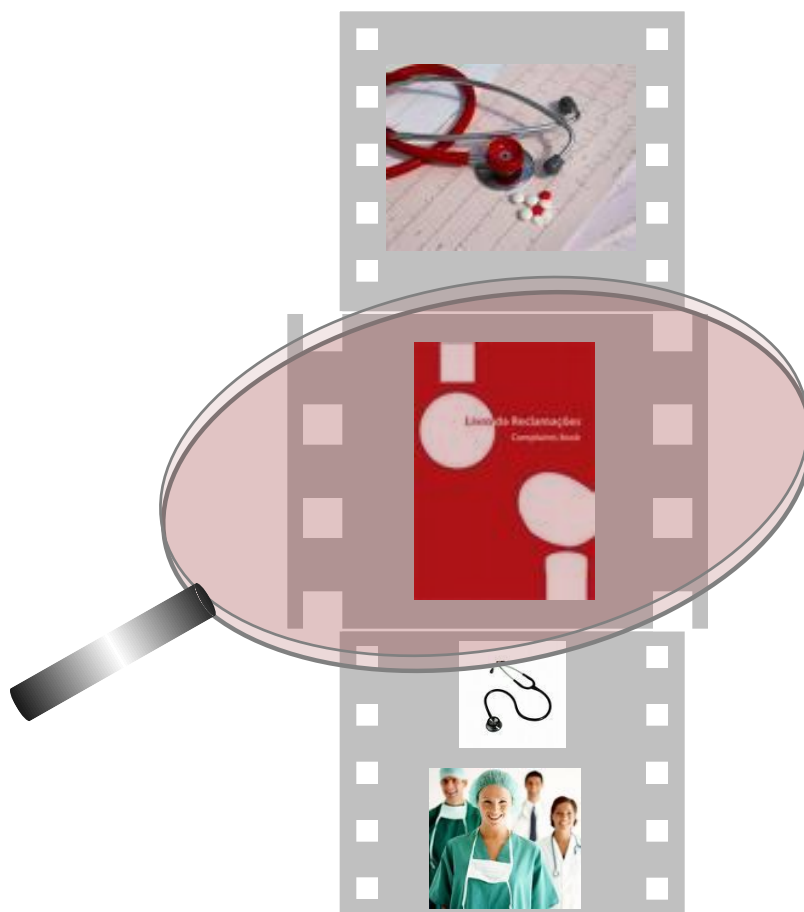




Auditoria à Regulação na Área da Saúde





PROCESSO N.º 02/06 – AUDIT

RELATÓRIO DE AUDITORIA
N.º 01/2008 – 2ª SECÇÃO

AUDITORIA À REGULAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Janeiro 2008

Este Relatório de Auditoria está disponível no sítio do Tribunal de Contas www.tcontas.pt

Para mais informações sobre o Tribunal de Contas contacte:

TRIBUNAL DE CONTAS
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

Tel: 00 351 21 794 51 00
Fax: 00 351 21 793 60 33
Linha Azul: 00 351 21 793 60 08/9
Email: geral@tcontas.pt



ESTRUTURA GERAL DO RELATÓRIO

I

SUMÁRIO EXECUTIVO

Introdução, Conclusões e Recomendações

II

CORPO DO RELATÓRIO

III

RECOMENDAÇÃO FINAL, DESTINATÁRIOS, PUBLICIDADE E EMOLUMENTOS

IV

ANEXOS



FICHA TÉCNICA

Equipa de Auditoria

Coordenação

António Garcia

Equipa

Maria João Silveira

Coordenação Geral

Gabriela Ramos

(Auditora Coordenadora do DA IX)

António Garcia

(Auditor Chefe do DA IX)

Tratamento de texto, concepção e arranjo gráfico

Ana Salina



COMPOSIÇÃO DA 2ª SECÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS QUE APROVOU O RELATÓRIO

Relator:

Conselheiro Dr. Carlos Moreno

Adjuntos:

Conselheiro Dr. João Pinto Ribeiro

Conselheiro Dr. José Alves Cardoso



ÍNDICE

I	SUMÁRIO EXECUTIVO	5
1	INTRODUÇÃO.....	5
1.1	Natureza e âmbito da acção	5
1.2	Objectivos da Auditoria.....	5
1.3	Metodologia utilizada e contraditório.....	5
2	CONCLUSÕES GERAIS.....	6
2.1	Contexto do sector.....	6
2.2	Modelo de regulação português.....	7
2.3	Questões-Chave da regulação na saúde.....	8
2.4	Modelo de monitorização e controlo	9
2.5	Balanço da actividade.....	13
3	RECOMENDAÇÕES.....	13
II	CORPO DO RELATÓRIO	15
4	NOTA INTRODUTÓRIA	15
5	CONTEXTO DO SECTOR	16
5.1	A nível nacional	16
5.2	A nível da União Europeia	17
5.3	Estratégia governamental para o sector	18
5.4	Estádio de liberalização do sector regulado.....	19
6	AMBIENTE REGULATÓRIO/MODELO DE REGULAÇÃO	20
6.1	Posicionamento do modelo português de regulação.....	20
6.2	Apreciação do modelo institucional português.....	25
6.3	Articulação com outras entidades públicas	25
6.4	Adopção de uma Lei-Quadro para as Autoridades Reguladoras Independentes	27
7	COMPARAÇÃO DO MODELO DE REGULAÇÃO PORTUGUÊS COM O EXISTENTE NOUTROS PAÍSES	28
8	QUESTÕES-CHAVE DA REGULAÇÃO NA SAÚDE.....	30
8.1	Falhas de mercado no sector da saúde.....	30
8.2	Independência de facto e de direito da ERS	31
8.3	Adequação das atribuições e poderes legais da ERS.....	32
8.4	Sobreposição de funções e/ou de conflito (ERS/AdC).....	32

9	MODELO DE MONITORIZAÇÃO E CONTROLO	33
9.1	Principais mecanismos desenvolvidos	33
9.2	Outros	37
9.3	Aspectos do modelo de monitorização e controlo a melhorar	38
9.4	Evolução de queixas e reclamações dos utentes	39
9.5	Sistema de informação aos utentes	43
9.6	Actividade sancionatória	43
9.7	Principais estudos desenvolvidos.....	45
9.8	Pareceres emitidos	49
9.9	Acolhimento por parte dos destinatários dos estudos e pareceres	50
10	BALANÇO DA ACTIVIDADE	51
11	PUBLICITAÇÃO DAS ADJUDICAÇÕES DE OBRAS PÚBLICAS	52
III	RECOMENDAÇÃO FINAL, DESTINATÁRIOS, PUBLICIDADE E EMOLUMENTOS.....	53
12	RECOMENDAÇÃO FINAL.....	53
13	DESTINATÁRIOS.....	53
14	PUBLICIDADE.....	53
15	EMOLUMENTOS	54
IV	ANEXOS	55



SIGLAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
AdC	Autoridade da Concorrência
ADSE	Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
ARI	Autoridades Reguladoras Independentes
ARS	Administrações Regionais de Saúde
ASAE	Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
EPPCS	Estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde
EM	Esclerose Múltipla
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
INTOSAI	<i>International Organization of Supreme Audit Institutions</i>
IP	Instituto Público
ISP	O Instituto de Seguros de Portugal
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MFR	Medicina Física e Reabilitação
SA	Sociedade Anónima
SAMS	Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas
SINAS	Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRER	Sistema de Registo das Entidades Reguladas
TC	Tribunal de Contas
UE	União Europeia





I Sumário Executivo

1 INTRODUÇÃO

1.1 Natureza e âmbito da acção

Do Plano de Fiscalização do Tribunal de Contas (TC), para 2007, consta uma auditoria temática subordinada ao tema da Actividade Regulatória no Sector da Saúde que visa identificar e analisar as principais áreas de risco e os problemas, quer gerais, quer específicos, inerentes à regulação naquele sector de actividade. A referida acção abrangeu o período de 2004 a 2006 e incidiu sobre a actividade da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) que constitui o organismo regulador e independente que exerce a sua acção sobre todo o sistema da saúde e não apenas sobre algumas das suas dimensões¹.

No âmbito da temática da Actividade Regulatória foram já efectuadas outras auditorias, com incidência nos sectores da Água, Energia, Concorrência, Telecomunicações e Transporte Ferroviário, cujos relatórios foram oportunamente aprovados pelo Tribunal².

O TC decidiu, pela primeira vez, escolher o tema da regulação, quer pela oportunidade do exame da matéria, quer pela sua importância para o funcionamento transparente e concorrencial dos mercados abrangidos, quer, finalmente, para poder contribuir, construtivamente, para a melhor satisfação dos consumidores e, assim, promover a realização do interesse público.

1.2 Objectivos da Auditoria

De acordo com o Plano Global de Auditoria, foram formulados, como objectivos desta acção, a identificação e caracterização dos aspectos seguintes:

- ↪ Contexto do sector;
- ↪ Ambiente regulatório/modelo de regulação;
- ↪ Comparação do modelo de regulação português com o existente noutros países;
- ↪ Questões-chave de regulação na saúde;
- ↪ Modelo de monitorização e controlo;
- ↪ Balanço da actividade;
- ↪ Publicitação das adjudicações de obras públicas.

1.3 Metodologia utilizada e contraditório

Metodologia

A auditoria foi realizada com base no Manual de Auditoria do Tribunal de Contas, tendo adoptado também os procedimentos e metodologias de controlo seguidas pela INTOSAI, nomeadamente as respeitantes à regulação.

A auditoria, para além do trabalho de campo e da elaboração e análise de um questionário, comportou, entre outros, o exame de legislação, relatórios e estudos vários sobre a matéria em causa.

¹ (p.e., as ordens profissionais exercem uma regulação parcelar, na medida em que, cada ordem apenas regula os aspectos deontológicos da prática profissional, e apenas de uma das várias profissões no sector da saúde).

² Relatórios de Auditoria n.ºs 21/2007, 09/2007, 07/2007, 37/06 e 29/06.

Contraditório

Uma versão preliminar deste relatório foi oportunamente remetida à Entidade Reguladora da Saúde³, ao Ministro da Saúde e ao Ministro das Finanças e da Administração Pública, para, querendo-o, se pronunciarem sobre o correspondente conteúdo e conclusões.

Das alegações recebidas, o Tribunal, na fixação deste seu texto final, considerou e inseriu tudo o que de pertinente foi respondido.

Para além disso, a versão integral das respostas escritas enviadas é inserida em anexo ao presente Relatório dele fazendo parte integrante.

Não foi recebida resposta do Ministro das Finanças e da Administração Pública.

O TC considera ter dado, assim, amplo cumprimento ao princípio do contraditório.

2 CONCLUSÕES GERAIS

2.1 Contexto do sector

A nível nacional

Nos últimos anos, o sector da saúde tem sido destinatário de alterações profundas, essencialmente induzidas por novas políticas para a saúde, pensadas no âmbito de uma reforma do serviço público de saúde, que tem por objectivo aumentar a eficiência na aplicação dos recursos neste sector. Gerir com competência, premiar o mérito, responsabilizar com eficácia e incentivar a produtividade de mecanismos de mercado competitivos têm sido vectores essenciais do anunciado programa de reforma do serviço público de saúde.

A nível da União Europeia

As Directivas comunitárias constituem um instrumento que visa contribuir para a indispensável harmonização dos ordenamentos jurídicos internos dos diferentes Estados-membros da União Europeia (UE), **imprescindível à concretização das diferentes liberdades de circulação, e especificamente da mobilidade dos utentes dos serviços de saúde.**

De facto, **tendo cada um dos Estados-membros a obrigação de transposição das mesmas, dentro do calendário previsto e exigido**, determinando o seu não cumprimento uma acção de incumprimento contra o respectivo Estado, constitui um imperativo para o bom funcionamento, que todos eles transponham as directivas em devido tempo.

A mobilidade e a estratégia global são fundamentais para o prosseguimento de uma política de Saúde a nível da UE. Pelo menos, o estabelecimento do que constitui boas práticas nesta matéria e a sua troca entre os diferentes Estados-membros, é aceite e defendido pela Comissão.

Em matéria de regulação sectorial, em saúde, impõe-se a existência de normas jurídicas que enquadrem esta regulação, cabendo a sua aplicação à ERS, como entidade reguladora especialista deste sector, o que não obsta à constatação de que existem normas gerais e transversais, cuja defesa não está estritamente na área de intervenção da ERS, antes caindo no âmbito de intervenção de outras entidades reguladoras, como é o caso da Autoridade da Concorrência (AdC).

A concorrência na área da saúde é, nos nossos dias, matéria de suma importância, para que se consiga prosseguir da melhor forma uma política de saúde. Aliás, não se pode esquecer que, com a mobilidade internacional de doentes, sobretudo dentro da União Europeia, a concorrência deve desenvolver-se não apenas entre os prestadores de cuidados de saúde em Portugal, mas também com outros prestadores, ou, dito de outro modo, entre os sistemas dos países membros da UE.

³ Foi igualmente enviada uma versão preliminar deste relatório ao primeiro Presidente do Conselho Directivo da ERS, nomeado a 24 de Março de 2004, por Resolução do Conselho de Ministros e cujo respectivo mandato cessou, por renúncia, em Julho de 2005.



Estratégia governamental para o sector

O Programa do XVII Governo Constitucional prevê a alteração do âmbito de actuação da ERS, tornando-o mais consentâneo com a reforma administrativa em geral e, mais especificamente, com a reforma da saúde, previsto pelo actual Governo. **A concretização desse objectivo exige uma revisão do quadro legal e regulamentar que, actualmente, emoldura a actuação da entidade reguladora, encontrando-se para breve, segundo o TC foi informado, a publicação de tal revisão.**

Estádio de liberalização do sector regulado

Do ponto de vista da organização dos mercados, a Saúde, em Portugal, é tradicionalmente composta por mercados de concorrência imperfeita, uma vez que existem barreiras à entrada (licenciamento e convenções) e existe uma posição dominante por parte do sector público. Um estudo desenvolvido pela ERS permitiu constatar que, actualmente, ainda existe uma grande percentagem de unidades sem licença atribuída; um outro estudo, também efectuado pela ERS, permitiu concluir que as convenções se encontram, na generalidade das valências onde a contratação foi prevista, fechadas, não sendo possível a celebração de convenções com novos prestadores, independentemente de estes reunirem todas as condições exigíveis e desejáveis para celebrarem acordo com o SNS.

2.2 Modelo de regulação português

O modelo de regulação escolhido para Portugal foi o da autoridade administrativa independente, dotada de personalidade jurídica, muito embora exista uma tutela administrativa ministerial, traduzida em actos acrescidos de aprovação ou de autorização por parte do Ministro da Saúde e, em alguns casos, do Ministro das Finanças. **Tem por objecto a regulação, a supervisão e o acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços que prestam cuidados de saúde, quer se situem no subsistema público, quer no privado ou cooperativo e social.** Como é próprio das instâncias reguladoras, **dispõe de poderes regulamentares, de supervisão e sancionatórios, para além de incumbências em matéria de registo público.**

O modelo de regulação da saúde português assemelha-se aos modelos de regulação do Reino Unido e da Holanda, onde a regulação realizada por entidades independentes do Governo tem um papel central e apresenta-se, em termos gerais, como equilibrado.

Recursos humanos

Em Dezembro de 2006, a ERS dispunha de 29 colaboradores, isto é apenas 55% dos lugares previstos no respectivo quadro de pessoal, aprovado pela Portaria n.º 1457-A/2004, de 6 de Dezembro. **Actualmente, encontra-se ao serviço da ERS um total de 28 efectivos, número que não se afigura suficiente para que a ERS possa ter uma actuação mais célere relativamente às tarefas que lhe foram legalmente cometidas, nomeadamente, quanto à implementação do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, que irá envolver a realização de auditorias aos prestadores de cuidados de saúde, com o objectivo de monitorizar os serviços prestados e a sua conformidade com indicadores de qualidade previamente definidos pela ERS.**

Recursos financeiros

As receitas da ERS são provenientes do Orçamento do Estado, das Taxas pagas pelos operadores e da aplicação de coimas.

Até Julho de 2007, a ERS tinha arrecadado um total de € 7.751.325,00 proveniente de taxas cobradas pelo registo dos operadores, incluindo este montante valores cobrados a estabelecimentos não licenciados; **num relatório recente (2007)** a ERS divulgou que 83% das unidades de saúde privadas não estão licenciadas.

2.3 Questões-Chave da regulação na saúde

Falhas de mercado no sector da saúde

No sector da prestação de cuidados de saúde, no qual predominam as assimetrias de informação (entre prestadores/utentes e prestadores/financiadores)⁴ e a concorrência nos respectivos mercados é tendencialmente imperfeita, devido à existência de barreiras à entrada no sector (p.e., licenciamento, convenções) e devido à posição ainda dominante do sector público, quer como prestador, quer como financiador, **a adopção de métodos de gestão empresarial, voltados para a rentabilidade ou sustentabilidade financeira potenciam o aparecimento de fenómenos adversos como a selecção de riscos que levam à discriminação de determinados grupos de cidadãos** (rejeição dos doentes menos “rentáveis”), **a indução artificial da procura** (excesso de consumo de serviços de saúde) e **a redução da qualidade dos serviços prestados** (a procura de maior rentabilidade poderá passar pela redução dos custos, redução esta que poderá ser conseguida à custa da diminuição da qualidade do serviço).

Neste contexto, cabe à ERS assumir e concretizar um importante papel de prevenção, fiscalização e sancionamento das práticas nocivas dos direitos e interesses dos utentes dos serviços de saúde.

Adequação das atribuições e poderes legais da ERS

O Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, que criou a ERS, definiu a missão desta entidade como sendo a regulação, a supervisão e o acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, visando garantir a concorrência entre os operadores, na defesa dos interesses dos utentes.

⁴ Os utentes não possuem o conhecimento necessário a uma escolha eficaz dos prestadores: não têm capacidade para identificar que tipo de serviços necessitam, nem conhecem as técnicas apropriadas no tratamento da sua condição. A falta de informação verifica-se, mesmo posteriormente à prestação dos serviços: os utentes têm dificuldades em avaliar a qualidade dos serviços que lhes foram prestados, por falta de conhecimento técnico e por ausência de uma correlação directa entre os serviços prestados e o estado de saúde. Esta vantagem informacional por parte dos técnicos faz-se sentir não só face aos utentes, como também face ao financiador dos cuidados de saúde que, no caso do serviço público de saúde, é o Estado

Tal como foi concebida, **trata-se de uma missão demasiado vasta, pouco objectiva e pouco responsabilizadora. Para a prossecução desta missão, o referido diploma permite, pouco mais, do que a emissão de recomendações e directivas, o que limita o poder executivo desta entidade.**

O quadro legal que, actualmente, emoldura a actuação da ERS apresenta, pois, uma desadequação entre os objectivos (demasiado genéricos) e os instrumentos disponíveis (demasiado restritos).

Sobreposição de funções e/ou conflitos (ERS/AdC)

Em matéria de saúde, a ERS tem, por imperativo legal, competências e atribuições semelhantes às consagradas para a AdC em sede de defesa da concorrência a título transversal, ou seja **a ERS tem, igualmente, como atribuição legal a defesa da concorrência entre operadores, o que não pode, nem deve ser encarado como mera articulação com a AdC na prossecução das atribuições desta.**

A este propósito, o Tribunal não pode deixar de sublinhar que ou as competências da ERS, em matéria de concorrência no sector da saúde, svaziam de competência a AdC quanto a esse domínio, fazendo precludir a sua actuação, ou existe efectivamente uma sobreposição de competência geradora de potenciais conflitos. O que deveria ser devidamente clarificado, em benefício da transparência e da responsabilidade das duas reguladoras.

Isto, não obstante estarem a ser desenvolvidos contactos no sentido de ser celebrado um protocolo que identifique, com clareza, o âmbito de actuação de cada entidade e a respectiva articulação e que estabeleça os mecanismos procedimentais necessários à concretização não conflitual de tal articulação.

Sem deixar de relevar as dificuldades da tarefa em curso, o TC exorta os intervenientes a procurarem e a encontrarem uma solução que defenda a concorrência e os consumidores, com eficiência, economia e eficácia.

Na falta de solução acordada terá, de ser chamado o legislador a separar as águas.



2.4 Modelo de monitorização e controlo

Principais mecanismos desenvolvidos

No âmbito da monitorização e controlo, a ERS tem vindo a desenvolver mecanismos que visam a prevenção e o controlo das práticas lesivas dos direitos dos utentes, a regulação das falhas do mercado e a regulação das relações económicas entre operadores. Alguns dos mecanismos envolvem sistemas de recolha e de tratamento de informação de grande complexidade e morosidade, pelo que se encontram a ser aplicados de forma faseada, desde 2006.

Quanto aos mecanismos já desenvolvidos, encontram-se em pleno funcionamento os seguintes:

✚ **Sistema de Gestão das Reclamações** que visa o processamento das queixas e reclamações dos utentes; trata-se de um mecanismo essencial para o conhecimento dos pontos fracos do sistema de saúde e a identificação das áreas que exigem uma análise mais aprofundada. O livro de reclamações de modelo oficial é um instrumento fundamental neste domínio, ao permitir a auscultação do grau de satisfação dos utentes, em relação aos serviços de saúde que lhes são prestados, pelo que a ERS analisa todas as entradas verificadas neste domínio e tem um papel fundamental de mediação, quando existem divergências entre as partes reclamantes e reclamadas.

A falta de qualidade no atendimento ao utente e do cumprimento, pelos prestadores, dos horários previamente definidos para a prestação dos serviços, são as principais falhas que têm sido apontadas pelos utentes.

A análise da evolução das queixas e reclamações efectuadas, no período de 2004 a 2006⁵, permite inferir que os cidadãos estão cada vez mais cientes dos seus direitos e da importância de uma regulação efectiva no sector da saúde.

Sistema de Registo das Entidades Reguladas (SRER), cujo objectivo é o conhecimento do universo dos regulados, para que a ERS possa, efectivamente, regular. O processo de registo iniciou-se a 15 de Março de 2006 e consiste num processo dinâmico e contínuo, dependente das entradas e saídas dos operadores de cuidados de saúde que se verificarem no mercado.

O SRER visa criar em Portugal um painel exaustivo da prestação de cuidados de saúde, através do qual a ERS e os cidadãos poderão saber quem são os prestadores, o que é que fazem e em que condições o fazem.

De entre os mecanismos que se encontram em fase de desenvolvimento, destacam-se os seguintes:

✚ **Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS)**, o qual visa proporcionar aos cidadãos um conhecimento simplificado, transparente e objectivo, através de *ratings*, sobre a qualidade dos serviços prestados pelos diversos prestadores de cuidados de saúde.

Efectuada a avaliação dos cuidados de saúde, os resultados serão disponibilizados no *site* da ERS para serem livre e facilmente consultados pelos potenciais utentes/operadores.

✚ **Detecção de práticas de indução artificial da procura**, cujo objectivo é o de combater a possibilidade que os operadores têm de, artificialmente, criar necessidades nos utentes, geradoras de uma procura excessiva e do aumento das despesas de saúde.

✚ **Detecção de práticas de selecção de doentes**, que visa identificar padrões anormais no *case-mix* de alguns prestadores de cuidados de saúde, que possa indiciar práticas de selecção de doentes menos “rentáveis”.

Para além dos mecanismos de monitorização e controlo mencionados anteriormente, a ERS tem efectuado acções de fiscalização pontuais, bem como inspecções a estabelecimentos e verificações documentais.

⁵ Um total de 13 (2004), 72 (2005) e 2382 (2006) reclamações.

As medidas preventivas ou correctivas que têm sido recomendadas, no âmbito das acções desenvolvidas, encontram-se a ser devidamente implementadas e acompanhadas e foram, na sua maioria, aceites e acolhidas pelos operadores por elas visados.

Aspectos do modelo de monitorização e controlo a melhorar os mecanismos de monitorização, acompanhamento e controlo, actualmente ao dispor da ERS, **poderiam ser melhorados se, ao nível da revisão do diploma criador da ERS, que se encontra a decorrer, fossem contempladas as seguintes medidas:**

- ✚ Clarificação das situações que não permitem, em algumas zonas de fronteira, concluir, com certeza, quem é considerado operador no sector da saúde, para efeitos de Registo das Entidades Reguladas.
- ✚ Atribuição de competência à ERS para poder registar oficiosamente as entidades que identifique em infracção⁶, de acordo com as informações de que disponha ou que venha a obter através do dever da informação a que estão adstritos todos os seus regulados.
- ✚ Atribuição de competências à ERS, ao nível do controlo do cumprimento dos requisitos de funcionamento dos estabelecimentos dos seus regulados⁷, da emissão de recomendações sobre os requisitos necessários para o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e do sancionamento pelo incumprimento daqueles requisitos.
- ✚ Reforço das funções de monitorização, acompanhamento e controlo da ERS, através do alargamento dos deveres de informação e cooperação a terceiros, para além dos regulados, designadamente a outros agentes do sector, cuja colaboração possa ser relevante no exercício das funções da ERS.
- ✚ Criação de um Conselho Consultivo, composto por representantes das diversas áreas do sector, cuja função seria a participação na definição das linhas gerais de actuação da ERS e nas suas decisões.

⁶ Actualmente, uma entidade que se furte ao registo, apenas pode ser penalizada através do competente processo contra-ordenacional, não existindo qualquer instrumento legal destinado a compelir a entidade a inscrever-se no registo.

⁷ Actualmente, o controlo desses requisitos é efectuado através da figura do licenciamento.

O TC exorta o legislador a considerar estes aspectos na legislação que está em curso de revisão.

Sistema de informação aos utentes

A ERS dispõe de um site na Internet, com todos os dados relevantes, nomeadamente, os diplomas legislativos e regulamentares que a regulam, os regulamentos internos, o organigrama, a composição dos seus órgãos e do quadro de pessoal, as actividades desenvolvidas, incluindo os comunicados emitidos, os pareceres e recomendações produzidos, os planos e relatórios de actividade respectivos.

O site da ERS permite aos utentes pesquisar todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde registadas na ERS. A pesquisa pode ser efectuada por região, especialidades, tipo de prestador, acordos/convenções e pelo nome da entidade. O resultado da pesquisa permite identificar as entidades, estabelecimentos, valências e profissionais responsáveis pelos serviços.

É intenção da ERS implementar um sistema de reclamações através do site, de modo a facilitar a sua apresentação e o controlo da resolução das reclamações, contribuindo para a promoção de um relacionamento entre os utentes e a ERS.

O TC, sem deixar de incentivar a ERS a melhorar o seu sistema de informação, reconhece que o mesmo revela já grandes potencialidades.

Actividade sancionatória

A actividade sancionatória exercida pela ERS tem seguido estritamente o estipulado no Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, bem como o previsto em outros diplomas legais que reconhecem a ERS como a entidade competente para a fiscalização, instrução dos processos e aplicação de coimas e sanções acessórias das infracções neles previstas.



Constituem contra-ordenações, da competência da ERS, relativamente às entidades e pessoas singulares sujeitas a regulação, as constantes do seguinte quadro:

Qualificação

A indução artificial da procura de cuidados de saúde.
O desrespeito por decisão que decreta quaisquer medidas provisórias cautelares por parte da ERS.
A não prestação ou a prestação de informações falsas, inexactas ou incompletas pelos operadores em resposta a pedido da ERS, no uso dos seus poderes sancionatórios ou de supervisão.
A não colaboração com a ERS ou a obstrução ao exercício por esta dos poderes de obtenção de informação e de fiscalização.
O desrespeito da obrigação de possuir livro de reclamações.
O desrespeito da obrigação de facultar imediata e gratuitamente ao utente o livro de reclamações sempre que por este seja solicitado.
O desrespeito da obrigação de afixar no estabelecimento, em local bem visível e com caracteres facilmente legíveis pelo utente, um letreiro com a seguinte informação: «Este estabelecimento dispõe de livro de reclamações».
O desrespeito da obrigação de manter, por um período mínimo de três anos, um arquivo organizado dos livros de reclamações que tenha encerrado
O desrespeito da obrigação de envio para a ERS de reclamação apresentada no livro, no prazo máximo de 5 dias úteis.
O desrespeito da obrigação de entregar ao utente o duplicado da reclamação apresentada.
O desrespeito da obrigação de conservar no livro de reclamações o triplicado de reclamação apresentada.
O desrespeito da obrigação de constar do letreiro, referido anteriormente, a morada da ERS.

No âmbito dos processos contra-ordenacionais, a ERS tem ainda a possibilidade de aplicar as sanções acessórias que entenda necessárias.

Até Julho de 2007, foram abertos 32 processos contra-ordenacionais, sendo que destes, 13 estão concluídos da seguinte forma: 3 foram arquivados, 8 deram lugar a admoestação e 2 culminaram na aplicação de coima.

Na medida em que as sanções foram aplicadas recentemente ainda não é possível retirar conclusões sobre o efeito da actividade sancionatória relativamente às entidades reguladas.

Principais estudos desenvolvidos

De entre os estudos desenvolvidos pela ERS, destacam-se os que incidiram sobre os seguintes temas:

✚ Regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

Este estudo teve como objectivo dar a conhecer os vários diplomas existentes no ordenamento jurídico português sobre o licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde, bem como analisar a situação actual do processo de licenciamento, e as suas implicações na concorrência.

As principais conclusões deste estudo foram: a legislação sobre o licenciamento de unidades privadas de saúde é muito extensa e dispersa, não existindo um diploma comum; o licenciamento dos estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde apresenta problemas graves, dado que, vários anos após a publicação dos respectivos regimes jurídicos, ainda existe uma grande percentagem de unidades sem licença atribuída; as consequências da coexistência de unidades licenciadas e unidades não licenciadas para a eficiência dos mercados relevantes são extremamente negativas, já que, potencialmente, aumenta os custos sem a contrapartida do aumento da qualidade, além de criar desvantagens competitivas para os prestadores licenciados face aos não licenciados; em algumas áreas ou valências não existe qualquer controlo prévio por licenciamento, nem sempre existindo razões justificativas para essa isenção; o sistema actual de licenciamento é moroso, complexo e pouco eficiente.

O TC releva a importância destas conclusões e, sobretudo, a necessidade de, com urgência, serem tomadas medidas conducentes à eliminação das falhas e fragilidades detectadas.

✚ Regime das convenções celebrado pelo SNS

O estudo desenvolvido teve como objectivo caracterizar e avaliar o actual modelo de celebração de convenções entre o SNS e prestadores privados de cuidados de saúde.

Da análise efectuada resultaram as seguintes principais conclusões: o acesso às convenções apresenta-se fechado a novos prestadores; os preços tabelados para os actos convencionados não estão adequados às condições de procura e oferta actualmente existentes; os mecanismos de fiscalização ao dispor das Administrações Regionais de Saúde (ARS) não são suficientes para uma eficaz avaliação da qualidade dos serviços

prestados, limitando-se apenas à verificação documental; em consequência, o actual modelo de contratação enferma de problemas sérios, que lesam acima de tudo interesses dos utentes, em termos de acesso, liberdade de escolha e qualidade dos serviços de saúde, mas também o Estado de forma directa, especificamente, no que toca à aplicação de recursos no sector da Saúde, e indirecta, por força da incumbência de protecção do direito à saúde dos cidadãos.

De novo, o TC destaca a relevância destas conclusões e, bem assim, a premente necessidade de eliminar, a curto prazo, as deficiências detectadas.

✚ Protocolo “Compromisso com a Saúde”

A assinatura e publicitação de um protocolo assinado entre o Governo e a Associação Nacional de Farmácias, denominado “Compromisso com a Saúde”, mereceu uma reflexão cuidada, pelas potenciais implicações que poderia produzir na prestação de alguns cuidados de saúde aí previstos. Concretamente, a ERS elaborou um estudo sobre as implicações da cláusula 13.^a do protocolo para a qualidade e segurança dos serviços prestados, e para o bom funcionamento do mercado, nas actividades sujeitas à sua regulação, na medida em que se prevê, nessa cláusula, uma actualização e ampliação da actividade farmacêutica na direcção da prestação de cuidados de saúde (nomeadamente a prestação de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica e a prestação de primeiros-socorros e administração de vacinas).

O referido estudo identificou três dificuldades na ampliação da actividade farmacêutica à prestação de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica e à prestação de primeiros-socorros e administração de vacinas. Primeiro, os regimes de licenciamento e fiscalização daquelas actividades não são absolutamente compatíveis com o seu exercício pelas farmácias. **Por outro lado**, a hipótese de criação de regulamentação específica dirigida apenas aos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica disponíveis nas farmácias, diferente da aplicável aos outros prestadores, criaria uma distorção nos mercados relevantes, com consequências nefastas a nível da eficiência económica. **Finalmente**, o alargamento da actividade das Farmácias ao mercado de prestação de cuidados de saúde poderia levantar problemas em termos de regulação sectorial.

Em conclusão, a ERS considerou que a concretização da cláusula 13.^a do Protocolo “Compromisso com a Saúde”, se não for devidamente acautelada, poderá ter consequências negativas para a defesa dos direitos dos utentes, nomeadamente, em termos de qualidade e de segurança dos serviços prestados bem assim, para a eficiência dos mercados, nas áreas dos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, administração de vacinas e prestação de primeiros-socorros.

O TC não pode deixar de sublinhar esta preocupação da ERS.

Pareceres emitidos

No âmbito das suas atribuições e a pedido do Governo, a ERS emitiu parecer sobre os seguintes projectos de diploma legal:

Em 21/11/2005, sobre o projecto de Decreto-Lei de transformação de 30 hospitais em Entidades Públicas Empresariais e criação de dois Centros Hospitalares com estatuto de Entidades Públicas Empresariais.

Em 7/03/2006, sobre o projecto de Proposta de Lei de alteração à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplante de órgãos, tecidos e células de origem humana.

Em 4/10/2006, sobre o projecto de Decreto-Lei de transformação de 6 hospitais em Entidades Públicas Empresariais.

Em 4/10/2006, sobre o projecto de Decreto-Lei de Criação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE.

Em 31/01/2007, sobre o projecto de Despacho sobre os preços das Convenções para o ano de 2007.

Em 15/06/2007, sobre o projecto de Decreto-Lei de criação de dois Centros Hospitalares com o estatuto de Entidades Públicas Empresariais.

A ERS emitiu também parecer sobre os seguintes assuntos:

Em 25/07/2006, parecer técnico fundamentando a inclusão no âmbito da ERS (e consequente obrigatoriedade de registo) dos profissionais liberais que prestam cuidados de saúde em estabelecimento próprio individual.

Em 12/01/2007, sobre a obrigatoriedade de registo na ERS de empresas contratadas por Hospitais para os seus Serviços de Urgência.

Em 09/03/2007, sobre a operação de fusão por incorporação de dois laboratórios de análises clínicas.



Na sequência dos estudos e pareceres desenvolvidos, a ERS formulou um conjunto de recomendações a fazer ao Governo e aos prestadores de cuidados de saúde, com vista à superação das dificuldades ou anomalias detectadas no sistema de saúde, no sentido de contribuir activamente para assegurar a defesa dos direitos dos utentes e prestadores.

A título de exemplo e no âmbito dos estudos nas áreas do licenciamento e das convenções está a ser preparada, pelo Governo, legislação específica que materializa as recomendações efectuadas pela ERS.

O Tribunal convida o legislador a contribuir com medidas adequadas e em tempo oportuno para a eficiência do sistema de saúde.

2.5 Balanço da actividade

A ERS foi criada em finais de 2003. Contudo, o período de 2004 a 2005 correspondeu a um longo período de instalação apesar de, formalmente, distintamente do que aconteceu relativamente a outras entidades independentes, o legislador não ter previsto nenhum regime de instalação no diploma que a criou.

O ano de 2006 foi o ano da definição e estabilização da ERS, em termos de gestão e organização interna. Desde então, a ERS tem vindo a conquistar o seu próprio espaço de actuação e a desempenhar as suas funções de forma adequada.

De entre o trabalho que tem vindo a desenvolver, a ERS destaca a actividade de registo obrigatório das entidades prestadoras de cuidados de saúde, como sendo a actividade de maior importância (basilar) para o seu funcionamento, na medida em que, o conhecimento do universo dos regulados é condição imprescindível para que a ERS possa exercer devidamente as suas funções de regulação, supervisão e acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde.

Actualmente, a base de dados das entidades registadas constitui um acervo de informação sobre o tecido de prestadores de cuidados de saúde inédito em Portugal, quer pela exaustividade e natureza da informação recolhida, quer pela criação de um canal de comunicação directo e privilegiado com todos os prestadores.

Para o futuro, a ERS espera dispor, quando for concluído o processo de revisão do Decreto-Lei dos seus Estatutos, das condições necessárias para continuar a cumprir a sua missão de defesa dos interesses dos utentes dos serviços de saúde, e de garante da concorrência entre todos os operadores.

O Tribunal acompanhará de muito perto esta evolução esperada pela ERS e sublinha a indispensabilidade da sua plena concretização para que a reguladora possa cabalmente exercer o seu papel de garante do funcionamento do mercado e de protecção dos consumidores.

3 RECOMENDAÇÕES

Atendendo ao diagnóstico traçado no presente Relatório, e de acordo com as respostas das entidades ouvidas em sede de contraditório, e atenta a necessidade de introduzir melhorias ao nível da regulação na área da saúde, o TC formula as seguintes recomendações:

☞ À Entidade Reguladora da Saúde

Que desenvolva esforços junto da Autoridade da Concorrência (AdC) com o objectivo de serem implementados instrumentos e mecanismos que assegurem uma eficaz articulação com aquela entidade e evitem duplicações ou conflitos de competência.

☞ Ao Ministro da Saúde

Que disponibilize à Entidade Reguladora da Saúde recursos humanos especializados, de forma a dinamizar o exercício das tarefas que lhe estão cometidas por lei.

Que considere, na reformulação do diploma orgânico da ERS, os seguintes aspectos:

☞ Clarificação das situações que não permitem, em algumas zonas de fronteira, concluir com certeza, quem é considerado operador no sector da saúde para efeitos de Registo das Entidades Reguladas.

-
- ↪ Atribuição de competência à ERS para poder **registar officiosamente** as entidades que identifique em infracção, de acordo com as informações de que disponha ou que venha a obter através do dever da informação a que estão adstritos todos os seus regulados.
 - ↪ Atribuição de competências à ERS ao nível do controlo do cumprimento dos **requisitos de funcionamento dos estabelecimentos** dos seus regulados, da emissão de recomendações sobre os requisitos necessários para o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e do sancionamento pelo incumprimento daqueles requisitos.
 - ↪ Reforço das funções de **monitorização, acompanhamento e controlo** da ERS, através do alargamento dos deveres de informação e cooperação a terceiros, para além dos regulados, designadamente a outros agentes do sector, cuja colaboração possa ser relevante no exercício das funções da ERS. - Criação de um Conselho Consultivo, composto por representantes das diversas áreas do sector, cuja função seria a participação na definição das linhas gerais de actuação da ERS e nas suas decisões.
 - ↪ Contribuir com medidas adequadas e em tempo oportuno para a eficiência do sistema de saúde.

As recomendações que o Tribunal acaba de formular ao Ministro da Saúde, com vista à reformulação do diploma orgânico da ERS, em curso, são indispensáveis e de urgente concretização.



II Corpo do Relatório

4 NOTA INTRODUTÓRIA

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), como autoridade administrativa independente, enquadradora da participação e actuação dos operadores privados e sociais, no âmbito da prestação dos serviços públicos da saúde, foi prevista no Programa do XV Governo Constitucional, tendo sido criada por este através do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro. Na verdade, a sua criação impunha-se no âmbito de uma profunda reforma do sector da saúde, aliás, enquadrada numa reforma mais ampla de toda a Administração Pública em geral.

A ERS, cujo objecto é a regulação, supervisão e acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde atravessou, desde a sua criação, mais exactamente, desde a tomada de posse do Conselho Directivo⁸, um longo período de instalação, apesar de, formalmente, distintamente do que aconteceu relativamente a outras autoridades independentes, o legislador não ter previsto nenhum regime de instalação no diploma que a criou⁹.

A partir da tomada de posse, em 19 de Abril de 2004, o Conselho Directivo dedicou-se a desenvolver o trabalho interno de preparação da

actuação da ERS, de forma a reunir os pressupostos indispensáveis ao seu funcionamento. São de relevar as condições adversas com que a ERS se deparou durante esse período, obstrutivas de um papel mais pró-activo no sistema de saúde. Em primeiro lugar, dificuldades na escolha de um imóvel apto a instalar a ERS, bem como a concretização jurídica dessa escolha e o recrutamento do pessoal mínimo necessário¹⁰.

A nível das instalações, o conselho directivo da ERS começou por dispor, na Administração Regional de Saúde do Norte, de duas salas: uma delas servia de gabinete para os membros do Conselho Directivo e a outra servia de sala de reuniões. Mais tarde, passou a dispor de três gabinetes individuais, deixando de ter a sala de reuniões. Quer os equipamentos quer os consumíveis utilizados pelo Conselho Directivo foram sempre disponibilizados pela Administração Regional de Saúde do Norte, onde a ERS esteve instalada por um período de cerca de oito meses. Em Outubro de 2004 o Conselho Directivo da ERS passou a ocupar instalações próprias no Palácio da Bolsa, no Porto.

No que toca aos recursos humanos, após a publicação da Portaria do Quadro de Pessoal da ERS, em 6 de Dezembro de 2004¹¹, foram celebrados contratos individuais de trabalho com termo certo com oito colaboradores¹² que iniciaram o exercício das suas funções durante o mês de Dezembro de 2004.

⁸ Após nomeação a 24 de Março de 2004, por Resolução do Conselho de Ministros, sob proposta do Ministro da Saúde. Composto por um presidente (Professor Doutor Rui Lopes Nunes) e dois vogais (Professor Doutor José Cordeiro Tavares e Dr. Paulo Pinheiro de Freitas).

Nos termos do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, o Conselho Directivo é o órgão colegial responsável pela definição da actuação da ERS, bem como pela direcção dos respectivos serviços, em conformidade com a lei.

⁹ O Decreto-Lei n.º 215/97, de 18 de Agosto define o regime de instalação na Administração Pública. O artigo 3.º fixa em dois anos o período de instalação, podendo o mesmo ser prorrogado, a título excepcional, por mais um ano, mediante despacho conjunto fundamentado do Ministro das Finanças, do membro do Governo interessado e daquele que tiver a seu cargo a Administração Pública. O artigo 4.º estabelece que os serviços e organismos em regime de instalação são dirigidos por uma comissão instaladora.

¹⁰ Só no início de 2005 estiveram reunidas as condições físicas e humanas mínimas para a ERS proceder ao início da sua actividade.

¹¹ Portaria n.º 1457/2004, de 6 de Dezembro.

¹² Um técnico na área de gestão de meios materiais, um técnico na área de gestão de meios humanos, dois motoristas de ligeiros e duas assistentes administrativas.

Em Maio de 2005, ocorreu a demissão de um dos vogais do Conselho Directivo, situação que prejudicou, significativamente, o normal funcionamento da entidade. Os mandatos do Presidente e do segundo vogal cessaram, igualmente, por renúncia, respectivamente em Julho e Agosto de 2005, o que tornou necessário a nomeação de um novo Conselho Directivo.

Quando em 30 de Setembro de 2005, o actual Conselho Directivo¹³ iniciou funções, a ERS estava praticamente paralisada. Os recursos humanos disponíveis eram escassos, a exiguidade das instalações impedia a sua expansão e os sistemas de informação internos eram praticamente inexistentes.

Neste contexto, grande parte do esforço inicial do actual Conselho Directivo da ERS, teve de ser dirigido para a criação das condições, em termos de recursos humanos, instalações, sistemas de informação, quadro legal e regulamentar, necessárias ao bom funcionamento da entidade.

Por último, cumpre salientar que a **actividade da ERS, considerada normal e em prol do cumprimento dos seus objectivos e atribuições, conta apenas com, sensivelmente, um ano e seis meses (desde o início de 2006 até à presente data¹⁴), uma vez que este é o período de existência em que a entidade goza de estabilidade organizativa.**

5 CONTEXTO DO SECTOR

5.1 A nível nacional

Nos últimos anos, o sector da saúde tem conhecido alterações profundas, essencialmente induzidas por novas políticas para a saúde, pensadas no âmbito de uma reforma do serviço público de saúde que tem por objectivo aumentar a eficiência na aplicação dos recursos neste sector.

Uma face importante da reforma do sistema de saúde português, e que em parte visa a modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), consiste na crescente empresarialização da prestação de cuidados de saúde. Segundo estimativas da ERS, mais de

metade da actividade de prestação de cuidados de saúde é hoje exercida por entidades com natureza empresarial multidisciplinares, dirigidas por gestores profissionais, incluindo este grupo as **novas formas de gestão dos hospitais públicos** (hospitais, sociedade anónima; entidades públicas empresariais¹⁵; hospitais geridos em “parceria público-privada¹⁶” e os investimentos privados).

Esta empresarialização tem como traços característicos a adopção de modelos de gestão com carácter empresarial orientados para a satisfação dos interesses e necessidades dos utentes em tempo útil e com qualidade, subordinados a rigor orçamental, maior agilidade e autonomia da gestão, promoção do desenvolvimento e do mérito dos profissionais de saúde. Adicionalmente, o processo de empresarialização do serviço público de saúde ocorre a par da **introdução de novos métodos de financiamento e novos modelos de contratação¹⁷** que procuram criar incentivos à aplicação eficiente dos recursos, com possível canalização dos ganhos para a redução de custos¹⁸.

Em suma, gerir com competência, premiar o mérito, responsabilizar com eficácia e incentivar a produtividade de mecanismos de mercado competitivos são vectores essenciais do programa de reforma do serviço público de saúde.

Neste contexto, caberá ao Estado o duplo papel de enquadrador do serviço público de saúde e de regulador da participação dos prestadores de cuidados de saúde, através de mecanismos de regulação económica, bem como da fixação e da fiscalização do cumprimento de critérios de qualidade e de desempenho.

¹³ Composto pelo Professor Doutor Álvaro Almeida (Presidente), pelo Dr. Eurico Castro Alves e pelo Dr. Joaquim Brandão (Vogais).

¹⁴ Julho de 2007.

¹⁵ O Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, transformou os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais (E.P.E.), com o objectivo de fazer convergir o regime das E.P.E. com o modelo jurídico-privado das sociedades anónimas. As E.P.E. encontram-se sujeitas a um regime mais rigoroso de serviço público ao nível das orientações estratégicas, a exercer pelos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, necessário para que aquele conjunto de empresas funcione, quer a nível operacional quer a nível da racionalidade económica das decisões de investimento, como uma rede articulada de prestação de cuidados, com vista a Integrar-se no Plano Nacional de Saúde (Documento estratégico com orientações – 2004 a 2010 - destinadas a sustentar política, técnica e financeiramente o SNS).

¹⁶ Estabelecimento de contratos de Parcerias Público-Privadas (PPP).

¹⁷ Nomeadamente as PPP.

¹⁸ A Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar, decorrendo da mesma a adopção de um novo estatuto para os hospitais, bem como um novo modelo de gestão, de contratação e financiamento das prestações de saúde



5.2 A nível da União Europeia

As Directivas comunitárias constituem um instrumento que visa contribuir para a indispensável harmonização dos ordenamentos jurídicos internos dos diferentes Estados-membros da União Europeia (UE), imprescindível à concretização das diferentes liberdades de circulação, e especificamente da mobilidade dos utentes dos serviços de saúde.

De facto, tendo cada um dos Estados-membros a obrigação de transposição das mesmas, dentro do calendário previsto e exigido, determinando o seu não cumprimento uma acção de incumprimento contra o respectivo Estado, constitui um imperativo para o bom funcionamento, que todos eles transponham as directivas em devido tempo.

A mobilidade e a estratégia global são fundamentais para o prosseguimento de uma política de Saúde a nível da UE. Pelo menos, o estabelecimento do que constitui boas práticas nesta matéria e a sua troca entre os diferentes Estados-membros, é aceite e defendido pela Comissão.

Em matéria de regulação sectorial, em saúde, impõe-se a existência de normas jurídicas que enquadrem esta regulação, cabendo a sua aplicação à ERS, como entidade reguladora especialista deste sector¹⁹, o que não obsta à constatação de que existem normas gerais e transversais, cuja defesa não está estritamente na área de intervenção da ERS, antes caindo no âmbito de intervenção de outras entidades reguladoras, como é o caso da Autoridade da Concorrência.

A concorrência na área da saúde é, nos nossos dias, matéria de suma importância, para que se consiga prosseguir da melhor forma uma política de saúde. Aliás, não se pode esquecer que, **com a mobilidade internacional de doentes, sobretudo dentro da União Europeia, a concorrência deve desenvolver-se não apenas entre os prestadores dos cuidados de saúde em Portugal, mas também com outros prestadores, ou, dito de outro modo, entre os sistemas dos países membros da UE.**

Na opinião da ERS, o segredo para **o bom funcionamento do sistema de defesa da concorrência reside, nomeadamente, numa boa e clara repartição de poderes e funções entre**

certas entidades das quais se destacam a reguladora sectorial e a Autoridade da Concorrência de natureza transversal.

Nos Estados-membros da UE, por força das normas de Direito Comunitário²⁰, o relacionamento entre aquelas entidades depende da política comunitária da concorrência, assumida pelos vários Estados-membros e nessa mesma qualidade, repartem entre si as funções de promoção da concorrência no acesso ao mercado, a verificação, a fiscalização das restrições à concorrência dos prestadores já instalados, assim como o controlo das alterações estruturais decorrentes de operações de concentração.

Impõe-se portanto um esforço de coexistência entre estes dois tipos de entidades, a qual só é possível se houver uma clarificação de atribuições, funções e competências dos respectivos órgãos, afirmando-se uma complementaridade entre si.

Constituindo um princípio básico na área da saúde, assumindo-se mesmo como um direito dos utentes a acautelar, a liberdade de escolha dos serviços de saúde não pode deixar de pressupor a livre concorrência. É que, um utente só pode ter liberdade de escolha se tiver por que optar ou escolher, podendo escolher um prestador em vez de outro.

Porém, a concorrência nem sempre é possível, sendo a área da saúde uma das áreas onde podem existir mecanismos que se traduzam em atropelos a uma sã concorrência.

No entendimento da ERS, apesar da actuação de uma entidade reguladora sectorial e de uma autoridade transversal como a Autoridade da Concorrência serem conceptualmente diferentes, importa que actuem concertadamente, atendendo às especificidades do sector da saúde, onde há que fazer equilíbrios, nomeadamente entre acessibilidade e equidade, qualidade das prestações e avaliação das mesmas.

Só assim uma reguladora sectorial como a ERS pode efectuar uma regulação eficiente, eficaz, em suma, adequada, que tenha em linha de conta as restrições que lhe são impostas como sejam algum **deficit de informação da realidade, e sobretudo de instrumentos de acção.**

¹⁹ Entidade reguladora dedicada para o sector da saúde, nos termos do preâmbulo do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.

²⁰ Quer de fonte originária, quer derivada.

5.3 Estratégia governamental para o sector

O Programado do XVII Governo Constitucional prevê a alteração do âmbito de actuação da ERS, tornando-o mais consentâneo com a reforma administrativa em geral e, mais especificamente, com a reforma da saúde, previsto pelo actual Governo. A concretização desse objectivo exige uma revisão do quadro legal e regulamentar que, actualmente, emoldura a actuação da entidade reguladora.

Durante o ano de 2006, o Gabinete do Ministro da Saúde, em colaboração com o Conselho Directivo da ERS, iniciou o processo de revisão do diploma criador desta entidade. Apesar de o processo de revisão ainda não estar concluído²¹, o Ministro da Saúde já tornou pública a sua visão, numa comunicação por si proferida aquando do Seminário “Regulação Independente em Saúde”²². Nesta comunicação, o Ministro da Saúde defendeu que “As finalidades da ERS devem estar em sintonia com a missão ética do próprio sistema de saúde, com a Lei de Bases da Saúde²³ e atenderem à estratégia de saúde do País, actualmente materializada no Plano Nacional de Saúde”. Sobre as áreas de actuação da ERS, o Ministro afirmou que “... a ERS deverá, com utilidade em termos de serviço público, identificar os fracassos de mercado e de governo no sector e intervir, caracterizando todos os domínios de actuação pública e privada, que gerem ineficiências na prestação, mercados incompletos, excessiva burocracia, falta de transparência nas relações económicas e administrativas, ou falhas da própria actuação pública”, e que “à ERS poderá ainda caber um importante papel de árbitro ou tribunal de relações contratuais da prestação, sobretudo quando envolvendo privados, mas também, porque não, dos Hospitais EPE ou outro tipo de entidades públicas que negociem contratos com o financiador público. E poderá produzir “regulação económica antecipatória”, estudando os porquês das falhas de regulação pública (o clássico Amadora-Sintra)²⁴ ou prevenindo problemas de regulação e gestão de contratos complexos que se perspectivam em termos das PPP”.

Sobre a regulação das questões da qualidade, o Ministro entende que à ERS deverá “caber um papel de macro de “vigilância” da qualidade global do sistema e da equidade (...), articulando-se com as instituições do próprio Ministério da Saúde que desenvolvem tarefas de garantia e melhoria da qualidade da prestação, e de a avaliar directamente”.

Nestes termos, em 2006, o Conselho Directivo da ERS entendeu privilegiar, no planeamento e na prática das suas actividades, as áreas de actuação que se prevê venham a ser compatíveis com a futura lei orgânica da ERS. No entanto, e no respeito pela lei, todas as actividades da ERS foram levadas a cabo no mais escrupuloso cumprimento do diploma em vigor, e fundamentadas nas atribuições e competências nele previstas.

A evolução do sistema de saúde Português em 2006 seguiu, em termos de políticas, os objectivos estratégicos definidos pelo Governo que, como se podia ler no relatório do Orçamento do Estado para 2006, passavam por “aumentar os ganhos em saúde dos portugueses; reforçar os mecanismos de planeamento estratégico dos recursos; melhorar o acesso e reforçar a qualidade; e controlar o ritmo de crescimento da despesa do SNS.”

Esta linha de evolução justifica, de modo cada vez mais premente, a actividade de regulação independente e centrada no utente por parte da ERS. De facto, podia ler-se no mesmo relatório que é também entendimento do Governo que a regulação independente da saúde é uma exigência no âmbito das políticas governamentais para o sector da saúde: “A delegação da prestação, no mercado e na sociedade civil (contratos de gestão, hospitais empresarializados, parcerias público-privadas, contratação de serviços, convenções sobre meios de diagnóstico e terapêutica e transporte de doentes), exige planeamento estratégico, coordenação eficaz, regulação independente e vigilante. As convenções sobre hospitalização e ambulatório, nomeadamente, meios de diagnóstico, terapêutica e transporte de doentes, serão renegociadas em condições de concorrência e cuidadosamente acompanhadas pela ERS.”

²¹ Segundo informação da ERS já foi elaborado um projecto de Decreto-Lei dos Estatutos da ERS; o respectivo processo de revisão ainda não está concluído, mas é expectável que o seja brevemente.

²² Realizado em 13 de Fevereiro de 2006.

²³ Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro que aprovou o novo regime jurídico hospitalar.

²⁴ Uma parceria do Estado com o grupo Mello.



O relatório do Orçamento do Estado para 2007 define como linhas estratégicas da política de saúde o aumento dos ganhos de saúde para a população, a melhoria da rede de cuidados de saúde a idosos e a pessoas com dependência, o desenvolvimento das Unidades de Saúde Familiares, a promoção da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o aperfeiçoamento da sua organização e gestão, e a promoção do conhecimento, modernização e inovação.

Neste contexto, o papel da regulação independente da saúde, centrada no utente, será cada vez mais fundamental para garantir o acesso aos cuidados de saúde, a observância dos níveis de qualidade e segurança, e a defesa dos direitos e interesses dos utentes. A continuação do processo de empresarialização dos hospitais, o lançamento de novos hospitais em regime de parcerias público-privadas, a criação de novos centros hospitalares e de unidades locais de saúde, e as medidas de controlo da despesa pública em meios de diagnóstico e terapêutica no âmbito do regime convencionado com o SNS, poderão criar dinâmicas no sector da saúde merecedoras de uma atenta vigilância por parte do regulador independente.

5.4 Estádio de liberalização do sector regulado

Do ponto de vista da organização dos mercados a Saúde, em Portugal, é tradicionalmente composta por mercados de concorrência imperfeita, uma vez que existem barreiras à entrada (licenciamento e convenções) e existe uma posição dominante por parte do sector público.

Um estudo desenvolvido pela ERS permitiu constatar que, actualmente, ainda existe uma grande percentagem de unidades sem licença atribuída.

O actual estado do licenciamento de estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde, em que apenas uma parte dos estabelecimentos em funcionamento está licenciado, configura uma situação de discriminação nas condições de concorrência no mercado, que pode resultar numa selecção adversa dos prestadores não licenciados, sendo expulsos do mercado aqueles prestadores que, pelo cumprimento dos standards inerentes ao licenciamento, oferecem maiores garantias de qualidade e segurança.

Nestes moldes, o licenciamento, potencialmente, aumenta os custos do sector da saúde sem a contrapartida do aumento da qualidade, além de criar desvantagens competitivas para os prestadores licenciados face aos não licenciados.

Um outro estudo, também, efectuado pela ERS, permitiu concluir que as convenções se encontram, na generalidade das valências onde a contratação foi prevista, fechadas, não sendo possível a celebração de convenções com novos prestadores, independentemente de estes reunirem todas as condições exigíveis e desejáveis para celebrarem acordo com o SNS.

Tal facto constitui uma barreira no acesso ao subsector das convenções com o SNS, em prejuízo da promoção e defesa da concorrência, com a conseqüente cristalização no mercado das posições dos operadores já existentes. Esta desigualdade no acesso dos prestadores às convenções reduz a eficiência da prestação de cuidados de saúde, de forma estática e também dinâmica. A ineficiência estática ocorre na medida em que não há qualquer garantia de que prestam serviços ao SNS os operadores mais eficientes. Por outro lado, há também ineficiência dinâmica, uma vez que a pressão concorrencial sobre os convencionados é limitada pela restrição de novas entradas no subsector, havendo, por isso, menos incentivos para os convencionados se tornarem mais eficientes. As desigualdades de acesso resultam da dificuldade ou impossibilidade de acesso dos novos operadores ao mercado convencionado, a qual resulta das convenções se encontrarem fechadas, o que gera “monopólios geracionais”. Uma vez que só os prestadores mais antigos, que aderiram às convenções enquanto os clausulados estiveram em vigor, é que podem prestar serviços ao SNS, está criada uma situação de clara discriminação negativa dos novos investimentos no sector, no que ao acesso aos mercados diz respeito.

Note-se que neste caso a ineficiência estática é particularmente grave, pois não só não há qualquer garantia de que prestam serviços ao SNS os operadores mais eficientes, como é mesmo provável que alguns dos prestadores convenionados sejam os menos eficientes, por duas razões: em primeiro lugar, é menos provável que os prestadores antigos incorporem as tecnologias e os métodos de gestão mais recentes; em segundo lugar, os prestadores mais recentes terão de conquistar (sem acesso a convenções) uma quota de mercado suficiente para atingir o volume de negócios que lhes permita sobreviver, o que só será possível se forem mais eficientes que alguns dos operadores instalados.

Na opinião da ERS, **existe, pois, um espaço fundamental a ser ocupado pela regulação no sentido de contribuir para que exista um efectivo ambiente concorrencial**, e para perceber até que ponto algumas práticas do sector diminuem o nível de concorrência, e com isso lesam os legítimos interesses dos utentes/operadores.

6 AMBIENTE REGULATÓRIO/MODELO DE REGULAÇÃO

6.1 Posicionamento do modelo português de regulação

Até à publicação do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, não existia em Portugal a experiência de regulação independente dedicada ao sector da saúde. No passado, a regulação da saúde estava limitada à actuação de entidades administrativas na dependência directa ou indirecta do Ministério da Saúde, e das ordens profissionais. Ao contrário do que acontece com outras formas institucionais de regulação, a existência de um organismo regulador «dedicado» e independente permite que a regulação se exerça sobre todo o sistema de saúde, e não apenas sobre algumas das suas dimensões²⁵. Esta visão global e sistémica permite uma melhor coordenação e maior eficácia na regulação.

²⁵ (p.e., as ordens profissionais exercem um regulação parcelar na medida em que cada ordem apenas regula os aspectos deontológicos da prática profissional, e apenas de uma das várias profissões no sector da saúde).

Não obstante a existência de uma entidade reguladora forte ser condição para o bom funcionamento do sistema de saúde, a ERS deparou-se, desde a sua criação, com a necessidade de assumir uma atitude pedagógica relativamente ao lugar ocupado no universo de entidades reguladoras no sector da saúde²⁶.

Âmbito de Actuação da ERS

A ERS constitui um regulador dedicado cujo âmbito de actuação está circunscrito a um determinado sector²⁷. Com efeito, **estão sujeitos à regulação da ERS**, os seguintes operadores:

Entidades, estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, integrados ou não na rede de prestação de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica;
Entidades externas titulares de acordos, contratos e convenções;
Entidades e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos sectores social e privado, incluindo a prática liberal;
Associações de entidades públicas ou privadas e as instituições particulares de solidariedade social que se dedicam à promoção e protecção da saúde, ainda que sob a forma de pessoa colectiva de utilidade pública administrativa e desenvolvem a respectiva actividade no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde ou no seu apoio directo;
Subsistemas de saúde.

Não estão sujeitos à regulação da ERS:

Os profissionais de saúde no âmbito das atribuições das respectivas ordens ou associações profissionais;
Os estabelecimentos e serviços sujeitos a regulação sectorial específica.

Atribuições e competência legais da ERS

As atribuições e competências da ERS são próprias de um regulador dedicado, e compreendem a regulação e a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e segurança e aos direitos dos utentes²⁸. **Concretamente, são atribuições da ERS:**

²⁶ Nomeadamente a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde, a Direcção-Geral da Saúde, a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP e as Administrações Regionais de Saúde, IP.

²⁷ Nos termos do artigo. 8.º do Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de Dezembro.

²⁸ Nos termos do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 309/2003.



Defender os interesses dos utentes;
Garantir a concorrência entre os operadores, no quadro da prossecução dos direitos dos utentes;
Colaborar com a Autoridade da Concorrência na prossecução de atribuições relativas a este sector;
Desempenhar as demais funções que por lei lhe sejam atribuídas.

Cabe ainda à ERS dar parecer, a pedido do Governo, sobre:

Os contratos de concessão e gestão que envolvam as actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração de instituições e serviços, ou suas partes funcionalmente autónomas com responsabilidade pelas prestações de cuidados de saúde;
Outros modelos inovadores de gestão subjacentes à prestação de cuidados de saúde;
Os acordos, contratos e convenções subjacentes ao regime das convenções;
Os requisitos e as regras de licenciamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, respectivamente do sector social, privado e cooperativo;
Os requisitos e as regras relativos ao exercício da actividade seguradora por entidades autorizadas a explorar o ramo «Doença».

No que se refere às competências, são objectivos da regulação da ERS:

Assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde;
Garantir adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde;
Assegurar os direitos e interesses legítimos dos utentes.

Nessa medida, incumbe à ERS:

Zelar pelo respeito da liberdade de escolha nas unidades de saúde privadas;
Promover a garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde;
Prevenir e combater as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde;
Prevenir e punir as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS).
Avaliar os padrões e indicadores de qualidade subjacentes aos cuidados de saúde prestados e verificar a sua aplicação;
Acompanhar o cumprimento das obrigações inerentes à acreditação dos estabelecimentos e serviços;
Propor critérios básicos relativos à «Carta dos direitos dos utentes» dos serviços de saúde e proceder ao registo desta;
Zelar pelo respeito dos preços administrativamente fixados ou convencionados no SNS.

Do elenco de atribuições e competências da ERS resulta que além da regulação económica cabe à ERS igualmente um papel de garantia de direitos fundamentais, no caso o direito de acesso a cuidados de saúde.

Daí que a ERS não pode ser caracterizada como uma reguladora exclusivamente económica mas também uma reguladora «social», característica que não deixa de ser típica da regulação independente.

Estatuto da ERS

Criada pelo Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, a ERS é uma pessoa colectiva de direito público, **dotada de autonomia administrativa e financeira** e de património próprio, **sujeita à tutela do Ministro da Saúde e quando for o caso, do Ministro das Finanças, nos termos do referido diploma e da demais legislação aplicável.**

A ERS é independente no exercício das suas funções, no quadro da lei, sem prejuízo dos princípios orientadores da política de saúde fixada pelo Governo, nos termos constitucionais e legais, e dos actos sujeitos a tutela ministerial, desde o plano de actividades e o orçamento, ao relatório de actividades e às contas, à aquisição ou alienação de bens imóveis e a outros actos de incidência patrimonial ou financeira previstos na lei.

Rege-se pelas normas constantes do Decreto-Lei n.º 309/2003 e demais legislação aplicável, bem como pelo respectivo regulamento interno²⁹ e, subsidiariamente pelo regime jurídico dos institutos públicos.

Órgãos da ERS

São órgãos da ERS o conselho directivo³⁰ e o fiscal único.

²⁹ Aprovado pela Portaria n.º 418/2005, de 14 de Abril – Regulamento interno da organização e funcionamento dos serviços da ERS.

³⁰ Composto por um presidente e por dois vogais.

O conselho directivo é o órgão colegial responsável pela definição da actuação da ERS, bem como pela direcção dos respectivos serviços; é composto por um presidente e dois vogais, nomeados por Resolução do Conselho de Ministros, sob proposta do Ministro da Saúde³¹.

Não pode haver nomeação dos membros do Conselho Directivo depois da demissão do Governo ou da convocação de eleições para a Assembleia da República nem antes da confirmação parlamentar do Governo recém-nomeado.

Os membros do Conselho Directivo estão sujeitos ao estatuto do gestor público, em tudo o que não resulte do Decreto-Lei n.º 309/2003, sendo a sua remuneração estabelecida por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde.

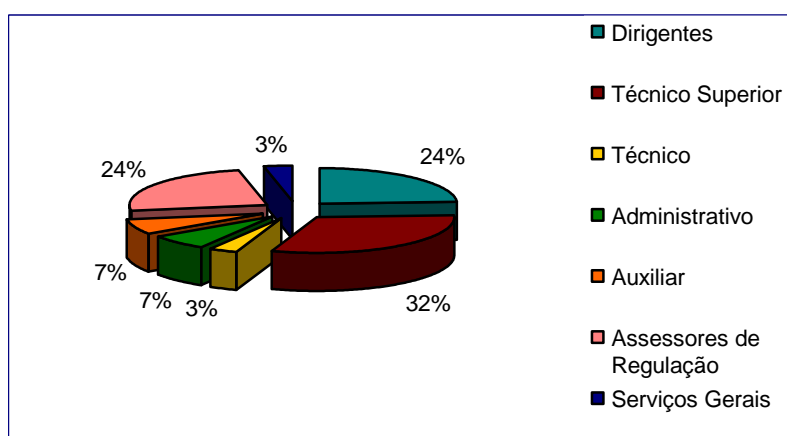
Por último, os membros do Conselho Directivo estão sujeitos ao regime de incompatibilidades e impedimentos estabelecidos na lei para os titulares de altos cargos públicos.

O Fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade e da gestão financeira e patrimonial da ERS, cabendo-lhe igualmente competências de órgão de consulta do Conselho Directivo nesse domínio.

O Fiscal único é nomeado por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, por um período de três anos.

Recursos Humanos

Tendo em atenção os 53 lugares previstos no quadro de pessoal da ERS, contemplados pela Portaria n.º 1457-A/2004, de 6 de Dezembro, constatou-se que em 2006 apenas 55% dos lugares aprovados foram preenchidos. Relativamente ao ano transacto verificou-se um aumento de 15%. Assim, em 31 de Dezembro de 2006, a ERS dispunha de 29 colaboradores, distribuídos pelos seguintes grupos profissionais:



Actualmente, encontram-se ao serviço da ERS um total de 28 efectivos (3 membros do Conselho Directivo e 25 colaboradores em regime de contrato individual de trabalho). Com vista à constituição de núcleos de consultoria técnica especializada, foi pedida e obtida a colaboração de 3 médicos e 3 enfermeiros, em regime de destacamento (um dia por semana), como previsto na lei orgânica da ERS.

Na opinião da reguladora, não obstante o número total de efectivos ser suficiente para o desenvolvimento das atribuições legais, a distribuição dos mesmos pelos vários grupos profissionais não é adequada. De facto, o quadro de pessoal prevê lugares de quadros auxiliares e quadros médios³² em número excessivo que poderiam ser reduzidos. A redução do número destes quadros permitiria, assim, aumentar, em igual número, os lugares de quadros técnicos e/ou de quadros superiores de regulação³³.

³¹ O presidente do Conselho Directivo é nomeado por um período de cinco anos, renovável uma vez e por igual período. Os vogais do Conselho Directivo são nomeados por um período inicial de dois anos, sendo as nomeações subsequentes efectuadas por períodos de cinco anos, com renovação do mandato por uma vez.

³² Oito (Recepcionista/telefonista-2, Motorista-4, Contínuo-2) e três (Assistente administrativo), respectivamente.

³³ Segundo a ERS, poderia ser, por exemplo, reduzido o número de contínuos de 2 para 1, de motoristas de 4 para 3 e de recepcionista/telefonista de 2 para 0 e de assistente administrativo de 3 para 2, passando estes lugares vagos a integrar os quadros técnicos e de regulação.



Para efeitos de remuneração base, o pessoal a exercer funções na ERS é equiparado ao pessoal da Administração Pública e está sujeito ao regime do contrato individual de trabalho, sendo abrangido pelo regime geral da segurança social.

No entendimento da ERS, a remuneração do pessoal parece, genericamente, desajustada às funções desempenhadas por cada técnico (insuficiente), o que se tem revelado como um elemento que dificulta o processo de recrutamento de pessoal adicional com as qualificações desejadas.

Recursos financeiros

Os quadros seguintes evidenciam as receitas e as despesas da ERS, ao longo dos últimos (aproximadamente) três anos³⁴:

Receita	2004 ³⁵	2005	2006	2007 *
Contribuições das entidades gestoras dos hospitais em regime de parceria público-privada.	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxas pelos serviços prestados, incluindo os registos legalmente exigidos e emissão de certidões e pareceres.	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxas cobradas pelo registo dos operadores indicados no artigo 29. ^o ³⁶ .	0,00	0,00	€ 6.743.125,00	€ 1.008.200,00
Produto das coimas e multas aplicadas pelas infracções que lhe compete sancionar.	0,00	0,00	0,00	0,00
Comparticipações ou subvenções concedidas por quaisquer entidades, bem como o produto de doações, heranças ou legados.	0,00	0,00	0,00	0,00
Produto dos serviços prestados a terceiros e da venda das suas publicações e estudos.	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneração de aplicações financeiras no Tesouro.	0,00	0,00	€ 10.562,08	€ 55.096,46
Dotações do Orçamento do Estado.	€ 437.666,36	€ 1.769.395,71	€ 954.793,00	0,00
Quaisquer outras receitas previstas na lei.	0,00	0,00	0,00	0,00
Total das receitas	€ 437.666,36	€ 1.769.395,71	€ 7.708.480,08	€ 1.063.296,46

* até 31 Maio

³⁴ Tomando como referência a data de tomada de posse – 19 de Abril de 2004 – do primeiro Conselho Directivo da ERS.

³⁵ Em 2004, a ERS era um serviço integrado, em que o orçamento era apenas constituído com dotações do Orçamento de Estado.

³⁶ Entidades e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do sector privado; entidades e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos sectores social e cooperativo; entidades e estabelecimentos convencionados.

A análise do quadro anterior permite constatar que as fontes de financiamento da ERS resultam, maioritariamente, da cobrança das taxas de registo devidas pelos operadores (€ 6.743.125,00 e € 1.008.200,00)³⁷ e das transferências orçamentais (€ 437.666,36, € 1.769.395,71 e € 954.793,00)³⁸. Contudo, face à análise dos montantes arrecadados, pode-se concluir que a ERS vive de receitas próprias geradas pelo pagamento das taxas de registo dos regulados, o que garante a independência financeira da instituição; uma entidade reguladora será tanto mais independente quanto menos depender de transferências do Orçamento do Estado.

De salientar que, até ao momento, a ERS, não arrecadou o produto de qualquer coima ou multa³⁹.

Segundo informação prestada pela ERS não existem, até ao momento⁴⁰, dívidas relacionadas com a falta de pagamento de taxas de inscrição⁴¹ e de manutenção⁴², no que se refere ao registo obrigatório das entidades previstas no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.

Despesa	2004	2005	2006	2007 *
Encargos com pessoal;	€ 183.128,30	€ 684.814,46	€ 790.482,63	€ 379.530,46
Encargos com aquisição, manutenção, aluguer, arrendamento de bens e equipamentos;	€ 247.817,90	€ 419.634,85	€ 407.590,55	€ 89.550,97
Encargos com o financiamento dos seus serviços e com a realização de diligências e outras operações decorrentes das suas atribuições;	€ 0,00	€ 39,04	€ 44,55	€ 0,00
Encargos com a aquisição de bens e serviços, nomeadamente os resultantes da colaboração referida no artigo 38.º ⁴³ .	€ 6.720,16	€ 73.653,85	€ 326.002,44	€ 115.792,88
Total das despesas	€ 437.666,36	€ 1.178.142,20	€ 1.524.120,17	€ 584.874,31

* até 31 Maio

Relativamente às despesas reflectidas no quadro anterior, salienta-se o seguinte: Em Março de 2006 a ERS passou a ocupar novas instalações, uma vez que as instalações até então arrendadas no Palácio da Bolsa (Porto)⁴⁴ não se revelavam sequer suficientes para um aceitável funcionamento dos serviços de apoio. Além da evidente vantagem económica da opção tomada – por se tratar de arrendamento de prédio público, em substituição de prédio particular, e com uma renda inferior – o arrendamento das actuais instalações permitiu beneficiar de condições físicas mais adequadas ao desenvolvimento da actividade da Instituição, consentindo desde logo o recrutamento de 13 novos efectivos e, deste modo, o atendimento, encaminhamento e tratamento do primeiro processo de registo dos prestadores de cuidados de saúde na ERS.

Tornou-se também necessário adquirir equipamento para os recursos humanos recrutados no ano de 2006 (mobiliário e equipamento informático).

³⁷ Um total de € 7.751.325,00. Este montante inclui valores cobrados a estabelecimentos não licenciados. Num relatório recente (2007), a ERS divulgou que 83% das unidades privadas não se encontram licenciadas.

³⁸ Um total de € 3.161.855,07.

³⁹ Até 12 de Julho de 2007, data em que foi redigida a resposta ao questionário do Tribunal de Contas.

⁴⁰ Julho de 2007.

⁴¹ Nos termos do disposto nos n.ºs 2 e 3 da Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 639/2006, de 23 de Junho, as entidades que exercessem a actividade em 7 de Janeiro de 2006 estavam obrigadas a requerer o registo até 30 de Junho de 2006. As entidades que iniciaram a actividade após aquela data têm que proceder ao mesmo no prazo de 90 dias corridos, contados a partir da sua constituição. No acto da inscrição as entidades reguladas estão sujeitas ao pagamento de uma taxa segundo a fórmula constante do n.º 1 do artigo 8.º da referida portaria (cfr. n.º 3 do artigo 8.º); não sendo processado o pagamento no acto da inscrição, o registo é considerado como inexistente, sendo os dados eliminados do sistema (cfr. n.º 4).

⁴² Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 9º da referida Portaria é devida uma taxa pelos serviços de gestão, manutenção e publicidade de registo consagrados no artigo 6.º.

⁴³ Todos os operadores sujeitos à actividade reguladora da ERS devem corresponder às solicitações que por ela lhes sejam dirigidas no âmbito das suas atribuições e competências, assim como as instituições e serviços públicos, em especial os serviços centrais ou personalizados do Ministério da Saúde e as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados no SNS.

⁴⁴ Instalações arrendadas em Outubro de 2004 pela ERS.



6.2 Apreciação do modelo institucional português

No entendimento da ERS, a regulação exercida por entidades reguladoras independentes apresenta quatro grandes vantagens comparativas, associadas à sua característica mais vinculada, a independência da função reguladora, quer em relação ao governo, quer em relação aos próprios agentes do respectivo mercado:

✚ **Separação entre regulação e política de saúde**

A regulação via administração directa do Estado tende a confundir a definição das «regras do jogo» (política) com a sua aplicação (regulação), ao passo que a regulação independente imprime maior clareza na definição e implementação das «regras do jogo», uma vez que não participa na sua definição. Adicionalmente, a separação entre regulação e política de saúde assegura a neutralidade da gestão reguladora, isenta de critérios políticos no processo de decisão, que lhe permite prosseguir o interesse público com uma lógica predominantemente técnica, garantindo uma maior transparência e estabilidade da regulação. A conjugação destes dois factores permite condições mais favoráveis ao planeamento e investimento no sector da saúde.

✚ **Separação entre regulação e prestação de cuidados de saúde**

Quando o Estado tem um papel decisivo enquanto prestador de cuidados de saúde, e face ao princípio e necessidade de a regulação incidir sobre todos os prestadores (privados ou públicos), a efectiva separação entre as funções de prestação e regulação conseguida com o modelo de regulação independente permite a garantia de equidade – isto é, a garantia de que a regulação é igual para todos os prestadores. Só a regulação independente garante a imparcialidade da regulação, reforçando a eficácia da regulação do mercado, já que se trata de um conceito de imparcialidade distinto do usualmente considerado no seio da actuação administrativa *stricto sensu*, aqui assente na ideia de terceiro em relação às partes.

✚ **Regulação de todo o sistema de saúde (vs. regulação parcelar)**

Ao contrário do que acontece com outras formas institucionais de regulação, a existência de um organismo regulador «dedicado» e independente permite que a regulação se exerça sobre todo o sistema de saúde, e não apenas sobre algumas das suas dimensões (p.e., as ordens profissionais exercem uma regulação parcelar na medida em que cada ordem apenas regula os aspectos deontológicos da prática profissional, e apenas de uma das várias profissões no sector da saúde). Esta visão global e sistémica permite uma melhor coordenação e maior eficácia na regulação.

✚ **Independência face a grupos de interesses**

Quando a regulação não é, efectivamente independente, existe o risco – e cria-se um legítimo clima de suspeição – de que o regulador seja capturado por interesses corporativos, ou até pessoais. Por exemplo, é possível que a administração directa defenda os interesses dos prestadores públicos, e que as ordens profissionais defendam os interesses dos seus membros, em detrimento dos direitos dos utentes que são a “parte mais fraca” no sistema de saúde.

6.3 Articulação com outras entidades públicas

A ERS pode estabelecer formas de cooperação ou associação atinentes ao desempenho das suas atribuições com outras entidades de direito público ou privado, nacionais e internacionais, nomeadamente com entidades reguladoras afins, a nível nacional, comunitário ou internacional, quando tal se mostre necessário ou conveniente para a prossecução das respectivas atribuições⁴⁵.

Neste âmbito, a ERS tem desenvolvido alguma actividade desta natureza, sobretudo ao nível nacional, estabelecendo contactos e solicitando a colaboração de outros organismos intervenientes directa ou indirectamente no sector da saúde. Aliás, só assim a ERS pode desenvolver a sua actividade e prosseguir o interesse para cuja satisfação está vocacionada.

⁴⁵ Nos termos do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.

Neste âmbito, a ERS elenca como cabendo nesta categoria organismos de díspar natureza, poderes e funções com quem a reguladora tem vindo a travar um profícuo relacionamento, com vista ao prosseguimento das suas atribuições; englobando nesta categoria:

A Direcção-Geral da Saúde

É um serviço central do Ministério da Saúde, com autonomia administrativa, no que diz respeito ao estudo e apoio na definição, desenvolvimento e execução da política global de saúde, com quem a ERS estabeleceu um *gentleman agreement*, do qual decorreu o envio sistemático de todas as reclamações que chegam àquele organismo para a ERS, de modo a receberem aqui o devido tratamento.

O Alto Comissariado da Saúde

Como serviço de coordenação e articulação das políticas públicas de preparação e execução do Plano Nacional de Saúde e programas específicos, de âmbito nacional, com quem a ERS já estabeleceu alguns contactos.

A Inspeção-Geral das Actividades em Saúde

Serviço central do Ministério da Saúde, de suma importância, dotado de autonomia técnica e administrativa e a quem cabe assegurar o cumprimento normativo do sistema de saúde, visando o bom funcionamento e a qualidade dos serviços, com quem a ERS vem desenvolvendo uma colaboração activa, materializada no envio de reclamações/exposições/denúncias para a ERS, sempre que a IGAS considera caberem no âmbito das atribuições da reguladora, e, reciprocamente, para onde a ERS reencaminha processos que considera caírem no âmbito daquela instituição.

As Administrações Regionais de Saúde, IP

Como pessoas colectivas de direito público, integradas na administração indirecta do Estado, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, prosseguindo as suas atribuições sob a superintendência do Ministro da Saúde, exercendo as suas atribuições nas áreas correspondentes ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS)⁴⁶ e a quem cabe garantir à

população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção; também as ARS, umas de forma mais sistemática, como é o caso da ARS Norte e Centro, outras de forma mais pontual, remetem reclamações que lhe são enviadas para que sejam objecto do devido tratamento na ERS, sempre que consideram ser esta última a entidade com poderes para tal.

A Secretaria-Geral do Ministério da Saúde

Como serviço central do Estado, com autonomia administrativa, sob direcção do Ministro da Saúde, a quem cabe a prestação de apoio aos membros do Governo e que visa o desenvolvimento dos recursos humanos da saúde, igualmente remete para a ERS algumas reclamações que lhe chegam, considerando esta última como a entidade para tal competente.

Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Abreviadamente designada por ACSS, I.P., cuja missão é assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos, das instalações e equipamentos, dos sistemas e tecnologias da informação do SNS e promover a qualidade organizacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde, bem como proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as administrações regionais de saúde, incluindo as respectivas agências no domínio da contratação da prestação de cuidados, igualmente tem tido (bem como as instituições que a antecederam) um relacionamento saudável com a ERS, no âmbito que lhe é próprio, e em especial, no domínio da partilha de informação.

⁴⁶ As NUTS designam as sub-regiões estatísticas em que se divide o território dos países da União Europeia, incluindo o território português. As NUTS estão subdivididas em três níveis: NUTS I, NUTS II e NUTS III. Em Portugal há três NUTS I: Portugal Continental, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira; subdivididas em sete NUTS II: Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira; as quais por sua vez se subdividem em 28 NUTS III: Minho-Lima Cávado, Grande Porto, Alto-Trás-os-Montes, Douro,

Ave, Tâmega, Entre Douro e Vouga, Baixo Vouga, Baixo Mondego Dão Lafões, Serra da Estrela, Beira Interior Norte, Cova da Beira, Beira Interior Sul, Pinhal Interior Norte, Pinhal Interior Sul, Pinhal Litoral, Oeste, Médio Tejo, Alto Alentejo, Alentejo Central, Lezíria do Tejo, Grande Lisboa, Península de Setúbal, Alentejo Litoral, Baixo Alentejo e Algarve.



+ O INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP

Como pessoa colectiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, a quem compete a avaliação, autorização, disciplina, inspecção e controlo da distribuição, comercialização e utilização de medicamentos de uso humano e veterinário é outras das entidades com quem a ERS tem tido um saudável relacionamento, nomeadamente permitindo o reencaminhamento de reclamações que são a esta última remetidas e nitidamente cabem nas atribuições daquele, para que lhes possa ser dado o devido tratamento.

+ As ordens profissionais, dos Médicos, Médicos Dentistas, Enfermeiros, e Farmacêuticos

Organismos para quem a ERS tem vindo a remeter as exposições relacionadas com a actuação dos respectivos profissionais, numa perspectiva que cabe no âmbito da deontologia ou do conceito de assistência médica propriamente dita, e a quem a ERS tem vindo a pedir parecer no âmbito de processos, que não sendo exclusivamente relacionados com a actuação dos profissionais de saúde, comportam uma componente técnica ou deontológica que compete às ordens profissionais tutelar.

+ O Instituto de Seguros de Portugal (ISP)

Pessoa colectiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira e de património próprio, a quem cabe, nomeadamente, como atribuições, regulamentar, fiscalizar e supervisionar a actividade seguradora, resseguradora, de mediação de seguros e de fundos de pensões, bem como as actividades conexas ou complementares daquelas, com quem a ERS estabeleceu uma parceria de colaboração na área dos seguros de saúde, no âmbito do tratamento de reclamações que envolvam questões relacionadas com esses seguros, e dos contratos celebrados entre seguradoras e prestadores de cuidados de saúde.

+ A Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE)

Como autoridade administrativa nacional especializada no âmbito da segurança alimentar e da fiscalização económica, responsável pela avaliação e comunicação dos riscos na cadeia alimentar, bem como pela disciplina do exercício das actividades económicas nos sectores alimentar e não alimentar, mediante a fiscalização e prevenção do cumprimento da legislação reguladora das mesmas, tem sido um dos organismos com quem a ERS tem igualmente tem estabelecido frequentes contactos resultantes: quer do envio de autos de notícia levantados por agentes daquela na área de matérias da intervenção da ERS, cabendo a esta dar o respectivo prosseguimento ao correspondente processo de contra-ordenação; quer do envio por parte da ERS de exposições que para si são remetidas e cabem na

esfera de influência da ASAE igualmente para efeitos do respectivo tratamento e resolução.

+ A Autoridade da Concorrência (AdC)

Compete-lhe velar pelo cumprimento das regras da concorrência nacionais e comunitárias, no respeito pelo princípio da economia de mercado e da livre concorrência, tendo em vista o funcionamento eficiente dos mercados, a repartição eficaz dos recursos e os interesses dos consumidores. A AdC possui poderes transversais sobre todos os sectores da economia e colabora com as autoridades reguladoras sectoriais na aplicação da legislação da concorrência. Neste contexto a ERS tem procurado actuar de forma concertada com a AdC.

Para além dos órgãos e instituições referidos, com quem a ERS estabelece um proveitoso relacionamento com vista à prossecução do interesse público a seu cargo, no âmbito das suas atribuições, há que referir, igualmente, o próprio **Ministério da Saúde, mais especificamente o Gabinete do Ministro da Saúde**, o qual por vezes solicita a intervenção da ERS, nomeadamente remetendo-lhe reclamações, exposições consideradas por si merecedoras da sua intervenção.

Por último, refira-se que **está a ser efectuado pela ERS um levantamento a nível comunitário das entidades reguladoras de saúde dos respectivos países, e sua caracterização, organização e funcionamento, tendo como escopo a iniciativa de criar uma rede de entidades comunitárias da saúde**, a qual permitirá a troca de informação e experiência na procura de soluções para casos e questões concretas, formação, intercâmbio de técnicos, maior percepção dos diferentes regimes de saúde implementados em cada país e enquadramento legal. Esse trabalho desenvolver-se-á durante todo o segundo semestre de 2007, como previsto no respectivo plano de actividades.

6.4 Adopção de uma Lei-Quadro para as Autoridades Reguladoras Independentes

Na opinião da ERS a futura Lei-Quadro das Autoridades Reguladoras Independentes (ARI) não opera qualquer revolução no panorama funcional das actuais entidades com funções na área. Todavia, não deixa de acrescentar um contributo forte numa desejável uniformização do âmbito, princípios e limites da actividade regulatória.

Com efeito, a actividade regulatória prosseguida por outras entidades, que não o Governo, trouxe consigo alguma heterogeneidade de modelos regulatórios, seja por intermédio de institutos públicos ditos «clássicos», quer através das denominadas autoridades administrativas independentes. Mesmo dentro destas últimas, mais vulgares, as disparidades nos próprios sectores regulados resultaram em modelos organizatórios dissemelhantes.

Tal como é descrito na exposição de motivos que antecede o projecto de lei actualmente em discussão, o seu desiderato passa por:

Delimitar as áreas em que se justifica a adopção das ARI como formato regulatório mais adequado;
Tornar mais exigentes os requisitos, tanto materiais como procedimentais, de criação de novas ARI;
Aumentar a visibilidade e a transparência do universo das ARI;
Impor um reexame do conjunto das ARI já existentes quanto à conformidade do seu regime jurídico com o modelo agora proposto.

Neste âmbito, pode afirmar-se sem reserva que a principal virtude da futura Lei-Quadro para a actividade regulatória, em geral, passa por uniformizar e disciplinar a sua actuação num diploma base que institui os traços e limites gerais da actividade. Com tal resultado é inevitável concluir que saem beneficiadas a transparência e realização das entidades a cargo das funções em causa e, em última análise, o sector/mercado regulado.

As repercussões da Lei-Quadro na actividade regulatória da ERS são, no entanto, diminutas. Muito por delito da juventude da ERS, na medida em que esta se encontra já perfeitamente sintonizada com os princípios e limites plasmados naquele projecto de diploma. Por outro lado, mesmo no plano organizatório, são muito pequenas as alterações que a nova lei-quadro deverá introduzir no modelo adoptado pela ERS.

7 COMPARAÇÃO DO MODELO DE REGULAÇÃO PORTUGUÊS COM O EXISTENTE NOUTROS PAÍSES⁴⁷

Um levantamento dos modelos de regulação em saúde, adoptados nos diferentes sistemas de saúde existentes no mundo, permite constatar que cada sistema de saúde específico exige um modelo de regulação próprio. A grande diversidade de modelos de organização dos sistemas de saúde reflecte-se numa grande diversidade de modelos de regulação em saúde.

Uma comparação exaustiva entre os modelos de regulação do sector da saúde em Portugal e o existente noutros países seria demasiado extensa e difícil de executar. **No entanto, é possível comparar os vários modelos de regulação da saúde em termos de um aspecto específico, que é o mais relevante para a ERS, nomeadamente o papel atribuído na regulação da saúde às entidades reguladoras independentes.**

Em todos os sistemas de saúde a regulação é multipolar, coexistindo no mesmo sistema várias instituições com funções de regulação. A grande complexidade da regulação em saúde exige que cada faceta da regulação seja executada pela instituição que detém uma vantagem comparativa nessa vertente da regulação. **A generalidade dos modelos de regulação em saúde combina alguma forma de regulação interna, com regulação externa:**

✚ **Regulação interna** é aquela que é exercida, através do poder disciplinar e/ou hierárquico, por uma instituição que representa agentes do sector da prestação de cuidados de saúde. **A regulação interna abrange a regulação exercida pela:**

Administração pública na dependência do governo, quando existem prestadores de cuidados de saúde públicos; e pelas

Associações de agentes do sector da saúde (i.e., auto-regulação), como aquela que é exercida pelas ordens profissionais em Portugal.

⁴⁷ Nomeadamente nos países da União Europeia e Estados Unidos da América.



- ✚ **Regulação externa** é aquela que é exercida por uma instituição independente de qualquer agente do sector da prestação de cuidados de saúde. **A regulação externa abrange a regulação exercida pela:**

Administração pública na dependência do governo, quando todos os operadores são privados; e por Entidades reguladoras independentes.

A necessidade de regulação independente estará, assim, associada à existência de um sistema de saúde misto, que combine um número significativo de prestadores de cuidados de saúde públicos, com cariz empresarial, e um conjunto também importante de prestadores privados.

Tomando como exemplo os 28 países sugeridos (Estados Unidos da América e União Europeia) constata-se que, na maior parte deles, o grosso da regulação em saúde é exercida pelas estruturas da administração pública dependentes dos governos nacionais, regionais, ou locais, consoante o nível de organização do sistema de saúde. Há, no entanto, um número significativo de países onde entidades, com algum grau de independência, têm um papel relevante no modelo de regulação, nomeadamente:

↳ Alemanha:

O sistema de regulação alemão baseia-se em grande parte na auto-regulação. As funções relativas à regulação económica⁴⁸ como à regulação da qualidade⁴⁹ são distribuídas por diversas entidades, incluindo o governo:

O G-BA (*Gemeinsamer Bundesausschuss*), um comité federal formado por representantes das seguradoras, dos hospitais e dos médicos estabelecido em 2004, é o órgão regulador mais importante em termos decisórios, sendo responsável pela definição dos benefícios cobertos pelo sistema de saúde estatutário e dos padrões de qualidade dos prestadores de cuidados de saúde.

Os tribunais sociais são entidades reguladoras separadas, que existem a nível local, estadual e federal. Estes tribunais arbitram em disputas no sistema de saúde, por exemplo, quando um doente se queixa que os fundos não cobriram determinadas solicitações válidas de tratamento.

⁴⁸ A regulação económica consiste na regulação das actividades dos prestadores de cuidados de saúde, nas relações entre si e os utentes, nomeadamente o controlo das entradas e saídas do mercado, do comportamento anti-concorrencial e da definição de preços.

⁴⁹ A regulação da qualidade envolve o controlo sobre a natureza dos serviços prestados aos utentes, ou o controlo sobre a competência dos prestadores.

↳ Dinamarca:

O *Sundhedsstyrelsen* é a autoridade central no sector da saúde na Dinamarca, e tem como missão monitorizar, supervisionar, administrar e desenvolver o sistema de saúde. Originalmente, o *Sundhedsstyrelsen* era independente mas, desde 1987, que se encontra subordinado ao Ministério da Saúde.

↳ Espanha:

O sistema de saúde tem base regional, diferindo a sua organização nas diferentes regiões autónomas. Por exemplo, na Catalunha, as funções de regulação são desempenhadas por meio de relações informais entre o Ministério da Saúde, o semi-independente *Servicio Catalán de Salud – CatSalut – (Catalan Health Service)* e um grupo misto de prestadores independentes e estatais. Relativamente à inspecção da qualidade na prestação de cuidados de saúde, são utilizadas entidades reguladoras autónomas.

↳ Estados Unidos:

A regulação nos EUA é complexa. As funções de regulação são divididas por diversas agências governamentais ao nível federal, mas também aos níveis estaduais e locais. Diversas organizações privadas também desempenham funções de regulação, não parecendo existir limites bem definidos das atribuições das entidades.

↳ França:

A Haute Autorité de Santé é uma entidade pública independente que tem como missão, entre outras, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, e supervisionar a qualidade da informação médica prestada ao público.

↳ Holanda:

Na regulação da saúde na Holanda encontram-se três entidades com algum grau de independência:

A *College voor Zorgverzekeringen (CVZ)* é uma entidade autónoma, independente, que tem como função verificar se o pacote de benefícios segurados está a ser respeitado, interpretando quais serão os cuidados de saúde a serem segurados pelas seguradoras e resolvendo eventuais disputas entre seguradoras e segurados quanto à extensão do pacote de benefícios. A CVZ é independente do governo, mas deve acordar o seu programa de trabalho e o orçamento com o Ministério da Saúde.

A *Inspectie voor de Gezondeidszorg* – IGZ – (*Pensions and Insurance Supervisory Authority*) é um organismo autónomo do Ministro da Saúde, supervisiona a qualidade dos cuidados de saúde prestados e tem poderes para visitar, inspeccionar e encerrar um estabelecimento, caso este seja considerado um risco para os doentes.

A *Nederlandse Zorgautoriteit* (NZA) é uma entidade independente, que regula os mercados de seguro e de prestação de cuidados de saúde.

↪ Escócia:

A regulação é da responsabilidade da *Scottish Commission for the Regulation of Care*, entidade independente criada em 2002. Esta entidade é responsável pela regulação dos serviços de cuidados de saúde, envolvendo:

O registo dos operadores.

A inspeção da qualidade nos serviços.

Tratamento de queixas dos utentes.

↪ Inglaterra:

A *Healthcare Commission* é a entidade reguladora independente, para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e da saúde pública na Inglaterra e no País de Gales. A regulação consiste principalmente em:

Regular e inspeccionar o Serviço Nacional de Saúde (NHS)

Rever as queixas do NHS que não foram resolvidas.

Tratar as queixas relativas aos prestadores de cuidados de saúde privados e voluntários;

Investigar falhas no NHS e nos serviços privados e voluntários.

↪ Irlanda do Norte:

A *Regulation and Quality Improvement Authority* (RQIA), é a entidade reguladora independente que começou a operar em 2005. As principais funções da RQIA são:

Inspeccionar a qualidade dos cuidados de saúde e sociais.

Regular (registar e inspeccionar) os serviços de cuidados de saúde.

Modelo que mais se aproxima do modelo português

Na opinião da ERS, o modelo de regulação português assemelha-se aos modelos de regulação do Reino Unido e da Holanda, onde a regulação realizada por entidades independentes do Governo tem um papel central. Estes modelos fazem o que se pode chamar de regulação externa, tendo em conta que os prestadores de cuidados de saúde são controlados por uma

entidade reguladora que está separada em termos organizacionais – mesmo que seja uma entidade pública.

A independência, ademais, consiste numa regulação baseada em regras, estando associada a um alto nível de transparência e regularidade, com os operadores regulados actuando de forma previsível, em conformidade com estas regras.

Importa referir, ainda, que uma entidade reguladora, em função da sua independência, poderá estar em melhor posição do que o governo para desempenhar funções em termos de competência, eficiência e imparcialidade. Por exemplo, uma agência independente pode ser preferível para emitir informações ao público, quando a imparcialidade daquelas informações for fundamental.

Por último salienta-se que a sua congénere do Reino Unido tem atribuições mais dirigidas para a regulação social e da qualidade, enquanto que a congénere da Holanda tem um conjunto de atribuições ainda mais amplo do que as atribuídas à ERS.

Na opinião da ERS, o modelo de regulação português é o modelo que melhor se adapta à realidade portuguesa, designadamente nos aspectos inerentes à independência da entidade reguladora e nos aspectos relativos às atribuições, uma vez que, na mesma entidade estão reunidas as atribuições relativas à regulação económica e à regulação da qualidade.

8 QUESTÕES-CHAVE DA REGULAÇÃO NA SAÚDE

8.1 Falhas de mercado no sector da saúde

A produção de cuidados de saúde orientada por objectivos empresariais e critérios financeiros, que procuram induzir eficiência nos mercados da saúde, potenciam o aparecimento de fenómenos adversos (falhas de mercado) que põem em causa a própria racionalidade da aplicação dos recursos, e o direito de acesso universal e com qualidade ao serviço público de saúde.



De entre as falhas de mercado existentes no sector, a ERS destaca as seguintes:

O facto de os prestadores de cuidados de saúde terem uma vantagem informacional significativa face aos utentes, e de dominarem os processos pelos quais a prestação de cuidados de saúde é disponibilizada aos utentes, coloca-os na posição de poderem determinar a procura de serviços por parte dos utentes⁵⁰. **Isto significa que existe a possibilidade, e como tal, o risco, de os prestadores induzirem os utentes a procurar cuidados de saúde que visam satisfazer necessidades que na realidade não se verificam (nesse sentido, fala-se de necessidades artificiais, e de indução artificial de procura).** De forma agregada, a existência de procura artificialmente criada pelos prestadores determinará um excesso de consumo de serviços de saúde (e de despesa) face às reais necessidades da população.

Os doentes com um grau de severidade maior são aqueles que se espera virem a exigir tratamentos com maior custo. Quando o custo esperado de um doente é superior ao pagamento contratualmente fixado, o prestador tem o incentivo a não tratar esse doente, ou a reduzir a quantidade e/ou qualidade de cuidados que lhe são prestados. O primeiro destes fenómenos consiste na selecção de utentes, em função das suas características por parte dos prestadores (restrições a patologias com pior relação preço/custo de produção) e por parte dos financiadores (restrições de coberturas implícitas ou explícitas), levando à discriminação de determinados grupos de cidadãos e pondo em causa o direito de acesso universal aos cuidados de saúde. Alternativamente, mesmo em casos em que não há uma rejeição explícita dos doentes mais caros, podem estes doentes ser vítimas de tratamento diferenciado em termos de qualidade e quantidade de cuidados, situação esta que configura, igualmente, uma violação do direito à saúde e que cria desigualdades entre os cidadãos.

Em mercados em que os serviços são financiados por terceiros (como é o caso dos serviços prestados no âmbito do SNS, subsistemas, seguros de saúde, i.e., a maior parte dos serviços de saúde), e em que os preços são predeterminados, a forma de procura de rentabilidade que exige menos esforço passa pela redução dos custos, e essa redução dos custos pode ser conseguida com a diminuição da qualidade do serviço. Essa redução de qualidade pode ser utilizada até ao ponto em que se torna perceptível pelo utente, aproveitando-se o *gap* informacional entre os prestadores e os utentes.

⁵⁰ Os utentes não possuem o conhecimento necessário a uma escolha eficaz dos prestadores: não têm capacidade para identificar que tipo de serviços necessitam, nem conhecem as técnicas apropriadas no tratamento da sua condição. A falta de informação verifica-se mesmo, posteriormente à prestação dos serviços: os utentes têm dificuldades em avaliar a qualidade dos serviços que lhes foram prestados, por falta de conhecimento técnico e por ausência de uma correlação directa entre os serviços prestados e o estado de saúde. Esta vantagem informacional por parte dos técnicos faz-se sentir não só face aos utentes, como também face ao financiador dos cuidados de saúde que, no caso do serviço público de saúde, é o Estado.

Face a estas falhas dos mercados da saúde, cabe à ERS assumir e concretizar um importante papel de prevenção, fiscalização e sancionamento destas práticas nocivas dos direitos e interesses dos utentes dos serviços de saúde.

8.2 Independência de facto e de direito da ERS

Nos termos do disposto no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, a ERS é independente no exercício das suas funções, no quadro da lei, sem prejuízo dos princípios orientadores da política de saúde fixada pelo governo.

De acordo com aquela norma legal e com a Constituição da República Portuguesa a definição e orientação estratégica das políticas de saúde é da competência do poder político. Assim, a ERS terá uma função reguladora “secundária”, tomando como um dado a política de saúde, e na qual não deve interferir. À ERS cabe avaliar e acompanhar a implementação técnico-administrativa e económica dessas políticas de saúde, o que tem feito de forma totalmente independente.

A independência da instituição resulta, em primeiro lugar, da independência dos membros do Conselho Directivo, que não estão sujeitos a instruções ou orientações precisas. Acresce que os membros do Conselho Directivo têm um mandato relativamente longo e não podem ser destituídos, salvo por falta grave, reforçando a sua independência face ao Governo. Os membros do Conselho Directivo estão ainda sujeitos a um rigoroso regime de incompatibilidades, que visa garantir a sua independência face aos regulados.

A independência dos membros do Conselho Directivo é reforçada pela independência financeira da instituição. Uma entidade reguladora será tanto mais independente quanto menos depender de transferências do Orçamento do Estado. Ora, actualmente, a ERS vive de receitas próprias geradas pelo pagamento das taxas de registo dos regulados, que lhe garante independência financeira.

As únicas restrições de direito à independência da ERS resultam de carecerem de aprovação ou autorização ministerial o plano de actividades e determinados actos de incidência patrimonial.

Em teoria, estes preceitos poderiam ser utilizados para interferir na actividade da ERS, o que nunca aconteceu na prática.

8.3 Adequação das atribuições e poderes legais da ERS

O Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, que criou a ERS, define a missão desta entidade como sendo a regulação, a supervisão e o acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, visando garantir a concorrência entre os operadores, na defesa dos interesses dos utentes. Na opinião da ERS, trata-se de uma missão demasiado vasta, pouco objectiva, e pouco responsabilizadora. Para a prossecução desta missão, o referido diploma permite, pouco mais, do que a emissão de recomendações e directivas, o que limita o poder executivo desta entidade. No entendimento da ERS, o quadro legal que actualmente emoldura a ERS apresenta, pois, uma desadequação entre os objectivos (demasiado genéricos) e os instrumentos disponíveis (demasiado restritos).

Por outro lado, a ERS entende que o n.º 3 do art. 6.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, pode ser entendido como uma disposição que limita a natureza de independência da ERS, na medida em que faz depender a emissão de pareceres pela ERS, em alguns assuntos, de pedido do Governo. Este princípio poderá até por em causa a eficácia da actuação da ERS, já que cria a suspeição que os pareceres da ERS só serão emitidos quando o Governo tiver expectativas que estes lhe sejam favoráveis.

Na opinião da ERS, os problemas referidos poderão ser resolvidos através da revisão do quadro legal da ERS, que está prevista no programa do actual Governo, e que tem sido preparada pelo Ministério da Saúde. A nova lei deveria atribuir à ERS uma missão mais focalizada, bem como os instrumentos adequados, para que os seus dirigentes possam ser efectivamente responsabilizados pelo cumprimento da sua missão.

8.4 Sobreposição de funções e/ou de conflito (ERS/AdC)

No entendimento da ERS, existe claramente, num plano conceptual, uma sobreposição de competências entre a ERS e a AdC, na exacta medida em que a ERS tem, igualmente, como atribuição legal a defesa da concorrência entre operadores, que não deve ser confundida como mera articulação com a AdC na prossecução das atribuições desta.

Efectivamente, e como decorre do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, logo no artigo 6.º se consagra que constituem atribuições da ERS garantir a concorrência entre os operadores no quadro da prossecução dos direitos dos utentes⁵¹, mais se afirmando no artigo 30.º, que à ERS compete promover o respeito pela livre concorrência nas actividades sujeitas à sua regulação⁵².

A redacção consagrada – quanto a atribuições da ERS em matéria de concorrência – denota aliás um paralelismo evidente com a redacção consagrada no artigo 1.º da Lei n.º 10/2003 de 18 de Junho, que aprova os Estatutos da AdC.

Parece, pois, poder inferir-se que, em matéria de saúde, a ERS tem, por imperativo legal, competências e atribuições semelhantes àquelas consagradas para a AdC em sede de defesa da concorrência a título transversal.

O Tribunal não pode deixar de sublinhar que existe uma questão que se coloca e é a de saber se as competências da ERS, em matéria de concorrência no sector da saúde, esvaziam de competência a AdC quanto a essa matéria, fazendo precluir a sua actuação, ou se existe efectivamente uma sobreposição de competência geradora de potenciais conflitos.

Isto não obstante estarem a ser desenvolvidos contactos no sentido de ser celebrado um protocolo que identifique com clareza, o âmbito de actuação de cada entidade e a respectiva articulação e que estabeleça os mecanismos procedimentais necessários à concretização não conflitual de tal articulação.

⁵¹ Cf. Alínea b) do n.º 2.

⁵² Cf. n.º 1.



Sem deixar de relevar as dificuldades da tarefa em curso, o TC exorta os intervenientes a procurarem e encontrarem uma solução que defenda a concorrência e os consumidores, com eficiência, economia, e eficácia.

9 MODELO DE MONITORIZAÇÃO E CONTROLO

9.1 Principais mecanismos desenvolvidos

O modelo de monitorização adoptado pela ERS é de aplicação comum a todos os seus regulados, ou seja, a todos os prestadores de cuidados de saúde, independentemente da respectiva natureza ou forma de gestão⁵³. Até ao momento, a ERS tem desenvolvido os principais mecanismos de monitorização que se passam a apresentar:

Sistema de Gestão das Reclamações

A actuação eficaz na defesa dos direitos dos utentes e na garantia da observância dos níveis de qualidade e segurança exige mecanismos de controlo posterior da actuação dos prestadores de cuidados de saúde. O processamento adequado das queixas e reclamações dos utentes é um mecanismo essencial para conhecer os pontos fracos do sistema de saúde e identificar as áreas que exigem uma análise mais aprofundada.

No final de 2005, a ERS iniciou o planeamento de um Sistema de Gestão de todas as Reclamações⁵⁴, desenvolvido plenamente durante o ano de 2006. O **Sistema de Gestão das Reclamações** dirigidas à ERS por qualquer interessado, seja utente, seu representante ou associação representativa, prestador ou entidade, órgão ou serviço, pretende acolher todas as reclamações ou mesmo as situações de cuja existência a própria ERS se dê conta e considere deverem determinar a sua intervenção, sempre em defesa dos direitos dos utentes. Todas as reclamações recebidas são objecto de tratamento.

⁵³ Nomeadamente, entidades públicas empresariais e hospitais geridos em “parceria público-privada”.

⁵⁴ Regra geral, são reclamações, embora também possam ser exposições ou sugestões.

O livro de reclamações de modelo oficial⁵⁵ é um instrumento fundamental neste domínio, ao permitir a auscultação do grau de satisfação ou não dos utentes em relação aos serviços de saúde que lhes são prestados, pelo que a ERS analisa todas as entradas verificadas neste âmbito⁵⁶.

Nem todas as opiniões de utentes chegam à ERS através do Livro de Reclamações. Existem situações em que os cidadãos remetem directamente à ERS exposições sobre prestadores em particular ou sobre os serviços de saúde em geral. Acresce que outras instituições com responsabilidade no sector da saúde têm optado por encaminhar para a ERS as reclamações que lhe são enviadas, dada a vantagem da centralização deste tipo de exposições numa única entidade e da importância efectiva do sector nesta área tão sensível, que é a avaliação dos serviços de saúde pelos utentes, no fundo, os principais afectados pelas decisões superiores e pelas opções de actuação dos prestadores.

O tratamento pela ERS das reclamações recebidas assenta no pressuposto de que a reclamação é, em primeiro lugar, dirigida à própria instituição prestadora de cuidados de saúde. Assim, esta deverá analisar e formular respostas sobre as reclamações referentes aos estabelecimentos por ela dirigidos, para que compreendam o que é necessário alterar e tomem conhecimento do que melhor serve os interesses do utente, e consequentemente os seus. A ERS solicita às entidades reclamadas que informem o utente da decisão de cada caso, dando de tal procedimento conhecimento à ERS, proporcionando um estreitamento do contacto prestador/utente. O reclamante terá sempre a oportunidade de se pronunciar sobre o conteúdo das alegações e decisões relativas à exposição por ele apresentada, **tendo a ERS um papel fundamental de mediação, quando existem divergências entre reclamante e reclamada⁵⁷.**

⁵⁵ O Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro, estabelece a obrigatoriedade de disponibilização do livro de reclamações a todos os fornecedores ou prestadores de serviços que tenham contacto com o público em geral.

⁵⁶ Nos termos do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro, cabe à entidade de controlo de mercado competente ou à entidade reguladora receber as folhas de reclamação que lhe sejam enviadas.

⁵⁷ Nos termos do artigo 30.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, cabe à ERS efectuar acções de conciliação ou arbitragem a fim de promover a resolução de conflitos entre operadores sujeitos à sua regulação, ou entre eles e os seus clientes ou terceiros.

Contudo, existem situações em que se tem verificado a necessidade de intervenção da ERS como mais do que mediador para resolução de situações eventualmente mais complicadas. Quando a ERS considera que o assunto se reveste de especial gravidade, ou que uma intervenção mais activa do que a mediação se torna necessária, é aberto, por deliberação do Conselho Directivo, um processo de inquérito, o qual poderá dar origem a um processo de contra-ordenação de coimas e de sanções acessórias, designadamente as constantes do Decreto-lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro.

Na investigação das queixas e reclamações que indiciem falhas graves na qualidade dos serviços de saúde, a ERS atende também aos aspectos de qualidade ambiental que possam estar em causa. Esta é, pois, uma das dimensões da actividade da ERS pelas quais a promoção da qualidade ambiental representa um desafio que se põe a esta Entidade.

✚ Identificação de problemas sistémicos

A contribuição do livro de reclamações para a defesa dos direitos dos utentes não se esgota na identificação de problemas concretos e no desencadear dos procedimentos necessários à sua resolução. A análise sistemática das queixas e reclamações dos utentes é também um instrumento fundamental para conhecer os pontos fracos do sistema de saúde e identificar as áreas que exigem uma análise mais aprofundada.

A ERS elaborou, em 2006, o primeiro relatório de análise sistemática das reclamações, relativo às recebidas durante o primeiro semestre. O relatório consistiu no tratamento estatístico das reclamações, adoptando uma metodologia identificadora de padrões indiciadores de problemas sistémicos. Neste primeiro relatório, o principal problema identificado foi a falta de cumprimento, pelos prestadores, dos horários previamente definidos para a prestação dos serviços⁵⁸.

⁵⁸ O relatório foi enviado para o Instituto do Consumidor, conforme estipulado no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 156/2005, e dispõe que: “As entidades reguladoras e as entidades de controlo de mercado competentes devem remeter ao Instituto do Consumidor, com periodicidade semestral, informação estatística sobre o tipo e a natureza das reclamações recenseadas”.

✚ Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

A garantia de adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde passa também pela avaliação dos padrões e indicadores de qualidade subjacentes aos cuidados de saúde prestados nos estabelecimentos sujeitos à regulação da ERS. É entendimento da ERS que a forma mais adequada de promover a melhoria dos padrões de qualidade é a pressão exercida pelos utentes, que resultará da melhoria da informação a eles prestada. Se estes puderem conhecer, de forma clara e simples, os níveis de qualidade do serviço prestado em cada operador, terão a possibilidade de optar por aqueles que oferecem uma relação qualidade/preço mais interessante, em detrimento dos que não conseguirem oferecer um serviço de qualidade ao preço praticado. Este objectivo será alcançado através da criação de um Sistema Nacional de Avaliação⁵⁹ em Saúde (SINAS), que proporcionará ao público um conhecimento simplificado, transparente e objectivo (através de *ratings*) sobre a qualidade dos serviços que poderá obter dos diversos prestadores de cuidados de saúde, e que contribuirá para a sua melhoria.

A criação do SINAS foi iniciada em 2006, existindo já um documento produzido intitulado “Implementação de um Sistema de Avaliação de Qualidade nos Serviços de Saúde em Portugal - *Rating*”, onde se definem os requisitos para a implementação de um sistema de *rating* em Portugal.

O próximo passo de implementação do SINAS passa pela realização de auditorias aos prestadores de cuidados de saúde com os objectivos de: monitorizar os serviços prestados, e a sua conformidade com os indicadores de qualidade definidos; permitir o *benchmarking* internacional dos níveis de qualidade da prestação de cuidados de saúde em Portugal; emitir directivas e recomendações aos prestadores, em matéria de qualidade, e acompanhar o seguimento daquelas.

Também no contexto da criação e implementação SINAS estão patentes preocupações ambientais, nomeadamente ao nível dos indicadores de qualidade avaliados.

⁵⁹ À semelhança do que já se faz no Reino Unido e nos Estados Unidos.



Concretamente, uma das principais preocupações da ERS em matéria ambiental, reside na gestão dos resíduos nos estabelecimentos de cuidados de saúde.

✚ Detecção de práticas de indução artificial da procura

A indução da procura ocorre quando o técnico de saúde não actua como agente perfeito do doente, ou seja, quando decide de modo diferente do que o utente decidiria acaso dispusesse de toda a informação relevante, nomeadamente, quando tendo algo mais que o bem estar do doente a ganhar com a prescrição de um dado serviço se opta por prescrever um conjunto de cuidados de saúde que visa satisfazer interesses pessoais, não consonantes com o interesse do paciente.

Cabe à ERS, no âmbito das suas atribuições, “prevenir e combater as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde”⁶⁰, bem como “zelar pelo respeito da liberdade de escolha nas unidades privadas de saúde”⁶¹.

A recolha de provas que consubstanciem inquestionavelmente a ocorrência destas práticas é difícil não só, pela enorme variabilidade da prática clínica admissível dentro daqueles que são os padrões de adequação considerados eficazes e eficientes, mas também pela absoluta autoridade do médico na escolha dos cuidados de saúde a prescrever. Contudo, durante o ano de 2006, foram abertos 2 processos de inquérito com base em exposições que indiciavam indução artificial da procura. Em um dos casos a investigação identificou provas suficientes para instaurar um processo de contra-ordenação, ao abrigo do artigo 43.º, n.º 1, alínea a) do Decreto-Lei n.º 309/2003.

Paralelamente à análise casuística, a ERS considerou essencial desenvolver uma abordagem mais geral e sistemática deste tema, assente no princípio de que tal monitorização deve ocorrer junto do prescritor e não do prestador. **Concretamente, a ERS definiu um modelo de monitorização e detecção de práticas sistemáticas de indução artificial da procura de**

Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) capaz de identificar os prescritores que, de forma sistemática

e estatisticamente significativa, se distinguem dos demais, em termos da média anual de MCDT prescritos por consulta.

A definição concreta da metodologia a adoptar e da correspondente estrutura de dados necessária implicou, numa primeira fase, a revisão da literatura existente e a definição da estrutura de dados necessários. O modelo seleccionado requer a utilização de dados a nível micro, isto é, “quantidades” por prestador, e com uma estrutura em painel, isto é, dados concretos contendo observações das quantidades prescritas, por determinado estabelecimento, em períodos consecutivos.

Uma vez definida a estrutura de dados necessários, procedeu-se ao levantamento dos sistemas de informação disponíveis com o intuito de avaliar a compatibilidade entre os dados necessários e os existentes. A ERS entendeu ser necessário recorrer às entidades financiadoras como fontes de informação. Actualmente, das entidades financiadoras analisadas (SNS, ADSE, SAMS, Medis⁶², Multicare⁶³ e AdvanceCare⁶⁴), só o SNS contém informação suficientemente completa, desagregada e referente e um período suficientemente lato, para que possa ser utilizada no modelo de monitorização de práticas de procura induzida em desenvolvimento na ERS.

✚ Detecção de práticas de selecção de doentes

No domínio da rejeição discriminatória ou infundada de doentes, entendeu a ERS desenvolver um **modelo de monitorização e detecção de práticas sistemáticas de selecção de doentes**, que prejudiquem a garantia de acesso universal e equitativo dos utentes aos cuidados de saúde. O objectivo consistiu no desenvolvimento de uma metodologia de análise de informação a recolher junto dos regulados da ERS, que permita identificar padrões anormais no *case-mix* de alguns prestadores de cuidados de saúde, e que indicie práticas de selecção de doentes.

⁶⁰ Conforme o disposto na alínea c), do n.º 2, do artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.

⁶¹ Conforme o disposto na alínea a), do n.º 2, do artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 309/2003.

⁶² Seguro de Saúde.

⁶³ Seguro de Saúde do Grupo Caixa Geral de Depósitos.

⁶⁴ Rede médica privada.

Em 2006, implementou-se a primeira fase deste projecto, que consistiu no levantamento metódico dos sistemas de informação disponíveis nos diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde. Perante o elevado número de prestadores a considerar, entendeu a ERS ser mais viável e eficaz a recolha de dados junto das fontes de financiamento, desde que tais bases de dados contivessem, para cada episódio clínico financiado, o respectivo Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH), bem como a clara identificação da entidades prestadora. A óbvia sinergia entre este levantamento e o trabalho desenvolvido no âmbito da monitorização de práticas de indução da procura, conforme descrito anteriormente, levou a que estas duas actividades fossem realizadas em simultâneo, nomeadamente em termos dos protocolos a estabelecer com as diversas entidades financiadoras no sentido de adaptar as bases de dados existentes às necessárias para a estimação periódica dos modelos de monitorização de selecção adversa e de procura induzida.

Acompanhamento das listas de espera

A existência de listas de espera em cirurgia constitui um obstáculo no acesso dos utentes a cuidados de saúde. A importância do assunto justificou a criação de um projecto que visa o acompanhamento e monitorização das listas de espera em cirurgia.

O projecto tem como objectivo a análise das listas de espera e dos instrumentos aptos a optimizá-las por forma a tecer um conjunto de recomendações em prol da resolução do problema, o qual se revela de grande interesse público e com uma enorme divulgação a nível nacional.

Sistema de Registo das Entidades Reguladas

Nos termos do artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro⁶⁵, e da Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro⁶⁶, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 639/2006, de 23 de Junho⁶⁷ incumbe à ERS proceder ao registo público

⁶⁵ Incumbe à ERS proceder ao registo público das seguintes entidades: Entidades e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do sector privado; Entidades e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos sectores social e cooperativo; Entidades e estabelecimentos convencionados.

⁶⁶ Estabelece as regras de registo obrigatório e do pagamento das correspondentes taxas a que estão sujeitos os operadores previstos no artigo 8º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro e define os critérios e cálculos das taxas de registo.

⁶⁷ Altera a Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro.

das entidades que gerem ou detêm estabelecimentos onde são prestados cuidados de saúde. **O conhecimento do universo dos regulados é uma condição imprescindível para que a ERS possa exercer devidamente as suas funções de regulação, supervisão e acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. O registo é efectuado não só no interesse público, mas também no interesse do próprio operador, uma vez que parte da informação prestada é divulgada *on-line*⁶⁸, constituindo o registo uma forma de reconhecimento público do operador e um factor de segurança acrescida para os próprios utentes da saúde.**

Após a publicação da Portaria n.º 38/2006, foi iniciado o processo de criação da infra-estrutura de sistemas de informação necessária à execução do processo de registo. O fornecedor externo, seleccionado após um procedimento de consulta prévia, desenvolveu um sistema de registo das entidades reguladas (SRER) à medida das necessidades de gestão da ERS, e do procedimento de registo previsto naquela Portaria. Toda a estrutura sistémica foi optimizada a fim de permitir a gestão de grandes quantidades de informação sem necessidade de grande quantidade de recursos humanos, e em integração com os processos internos da ERS. O pagamento das taxas de registo foi integrado com a rede de cobranças do Estado, da Direcção-Geral do Tesouro, simplificando o processo.

As entidades supervisionadas pela ERS podem efectuar, através de um formulário disponível *on-line*, o seu pedido de senha que lhes permitirá aceder a uma Área Privada onde poderão preencher e actualizar toda a informação relativa ao processo de registo, verificar os pagamentos e imprimir certificados. Todas estas operações foram pensadas de forma a minimizar o tempo dispendido pelos utilizadores e a evitar deslocações – todo o processo pode ser completado sem sair do computador.

O processo de registo apresentava os seguintes resultados em 31 de Dezembro de 2006⁶⁹:

Estado do registo	Nº de Entidades
Pedidos de senha	9 497
Registadas	6 441
Em pagamento	377
Em processamento	2 203
Pedidos anulados	476

⁶⁸ Via Internet.

⁶⁹ O SRER começou a receber pedidos de registo a partir de 15 de Março de 2006.



Foi disponibilizada publicamente a base de dados do registo de operadores, estando neste momento plenamente acessível, e iniciado o processo de identificação de entidades que não efectuaram o pedido de registo, apesar de estarem sujeitas a este processo.

Foi ainda feita a conformação do processo de registo com os requisitos impostos pelo Decreto-Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, relativamente à recolha de dados pessoais. Com esse propósito foi notificada a Comissão Nacional de Protecção de Dados, nos termos do artigo 27.º do mencionado diploma.

Adicionalmente, para que os utentes possam exercer uma escolha livre e não manipulada necessitam de conseguir obter, facilmente e sem custos, toda a informação relevante para a tomada de decisões sobre os serviços de saúde a que podem recorrer.

Neste sentido, em 2006, a ERS procedeu à renovação do seu *website*⁷⁰, permitindo aos utentes pesquisar todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde registadas. A pesquisa pode ser efectuada por região, especialidades, tipo de prestador, acordos/convenções e pelo nome da entidade. O resultado da pesquisa permite identificar as entidades, estabelecimentos, valências e profissionais responsáveis pelos serviços.

Por último, refira-se que **o processo de registo se iniciou a 15 de Março de 2006 e que consiste num processo dinâmico e contínuo, dependente das entradas e saídas dos operadores de cuidados de saúde que se verificarem no mercado.**

Mercados relevantes na saúde

A ERS iniciou, durante 2006, um processo de levantamento exaustivo dos vários mercados relevantes existentes no sector da prestação de cuidados de saúde, com vista à análise da possibilidade de concorrência em cada mercado. Tendo como finalidade permitir a resposta célere a questões que sejam colocadas à ERS no exercício das suas atribuições e competências, importava iniciar a definição e caracterização dos mercados relevantes que se possam identificar no sector da saúde, e delinear as metodologias e critérios que deverão estar subjacentes a definições futuras.

A definição do mercado relevante é um primeiro passo essencial para a avaliação concorrencial subsequente, isto é, a caracterização do mercado, da sua estrutura, do seu funcionamento, das suas barreiras à entrada, do seu grau de maturidade, no fundo, da concorrência efectiva existente e da concorrência potencial⁷¹.

Em 2006, a ERS elaborou o relatório “Mercados relevantes-metodologias de análise”, contendo a explicitação dos principais conceitos e ferramentas de análise utilizados em sede de definição e caracterização de mercados relevantes, ao mesmo tempo que procurou identificar e elencar o tipo de informação que se revelará necessária para a análise de mercados que se pretende empreender.

A aplicação da metodologia definida materializou-se já na elaboração de quatro estudos sectoriais: “Mercados relevantes-Análises Clínicas”, “Mercados relevantes-Diálise”, “Mercados relevantes-Imagiologia” e Mercados relevantes-Medicina Física e de Reabilitação, relativos às respectivas especialidades médicas ou valências⁷².

9.2 Outros

Para além dos mecanismos de monitorização e controlo descritos anteriormente, a ERS tem efectuado acções de fiscalização pontuais⁷³ bem como inspecções a estabelecimentos⁷⁴ e verificações documentais⁷⁵.

⁷¹ Uma caracterização de mercados relevantes em qualquer sector é sempre um processo moroso, na medida em que é tradição nas instituições vocacionadas para esse tipo de análise - tenham natureza nacional ou comunitária-que semelhante trabalho apenas se efectue perante um caso concreto, nomeadamente uma operação de concentração ou um acordo restritivo da concorrência.

⁷² Da análise realizada resultou que os mercados identificados não têm uma dimensão nacional, antes correspondendo a mercados de cariz local. Foi ainda possível concluir que qualquer um destes mercados apresenta uma estrutura concentrada, com a excepção dos mercados de Lisboa e Grande Porto, nos quais atento o seu carácter mais urbano, a estrutura de mercado se apresenta mais atomizada e menos concentrada.

⁷³ Fiscalização a 20 centros de saúde, a 25 prestadores de cuidados de saúde não públicos com centros de nascimento e 5 postos de colheitas de análise clínicas em centros de saúde públicos.

⁷⁴ Este tipo de acções são desencadeadas, quer porque haja uma denúncia quanto às condições de funcionamento, nomeadamente instalações, que há que verificar; quer porque, durante a instrução de um dado processo, se constata ser necessário proceder a uma verificação *in loco*. As inspecções são geralmente efectuadas por equipas pluridisciplinares constituídas por técnicos superiores de regulação com

⁷⁰ www.ers.pt.

As medidas preventivas ou correctivas que têm sido recomendadas, no âmbito das acções desenvolvidas, encontram-se a ser devidamente implementadas e acompanhadas e foram, na sua maioria, aceites e acolhidas pelos operadores por elas visados.

9.3 Aspectos do modelo de monitorização e controlo a melhorar

O actual quadro legal da ERS é composto pelo Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, pela Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro⁷⁶ e pela Portaria n.º 418/2005⁷⁷, de 14 de Abril. Dele decorrem os mecanismos de monitorização, acompanhamento e controlo actualmente ao dispor das funções regulatórias da ERS.

Na opinião da ERS, embora as previsões constantes do quadro legal citado tenham sido até aqui suficientes para desenvolver a monitorização, acompanhamento e controlo adequados de forma bastante satisfatória, aspectos há que podem ser melhorados, nomeadamente em sede do novo quadro legal que está a ser preparado pelo Governo⁷⁸.

Dos aspectos que mais impacto têm ao nível dos mecanismos de monitorização, acompanhamento e controlo actualmente existentes, destacam-se os relacionados com o Sistema de Registo de Entidades Reguladas (SRER).

Com efeito, segundo a ERS, sentiram-se algumas indefinições na fase de arranque da actividade da ERS, que necessitaram de ser clarificadas, como aquelas que dizem respeito à delimitação do âmbito subjectivo da sua actuação. O Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro define, no seu artigo 8.º, que estão sujeitas a regulação da ERS as “entidades, estabelecimentos, instituições, e serviços prestadores de cuidados de saúde, integrados ou não na rede de prestação de

cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica; entidades externas titulares de acordos, contratos e convenções; entidades e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos sectores social e privado, incluindo a prática liberal; associações de entidades públicas ou privadas e as instituições particulares de solidariedade social que se dedicam à promoção e protecção da saúde, ainda que sob a forma de pessoa colectiva de utilidade pública administrativa e desenvolvem a respectiva actividade no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde ou no seu apoio directo; subsistemas de saúde;”, definindo ainda, desta feita negativamente, que não estão sujeitos à sua regulação “os profissionais de saúde no âmbito das atribuições das respectivas ordens profissionais ou associações profissionais”, bem como os “estabelecimentos e serviços sujeitos a regulação sectorial específica.”. Ora, esta delimitação, que foi objecto de densificação pela Portaria n.º 38/2006, nunca deixou de causar algumas anacronias e dificuldades nas suas zonas de fronteira, o que, evidentemente, traz consequências na estabilidade dos mecanismos de monitorização, acompanhamento e controlo. Daí que, segundo informação da ERS, no projecto de revisão dos estatutos da ERS deverá ser prevista uma delimitação mais simples, assente no conceito de “estabelecimento prestador de cuidados de saúde”, ou seja, na prestação directa de cuidados de saúde aos utentes, mantendo-se os mesmos pressupostos de delimitação negativa actualmente vigentes. A ERS espera, com esta alteração, alcançar uma transparência e clareza de conceitos que até aqui não se almejou, com notórios benefícios no domínio da monitorização, acompanhamento e controlo.

Um outro aspecto, na opinião da ERS, que urge solucionar no que toca à sua implementação no contexto do actual quadro legal prende-se com a enforçabilidade do SRER às entidades sujeitas a regulação. Embora não seja totalmente líquida, a interpretação da actual lei permite a conclusão de que o registo das entidades no SRER é obrigatória mas também voluntária, o que não deixa de ser paradoxal. De todo o modo, nos termos da actual lei, seguindo tal interpretação, a entidade que se furte ao registo apenas pode ser penalizada através do competente processo contra-ordenacional, não existindo qualquer instrumento legal destinado a compelir a entidade ao cumprimento.

formação em Direito, Economia e Saúde- médicos ou enfermeiros.

⁷⁵ No âmbito de processos em curso na ERS.

⁷⁶ Com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 639/2006, de 23 de Junho.

⁷⁷ Aprova o regulamento interno da organização e funcionamento dos serviços da entidade reguladora da saúde.

⁷⁸ Apesar do processo de revisão do diploma criador da ERS ainda não estar concluído, o Ministro da Saúde já tornou pública a sua visão da missão da ERS, numa comunicação por si proferida aquando do Seminário “Regulação Independente em Saúde”, realizado em 13 de Fevereiro de 2006.



Nessa medida, a revisão dos seus Estatutos deverá contemplar a possibilidade da ERS registar officiosamente as entidades que identifique em infracção, de acordo com as informações que disponha e que venha obter através do dever de informação a que estão adstritos todos os seus regulados. Também no domínio execução da obrigação de registo, a sua infracção continua prevista e punida enquanto contra-ordenação, mas agora com uma moldura de sanção mais exigente.

No domínio das competências, à ERS deverá passar a caber, com a revisão dos Estatutos, o controlo do cumprimento dos requisitos de funcionamento dos estabelecimentos dos seus regulados. É um domínio de primordial importância nas funções de controlo típicas da regulação sectorial e que não resulta claro dos actuais estatutos da ERS. Na verdade, o controlo destes requisitos, inicialmente feito através da figura do licenciamento, é uma questão de relevo e importância fundamental para a garantia da qualidade e segurança dos serviços prestados aos utentes. Desta forma, nos termos que sairão da revisão do quadro legal da ERS deverá caber a esta, expressamente, pronunciar-se e fazer recomendações sobre os requisitos necessários para o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e assegurar o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares de funcionamento dos mesmos. Na mesma linha, deverá caber à ERS sancionar o incumprimento daqueles requisitos, retirando daqui também o benefício de prevenção geral inerente à actividade sancionatória.

As funções de monitorização, acompanhamento e controlo da ERS deverão ser reforçadas também pelo alargamento dos deveres de informação e cooperação a terceiros para além dos regulados, designadamente a outros agentes do sector cuja colaboração possa ser relevante no exercício das funções da ERS.

Uma última nota, para um aspecto inovador, face ao actual quadro legal, de maior importância para o exercício e legitimidade da actividade regulatória, fruto de revisão do quadro legal da ERS será a **implementação de um Conselho Consultivo,**

composto por representantes das mais diversas áreas do sector e cuja função é a participação na definição das linhas gerais de actuação da ERS e nas suas decisões. O princípio da participação dos interessados, tradicional do direito administrativo e com consagração constitucional, assume neste domínio um papel essencial e com vantagens evidentes no plano da monitorização, acompanhamento e controlo.

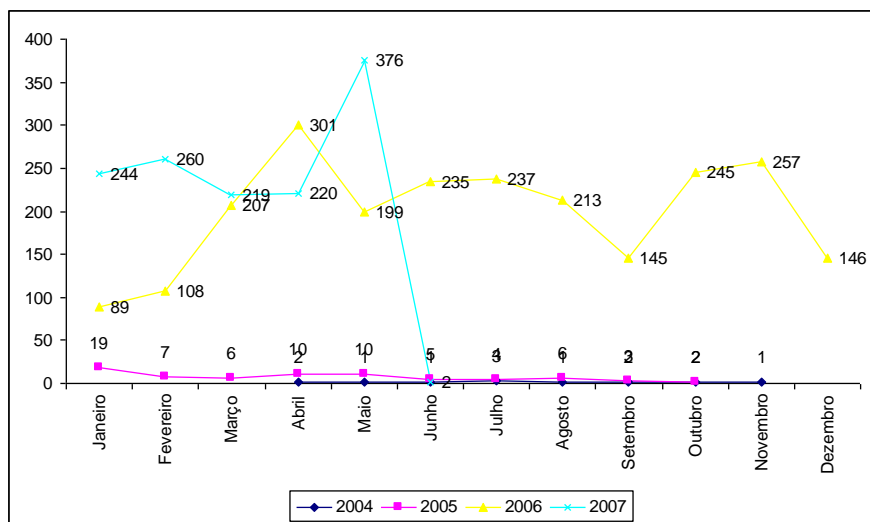
O TC exorta o legislador a considerar estes aspectos na futura legislação.

9.4 Evolução de queixas e reclamações dos utentes

Tal como já foi referido, a ERS desenvolveu um Sistema de Gestão das Reclamações dirigidas à ERS que permite acolher todas as reclamações ou mesmo as situações de cuja existência a própria ERS se dê conta e considere deverem determinar a sua intervenção, sempre em defesa dos direitos dos utentes.

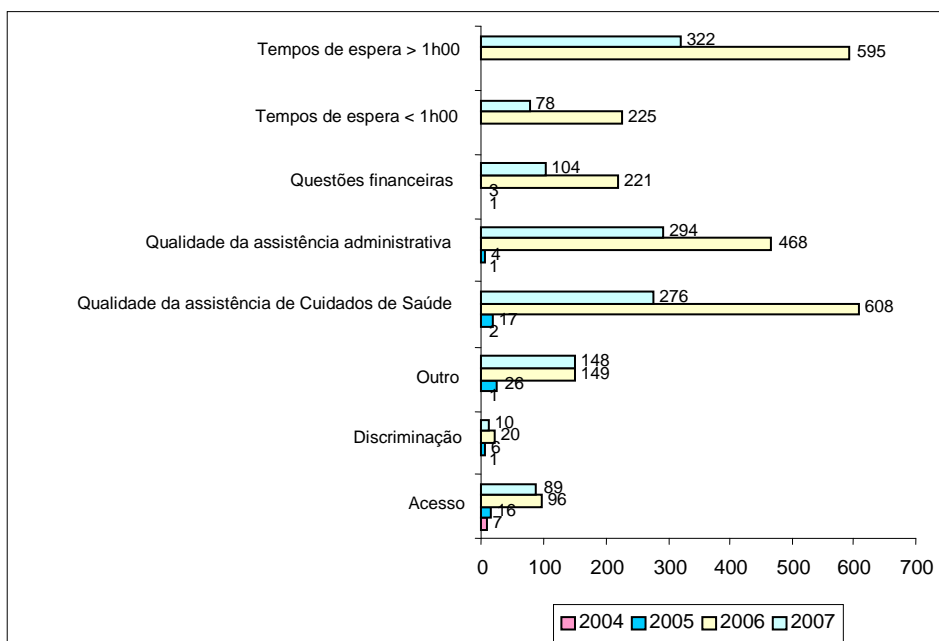
O número de reclamações recebidas pela ERS, até 31 de Maio de 2007, consta do quadro e gráfico seguintes:

Meses	2004	2005	2006	2007
Janeiro		19	89	244
Fevereiro		7	108	260
Março		6	207	219
Abril	2	10	301	221
Maio	1	10	199	377
Junho	1	5	235	
Julho	3	4	237	
Agosto	1	6	213	
Setembro	2	3	145	
Outubro	2	2	245	
Novembro	1		257	
Dezembro			146	
Total Geral	13	72	2382	1321



As reclamações recebidas referem-se a variados assuntos, tipificados no quadro e gráfico seguintes:

Assuntos abordados	2004	2005	2006	2007
Acesso	7	16	96	89
Discriminação	1	6	20	10
Outro	1	26	149	148
Qualidade da assistência de Cuidados de Saúde	2	17	608	276
Qualidade da assistência administrativa	1	4	468	294
Questões financeiras	1	3	221	104
Tempos de espera < 1h00			225	78
Tempos de espera > 1h00			595	322
Total Geral	13	72	2382	1321

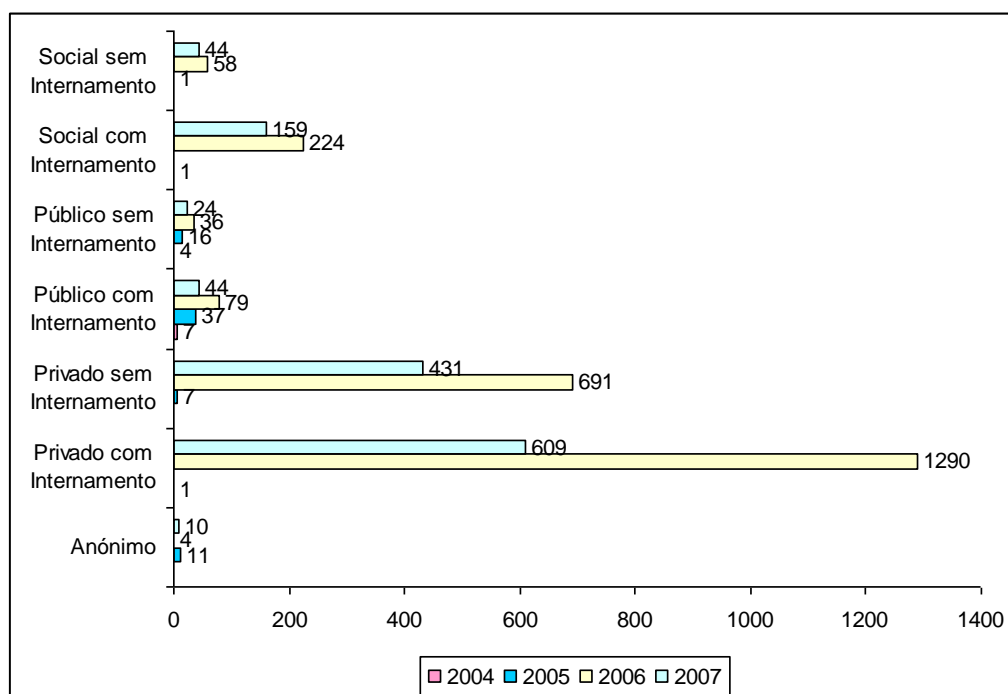




Tribunal de Contas

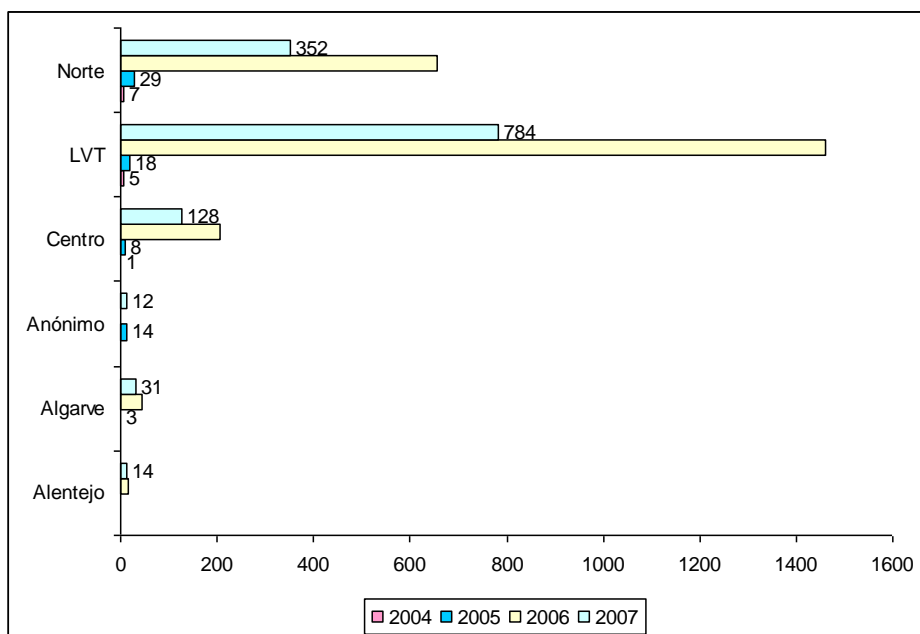
Considerando o tipo de entidade reclamada, a distribuição das reclamações é a seguinte:

Tipo de Prestadores	2004	2005	2006	2007
Anónimo		11	4	10
Privado com Internamento	1		1290	609
Privado sem Internamento		7	691	431
Público com Internamento	7	37	79	44
Público sem Internamento	4	16	36	24
Social com Internamento	1		224	159
Social sem Internamento		1	58	44
Total Geral	13	72	2382	1321



A distribuição regional das reclamações é a seguinte:

Por Região	2004	2005	2006	2007
Alentejo			15	14
Algarve		3	44	31
Anónimo		14	2	12
Centro	1	8	205	128
LVT	5	18	1461	784
Norte	7	29	655	352
Total Geral	13	72	2382	1321



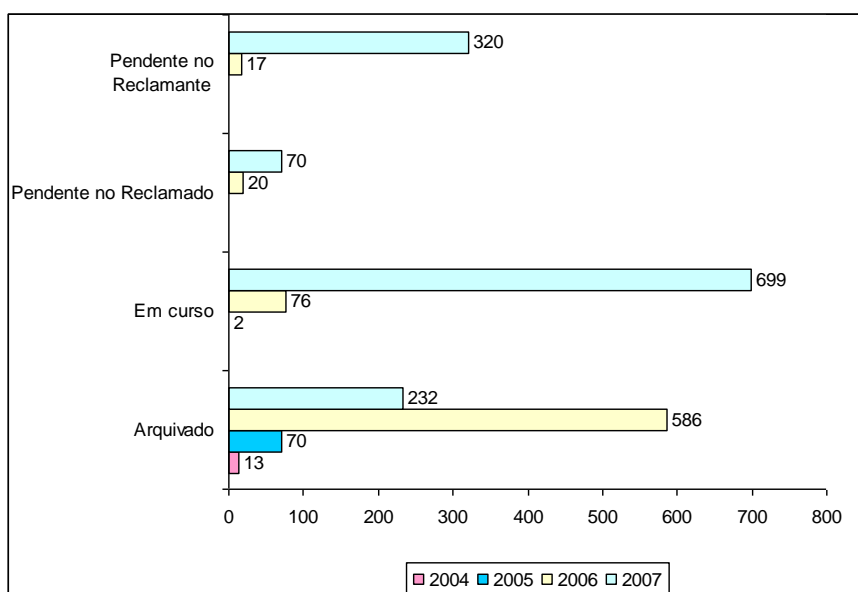
✚ Resultados obtidos e respectivos impactos

Por norma, cada processo é resolvido em 90 dias, que incluem a análise de cada exposição e o correr dos prazos dados, quer a reclamadas quer a reclamantes, para apresentação de alegações e de motivos de discordância, respectivamente. Nem todas as reclamações se decidem a contento de ambas as partes. Têm existido situações em que se tem verificado a necessidade de intervenção da ERS como mais do que mediador para resolução de situações eventualmente mais complicadas.

Quando a ERS considera que o assunto se reveste de especial gravidade, ou que uma intervenção mais activa do que a mediação se torna necessária, é aberto, por deliberação do Conselho Directivo, um processo de inquérito, o qual poderá dar origem a um processo de contra-ordenação.

O estado, em 31 de Maio de 2007, dos processos (reclamações), era o seguinte:

<i>Estado dos Processos</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>
Arquivado	13	70	586	232
Em curso		2	76	699
Pendente no Reclamado			20	70
Pendente no Reclamante			17	320
Total	13	72	699	1321



Das decisões proferidas pela ERS que determinem aplicação de coimas ou de outras sanções previstas cabe recurso para os tribunais judiciais, nos termos previstos na lei⁷⁹.

9.5 Sistema de informação aos utentes

Em 2006, a ERS procedeu à renovação do seu *website*⁸⁰, com vista a criar e manter um sistema de informação ao público em geral, onde os cidadãos podem aceder a informação diversa. O *website* inclui informação sobre as atribuições da ERS, o organigrama, a composição do conselho directivo e do quadro de pessoal; as actividades desenvolvidas, incluindo os comunicados emitidos, os pareceres e recomendações produzidos, os planos e relatórios de actividade e outras notícias; legislação relevante na área da Saúde; e informação sobre os prestadores de cuidados de saúde registados na ERS.

O *website* da ERS permite aos utentes pesquisar todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde registadas. A pesquisa pode ser efectuada por região, especialidades, tipo de prestador, acordos/convenções e pelo nome da entidade.

O resultado da pesquisa permite identificar as entidades, estabelecimentos, valências e profissionais responsáveis pelos serviços.

A ERS pretende assegurar a constante actualização do *website*, para que a informação nele contida seja o mais exhaustiva e o mais actual possível, e alargar o leque de informação disponibilizado.

A ERS tenciona, ainda, implementar um sistema de reclamações através do *website*, de modo a facilitar a sua apresentação e o controlo da resolução das reclamações, contribuindo para a promoção de um relacionamento entre os utentes e a ERS.

O TC, sem deixar de incentivar a ERS a melhorar o seu sistema de informação, reconhece que o mesmo revela já grandes potencialidades.

9.6 Actividade sancionatória

A actividade sancionatória exercida pela ERS tem seguido estritamente o estipulado nos artigos 43.º a 51.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro⁸¹, bem como a prevista em outros diplomas legais que reconhecem a ERS como a entidade competente para a fiscalização, instrução

⁷⁹ Nos termos do artigo 49.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.

⁸⁰ Foi publicada em 2004, a página *Web* da ERS, no cumprimento das obrigações estatutárias desta entidade com o endereço: www.ers.min-saude.pt para em 2005, passar a www.ers.pt.

⁸¹ Capítulo V – Das infracções e sanções.

dos processos e aplicação de coimas e sanções acessórias das infracções neles previstas, designadamente as constantes do Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro⁸².

Presentemente, constituem contra-ordenações da competência da ERS, relativamente às entidades e pessoas singulares sujeitas a regulação, as constantes do seguinte quadro:

Qualificação
A indução artificial da procura de cuidados de saúde.
O desrespeito por decisão que decreta quaisquer medidas provisórias e cautelares por parte da ERS.
A não prestação ou a prestação de informações falsas, inexactas ou incompletas pelos operadores em resposta apedido da ERS, no uso dos seus poderes sancionatórios ou de supervisão.
A não colaboração com a ERS ou a obstrução ao exercício por esta dos poderes de obtenção de informação e de fiscalização.
O desrespeito da obrigação de possuir livro de reclamações.
O desrespeito da obrigação de facultar imediata e gratuitamente ao utente o livro de reclamações sempre que por este seja solicitado.
O desrespeito da obrigação de afixar no estabelecimento, em local bem visível e com caracteres facilmente legíveis pelo utente, um letreiro com a seguinte informação: «Este estabelecimento dispõe de livro de reclamações».
O desrespeito da obrigação de manter, por um período mínimo de três anos, um arquivo organizado dos livros de reclamações que tenha encerrado
O desrespeito da obrigação de envio para a ERS de reclamação apresentada no livro, no prazo máximo de 5 dias úteis.
O desrespeito da obrigação de entregar ao utente o duplicado da reclamação apresentada.
O desrespeito da obrigação de conservar no livro de reclamações o triplicado de reclamação apresentada.
O desrespeito da obrigação de constar do letreiro, referido anteriormente, a morada da ERS.

A ERS, no âmbito dos processos contra-ordenacionais, tem ainda a possibilidade de aplicar as sanções acessórias que entenda necessárias.

Até Julho de 2007 foram abertos 32 processos contra-ordenacionais, sendo que destes, 13 estão concluídos da seguinte forma: 3 foram arquivados, 8 deram lugar a admoestação e 2 culminaram na aplicação de coima.

✚ Efeitos desta actividade sobre as entidades reguladas

Questionada sobre os efeitos da actividade sancionatória sobre as entidades reguladas, a ERS considera ser ainda cedo para responder, uma vez as sanções apenas foram aplicadas recentemente. Contudo, a reguladora alega que da actividade sancionatória da ERS sempre resultaram os típicos efeitos de prevenção geral e especial conhecidos do direito penal. Ou seja, a actividade sancionatória da ERS, através da aplicação de coimas ou sanções acessórias, servirá para fazer com que os regulados em geral não cometam as infracções já identificadas, obtendo-se assim um efeito de prevenção geral. Esse efeito será ainda potenciado pela publicitação das decisões da ERS no seu sítio da Internet, conforme permite o art. 46.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro. Por outro lado, a actividade sancionatória da ERS servirá igualmente para que o regulado que é condenado a uma sanção e que a tenha de cumprir não volte ele próprio a cometer novas infracções, obtendo-se assim um efeito de prevenção especial.

✚ Aspectos que poderiam ser melhorados

Por princípio, a ERS considera que os efeitos descritos anteriormente serão eficazes para os objectivos da actividade sancionatória em geral. Não obstante tal conclusão, caso se verifiquem níveis de incidência (o que até aqui não se verificou) ou de reincidência poderá ser ponderada uma alteração legislativa no sentido de ponderar sanções mais exigentes sobre os regulados.

Por outro lado, o desenvolvimento da actividade regulatória da ERS poderá conduzir à necessidade de serem tipificados novos típicos de infracções sobre comportamentos dos regulados que se entendam censuráveis ou atentatórios dos princípios ou direitos que à ERS incumbe zelar.

⁸² Diploma que estabelece a obrigatoriedade de disponibilização do livro de reclamações a todos os fornecedores de bens ou prestadores de serviços que tenham contacto com o público em geral.



9.7 Principais estudos desenvolvidos

No âmbito das suas atribuições, a ERS desenvolveu diversos estudos que incidiram sobre os seguintes temas⁸³:

+ Qualidade dos serviços de saúde

↳ Avaliação dos Cuidados de Saúde Primários

O estudo intitulado “Avaliação dos Cuidados de Saúde Primários” visou analisar a qualidade e adequação das instalações e dos recursos humanos, e medir a produtividade dos centros de saúde do SNS. As principais conclusões foram as seguintes: escassez de recursos humanos, especialmente de médicos, em muitos dos centros de saúde avaliados, situação que conduz a um número de doentes sem médico de família frequentemente elevado; existência de instalações deficientes em alguns dos centros, seja porque são antigas e não devidamente adaptadas às funcionalidades necessárias, seja porque são insuficientes; alguma má organização existente nalguns dos centros, o que começa por ser consequência, desde logo, do facto de não terem ocorrido algumas das nomeações legalmente impostas; no que toca aos direitos dos utentes, mais especificamente, à sua concretização na existência de um Gabinete do Utente nos centros de saúde, verificou-se que, apesar de formalmente este existir, muitas das vezes não funciona devidamente na prática, quer porque não lhe correspondam instalações próprias, ou pessoal especificamente adstrito ao exercício dessas funções, quer por falta de informação dos utentes relativamente à sua existência e funcionamento; porém, **a ERS conclui que, ponderados os indicadores escolhidos como critérios de avaliação das prestações de cuidados de saúde primários, estas podem ser consideradas como detendo um razoável nível de qualidade.**

↳ Caracterização dos centros de nascimento não públicos

Igualmente no âmbito da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, foi realizado um estudo que visou a caracterização dos centros de nascimento não públicos.

As principais conclusões foram as seguintes: existe uma assinalável assimetria na distribuição geográfica dos centros de nascimento em Portugal, a grande maioria localizando-se no norte do País, se bem que os de grande dimensão fiquem na região de Lisboa; as três maiores unidades a nível nacional, em termos de partos efectuados, são responsáveis por 51,2% dos partos realizados no sector não público; durante as visitas efectuadas às instituições constatou-se que, em algumas delas, havia já decorrido um processo de acreditação externa; no total, uma percentagem muito significativa dos partos realizados em instituições privadas foram-no em instituições acreditadas, o que dá garantias de qualidade e do cumprimento de *standards* mínimos de qualidade assistencial; a existência de problemas graves não passíveis de resolução, em tempo útil, foi constatada em duas instituições, tendo nestas sido tomadas medidas especiais para confirmar a informação que levou à conclusão da existência destes problemas; os principais problemas gerais detectados neste processo de avaliação prendem-se com a ausência de manuais de procedimentos, de uma cadeia hierárquica clara e de protocolos de actuação em caso de emergência. De uma forma geral a ERS, face à informação recolhida, **concluiu que os cuidados de assistência ao parto nas instituições não públicas portuguesas são de qualidade satisfatória, havendo mesmo algumas que ultrapassam todos os standards exigíveis. Em 13 instituições que, no seu conjunto, são responsáveis por 84,1% dos partos, confirmou-se a boa qualidade global dos cuidados prestados.**

⁸³ Os estudos desenvolvidos visam a análise detalhada de situações em que, nomeadamente, a qualidade dos serviços de saúde e os direitos legítimos dos utentes possam estar seriamente em risco.

✚ Protocolo “Compromisso com a Saúde”

A assinatura e publicitação de um protocolo, assinado entre o Governo e a Associação Nacional de Farmácias, denominado “Compromisso com a Saúde”, mereceu uma reflexão cuidada, pelas potenciais implicações que poderia produzir na prestação de alguns cuidados de saúde aí previstos.

Concretamente, a ERS elaborou um estudo sobre as implicações da cláusula 13.^a do protocolo para a qualidade e segurança dos serviços prestados, e para o bom funcionamento do mercado, nas actividades sujeitas à sua regulação, na medida em que se prevê, nessa cláusula, uma actualização e ampliação da actividade farmacêutica na direcção da prestação de cuidados de saúde (nomeadamente a prestação de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica e a prestação de primeiros-socorros e administração de vacinas).

O referido estudo identificou três dificuldades na ampliação da actividade farmacêutica à prestação de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica e à prestação de primeiros-socorros e administração de vacinas. Primeiro, os regimes de licenciamento e fiscalização daquelas actividades não são absolutamente compatíveis com o seu exercício pelas farmácias. **Por outro lado**, a hipótese de criação de regulamentação específica dirigida apenas aos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica disponíveis nas farmácias, diferente da aplicável aos outros prestadores, criaria uma distorção nos mercados relevantes, com consequências nefastas a nível da eficiência económica. **Finalmente**, o alargamento da actividade das Farmácias ao mercado de prestação de cuidados de saúde poderia levantar problemas em termos de regulação sectorial.

Em conclusão, a ERS considerou que a concretização da cláusula 13.^a do Protocolo “Compromisso com a Saúde”, se não for devidamente acautelada, poderá ter consequências negativas para a defesa dos direitos dos utentes, nomeadamente, em termos de qualidade e de segurança dos serviços prestados bem assim, para a eficiência dos mercados, nas áreas dos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, administração de vacinas e prestação de primeiros-socorros.

O TC não pode deixar de sublinhar esta preocupação da ERS.

✚ Práticas de transferência e referenciação de doentes

A “Avaliação do Acesso dos Doentes com Esclerose Múltipla a Consultas Externas nos Hospitais do SNS” teve como objectivo detectar eventuais dificuldades de acesso a cuidados e alegadas situações de rejeição infundada de doentes com Esclerose Múltipla (EM) por parte de alguns hospitais do SNS.

Foi possível concluir que: a EM é uma doença crónica do foro neurológico, cujo tratamento em ambulatório envolve um dispêndio de recursos por doente significativo; estima-se que o encargo para o hospital associado a uma consulta externa de um doente com EM é significativamente superior ao preço único pago pelo SNS aos hospitais pelas consultas externas; dado o actual sistema de pagamento aos hospitais do SNS pela produção em consultas externas, o risco financeiro da admissão de doentes com EM encontra-se do lado do hospital, proporcionando um racional económico para os hospitais do SNS quererem diminuir a admissão de doentes com EM; existe uma grande variabilidade no rácio do número de doentes com EM acompanhados na consulta externa de um hospital, por milhar de habitantes da área de influência desse hospital; há 6 hospitais com um número de doentes anormalmente baixo, mesmo depois de considerados factores como a posição de cada hospital na Rede de Referenciação de Neurologia ou a antiguidade do hospital; os possíveis efeitos adversos dos incentivos financeiros que este tipo de financiamento comporta podem ser evitados com esquemas alternativos de remuneração dos hospitais, que estabelecem valores de financiamento mais equilibrados e ajustados com o real custo dos cuidados prestados, como é o caso do modelo de financiamento dos prestadores de cuidados aos doentes com infecção VIH/sida, que estabelece um valor mensal a atribuir aos prestadores por cada doente que inicia terapêutica anti-retrovírica, valor este que se baseia nos custos previsíveis com a terapêutica, meios de diagnóstico e consulta externa.



✚ Descontinuidades na prestação e escassez de serviços de saúde

A garantia do acesso dos utentes ao SNS implica a optimização da distribuição, em termos geográficos, dos prestadores de cuidados de saúde em todo o território nacional. O consumo de cuidados de saúde, por exigir, na maioria das situações, a presença física do utente, implica para este um custo em termos de tempo despendido na deslocação até ao local da prestação. Neste sentido, por si só a uniformidade ao nível da taxa moderadora não garante a equidade no acesso aos cuidados de saúde, sendo necessário assegurar a correcta distribuição geográfica dos locais de prestação.

No âmbito da garantia do acesso dos utentes aos cuidados de saúde, a ERS entendeu analisar o acesso a serviços de Medicina Física e Reabilitação (MFR), tendo por finalidade caracterizar as descontinuidades na prestação e escassez de serviços, conducentes a injustiças no acesso. A prioridade atribuída ao estudo da distribuição geográfica dos estabelecimentos de MFR decorre de os cuidados de MFR exigirem, regra geral, deslocações frequentes durante o período de tratamento, para doentes que poderão apresentar dificuldades de mobilidade.

A referida caracterização das descontinuidades na prestação e escassez de serviços foi realizada em duas fases. Numa primeira fase, foi desenvolvido um mapa de oferta de serviços de MFR, com base nos elementos constantes do registo de entidades existentes na ERS. Seguidamente, comparando o mapa da oferta de cuidados com as características da população de cada região, foram realizadas análises de acessibilidade aos cuidados da MFR.

O relatório permitiu concluir que 6% da população residente em Portugal Continental se encontra a mais de 30 minutos de um estabelecimento de MFR. Nos distritos de Guarda, Bragança e Castelo Branco, cerca de 50% da população reside fora das áreas em que há um acesso razoável (deslocação inferior a 30 minutos) a um qualquer estabelecimento de MFR. Por outro lado, constatou-se uma grande discrepância na distribuição dos serviços de MFR relativamente à população abrangida.

Enquanto que nas zonas do Baixo Mondego, Grande Lisboa e Grande Porto existem mais de 6 técnicos de saúde em serviços de MFR por cada 10.000 habitantes, em determinadas zonas do Alto Alentejo, do Alentejo Litoral e do interior Centro há menos de um técnico por 10.000 habitantes.

✚ Regulação das relações económicas com operadores

↳ Concorrência no sector do transporte de doentes

O transporte de doentes constitui uma componente importante da prestação de cuidados de saúde, ao afectar decisivamente a qualidade destes. Por outro lado, o transporte de doentes tem um peso significativo no orçamento da Saúde⁸⁴. Entendeu, por isso, a ERS realizar, em 2006, um estudo com o objectivo de caracterizar e avaliar o sector do transporte terrestre de doentes. Neste sentido, foi criada uma unidade de projecto que realizou o enquadramento teórico jurídico-económico da problemática e procedeu à identificação dos operadores do sector, os quais contactou, directamente ou através dos seus representantes, para a obtenção de informações relevantes⁸⁵.

Em 2007, foi concluído o relatório final que aponta como principais problemas do sector: a dispersão e complexidade da legislação que enquadra a actividade de transporte terrestre de doentes; a falta de eficácia do sistema de fiscalização dos transportes efectuados e dos veículos utilizados; a existência de restrições no acesso de novos operadores ao mercado de transporte de doentes.

⁸⁴ Os gastos anuais em 2005 com transporte de doentes terão rondado os 135 milhões de euros, dos quais três quartos foram financiados pelo SNS, e o restante suportado pelos subsistemas, pelas seguradoras e, residualmente, pelos utentes. O transporte de doentes representa 9,36% dos gastos dos centros de saúde do SNS com a subcontratação, excluindo a despesa com medicamentos.

⁸⁵ Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Liga dos Bombeiros Portugueses (LBP), Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) e Associação dos Transportadores de Doentes em Ambulância (ATDA).

↳ Concorrência no sector da hemodiálise

Sendo a problemática da assistência na saúde aos insuficientes renais crónicos uma área de grande diversidade e complexidade quer a nível da própria patologia, quer pelos condicionalismos socio-económicos inerentes às doenças crónicas debilitantes, entendeu a ERS analisar a adequação da rede às necessidades latentes, por forma a salvaguardar uma oferta universal em condições não discriminatórias, facilitando o acesso quer aos utentes quer a eventuais empresas concorrentes potenciais.

A ERS solicitou ao CEGEA (Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada)⁸⁶ um estudo exaustivo sobre as “condições da oferta privada dos tratamentos substitutivos da função renal”, nomeadamente, no que respeita às características da indústria, à cobertura geográfica e à estrutura dos mercados regionais e nacional, tendo como fim último a análise da eficiência económica deste sub-sector do sistema de saúde⁸⁷.

Das conclusões do estudo a ERS entendeu como mais relevantes as seguintes: o preço fixado para reembolso das clínicas de hemodiálise pelos serviços prestados ao SNS não tem acompanhado a evolução dos custos empresariais; o facto de o custo com o transporte dos doentes para tratamentos de hemodiálise ser suportado pelo Estado, e de as escolhas não serem realizadas explicitamente pelos doentes, tem implicações sobre a forma como as empresas e utentes se comportam, abrindo espaço a práticas indesejadas do ponto de vista social; no actual cenário da organização dos cuidados aos insuficientes renais não parecem existir incentivos para o desenvolvimento de formas de tratamento alternativas à hemodiálise, como a diálise peritoneal, que além de poderem trazer benefícios para os utentes, constituem uma forma de fomentar ou reforçar a concorrência no mercado de hemodiálise, por via do alargamento dos mercados de serviços substitutos.

↳ Regime das convenções celebrado pelo SNS

Transparência e igualdade de oportunidades são dois princípios fundamentais que devem prevalecer nas relações entre os grandes financiadores e os operadores, para que o sistema funcione de forma eficaz e justa. A ERS recebeu várias participações de entidades prestadoras de cuidados de saúde, que sugeriam que alguns aspectos do regime de convenções celebrados pelo SNS deveriam ser revistos. Neste âmbito, a ERS realizou um estudo com o objectivo de caracterizar e avaliar o actual modelo de celebração de convenções entre o SNS e prestadores privados de cuidados de saúde.

Da análise efectuada pela ERS resultou, em 2006, um relatório intitulado “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS”. **As principais conclusões foram:** o acesso às convenções apresenta-se fechado a novos prestadores, contrariamente ao previsto no Regime Jurídico de Celebração das Convenções⁸⁸; os preços tabelados para os actos convencionados não estão adequados às condições de procura e oferta actualmente existentes; os mecanismos de fiscalização ao dispor das Administrações Regionais de Saúde (ARS) não são suficientes para uma eficaz avaliação da qualidade dos serviços prestados, limitando-se apenas à verificação documental; em consequência, o actual modelo de contratação enferma de problemas sérios, que lesam acima de tudo interesses dos utentes, em termos de acesso, liberdade de escolha e qualidade dos serviços de saúde, mas também o Estado de forma directa, especificamente, no que toca à aplicação de recursos no sector da Saúde, e indirecta, por força da incumbência de protecção do direito à saúde dos cidadãos.

⁸⁶ Da Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa.

⁸⁷ Neste trabalho foi analisada a estrutura da rede de estabelecimentos de hemodiálise em Portugal continental e o seu desempenho empresarial. Em concreto, o estudo concentrou-se em duas dimensões do problema: de um lado, a forma como as empresas se organizam para prestar os serviços – numa lógica económica de análise das componentes da cadeia de valor (ex: abastecimento de equipamentos e outras substâncias essenciais aos tratamentos de hemodiálise) – e, do outro, a estrutura do mercado final de serviços de hemodiálise.

⁸⁸ Estabelecido no Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril.



↳ Regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

A legislação actual estabelece que o funcionamento de certos tipos de estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde pressupõe a existência de licenciamento. No entanto, a informação obtida no âmbito do processo de registo de prestadores de cuidados de saúde na ERS permitiu constatar que a uma percentagem considerável de prestadores de cuidados de saúde sujeitos a licenciamento ainda não foi atribuída a respectiva licença.

Constatando esta realidade, **a ERS levou a cabo um estudo com o objectivo de dar a conhecer os vários diplomas existentes no ordenamento jurídico português sobre o licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde, bem como analisar a situação actual do processo de licenciamento, e as suas implicações na concorrência.**

As principais conclusões deste estudo foram: a legislação sobre o licenciamento de unidades privadas de saúde é muito extensa e dispersa, não existindo um diploma comum; o licenciamento dos estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde apresenta problemas graves, dado que, vários anos após a publicação dos respectivos regimes jurídicos, ainda existe uma grande percentagem de unidades sem licença atribuída; as consequências da coexistência de unidades licenciadas e unidades não licenciadas para a eficiência dos mercados relevantes são extremamente negativas, já que, potencialmente, aumenta os custos sem a contrapartida do aumento da qualidade, além de criar desvantagens competitivas para os prestadores licenciados face aos não licenciados; em algumas áreas ou valências não existe qualquer controlo prévio por licenciamento, nem sempre existindo razões justificativas para essa isenção; o sistema actual de licenciamento é moroso, complexo e pouco eficiente.

Na sequência da análise dos resultados obtidos em cada um dos estudos aprofundados que a ERS desenvolve, é prática comum o Conselho Directivo da ERS ponderar um conjunto de recomendações a fazer ao Governo ou a prestadores de cuidados de saúde, com vista à superação das dificuldades ou anomalias

detectadas no sistema de saúde, no sentido de contribuir activamente para assegurar a defesa dos direitos dos utentes e prestadores.

Os despachos do Conselho Directivo da ERS que aprovam estas recomendações são publicados no *wibsite* da ERS, juntamente com o relatório que as suporta.

9.8 Pareceres emitidos

Nos termos do n.º 3 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, incumbe à ERS dar parecer a pedido do Governo sobre um série de temáticas ligadas à organização do sistema de saúde. Nestes termos, a ERS emitiu parecer sobre os seguintes projectos de diploma legal:

Em 21/11/2005, sobre o projecto de Decreto-Lei de transformação de 30 hospitais em Entidades Públicas Empresariais e criação de dois Centros Hospitalares com estatuto de Entidades Públicas Empresariais.

Em 7/03/2006, sobre o projecto de Proposta de Lei de alteração à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplante de órgãos, tecidos e células de origem humana.

Em 4/10/2006, sobre o projecto de Decreto-Lei de transformação de 6 hospitais em Entidades Públicas Empresariais.

Em 4/10/2006, sobre o projecto de Decreto-Lei de Criação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE.

Em 31/01/2007, sobre o projecto de Despacho sobre os preços das Convenções para o ano de 2007.

Em 15/06/2007, sobre o projecto de Decreto-Lei de criação de dois Centros Hospitalares com o estatuto de Entidades Públicas Empresariais.

A ERS emitiu também parecer sobre os seguintes assuntos:

Em 25/07/2006, parecer técnico fundamentando a inclusão no âmbito da ERS (e consequente obrigatoriedade de registo) dos profissionais liberais que prestam cuidados de saúde em estabelecimento próprio individual.

Em 12/01/2007, sobre a obrigatoriedade de registo na ERS de empresas contratadas por Hospitais para os seus Serviços de Urgência.

Em 09/03/2007, sobre a operação de fusão por incorporação de dois laboratórios de análises clínicas.

9.9 Acolhimento por parte dos destinatários dos estudos e pareceres

Os procedimentos que visam acompanhar as consequências no curto e médio prazo, ao nível do impacto nos prestadores de cuidados de saúde e nos utentes, e ao nível da resolução dos problemas identificados, de cada estudo ou parecer emitidos pela ERS, incluem a consideração de todos os comentários aos estudos e pareceres, e respectivas recomendações, feitos por todas as entidades ligadas à questão em apreço, a análise exaustiva da cobertura mediática que segue à publicação dos documentos, o acompanhamento de todas as alterações legislativas e/ou de organização do sector da saúde directamente ligadas à questão em apreço.

A título exemplificativo, seguem algumas notas sobre o acolhimento por parte dos destinatários dos estudos/pareceres da ERS:

Regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”

“O Ministério da Saúde anunciou ontem que, ainda neste ano, deverá ser alterada a legislação para simplificar o processo de licenciamento de clínicas privadas, depois de um estudo da Entidade Reguladora da Saúde (...) Fonte oficial afirmou que o ministério reconhece o problema e adiantou que a legislação actual é “muito complicada e quase inaplicável”, estando por isso a ser revista para ser alterada. O ministério crê que com nova legislação é possível a profissionalização das entidades fiscalizadoras, pelas quais passa a vistoria, aprovação e eventuais recomendações às unidades privadas, com vista ao licenciamento.”⁸⁹

“O Director-geral de Saúde anunciou, esta quarta-feira, que o Governo espera concluir, até ao Verão, uma legislação mais adequada para o licenciamento de clínicas privadas que prestam serviços de Saúde em Portugal.”⁹⁰

Regime das convenções celebradas pelo SNS

“O Ministério da Saúde vai lançar os primeiros concursos públicos para a reabertura do sector das convenções ainda este semestre, disse ao Diário Económico o secretário de Estado da Saúde.

(...) Francisco Ramos sublinhou que o trabalho que está a ser feito pelo Governo partiu do estudo feito pela Entidade Reguladora da Saúde, e noticiado no final do ano passado.”⁹¹. Adicionalmente, em 11 de Junho de 2007, foi publicada na 1.ª série do Diário da República, a Portaria n.º 711/2007 que autoriza “o conselho de administração da Administração Central do Sistema de Saúde I.P., a iniciar procedimento de concurso público para aquisição de bens e serviços” necessários à criação de um centro de conferência de facturação de serviços convencionados prescritos, em linha com o que a ERS recomendou no âmbito do estudo sobre as convenções.

O Tribunal convida o legislador a contribuir com medidas adequadas e em tempo oportuno para a eficiência e eficácia do sistema de saúde.

⁸⁹ O Primeiro de Janeiro, 22 de Março de 2007.

⁹⁰ TSF, 21 de Março de 2007.

⁹¹ Diário Económico, 21 de Março de 2007.



10 BALANÇO DA ACTIVIDADE

Tal como referido na *nota introdutória* deste documento, a ERS apenas teve condições para iniciar a sua actividade no final do ano de 2005.

Desde o ano de 2006, que a ERS tem vindo a constatar um crescente aumento da importância e da credibilidade da sua missão, quer junto dos seus regulados, quer junto dos utentes dos serviços de saúde. As actividades regulares de registo dos operadores, e de recepção e tratamento de queixas e reclamações e de investigação de todas as participações que indiciem violações graves dos direitos dos utentes, problemas de acesso e falhas de mercado, têm sido desempenhadas pela ERS com o máximo de zelo, e com resultados satisfatórios e animadores em termos da relevância da intervenção requerida a esta entidade por cada caso concreto.

Tem sido perceptível uma forte aceleração do ritmo de recepção de todo o tipo de participações ao longo do tempo, o que resulta de um claro incremento na notoriedade da ERS junto dos cidadãos, e particularmente, utentes dos serviços de saúde, e junto dos prestadores de cuidados de saúde. Tal notoriedade é condição essencial para que a actividade da ERS surta efeitos importantes junto do sistema de saúde, uma vez que o seu papel de garante dos direitos dos utentes e da qualidade e segurança dos serviços prestados depende, em grande medida, de uma comunicação permanente e tão clara quanto possível entre esta entidade e os utentes e prestadores, bi-direccionada, mas sobretudo no sentido utente/prestador para regulador.

O desenvolvimento da notoriedade deve-se, essencialmente, à maior visibilidade da ERS resultante da incrementação da sua actividade de emissão de pareceres e recomendações, e de realização de estudos, sobre temas sensíveis do sector da saúde, bem como devido à sua competência ao nível da fiscalização do Livro de Reclamações para prestadores de cuidados de saúde, que foi introduzido em 2006.

Na opinião da ERS, o já significativo número de pareceres e recomendações realizados foi decisivo para a afirmação da reguladora como uma entidade verdadeiramente independente, com competência técnica, o que reforçou a credibilidade e a eficácia da regulação em saúde.

Simultaneamente, o tratamento estatístico das participações, queixas e reclamações tem-se revelado um instrumento fundamental para conhecer os pontos fracos do sistema de saúde e identificar as áreas que exigem uma análise mais aprofundada, tendo sido possível detectar padrões indiciadores de problemas sistémicos, que foram já analisados por esta entidade, ou que o serão no futuro próximo.

Para o incremento da notoriedade da ERS terá contribuído, igualmente, a renovação do seu *website*, bem como a implementação e disponibilização, também no *website*, do sistema de informação aos utentes, que lhes permite efectuar pesquisas sobre todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde registadas.

Pela primeira vez em Portugal, dispõe-se de uma base de dados de prestadores de cuidados de saúde, que se tem revelado extremamente útil para os utentes, e fundamental para a actividade de regulação. O conhecimento do universo dos regulados é uma condição imprescindível para que a ERS possa exercer devidamente as suas funções de regulação, supervisão e acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, pelo que o desenvolvimento e implementação do processo de registo via Internet foi uma actividade que se revestiu da maior importância.

Actualmente, a base de dados das entidades registadas na ERS constitui um acervo de informação sobre o tecido de prestadores de cuidados de saúde absolutamente inédito em Portugal, quer pela exaustividade do sector e natureza da informação recolhida, quer pela criação de um canal de comunicação directo e privilegiado com todos os prestadores.

Adicionalmente, o registo permitiu à ERS uma fonte de receitas própria da entidade, constituída pela taxa a que as entidades estão sujeitas no acto de inscrição.

Para o futuro, a ERS espera dispor das condições necessárias para continuar a cumprir a sua missão de defesa dos interesses dos utentes dos serviços de saúde, e de garante da concorrência entre todos os operadores.

Para isso, será necessário implementar a já prevista e anunciada revisão do quadro legal, focalizando a actividade da ERS naquelas áreas onde as suas características de independência e conhecimento sectorial são mais importantes.

A ERS considera, em particular, ser fundamental actuar, no futuro, nas seguintes áreas:

✚ Acesso aos cuidados de saúde

Assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados.

Prevenir e punir as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Prevenir e punir as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde.

Zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados.

✚ Defesa dos direitos e interesses dos utentes

Monitorizar as queixas e reclamações dos utentes e o seguimento dado pelos operadores às mesmas.

Promover um sistema de avaliação dos estabelecimentos de saúde, de acordo com critérios objectivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos utentes, para proporcionar ao público um conhecimento simplificado, transparente, e objectivo (através de *ratings*) sobre o nível dos serviços que poderão obter nos diversos prestadores.

✚ Regulação económica

Elaborar estudos e emitir recomendações sobre as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes.

✚ Defesa da concorrência

Identificar os mercados relevantes que apresentam características específicas sectoriais, designadamente definir os mercados geográficos, em conformidade com os princípios do direito da concorrência.

Velar pelo respeito da concorrência nas actividades abertas ao mercado sujeitas à sua jurisdição.

Colaborar com a Autoridade da Concorrência no desempenho das suas atribuições, de harmonia com o disposto na Lei da Concorrência.

✚ Controlar o cumprimento dos requisitos de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

Em suma, a ERS considera que a regulação em saúde, em Portugal, exige uma Entidade Reguladora Independente, capaz de exercer eficazmente as funções anteriormente mencionadas e que, só assim, se conseguirá um sistema de saúde que aproveite as vantagens dos mecanismos competitivos de mercado e que, simultaneamente, seja capaz de prevenir os seus abusos. Um tal sistema será, certamente, um sistema de saúde mais eficiente, mais inovador, e mais justo, em defesa dos interesses dos cidadãos.

11 PUBLICITAÇÃO DAS ADJUDICAÇÕES DE OBRAS PÚBLICAS

Dada a importância da obrigação imposta pelo artigo 275º do Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de Março, no sentido de todas as entidades públicas – incluindo as do SPE – **publicarem periodicamente as listagens de adjudicação de obras públicas**, a ERS informou que, com referência aos anos de 2004, 2005 e 2006, não deu cumprimento ao disposto no artigo 275º do Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de Março, em virtude de não ter procedido a nenhuma adjudicação de obra pública, ao abrigo daquele diploma legal.

Porém, relativamente às obras efectuadas no ano de 2007, ainda não deu cumprimento àquela obrigação legal, uma vez que a publicitação das obras adjudicadas, durante o corrente ano, só deverá ocorrer no 1º trimestre do ano de 2008, conforme o artigo 275º daquele diploma legal.



III Recomendação Final, Destinatários, Publicidade e Emolumentos

12 RECOMENDAÇÃO FINAL

Tendo em conta o conteúdo do presente Relatório e, em especial, as suas Recomendações, o TC entende instruir quer o Governo, através do Ministro da Saúde, quer a ERS para lhe transmitirem, por escrito e no prazo de seis meses, as medidas adoptadas e seu estado de desenvolvimento, acompanhadas dos competentes comprovativos, tendentes a dar seguimento às Recomendações neste relatório formuladas pelo Tribunal de Contas. Existindo Recomendações não implementadas, no final daquele prazo, deve o Governo ou quem este determinar, bem como a ERS explicar, detalhadamente e por escrito, ao Tribunal, as razões que a isso conduziram.

13 DESTINATÁRIOS

Deste Relatório e do seu Anexo (contendo as respostas remetidas em sede de contraditório) são remetidos exemplares:

- À Presidência da República;
- À Assembleia da República, com a seguinte distribuição:
 - Presidente da Assembleia da República;
 - Comissão da Saúde;
 - Comissão de Orçamento e Finanças;
 - Líderes dos Grupos Parlamentares.

- Ao Governo, com a distribuição que se segue:
 - Primeiro-Ministro;
 - Ministro da Saúde;
 - Ministro das Finanças e da Administração Pública;
- Ao Conselho Directivo da Entidade Reguladora da Saúde;
- Ao representante do Procurador-Geral da República junto do Tribunal, nos termos do disposto pelo n.º 4, do art. 29.º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com a redacção que lhe foi dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.

14 PUBLICIDADE

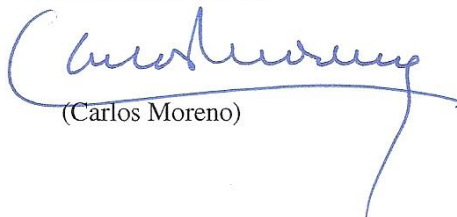
Após entregues exemplares deste Relatório e seu Anexo às entidades acima enumeradas, será o mesmo, em tempo oportuno e pela forma mais adequada, divulgado pelos meios de Comunicação Social e, bem assim, inserido no sítio do Tribunal de Contas.

15 EMOLUMENTOS

Nos termos do DL 66/96, de 31 de Maio, e de acordo com os cálculos feitos pelos Serviços de Apoio Técnico do Tribunal de Contas, são devidos emolumentos, por parte da ERS no montante de 16.337,50€ (Dezasseis mil trezentos e trinta e sete euros e cinquenta cêntimos).


Tribunal de Contas, em 10 de Janeiro de 2008

O Conselheiro Relator

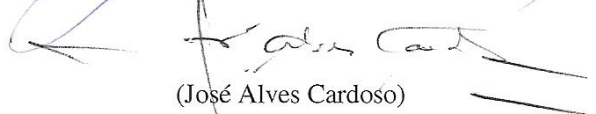


(Carlos Moreno)

Os Conselheiros Adjuntos



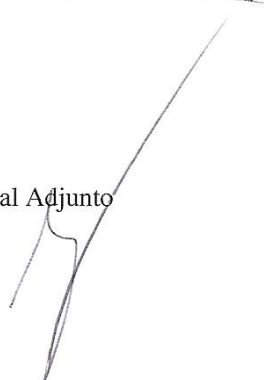
(João Pinto Ribeiro)



(José Alves Cardoso)

Fui presente

O Procurador-Geral Adjunto



(António Cluny)



IV Anexos

- 1) **Resposta remetida, em sede de contraditório pelo Ministro da Saúde**
- 2) **Resposta remetida, em sede de contraditório pelo Conselho Directivo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS)**
- 3) **Resposta remetida, em sede de contraditório pelo Professor Doutor Rui Nunes, na qualidade de Presidente do primeiro Conselho Directivo da ERS**





**1. Resposta remetida, em sede de contraditório
pelo Ministro da Saúde**





Tribunal de Contas

Ofício N.º 10613
Data: 19-11-2007

DA 12 - urgent

*A equipa para
auditoria e licenciacao
do que se encontra previsto
no futuro projecto de regulacao.*

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

*Pesso. Ex. que seja
elaborado um resumo
resumo em a analise
esta resposta e seus
reflexos no projecto de
R.A. obrigada*

Exmo. Senhor
Dr. Carlos Moreno
Meritíssimo Juiz Responsável pela Área de
Controlo do SPE
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência *[assinatura]* Sua comunicação

Nossa referência
Ent. 13297
Proc. n.º 405/07

ASSUNTO: Relato de auditoria subordinada ao tema "Regulação no Sector da Saúde"

Tendo sido recebido o relato de auditoria supra referido, que muito se agradece, encarrega-me Sua Excelência o Ministro da Saúde de esclarecer, junto de V. Exa., dois aspectos, que a seguir se indicam.

O primeiro respeita a uma imprecisão, constante da nota de rodapé n.º 15, inscrita a propósito do ponto 4.1, intitulado "[Contexto do Sector] A nível nacional". Aí se pode ler que "Em Portugal, a situação do sector da saúde degradou-se fortemente nos últimos anos, sendo, hoje, generalizadamente reconhecida a desorganização e deterioramento do SNS, com crescimento descontrolado das despesas públicas, défices elevadíssimos, ineficácia na gestão dos recursos materiais, técnicos e humanos, que geram a insatisfação crescente dos profissionais de saúde, lesando fortemente os utentes, no que respeita ao respectivo direito de acesso universal a um atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficácia e humanidade."

Esta nota de rodapé surge sem indicação de eventual citação, pelo que se pressupõe ser um comentário do relator. Ora, a verdade é que, desde a tomada de posse do XVII Governo Consuetudinal, tem havido um contínuo empenho pelo rigor das contas públicas





MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

e pelo controle do défice em todas as áreas, inclusive na saúde. Resultado desse empenho é não só o controle das despesas públicas, como a diminuição sustentada do défice e a maior eficácia na gestão dos recursos. Como em qualquer situação, a perfeição e o ideal nunca são alcançados, mas é objectivo permanente do Ministério da Saúde garantir e melhorar o acesso à prestação de cuidados de saúde, sendo todos os seus actos pautados pelo propósito de aperfeiçoar a qualidade e eficiência dos serviços prestados. A fim de documentar V. Exa. e o Douto Tribunal sobre as modificações alcançadas no sistema de Saúde, junto envio a V. Exa. cópia da apresentação do Orçamento do Estado para 2008, na especialidade, feita por S. E. o Ministro da Saúde perante as Comissões Parlamentares de Economia e Finanças, em 16 de Novembro passado. Solicita-se, assim, por inverídica, a anulação da nota de rodapé.

O segundo aspecto diz respeito a uma tónica recorrente ao longo do relato de auditoria, e que se prende com a preparação de um novo enquadramento legal para a Entidade Reguladora da Saúde. As alterações levadas a cabo na Administração Pública, pelo Governo, nomeadamente através do PRACE, levaram a uma remodelação global e progressiva de serviços e instituições. A reformulação do diploma orgânico da ERS, prioridade constante do Programa do Governo, enquadra-se, também, no PRACE, pelo que será brevemente concretizada.

Face ao exposto, agradeço a atenção de V. Exa. para as reflexões formuladas, estando ciente que as mesmas serão devidamente consideradas.

Com os melhores cumprimentos

A Chefe do Gabinete,

Teresa Oleiro

DGTE 21 11'07 22180



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

**Intervenção do Ministro da Saúde
no Debate do Orçamento de Estado para 2008, na especialidade,
perante as Comissões Parlamentares de Economia e Finanças e de Saúde
16 de Novembro de 2007**

1. A dotação do Serviço Nacional de Saúde no Orçamento de Estado 2008 conta com mais 225 milhões de Euros, ou seja sobe 2,9%. É o primeiro aumento significativo desde que, em 2005, um OE inicial de 5,83 milhares de milhões, foi corrigido com mais 1,8 para o seu valor real de 7,63 milhares de milhões de Euros, no qual se manteve durante dois anos, 2006 e 2007. Estamos em condições de afirmar, apesar de faltar mês e meio para o final do ano, que também iremos cumprir este orçamento. Na comparação da despesa de 2006, com a estimativa para 2007 e a previsão para 2008, com universos comparáveis, esperamos controlar em 2,8% o crescimento da despesa este ano. Contámos com 2,5% de crescimento em encargos com pessoal, 2% em compras hospitalares (onde os medicamentos são a maior fatia), -0,9% em medicamentos vendidos nas farmácias, -0,4% em MCDT, apesar de as transferências para os hospitais EPE crescerem 5,7%.

Pelo segundo ano consecutivo, dispensaremos um orçamento rectificativo.

2. Esta situação permitirá lançar três novos programas – Saúde Dentária, Procriação Medicamente Assistida e Vacinação universal e gratuita a uma faixa etária de jovens adolescentes – num custo total estimado de 42 milhões, para 2008. Permite ampliar o apoio a milhares de diabéticos com 2 novos produtos de insulina retardada e bombas difusoras, num valor de cerca de 4,2 milhões de Euros. Ampliar o apoio terapêutico na medicação contra a dor e iniciar, tentativamente, outras terapêuticas modernas, após criteriosa avaliação fármaco-económica. Só com rigor se pode entrar, de forma sustentável, em programas inovadores.
3. As garantias de que, nos dez primeiros meses, mantivemos o crescimento negativo da factura farmacêutica nas farmácias de venda a público em -1,1% e nos seis primeiros meses na farmácia hospitalar em +3,1%, dão-nos confiança para confirmar a boa execução de 2007. Não incluímos no articulado do OE/08



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

nenhuma medida específica de contenção para além da fixação de limites de crescimento, mas estaremos atentos ao comportamento da despesa mais sensível, que agora acompanhamos ao mês. Desvios para além do previsto, desencadearão medidas corretoras, como não pode deixar de ser. A melhor garantia do rigor orçamental está nos prestadores, médicos e enfermeiros, a quem devemos uma parte substancial dos resultados alcançados.

4. Uma palavra especial deve dirigir-se aos hospitais: é notável o esforço de modernização, permitido pelo uso criterioso de uma pequena parte das dotações de capital, sobretudo em algumas das maiores unidades. É sobretudo de saudar o esforço de contenção terapêutica inteligente, sem qualquer perda da qualidade da assistência. O esforço de contratualização cada vez mais evoluída fez baixar o volume global das verbas de convergência (aquelas que visam cobrir desvios acumulados por erros de gestão anteriores) de 700 milhões em 2006, para 500 milhões em 2007 e 300 milhões para 2008. A execução orçamental hospitalar que representa quase 50% da despesa total, tem vindo a aperfeiçoar-se, ano-após-ano. Para as economias observadas, contribui de forma decisiva a concentração de hospitais em centros hospitalares e a constituição de mais 10 novas EPE, 8 em Março e 2 em Outubro. Economias de escala, duplicações evitadas e maior flexibilidade de gestão, com mais responsabilidade, têm sido os ingredientes desta mudança.
5. O rigoroso cumprimento orçamental na Saúde foi um factor decisivo para a já reconhecida aceitação por Bruxelas do nosso défice orçamental previsional para o ano que agora termina.

Senhoras e Senhores,

Deputados,

Só boas contas nos permitem criar novos programas. Vale a pena recordar o anúncio do Senhor Primeiro-Ministro no início do debate:



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

- a) Alargamento dos cuidados dentários a crianças e jovens escolarizados, aos 7 e 12-13 anos, de forma a cobrir, em parceria entre centros de saúde e sistema educativo, mais 20 mil destinatários, num total de 80 mil crianças e jovens; cobertura em saúde dentária através de três cheques dentista às 65 mil grávidas, cuja gravidez é seguida nos Centros de Saúde e dois cheques dentista para cerca de 90 mil idosos, potenciais beneficiários do Complemento Solidário para Idosos. O acréscimo de encargos atinge 16 milhões de Euros;
- b) Financiamento, a partir do 2º semestre de 2008, da vacinação universal e gratuita contra o vírus do papiloma humano, começando por um grupo etário de jovens do sexo feminino, antes da idade previsível do primeiro contacto sexual. Os contornos técnicos desta operação, a definição dos grupos alvo, a selecção do produto vacinal e a organização logística, carecem ainda de opinião final por parte da Comissão Técnica de Vacinação da Direcção-Geral da Saúde. A nossa decisão respeitará as suas recomendações. Tem-se gerado consenso em países que nos são próximos e com os quais temos mantido contacto estreito sobre esta matéria. O custo total inicial será de 15 milhões de Euros e duplicará no 2º e 3º ano se for adoptada a estratégia de recuperação progressiva de mais faixas etárias, com cobertura total de uma coorte alargada a 4 anos;
- c) Financiamento a 100% dos tratamentos de procriação medicamente assistida na primeira linha (inseminação intra uterina e indução/estimulação ovárica) e de parte da 2ª linha, relativa a fecundação in vitro e injeção intracitoplasmática de espermatozóide, cobrindo o 1º ciclo, mais a transferência de embriões criopreservados. Estes tratamentos, já hoje realizados gratuitamente nos centros públicos com grandes listas de espera, passarão a ser prestados também gratuitamente no sector privado, em regime de convenção com o SNS. Manter-se-á a comparticipação medicamentosa de 37%, o que terá um resultado final de responsabilidade financeira de 56% para o SNS e 44% (em vez dos anteriores 53%) para os casais candidatos. Com este programa esperamos fazer sair Portugal da cauda da Europa na Procriação Medicamente Assistida (actualmente com 250 ciclos por milhão de habitantes) para um valor de 625, próximo dos 665 do Reino Unido, acima



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

dos 584 da Áustria, mas ainda um pouco abaixo dos 803 da Alemanha. Este programa implicará um acréscimo de 12 milhões/ano para o SNS (além dos 6,5 milhões que já hoje se dispõem em medicamentos) e espera-se que possa gerar 1.400 partos adicionais e 1.750 crianças.

6. O programa do Governo na área da Saúde continua centrado em três orientações: cuidados primários através de USF, cuidados continuados a idosos e dependentes e eficiente controlo da gestão orçamental. Demonstrada que foi a boa execução da última orientação, olhemos às duas primeiras:
- a) Confrontando o desempenho nos 9 primeiros meses deste ano, com período homólogo do ano anterior, o número de consultas em Centros de Saúde continua a aumentar. Nas consultas programadas o aumento foi de 1,6%, mais 331.700 consultas em apenas 9 meses. Os atendimentos em SAP reduziram-se 14,3%. As primeiras consultas do ano, um bom indicador de acessibilidade, subiram 4%, ou seja 258.480, passando de 25,2 para 26,6% do total de consultas. Estão em funcionamento 73 USF com um ganho assistencial de 130 mil novos utentes com médico de família. Há um ano atrás elas eram apenas 43 e o ganho assistencial de 85 mil utentes. Havia então 132 candidaturas aprovadas, hoje há 204. O número de unidades móveis de saúde era de 56 há um ano, é agora de 76. O centro de Atendimento Saúde 24, criado a 25 de Abril, já atendeu 195.200 chamadas até ao início de Novembro.
 - b) Comparando Novembro de 2007 com a situação em Novembro de 2006, temos hoje 1661 lugares contratados em CCI, tínhamos então apenas 797. Tínhamos então 23 lugares de cuidados paliativos, temos hoje 68. Em Março de 2008 teremos 2.397 lugares de CCI e 3.029 no final de 2008. Pela rede de CCI já passaram 4.266 pessoas. Para apoio domiciliário a idosos e dependentes dispomos de 96 viaturas, em Novembro de 2007.
 - c) O acesso ao medicamento foi profundamente revolucionado:
 - temos hoje 552 lojas de venda de MNSRM, tínhamos 333 há um ano.
 - os genéricos representam hoje 17,7% do mercado em valor, há um ano 15,2%;



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

- o preço do medicamentos que já havia diminuído -0,4% em 2006, reduziu-se -0,3% entre o 1º e o 2º trimestre de 2007 e -2,6% entre o 2º e o 3º trimestre;
- dos dez medicamentos mais vendidos, os nove que são comparticipados, todos baixaram de preço para o consumidor;
- os encargos com comparticipações de medicamentos nas farmácias que subiram 9,6% entre 2003 e 2004, 4,1% entre 2004 e 2005, baixaram para -1,4% entre 2005 e 2006 e no mês de Outubro deste ano têm uma redução acumulada de -1,1% na comparação com os dez meses homólogos do ano anterior;
- o consumo de medicamentos em meio hospitalar que crescia entre 1998 e 2002 à média anual de 16%, subiu em 2006 apenas 3,6% e nos primeiros seis meses deste ano, apenas 3,1%.

Temos, assim, medicamentos mais baratos, mais próximos do consumidor e tanto as famílias como o SNS têm vindo a controlar a respectiva factura farmacêutica, sem qualquer restrição terapêutica identificável.

7. O acesso aos cuidados de saúde, quer em consulta externa de especialidade (hospitalar) quer em cirurgia electiva, também registou evolução positiva. Comparando 2004 com 2007 (com extrapolação dos primeiros 8 meses deste último ano), fazem-se agora mais 1.122.652 consultas externas hospitalares por ano. Só nos primeiros 8 meses de 2007 o crescimento em consultas hospitalares, face ao mesmo período do ano anterior, foi de 4%, ou seja 230.700 a mais. No ano de 2006 realizaram-se mais 322.600 que em 2005.

As primeiras consultas no total de consultas, um bom indicador de acessibilidade, que se encontrava em 24,9% em 2005, subiu para 25% em 2006 e atingiu 26% no total acumulado até Agosto de 2007.

Na cirurgia em contexto hospitalar, o crescimento nos primeiros 8 meses deste ano foi de 6,2% no total, de 8,3% nas programadas, de 29% nas cirurgias de ambulatório, tendo-se reduzido em 1,5% as cirurgias urgentes, sinal de gestão mais eficiente e de melhor qualidade.

Na cirurgia electiva (SIGIC) continuam a observar-se movimentos consistentes:



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

- redução dos doentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) de 241 mil em 2005, para 226 mil em 2006, atingindo 203 mil em 2007, imã redução de 38.000 em 3 anos. A lista de espera a mais de seis meses baixou, respectivamente, de 150 mil para 123 mil, atingindo agora 85 mil;
- a mediana do tempo de espera, em meses, baixou, no mesmo período, de 8,57 para 6,83, atingindo agora 4,8. A média baixou de 13 para 10,3 e agora 8,0 meses. O número de pessoas que entram na Lista de Inscritos para Cirurgia é cada vez menor, face ao número dos que foram tratados (a razão entre tratados e inscritos subiu de 105 para 111, em apenas um ano);
- em algumas intervenções electivas, onde o tempo conta para salvar vidas, a mediana de tempos de espera é muito mais baixa que a mediana geral. Assim, na urgência das neoplasias malignas, a situação melhorou consideravelmente desde 2005. Tínhamos, então 4.577 doentes em lista de espera com 2,7 meses de mediana; em Setembro último, temos apenas 1,57 meses e a lista baixou para 3.497 doentes, ou seja uma redução de 1.080 doentes. Em algumas localizações de maior sensibilidade à evolução temporal, como o cancro da mama, alcançámos 1,23, 1,67 na próstata e 1,07 meses no cancro do cólon e reto. É certamente ainda um tempo a encurtar, mas devemos reconhecer a visível melhoria em relação à situação inicial.
- o sistema de emergência pré-hospitalar e o respectivo transporte assistido tem tido e vai ter uma responsabilidade acrescida. Os meios disponíveis do INEM foram muito ampliados. Em apenas um ano passaremos de 35 a 45 ambulâncias VMER, de 16 a 42 ambulâncias SIV, de 46 a 86 ambulâncias SAE, de 2 a 5 helicópteros. Em apenas um ano aumentaram em 11% as chamadas de emergência, com a média diária a crescer de 3648 para 4053; os accionamentos da VMER subiram 16%, de 34.500 para 40.100; os accionamentos de helicóptero, de 466 a 673; os accionamentos de ambulâncias de 306 mil para 336 mil. Para atingir este nível de recursos, o orçamento do INEM cresce 12% este ano.

Apesar destes visíveis progressos, reconhecemos estar ainda muito para fazer. Os tempos médios de espera em cirurgia são ainda excessivos e as listas de espera para consulta de especialidade, apesar do visível aumento



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

de produção, mantém-se em valores inaceitáveis, sobretudo em algumas especialidades como a oftalmologia, a otorrino e a urologia. Razão pela qual estamos a adoptar medidas especialmente orientadas para os atrasos no acesso a consultas destas e outras especialidades.

Senhores Presidentes, Senhoras e Senhores Deputados,

8. O Ministério da Saúde apresenta-se perante as duas Comissões Parlamentares com a consciência de que o caminho percorrido, por difícil que tenha sido, nos permite agora registar bons resultados. Os encargos com a Saúde continuam a crescer mais depressa do que o PIB, como acontece em todas as nações evoluídas, mas com moderação e rigor foi possível abrir espaço para novos programas, novas tecnologias, novos serviços. Os nossos hospitais estão muitíssimo melhores que quando os encontrámos, os Centros de Saúde, sobretudo aqueles que dispõem de USF, estão irreconhecíveis. Criámos um novo programa para apoio universal de saúde a idosos e dependentes. Os medicamentos reduziram o seu peso na factura final e as reformas empreendidas devolveram governabilidade ao sector. Se é verdade ter sido necessário lutar contra interesses instalados, essa luta foi frontal e leal e dela resultou um ministério mais informado, uma governação mais rigorosa, e sempre acertiva. O trabalho pela frente, o caminho a percorrer, são ainda de uma dimensão que extravasa o ciclo político. As duas principais reformas, Cuidados Primários e Cuidados Continuados, carecem de uma década para se solidificarem e se tornarem irreversíveis. Têm todo o potencial para o conseguir, por estarem dirigidas às principais carências de saúde do cidadão: a atenção primária e o apoio na idade avançada ou na incapacidade.

Ninguém concentra o monopólio da sabedoria ou do conhecimento. Todos os dias se aprende. O Governo tem a noção clara de que o muito que resta fazer depende do muito que importa estudar e conhecer.





**2. Resposta remetida, em sede de contraditório
pelo Conselho Directivo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS)**





Tribunal de Contas



ERS
ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE

Da Tx
Urgente

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE
08 NOV 07 09:58:3
SERVIÇO DE SAÚDE

*A equipa para
consideração e
avaliação, e, em todo
o pertinente, tomar
em conta na redacção
do auto-projecto de
relatório final.*

Digníssimo Sr. Juiz Conselheiro
Carlos Moreno
Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, 61
4069-045 Lisboa

*Pelo nota rúbrica com
avaliacão das respostas.
12.11.07*

Sua Referência Sua Comunicação Nossa Referência Data
Proc. N.º2/2006 - Audit O.CD /07 08/11/2007

Assunto: Relato da Auditoria subordinada ao tema "Regulação no sector da Saúde"

Cunha

Venerando Juiz Conselheiro,

Na sequência da notificação de V. Exa. do relato de auditoria para efeitos de exercício de contraditório quanto ao conteúdo do mesmo, vem a Entidade Reguladora da Saúde proceder ao seu comentário, nos termos do documento anexo, em papel e em formato electrónico, seguindo assim as solicitações quanto à forma.

Sem prejuízo do que segue dito nos comentários em anexo, não queremos deixar de salientar o assentimento que merece o relato de auditoria em crise, havendo apenas que dirimir algumas (poucas e de somenos importância) questões.

Finalmente, queira confiar na nossa inteira disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional que repute necessário para a elaboração da versão final e definitiva do relato de auditoria.

Com os melhores cumprimentos, *Alvaro Almeida*

O Presidente do Conselho Directivo

Alvaro Almeida

(Prof. Doutor Álvaro Almeida)

BTCT 14 11'07 21658

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE
RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 - L 32 • 4100-455 PORTO
TEL.: 222 092 350 • FAX: 222 092 351
www.ers.pt • geral@ers.pt



Comentários ao conteúdo do relato da auditoria subordinada ao tema “Regulação no Sector da Saúde”

1. Em três pontos do relato aparecem referências que sugerem que a ERS ainda não teria concluído o processo de registo dos operadores de cuidados de saúde. Concretamente, as referências surgem nos pontos:

2.2. Modelo de regulação português: No parágrafo dedicado ao tema dos recursos humanos, é referido que o número de efectivos ao serviço “não se afigura suficiente para que a ERS possa ter uma actuação mais célere relativamente às tarefas que lhe foram legalmente cometidas, nomeadamente, quanto à tarefa basilar de saber quantos prestadores há para regular em Portugal, e que, até ao momento, ainda não foi concluída”.

2.4. Modelo de monitorização e controlo: No parágrafo sobre o Sistema de Registo das Entidades Reguladas, é afirmado que “apesar do processo de registo se ter iniciado a 15 de Março de 2006, em Outubro de 2007 ainda se encontra por concluir o processo de registo dos operadores de cuidados de saúde”.

8.1. Principais mecanismos desenvolvidos: No último parágrafo da secção dedicada à apresentação do Sistema de Registo das Entidades Reguladas afirma-se novamente que “apesar do processo de registo se ter iniciado a 15 de Março de 2006, em Outubro de 2007 ainda se encontra por concluir o processo de registo dos operadores de cuidados de saúde.”

Ora, as afirmações transcritas, descontextualizadas da natureza do processo de registo, podem conduzir a conclusões erradas. Com efeito, o processo de registo dos operadores de cuidados de saúde não está concluído. Mas é seguro também afirmar que nunca o estará. Isto porque o processo de registo de operadores através do Sistema de Registo de Entidades Reguladas (SRER) é um processo dinâmico, contínuo, dependente da realidade do mercado e das entradas e saídas que nele se verificarem. Ou seja, o



processo de registo apenas poder-se-ia dar por concluído no muito improvável caso de cessar a entrada de novos operadores e de não se verificar a extinção de qualquer um em actividade. Ora, afastada esta hipótese (por ser) meramente académica, verifica-se que a afirmação transcrita carece de conexão com a realidade.

Mesmo que a afirmação em crise houvesse querido fazer referência aos operadores já presentes no mercado à data da entrada em vigor da obrigatoriedade legal de inscrição no SRER, ainda assim tal afirmação carecia de um esclarecimento adicional, que o próprio relato bem reconhece mais à frente. É que o SRER visa precisamente almejar o levantamento de uma realidade pouco conhecida, catalogando-a e criando-se assim *“pela primeira vez em Portugal, um painel exaustivo da prestação de cuidados de saúde”*. Ora, tratando-se de um processo de levantamento de uma realidade cuja dimensão não é plenamente conhecida, conjugado com o facto de se tratar de uma realidade dinâmica e mutável (perdoe-se o pleonasma, já que a realidade dificilmente se afigura estática e imutável), conjugado com este facto, dizíamos, é impossível marcar um ponto em que se possa afirmar, sem hesitações, que o processo se encontra concluído.

No entanto, e prosseguindo numa perspectiva de balanço do que até aqui foi feito nesta matéria, não será ousadia assegurar que o SRER alcançou já uma dimensão e importância capaz de lhe conferir o epíteto de ser o levantamento mais exaustivo da realidade, sem que se prescindia da ressalva anterior, ou seja, de realçar que se trata de um processo dinâmico e, por isso, de natureza interminável. É ainda seguro afiançar que sempre foram afectados todos os meios e esforços possíveis no sentido de prosseguir o objectivo, aliás fundamental à missão da ERS, de conhecer o mais detalhadamente possível o painel de entidades prestadoras de cuidados de saúde.

2. No ponto 2.4. Modelo de monitorização e controlo, na parte dedicada à apresentação dos mecanismos de prevenção e controlo das práticas lesivas dos direitos dos utentes, desenvolvidos pela ERS, no parágrafo sobre a análise da evolução das queixas e reclamações recebidas, encontra-se em nota de rodapé indicação de que a ERS recebeu 85 reclamações em 2004 e 2.382 em 2006. Cumpre-nos fazer notar que a estatística apresentada pela ERS, na página 82 da resposta ao questionário do Tribunal de Contas por esta entidade elaborada, indica 13 reclamações em 2004, 72 em 2005 e 2.382 em



Tribunal de Contas



2006. Como tal, a referência às 85 reclamações de 2004 é imprecisa, sendo na verdade esse o somatório das reclamações de 2004 e 2005.

3. No ponto 5.1. Posicionamento do modelo português de regulação, na secção sobre os recursos financeiros da ERS, é correctamente mencionado que a ERS não arrecadou o produto de qualquer coima ou multa até ao momento. Sobre isto, apenas fazemos notar que esse momento particular era o dia 12 de Julho de 2007, data em que foi redigida a resposta ao questionário do Tribunal de Contas. Aliás, esta nota aplica-se a todo o relato sobre as actividades desenvolvidas pela ERS.

Porto, 8 de Novembro de 2007

O Presidente do Conselho Directivo

(Prof. Doutor Álvaro Almeida)



**3. Resposta remetida, em sede de contraditório
pelo Professor Doutor Rui Nunes, na qualidade de Presidente
do primeiro Conselho Directivo da ERS**



Tribunal de Contas

PROF. DOUTOR RUI NUNES
ESTRADA DA CIRCUNVALAÇÃO 9925
4250-150 PORTO
ruinunes@med.up.pt

urgente
Ao DA TA, a atenção da
equipa de auditoria, a qual soli-
cita, como lições orientadoras:
(a) a análise de falhas de
documentação;

Exmo. Sr. Dr. Juiz Carlos Moreno
Tribunal de Contas
Avenida Barbosa do Bocage, 61

(b) a cessação de atuação e infor-
Porto, 19 de Novembro de 2007.

ção no futuro (projecto de relató-
rio de fundo) que foi considerado por-
tante.

Assunto: Relato de auditoria subordinada ao tema "Regulação do Sector da
Saúde"

Exmo. Sr. Dr. Juiz,

Foi com particular satisfação que apreciei o Relato de Auditoria sobre a
Regulação do Sector da Saúde, dado que uma análise isenta e independente
revela-se indispensável para caracterizar objectivamente a curta existência da
Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e a actividade regulatória exercida no
sistema de saúde.

Porém, permito-me – na qualidade de ex-presidente do Conselho Directivo da
ERS – tecer algumas considerações sobre este documento, nomeadamente dado
que existem importantes lacunas sobre a actividade desenvolvida durante a minha
administração que importa esclarecer devidamente. Assim, e por sugestão de
Va.Exa., irei proceder a uma análise de acordo com a estrutura geral do Relato,
seguindo a numeração dos diversos pontos deste documento.

Previamente, no entanto, penso ser importante proceder a um enquadramento
geral sobre o ambiente político/social que rodeou o desenvolvimento inicial desta
entidade, para melhor se entender a sua evolução temporal.

Como foi aliás salientado no Relato, a criação da ERS foi criticada por diversos
sectores da sociedade, nomeadamente por algumas ordens profissionais – tal
como a Ordem dos Médicos (notícia 1) –, dado que estes sectores reclamavam
para si o exclusivo da actividade reguladora das profissões da saúde. Por seu
turno, os operadores em geral, ainda que assumissem uma atitude mais passiva
nas críticas tecidas a esta entidade, também não demonstraram nenhuma
afectividade especial por este organismo, dado que a fiscalização das actividades
em saúde, por regra, origina mais encargos para os operadores, designadamente
os decorrentes do pagamento das taxas devidas à Entidade Reguladora da Saúde.
Também no plano político, a sua necessidade não foi imediatamente percebida

por todas as forças partidárias (notícia 2), talvez pelo seu impacto na reforma geral da administração pública. Ou seja, e em síntese, a reguladora da saúde tem um destinatário final, que é o utente dos serviços de saúde, que não dispendo de qualquer capacidade reivindicativa não fez (nem faz) sentir a sua voz em prole da importância desde organismo.

Assim, face a um ambiente político/social claramente adverso, e até atingida a maturidade desta entidade, era fundamental um empenho sério por parte do poder político de modo a que a ERS pudesse ser reconhecida pelos diversos parceiros do sector da saúde como uma verdadeira autoridade reguladora. Esse apoio político pareceu existir numa fase inicial, nomeadamente no que respeita ao XV Governo Constitucional, tendo mesmo o então Presidente da República feito depender a aprovação do diploma legal referente aos cuidados de saúde primários da criação desta entidade.

Porém, a conturbação política que existiu entre 2004 e 2005 foi decisiva para o desfecho final da 1ª fase da ERS. A falta de decisão política do XV Governo Constitucional – que mereceu aliás duras críticas por parte da ERS (notícia 3) – a transição para o XVI Governo Constitucional, o processo eleitoral do início de 2005 e o início de actividade do XVII Governo Constitucional associaram-se a uma imagem da ERS que se estava diariamente a degradar, não sendo claros os objectivos pretendidos pelo executivo para esta entidade reguladora¹.

De facto, quer o actual Programa de Governo quer as declarações do ministro da tutela sobre esta entidade (notícia 4) enfraqueceram ainda mais este organismo regulador, dando eco às vozes de todos aqueles que por motivos ideológicos, políticos, ou simplesmente empresariais pretendiam a sua extinção. De facto, e como aliás é reiteradamente expresso pelas mais modernas teorias da regulação, para a regulação ser eficaz, o regulador deve ser perspectivado pela sociedade como um agente activo, musculado e verdadeiramente independente. Quando se pronuncia publicamente a necessidade de um novo quadro regulatório para a ERS, uma redefinição dos seus objectivos, um novo método de nomeação do conselho directivo, ou simplesmente se critica a sua actividade – tónica geral do poder político no período final da minha administração – está-se deliberadamente a fragilizar esta autoridade reguladora, fragilidade aliás que perdura até aos dias de hoje.

De facto, deve salientar-se que ainda recentemente (Outubro de 2006) foi submetida à Assembleia da República uma petição por parte das ordens dos médicos, médicos dentistas, farmacêuticos e enfermeiros, com vista à redefinição

¹ Por exemplo, o Programa do XVII Governo Constitucional refere na página 82 que ... “é necessário adaptar a Entidade Reguladora da Saúde às funções de regulação da concorrência na saúde e dotá-la dos meios necessários.”. Pelo que se depreende que aquando do início de funções do actual governo este considerava que a ERS nem tinha os meios necessários nem regulava eficazmente a concorrência.



Tribunal de Contas

do quadro regulador da saúde em Portugal, considerando mesmo esta petição que “o aparecimento da ERS, ao invés de instituir um quadro regulador concertado e coeso, apenas acresceu mais um factor de perturbação, gerando novos e gravosos encargos financeiros e novas burocracias, mas não melhorando, nem substituindo, tudo quanto já vinha do regime anterior” (notícia 5)².

Em suma, após um início altamente conturbado – por motivos de natureza social, política e pela oposição sistemática de corporações profissionais e determinados operadores do sector da saúde – existiam condições objectivas para o início efectivo da actividade da Entidade Reguladora da Saúde. De facto, a ERS estava com a sua organização interna perfeitamente estruturada em meados de 2005, nomeadamente quanto à criação dos departamentos e serviços constantes do seu regulamento interno e com os recursos humanos básicos para o exercício das tarefas que lhe estavam legalmente atribuídas. Porém, as condições políticas emergentes após as últimas eleições legislativas condicionaram decisivamente a sua eficácia e a sua imagem exterior (notícia 6) pelo que no verão de 2005 os membros do primeiro Conselho Directivo deste organismo renunciaram às suas funções dando assim origem à nomeação de uma nova direcção pelo actual executivo.

Passando agora a uma análise mais detalhada do documento em apreciação, importa referir que no ponto 2.1 (contexto do sector – estratégia governamental para o sector) quando se afirma que está para publicação a revisão do quadro legal e regulamentar da ERS, sou de parecer que foi precisamente esta proposta de alteração que enfraqueceu e enfraquece ainda hoje – e substancialmente – a eficácia regulatória desta entidade. De facto, quando está em causa uma mudança do formato institucional da ERS, do seu modelo de governação, do modo de nomeação do conselho directivo, e mesmo do âmbito da sua intervenção, o campo de manobra desta entidade fica consideravelmente reduzido. Sendo mesmo de estranhar a necessidade de quase três anos para alterar o diploma legal que criou esta entidade!

Já no ponto 2.4 quando se afirma que “os mecanismos envolvem sistemas de recolha e de tratamento de informação que visam a prevenção e controlo das práticas lesivas dos direitos dos utentes ...” e que “alguns dos mecanismos envolvem sistemas de recolha e de tratamento de informação de grande complexidade e morosidade, pelo que encontram a ser aplicados de forma faseada, desde 2006” convém precisar que já em 2005, durante a minha administração, alguns destes mecanismos tinham já sido implementados. Por exemplo, aquando da minha renúncia, e no que respeita ao tratamento da informação referente a queixas e reclamações, o sistema estava já completamente

² Esta posição das ordens profissionais do sector da saúde foi aliás divulgada posteriormente num importante seminário organizado pela Assembleia da República em Julho de 2007 sobre a regulação independente em saúde.

funcional e todas as queixas eram devidamente escrutinadas pelo respectivo departamento.

O LIVRO DE RECLAMAÇÕES FOI INTRODUEIDO A 15/9/05
Ainda neste item, e a propósito dos estudos desenvolvidos e dos pareceres emitidos, conviria realçar a actividade mais relevante desenvolvida entre 2004-2005, nomeadamente (documentos em anexo):

um Instrumento

Fundamental.

- 1- DETERMINAÇÃO DOS TEMPOS CLINICAMENTE ACEITÁVEIS POR PATOLOGIA;
- 2- DIAGNÓSTICO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE;
- 3- AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS;
- 4- CARTA DOS DIREITOS DO UTENTE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE;
- 5- RECOMENDAÇÃO N.ºR/01/ERS/2005 SOBRE A COLHEITA E CONSERVAÇÃO DE CÉLULAS ESTAMINAIS DO SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL DE RECÉM-NASCIDOS;
- 6- RECOMENDAÇÃO N.ºR/02/ERS/2005 SOBRE LIMITAÇÃO DO ACESSO A TÉCNICAS DE PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA A UTENTES SEROPOSITIVOS PARA O VIH;
- 7- RELATÓRIO DE ACTIVIDADES DO DEPARTAMENTO DA PROTECÇÃO DA QUALIDADE E DOS DIREITOS DOS CIDADÃOS;
- 8- RELATÓRIO DE ACTIVIDADES DO SERVIÇO DE DEFESA DOS CIDADÃOS (em Particular no Referente à Análise das Queixas e Reclamações).

Note-se que a escolha destes estudos inseriu-se na dinâmica que o 1º Conselho Directivo pretendeu imprimir à ERS, no âmbito dos poderes e procedimentos regulatórios consignados na Lei.

De facto, o Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de Dezembro refere expressamente no seu artigo 25.º:


- 1- No n.º1 alínea a) São objectivos da actividade reguladora da ERS “assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde”: Daí a importância de se determinarem os



tempos clinicamente aceitáveis³ por patologia para fins de uma governação ética das listas de espera cirúrgicas;

- 2- No n.º1 alínea b), e no n.º3 alínea a) e b) São objectivos da actividade reguladora da ERS “Garantir adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde”, e “No domínio da garantia de qualidade compete à ERS avaliar os padrões indicadores de qualidade ... e acompanhar o cumprimento das obrigações inerentes à acreditação dos estabelecimentos e serviços”: Nestes termos o 1º Conselho Directivo da ERS considerou a qualidade em saúde como um dos seus principais objectivos, tendo-se iniciado este projecto pela determinação do *status quo* no que respeita à certificação e acreditação dos estabelecimentos de saúde. Monitorizar a qualidade – ao contrário do licenciamento – é uma obrigação legal da ERS, pelo que foi entendimento desta entidade que uma das suas principais tarefas era supervisionar os processos de acreditação e envidar esforços para que durante o mandato do seu presidente (5 anos) todos os hospitais portugueses estivessem acreditados por uma agência internacional (notícia 7);
- 3- No n.º1 alínea b) São objectivos da actividade reguladora da ERS “Assegurar os direitos e interesses legítimos dos utentes”: Assim, e dada a particular importância dos cuidados de saúde primários (na ocasião existia perto de um milhão de portugueses sem médico de família), pareceu relevante conduzir uma avaliação concreta no terreno sobre as condições nas quais se desenrola a prestação deste tipo de cuidados de saúde. Sobretudo face às falhas de governo evidenciadas e à plausibilidade da introdução de mecanismos de mercado e de uma lógica empresarial na Medicina Geral e Familiar. Isso implicou, necessariamente, a visita a inúmeros Centros de Saúde em todo o território nacional;
- 4- No n.º4 alínea a) Em matéria de defesa dos direitos e interesses legítimos dos utentes incumbe à ERS “propor critérios básicos relativos à Carta dos Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde e proceder ao registo desta”: Na realidade, a elaboração da Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde foi considerada como uma das actividades prioritárias da

³ De facto, o 1º Conselho Directivo da ERS encetou negociações com o CENTRO DE MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA, na pessoa do Sr. Prof. Doutor Vaz Carneiro, no sentido de se estabelecer um protocolo de colaboração e um contrato de prestação de serviços para, num prazo razoável, ser efectuado um estudo no qual se determinasse para cada patologia o tempo máximo clinicamente aceitável para a realização da correspondente intervenção cirúrgica. Ainda hoje a gestão do SIGIC prevê um tempo máximo de espera de 9 meses para todas as patologias, o que pode gerar sérias iniquidades no acesso à saúde. Porém, ainda que as negociações estivessem a decorrer a bom ritmo, a renúncia do Conselho Directivo da ERS em 2005 originou o abandono definitivo deste projecto.



ERS entre 2004 e 2005, tendo a sua proposta de elaboração sido apreciada com particular pormenor na primeira audição parlamentar do Presidente do Conselho Directivo desta entidade⁴. Porém, dada a evolução da ERS, a Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde não foi atempadamente aprovada pelo Conselho Directivo não parecendo merecer hoje a mesma atenção por parte dos actuais dirigentes desta entidade.

Passando agora a apreciar o ponto II (Corpo do Relato) 3 (nota introdutória) permito-me fazer uma correcção e um comentário. Na nota de rodapé n.º 8, quando se refere a composição do Conselho Directivo, por lapso refere-se ao vogal José Cordeiro Tavares, com o título de “Prof. Doutor”. Porém, à data, e tanto quanto era do conhecimento geral, este vogal não tinha obtido o grau académico de Doutor.

Por outro lado, quando se afirma que “quando em 30 de Setembro de 2005, o actual Conselho Directivo iniciou, a ERS estava praticamente paralisada: os recursos humanos disponíveis eram escassos, a exiguidade das instalações impedia a sua expansão e os sistemas de informação internos eram praticamente inexistentes”. Esta afirmação pura e simplesmente não corresponde à realidade. Em primeiro lugar, os recursos humanos eram os adequados ao início da actividade. Naturalmente que estes tenderiam com a evolução normal da reguladora a evoluir de um modo sustentado, em número e qualificação. Nomeadamente, através da participação em cursos de formação na área específica da regulação da saúde.

Quanto às instalações – e não colocando em causa a bondade da solução entretanto adoptada⁵ – cumpro-me informar que o espaço no Palácio da Bolsa era funcional e estava dotado das condições necessárias para o cabal desempenho de funções por parte da Entidade Reguladora da Saúde. Pelo que a mudança entretanto verificada teve seguramente outras razões que não a exiguidade das instalações. Finalmente, quando o actual Conselho Directivo da ERS iniciou funções os sistemas de informação internos não só já existiam como estavam plenamente desenvolvidos. Por exemplo, o *website* da ERS estava já plenamente funcionante quando o actual Conselho Directivo iniciou funções, sendo de destacar o apoio concedido para o efeito pelo então Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde.

⁴ A audição em sede de Comissão Parlamentar de Saúde decorreu dia 10 de Maio de 2005. Nesta audição foram prestados todos os esclarecimentos solicitados a propósito da actividade da ERS nos diversos domínios de intervenção regulatória.

⁵ Note-se que os sucessivos Governos (XV, XVI e XVII) não providenciaram ao 1.º Conselho Directivo da ERS as instalações onde actualmente esta entidade está instalada. Apesar de ter sido a primeira das hipóteses contempladas pela primeira administração da ERS.



Tribunal de Contas

Por seu turno no ponto 5.3 (articulação com outras entidades públicas) deve salientar-se a aparente diferenciação de tratamento entre o executivo e os dois conselhos directivos da ERS. De facto, se hoje se pode constatar – como aliás se refere no Relato – que o próprio Ministério da Saúde, mais especificamente o Gabinete do Ministro da Saúde, solicita por vezes a intervenção da ERS, tal situação não se evidenciou no passado. Teria sido um excelente momento de afirmação da Entidade Reguladora da Saúde se este organismo tivesse sido envolvido em importantes iniciativas entretanto levadas a cabo por outras entidades, tal como o estudo que comparou a eficiência e a qualidade dos Hospitais Sociedade Anónima com os Hospitais pertencentes ao Sector Público Administrativo.

Importa também ter em atenção, agora no ponto 8.1 (principais mecanismos desenvolvidos) que o Sistema de Gestão das Reclamações – ainda que sem esta designação – estava completamente operacional muito antes do final de 2005 sendo aliás uma das principais áreas de actividade da ERS durante o consulado do 1º Conselho Directivo. Ainda no ponto 8.1, agora no item Identificação dos Problemas Sistémicos, refere o Relato que “A ERS elaborou, em 2006, o primeiro relatório de análise sistemática das reclamações”. Mais uma vez, talvez por défice de informação, importa ter em atenção que já em 2005 esta análise teve o seu início, tal como se pode constatar da leitura do RELATÓRIO DE ACTIVIDADES DO SERVIÇO DE DEFESA DOS CIDADÃOS (Anexo). Mais se salienta, que ainda durante a administração do 1º Conselho Directivo da ERS (2005) foram lançadas as bases para a criação de uma UNIDADE DE ATENDIMENTO AO UTENTE de modo a humanizar os cuidados de saúde e centrar definitivamente a administração pública no cidadão.

Finalmente no ponto 8.7 seria importante elencar e caracterizar também os outros estudos desenvolvidos durante o ano de 2005 e anteriormente apresentados.

Em conclusão, permito-me felicitar novamente o Tribunal de Contas por esta iniciativa que, com grande clarividência, pretende avaliar sem preconceitos ideológicos a actividade de um organismo cuja missão é a defesa intransigente dos direitos dos cidadãos.

Subscrevo-me apresentando a Va Ex. os meus melhores cumprimentos,

Rui Nunes
Professor Catedrático
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

DTCT 20 11-07 22059

7

FIM