



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO SECTOR DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ORAL



DEZEMBRO DE 2009

Índice

1. Introdução.....	1
2. Mercados relevantes de serviços de saúde oral	3
2.1. Definição do mercado do produto/serviço.....	4
2.1.1. Substituibilidade do lado da oferta	5
2.1.2. Substituibilidade do lado da procura	8
2.2. Definição do mercado geográfico	9
3. Concorrência no sector da prestação de serviços de saúde oral	13
3.1. Descrição dos critérios de análise do mercado.....	14
3.2. Estrutura e concentração dos mercados relevantes	16
3.2.1. Descrição da oferta.....	16
3.2.2. Concentração ao nível das entidades	19
3.3. Análise dos preços praticados	22
4. Limites à concorrência nos mercados de serviços de saúde oral.....	30
4.1. Concorrência monopolística: custos de prospecção e de mudança.....	31
4.2. Recursos humanos	33
4.3. Licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde	34
4.3.1. Enquadramento jurídico do licenciamento.....	35
4.3.2. Situação actual do licenciamento	36
4.4. Acordos e convenções	38
4.5. Assimetria de informação e prática clínica.....	43
5. Conclusões	50
Anexo I – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde	52
Anexo II – Custos de prospecção e custos de mudança.....	64

Índice de Abreviaturas

ADSE – Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

APMDH – Associação Portuguesa de Medicina Dentária Hospitalar

ARS – Administração Regional de Saúde

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IHH – Índice de Herfindahl-Hirschmann

INE – Instituto Nacional de Estatística

OLS – *Ordinary Least Squares*

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial da Saúde

RRAS – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

1. Introdução

A avaliação económica tradicional sobre a concorrência aponta para uma série de implicações positivas que advêm da organização dos mercados de forma concorrencial. Tendo em conta o sector da saúde, não parecem subsistir dúvidas de que, devidamente regulado, o aumento do nível concorrencial dos mercados gera uma maior eficiência do tecido produtivo, tomado globalmente, e benefícios para os utentes, tais como pressão para a descida dos preços, serviços de maior qualidade, uma maior escolha de serviços, inovação e maior acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde.

Sendo um dos objectivos de regulação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos da alínea e) do art. 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, “defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado”, incumbindo à ERS, de acordo com a alínea b) do art. 38.º, “velar pelo respeito da concorrência nas actividades abertas ao mercado sujeitas à sua jurisdição”, entendeu o Conselho Directivo da ERS desenvolver um esforço de compilação de informação sobre os diversos mercados e operadores, com o escopo de melhor poder diagnosticar os eventuais problemas concorrenciais existentes e assim contribuir para a sua eventual resolução.

No cumprimento do seu plano de actividades, a ERS concluiu o presente estudo com o objectivo de avaliar as condições actuais e desejáveis de concorrência no sector da prestação de serviços de saúde oral.

Como se demonstrará no presente relatório, observou-se nos últimos anos um expressivo aumento do número de profissionais de serviços de saúde oral. Notou-se igualmente um aumento do número de categorias profissionais (estomatologistas, médicos dentistas e odontologistas) e especialidades (ortodontia, cirurgia oral e cirurgia maxilo-facial). Tendo em conta tal mudança na estrutura da oferta, questiona-se qual será a situação concorrencial verificada entre os agentes actuates no mercado de serviços de saúde oral. Se, por um lado, se poderia conceber que *a priori* não há problemas concorrenciais, em razão da expressiva oferta actualmente verificada resultante do substancial aumento do número de profissionais, por outro lado, questiona-se se os utentes estão efectivamente a gozar dos benefícios da concorrência, pelo que interessa confirmar a hipótese de ausência de problemas ao nível da concorrência, verificando a existência de assimetrias de informação ou de barreiras à concorrência entre os prestadores de serviços de saúde oral que podem

impedir os utentes de usufruírem dos benefícios da concorrência *supra* citados – preços mais baixos, maior qualidade, maior escolha, inovação e maior acessibilidade dos utentes aos serviços de saúde. Tais benefícios são de grande relevância, uma vez que a saúde oral tem sido – segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) – cada vez mais reconhecida como componente essencial da saúde geral e da qualidade de vida das pessoas.¹

Os serviços de saúde oral definem-se aqui como o estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas. Exceptuam-se os actos referentes às especialidades de cirurgia oral e cirurgia maxilo-facial, devido à sua natureza particular distinta, porque visam atender necessidades diferentes dos utentes e exigem dos profissionais competências específicas diversas.

Seguidamente, no capítulo 2, apresenta-se a definição dos mercados relevantes dos serviços de saúde oral. No capítulo 3, inicia-se a análise da concorrência no sector da prestação de serviços de saúde oral pela definição de critérios de análise, o estudo da estrutura e concentração dos mercados relevantes e a análise dos preços praticados pelos prestadores. No capítulo 4, analisam-se os principais limites à concorrência no sector, nomeadamente as condicionantes do comportamento dos consumidores, a disponibilidade de recursos humanos, o licenciamento, as convenções e a questão da assimetria de informação e a prática clínica. Finalmente, no capítulo 5, apresentam-se as conclusões do estudo.

Uma versão preliminar do presente estudo foi enviada a um conjunto de entidades com interesse no sector, tendo a presente versão beneficiado de comentários da Associação Portuguesa de Medicina Dentária Hospitalar (APMDH) e da Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE).

¹ Vide *The World Oral Health Report 2003*.

2. Mercados relevantes de serviços de saúde oral

O primeiro passo para se proceder à avaliação da concorrência em qualquer sector de actividade consiste na definição e caracterização dos mercados relevantes para a análise a efectuar. De facto, como se estabelece na alínea a) do art. 38.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, incumbe à ERS, para efeitos do objectivo de defesa da concorrência, “identificar os mercados relevantes que apresentam características específicas sectoriais”. Assim, no presente capítulo procede-se à definição do conceito de mercado relevante, na sua dimensão material e geográfica², recorrendo-se aos princípios de análise económica.

O método comumente utilizado para a determinação da dimensão material (produto ou serviço) de um dado mercado relevante assenta na averiguação da permutabilidade ou substituíbilidade dos produtos ou serviços. O mercado a ter em consideração para se aferir, ou não, de uma existência de relação ou tensão concorrencial entre agentes económicos, e suas posições relativas, será o mercado que agrega todos os produtos ou serviços idênticos aos que a(s) empresa(s) em consideração produz(em) ou oferece(m) e ainda os produtos ou serviços com características tais que possam substituir aqueles produzidos ou oferecidos por tais empresas.³ A substituíbilidade dos produtos ou serviços que se pretende examinar é aquela que se verifica do ponto de vista da procura, o que tem implicado o recurso a considerações sobre elasticidades cruzadas entre produtos ou serviços: esta será elevada quando, por exemplo, o aumento do preço de um produto levar parte considerável da procura a optar por outro produto.

Na determinação da dimensão geográfica de um dado mercado relevante, considera-se a área geográfica na qual as empresas intervêm na oferta e procura dos produtos/serviços relevantes, onde as condições de concorrência são suficientemente homogêneas e, por fim, que se pode distinguir de outras áreas geográficas em virtude da diferença nas condições da concorrência existentes nestas últimas. Trata-se de

² A este respeito, veja-se, por exemplo, Korah, Valentine, *An Introductory Guide to EC Competition Law and Practice*, Hart Publishing, Oxford, Sixth Edition (1997), pp. pp. 82-87; Ritter, Lennart e Braun, W. David, *European Competition Law*, Kluwer, (2005), pp. 24-43. Para uma análise da prática decisória de aplicação de tais conceitos, veja-se, *inter alia*, o acórdão do TJCE, *United Brands*, 14 Fevereiro 1978, proc. 27/76, Col. p. 207, e a Comunicação (97/C 372/03) da Comissão Europeia, relativa à definição de mercados relevantes (JOUE n.º C 372/5 de 9.12.1997).

³ Nessa determinação consideram-se as características dos produtos ou serviços, tais como a sua natureza, estruturas de custos, preços ou utilizações finais.

determinar uma área territorial onde as condições objectivas de concorrência do produto/serviço relevante sejam similares para todos os operadores económicos.

A noção de mercado relevante enquanto conjunto de produtos e/ou serviços e áreas geográficas que exercem pressão concorrencial entre si visa, sobretudo, identificar os condicionalismos concorrenciais que os diferentes operadores têm de enfrentar no mercado em que se inserem, e que são susceptíveis de restringir o seu comportamento.

2.1. Definição do mercado do produto/serviço

Nos termos do parágrafo 7.º da Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes⁴, *“um mercado do produto relevante compreende todos os produtos e/ou serviços considerados permutáveis ou substituíveis pelo consumidor devido às suas características, preços e utilização pretendida”*.

Assim, e tendo em vista o conteúdo daquele parágrafo, considera-se que, no contexto desta análise, importa ter em conta um conjunto de factores para a definição do mercado relevante, nomeadamente, as características do produto/serviço, os preços e a sua finalidade de utilização pelos utentes.

Segundo o parágrafo 13.º da mesma Comunicação, *“as empresas estão sujeitas a condicionalismos concorrenciais de três ordens, a saber, a substituíbilidade do lado da procura, a substituíbilidade do lado da oferta e a concorrência potencial. Do ponto de vista económico, para a definição do mercado relevante, a substituição do lado da procura constitui o elemento de disciplina mais imediato e eficaz sobre os fornecedores de um dado produto, em especial no que diz respeito às suas decisões em matéria de preços”*.

A definição de mercado relevante do produto/serviço passará, portanto, tanto pela consideração da substituíbilidade da procura de actos efectuados como pela consideração da substituíbilidade do lado da oferta, a qual é analisada de seguida.

⁴ Comunicação (97/C 372/03) da Comissão Europeia (JOUE n.º C 372/5 de 9.12.1997).

2.1.1. Substituibilidade do lado da oferta

Nos termos dos parágrafos 20.º e 21.º da Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes mencionada *supra*, refere-se, sobre a substituibilidade do lado da oferta, que esta também poderá ser levada em conta na definição dos mercados relevantes, quando os seus efeitos forem equivalentes aos da substituição do lado da procura em termos de eficácia e efeito imediato, designadamente quando os fornecedores puderem “*transferir a sua produção para os produtos relevantes e comercializá-los a curto prazo sem incorrer em custos ou riscos suplementares significativos em resposta a pequenas alterações duradouras nos preços relativos*”.⁵ Além disso, “*mesmo se, para um determinado cliente final ou grupo de consumidores, as diferentes qualidades não forem substituíveis, essas diferentes qualidades serão reunidas no âmbito de um único mercado do produto, desde que a maioria dos fornecedores esteja em condições de oferecer e vender as diversas qualidades de imediato e na ausência de qualquer aumento significativo dos custos*”.

Portanto, importa verificar se todos, ou a maioria dos prestadores, em que actuam os estomatologistas, os médicos dentistas e os odontologistas – os profissionais de saúde de que depende a prestação de serviços de saúde oral –, estão em condições de oferecer de imediato os diversos actos necessários para a satisfação das necessidades dos utentes sem incorrer em custos ou riscos significativos.

Neste sentido, importa referir, analisando-se a legislação, a equiparação realizada pelo legislador nacional quanto às actividades exercidas por médicos dentistas e médicos estomatologistas, designadamente, no Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de Agosto, relativo ao licenciamento e fiscalização das clínicas e consultórios dentários privados (entretanto revogado pelo Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de Outubro).

Concretamente, o art. 2.º delimitava o âmbito de aplicação material do diploma às unidades ou estabelecimentos que exerçam “*actividades de prevenção, diagnóstico e tratamento de anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas*”, independentemente de a Direcção Clínica ser assegurada por um médico com a especialidade de estomatologia ou por um médico dentista, nos termos do previsto no art. 29.º n.º 1 do referido diploma legal. Acresce que, nas clínicas e consultórios dentários onde apenas exerçam funções odontologistas, o n.º 2 da mesma norma

⁵ Neste caso, a produção adicional colocada no mercado teria um efeito disciplinar sobre o comportamento concorrencial das outras empresas.

estabelecia que “o director clínico pode ser um odontologista, nas condições previstas na Lei n.º 4/99, de 27 de Janeiro”.⁶

Decorre desta análise que, embora os odontologistas exerçam a sua profissão em condições diferentes das condições dos médicos dentistas e dos estomatologistas, inexistem quaisquer diferenças legais relativas à actividade, que impeçam ou dificultem médicos estomatologistas e médicos dentistas de concorrerem directa e imediatamente entre eles, dado que o próprio legislador assumiu que ambas as categorias profissionais exercem a mesma actividade económica.

Por seu turno, a contratualização em saúde oral, aprovada pelo Despacho n.º 719/2006 (2.ª série), de 11 de Janeiro de 2006, Despacho n.º 787/2007 (2.ª série), de 16 de Janeiro de 2007 e Despacho n.º 12874/2008 (2.ª série), de 7 de Maio de 2008, respectivamente para os anos de 2006, 2007 e 2008, e de que depende a operacionalização do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, aprovado pelo Despacho n.º 153/2005, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 3, de 5 de Janeiro de 2005, estabelece a possibilidade de se candidatarem aos concursos médicos estomatologistas ou médicos dentistas, desde que inscritos nas respectivas ordens profissionais.

Poder-se-ia cogitar, então, que somente deveriam ser considerados como concorrentes efectivos médicos dentistas e estomatologistas. No entanto, importa notar, em primeiro lugar, que a maioria dos actos prestados por médicos dentistas e estomatologistas também é prestada por odontologistas, tendo em conta as necessidades dos utentes: numa análise da oferta, nomeadamente dos actos prestados por uma amostra de 7% da base total dos prestadores existentes no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) que foram seleccionados para efeito de uma análise de preços,⁷ verificou-se que a grande maioria dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde oral efectua, independentemente dos profissionais específicos actuantes nos mesmos, um pequeno número de tipos de actos semelhantes, como, por exemplo, os actos de restauração, destartarização e exodontia.

⁶ Note-se que a Lei n.º 4/99, de 27 de Janeiro, foi revogada pela Lei n.º 40/2003, de 22 de Agosto, que regula e disciplina a actividade profissional de odontologia.

⁷ Tal análise baseou-se em informação recolhida junto de 235 estabelecimentos existentes no SRER, nomeadamente relativa à prestação e aos preços de 144 estabelecimentos durante o período de 20 de Outubro a 2 de Novembro de 2008 e de 91 estabelecimentos durante o período de 25 de Maio a 6 de Junho de 2009.

Em segundo lugar, os estabelecimentos concorrentes efectivos em que os directores clínicos são médicos dentistas ou estomatologistas sempre têm a possibilidade de contratarem odontologistas – os quais representam, em número, apenas 10% da soma total de médicos dentistas e estomatologistas.⁸

Deste modo, apesar de haver alguma diferenciação na legislação entre, por um lado, médicos dentistas e estomatologistas e, por outro lado, odontologistas – na medida em que os odontologistas não são equiparados a médicos dentistas e estomatologistas, no que se refere ao licenciamento, e não podem aderir à contratualização em saúde oral do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral –, pode-se mesmo assim considerar todos os prestadores do sector da prestação de serviços de saúde oral em que estes profissionais exercem as suas actividades como concorrentes efectivos, tendo em conta que a maioria destes prestadores efectua actos que são comumente prestados por médicos dentistas, estomatologistas e odontologistas, e contrata todo tipo de profissional relevante para a prestação de serviços de saúde oral com vista à satisfação das necessidades dos utentes (incluindo não apenas médicos estomatologistas, médicos dentistas e odontologistas, mas também técnicos, higienistas e assistentes).

Portanto, tendo em conta a óptica da substituíbilidade da oferta, considera-se o conjunto dos actos efectuados por estomatologistas, médicos dentistas e odontologistas nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde oral, com vista à satisfação das necessidades dos utentes, como sendo o produto/serviço relevante para efeito da definição do mercado relevante do produto/serviço.

Apresenta-se de seguida a análise da substituíbilidade da procura, que, como se verá, também permite o agrupamento dos actos prestados por estomatologistas, médicos dentistas e odontologistas num mesmo serviço, com vista à definição do mercado relevante do produto/serviço.

⁸ Segundo o relatório “*Manual of Dental Practice*” de 2008, do Conselho de Dentistas Europeus (*The Council of European Dentists*), havia em 2008 em Portugal 5.700 médicos dentistas em actividade, 698 estomatologistas, 666 odontologistas, 3.400 assistentes, 546 técnicos e 500 higienistas.

2.1.2. Substituibilidade do lado da procura

Os produtos/serviços considerados aqui são os serviços de saúde oral. Estes serviços são prestados com a finalidade de satisfazer as necessidades do utente, que exerce a sua procura deslocando-se a uma clínica dentária ou consultório dentário quando precisa de satisfazer pelo menos um de três tipos básicos de necessidades, nomeadamente: (i) necessidade de prevenção, higiene ou profilaxia; (ii) necessidade de correcção de algum problema originador de incómodo ou dor nos dentes; e (iii) necessidade estética.

Portanto, quando um utente precisa de recorrer a um profissional, carecendo de satisfazer uma destas três necessidades, recorre a um estabelecimento, muitas vezes sem procurar saber com precisão qual a formação do profissional específico que o irá tratar, podendo este ser um médico estomatologista, um médico dentista ou um odontologista, uma vez que, do ponto de vista do utente, os três profissionais possuem as competências exigidas para a realização dos actos apropriados conducentes à satisfação das suas necessidades.

Importa notar que o utente, uma vez que, regra geral, não terá o conhecimento nem o poder necessários para ponderar qual será o acto, nomeadamente o tipo de exame e/ou tratamento, de que necessita, configura-se como factor dominante inerente da procura a utilização pretendida do serviço, uma vez que o utente desconhecerá, no momento em que exerce a sua procura, as características e preços dos exames e/ou tratamentos de que irá necessitar. É, portanto, a finalidade de utilização do serviço que mais releva ao utente quando este se depara com um dos três tipos de necessidades básicas *supra* referidos.

Sendo assim, a procura caracteriza-se pela escolha do prestador ou profissional – estomatologista, médico dentista ou odontologista – por parte do utente, pelo que, tendo em conta a substituibilidade da procura (e como também se pôde depreender da análise da substituibilidade da oferta), agrupam-se todos os actos prestados por estomatologistas, médicos dentistas e odontologistas num mesmo serviço, com vista à definição do mercado relevante que se deseja definir.

Conclui-se, a partir das considerações *supra*, que o estudo realizado e apresentado neste relatório considera a concorrência entre os prestadores de serviços de saúde oral, independentemente dos profissionais actuantes, sendo o serviço de saúde oral em causa o conjunto de todos os actos que tais profissionais podem efectuar,

exceptuando-se os actos de cirurgia oral e cirurgia maxilo-facial, devido à sua natureza particular distinta, conforme referido *supra*, porque visam atender necessidades diferentes dos utentes e exigem dos profissionais competências específicas diversas.⁹ Tal distinção originária das competências dos profissionais de saúde oral justifica-se, por seu turno, com base em Grytten e Skau (2008), que confirma a hipótese de que especialistas na prestação de saúde oral, com competências específicas e únicas para a prestação de determinados actos, não concorrem efectivamente com profissionais não detentores destas competências.¹⁰

2.2. Definição do mercado geográfico

Nos termos do parágrafo 8.⁹ da Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes, o mercado geográfico relevante compreende “a área em que as empresas em causa fornecem produtos ou serviços, em que as condições da concorrência são suficientemente homogéneas e que podem distinguir-se de áreas vizinhas devido ao facto, em especial, das condições da concorrência serem consideravelmente diferentes nessas áreas”.

No entanto, nenhum método de definição de mercados geográficos é unânime, podendo os diferentes métodos apresentar resultados bastante heterogéneos, conforme observado por Gaynor e Vogt (2000)¹¹.

No estudo que se realiza, deseja-se analisar a concorrência das unidades e estabelecimentos dentários em Portugal continental. No entanto, não se pode considerar todo o continente de Portugal como um mercado apenas, em razão da existência de limites às áreas geográficas de alcance dos prestadores, em função das distâncias dos utentes aos locais da oferta. Sendo a prestação de cuidados de saúde um serviço que exige tipicamente a presença física do utente, só se poderão considerar como concorrentes os prestadores que se situem a uma distância não muito elevada do utente.

⁹ Note-se, no entanto, que não se excluíram os actos de ortodontia, em razão de se ter notado, na análise que se fez da oferta, que a maioria dos estabelecimentos presta serviços de ortodontia, pelo que tais actos foram incluídos na definição do mercado relevante do produto.

¹⁰ Vide Grytten, J. e Skau, I. (2008), “Specialization and Competition in Dental Health Services”, artigo publicado online pela *Health Economics*.

¹¹ Gaynor, M. e Vogt, W.B. (2000), “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, em Culyer A. J. and Newhouse J. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North Holland, 1, 27, 1405-1487.

A distância até ao local de oferta é, assim, relevante em termos de custos para o utente no processo de procura/consumo. As deslocações dos utentes têm associados custos por duas vias: uma directa, pela despesa suportada com meios de transporte; e uma indirecta, pelo custo de oportunidade do tempo perdido nas deslocações. Este aspecto é importante para a definição de mercado relevante. Tendo por base a desutilidade associada pelos utentes às deslocações para a obtenção de cuidados de saúde, poder-se-á afirmar que existe um limite em termos de distância ao local de oferta a partir do qual um indivíduo deixará de ter incentivos para se deslocar no sentido de obter os serviços. A partir desse limite, o inconveniente da deslocação medido em termos de custo, tempo e trabalho gera uma desutilidade que ultrapassa a utilidade atribuída ao cuidado de saúde a obter. Esse limite constitui o alcance do serviço, e com referência à localização de um prestador, circunscreve a área dentro da qual se fazem sentir restrições competitivas por parte de outros prestadores.

O alcance dos serviços de um prestador de cuidados de saúde pode ser estimado com base num teste semelhante ao teste de Elzinga-Hogarty,¹² definindo-se o mercado geográfico relevante de um prestador como aquela área que concentra pelo menos 85 a 90% dos seus utentes. O alcance dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde oral foi estimado com base num estudo empírico dos fluxos de utentes desses serviços (ao todo, 11.482 utentes), baseado em informação recolhida junto da amostra de prestadores *supra* referida, representativa do tecido de prestadores na área de serviços de saúde oral.

Com base nos códigos postais do local de residência dos utentes atendidos pelos estabelecimentos incluídos na amostra, compilou-se informação sobre as distâncias em estrada, desde a localização genérica dos códigos postais dos utentes até à localização do estabelecimento prestador dos cuidados, o que permitiu determinar o alcance aproximado dos serviços analisados.¹³ A tabela 1 apresenta os resultados do estudo efectuado. Pode ver-se, na tabela, a distribuição percentual dos utentes por diferentes intervalos de distância desde o seu local de residência ao estabelecimento,

¹² O teste de Elzinga-Hogarty é um método para definição de mercado geográfico que, no caso dos mercados dos cuidados de saúde, tendo em conta os hospitais, considera os fluxos de pacientes para dentro e para fora de uma área geográfica (medidos pelo número de admissões ou altas dos pacientes, por exemplo). De acordo com o *Health Law Handbook* (2006), com este método, “uma área geográfica constituiria um mercado relevante se (i) a maioria dos pacientes (ao menos 85% ou 90%) que residem na área geográfica utiliza os hospitais situados naquela área e (ii) os hospitais situados naquela área obtêm o maior volume dos seus negócios (ao menos 85% ou 90%) de pacientes que residem naquela área”, p. 735.

¹³ Utilizou-se para efeito do cálculo o *software Microsoft MapPoint Europe 2004*.

a percentagem acumulada de utentes desde o intervalo de distância mais curto ao mais alargado, bem como uma breve estatística descritiva.

Tabela 1 – Distribuição de utentes por intervalo de distância

Serviços de Saúde Oral		
Nº de Utentes	11.482	
Nº de Estabelecimentos	144	
Distância	Distribuição	Acumulado
até 15 km	73,6%	(73,6%)
15 a 20 km	6,2%	(79,8%)
20 a 25 km	5,8%	(85,6%)
25 a 30 km	3,5%	(89,2%)
30 a 35 km	2,3%	(91,4%)
35 a 40 km	1,5%	(92,9%)
40 a 45 km	1,5%	(94,4%)
45 a 50 km	0,7%	(95,1%)
50 a 100 km	3,3%	(98,4%)
100 a 200 km	1,1%	(99,5%)
mais de 200 km	0,5%	(100,0%)
Média	15,5	
Desvio-Padrão	25,7	
Máxima	574,8	
Mínima	1,4	

Como se pode constatar, a distribuição dos utentes, por intervalo de distância, apresenta uma grande concentração até aos 50 quilómetros e o referencial superior (90% dos utentes) corresponde a um alcance de cerca de 32 km. Significa isto que as zonas geográficas de abrangência dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde oral terão áreas de cerca de 2.000 km².¹⁴

Uma vez que áreas de abrangência com cerca de 2.000 km² serão típicas na prestação de cuidados de saúde, a ERS definiu já uma matriz regional aplicável a avaliações em Saúde, nomeadamente para a definição de mercados geográficos relevantes daqueles tipos de cuidados de saúde que têm alcances dessa ordem de grandeza. No anexo I apresenta-se o trabalho realizado pela ERS no sentido da definição dessa matriz, explicitando-se todos os pressupostos desse exercício, e caracterizando as regiões resultantes – designadas por Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS) –, que serviram de base à definição dos mercados relevantes de serviços de saúde oral.

¹⁴ Se o prestador se situar no centro da região, a sua zona geográfica de abrangência corresponderá a um círculo com 32 km de raio. Se o prestador se situar num extremo da região, a sua zona geográfica de abrangência corresponderá a um círculo com 32 km de diâmetro. Círculos com essas dimensões têm áreas de 3.217 e 804 km², respectivamente.

Deste modo, concluindo este capítulo, definem-se os mercados relevantes de serviços de saúde oral, para efeito da avaliação concorrencial que aqui se apresenta, como sendo cada uma das RRAS em que actuam os prestadores de serviços de saúde oral, independentemente dos seus profissionais principais (estomatologistas, médicos dentistas ou odontologistas), sendo o serviço de saúde oral em causa o conjunto de todos os actos que tais profissionais podem efectuar, exceptuando-se os actos de cirurgia oral e cirurgia maxilo-facial.

3. Concorrência no sector da prestação de serviços de saúde oral

Encontrando-se definidos os mercados relevantes de serviços de saúde oral, importa analisar as suas estruturas, procedendo-se, neste capítulo, à apreciação das características dos prestadores de serviços de saúde oral, à aferição das suas quotas relativas e ao cálculo dos níveis de concentração como indicadores da tensão concorrencial existente entre os prestadores em cada um dos mercados relevantes.

A actuação de prestadores não públicos no mercado ocorre em condições diferentes da actuação dos prestadores públicos, uma vez que, nos serviços do SNS, por via do financiamento público, o encargo financeiro que compete ao utente relativamente aos actos está presente apenas de forma residual (taxas moderadoras) e não há possibilidade de definição de outro preço como ocorre no sector não público. Os prestadores públicos, portanto, não dispõem da definição do preço como instrumento para poderem influenciar os parâmetros da concorrência.

Acresce que a oferta pública dos serviços de saúde oral tem características diversas da oferta não pública, pois, no que tange aos serviços hospitalares, o acesso dos utentes ocorre de modo diverso, não sendo directo como no caso da oferta não pública, e, no que se refere aos Centros de Saúde, em que o acesso dos utentes é directo, a oferta é diminuta. Há consultas de medicina dentária/estomatologia nos Centros de Saúde em apenas 27 concelhos distribuídos por somente oito RRAS e, embora tenham sido prestadas 94.735 consultas nos Centros de Saúde em 2007, este número é pequeno, estimando-se que represente apenas cerca de 1% do volume anual de atendimentos no sector não público.¹⁵

Note-se, ainda, que no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral o sector público pode ser interpretado como não concorrente dos prestadores privados, tendo em conta as competências dos prestadores nas intervenções previstas no Programa. Concretamente, segundo o Despacho Ministerial n.º 153/2005 (2.ª série), de 5 de Janeiro, a intervenção dos prestadores públicos é feita pelos Centros de Saúde e pelos serviços de estomatologia da rede hospitalar, sempre que possível. Ao sector privado, por outro lado, compete prestar, através da contratualização, os cuidados médico-dentários não satisfeitos pelo SNS. Ora, tal distinção indica que os

¹⁵ Os dados referentes aos Centros de Saúde são da Direcção-Geral da Saúde (DGS) e do INE e a estimativa relativa às consultas no sector não público tem por base a amostra dos atendimentos de 144 estabelecimentos referida no capítulo anterior.

estabelecimentos do sector público serão a primeira escolha de uma parte dos utentes, nomeadamente daqueles que podem usufruir desta opção em razão da existência de oferta no mercado relevante. Por sua vez, a distinção entre as competências públicas e privadas sugere também que os prestadores privados, aderentes ou não do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral¹⁶, concorrerão entre si por uma segunda e distinta escolha dos utentes, sendo certo que tal segunda escolha concerne à grande maioria dos utentes e pode ser vista como sendo, na verdade, a primeira escolha dos utentes na maior parte dos mercados relevantes (por falta de opção).

Sendo assim, pelas razões *supra* citadas, o presente estudo dedica-se apenas à análise do sector não público da prestação de serviços de saúde oral, inserindo-se neste os prestadores privados com e sem fins lucrativos.

3.1. Descrição dos critérios de análise do mercado

As características estruturais dos mercados no sector não público da prestação de serviços de saúde oral poderão colocar, assim como em outros sectores da prestação de cuidados de saúde, algumas dificuldades resultantes do carácter endógeno de elementos como, por exemplo, o volume de negócios.

Os prestadores com acordos ou convenções, com subsistemas de saúde ou seguradoras, poderão apresentar uma elevada dependência face a utentes que fazem uso desses acordos e convenções, em termos de procura pelos seus serviços. Tendo em conta a importância para as empresas de deter um acordo ou convenção, os volumes de negócios movimentados no mercado dos serviços de saúde oral serão endógenos face à actual distribuição de acordos e convenções pelos prestadores.

Como corolário, a aferição das quotas de mercado dos prestadores, efectuada com base no seu volume de negócios ou número de utentes atendidos, podendo embora compor uma estrutura de mercado susceptível de identificar os constrangimentos concorrenciais que um operador possa sofrer, não conseguirá traduzir a pressão concorrencial que poderia ser exercida por um número de prestadores mais vasto, formado por prestadores que não celebraram acordos ou convenções. Deste modo, aqueles indicadores, utilizados amiúde em análises de mercado, não serão, no caso

¹⁶ Porque a adesão é livre e o conjunto de aderentes não é fixo ao longo do tempo.

em apreço, susceptíveis de, prospectivamente, demonstrar o funcionamento do mesmo.

Não obstante, atentas as características endógenas referidas, pode-se recorrer à utilização de outro elemento de aferição da dimensão real de todos os prestadores (convencionados e não convencionados), que permite mitigar as aparentes diferenças causadas pela diferenciação da procura entre utentes de subsistemas e seguradoras e outros utentes.

Como salienta a própria Comissão Europeia, existem outros elementos, para além das vendas, que constituem igualmente parâmetros válidos para aferição das posições relativas dos agentes económicos no mercado, os quais, considerando as especificidades do sector ou do produto em causa, permitem obter a informação desejada. Um desses elementos é, justamente, a capacidade produtiva dos prestadores.¹⁷

No caso concreto da prestação de serviços de saúde oral, foram determinadas as dimensões dos prestadores e aferidas suas capacidades produtivas por meio do número de colaboradores dos estabelecimentos. Concretamente, as dimensões dos prestadores serviram de base, no estudo, para o cálculo das suas quotas de mercado, as quais, por sua vez, foram utilizadas para o cálculo dos Índices Herfindahl-Hirschmann (IHH)¹⁸.

Toda a informação relativa aos estabelecimentos e entidades prestadoras de serviços de saúde oral consta da base de dados da ERS (SRER) resultante do registo obrigatório de prestadores de cuidados de saúde, de acordo com o disposto no n.º 1 do artigo 3.º da Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro.¹⁹

¹⁷ Conforme a Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes, parágrafo 54.

¹⁸ Neste sentido, vejam-se as *guidelines* da Comissão Europeia (Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais, publicadas no Jornal Oficial n.º C 31/03, de 5 de Fevereiro de 2004). O IHH é uma medida específica de concentração de mercado, equivalente à soma dos quadrados das quotas de mercado das empresas. Este índice varia entre 0, mercado perfeitamente concorrencial, e 1, monopólio (habitualmente, este índice é apresentado como resultado do cálculo com quotas de mercado na base 100, variando assim entre 0 e 10.000). Quanto mais alto o IHH, mais a produção está concentrada num pequeno número de empresas.

¹⁹ Refira-se que foram feitos ajustes nos números de colaboradores dos estabelecimentos registados, para que fossem considerados apenas os que estarão dedicados unicamente à prestação dos serviços de saúde oral (médicos estomatologistas, médicos dentistas, odontologistas e técnicos).

3.2. Estrutura e concentração dos mercados relevantes

A aferição do grau de concentração do mercado é comumente feita por meio da análise das quotas de mercado, dos rácios de concentração²⁰ ou dos IHH.²¹

O IHH é uma medida de concentração de mercado usada como um indicador do poder de mercado ou da concorrência entre as empresas. Pode-se, com base nos níveis absolutos do IHH, concluir sobre a concentração nos mercados, uma vez que fornecem uma indicação inicial da pressão concorrencial nos mercados. De acordo com a Comissão Europeia, em termos gerais, quando o IHH está abaixo de 1.000, a concentração do mercado é considerada baixa, entre 1.000 e 2.000 pode ser considerada moderada, acima de 2.000 pode ser considerada alta.²²

Antes de se proceder à aferição do grau de concentração dos mercados, apresenta-se a distribuição da oferta dos prestadores.

3.2.1. Descrição da oferta

A oferta total de serviços de saúde oral identificada no SRER é representada por 2.946 entidades com e sem fins lucrativos, sendo que estas entidades detêm 3.378 estabelecimentos.²³

Tendo em conta os mercados relevantes, apresenta-se, na tabela 2 a distribuição da oferta, em termos de estabelecimentos.

²⁰ De acordo com as “Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas” da Comissão Europeia (JOUE n.º C 31 de 5/2/2004), os rácios de concentração avaliam a quota de mercado agregada de um pequeno número das empresas mais importantes num determinado mercado.

²¹ Importa referir, no entanto, que nenhum dos métodos é absolutamente eficaz ou determinante, acrescendo que uma qualquer análise deverá ter sempre presente outros elementos, tais como as características do mercado, a sua estrutura, a existência ou inexistência de barreiras à entrada ou à saída, o número de concorrentes e o grau de inovação.

²² Vide as Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais, publicadas no Jornal Oficial n.º C 31/03, de 5 de Fevereiro de 2004.

²³ Os números totais de entidades e estabelecimentos foram obtidos no SRER em Agosto de 2009. Foram seleccionados os estabelecimentos registados do tipo “Dentistas” e os que têm serviços de estomatologia – as formas de registo existentes para os prestadores de serviços de saúde oral.

Tabela 2 – Estabelecimentos de prestação de serviços de saúde oral por RRAS

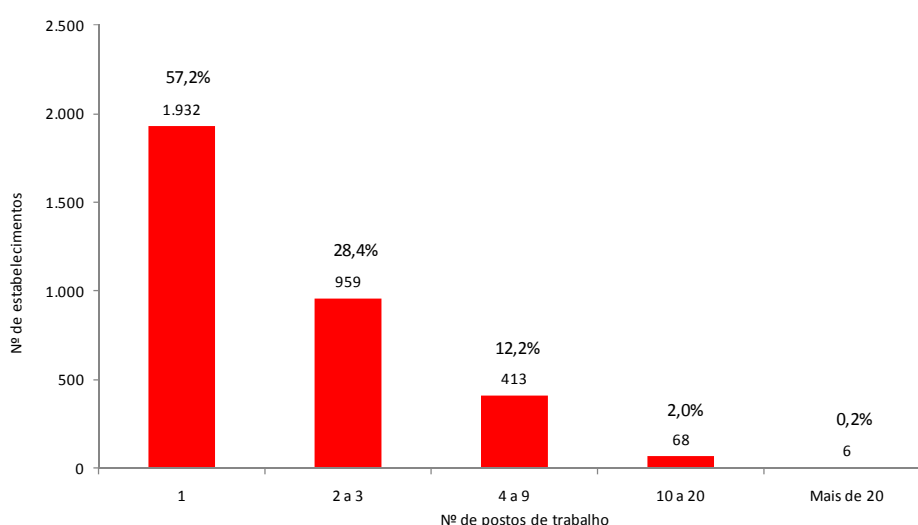
RRAS	N.º Estabelecimentos	% do Total Geral	Est./100.000 hab.
Norte	1.394	41,3%	37,2
Braga	142	4,2%	34,4
Bragança	24	0,7%	42,9
Chaves	22	0,7%	27,6
Felgueiras	150	4,4%	26,7
Guimarães	158	4,7%	30,1
Mirandela	27	0,8%	29,1
Porto	588	17,4%	45,8
São João da Madeira	119	3,5%	41,3
Viana do Castelo	99	2,9%	39,4
Vila Real	65	1,9%	33,1
Centro	752	22,3%	31,6
Aveiro	142	4,2%	35,5
Caldas da Rainha	82	2,4%	22,5
Castelo Branco	22	0,7%	30,1
Coimbra	140	4,1%	42,4
Covilhã	20	0,6%	22,1
Entroncamento	54	1,6%	23,4
Guarda	33	1,0%	30,3
Leiria	109	3,2%	40,7
Lousã	34	1,0%	24,8
Seia	12	0,4%	25,3
Sertã	7	0,2%	17,3
Viseu	97	2,9%	33,3
Lisboa	929	27,5%	32,9
Lisboa	721	21,3%	35,5
Setúbal	208	6,2%	26,3
Alentejo	180	5,3%	23,8
Beja	27	0,8%	30,8
Coruche	19	0,6%	27,4
Elvas	15	0,4%	22,4
Évora	19	0,6%	22,1
Montemor-o-Novo	12	0,4%	27,8
Moura	7	0,2%	19,1
Odemira	9	0,3%	29,2
Ponte de Sor	4	0,1%	10,5
Portalegre	9	0,3%	18,6
Santarém	44	1,3%	24,4
Sines	15	0,4%	21,4
Algarve	123	3,6%	28,6
Faro	65	1,9%	27,7
Portimão	58	1,7%	29,7
Total Geral	3.378	100%	33,3

Fonte: Estimativas da população residente de 2008 do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Tendo em conta os 3.378 estabelecimentos considerados neste estudo somam-se cerca de 7.362 profissionais de saúde, sendo 95% de médicos ou médicos dentistas e 5% de técnicos, de higiene oral ou de ortodontia.²⁴

A figura 2 apresenta a distribuição dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde oral por dimensão, avaliada pelo número de profissionais de saúde empregues, entendendo-se este indicador como um número aproximado reflectindo a capacidade produtiva de cada estabelecimento.

Figura 2 – Distribuição dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde oral por dimensão (número de profissionais de saúde)

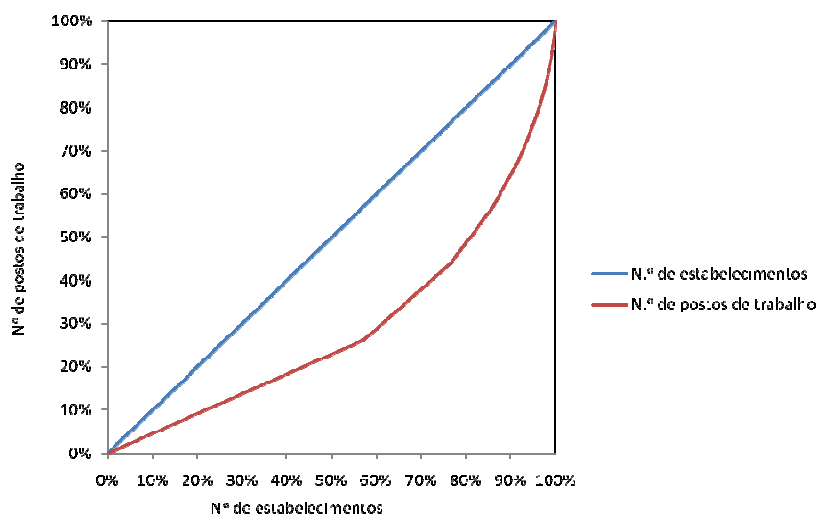


Os estabelecimentos são predominantemente pequenos: cerca de 85% dos estabelecimentos tem três ou menos profissionais de saúde. Em média, os estabelecimentos empregam aproximadamente dois profissionais de saúde na prestação dos serviços de saúde oral.

A predominância de estabelecimentos pequenos, reflectindo uma certa desigualdade nas distribuições dos profissionais por estabelecimento, pode ser vista na figura 3. Mais de 20% dos estabelecimentos detêm apenas 10% dos profissionais, enquanto quase 20% dos estabelecimentos de maior dimensão detêm 50% dos profissionais.

²⁴ Os números aproximados apresentados neste estudo baseiam-se nos dados do SRER e referem-se ao número de “empregos de profissionais de saúde”. Este conceito implica que a contagem dos profissionais de saúde é feita com base em postos de trabalho nos estabelecimentos, não se identificando se um mesmo profissional trabalha em mais de um estabelecimento.

Figura 3 – Curva da distribuição de profissionais pelos estabelecimentos



3.2.2. Concentração ao nível das entidades

Na tabela 3 *infra*, são apresentadas as presenças das entidades privadas prestadoras de serviços de saúde oral registadas no SRER por RRAS, isto é, os números de entidades privadas actuantes em cada uma das RRAS, com um ou mais estabelecimentos prestadores de serviços de saúde oral ali localizados.

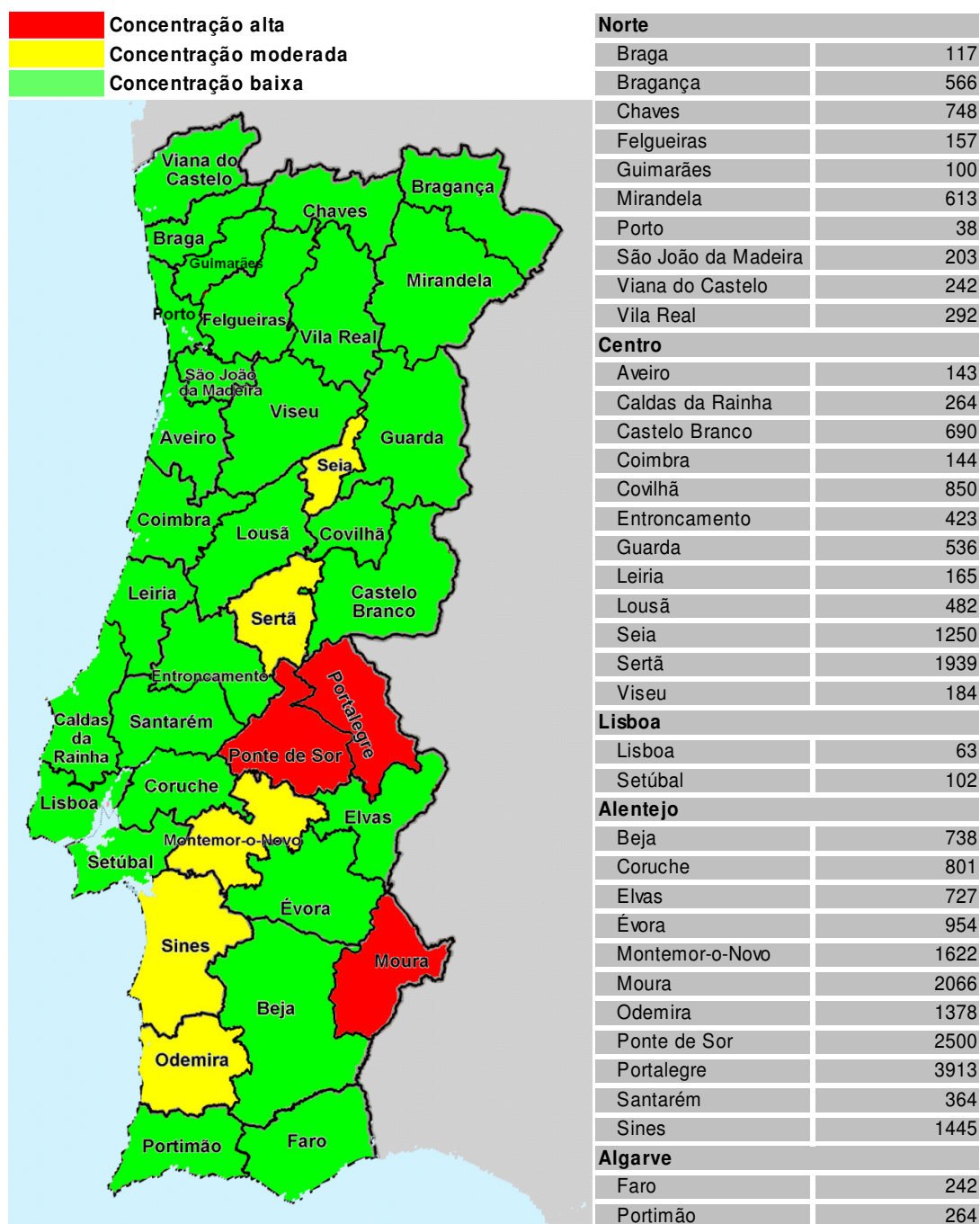
Tabela 3 – Presenças das entidades privadas prestadoras de serviços de saúde oral por RRAS

RRAS	Entidades presentes	Estabelecimentos
Norte		
Braga	125	142
Bragança	22	24
Chaves	19	22
Felgueiras	132	150
Guimarães	152	158
Mirandela	23	27
Porto	564	588
São João da Madeira	114	119
Viana do Castelo	89	99
Vila Real	59	65
Centro		
Aveiro	132	142
Caldas da Rainha	79	82
Castelo Branco	19	22
Coimbra	129	140
Covilhã	18	20
Entroncamento	50	54
Guarda	28	33
Leiria	102	109
Lousã	31	34
Seia	12	12
Sertão	7	7
Viseu	91	97
Lisboa		
Lisboa	661	721
Setúbal	195	208
Alentejo		
Beja	25	27
Coruche	18	19
Elvas	15	15
Évora	19	19
Montemor-o-Novo	12	12
Moura	7	7
Odemira	9	9
Ponte de Sor	4	4
Portalegre	9	9
Santarém	42	44
Sines	14	15
Algarve		
Faro	58	65
Portimão	55	58

Com base nestes dados apresentados na tabela 3, das entidades presentes e respectivos estabelecimentos, é realizada a análise da concentração em cada mercado geográfico relevante, calculando-se, para cada entidade presente numa RRAS, a quota de mercado correspondente, somando-se os números de colaboradores dos estabelecimentos ali localizados.

Com as quotas de mercado, por sua vez, foram calculados os IHH, que são apresentados na figura 4 *infra*, indicando os níveis de concentração dos mercados relevantes e fornecendo igualmente indicação da concorrência entre os prestadores. Recorde-se que um IHH abaixo de 1.000 indica uma baixa concentração do mercado, entre 1.000 e 2.000 a concentração é considerada moderada e acima de 2.000 a concentração do mercado pode ser considerada alta.

Figura 4 – Concentração nos mercados de serviços de saúde oral



Como se constata, em 29 mercados o grau de concentração é baixo (a verde no mapa da figura 4), com IHH inferior a 1.000 – um grau de concentração reduzido que não é normalmente susceptível de colocar problemas de natureza concorrencial.²⁵

Por sua vez, em cinco RRAS, os mercados de serviços de saúde oral são moderadamente concentrados (a amarelo no mapa) e em três das 37 RRAS o grau de concentração é alto (a vermelho no mapa).

Em oposição ao critério de que mercados com IHH inferior a 1.000 em princípio não terão problemas de natureza concorrencial decorrentes do grau de concentração, poder-se-ia conjecturar que possivelmente haverá, em pelo menos três das oito RRAS com IHH superior a 1.000 – as três com IHH superior a 2.000 –, problemas concorrenciais em razão do grau de concentração elevado. No entanto, isto não será necessariamente verdade, pois, caso não haja barreiras à entrada nos mercados,²⁶ novos concorrentes – concorrentes potenciais – poderão entrar, reduzindo, assim, o grau de concentração.²⁷

3.3. Análise dos preços praticados

De acordo com a teoria económica, quando estão garantidas determinadas condições ideais de funcionamento, os mercados funcionando livremente promovem uma solução socialmente desejável (essencialmente caracterizada por produção das quantidades desejadas pelos consumidores ao mínimo custo). Embora se saiba que raramente essas condições se encontram todas reunidas (por exemplo, perfeita informação por parte de todos os consumidores e produtores), constata-se empiricamente que a sua existência, ainda que parcial, torna o funcionamento dos mercados mais próximo do paradigma da eficiência.

²⁵ De acordo com o parágrafo 19 das Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais, publicadas no Jornal Oficial n.º C 31/03, de 5 de Fevereiro de 2004, “É pouco provável que a Comissão identifique preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal num mercado com um IHH (...) inferior a 1.000”.

²⁶ Vide capítulo 4, em que é apresentada uma análise das barreiras à entrada.

²⁷ Tais concorrentes potenciais são prestadores que, por uma decisão unilateral e em prazo normalmente inferior a cerca de um ano, podem fazer face a investimentos suplementares ou a outros custos de mudança necessários para a entrada nesses mercados de elevados IHH, em reacção a um ligeiro e permanente aumento dos preços relativos. Vide a Comunicação da Comissão Europeia sobre as Orientações sobre a aplicação do artigo 81.º do Tratado CE aos acordos de cooperação horizontal (2001/C3/02), publicada no Jornal Oficial das Comunidades Europeias, de 6 de Janeiro de 2001.

Tal é o caso da estrutura do mercado, ou seja, do número de prestadores de serviços de saúde oral concorrentes e do número de utentes, e da dimensão dos prestadores. A este nível, a condição necessária para se poder falar em concorrência perfeita é a existência de muitos prestadores de dimensão semelhante e de muitos utentes.

Tudo o resto constante, e sem significativos desvios às condições ideais da concorrência perfeita, ao aumentar o número de prestadores concorrentes num mercado relevante, aumentará a pressão concorrencial entre todos os concorrentes, o que naturalmente conduzirá a uma aproximação do nível de preços praticado ao custo marginal de produção.

Por outro lado, a constatação de que esse aumento do número de concorrentes não produz uma redução do nível dos preços poderá significar que o nível de preços já se encontrava próximo do custo marginal (depois de considerada a margem mínima admitida pelos produtores). Neste caso, deverá, antes, observar-se uma relação próxima entre os preços e os custos de produção.

No caso de uma análise estática, tais hipóteses sobre o impacto da estrutura dos mercados na fixação dos preços podem ser testadas se existirem mercados relevantes em tudo aparentemente semelhantes, excepto no âmbito geográfico e na estrutura. Tal parece ser o caso dos mercados de serviços de saúde oral em Portugal, cuja estrutura se apresenta sintetizada no IHH, indicador da concentração dos mercados que traduz o número de concorrentes e a dimensão em termos de capacidade produtiva.

Como vimos na secção anterior, a grande maioria dos mercados geográficos relevantes de saúde oral tem IHH abaixo dos 1.000 pontos, tendo sido por esta razão classificados como mercados com concentração baixa. À luz da teoria económica dos mercados de concorrência perfeita, tal constatação pode ser interpretada como a verificação de boas condições, ao nível de estrutura dos mercados, para o funcionamento dos mecanismos concorrenciais, promotores de eficiência na aplicação dos recursos.

Então, se o mecanismo de preços estiver a reagir correctamente às diferenças de pressão concorrencial resultantes da estrutura dos mercados, um teste empírico da relação entre o IHH e o nível de preços das consultas deverá resultar numa relação de sinal positivo, ou seja, uma maior concentração da capacidade produtiva (maior IHH) deverá corresponder a um nível de preços superior. No entanto, dada a reduzida variabilidade do nível de concentração dos mercados (recorde-se que o IHH admite valores entre 0 e 10.000, e note-se que perto de 80% dos mercados tem índices

inferiores a 1.000 pontos), tal teste empírico deverá resultar numa irrelevância do IHH enquanto variável explicativa do nível de preços.

Adicionalmente, um mecanismo de preços funcionando correctamente produzirá evidência empírica de relação de sinal positivo entre o custo de produção e o preço dos serviços, ou seja, evidência de que os prestadores fixam os preços de acordo com os custos de produção em que incorrem.

Testou-se, então, o mecanismo de fixação de preços a partir da análise da relação entre o índice de concentração IHH e o preço de três actos comuns em consultas de saúde oral: o acto consulta, o acto restauração e o acto exodontia.

Foram realizadas três análises de regressão, uma para cada preço estudado, que tomam como variável explicada o preço médio do acto em cada mercado (ou seja, em cada RRAS, conforme a definição de mercados relevantes apresentada no capítulo 2), e como variável explicativa o IHH do mercado.

Como forma de controlar possíveis efeitos do nível socio-económico de cada região, e simultaneamente para captar as diferenças no nível de custos de produção, foi utilizada como variável explicativa em cada regressão o índice *per capita* de poder de compra da RRAS.²⁸ Este índice foi calculado com base no número índice computado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) que compara o poder de compra regularmente manifestado nos diferentes concelhos, *per capita*, com o poder de compra médio do país a que é atribuído o valor 100. Em cada RRAS, o índice resulta da média do índice de poder de compra dos concelhos que constituem essa RRAS, ponderada pela distribuição da população pelos concelhos.

Foi utilizada apenas informação sobre os preços de actos financiados por pagamento directo, ou seja, actos prestados em consultas a título particular, uma vez que nesse tipo de consultas a política de fixação de preços por parte dos prestadores é completamente livre de restrições.

Conforme referido *supra*, analisaram-se os actos prestados (e respectivas tabelas de preços) por uma amostra de 7% da base total dos prestadores existentes no SRER, tendo-se utilizado para a comparação de preços da tabela 5 a amostra de 144

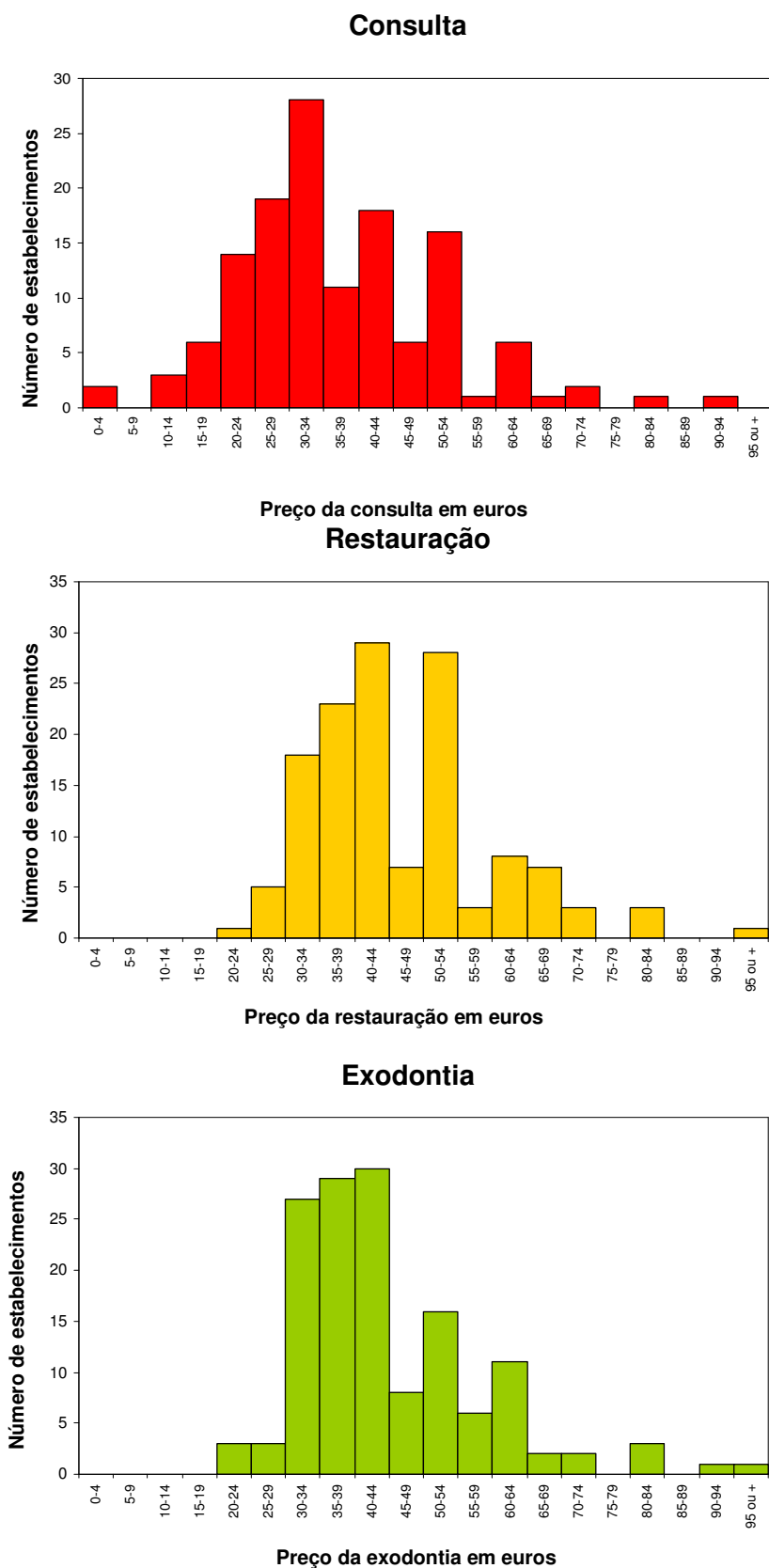
²⁸ Pelo menos a parte dos custos de produção atribuível aos recursos humanos – dentistas e outros profissionais – e a instalações e sua manutenção, poderá estar ligada ao nível geral de preços de cada região. Já nos custos com as componentes de instrumentos e consumíveis não se deverão sentir grandes disparidades regionais, por se prever serem fornecidos por fontes comuns em todo o território. Podemos, no entanto, admitir que o índice do poder de compra traduzirá pelos menos parcialmente o nível dos custos de produção.

estabelecimentos distribuídos por 33 RRAS. Refira-se, no entanto, que apenas se apurou informação sobre o preço do acto consulta no caso de 135 estabelecimentos, sobre o preço do acto restauração para 136 prestadores e sobre o preço do acto exodontia para 142 prestadores. Esta informação foi utilizada para computar os preços médios em cada mercado, cuja síntese se apresenta na tabela 5 e na figura 5 (note-se que a informação utilizada cobre 31 RRAS na análise aos preços das consultas, e 33 na análise aos preços da restauração e da exodontia).

Tabela 5 – Preços de consulta, restauração e exodontia, nas tabelas particulares

Mercados	IHH	Consulta			Restauração			Exodontia		
		Preço médio	Preço máximo	Preço mínimo	Preço médio	Preço máximo	Preço mínimo	Preço médio	Preço máximo	Preço mínimo
Aveiro	153	34 €	60 €	20 €	39 €	50 €	25 €	41 €	60 €	30 €
Braga	138	40 €	50 €	30 €	42 €	50 €	35 €	42 €	50 €	35 €
Bragança	622	20 €	20 €	20 €	35 €	35 €	35 €	30 €	30 €	30 €
Caldas da Rainha	282	25 €	30 €	20 €	40 €	50 €	20 €	38 €	50 €	25 €
Castelo Branco	955	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €
Chaves	782	n.d.	n.d.	n.d.	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Coimbra	148	37 €	60 €	25 €	41 €	60 €	21 €	40 €	60 €	19 €
Coruche	944	30 €	30 €	30 €	65 €	65 €	65 €	60 €	60 €	60 €
Covilhã	898	42 €	42 €	42 €	47 €	47 €	47 €	42 €	42 €	42 €
Elvas	756	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Entroncamento	477	35 €	40 €	30 €	35 €	40 €	30 €	35 €	40 €	30 €
Évora	1.120	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	40 €	40 €	40 €
Faro	327	30 €	40 €	20 €	38 €	40 €	35 €	43 €	45 €	40 €
Felgueiras	193	21 €	30 €	15 €	36 €	45 €	30 €	36 €	45 €	30 €
Guarda	634	20 €	20 €	20 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Guimarães	181	29 €	40 €	10 €	35 €	40 €	30 €	33 €	35 €	30 €
Leiria	184	31 €	40 €	20 €	57 €	70 €	48 €	45 €	55 €	35 €
Lisboa	66	42 €	80 €	0 €	59 €	100 €	35 €	55 €	80 €	30 €
Lousã	493	n.d.	n.d.	n.d.	35 €	35 €	35 €	30 €	30 €	30 €
Mirandela	744	25 €	25 €	25 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Montemor-o-Novo	1.582	23 €	23 €	23 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €	35 €
Moura	1.944	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	35 €	35 €	35 €
Portalegre	2.149	30 €	30 €	30 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Portimão	353	48 €	60 €	35 €	60 €	60 €	60 €	45 €	60 €	30 €
Porto	45	34 €	90 €	10 €	39 €	70 €	21 €	42 €	100 €	19 €
Santarém	418	28 €	30 €	25 €	45 €	50 €	40 €	40 €	40 €	40 €
São João da Madeira	208	31 €	40 €	20 €	35 €	40 €	30 €	36 €	40 €	30 €
Seia	1.419	10 €	10 €	10 €	30 €	30 €	30 €	20 €	20 €	20 €
Setúbal	99	34 €	50 €	25 €	46 €	60 €	35 €	37 €	50 €	30 €
Sines	1.488	20 €	20 €	20 €	50 €	50 €	50 €	40 €	40 €	40 €
Viana do Castelo	271	32 €	40 €	17 €	34 €	40 €	25 €	34 €	40 €	25 €
Vila Real	330	20 €	20 €	20 €	36 €	38 €	35 €	34 €	38 €	30 €
Viseu	224	36 €	50 €	15 €	41 €	55 €	30 €	41 €	55 €	30 €
Nacional		34,38€	90,00€	0,00€	43,93€	100,00€	20,00€	42,21€	100,00€	19,20€

Figura 5 – Histograma dos preços



Como se observa, uma consulta de saúde oral a título particular custa, em média, €34,38 aos utentes, verificando-se preços a oscilar entre os €0 e os €90. No intervalo

de €20 a €54 encontra-se cerca de 83% de todos os prestadores da amostra. Uma restauração dentária tem um preço médio de €43,93, com 82% dos prestadores a praticar um preço entre os €20 a €54. O mesmo intervalo de preços reúne também 82% dos prestadores em termos do preço do acto exodontia, acto que tem como preço médio na amostra analisada €42,21.

A tabela 6 apresenta os resultados das análises de regressão entre a concentração dos mercados e os preços de consulta, restauração e exodontia.

Tabela 6 – Análises de regressão linear (OLS)

Variável dependente: Preço do acto consulta

	Coeficiente	Desvio-padrão	Estat. t	P-Value
Constante	18,8552	7,3113	2,5789	0,0155
IHH	-0,0002	0,0029	-0,0814	0,9357
Índice Poder Compra	0,1511	0,0782	1,9330	0,0634

Variável dependente: Preço do acto restauração

	Coeficiente	Desvio-padrão	Estat. t	P-Value
Constante	22,0766	6,9298	3,1857	0,0034
IHH	0,0019	0,0028	0,6692	0,5085
Índice Poder Compra	0,2155	0,0749	2,8770	0,0073

Variável dependente: Preço do acto exodontia

	Coeficiente	Desvio-padrão	Estat. t	P-Value
Constante	21,3730	5,0644	4,2202	0,0002
IHH	-0,0001	0,0020	-0,0351	0,9723
Índice Poder Compra	0,2071	0,0547	3,7833	0,0007

A variável IHH não tem relação estatisticamente relevante com qualquer um dos preços analisados. Assim sendo, os resultados não indiciam qualquer relação entre as diferenças do grau de concentração dos mercados e as diferenças entre os preços praticados. Por outro lado, o índice do poder de compra surge com associação estatística relevante ao preço (associação mais forte no caso dos preços da restauração e exodontia, com *P-values*²⁹ muito próximos de zero), e com sinal positivo, conforme esperado. Estes resultados podem ser interpretados como reveladores de uma dependência forte dos preços face ao nível de custos de produção, uma vez que as diferenças regionais do índice de poder de compra poderão traduzir diferenças no nível geral de rendimentos/preços, que naturalmente implicam diferenças nos custos

²⁹ O *P-value* mede a probabilidade do coeficiente ser zero, ou seja, da variável ser irrelevante.

de produção (ver nota de rodapé 27). Tal sensibilidade dos preços ao nível de custos de produção deverá ser tomada como um funcionamento regular do mecanismo de preços.

A análise aqui realizada incide sobre os preços dos serviços de saúde oral conforme tabelados. No entanto, a despesa final de um utente numa consulta de saúde oral depende, naturalmente, também dos tipos e quantidades de serviços que recebe na consulta. No pressuposto da prática clínica dos prestadores, e também da distribuição das necessidades de saúde oral pela população, não terem um grau de heterogeneidade significativo, deveria observar-se uma relação forte entre os preços tabelados e a despesa média nas consultas de cada prestador.

Realizou-se, então, uma teste estatístico a essa relação, com base na informação de preços do acto consulta nas tabelas dos prestadores e de despesa por consulta a título particular (ou seja, pelos motivos acima expostos apenas se consideraram consultas pagas integralmente pelo próprio utente).

Neste caso, o estudo de regressão tomou como unidade de análise o prestador, pelo que a variável explicada utilizada é o rácio da despesa média por consulta privada no prestador j sobre o preço do acto consulta na tabela do prestador j , e a variável explicativa é o preço do acto consulta na tabela do prestador j (com $j = 1, \dots, 132$). Os resultados do teste são apresentados na tabela 7.

Tabela 7 – Análise de regressão linear: rácio da despesa média por consulta privada sobre preço de tabela da consulta

	<i>Coeficiente</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estat. t</i>	<i>P-Value</i>
Constante	2,7516	0,1411	19,4951	0,0000
Preço de tabela do acto consulta	-0,0318	0,0037	-8,5377	0,0000

O coeficiente relevante estimado tem sinal negativo e é estatisticamente relevante, podendo por isso afirmar-se que a despesa por consulta face ao preço de tabela é mais elevada nos dentistas onde o preço de tabela é mais baixo.

Do ponto de vista de um utente procurando serviços de saúde oral, isto significa que a escolha de um prestador que apresente preços de tabela mais reduzidos não se traduz necessariamente numa despesa final com a consulta inferior. São diversas as possíveis explicações para tal constatação, sendo uma delas a heterogeneidade das estratégias de fixação de preços dos serviços por parte dos prestadores, ou seja, a definição exacta de cada item das tabelas de preços e o respectivo preço.

Essa heterogeneidade levanta dificuldades ao nível da capacidade dos utentes efectuarem escolhas na procura de serviços de saúde oral, uma vez que a informação sobre preços pode não ser comparável.

A dificuldade dos utentes em compararem os preços praticados por diferentes prestadores, associada a outras problemas de informação que naturalmente surgem em mercados de serviços de saúde (*vide* o próximo capítulo sobre os problemas de informação nos mercados de saúde oral e o comportamento dos consumidores), representa uma limitação da capacidade de escolha dos utentes.

Ora, o pleno aproveitamento das vantagens do funcionamento concorrencial dos mercados exige como condição de base a verificação de liberdade e capacidade de escolha por parte dos utentes, capacidade esta que passa por ter conhecimento sobre as condições, em termos de preço e qualidade, dos serviços prestados pelos diferentes operadores. Mas se o utente não tiver à sua disposição informação sobre estas condições, ou se essa informação não for claramente perceptível³⁰, a sua capacidade de efectuar escolhas racionais com base no preço e na qualidade dos serviços é reduzida. O poder disciplinador do consumidor, enquanto agente transmissor da pressão concorrencial entre os operadores, é limitado, o que se poderá traduzir numa redução efectiva do grau de concorrência pelos preços e pela qualidade.

³⁰ No caso em apreço constatou-se que a informação sobre os preços praticados pelos prestadores de serviços de saúde oral é disponibilizada aos utentes, mas a heterogeneidade das estratégias de fixação de preços faz com que essa informação não seja claramente percebida pelos utentes para efeitos de comparação.

4. Limites à concorrência nos mercados de serviços de saúde oral

Neste capítulo são estudados os principais factores que foram identificados como podendo impor limites ao funcionamento concorrencial dos mercados de serviços de saúde oral.

Embora se tenha concluído, com as análises do capítulo anterior, que os mercados de saúde oral têm condições estruturais propícias à concorrência, e que o mecanismo de preços apresentará um funcionamento regular, constata-se que os mercados não são de concorrência perfeita. Um tipo de limites ao funcionamento dos mecanismos concorrenciais nos mercados de serviços de saúde oral prende-se com o comportamento específico dos consumidores destes serviços, que resulta de um conjunto de características muito próprias dos sectores de prestação de serviços de saúde, nomeadamente o elevado grau de incerteza associado aos resultados dos serviços de saúde e o reduzido grau de informação por partes dos utentes sobre qualidade e preços desses serviços. Abordou-se, no caso do sector dos serviços de saúde oral, a relevância dos custos de prospecção e dos custos de mudança para o funcionamento dos mercados, e também a possibilidade de alterações das práticas clínicas dos prestadores de serviços de saúde oral em resposta a incentivos diferentes do mero interesse do utente.

Por outro lado, deve ter-se em conta a dotação de recursos humanos específicos disponíveis para a prestação de serviços de saúde oral, uma vez que, dada a crucial dependência destes serviços face aos profissionais de saúde (característica partilhada pela generalidade dos serviços de saúde), a escassez ou abundância de recursos humanos terá, certamente, importantes implicações no número de operadores a concorrer nos mercados de serviços de saúde oral.

Finalmente, a análise da concorrência efectuada no capítulo 3 captura a pressão concorrencial exercida pelos concorrentes que, conforme se pôde identificar, estarão nos mercados relevantes definidos. No entanto, tal análise não permitirá aferir da pressão exercida pelos concorrentes potenciais. A pressão exercida por concorrentes potenciais será tanto maior quanto menores forem as barreiras à entrada no mercado. Deste modo, a existência e o grau de importância de eventuais barreiras à entrada serão indicadores indirectos da maior ou menor pressão concorrencial exercida pelos concorrentes potenciais. Foram identificadas como principais barreiras à entrada na

actividade de prestação de serviços de saúde oral, a necessidade de autorização de funcionamento (licenciamento) e a obtenção de acordos com financiadores (convenções).

4.1. Concorrência monopolística: custos de prospecção e de mudança

Um dos resultados importantes dos mercados de concorrência perfeita, conforme descritos pela teoria economia, é a prática de preços iguais ao mínimo custo médio de produção, e também a igualdade do preço praticado por todos os concorrentes, uma vez que se assume que o mercado é composto por muitos concorrentes de pequena dimensão, de tal forma que nenhum por si só consegue influenciar o preço do mercado.

Viu-se antes que os mercados de saúde oral têm condições estruturais propícias à concorrência, e que o mecanismo de preços apresentará um funcionamento regular, uma vez que parecem acompanhar de perto as variações do nível dos custos de produção.

No entanto, e como seria de esperar, não se verifica igualdade de preços dentro de qualquer um dos mercados analisados. Observe-se, na tabela 8, o desvio-padrão do preço do acto consulta em alguns mercados³¹, desvio este que, em média, ascende a perto de €12 (cerca de 34% do preço médio). Este desvio-padrão médio ultrapassa mesmo o desvio-padrão do preço médio nos mercados (que é cerca de €6), o que significa que a variabilidade dos preços dentro de alguns mercados é maior que a variabilidade dos preços médios entre os mercados.

³¹ Apenas se apresenta informação sobre mercados para os quais estava disponível informação sobre os preços de três ou mais prestadores.

Tabela 8 – Preços do acto consulta nas tabelas particulares

Mercados	Desvio-padrão do preço	Preço médio
Aveiro	17,97 €	33,75 €
Braga	7,07 €	40,00 €
Caldas da Rainha	5,00 €	25,00 €
Coimbra	12,99 €	37,33 €
Felgueiras	7,50 €	21,25 €
Guimarães	10,21 €	29,17 €
Leiria	8,22 €	31,00 €
Lisboa	18,56 €	42,15 €
Porto	17,88 €	33,90 €
São João da Madeira	8,54 €	31,25 €
Setúbal	9,73 €	33,50 €
Viana do Castelo	10,90 €	31,75 €
Viseu	17,02 €	36,25 €
Desvio-padrão médio	11,66 €	
Desvio-padrão do preço médio		5,69 €

Estas diferenças de preços não seriam comportáveis se estivessem reunidos todos os pressupostos ideais de funcionamento para que os mercados fossem de concorrência perfeita. Se os serviços de todos os prestadores concorrentes fossem perfeitamente homogêneos e os consumidores detivessem (e fossem capazes de analisar) toda a informação sobre a qualidade e o preço dos serviços, um preço praticado acima dos demais concorrentes significaria a perda de toda a procura. Logo, a constatação da prática de preços diferentes em cada mercado só poderá resultar da inexistência de algum(ns) desses pressupostos básicos de funcionamento, de forma a permitir que os prestadores tenham a capacidade de praticar preços diferenciados.

Uma tipologia de mercado que se caracteriza por reunir as condições estruturais necessárias à concorrência perfeita, mas em que os concorrentes têm algum poder sobre o preço que conseguem praticar, é a concorrência monopolística. Este poder advém da presença de formas de concorrência por outros factores que não o preço, como por exemplo, concorrência pela qualidade e diferenciação dos produtos ou serviços, criando nos consumidores preferências de consumo específicas que apenas são satisfeitas por cada concorrente individualmente. O surgimento destas preferências específicas leva à criação de relações de lealdade dos consumidores face aos produtores ou prestadores que as satisfazem, permitindo a estes a obtenção de algum poder sobre os preços dos seus produtos ou serviços.

A explicação para o afastamento dos mercados de saúde oral do hipotético mercado de concorrência perfeita pode ser encontrada no comportamento dos consumidores destes serviços, que resulta de um conjunto de características muito próprias dos sectores de prestação de serviços de saúde.

O elevado grau de incerteza associado aos resultados dos serviços de saúde oral e o reduzido grau de informação por partes dos utentes sobre qualidade e preços desses serviços, resulta num comportamento dos utentes assente numa forte ligação pessoal com o profissional de serviços de saúde oral (médico estomatologista, médico dentista ou odontologista). Esta ligação determina o surgimento, na esfera das decisões dos utentes, de custos de prospecção (*search costs*) para encontrar um profissional e custos de mudança (*switching costs*) para escolher um outro profissional. A percepção de tais custos fortalece a ligação dos utentes ao prestador, facto que tende a diminuir a concorrência pelos preços, porque naturalmente o prestador percebe que tem o poder de elevar o seu preço sem perder todos os seus clientes. Alguma literatura de investigação sobre os mercados de saúde oral conclui que, devido à existência de custos de prospecção e custos de mudança, a tipologia dos mercados de saúde oral tende a aproximar-se da concorrência monopolística. No anexo II deste relatório apresenta-se uma breve revisão de literatura sobre este tema.

4.2. Recursos humanos

Uma eventual limitação à pressão concorrencial exercida pelos concorrentes potenciais poderia decorrer de uma evolução negativa da disponibilidade de recursos humanos ao longo do tempo, resultando numa escassez de profissionais qualificados para o exercício da prestação de serviços de saúde oral e, inclusive, podendo resultar numa diminuição do número de prestadores a actuarem no mercado, com efeito sobre os graus de concentração dos mercados.

No entanto, conforme o documento da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) “Os Números da Ordem – Estatísticas 2007”, o número de médicos dentistas tem vindo sempre a aumentar.³² Os dados indicam taxas de crescimento positivas desde 1993, com uma média anual de 14%, tendo sido projectada uma alta continuada do número de médicos dentistas até 2015. O número actual de médicos dentistas em Portugal, que é superior a cinco mil, deverá quase duplicar até ao ano de 2015.

³² Vide o sítio da OMD na Internet (www.omd.pt).

Deste modo, pode-se dizer que a questão dos recursos humanos não suscita preocupação em termos de limite ao funcionamento dos mecanismos concorrenciais nos mercados de serviços de saúde oral, não se podendo conjecturar qualquer barreira à entrada advindo daí.

4.3. Licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde

No sector da prestação de cuidados de saúde, a necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança, ao nível dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações, está presente de uma forma mais acentuada do que em outras áreas. As relevantes especificidades deste sector agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem o interesse nem violem os direitos dos utentes. Particularmente, a assimetria de informação reduz a capacidade de escolha dos utentes face aos prestadores, não lhes sendo fácil avaliar a qualidade e adequação do espaço físico, nem a qualificação dos recursos humanos e adequação da prestação a que se submetem quando procuram cuidados de saúde. Além disso, a importância do bem em causa (a saúde do utente) incute uma gravidade excepcional à prestação em situação de falta de condições adequadas.

A atribuição de licenças de funcionamento (licenciamento) é o mecanismo através do qual se pretende garantir que a prestação de cuidados de saúde, pelo sector privado, se realiza com respeito por parâmetros mínimos de qualidade, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.

Do ponto de vista da organização dos mercados, o licenciamento traduz-se numa barreira à entrada no sector de natureza regulamentar que, como tal, pode afectar o grau de concorrência e a contestabilidade dos mercados. Genericamente, qualquer barreira adicional à entrada tem, potencialmente, um efeito de restrição da concorrência que se traduz na perda de eficiência e redução do bem-estar dos utentes. Mas no caso do sector da saúde, onde existem grandes assimetrias de informação, é socialmente admissível impor custos de entrada adicionais em troca de

uma maior protecção da qualidade e segurança dos serviços prestados, desde que esses custos de entrada sejam suportados de igual modo por todos os prestadores.³³

4.3.1. Enquadramento jurídico do licenciamento

No âmbito da prestação de serviços de saúde oral, o regime jurídico do licenciamento encontrava-se genericamente previsto no Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de Agosto, relativo ao licenciamento e fiscalização das clínicas e consultórios dentários privados, cujo art. 2.º delimitava o âmbito de aplicação material às *“actividades de prevenção, diagnóstico e tratamento de anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas”*.

Este diploma veio concretizar, para a medicina dentária, o regime geral do licenciamento e fiscalização do exercício da actividade das unidades privadas de saúde previsto no Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de Janeiro, para o qual se remetia *“em tudo o que não se encontre especialmente previsto”* (art. 41.º). Tratava-se, em ambos os casos, do regime jurídico da fiscalização e licenciamento da prestação de cuidados de saúde aplicável estritamente ao sector privado com fins lucrativos – embora, naturalmente, os estabelecimentos públicos ou sociais devessem garantir, igualmente, a prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança, cumprindo, neste ponto, as regras previstas naquela legislação, e obrigando-se a um bom funcionamento das instalações e equipamentos dos seus estabelecimentos e à qualidade dos serviços neles prestados.³⁴ Devia, assim, a prestação de cuidados de saúde no âmbito da medicina dentária obedecer sempre às regras de qualidade e segurança plasmadas no Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de Agosto.

A atribuição de licença de funcionamento às clínicas ou consultórios dentários privados dependia da verificação dos pressupostos materiais do art. 14.º de tal diploma, ficando sujeita à realização de uma vistoria que atestasse o cumprimento dos requisitos exigíveis em matéria de instalações, equipamentos, organização e funcionamento.

³³ Isto é, desde que esteja assegurada igualdade de circunstâncias para todos os operadores de mercado.

³⁴ Assim, enquanto nos termos do n.º 1 da Base XXXIX, *“as organizações privadas com objectivos de saúde e fins lucrativos estão sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado”*, as Instituições Particulares de Solidariedade Social estão sujeitas, segundo o que prevê o n.º 2 da Base XXXVIII da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 47/90, de 24 de Agosto) *“ao poder orientador e de inspecção dos serviços competentes do Ministério da Saúde”*, de forma a salvaguardar a qualidade dos serviços prestados.

4.3.2. Situação actual do licenciamento

O Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de Outubro, que estabelece o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, revogou o Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de Agosto e o Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de Janeiro, *supra* referidos.

No entanto, não estando o Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de Outubro, ainda regulamentado, uma vez que a portaria a que se refere o n.º 4 do artigo 1.º do mesmo diploma ainda não foi publicada, com a aprovação da listagem das tipologias de unidades privadas de serviços de saúde e dos respectivos requisitos técnicos, note-se que o mesmo ainda não produz efeitos, mantendo-se os diplomas revogados *supra* referidos como caracterizadores da situação legal actualmente vigente.

Neste sentido, relativamente ao licenciamento e fiscalização das clínicas e consultórios dentários privados, nota-se que, ao contrário do que estava previsto no Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de Agosto, não se aprovou o manual de boas práticas, destinado a definir os processos de garantia de qualidade (art. 6.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de Agosto), tal como não terá sido criada a comissão técnica nacional (CTN), a quem deveria incumbir essencialmente a emissão do parecer final sobre os processos de licenciamento (art. 10.º, n.º 2 do mesmo diploma), nem as comissões de verificação técnica (CVT), a quem seriam atribuídas as funções de inspecção das clínicas e consultórios dentários privados, para efeitos de concessão, suspensão e revogação das respectivas licenças.

Ainda que o funcionamento de certos tipos de estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde pressuponha a existência de licenciamento, a informação obtida no âmbito do processo de registo na ERS, permite constatar que a uma percentagem considerável de prestadores de cuidados de saúde sujeitos a licenciamento ainda não foi atribuída a respectiva licença. Assim, em 2006, no *Estudo sobre o Licenciamento de Prestadores de Cuidados de Saúde*, a ERS analisou a situação do processo de licenciamento, bem como as suas implicações no grau de concorrência dos mercados, e na eficiência da solução de compromisso entre concorrência e qualidade.³⁵

Ora, já no referido estudo a ERS havia afirmado que *“há ainda o caso extremo das clínicas e consultórios dentários, em que não há qualquer unidade licenciada em todo o país, devido à impossibilidade de constituição de comissões e, consequentemente,*

³⁵ Este documento encontra-se publicado no *website* da ERS, <http://www.ers.pt>.

da elaboração do manual de boas práticas, em resultado das discordâncias entre os vários intervenientes no processo (Ordem dos Médicos, Ordem dos Médicos Dentistas e associações de odontologistas)”, situação que se mantém actualmente, e que suscita preocupação, por decorrido este hiato temporal se manter integralmente inalterada uma situação que não deixará de considerar-se potencialmente lesiva quer dos direitos dos utentes, quer dos próprios prestadores de serviços de saúde oral.

Recorde-se, neste âmbito, que o licenciamento é o mecanismo através do qual se pretende garantir que a prestação de cuidados de saúde pelo sector privado se realiza com respeito por parâmetros mínimos de qualidade, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados. E do ponto de vista da organização dos mercados, o licenciamento traduz-se numa barreira à entrada no sector de natureza regulamentar que, como tal, pode afectar o grau de concorrência e a contestabilidade dos mercados. Mas visa, essencialmente, garantir que apenas podem aceder e manter-se no mercado aqueles agentes que apresentam *grosso modo* as características e a idoneidade estimada necessária ao desenvolvimento das actividades em questão.

Consequentemente, o licenciamento é imposto pelo princípio da precaução e da protecção da saúde que nesta área se impõe enquanto bem público, sendo instrumental de uma tal *ratio* essencial de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde pelas unidades privadas, enquanto defesa dos direitos e interesses dos utentes. E serve, também, um propósito de garantia mínima de determinadas características que devem ser asseguradas pelos agentes que actuam no(s) mercado(s) objecto do licenciamento, pelo que visa a determinação do *level playing field* mínimo que determina de forma directa a concorrência entre as unidades privadas de saúde.

Ora, a ausência de unidades licenciadas no âmbito da prestação de serviços de saúde oral tem impacto tanto ao nível da qualidade como da concorrência do sector. Isto porque, inexistindo um nivelamento dos prestadores quanto a parâmetros mínimos de qualidade das instalações e dos recursos técnicos e humanos utilizados, não se encontram potencialmente assegurados os requisitos mínimos necessários ao exercício da actividade. Tal constatação, quando relacionada com a referida assimetria de informação dos utentes, conduz a potenciais lesões dos seus direitos e interesses legítimos, designadamente, ao nível da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde. Em concreto, no âmbito da prestação de serviços de saúde oral não se distinguem, desde logo, os prestadores licenciados dos não licenciados, nem

sequer os que, mesmo sem licença de funcionamento, cumprem os seus parâmetros de atribuição daqueles que não cumprem esses parâmetros.

4.4. Acordos e convenções

A procura de serviços de saúde oral, de modo semelhante à generalidade dos serviços de saúde, tem como característica a existência de múltiplas fontes de financiamento dos encargos resultantes.

Os utentes podem financiar individualmente os serviços que adquirirem, pagando a totalidade dos encargos do seu próprio bolso (pagamentos *out-of-pocket*), ou alternativamente, podem beneficiar do financiamento da totalidade ou de parte desses encargos por terceiros (estas entidades financiadoras podem ser um sistema nacional de saúde, subsistemas públicos ou privados de saúde, e seguradoras privadas).

A mediação da relação económica entre utentes e prestadores de serviços de saúde oral por parte destas entidades financiadoras implica, em alguns casos, uma relação contratual entre os prestadores de cuidados e essas entidades financiadoras.

Neste contexto, existem duas questões com relevância do ponto de vista concorrencial, relacionadas com o sistema de convenções e acordos entre entidades financiadoras e prestadores:

- i. Qual é a importância para um prestador, do ponto de vista concorrencial, da obtenção de acordos e convenções com entidades financiadoras de serviços de saúde oral?
- ii. Esses acordos e convenções estão acessíveis a todos os prestadores que pretendam prestar os seus serviços no seu âmbito?

No caso da primeira questão, o que importa aferir é se a detenção de convenções ou acordos é uma condição importante para a obtenção de vantagens competitivas relativamente aos concorrentes, e para assegurar a viabilidade económica dos prestadores de serviços de saúde oral nos mercados relevantes.

No sentido desta aferição, utilizou-se a informação recolhida junto da sub-amostra de 144 prestadores de cuidados de saúde oral registados no SRER da ERS, sobre a sua actividade no período de 20 de Outubro a 2 de Novembro de 2008, incluindo

informação sobre o tipo e quantidade de actos praticados a cada utente, os valores facturados por tipo de acto e as entidades financiadoras (seguros de saúde, subsistemas, particulares, etc.).

Essa informação permitiu extrapolar os pesos relativos das diferentes entidades financiadoras no que respeita ao financiamento dos utentes de cuidados de saúde oral.

Como se pode observar na tabela 9, a maioria das 11.492 consultas analisadas foram financiadas por inteiro pelo próprio utente. O subsistema público dos servidores do estado, a ADSE, foi a entidade financiadora com maior representatividade na amostra, com uma parcela das consultas de 16%. A seguinte entidade, e a mais frequente das entidades privadas, é o conjunto dos Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS) dos bancários, com 7,7% das consultas.

Tabela 9 – Distribuição da procura de serviços de saúde oral por entidades financiadoras³⁶

Entidade financiadora	N.º consultas	Quota
Particular	6.135	53,4%
ADSE	1.840	16,0%
SAMS	881	7,7%
MULTICARE	571	5,0%
Outros subsistemas públicos	451	3,9%
SNS	328	2,9%
MEDIS	300	2,6%
ADVANCECARE	259	2,3%
WDA	251	2,2%
PT-ACS	161	1,4%
DentalRede	55	0,5%
SS CGD	31	0,3%
Seguradoras parceiras da WDA	22	0,2%
Servimed	7	0,1%
Outra	200	1,7%
Total da amostra	11.492	100,0%

³⁶ “SAMS” inclui todos os SAMS, inclusive os SAMS-QUADROS. Os “Outros subsistemas públicos” incluem SAD/PSP, ADMG, SSMJ e ADM. As seguradoras parceiras da WDA são as seguintes: AXA, Allianz, BES Seguros, Tranquilidade, Lusitania e Future Healthcare.

Pode, assim, concluir-se que a principal fatia da procura de serviços de saúde oral em Portugal é financiada pelos próprios utentes, não estando por isso dependente de qualquer acordo ou convenção com entidade ou subsistema financiador.

Tal constatação permite afirmar que, do ponto de vista da estrutura da procura de cuidados e do seu financiamento, o sector dos serviços de saúde oral difere substancialmente de um conjunto vasto de outras áreas dos cuidados de saúde em que os acordos e convenções com o SNS, subsistemas e outras entidades financiadoras são a principal fonte de procura de serviços, e por isso, a sua obtenção é *conditio sine qua non* para garantir a viabilidade económica dos prestadores nos mercados relevantes. Esse é o caso, por exemplo, do sector de prestação de serviços de Análises Clínicas, onde se constata que cerca de 77% dos serviços são financiados pelo SNS ou pela ADSE, e que os serviços financiados a título particular apenas representam 7,5%.³⁷

Voltando ao sector da saúde oral, interessa também, como se referiu, analisar se os acordos e convenções que representam 46,6% da procura dos serviços estão acessíveis aos prestadores, para dessa forma, poderem aceder à parcela da procura por eles representada.

Formalmente, o processo de adesão a convenção com a ADSE é livre, sem restrições para além das tendentes a garantir a adequação das instalações e a qualidade dos serviços prestados. Sucede, porém, que embora as convenções da ADSE se apresentem formalmente como contratos de adesão, o seu funcionamento na realidade diverge, em maior ou menor grau, do paradigma de tal instituto. Efectivamente, mesmo que um prestador cumpra todos os requisitos para ser convencionado da ADSE e solicite a adesão, nada garante que a mesma venha a ser aceite, uma vez que tanto acaba por, na prática, ser um acto conformato substancialmente por um *de facto* poder discricionário da ADSE.³⁸

³⁷ Esta informação consta do “Estudo sobre a Concorrência no Sector das Análises Clínicas”, realizado pela ERS e publicado no seu *website*, em <http://www.ers.pt>.

³⁸ A ERS tem tomado conhecimento de diversas exposições apresentadas por prestadores que radicam, precisamente, numa tal questão, isto é, que tendo solicitado a adesão e cumprindo todos os requisitos exigíveis para a mesma, não logram aderir à rede de convencionados da ADSE. De facto, a própria ADSE confirma, nos seus comentários à versão preliminar do presente estudo, que “a vontade unilateral do prestador não é requisito suficiente para a Direcção-Geral celebrar a convenção”, competindo-lhe apresentar “na ADSE e pessoalmente, a sua iniciativa para demonstrar as vantagens para as partes”, com base em “critérios que permitam acrescentar valor à rede de prestadores da ADSE”, critérios esses que não são dados a conhecer à ERS. Mais acrescenta aquele subsistema, que nos casos em que os

No que concerne aos acordos e convenções com os restantes financiadores, sejam eles subsistemas públicos ou privados, ou empresas privadas de seguros, constata-se uma multiplicidade de situações distintas relativamente à possibilidade de acesso por parte dos prestadores às redes.

Em diligências efectuadas pela ERS em 24 e 25 de Julho de 2008, apurou-se que é comum a adesão de prestadores a redes de seguros e subsistemas privados ser sujeita a critérios de avaliação das necessidades do mercado na zona do proponente (disso são exemplos a ADVANCECARE, Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde (PT-ACS) e a MEDIS). Com efeito, algumas zonas com um número de prestadores convencionados elevado são consideradas “zonas fechadas” a novas adesões. Outras empresas seguradoras declararam não impor qualquer limitação a novas adesões com base em critérios de dimensão da rede (é o caso da MULTICARE), embora a recusa de adesão possa ocorrer por outros motivos, nem sempre comunicados antes da decisão. Relativamente a alguns subsistemas públicos, foi possível apurar que a celebração de convenções se encontra encerrada por falta de diploma legal que permita essa celebração (concretamente, nos Serviços Sociais do Ministério da Justiça (SSMJ), nos Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana (SAD GNR) e nos Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD PSP) a celebração de convenções está encerrada desde 2005, aguardando-se publicação de Portaria). Nestes casos, a não celebração de novas convenções constitui um impedimento de aceder à fatia do mercado representada por estes financiadores, facto que representará uma barreira à entrada e sobrevivência nos mercados de saúde oral, podendo distorcer a concorrência nos mesmos, mas apenas na medida da dimensão dessa fatia do mercado. Ora, como se pode constatar na tabela 9, o conjunto dos subsistemas públicos de saúde que não a ADSE representam menos de 4% da procura de serviços de saúde oral.

No caso do SNS, os cuidados de saúde oral não satisfeitos pelos estabelecimentos públicos às crianças e jovens, grávidas seguidas no SNS e idosos beneficiários do complemento solidário, deverão ser prestados através de contratualização, conforme se prevê no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, aprovado pelo Despacho n.º 153/2005 (2.ª série), de 5 de Janeiro e alargado pelo Despacho n.º 4324/2008 (2.ª série), de 19 de Fevereiro.

prestadores que assim tenham agido não tenham logrado aceder à convenção, se “poderá presumir a falta de interesse por parte da Direcção-Geral” da ADSE.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) conheceu duas fases, uma de abrangência das crianças e jovens até aos 16 anos de idade, e uma de expansão do programa a grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário. O modelo de contratação estabelecido em cada uma destas duas fases do programa apresenta características diferenciadas no que toca à possibilidade de adesão por parte dos prestadores.

No caso do PNPSO para crianças, o modelo de contratação consiste formalmente num concurso público, mas em que não se estabelece qualquer dinâmica de leilão. O procedimento concursal destina-se apenas ao controlo das habilitações, das condições higieno-sanitárias e de segurança e da regularidade perante o Fisco, dos prestadores aderentes ao programa, não havendo outro critério de exclusão previsto que não a detenção destas condições. Da perspectiva do acesso ao sector, o procedimento instituído acaba por ser semelhante ao contrato de adesão, no sentido em que está garantido o acesso às convenções a todos os prestadores que o desejem.

Existe, no entanto, uma diferença importante face ao contrato de adesão, com impacto relevante ao nível do acesso por parte dos prestadores, que reside no facto de o concurso público decorrer num período de tempo estabelecido, após o qual a adesão deixa de ser possível, o que implica naturalmente uma limitação ao crescimento da rede de prestadores convencionados, o que não se verifica no caso do modelo de contrato de adesão.

Já o modelo definido para a contratação dos prestadores que queiram integrar o PNPSO para grávidas e idosos é, do ponto de vista da adesão, em tudo semelhante ao modelo de contrato de adesão. Trata-se de um modelo onde a adesão é livre e não limitada no tempo, com reduzidas barreiras ao nível de processos administrativos (adesão por via electrónica) e ao nível de requisitos (apenas é exigido documento comprovativo das habilitações do prestador e declaração de garantia da qualidade da prestação, instalações e equipamentos).

Em conclusão, constata-se que, no actual cenário de distribuição da procura por fonte de financiamento, a existência de acordos e convenções entre prestadores e entidades financiadoras para a prestação de serviços de saúde oral não é um elemento significativamente limitador da concorrência nos mercados relevantes. A principal parcela da procura destes serviços é exercida por utentes a título particular,

podendo essa parcela do mercado, por isso, ser competitivamente disputada entre os concorrentes.

No entanto, num cenário de crescimento futuro da parcela da procura suportada em financiamento por terceiros (SNS, subsistemas e entidades seguradoras)³⁹, os modelos de contratação, quer na componente de acesso aos acordos, quer na componente da configuração das próprias condições acordadas, terão um papel importante na interacção concorrencial entre os prestadores de serviços de saúde oral. Face à actual diversidade de situações que a este nível se verifica, o efeito global sobre a concorrência nos mercados relevantes dependerá sobretudo da evolução da distribuição da procura por financiadores, mas também da forma como as próprias entidades financiadoras irão adaptar os seus modelos de contratação às dinâmicas de mercado que se vierem a verificar.⁴⁰

4.5. Assimetria de informação e prática clínica

A liberdade e capacidade de escolha nas unidades de saúde privadas constituem um dos pilares fundamentais da relação utente-prestador para que os mercados da saúde tenham um funcionamento concorrencial e eficiente.

Todavia, devido ao elevado grau de assimetria da distribuição da informação entre médico e utente, em favor do primeiro, a capacidade de escolha por parte dos utentes é limitada, o que determina que os mercados de cuidados de saúde não operem como mercados perfeitamente competitivos.

³⁹ Segundo dados do Instituto Português de Seguros (ISP), o ramo do sector dos seguros português que em 2007 mais cresceu foi o dos seguros de “doença”. A taxa de crescimento do valor dos prémios brutos emitidos ascendeu, neste ramo, a 32,9%, ao passo que todo o grupo dos ramos não vida apenas cresceu, em 2007, 3,46%. De resto, desde 2001 o ramo “doença” vem crescendo anualmente a taxas sempre superiores a 10% (com a excepção do ano 2005), o que demonstra verificar-se uma tendência de crescimento significativo do mercado dos seguros de saúde. (vide o relatório “Estatísticas de Seguros 2007”, disponível em http://www.isp.pt/Estatisticas/segueros/estatisticas_anuais/historico/Estatisticas%20ES%202007.pdf).

⁴⁰ A este respeito, salienta-se a opinião da Associação Portuguesa de Medicina Dentária Hospitalar (APMDH), que considera que “os pacientes deveriam poder escolher qualquer profissional legalmente habilitado e inscrito na Ordem ou Associação Profissional, liquidando os honorários no acto da prestação do serviço, sendo o utente ressarcido *a posteriori* pela respectiva Entidade. A comparticipação deveria ser igual para todos os subsistemas bem como para o SNS. Deste modo se asseguraria um maior controlo sobre as eventuais irregularidades, tornando todo o processo mais transparente, um aumento da possibilidade de livre escolha, um aumento da igualdade de oportunidades e consequente diminuição da discriminação”.

Não sendo essa assimetria de informação entre o utente e os prestadores de cuidados de saúde completamente eliminável, deve assegurar-se que dela não resulte prejuízo, directo ou indirecto, dos direitos dos utentes ou da satisfação das necessidades de cuidados de saúde que os mesmos buscam.

Assim, e sobre o direito fundamental dos utentes de cuidados de saúde, estima-se que o direito à informação plena, esclarecida e esclarecedora, não se limita ao que prevê a alínea e) do n.º 1 da Base XIV da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, para efeitos de consentimento informado e esclarecimento quanto a alternativas de tratamento e evolução do estado clínico. Trata-se, antes, de um princípio que deve modelar todo o quadro de relações actuais e potenciais entre utentes e todos os prestadores de cuidados de saúde.

Importa, por isso, garantir que a informação prestada ao utente seja suficiente para dotar o utente dos elementos necessários, quer ao livre exercício da escolha da unidade de saúde à qual recorrerá, quer, uma vez escolhida esta, ao livre e esclarecido exercício de compreensão e assentimento dos serviços e tratamentos que pretende que lhe sejam prestados.

Consequentemente, afigura-se relevante a análise dos modelos de contratos de prestação de serviços celebrados pelos prestadores de cuidados de saúde oral, de forma a aferir se, e estritamente com base em tais modelos, da relação estabelecida entre a entidade seguradora ou gestora de rede e os prestadores, decorre algum impacto, neste nível, para a relação entre o utente/beneficiário e o prestador.

Sobre este tema, no âmbito de um processo de inquérito que corre termos na ERS (Dezembro de 2009), foram analisados diversos modelos de contrato de prestação de serviços pelos prestadores de cuidados de saúde oral.

Apesar de em nenhum dos modelos de contrato analisados surgirem indícios ou evidências de uma qualquer limitação ao dever que impende sobre os prestadores de cuidados de saúde de proverem aos utentes o esclarecimento sobre os tratamentos necessários e, igualmente, sobre o melhor tratamento disponível, deve analisar-se se da concreta forma como se acha estruturada e conformada a relação contratual entre as entidades financiadoras e os prestadores de cuidados de saúde não resultarão outro tipo de efeitos para os utentes/beneficiários.

Para o efeito, compararam-se, com base nos dados recolhidos no âmbito do referido processo de inquérito, as práticas quando a entidade financiadora do utente é:

- a) um seguro privado⁴¹;
- b) o subsistema público ADSE, que é a entidade financiadora pública com mais beneficiários; e
- c) particular, que é o caso em que o utente suporta a totalidade dos encargos.

O caso dos particulares foi considerado como referência de comparação ao seguro privado e à ADSE, tendo-se em conta o facto de que os preços particulares são definidos pelos próprios prestadores de serviços de saúde oral e, por isso, estarão a reflectir os custos dos actos prestados, pelo que não haverá motivação para qualquer alteração da prática clínica por parte dos prestadores em razão dos valores financeiros obtidos pelos prestadores relativos aos actos prestados.

Como indicadores da prática dos prestadores, utilizaram-se as percentagens de actos de restauração, destartarização, consulta, exodontia, endodontia, consultas de controlo de aparelho e radiografias dentárias relativamente aos totais dos actos prestados, que foram os actos que se identificaram como sendo os mais praticados, com base na informação levantada pela ERS junto de 144 estabelecimentos existentes no SRER (tabela 10).

Tabela 10 – Actos prestados com mais frequência

Acto	Peso no total dos actos
Restauração	34,7%
Destartarização	14,2%
Consulta	11,9%
Exodontia	9,5%
Endodontia	8,1%
Ortodontia (controlo de aparelho)	5,4%
Radiografia dentária	4,9%
<i>Conjunto dos sete actos</i>	<i>88,5%</i>

⁴¹ Utilizou-se como referência para o seguro privado aqui considerado a tabela de actos e preços das seguradoras parceiras de uma empresa que reúne algumas das principais seguradoras a operar em Portugal (em termos de produção) e que se dedica, simultaneamente, à constituição e gestão de uma rede de prestadores de cuidados de saúde oral e à contratação do acesso a tal rede pelos seus beneficiários/utentes.

A rede de serviços de saúde oral gerida por esta entidade tem um funcionamento semelhante ao *managed care*: a prestação de cuidados de saúde é assegurada aos beneficiários/segurados, no essencial, pela criação de uma rede de prestadores convencionados, e que tem por subjacente um estabelecimento prévio de relações triangulares que ligam uma entidade seguradora ou uma entidade gestora de uma rede, os prestadores e os beneficiários/utentes.

Quando se consideram os preços de cada acto relativizados face ao preço médio ponderado do conjunto dos sete actos praticados com mais frequência (*vide* tabela 11), constata-se que a exodontia tem um preço médio para utentes a título particular de cerca de 0,22% acima do preço médio ponderado, ao passo que a ADSE remunera a prestação deste acto a um preço quase 11% abaixo do preço médio e o seguro privado tem na sua tabela um preço nulo, portanto 100% inferior ao preço médio.

Como tal, o acto exodontia tem o preço relativo mais reduzido, das três formas de financiamento aqui comparadas, na tabela do seguro privado, e mais elevado na tabela média a título particular.

Tabela 11 – Preços dos actos prestados com mais frequência – Seguro privado, ADSE, SAMS-SBSI e Particulares

Actos mais comuns	Particular (média)	Particular (mínimo)	ADSE (reg. conv.)	SAMS-SBSI	Seguro privado
Restauração	43,93 €	20,00 €	17,28 €	21,00 €	21,00 €
Destartarização	46,52 €	25,00 €	11,00 €	25,70 €	0,00 €
Consulta	34,38 €	0,00 €	7,48 €	20,00 €	0,00 €
Exodontia	42,21 €	19,20 €	11,82 €	19,20 €	0,00 €
Endodontia	55,37 €	21,00 €	19,68 €	23,90 €	52,00 €
Ortodontia (controlo de aparelho)	44,88 €	10,00 €	7,86 €	10,00 €	30,00 €
Radiografia dentária	10,37 €	0,00 €	3,39 €	5,20 €	0,00 €
<i>Preço médio ponderado</i>	<i>42,12 €</i>	<i>16,41 €</i>	<i>13,25 €</i>	<i>20,15 €</i>	<i>14,78 €</i>

Os preços apresentados na tabela 11 em relação aos preços médios ponderados de cada entidade financiadora, tendo em conta os sete actos globalmente mais frequentes, são apresentados na tabela 12.

Tabela 12 – Preços relativos por entidade financiadora

Actos mais comuns	Particular (média)	Particular (mínimo)	ADSE (reg. conv.)	SAMS-SBSI	Seguro privado
Restauração	1,04	1,22	1,30	1,04	1,42
Destartarização	1,10	1,52	0,83	1,28	0,00
Consulta	0,82	0,00	0,56	0,99	0,00
Exodontia	1,00	1,17	0,89	0,95	0,00
Endodontia	1,31	1,28	1,49	1,19	3,52
Ortodontia (controlo de aparelho)	1,07	0,61	0,59	0,50	2,03
Radiografia dentária	0,25	0,00	0,26	0,26	0,00

Realizaram-se dois testes de significância⁴² às diferenças entre as percentagens destes sete actos no total de actos prestados a particulares:

- i) Teste à diferença entre a distribuição das percentagens de cada tipo de acto prestado a utentes com seguro privado e a distribuição das percentagens dos respectivos tipos de actos prestados a utentes particulares; e
- ii) Teste à diferença entre a distribuição das percentagens de cada tipo de acto prestado a beneficiários da ADSE e a distribuição das percentagens dos respectivos tipos de actos prestados a utentes particulares.

A tabela 13 apresenta as percentagens médias da prática clínica correspondente a cada tipo de acto, segundo as entidades financiadoras, podendo-se ter uma ideia das diferenças encontradas. Os resultados dos testes às diferenças realizados são apresentados na tabela 14.

Tabela 13 – Diferenças entre percentagens

Percentagens médias	ADSE	Seguro privado	Particulares	Total geral
% média de exodontias	6,5%	2,3%	9,4%	9,6%
% média de restaurações	38,3%	41,1%	31,4%	34,7%
% média de consultas	6,6%	3,8%	7,1%	6,0%
% média de endodontias	6,6%	6,5%	7,5%	7,7%
% média de radiografias	6,3%	3,0%	4,3%	4,8%
% média de ortodontia	8,7%	19,0%	7,9%	6,9%
% média de destartarização	10,9%	7,6%	12,0%	11,3%

⁴² Utilizou-se o teste U de Mann-Whitney, um teste não paramétrico com objectivo de comparar as medidas de localização de duas amostras. Considerou-se aqui a amostra integral de 235 prestadores de serviços de saúde oral.

Tabela 14 – Testes às diferenças de prática clínica

Tipos de actos	Teste U Mann-Whitney	Seguros privados vs Particulares	ADSE vs Particulares
Exodontias	P-Value	0,000	0,001
Restaurações	P-Value	0,205	0,017
Consulta	P-Value	0,004	0,012
Endodontia	P-Value	0,274	0,034
Radiografia	P-Value	0,079	0,934
Ortodontia	P-Value	0,105	0,115
Destartarização	P-Value	0,003	0,111

Da análise das tabelas 11 a 14 resulta que em cinco dos sete testes realizados houve diferenças significativas entre as distribuições das percentagens de actos prestados aos utentes com seguro privado ou beneficiários da ADSE (tabela 14) e as distribuições das percentagens de actos prestados a utentes particulares, sendo que por trás de quatro destas alterações de prática clínica poderão estar motivações financeiras, resultantes de diferenças entre os valores dos actos fixados em tabelas.

Ocorre isto nos casos das consultas e exodontias a segurados privados e a beneficiários da ADSE e das destartarizações a segurados privados: os menores números de actos prestados a tais beneficiários/utentes relativamente aos mesmos actos prestados a utentes particulares (tabela 13) poderão ser explicados pelas diferenças entre os preços relativos (tabela 12), uma vez que os valores fixados nas respectivas tabelas são inferiores às respectivas médias ponderadas dos preços dos sete actos globalmente mais frequentes (tabela 11).

A mesma explicação ocorre no caso das restaurações, sendo que, de forma diferente, a prestação de actos de restaurações aos beneficiários da ADSE é *superior* em quantidade à prestação de actos de restaurações aos utentes particulares (tabela 13), podendo esta diferença ser explicada pelo elevado preço relativo resultante dos valores fixados na tabela da ADSE (tabela 12).⁴³

⁴³ Dados remetidos pela ADSE relativamente aos encargos assumidos por aquele subsistema face aos prestadores convencionados de serviços de saúde oral em 2008 mostram que, de facto, a Restauração é o acto mais praticado aos seus beneficiários, estando por isso em linha com o perfil da amostra analisada pela ERS. Saliente-se, aliás, que os dados da ADSE indicam um peso de 45% representado por esse acto na globalidade dos actos, peso esse que é ainda superior ao encontrado na amostra analisada e que apenas vem reforçar o enviesamento constatado na prática clínica aos utentes beneficiários da ADSE.

Em suma, identificaram-se diferenças no padrão de comportamentos dos prestadores de cuidados de saúde oral, algumas delas com relevância estatística, em face da estrutura dos dados analisados.

A evidência empírica analisada aponta no sentido da existência de alterações de prática ao nível de alguns actos, nomeadamente com a realização menos frequente de actos que têm uma remuneração relativa inferior na tabela de um dado financiador, e com a realização mais frequente de actos que têm uma remuneração relativa mais elevada nessa mesma tabela.

Estas diferenças de práticas clínicas poderão ocorrer em situações em que os preços tabelados favoreçam determinados actos em detrimento de outros, e são apenas possíveis num contexto em que os utentes têm limites à capacidade de escolha dos serviços de que necessitam, resultantes da assimetria de informação entre utentes e prestadores.

5. Conclusões

O presente estudo teve por objectivo avaliar as condições actuais e desejáveis de concorrência no sector da prestação de serviços de saúde oral.

Foi analisado o mercado relevante do produto constituído pelo conjunto dos serviços prestados nos estabelecimentos de saúde oral efectuados por médicos dentistas, estomatologistas e odontologistas consoante a necessidade dos utentes. Como mercados geográficos relevantes, definiram-se 37 áreas que subdividem Portugal continental, denominadas RRAS – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde.

A análise da oferta permitiu concluir que os mercados de serviços de saúde oral são geralmente concorrenciais. A partir do cálculo dos IHH – Índices Herfindahl-Hirschmann, com base nas dimensões dos prestadores, e considerando que todas as entidades privadas presentes num dado mercado concorrem entre si, conclui-se que em apenas três das 37 RRAS do continente o grau de concentração é alto (com IHH superior a 2.000). Em cinco RRAS, os mercados de serviços de saúde oral são moderadamente concentrados (com IHH entre 1.000 e 2.000). Há, por seu turno, 29 mercados com baixa concentração (com IHH inferior a 1.000), um grau de concentração reduzido que não é normalmente susceptível de colocar problemas de natureza concorrencial.

O mecanismo de preços dos mercados de saúde oral apresenta um funcionamento regular, uma vez que os preços parecem acompanhar de perto as variações do nível dos custos de produção. Todavia, constata-se um grau de variabilidade nos preços praticados que sugere que os mercados de saúde oral em Portugal apresentam características que permitem classificá-los, de um modo global, como mercados de concorrência monopolística. Essa concorrência monopolística surge associada a assimetrias de informação que limitam a capacidade de escolha dos utentes.

Por um lado, a heterogeneidade das estratégias de fixação de preços dos serviços por parte dos prestadores levanta problemas ao nível da capacidade dos utentes efectuarem escolhas na procura de serviços de saúde oral, uma vez que a informação sobre preços pode não ser comparável. Esta limitação da capacidade de escolha dos utentes levará a uma redução da concorrência por preços.

Por outro lado, o elevado grau de incerteza associado aos resultados dos serviços de saúde oral e o reduzido grau de informação por partes dos utentes sobre qualidade e

preços desses serviços, resulta num comportamento específico dos consumidores, assente numa forte ligação pessoal entre o utente e o profissional de saúde. Esta ligação determina o surgimento, na esfera das decisões dos utentes, de *search costs* (custos de prospecção) para encontrar um prestador de serviços de saúde oral e *switching costs* (custos de mudança) para escolher um outro prestador. A percepção de tais custos fortalece a ligação dos utentes ao prestador, facto que tende a diminuir a concorrência pelos preços, porque naturalmente o prestador percebe que tem o poder de elevar o seu preço sem perder os seus clientes.

Apesar de ter estado previsto, no Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de Agosto, o regime jurídico do licenciamento no âmbito da prestação de serviços de saúde oral, constata-se não existir qualquer unidade licenciada em todo o país, situação que é potencialmente lesiva quer dos direitos dos utentes, quer dos próprios prestadores de serviços de saúde oral.

A existência de acordos e convenções entre prestadores e entidades financiadoras para a prestação de serviços de saúde oral não é um elemento significativamente limitador da concorrência nos mercados relevantes. No entanto, num cenário de crescimento futuro da parcela da procura suportada em financiamento por terceiros, os modelos de contratação, quer na componente de acesso aos acordos, quer na componente da configuração das próprias condições acordadas, terão um papel importante na interacção concorrencial entre os prestadores de serviços de saúde oral.

Finalmente, identificaram-se diferenças de práticas clínicas dos prestadores de cuidados de saúde oral mediante a entidade financiadora dos serviços, que ocorrem em situações em que determinados actos são relativamente melhor remunerados face a outros, e que apenas são possíveis num contexto em que os utentes têm limites à capacidade de escolha dos serviços de que necessitam, resultantes da assimetria de informação entre utentes e prestadores.

Considerando tais resultados, será aconselhável a uniformização da informação transmitida pelos prestadores de serviços de saúde oral aos beneficiários/utentes, relativamente aos preços e aos serviços prestados, bem como a revisão da tabela de preços da ADSE e de seguros privados.

Anexo I – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde

Os objectivos da regulação independente na saúde incluem, entre outros, promover a garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde (art. 25.º, n.º 2, al. b) do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro), e promover o respeito pela livre concorrência nas actividades sujeitas à sua regulação (art. 30.º, n.º 1, do mesmo diploma legal).

Uma das potenciais causas de desigualdade no acesso a cuidados de saúde reside nas diferenças ao nível da oferta desses cuidados em diferentes regiões do país. A existência de situações de descontinuidade na prestação de cuidados de saúde e escassez de serviços podem ser conducentes a iniquidades significativas no acesso aos cuidados de saúde entre os cidadãos. A promoção da equidade exigirá, por isso, uma prévia avaliação das desigualdades regionais no acesso aos diferentes tipos de cuidados de saúde, o que pressupõe a definição de uma matriz de avaliação regional. No limite, a unidade geográfica de análise deveria ser o utente (ou a família), uma vez que em rigor existirão diferenças na acessibilidade a cuidados de saúde de habitação para habitação. Tal definição de matriz regional exige um grau de continuidade analítica inatingível por diversos motivos, dos quais se realça a impossibilidade de obter e processar informação a essa escala. Por outro lado, é razoável considerar que não existirão diferenças relevantes no acesso entre famílias cujas residências sejam próximas, pelo que será razoável considerar agregados geográficos de matriz menos densa.

A promoção da concorrência exige, também, uma prévia avaliação do grau e condições de concorrência em cada mercado relevante. Nos termos da Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes⁴⁴, “*um mercado do produto relevante compreende todos os produtos e/ou serviços considerados permutáveis ou substituíveis pelo consumidor devido às suas características, preços e utilização pretendida*” – (§7). Tem sido prática comum da Comissão Europeia começar por definir o mercado relevante do produto com base em elementos atinentes à procura, uma vez que, conforme refere a mesma Comunicação a este propósito, “*Do ponto de vista económico, para a definição do mercado relevante, a substituição do lado da procura constitui o elemento de disciplina mais imediato e eficaz sobre os*

⁴⁴ Comunicação (97/C 372/03) publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 372/5 de 9.12.1997.

forneecedores de um dado produto, em especial no que diz respeito às suas decisões em matéria de preços” – cfr. §13 da Comunicação da Comissão.

Por outro lado, uma definição do mercado relevante visa sobretudo identificar os condicionalismos concorrenciais que os diferentes operadores têm de enfrentar por concorrentes efectivos, susceptíveis de restringir o seu comportamento e os impedir de actuar com independência, face a uma eventual pressão concorrencial efectiva⁴⁵. Nesta perspectiva, assume particular relevo analisar o mercado na dimensão geográfica, uma vez que sendo a prestação de cuidados de saúde um serviço que exige a presença física do utente, só se poderão considerar como concorrentes prestadores que se situem a uma distância do utente não muito elevada. Nos termos da Comunicação da Comissão referida, que aqui acompanhamos, os mercados geográficos relevantes compreendem a área: (1) em que as empresas a serem analisadas estão envolvidas na oferta e procura de produtos ou serviços; (2) em que as condições de concorrência são suficientemente homogéneas; e (3) que pode ser distinguida de áreas vizinhas em razão de condições de concorrência apreciavelmente diferentes nessas áreas.

Nenhum método de definição de mercados geográficos é unânime, podendo os diferentes métodos apresentar resultados bastante heterogéneos, conforme observado por Gaynor e Vogt (2000)⁴⁶. No caso em apreço, a definição do mercado geográfico relevante encontra-se profundamente imbricada com a definição do mercado do produto relevante, isto é, as características deste último determinam necessariamente o tipo de critérios que deverá estar subjacente a uma delimitação do âmbito geográfico. Apesar de se apresentar como um factor muitas vezes ignorado pela produção teórica sobre os determinantes da procura nos mercados de cuidados de saúde, a distância ao local de oferta é sobremaneira relevante, em termos de custos para o utente no processo de procura/consumo. As deslocações até aos locais de oferta têm associados custos por duas vias: uma directa, pela despesa suportada com meios de transporte; e uma indirecta, pelo custo de oportunidade do tempo perdido nas deslocações. Este aspecto é importante para a definição de mercado relevante. Tendo por base a desutilidade associada pelos utentes às deslocações para a obtenção de serviços de saúde, intuitivamente percebemos que existirá um limite em termos de distância ao local de oferta a partir do qual um indivíduo deixará de ter

⁴⁵ Esta questão releva de sobremaneira para efeitos da concorrência no mercado, mas também em sede da concorrência no acesso ao mercado como em caso de concurso público.

⁴⁶ Gaynor, M. e Vogt, W.B. (2000), “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, em Culyer A. J. and Newhouse J. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North Holland, 1, 27, 1405-1487.

incentivos a se deslocar para obter os serviços. A partir desse limite, o inconveniente da deslocação medido em termos de custo, tempo e trabalho gera uma desutilidade que ultrapassa a utilidade atribuída ao serviço a obter. Este limite constitui o alcance do serviço, e com referência à localização de um prestador, delimita a área dentro da qual se fazem sentir restrições competitivas por parte de outros prestadores.

Em suma, dado que os estudos e avaliações na área do acesso e da concorrência exigem a definição de unidades regionais de análise, a ERS entendeu criar uma matriz regional que servirá de referência⁴⁷ a esses trabalhos, definindo Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS).

Os estudos e análises empíricas já efectuados pela ERS sobre o alcance de vários tipos de serviços de prestação de cuidados de saúde permitiram concluir que, para a maior parte desses serviços, a área geográfica de alcance dos prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km². Assim, uma definição meramente geométrica das RRAS implicaria a criação de cerca de 44 áreas geográficas relevantes de 2.000 km² cada, tendo em conta que a área total de Portugal continental é de 88.967 km².⁴⁸

No entanto, a definição das RRAS não deverá ser geométrica, mas antes deverá tomar em consideração as características sócio-económicas de cada população, bem como as limitações à acessibilidade introduzidas pela rede viária, pela rede hidrográfica, e pela divisão político-administrativa do território. Aliás, é prática comum⁴⁹, sempre que tal não se mostre de todo desadequado, definir unidades geográficas de análise com referência a unidades territoriais já estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos. Em primeiro lugar, porque estas unidades territoriais são divisões de todos conhecidas e às quais intuitivamente se associam conhecimentos relevantes. Em segundo lugar, porque a informação estatística recolhida se encontra catalogada nestas divisões. Em terceiro lugar, porque nas divisões administrativas se traduzem efectivas áreas relevantes em termos de centros de decisão das políticas regionais. Finalmente, porque as divisões estatísticas assentam nas diferenças do perfil sócio-económico das regiões, relevante do ponto de vista analítico.

⁴⁷ De facto, procura-se aqui definir uma matriz de referência aplicável a uma grande parte dos subgrupos do sector da prestação de cuidados de saúde, e um importante ponto de partida para a definição de matrizes alternativas, quando tal for necessário.

⁴⁸ Instituto Geográfico Português – Carta Administrativa Oficial de Portugal (versão 5.0 de 2005).

⁴⁹ Veja-se, por exemplo, Gaynor, M. e Vogt, W.B. (2000), “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, em Culyer A. J. and Newhouse J. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North Holland, 1, 27, 1405-1487).

A divisão regional de Portugal continental em unidades territoriais utilizadas para fins estatísticos e/ou administrativos assenta em 4.077 freguesias, 278 concelhos, 18 distritos, 28 NUTSIII e 5 NUTSII⁵⁰. A mera análise do número de regiões sugeriria a utilização das NUTSIII como base de partida para a criação das RRAS, mas no caso da prestação de cuidados de saúde essa opção é reforçada por outro tipo de considerações.

Conforme estabelece a Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro), o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – que abrange todas as instituições e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde – é organizado em Administrações Regionais de Saúde (ARS), que têm por missão garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprindo o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção. Por seu turno, o Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, estabelece no seu art. 2.º que as cinco ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) exercem as suas atribuições nas áreas correspondentes às NUTSII, e no seu art. 19.º, que neste âmbito são aplicáveis os mapas para o nível II das NUTS previstos no Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de Agosto. Assim, a divisão regional da prestação de cuidados de saúde em Portugal tem uma matriz político-administrativa assente nas NUTSII de 1999⁵¹, o que não poderá ser ignorado na construção da matriz das RRAS.

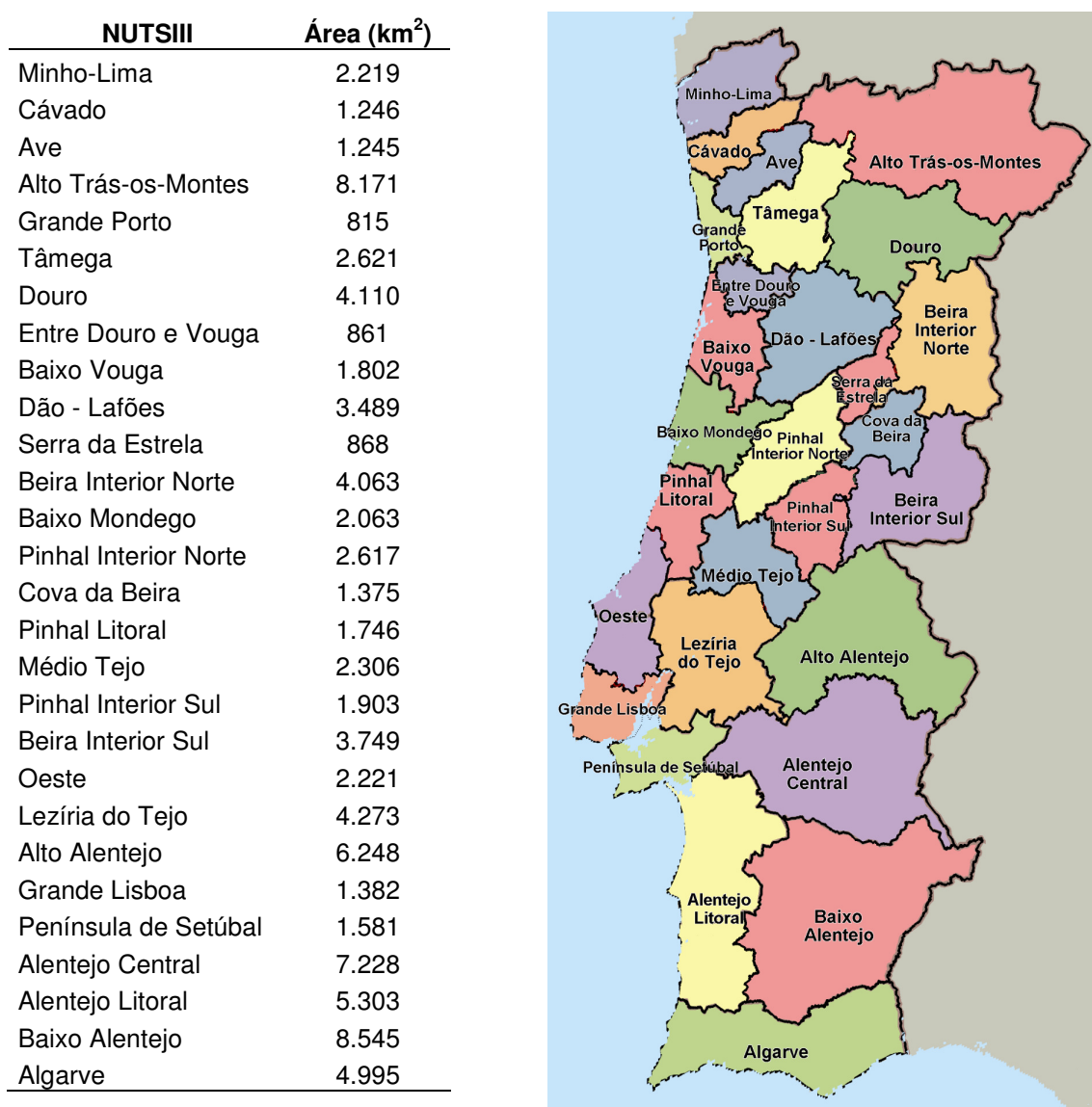
Todavia, as NUTSII correspondem a áreas geográficas demasiado grandes para traduzirem regiões dentro das quais os utentes estão dispostos a deslocar-se para obter serviços de saúde. As áreas da NUTSII do Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve são, respectivamente, 21.287, 23.672, 11.736, 27.276 e 4.996 km², enquanto que, como foi dito, a área geográfica de abrangência dos serviços prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km². Assim, as RRAS deverão coincidir

⁵⁰ Estas são as divisões para efeitos estatísticos consideradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) nos censos de 2001. As NUTS são Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos. Foram elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária (*vide* Regulamento (CEE) N.º. 2052/88 do Conselho das Comunidades Europeias, de 24 de Junho de 1988, relativo às missões dos Fundos com finalidade estrutural, à sua eficácia e à coordenação das suas intervenções, entre si, com as intervenções do Banco Europeu de Investimento e com as dos outros instrumentos financeiros existentes). As NUTSII e III são, respectivamente, regiões e sub-regiões estatísticas, construídas com o objectivo agruparem municípios contíguos, com problemas, desafios e perfis socio-económicos semelhantes. Em Portugal, as NUTS, níveis I, II e III, foram criadas por meio do Decreto-Lei n.º 46/1989, de 15 de Fevereiro, tendo sofrido alterações pontuais introduzidas com os Decretos-Lei n.º 163/99, de 13 de Maio, e n.º 317/99, de 11 de Agosto, e uma revisão mais profunda, que resultou numa alteração da configuração das NUTS de nível II, introduzida com o Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de Novembro.

⁵¹ No remanescente do presente documento, sempre que se mencionarem as NUTS II, deverá considerar-se a versão constante do Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de Agosto.

com sub-regiões das NUTSII, o que sugere naturalmente a utilização das NUTSIII como base de referência na construção das RRAS. Recorde-se que, por outro lado, das unidades territoriais devidamente estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos, e que estão na base das estatísticas actualmente existentes, aquela que parece mais se aproximar da dimensão resultante do estudo empírico é a das NUTSIII. A figura A1 representa a divisão actual do território continental em NUTSIII, com indicação da respectiva área.

Figura A1 – NUTSIII



Fonte: Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de Novembro

A análise da figura A1 permite concluir que a maioria das NUTSIII têm dimensões compatíveis com o alcance dos prestadores de cuidados de saúde (2.000 km²). No entanto, também permite concluir que algumas NUTSIII, sobretudo do interior, têm

uma dimensão demasiado grande para traduzirem uma realidade homogénea em termos de acesso e concorrência na prestação de cuidados de saúde.

Assim, entendemos que as RRAS deverão corresponder às actuais NUTSIII, excepto no caso daquelas (nove) cuja área é superior a 4.000 km², que deverão ser divididas. As 8 NUTSIII com áreas entre os 2.000 km² e os 4.000 km² foram mantidas intactas, uma vez que da sua divisão não poderiam resultar sequer duas regiões com pelo menos 2.000 km².

A divisão das nove NUTSIII com dimensão superior a 4.000 km², situadas no Algarve, no Alentejo (todas as 4), em Lisboa e Vale do Tejo (Lezíria do Tejo), no Centro (Beira Interior Norte), e no Norte (Alto Trás-os-Montes e Douro), foi realizada por recurso à aplicação sucessiva de vários critérios que consideram a relevância de factores como as divisões administrativas, as acessibilidades rodoviárias, a distribuição da população e a existência de pólos urbanos de atracção (cidades ou vilas).

Em primeiro lugar, dada a importância político-administrativa e estatística das unidades territoriais NUTSII e concelhos, estabeleceu-se como primeiro critério que as RRAS deveriam ser construídas por aglomeração de concelhos, e não deveriam ser incluídos na mesma RRAS concelhos pertencentes a NUTSII distintas. Assim, a definição das RRAS consistiu em cinco exercícios diferentes, um para cada NUTSII.

Em segundo lugar, estabeleceu-se que cada RRAS definida por este processo deveria ter pelo menos 2.000 km² e incluir pelo menos um pólo urbano de atracção, definido como uma cidade ou vila com pelo menos 5.000 habitantes, que servisse como centro onde se poderão localizar a maioria dos prestadores de cuidados de saúde da RRAS.

Em cada uma das NUTSII, o primeiro passo consistiu na identificação dos pólos de atracção da região, e a sua ordenação por ordem decrescente do número de habitantes. O segundo passo consistiu na definição da primeira RRAS em torno do concelho onde se situa o pólo de maior dimensão⁵², através da agregação dos concelhos circundantes, que se situem mais próximos desse do que de qualquer outro pólo. A avaliação da proximidade de cada concelho a um determinado pólo assentou no cálculo da distância média ponderada em estrada entre as juntas de freguesia do concelho em análise e o pólo agregador, sendo o ponderador a população de cada freguesia. Quando, por esse processo, se atinge uma área de pelo menos 2000 km²,

⁵² Para ilustrar a aplicação da metodologia, utilizaremos a definição das RRAS na NUTSII Alentejo, onde o pólo de maior dimensão é Évora.

passa-se ao segundo pólo, para definir uma nova RRAS⁵³. Se este processo for suficiente para atingir uma área de 2000 km², então integra-se na RRAS o pólo mais próximo. Este processo continua pelos outros pólos da região, por ordem decrescente do número de habitantes, até que não seja possível criar uma nova RRAS com pelo menos 2.000 km²⁵⁴. Nessa fase, todos os concelhos da região que ainda não tenham sido afectados a uma RRAS são agregados à RRAS cujo pólo é mais próximo.

Cada RRAS é identificada pelo nome do pólo de atracção, e no caso de RRAS correspondentes a NUTSIII, adoptamos o nome das cidades/vilas mais relevantes em termos de poder administrativo: as cidades capitais de distrito, nas RRAS em que existem, e as cidades/vilas sedes de concelho, nas demais RRAS, sendo que nas RRAS onde existe mais que uma localidade administrativamente equivalente, a escolha recaiu sobre aquela com população mais numerosa.

A figura A2 apresenta as 37 RRAS resultantes deste exercício, e a tabela A1 indica os concelhos que as compõem. A tabela A2 apresenta algumas estatísticas caracterizadoras das RRAS.

Na região Norte, as NUTSIII de Alto Trás-os-Montes e Douro deram origem a quatro RRAS: Vila Real, Chaves, Bragança e Mirandela, centradas nas cidades com os mesmos nomes⁵⁵. Na região Centro, a única NUTSIII com mais de 4.000 km², a Beira Interior Norte, só tem um potencial pólo de atracção (Guarda) pelo que não é possível a sua divisão em duas RRAS. Na região do Alentejo foram criadas 9 RRAS, em torno dos pólos de Évora, Beja, Portalegre, Elvas, Sines, Montemor-o-Novo, Ponte de Sôr, Moura e Odemira. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, a NUTS III de Lezíria do Tejo deu origem às RRAS de Santarém e Coruche. Na região do Algarve foram criadas duas RRAS, em torno dos dois pólos com mais habitantes, Faro e Portimão.

⁵³ Para criar a RRAS de Évora, começamos por agregar ao concelho de Évora, os concelhos de Viana do Alentejo e Portel, que somam uma área de 2.300 km², suficiente para considerar criada esta RRAS.

⁵⁴ Na NUTSII Alentejo, os pólos analisados foram, por ordem decrescente da população, Évora, Beja, Portalegre, Elvas (Estremoz) e Sines (Grândola), que serviram de pólos de atracção para as respectivas RRAS (em alguns casos por integração dos pólos vizinhos indicados entre parêntesis). Os pólos seguintes, Montemor-o-Novo (Vendas Novas), Ponte de Sôr e Moura (Serpa), permitiram a criação de RRAS (mais uma vez, em alguns casos por integração dos pólos vizinhos indicados entre parêntesis). Os pólos de Alcácer do Sal e Reguengos de Monsaraz não agregam concelhos com dimensão suficiente para atingir os 2.000 km². A última RRAS foi criada em torno do pólo de Odemira, uma vez que Aljustrel só agrega o concelho de Castro Verde (perfazendo apenas 1.028 km²).

⁵⁵ Os pólos de Lamego e Peso da Régua foram agregados à RRAS de Vila Real.

Figura A2 – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS)



Tabela A1 – RRAS e seus concelhos

RRAS	Concelho	RRAS	Concelho
Aveiro	Águeda	Chaves	Boticas
	Albergaria-a-Velha		Chaves
	Anadia		Montalegre
	Aveiro		Valpaços
	Estarreja	Coimbra	Cantanhede
	Ílhavo		Coimbra
	Mealhada		Condeixa-a-Nova
	Murtosa		Figueira da Foz
	Oliveira do Bairro		Mira
	Ovar		Montemor-o-Velho
	Sever do Vouga		Penacova
	Vagos		Soure
Beja	Aljustrel	Coruche	Benavente
	Almodôvar		Coruche
	Alvito		Salvaterra de Magos
	Beja	Covilhã	Belmonte
	Castro Verde		Covilhã
	Cuba		Fundão
	Ferreira do Alentejo	Elvas	Alandroal
	Mértola		Borba
	Vidigueira		Campo Maior
Braga	Amares		Elvas
	Barcelos		Estremoz
	Braga		Vila Viçosa
	Esposende	Entroncamento	Abrantes
	Terras de Bouro		Alcanena
	Vila Verde		Constância
Bragança	Bragança		Entroncamento
	Miranda do Douro		Ferreira do Zêzere
	Vimioso		Ourém
	Vinhais		Sardoal
Caldas da Rainha	Alcobaça	Évora	Tomar
	Alenquer		Torres Novas
	Arruda dos Vinhos		Vila Nova da Barquinha
	Bombarral		Évora
	Cadaval		Portel
	Caldas da Rainha		Redondo
	Lourinhã		Reguengos de Monsaraz
	Nazaré		Viana do Alentejo
	Óbidos	Faro	Alcoutim
	Peniche		Castro Marim
Castelo Branco	Sobral de Monte Agraço		Faro
	Torres Vedras		Loulé
	Castelo Branco		Olhão
	Idanha-a-Nova		São Brás de Alportel
	Penamacor		Tavira
	Vila Velha de Ródão		Vila Real de Santo António

RRAS	Concelho	RRAS	Concelho
Felgueiras	Amarante	Lousã	Alvaiázere
	Baião		Ansião
	Cabeceiras de Basto		Arganil
	Castelo de Paiva		Castanheira de Pêra
	Celorico de Basto		Figueiró dos Vinhos
	Cinfães		Góis
	Felgueiras		Lousã
	Lousada		Miranda do Corvo
	Marco de Canaveses		Oliveira do Hospital
	Mondim de Basto		Pampilhosa da Serra
	Paços de Ferreira		Pedrógão Grande
	Paredes		Penela
	Penafiel		Tábua
	Resende		Vila Nova de Poiares
Guarda	Ribeira de Pena	Mirandela	Alfândega da Fé
	Almeida		Carrazeda de Ansiães
	Celorico da Beira		Freixo de Espada À Cinta
	Figueira de Castelo Rodrigo		Macedo de Cavaleiros
	Guarda		Mirandela
	Manteigas		Mogadouro
	Meda		Torre de Moncorvo
	Pinhel		Vila Flor
Guimarães	Sabugal	Montemor-o-Novo	Vila Nova de Foz Côa
	Trancoso		Arraiolos
	Fafe		Montemor-o-Novo
	Guimarães		Mora
	Póvoa de Lanhoso		Vendas Novas
	Santo Tirso	Moura	Barrancos
	Trofa		Moura
	Vieira do Minho		Mourão
Leiria	Vila Nova de Famalicão		Serpa
	Batalha	Odemira	Odemira
	Leiria		Ourique
	Marinha Grande		Alter do Chão
	Pombal	Ponte de Sôr	Avis
Lisboa	Porto de Mós		Fronteira
	Amadora		Gavião
	Cascais		Ponte de Sôr
	Lisboa		Sousel
	Loures	Portalegre	Arronches
	Mafra		Castelo de Vide
	Odivelas		Crato
	Oeiras		Marvão
	Sintra		Monforte
	Vila Franca de Xira		Nisa
			Portalegre

RRAS	Concelho	RRAS	Concelho
Portimão	Albufeira	Sines	Alcácer do Sal
	Aljezur		Grândola
	Lagoa		Santiago do Cacém
	Lagos		Sines
	Monchique	Viana do Castelo	Arcos de Valdevez
	Portimão		Caminha
	Silves		Melgaço
	Vila do Bispo		Monção
Porto	Espinho		Paredes de Coura
	Gondomar		Ponte da Barca
	Maia		Ponte de Lima
	Matosinhos		Valença
	Porto		Viana do Castelo
	Póvoa de Varzim		Vila Nova de Cerveira
	Valongo	Vila Real	Alijó
	Vila do Conde		Armamar
	Vila Nova de Gaia		Lamego
Santarém	Almeirim		Mesão Frio
	Alpiarça		Moimenta da Beira
	Azambuja		Murça
	Cartaxo		Penedono
	Chamusca		Peso da Régua
	Golegã		Sabrosa
	Rio Maior		Santa Marta de Penaguião
	Santarém		São João da Pesqueira
São João da Madeira	Arouca		Sernancelhe
	Oliveira de Azeméis		Tabuaço
	Santa Maria da Feira		Tarouca
	São João da Madeira		Vila Pouca de Aguiar
	Vale de Cambra	Viseu	Vila Real
Seia	Fornos de Algodres		Aguiar da Beira
	Gouveia		Carregal do Sal
	Seia		Castro Daire
Sertã	Mação		Mangualde
	Oleiros		Mortágua
	Proença-a-Nova		Nelas
	Sertã		Oliveira de Frades
	Vila de Rei		Penalva do Castelo
Setúbal	Alcochete		Santa Comba Dão
	Almada		São Pedro do Sul
	Barreiro		Sátão
	Moita		Tondela
	Montijo		Vila Nova de Paiva
	Palmela		Viseu
	Seixal		Vouzela
	Sesimbra		
	Setúbal		

Tabela A2 – População residente, área e densidade populacional das RRAS

RRAS	População	Área (Km2)	Densidade Populacional
Aveiro	396.704	1.802	220
Beja	89.692	5.647	16
Braga	407.558	1.246	327
Bragança	57.284	2.837	20
Caldas da Rainha	356.296	2.220	160
Castelo Branco	75.282	3.748	20
Chaves	81.321	2.267	36
Coimbra	335.532	2.063	163
Coruche	67.941	1.881	36
Covilhã	92.160	1.375	67
Elvas	68.376	2.275	30
Entroncamento	230.980	2.306	100
Évora	86.675	3.135	28
Faro	229.374	2.794	82
Felgueiras	559.406	2.620	214
Guarda	112.114	4.063	28
Guimarães	521.749	1.221	427
Leiria	263.848	1.744	151
Lisboa	2.012.925	1.376	1.463
Lousã	137.840	2.617	53
Mirandela	95.338	4.159	23
Montemor-o-Novo	43.391	2.583	17
Moura	37.502	2.511	15
Odemira	31.419	2.384	13
Ponte de Sôr	39.298	2.630	15
Portalegre	50.292	2.576	20
Portimão	187.473	2.202	85
Porto	1.276.575	814	1.567
Santarém	179.861	2.394	75
São João da Madeira	285.464	862	331
Seia	48.548	868	56
Sertã	42.125	1.905	22
Setúbal	766.172	1.559	491
Sines	71.524	3.535	20
Viana do Castelo	252.272	2.218	114
Vila Real	200.824	3.016	67
Viseu	291.019	3.489	83

Fonte: INE, áreas medidas em 2005, e estimativas da população para 31 de Dezembro de 2005

Anexo II – Custos de prospecção e custos de mudança

Desde que Kenneth Arrow publicou, em 1963, o artigo “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”⁵⁶, é entendimento consensual que não se pode assumir à partida que os mercados de cuidados de saúde operam como mercados perfeitamente competitivos, sobretudo devido ao elevado grau de incerteza associado aos diagnósticos médicos, prescrição e resultados dos tratamentos, e à assimetria da distribuição da informação entre médico e utente, em favor do primeiro. Por maioria de razão, o mesmo argumento aplica-se ao sector da prestação de serviços de saúde oral.

Como Grytten e Sørensen (2000)⁵⁷ explicam, o consumo de serviços de saúde oral difere do consumo de outros bens por existir uma forte ligação pessoal entre o paciente e o dentista. Esta ligação, que no entender de Arrow (1963) surge com naturalidade como uma forma da sociedade compensar a assimetria de informação e reduzir a incerteza no consumo de cuidados de saúde, impõe limitações ao funcionamento dos mercados de saúde dentária, limitações estas que estão associadas a elevados custos de prospecção (*search costs*) para encontrar um dentista e elevados custos de mudança (*switching costs*) para escolher um outro dentista.

Grytten e Sørensen (2000) classificam os serviços de saúde oral como bens-experiência (*experience goods*) no sentido em que a avaliação da sua qualidade só é possível depois de serem experimentados. No caso de cuidados de saúde, mesmo depois da experiência, a capacidade de os utentes avaliarem a qualidade é reduzida. Além disso, em mercados estruturalmente vastos, como o dos serviços de saúde oral, é difícil e custoso recolher informação sobre qualidade e preço de prestadores alternativos. Finalmente, o grau de urgência com que frequentemente os indivíduos procuram cuidados dentários não é compatível com um grande esforço de prospecção do mercado. Consequentemente, os custos de prospecção nos mercados de saúde dentária são potencialmente elevados.

⁵⁶ Arrow, Kenneth. J., (1963), “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care,” *American Economic Review*, Vol. 53, No. 5, pp. 941-73.

⁵⁷ Grytten, J., Sørensen, R., (2000), “Competition and dental services”, *Health Economics*, Vol. 9, No. 5, pp. 447-461.

Diversos estudos, tais como Satterthwaite (1979, 1985)⁵⁸, caracterizam a importância dos custos de prospecção na determinação dos preços através do modelo de concorrência monopolística. A existência de custos de prospecção elevados significa que a elasticidade da procura dirigida a cada dentista é menor, conduzindo à obtenção de poder de mercado que se repercute em preços mais elevados. Pauly e Satterthwaite (1981)⁵⁹ testam a relevância dos custos de prospecção na determinação dos preços utilizando a densidade populacional das regiões como indicador dos custos de prospecção. Como explicam, nas cidades mais povoadas é praticamente impossível um indivíduo e os seus familiares e amigos terem experiência ou conhecimento sobre a qualidade e os preços de todos os dentistas, pelo que os custos de prospecção serão elevados. Já nas pequenas localidades, a informação sobre qualidade e preços dos dentistas será mais fácil de obter. Assim, os custos de prospecção estarão positivamente associados à densidade populacional das regiões. Num estudo agregado sobre as diferenças de preços de cuidados de saúde nos EUA, os autores encontram evidência que suporta esta teoria da concorrência monopolística.

Por outro lado, a forte ligação pessoal que tende a criar-se entre o paciente e o dentista faz com que deixar de ir ao dentista que regularmente se consulta acarrete significativos custos de mudança. Segundo Grytten e Sørensen (2000), além dos custos administrativos e económicos da transferência do processo de paciente, existem importantes custos psicológicos resultantes da cessação de uma relação confortável do paciente com o dentista. A relação entre paciente e dentista tem um importante papel na superação daquela que é identificada como uma das principais barreiras de índole psicossocial ao consumo de serviços de saúde oral: a ansiedade (Freeman, 1999)⁶⁰. O medo e o desconforto que pode ocorrer durante os cuidados de saúde oral parece ter, de facto, um impacto negativo na procura deste tipo de cuidados (Vassend, 1993)⁶¹. Uma relação duradoura e de confiança entre paciente e dentista terá, no caso dos doentes com maior grau de ansiedade, um efeito de suavização dessa barreira psicológica, facilitando a aceitação dos tratamentos

⁵⁸ Satterthwaite, M.A., (1979), "Consumer information, equilibrium industry price, and the number of sellers", *Bell Journal of Economics* 10, pp. 483-502. Satterthwaite, M.A., (1985), "Competition and equilibrium as a driving force in the health services sector", in *Managing the Service Economy; Prospects and Problems*, Inman RB (ed). Cambridge University Press: New York; pp. 239-279.

⁵⁹ Pauly, M.V., Satterthwaite, M.A., (1981), "The pricing of primary care physicians' services: a test of the role of consumer information", *Bell Journal of Economics* 12; pp. 488-506.

⁶⁰ Freeman, R., (1999), "Barriers to accessing dental care: patient factors", *British Dental Journal*, Vol. 187, No. 3, pp. 141-144.

⁶¹ Vassend, O., (1993), "Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment", *Behaviour Research and Therapy* 31, pp. 659-666.

dentários. Consequentemente, a cessação da relação entre paciente e dentista será evitada por parte do primeiro. Ora, quando a lealdade do paciente ao médico é grande, a concorrência pelos preços tende a ser diminuída (Grytten e Sørensen, 2000), porque naturalmente o dentista percebe que tem poder de elevar o seu preço, até certo ponto, sem perder os seus clientes. Assim, também por este motivo, a tipologia dos mercados de saúde oral tende a aproximar-se da concorrência monopolística.



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 - 455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt