* contemplava a necessidade da observância, pelos referidos estabelecimentos, de: (i) uma área de acolhimento²⁵⁴; (ii) uma área clínica/técnica²⁵⁵; (iii) uma área de pessoal²⁵⁶; e (iv) uma área de logística²⁵⁷.

Da avaliação efetuada resultou que a generalidade dos estabelecimentos de Radiologia observa as especificações técnicas da área de acolhimento, à exceção de 2 estabelecimentos que não possuem instalações sanitárias de público adaptadas a pessoas com deficiência.

²⁵² Nessa *check-list* foram assim consideradas, a eliminação de barreiras arquitetónicas, a existência de sinalética compreensível pelos utentes, a existência de condições que permitam o respeito pela privacidade e dignidade dos utentes e a existência de ascensor ou aparelho elevatório.

²⁵³ Cfr. o artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

²⁵⁴ Com receção/secretaria, zona de espera pelo atendimento e instalação sanitária de público (adaptada a pessoas com mobilidade condicionada)

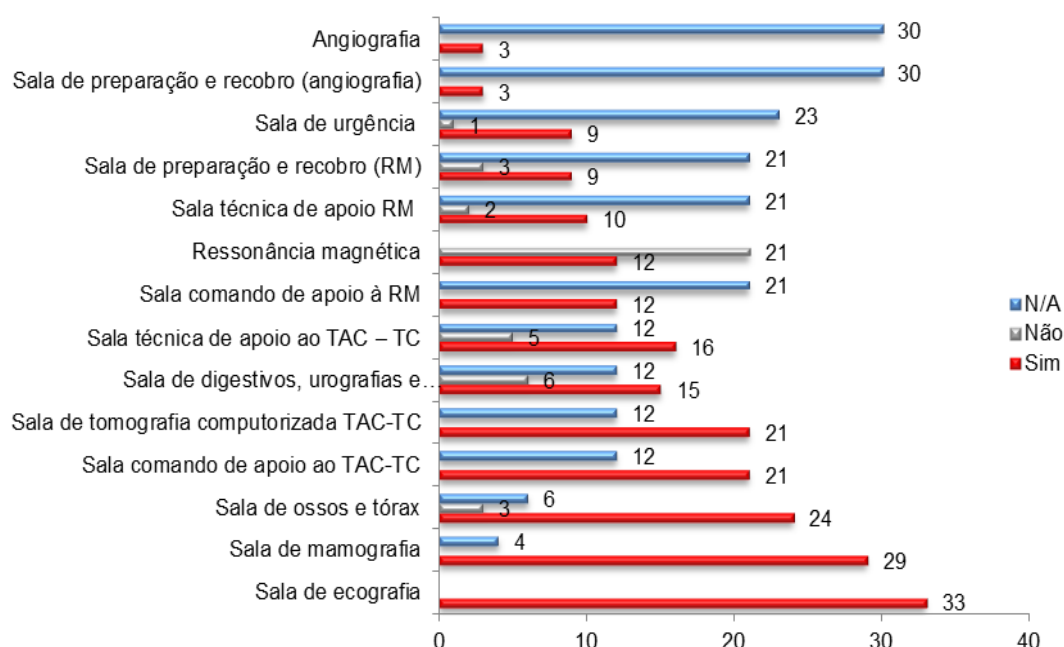
²⁵⁵ Com sala de urgência (se existir serviço de urgência na unidade), sala de ossos e tórax, sala de digestivos, urografias e tomografias lineares, sala de mamografia, sala de ecografia, sala de TAC-TC, sala de comando de TAC-TC e sala técnica de apoio ao TAC-TC, sala de angiografia e sala de preparação e recobro de angiografia, sala de ressonância magnética (RM), sala técnica de apoio à RM, sala de comando de apoio à RM e sala de preparação e recobro de RM.

²⁵⁶ Com zona de relatórios, vestiário de pessoal (com zona de cacifos) e instalação sanitária de pessoal.

²⁵⁷ Com sala de sujos e despejos, zona de desinfecção, zona de armazenagem de roupa limpa, zona de armazenagem de material de consumo, zona de armazenagem de material de uso clínico e zona de armazenagem de material de limpeza.

No que respeita à área técnica, constatou-se que todos os estabelecimentos dispõem de salas técnicas, contidas na *check-list* em função das valências prosseguidas, tendo-se apenas verificado a existência de algumas não conformidades, identificadas no gráfico *infra*, a saber: num universo de 10 estabelecimentos, 1 não possui sala de urgência; num universo de 27 estabelecimentos, 3 não possuem sala de ossos e tórax; num universo de 21 estabelecimentos, 6 não dispõem de sala de digestivos, urografias e tomografias lineares; num universo de 21 estabelecimentos que dispõem da valência de tomografia, 5 não dispõem de sala técnica de apoio à tomografia; num universo de 12 estabelecimentos que exercem a valência de ressonância magnética, 2 não possuíam sala técnica de apoio e 3 não possuíam sala de preparação de recobro.

Gráfico n.º 24 – Especificações técnicas da área técnica



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

Quanto à área de pessoal constatou-se que a generalidade dos estabelecimentos cumpre as especificações técnicas definidas para as valências desenvolvidas, à exceção de 3 estabelecimentos que não dispõem de vestiário de pessoal e de 2 que não possuem instalação sanitária de pessoal.

No que respeita à área logística, verificaram-se algumas não conformidades, sendo de salientar que 9 estabelecimentos não dispõem de sala de sujos e despejos, 5 de zona de desinfeção, 3 de área de armazenagem de roupa limpa, 2 não contemplam uma

área de armazenagem de material de uso clínico e 1 não dispõe de área de armazenagem de material de consumo.

c) Ambiente e segurança

No âmbito da análise efetuada foi considerada a necessidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde cumprirem um conjunto de regras gerais em matéria **de segurança e proteção do ambiente**, tendo sido definido um conjunto de requisitos quanto a instalações técnicas e equipamentos especiais.

Visando assegurar a qualidade técnica dos exames efetuados, de acordo com padrões de qualidade, segurança e higiene, as unidades privadas de Radiologia devem respeitar *“as prescrições estabelecidas para protecção contra os riscos de exposição a agentes biológicos”*, sendo que as instalações técnicas e equipamentos especiais abrangem instalações elétricas, climatização (incluindo aquecimento, ventilação, ar condicionado e extração quando haja libertação de produtos incómodos ou tóxicos), gestão de resíduos, abastecimento de águas e segurança contra incêndios²⁵⁸. Por seu lado, determina o Manual de Boas Práticas de Radiologia que todas as áreas onde sejam emitidas radiações com potenciais efeitos biológicos devem estar devidamente assinaladas, devendo, de igual modo, as salas e áreas de campos magnéticos dispor de um eficaz controlo de acesso.

A realidade apurada pela ERS permitiu constatar algumas não conformidades, concretamente no que respeita à inexistência de: sistema de aquecimento, (1 estabelecimento), compartimentos que satisfaçam condições de atmosfera do trabalho, temperatura e humidade (2 estabelecimentos), sistema de segurança contra incêndios (2 estabelecimentos) e sistema de gestão de resíduos, (3 estabelecimentos). Por outro lado, verificou-se que a totalidade dos estabelecimentos respeita as prescrições relativas à proteção contra radiações ionizantes na envolvente das salas de exames, à exceção de 2 estabelecimentos cujas valências exercidas não implicam a utilização de tais radiações, como a ecografia.

²⁵⁸ Cfr. o artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

d) Gestão/direção clínica e recursos humanos

Em matéria de **gestão/direção clínica ou técnica**, as unidades privadas de Radiologia são tecnicamente dirigidas por médico especialista nessa área inscrito na Ordem dos Médicos²⁵⁹, ao qual compete assumir a responsabilidade por uma única unidade e a presença física verificável que garanta a qualidade dos exames, devendo ser substituído nas suas ausências e impedimentos por um profissional qualificado com formação adequada²⁶⁰.

No que se refere aos **recursos humanos**, as unidades de Radiologia devem também dispor do pessoal técnico necessário ao desempenho das funções que aí são exercidas²⁶¹. Importa ainda referir que nas unidades em que sejam exercidas as valências de ecografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e demais exames que exijam a administração de contraste, é obrigatória a presença de médico da respetiva especialidade durante a sua realização²⁶².

A realidade observada pela ERS permite constatar que, apesar de todos os estabelecimentos serem tecnicamente dirigidos por um diretor clínico, especialista em Radiologia e inscrito na Ordem dos Médicos, 7 desses estabelecimentos não garantem a presença física do diretor ou a sua substituição por profissional qualificado com a formação adequada, pelo que a qualidade dos exames aí realizados pode não estar a ser permanentemente garantida. Por sua vez, a totalidade dos estabelecimentos avaliados dispõe de técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Relativamente à **obrigatoriedade de presença de médico especialista na realização de exames e tratamentos**, constatou-se que nas valências de tomografia computadorizada, ressonância magnética, ecografia e demais exames de Radiologia que exijam contraste, todos os estabelecimentos onde são exercidas tais valências garantem a presença de médico da especialidade na realização desses exames, tal não acontecendo quanto à valência de mamografia visto que num dos estabelecimentos não era garantida a presença de médico da especialidade.

²⁵⁹ Refira-se que neste ponto não será apreciada a responsabilidade clínica/técnica das unidades de radioterapia e medicina nuclear, visto que os estabelecimentos prestadores avaliados não registaram tal tipo de atividade.

²⁶⁰ Cfr. o artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

²⁶¹ Cfr. o artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

²⁶² Cfr. o artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

e) Garantia da qualidade

De acordo com o Manual de Boas Práticas de Radiologia²⁶³, as unidades privadas de Radiologia devem ter em funcionamento um **sistema de garantia da qualidade**, baseado nas recomendações ali estabelecidas. É aí consignado que *“Na saúde, e como tal em radiologia, os sistemas de controlo de qualidade, de avaliação e de aperfeiçoamento contínuo são indiscutivelmente objetivos a prazo”*.

Nesse sentido, tais unidades devem dispor de um manual de boas práticas adaptado à sua estrutura, o qual constitui uma ferramenta de gestão da qualidade ao estabelecer as diretrizes que devem pautar a atuação no que respeita a procedimentos operativos, funcionais e organizativos. No que se refere à área de Radiologia, constituem ainda ferramentas de gestão da qualidade o relatório anual de atividades dos estabelecimentos prestadores, que permite avaliar a sua prestação a diversos níveis, e os procedimentos operativos atinentes à confidencialidade dos resultados e relatórios dos exames.

Quanto à observância ou não daquelas ferramentas de gestão da qualidade, constatou-se que a totalidade dos estabelecimentos avaliados garante a confidencialidade dos resultados e relatórios dos exames, contudo 8 não possuem relatório anual de atividades e 10 não dispõem de manual de boas práticas adaptado à sua estrutura.

Relativamente aos mecanismos de **controlo da qualidade dos equipamentos**, está legalmente estabelecido que o controlo de qualidade dos serviços deve, no mínimo, facultar a vigilância da qualidade dos equipamentos e respetivo *software*, o tipo de manutenção do equipamento e periodicidade das verificações, a qualidade dos procedimentos e a garantia de qualidade dos resultados dos exames ou dos tratamentos²⁶⁴. O Manual de Boas Práticas de Radiologia estabelece ainda que a qualidade dos exames pressupõe a observância de um conjunto de procedimentos respeitantes aos equipamentos, designadamente no que se refere à identificação, à realização de testes de aceitação, à manutenção e revisões preventivas, à realização de testes periódicos de constância e à calibração.

Quanto a estes parâmetros de qualidade, a realidade apurada pela ERS permitiu constatar que a generalidade dos estabelecimentos avaliados dispõe de mecanismos

²⁶³ Aprovado por Despacho n.º 258/2003, de 8 de janeiro.

²⁶⁴ Cfr. o artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de setembro.

de controlo de qualidade dos equipamentos, à exceção de 1 estabelecimento que não procede à manutenção e revisões preventivas.

No âmbito da **proteção e segurança radiológica**, o preâmbulo do Decreto-lei n.º 242/99, de 17 de novembro realça a obrigatoriedade do cumprimento das exigências e requisitos relativos à proteção de pessoas contra o risco de radiações ionizantes, assim como das condições de segurança radiológica, incluindo a monitorização da proteção radiológica.

De igual modo, o Manual de Boas Práticas de Radiologia contemplou um conjunto de recomendações e orientações no que à proteção e segurança radiológica respeita²⁶⁵, dispondo que “os doentes [sejam] sempre sujeitos à menor dose de exposição radiológica possível que permita o esclarecimento da situação clínica em causa” e que “a dose radiológica para o doente [seja] mantida no mínimo possível, permitindo resultados clínicos”. No que respeita aos profissionais envolvidos, o Manual determina que o médico deve usar e devolver os dosímetros e estimular o seu uso pelos demais profissionais, devendo, ainda, assegurar que “*todos os elementos presentes na sala de exame aplicam as regras de proteção contra radiações ionizantes*”.

Relativamente aos níveis de monitorização de proteção radiológica, da realidade observada pela ERS resultou que a totalidade dos estabelecimentos, dispõe de procedimentos de controlo da exposição individual dos profissionais, controlo da qualidade dos aspetos de proteção contra radiações ionizantes (mediante a avaliação dos níveis de radiação produzida em exames padrão, da exposição em fluoroscopia e das condições de proteção dos profissionais) e possui sinalização nas áreas onde são emitidas radiações com potenciais efeitos biológicos, à exceção de 2 estabelecimentos em que não são aplicáveis tais regras, por exercerem apenas valências que não utilizam tais radiações, como a ecografia.

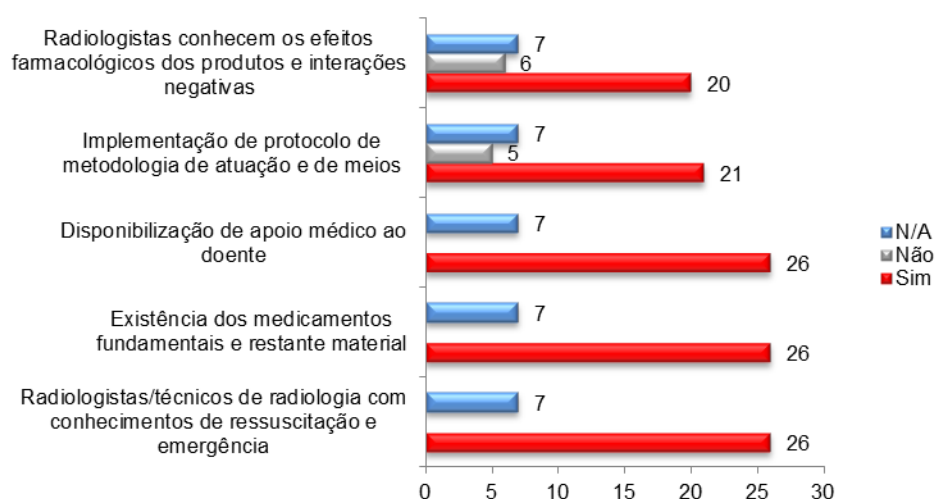
Tendo presente que a realização de exames radiológicos pode levar à ocorrência de **reações adversas**, o Manual de Boas Práticas de Radiologia consigna algumas medidas de atuação visando garantir uma resposta imediata face a esses eventos. Concretamente, dispõe que “o radiologista tem a responsabilidade de disponibilizar o apoio médico ao doente, em particular no que se refere à identificação de eventuais reações adversas, de modo a evitá-las ou a responder com a rapidez e eficácia adequadas”, devendo existir, para o efeito, um “protocolo de metodologia de atuação e de meios aconselhados, claro e bem sistematizado”, que deve estar afixado e ser de

²⁶⁵ Cfr. Ponto D 1.5.2.4.

leitura acessível. Mais dispõe que “os radiologistas que executem técnicas de intervenção que tenham recurso a sedação ou analgesia devem manter-se familiarizados com os efeitos farmacológicos destes produtos e eventuais interações negativas”, bem como “adquirir e manter atualizados os seus conhecimentos na área de ressuscitação e atuação de emergência”. Prescrevendo, por último que “a unidade deverá prestar atenção à existência permanente dos medicamentos fundamentais e restante material, que deverão ser sistematicamente verificados quanto ao seu prazo de validade e à sua operacionalidade”.

Atento o exposto, da realidade observada pela ERS, resultou que apenas em 26 dos 33 estabelecimentos avaliados é aplicável tal parâmetro, sendo que relativamente a estes se registaram algumas não conformidades, melhor identificadas no gráfico *infra*.

Gráfico n.º 25 – Meios de atuação face a reações adversas

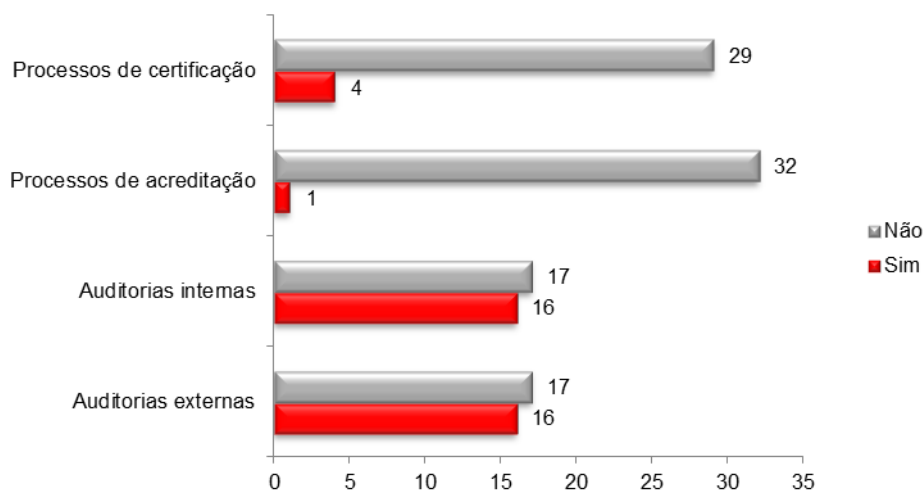


Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

Apreciados os parâmetros relativos ao funcionamento das unidades privadas de Radiologia e os procedimentos operativos que garantem a qualidade e segurança dos exames, importou igualmente apreciar a implementação de eventuais **procedimentos de melhoria implementados** pelos estabelecimentos. Note-se que, os diplomas aplicáveis estabelecem que os procedimentos organizacionais, funcionais e operativos, além de possibilitarem a credibilização dos serviços prestados e o aumento do nível de proteção de saúde, devem permitir a acreditação das unidades privadas de Radiologia e a sua integração no sistema de qualidade de saúde.

Da análise da realidade observada, e melhor ilustrada no gráfico *infra*, resultou relativamente a esta área, à semelhança do verificado em MFR, uma baixa adesão dos estabelecimentos à implementação de procedimentos que visem a melhoria da qualidade, em especial no que se refere aos processos de certificação e acreditação.

Gráfico n.º 26 – Procedimentos de melhoria da qualidade



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos nas ações de fiscalização.

7.3. Conclusão

Da avaliação efetuada neste capítulo, no que respeita ao processo de licenciamento, conclui-se que o novo regime aplicável às unidades privadas de saúde, apesar de evidenciar procedimentos simplificados, continua a não cumprir com o racional que conduziu à sua aprovação, na medida em que existem diversas áreas que ainda não foram objeto de aprovação (como é o caso de Análises Clínicas, Diálise e Radiologia). De igual modo, verificou-se uma ausência de controlo do (in)cumprimento do processo de licenciamento pelo organismo competente.

Ainda, no que respeita ao processo de licenciamento das unidades privadas, foram evidenciados diversos constrangimentos. Assim, e atendendo a que o licenciamento visa assegurar que a prestação de cuidados de saúde seja realizada em respeito por padrões mínimos de qualidade e segurança relativamente a instalações, recursos técnicos e humanos utilizados, em prol da defesa dos direitos e interesses dos utentes, garantindo-se que apenas acedam ao mercado aqueles estabelecimentos que

apresentem as características e a idoneidade estimada necessária ao desenvolvimento da atividade, resulta então evidente que a titularidade de licença de funcionamento não deve deixar de ser considerado um requisito essencial para que um estabelecimento prestador de cuidados de saúde possa adquirir ou manter a qualidade de convencionado com o SNS.

Mais resultou da análise efetuada, que o primeiro passo da garantia da qualidade dos cuidados de saúde implica, desde logo, a consagração de um regime jurídico uniforme no que respeita ao processo de licenciamento e aos requisitos de funcionamento das unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, seguindo-se a instituição de marcadores que permitam, por adesão voluntária ou imperativa, aferir dos padrões de qualidade.

Quanto à avaliação da qualidade dos estabelecimentos convencionados objeto de estudo, em função dos parâmetros utilizados e dos fins visados, foi possível concluir pela existência de um nivelamento dos estabelecimentos no que respeita a organização e funcionamento, requisitos e especificações técnicas, gestão/direção clínica e recursos humanos, ambiente e segurança, procedimentos operativos e garantia da qualidade, encontrando-se, assim, assegurada a proteção dos direitos e interesses legítimos dos utentes e dos padrões mínimos de qualidade e segurança exigíveis.

Apesar desta afirmação, não podem deixar de ser referidas algumas situações que não se subsumem exatamente neste perfil geral. Nestas situações, insere-se um conjunto de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que evidenciaram não conformidades a nível infraestrutural, funcional e organizacional e a nível de procedimentos operativos.

a) Análises Clínicas

Da avaliação das regras relativas aos requisitos e especificações técnicas das instalações utilizadas pelos laboratórios de análises clínicas, verificou-se a existência de desconformidades pontuais, destacando-se a existência de entraves à mobilidade de pessoas com deficiência motora.

Relativamente aos procedimentos de garantia da qualidade foi possível concluir que os estabelecimentos avaliados, ao possuírem um manual de boas práticas, adaptado à sua estrutura (por si elaborado e implementado), garantem a existência de

procedimentos escritos, abrangendo toda a organização do laboratório, as diferentes etapas das análises e sua execução, bem como a formação e qualificação dos diversos tipos de pessoal técnico e administrativo visando em último a garantia da qualidade dos cuidados prestados. Refira-se, ainda, que relativamente aos procedimentos de melhoria da qualidade os laboratórios de Análises Clínicas demonstraram, até em comparação com as demais área objeto do presente estudo, uma preocupação com os objetivos que presidem ao sistema de gestão da qualidade.

b) Diálise

Da avaliação das regras relativas à organização e funcionamento, é possível concluir que todas as unidades privadas de Diálise avaliadas cumpriam os requisitos legalmente exigíveis, salvo no que se refere à existência de unidades de isolamento. Importa destacar que todas elas se encontram licenciadas, o que pode ser justificado com o facto da área de Diálise ser aquela que, na sequência da aprovação do Regime Jurídico das Convenções, pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, viu aprovado um clausulado-tipo da convenção, e consequentemente ser aquela em que é possível a adesão de novos convencionados, sendo do conhecimento generalizado que a adesão das convenções depende, desde logo, da sujeição do estabelecimento em questão às regras de licenciamento e funcionamento em vigor.

No que concerne ao cumprimento dos requisitos e especificações técnicas, foi constatado que a generalidade dos estabelecimentos avaliados cumpre com os requisitos relativos ao meio físico e espaço envolvente, às normas genéricas de construção e às especificações técnicas relativas às instalações, o que, uma vez mais, se justifica pelo facto de todas as unidades privadas de Diálise se encontrarem licenciadas e de o cumprimento das regras relativas ao licenciamento depender a aceitação da adesão de tais unidades às convenções com o SNS.

A avaliação do cumprimento das regras relativas à direção clínica/técnica e recursos humanos permite concluir que, embora se tenha verificado um elevado grau de cumprimento das regras instituídas, em 5 estabelecimentos a qualidade dos cuidados de saúde prestados não estaria a ser garantida, na medida em que não era assegurada a presença física verificável do diretor clínico.

Por outro lado, foi possível concluir que não se verifica na totalidade dos estabelecimentos avaliados a cobertura médica permanente, em presença física, por médicos nefrologistas, dentro ou fora do horário de funcionamento. Ainda

relativamente à cobertura médica, constatou-se que a mesma é, em alguns casos, garantida por médicos especialistas de outras valências, como medicina interna e medicina geral e familiar. De notar que as desconformidades verificadas quanto a este conjunto de regras poderão estar relacionadas com uma eventual escassez de médicos especialistas em nefrologia.

Grosso modo, a avaliação dos procedimentos de qualidade permitiu concluir que a prestação de cuidados de hemodiálise pelos estabelecimentos convencionados, objeto do presente estudo, contempla e cumpre um conjunto de procedimentos e mecanismos de controlo e de melhoria, que permitem assegurar que a mesma é executada em respeito pelos padrões mínimos de qualidade e segurança exigíveis.

c) MFR

De um modo geral, da avaliação do cumprimento das regras de organização e funcionamento resultou que os estabelecimentos de Análise Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia cumprem com a generalidade dos requisitos, sendo que apenas se detetaram algumas não conformidades em MFR.

Assim, verificaram-se algumas não conformidades no que toca ao cumprimento dos requisitos e especificações técnicas, sendo de salientar aquelas relacionadas com a mobilidade dos utentes, em especial das pessoas portadoras de deficiência motora, que se podem confrontar com algumas dificuldades no acesso às unidades se as acessibilidades e as características da construção das instalações onde se encontram situadas as unidades de MFR não forem devidamente adaptadas às suas situações específicas.

Relativamente aos procedimentos adotados pelos estabelecimentos visados, dando cumprimento ao disposto no Manual de Boas Práticas de MFR, conclui-se pela existência de um elevado nível de implementação dos procedimentos para avaliação dos utentes, dos procedimentos operativos e dos procedimentos relativos à conservação e arquivo do processo clínico. Já quanto à observância dos padrões de produtividade conclui-se que nem todos os estabelecimentos cumprem os rácios²⁶⁶ previstos naquele Manual. Note-se que a não observância dos padrões de

²⁶⁶ De notar que a avaliação dos rácios não resultou de uma observação direta mas das respostas ao inquérito apresentadas pelos diretores clínicos e/ou representantes dos estabelecimentos.

produtividade pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados, a eficácia e correção da execução dos tratamentos prescritos.

Finalmente, refira-se que foi detetado um baixo nível de implementação de procedimentos de gestão da qualidade e de procedimentos de garantia da qualidade, o que demonstra diminuta preocupação, por parte dos estabelecimentos convencionados, em implementar um sistema interno de gestão de qualidade, incluindo a elaboração de relatórios anuais de atividades, bem como uma ausência de preocupação com a possibilidade de que tal sistema de gestão da qualidade possa beneficiar de procedimentos de melhoria dessa qualidade.

d) Radiologia

De um modo geral, a avaliação do cumprimento das regras de organização e funcionamento permitiu concluir pela existência de um elevado nível de cumprimento, pelas unidades privadas de Radiologia avaliadas.

Importa no entanto destacar que, um dos estabelecimentos avaliados não era possuidor de licença.

Pôde também concluir-se pelo não cumprimento de alguns requisitos e especificações técnicas pelos estabelecimentos avaliados, sendo de salientar em particular aquelas direcionadas à mobilidade dos utentes, em especial das pessoas portadoras de deficiência motora.

No que toca à generalidade das regras relativas à proteção do ambiente e segurança, em especial aquelas relativas à proteção contra radiações ionizantes na envolvente das salas de exames que, atendendo ao tipo de tratamentos e exames, apresenta-se como parâmetro de avaliação fundamental, foi possível constatar um bom nível de cumprimento pela maioria dos estabelecimentos avaliados.

O mesmo se pode dizer relativamente às regras impostas quanto à intervenção de profissional médico especialmente habilitado na execução de exames em que a sua presença é legalmente imposta, com apenas uma exceção.

Por outro lado, concluiu-se que existe um baixo nível de implementação no que concerne a procedimentos de gestão da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade pelos estabelecimentos avaliados, o que, por um lado, demonstra uma diminuta preocupação, por parte dos estabelecimentos convencionados, quanto à

implementação de um sistema interno de gestão de qualidade, e com a possibilidade de melhoria dessa qualidade.

Já quanto aos procedimentos de controlo da qualidade dos equipamentos, dos procedimentos de monitorização da proteção radiológica e dos meios de atuação face a reações adversas, este último com algumas exceções pontuais, tornou-se evidente a implementação dos mesmos pelos estabelecimentos, em especial no que respeita à proteção da segurança dos utentes e profissionais.

8. Conclusões

O presente Estudo procedeu à avaliação atualizada do setor convencionado do SNS nas áreas mais representativas em termos de encargos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – Análises Clínicas, Diálise, Medicina Física e de Reabilitação (MFR) e Radiologia –, com especial enfoque nas perspetivas do acesso, concorrência e qualidade.

1. De acordo com toda a informação coligida pela ERS em setembro de 2012, integram a **oferta de cuidados de saúde convencionados com o SNS**,

- a) 321 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em Análises Clínicas, que se apresentam como laboratórios clínicos centrais, e 2.018 postos de colheita autorizados a funcionar no âmbito de cada convenção com o SNS;
- b) 87 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em Diálise;
- c) 295 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em MFR; e
- d) 367 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em Radiologia.

2. Relativamente à **distribuição da oferta convencionada pelas ARS**,

- a) a ARS Norte destaca-se como sendo aquela que, relativamente ao total existente em Portugal Continental, apresenta mais postos de colheita autorizados a funcionar no âmbito de cada convenção com o SNS (com 43% do total, que corresponde a 866 postos), mais estabelecimentos de Diálise (com 39% do total, que corresponde a 34 estabelecimentos) e mais estabelecimentos de MFR convencionados com o SNS (com 40% do total, que corresponde a 118 estabelecimentos), bem como aquela em que a oferta potencial de estabelecimentos de Radiologia é mais elevada (34 estabelecimentos de Radiologia que não possuem convenção com o SNS, dos quais 5 encontram-se licenciados, 4 possuem autorização provisória de abertura e 25 encontram-se por vistoriar), e ainda a que apresenta o maior número de estabelecimentos de MFR convencionados, em termos relativos, por milhão de habitantes (apresenta um rácio de 31,98);
- b) a ARS Centro destaca-se por ser aquela que tem a maior oferta de postos de colheita de Análises Clínicas por milhão de habitantes (apresenta um rácio de 260,21);

- c) no que concerne à ARS Lisboa e Vale do Tejo, esta é a região com o maior número de laboratórios clínicos centrais (132 laboratórios, o que corresponde a com 41% do total em Portugal Continental) e com o maior número de estabelecimentos de Radiologia convencionados (quase 50% do total em Portugal Continental, que corresponde a 173 estabelecimentos). Por outro lado, é a região com o menor número de postos de colheita em termos ajustados por população residente (por milhão de habitantes), com um rácio de 135,26, e aquela que apresenta menor oferta potencial de Radiologia (apenas com 7 estabelecimentos de Radiologia não convencionados com o SNS que possuem licença de funcionamento);
- d) a ARS Alentejo é aquela que apresenta o menor número de laboratórios clínicos (neste caso, juntamente com a ARS Algarve, com 4 laboratórios, o que corresponde a 4% do total), o menor número de estabelecimentos de MFR (com 3% do total, que corresponde a 8 estabelecimentos), e ainda o menor número de estabelecimentos de MFR por milhão de habitantes (com um rácio de 15,69);
- e) a ARS Algarve apresenta, juntamente com a ARS Alentejo, o menor número de laboratórios clínicos convencionados (com 4 laboratórios, o que corresponde a 4% do total), mas apresenta também o menor números de estabelecimentos de Diálise convencionados (com 3% do total, que corresponde a 3 estabelecimentos) e de estabelecimentos de Radiologia convencionados (com 1% do total, que corresponde a 4 estabelecimentos), bem como o menor número de estabelecimentos de Radiologia por milhão de habitantes (com um rácio de 8,87), e aquela que apresenta menor oferta potencial de MFR (apenas com 6 estabelecimentos de MFR detentores de licença de funcionamento que não estão convencionados com o SNS).

3. Na perspetiva do acesso analisou-se a **proximidade dos utentes aos estabelecimentos convencionados do SNS**, sendo que,

- a) relativamente a Análises Clínicas constatou-se, em todas as ARS, um nível de acessibilidade em todo o território nacional claramente satisfatório, com quase 100% da população encontrando-se a menos de 30 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento convencionado com o SNS. A existência de oferta potencial, na ARS Norte e na ARS Centro, não traria melhoria em termos

de proximidade dos utentes aos estabelecimentos, no caso da abertura das convenções, mas aumentaria o leque de escolhas por parte dos utentes;

- b) na área de Diálise, a percentagem da população que, em cada uma das ARS, se encontra a mais de 30 minutos de viagem em estrada de um estabelecimento convencionado de Diálise é bastante significativa, em especial na ARS Alentejo, mas também na ARS Algarve e na ARS Centro. Assim sendo, o nível de acessibilidade a este tipo de cuidados de saúde convencionados deve ser considerado baixo. Para esta área não existe oferta potencial, já que todos os estabelecimentos em exercício efetivo e titulares de licença de funcionamento se encontram convencionados com o SNS;
- c) em MFR, verificou-se que a percentagem da população que se encontra a mais de 30 minutos de viagem em estrada de um prestador convencionado é superior à verificada em Análises Clínicas, mas inferior à de Diálise. A ARS que apresentou uma maior dificuldade de acesso dos utentes aos cuidados de MFR, sendo esta muito significativa, foi a ARS Alentejo, na medida em que mais de metade da sua população se encontra a uma distância/tempo superior a 30 minutos de viagem em estrada de um prestador de MFR convencionado com o SNS. Pelo contrário, a ARS Algarve apresentou um nível de acessibilidade mais alto, segundo o mesmo critério de análise. Considerando a oferta potencial nas ARS que evidenciaram uma menor acessibilidade, constatou-se que, para a ARS Alentejo, metade da população que atualmente se encontra a mais de 30 minutos de um estabelecimento de MFR passaria a estar a uma distância inferior a 30 minutos e, para a ARS Centro, cerca de um terço da população que atualmente se encontra a mais de 30 minutos de um estabelecimento de MFR passaria a estar a uma distância inferior a 30 minutos, daqui resultando, em ambos os casos, um cenário de clara melhoria da acessibilidade, no caso de esta oferta vir a ser convencionada com o SNS;
- d) em Radiologia, na ARS Alentejo e na ARS Algarve verificou-se um nível de acessibilidade significativamente mais baixo, relativamente às restantes ARS, uma vez que exibem uma percentagem mais elevada da população a uma distância/tempo superior a 30 minutos de prestadores de Radiologia convencionados com o SNS. Tendo em consideração a oferta potencial nas referidas ARS, verificar-se-ia uma diminuição bastante acentuada da população que atualmente se encontra a mais de 30 minutos de um

estabelecimento de Radiologia, daqui resultando um cenário de clara melhoria da acessibilidade; e, por último,

- e) os resultados de Diálise e MFR devem ser vistos à luz da maior frequência com que os tratamentos são realizados, o que pode representar uma dificuldade de acesso acrescida para os utentes que necessitam deste tipo de cuidados e que residem a mais de 30 minutos de um estabelecimento convencionado.

4. Na perspetiva dos **encargos do SNS**, nas áreas convencionadas objeto de estudo, no período entre 2006 e 2012 e de acordo com a informação fornecida pelas cinco ARS, foi possível concluir que:

- a) o valor faturado ao SNS pelas entidades convencionadas foi de 466.280.800 € em 2006 e de 505.985.556 € em 2012, pelo que houve um aumento de 9% no período;
- b) o maior aumento da despesa ocorreu entre 2008 e 2009, de 20%, enquanto o decréscimo mais acentuado é identificado entre 2011 e 2012, de 14%;
- c) a despesa do SNS nas quatro áreas convencionadas também apresentou um decréscimo entre 2010 e 2011, de 9%;
- d) todas as ARS exibiram uma diminuição da despesa entre 2011 e 2012, destacando-se que as maiores diminuições de despesa em Análises Clínicas e em MFR verificaram-se na ARS Alentejo, enquanto as ARS Centro e Lisboa e Vale do Tejo apresentaram as maiores reduções de despesa em Diálise e Radiologia, respetivamente;
- e) existem variações significativas de despesa entre os anos analisados e entre ARS, sendo que a justificação para discrepâncias tão notórias (que se aproximou, em alguns casos, dos 100%) nem sempre é óbvia ou até mesmo perceptível, devido ao problema dos dados incompletos;
- f) na sequência do Memorando de Entendimento entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI, entre 2011 e 2012, houve uma diminuição da despesa, de 17% em Análises Clínicas, 10% em Diálise, 9% em MFR e 20% em Radiologia.

5. Na perspetiva **da concorrência, numa ótica de concentração de mercado**,

- a) a área convencionada de Análises Clínicas exibiu um nível de concentração alto em 14 NUTS III, uma concentração moderada em 11 NUTS III e uma

concentração baixa em 3 NUTS III. Os mercados menos concentrados são os dos grandes centros urbanos de Lisboa, Porto e a região do Ave;

- b) a área de Diálise exibiu uma concentração alta em 24 NUTS III, indicativa de uma fraca concorrência entre os prestadores. Efetivamente, apenas nos mercados geográficos do Grande Porto, de Grande Lisboa e do Oeste não há concorrentes com mais de 50% de quota de mercado. Verificou-se, também, que nas NUTS III da Beira Interior Sul, Pinhal Interior Norte, Pinhal Interior Sul e Serra da Estrela não se identificaram prestadores convencionados;
- c) relativamente a MFR, esta área exibiu uma concentração alta em 12 NUTS III e uma concentração moderada em 6 NUTS III, sendo que em 4 NUTS III não há prestadores convencionados. Os mercados menos concentrados são os das NUTS III de Grande Lisboa e Grande Porto, mas também na Península de Setúbal, Cávado, Ave e Tâmega. Com a introdução da oferta potencial nas áreas de atuação das ARS Centro e Alentejo, verifica-se um efeito redutor nos graus de concentração de mercado, evidenciando a possibilidade de ainda se poder promover maior concorrência entre os prestadores;
- g) a área de Radiologia exibiu um nível de concentração alto em 19 NUTS III, uma concentração moderada em 5 NUTS III e uma concentração baixa em 2 NUTS III, sendo que em 2 mercados geográficos não há prestadores convencionados. À semelhança dos mercados anteriores (Análises Clínicas, MFR e Radiologia), deverão destacar-se os mercados dos grandes centros urbanos de Lisboa e Porto como os menos concentrados. Com a introdução da oferta potencial nas áreas de atuação das ARS Alentejo e Algarve, os graus de concentração alteram-se, com um efeito substancial em 2 mercados geográficos, evidenciando a possibilidade de ainda se poder promover maior concorrência nas restantes NUTS III entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de Radiologia;
- h) os resultados da avaliação concorrencial dos mercados convencionados são suficientes para poder concluir-se que os mercados com maior concorrência localizam-se sobretudo em regiões litorais, no Porto, em Lisboa e em regiões adjacentes. São nesses mercados geográficos que a maior concorrência permitirá a obtenção de vantagens para o Estado na contratação de prestadores privados e do setor social, caso se pondere a revisão da contratualização;

- i) assim, pelo menos nestes mercados com maior concorrência (não sendo de afastar outros), haverá vantagem em estudar um modelo distinto de acesso às convenções, designadamente adotando um procedimento de aquisição cujos elementos sejam submetidos à concorrência, promovendo dessa forma a aquisição dos serviços por preços mais baixos.

6. Na **perspetiva da concorrência, numa ótica de preços,**

- a) na área de Análises Clínicas, verificou-se que existe, aparentemente, margem para diminuir os preços no setor convencionado, nos casos em que o preço praticado é mais elevado do que aquele vigente para os seguros de saúde (seria possível diminuir os preços das seguintes análises: ácido úrico, colesterol total, creatinina, glucose, hemograma, aminotransferase do aspartato, aminotransferase da alanina, ureia, e urina, análise sumária);
- b) relativamente à Diálise, quer o SNS, quer os subsistemas, praticam um preço compreensivo de 156,70 € por sessão, considerando a realização habitual de três sessões por semana e o preço compreensivo de 470,09 € por semana. Os preços praticados aos particulares variam, a nível nacional, entre 173,95 € e 250 € por sessão, sendo que o preço por sessão mais referido pelos estabelecimentos fiscalizados pela ERS foi de 200 €. Assim sendo, os preços convencionados com o SNS revelam-se os mais baixos, relativamente à tabela dos particulares. Portanto, atento o método de análise adotado, não se pode concluir que haverá margem para redução dos preços convencionados, pelo que só se poderá obter uma conclusão a este respeito com base numa análise da estrutura de custos de cada um dos prestadores em causa;
- c) em MFR, constatou-se que os preços praticados entre o SNS e os estabelecimentos convencionados são os mais baixos quando comparados com os preços médios praticados pelos seguros de saúde. As variações são ainda mais elevadas quando se compara os preços convencionados com os preços particulares. No entanto, constatou-se, ainda, que alguns preços praticados no setor convencionado do SNS são mais elevados que os preços praticados nos subsistemas de saúde públicos, pelo que existirá, nestes casos, margem para diminuir os preços. Os atos/exames na referida situação são cinesioterapia corretiva postural, cinesioterapia respiratória, fortalecimento muscular manual, pressões intermitentes, e no treino em atividade da vida

diária. Para os restantes atos/exames que foram avaliados, os preços praticados pelo setor convencionado do SNS são mais baixos que os dos subsistemas de saúde;

- d) relativamente a Radiologia, verificou-se que os preços convencionados são os mais baixos quando comparados com os preços médios dos seguros de saúde. As variações são ainda mais elevadas quando se compara os preços convencionados com os particulares.

7. Na perspetiva do **licenciamento dos estabelecimentos**, considerado condição *sine qua non* para a prestação de cuidados de saúde convencionados com o SNS,

- a) considerou-se, por um lado, não ser admissível o funcionamento de estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde sem a respetiva licença de funcionamento válida, nem tampouco admitir que os estabelecimentos convencionados com o SNS ou aqueles que possam ter uma legítima expectativa de poderem vir a aderir ao setor convencionado, num cenário de abertura das convenções, possam não observar o cumprimento dessa obrigação; e, por outro, concluiu-se pela necessidade de avaliar a situação atual dos estabelecimentos convencionados que não detenham licença, quer pela promoção do seu licenciamento ou pela denúncia da respetiva convenção;
- b) verificou-se que o novo regime aplicável às unidades privadas de saúde, apesar de evidenciar procedimentos simplificados, continua a não cumprir com o racional que conduziu à sua aprovação, na medida em que existem diversas áreas que ainda não foram objeto de aprovação (como é o caso de Análises Clínicas, Diálise e Radiologia);
- c) verificou-se um deficiente controlo do (in)cumprimento do processo de licenciamento pelas ARS competentes, destacando-se a existência de estabelecimentos avaliados não licenciados ou com processo de licenciamento ainda não concluído, registando-se uma maior expressão destas situações nas áreas de Análises Clínicas e Radiologia;
- d) constatou-se que a ausência da obrigatoriedade de obtenção de licença poderá também ter reflexos negativos ao nível da segurança e qualidade dos serviços de saúde, já que os estabelecimentos prestadores, face aos investimentos e custos de manutenção dos serviços, podem adotar estratégias de redução em detrimento dos padrões mínimos exigíveis;

- e) resultou a necessidade de consagração de um regime jurídico uniforme no que respeita ao processo de licenciamento e aos requisitos de funcionamento das unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, seguindo-se a instituição de marcadores que permitam, por adesão voluntária ou imperativa, aferir dos padrões de qualidade;
- f) considerou-se que no contexto dos preços impostos unilateralmente, o conceito de qualidade deve ser atendido, o que, no presente momento, não é valorizado porque aquela não é suscetível de medição (quer por força das assimetrias referidas, quer pelo facto de nem todos os prestadores aderirem a sistemas de gestão da qualidade, o que não é contabilizado a final), contribuindo negativamente para a concorrência entre aqueles convencionados e não para o seu fomento;
- g) pelo que se conclui que este circunstancialismo em nada contribui para a proteção dos direitos dos utentes dos serviços de saúde, cuja proteção cabe na missão, atribuições e competências da ERS.

8. Na **perspetiva da avaliação da qualidade dos estabelecimentos convencionados** objeto de estudo, em função dos parâmetros utilizados e dos fins visados,

- a) constatou-se a existência de um nivelamento dos estabelecimentos no que respeita a organização e funcionamento, requisitos e especificações técnicas, gestão/direção clínica e recursos humanos, ambiente e segurança, procedimentos operativos e garantia da qualidade, encontrando-se, assim, assegurada a proteção dos direitos e interesses legítimos dos utentes e dos padrões mínimos de qualidade e segurança exigíveis;
- b) apesar dessa afirmação, verificou-se que um conjunto de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde evidencia não conformidades a nível infraestrutural, funcional e organizacional bem como relativamente aos procedimentos operativos;
- c) quanto à **organização e funcionamento**, da análise da avaliação efetuada aos estabelecimentos convencionados com o SNS, nas áreas objeto de estudo, pode-se afirmar que a generalidade dos estabelecimentos avaliados tem um nível significativo de cumprimento dos requisitos relativos à organização e funcionamento;

- d) quanto aos **requisitos e especificações técnicas**, conclui-se que a generalidade dos estabelecimentos avaliados cumpre os requisitos mínimos estabelecidos quanto ao meio físico e espaço envolvente, à construção, aos requisitos e especificações técnicas relativas às instalações, não obstante a evidência de algumas não conformidades. São de salientar aquelas relacionadas com a mobilidade dos utentes, em especial das pessoas portadoras de deficiência motora, que se podem confrontar com algumas dificuldades no acesso às unidades de Análises Clínicas, MFR e Radiologia;
- e) relativamente às regras para proteção do **ambiente e segurança**, conclui-se que as mesmas são cumpridas, genericamente, pelos estabelecimentos objeto de estudo. No caso da área de Radiologia, importa realçar o cumprimento da generalidade das regras, em especial daquelas relativas à proteção contra radiações ionizantes na envolvente das salas de exames, dado que o tipo de tratamentos e exames efetuados podem implicar um prejuízo para a saúde dos utentes quando não estejam a ser cumpridos os requisitos mínimos de proteção;
- f) quanto às regras relativas à **direção clínica/técnica** concluiu-se que todos os estabelecimentos avaliados são tecnicamente dirigidos por um diretor clínico/técnico, especialista da respetiva área e inscrito na respetiva ordem profissional. Ainda assim, constatou-se que nem em todas as áreas avaliadas eram cumpridas as regras relativas à presença física e substituição do diretor clínico/técnico, no que respeita aos impedimentos e ausências, por profissional qualificado com formação adequada. Esta situação compromete a qualidade da prestação de cuidados de saúde, podendo, de igual modo, constituir um risco para a saúde dos utentes;
- g) relativamente aos **recursos humanos**, a análise efetuada permite concluir que, no caso específico da Diálise, a cobertura médica permanente, por médicos nefrologistas, em presença física, dentro do horário de funcionamento, ou pelo menos através de sistema de telecomunicações, fora de horário de funcionamento, nem sempre é garantida. Ainda relativamente à cobertura médica, conclui-se que a mesma é, em alguns casos, assegurada por médicos especialistas de outras valências, como medicina interna e medicina geral e familiar, o que poderá estar relacionado com a eventual escassez de recursos humanos, designadamente de médicos especialistas em nefrologia. Em Radiologia, no que respeita à presença obrigatória de médico especialista na

realização de exames e tratamentos, conclui-se que a mesma não é assegurada na valência de mamografia, por um dos estabelecimentos;

h) relativamente aos **procedimentos operativos**, importa desde logo esclarecer que os mesmos apenas foram avaliados em MFR, uma vez que apenas o Manual de Boas Práticas aplicável a essa área, definia de forma clara e precisa um conjunto de procedimentos operativos a observar pelas unidades privadas de MFR. Quanto à sua avaliação, concluiu-se que existe um elevado nível de implementação dos mesmos no que se refere à avaliação dos utentes, à conservação e arquivo do processo clínico e aos processos operativos. Já quanto à observância dos padrões de produtividade, conclui-se que alguns estabelecimentos não cumprem os rácios, o que pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados, a eficácia e correção da execução dos tratamentos prescritos;

i) no âmbito dos procedimentos de **garantia e melhoria da qualidade** constatou-se que,

- em Análises Clínicas, a totalidade dos estabelecimentos avaliados dispõe de manual de boas práticas, adaptado à sua estrutura (por si elaborado e implementado), e que no âmbito desta prestação de cuidados é patente a implementação de procedimentos de melhoria da qualidade, sobretudo no que respeita à implementação de processos de certificação e acreditação dos laboratórios, o que é demonstrativo da conformidade do funcionamento dos estabelecimentos com os objetivos que presidem ao sistema de gestão da qualidade, imposto pelas boas práticas e pelos diplomas legais aplicáveis;

- em Diálise, os estabelecimentos objeto de avaliação observam um conjunto de procedimentos e mecanismos de controlo de qualidade, de modo a assegurar que essa prestação é realizada em respeito pelos padrões mínimos de qualidade e segurança, destacando-se sobretudo a implementação de processos de acreditação e certificação, este último direcionado na maior parte dos casos aos processos de controlo da qualidade da água;

- em MFR e Radiologia, o nível de implementação dos procedimentos de garantia da qualidade é baixo, o que, por um lado, demonstra a inexistência de uma preocupação, por parte dos prestadores convencionados, em possuírem um sistema interno de gestão de qualidade e, por outro, revela a ausência de

preocupação de que tal sistema de gestão possa beneficiar de procedimentos de melhoria da qualidade dos serviços prestados.

9. Recomendações

Da análise realizada no presente relatório, e consequentemente das conclusões daí extraídas descritas *supra*, a ERS, ao abrigo da alínea a) do artigo 37º do Decreto-lei n.º 127/2009, de 27 de maio, entende adequado emitir um conjunto de recomendações ao Governo, com vista à melhoria do funcionamento do modelo de convenções atualmente em vigor, tendente a superar algumas insuficiências ou desconformidades verificadas.

As três primeiras recomendações de seguida enunciadas são recuperadas das já emitidas pela ERS em 2006, aquando do estudo *Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS*. A renovação dessas recomendações justifica-se atendendo a que as razões subjacentes à sua emissão em 2006 mantêm-se perfeitamente atuais, quer porque a situação de facto verificada não se alterou significativamente, quer porque não foram tomadas quaisquer medidas tendentes à execução de algumas das recomendações então emitidas.

Do relatório decorre, ainda, a necessidade de emitir novas recomendações quanto aos aspetos estudados, concretamente no sentido de fortalecer a concorrência, melhorar o funcionamento do setor convencionado no que à despesa diz respeito, e garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados nos estabelecimentos convencionados.

Assim, a ERS delibera recomendar:

- a. Reformar o modelo de celebração de convenções, de modo a garantir o acesso às convenções de toda a oferta potencial já instalada e a instalar, desde que preencham os requisitos legalmente estabelecidos e em igualdade de circunstâncias;
- b. Para o efeito, poderá ser retomado o processo legislativo que foi iniciado em 2008 e de que resultou um projeto de decreto-lei que regulamenta o regime de celebração de convenções previstas na Lei de Bases de Saúde, atendendo a que o mesmo já acolhia, em boa medida, o propósito aqui recomendado;
- c. A reforma deverá promover a implementação de um modelo de celebração de convenções assente em contratos de adesão, mas que permita, excecionalmente, em mercados geográficos e valências específicas, submeter o procedimento de aquisição à concorrência por uma das vias legalmente

previstas e atendendo às especificidades dos serviços a prestar e do mercado visado;

- d. Reavaliar os preços de referência para todos os atos convencionados, tendo em vista a sua aproximação aos preços mais baixos praticados pelas entidades financiadoras presentes no mercado, designadamente seguradores e particulares;
- e. Implementar um sistema de monitorização e controlo da produção de atos convencionados e respetiva despesa, por forma a identificar variações dos seus elementos (procura, produção e despesa), e respetivas causas, permitindo a adoção atempada de medidas corretivas, quando necessário;
- f. Concluir o processo legislativo iniciado com a entrada em vigor do novo regime jurídico da abertura, modificação e funcionamento das unidades privadas de saúde, designadamente, com aprovação das portarias previstas para as várias tipologias;
- g. Proceder à aprovação do diploma próprio, previsto no referido regime jurídico da abertura, modificação e funcionamento das unidades privadas de saúde, relativo ao licenciamento de unidades de saúde pertencentes a instituições particulares de solidariedade social, procurando-se garantir a uniformização de regimes jurídicos e respetivos requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade;
- h. Adotar as medidas necessárias para garantir o princípio de que todas as entidades convencionadas devem estar licenciadas de acordo com o regime em vigor, seja procedendo ao respetivo licenciamento, seja pela denúncia de convenção em vigor;
- i. Fomentar a implementação de sistemas de gestão da qualidade, por adesão voluntária ou imperativa, dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde convencionados (e também em todos os demais).

Quaisquer dúvidas ou questões relativas ao presente relatório poderão ser remetidas para o endereço de correio eletrónico geral@ers.pt.



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 - 455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt