



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO SECTOR DA IMAGIOLOGIA

MARÇO DE 2009

Índice

1. Introdução.....	1
2. Mercados relevantes de imagiologia	3
2.1. Definição do mercado do produto	4
2.2. Definição do mercado geográfico	8
3. Concorrência no sector da imagiologia	11
3.1. Estrutura e concentração dos mercados relevantes.....	13
3.1.1. Distribuição da oferta.....	14
3.1.2. Análise da concentração a nível de “Entidades”	17
3.1.3. Análise da concentração a nível de “Grupos Empresariais”	21
3.1.4. Concorrência entre entidades não públicas e públicas	25
4. Barreiras à entrada nos mercados de imagiologia	28
4.1. Licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde	28
4.1.1. Enquadramento jurídico do licenciamento	30
4.1.2. O licenciamento enquanto barreira à entrada	32
4.1.3. O licenciamento e qualidade dos cuidados de saúde	34
4.2. Convenções	35
4.2.1. Enquadramento jurídico e situação actual dos acordos e convenções com o SNS	36
4.2.2. Relevância dos acordos e convenções para os operadores.....	37
4.2.3. Consequências do actual estado das convenções	40
5. Conclusões	44
Anexo – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS)	47

Índice de Abreviaturas

ADSE – Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado)

ANAUDI – Associação Nacional de Unidades de Diagnóstico por Imagem

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

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

RRAS – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

1. Introdução

Uma das atribuições da ERS, nos termos do art. 6.º, n.º 2, al. b), do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, é “garantir a concorrência entre operadores, no quadro da prossecução dos direitos dos utentes”. Por isso, o Conselho Directivo da ERS entendeu desenvolver um esforço de compilação de informação sobre todos os mercados e operadores, com o escopo de melhor poder diagnosticar os eventuais problemas concorrenciais existentes e assim contribuir para a sua eventual resolução. Alguns estudos sobre a concorrência existente, e a possível, em determinados subsectores da saúde foram já realizados pela ERS e encontram-se disponíveis no seu *website*.¹

Dada a importância dos serviços de diagnóstico por imagem e tendo em conta as atribuições da ERS, entendeu esta reguladora a definir como uma das actividades a desenvolver no âmbito da promoção da concorrência, “realizar o estudo e avaliação das condições actuais e desejáveis de concorrência no sector da imagiologia”².

Designa-se por imagiologia médica o conjunto de técnicas de diagnóstico e investigação que fornecem ao médico uma imagem visual das diversas partes do corpo humano.³ Segundo a generalidade das definições, a imagiologia compreende a radiologia convencional (radiação X), a Ecografia (ultra-sons), a Tomografia Axial Computorizada (TC), a Ressonância Magnética (RM) e as técnicas ligadas à Medicina Nuclear, com a Tomografia de Emissão Positrónica (TEP).⁴

Assim, dando cumprimento ao planeado, o presente estudo analisa os diversos mercados regionais de exames de imagiologia, e avalia o nível de concorrência em cada mercado. No capítulo 2 é detalhada a definição dos mercados relevantes de imagiologia, na sua vertente de produto e de dimensão geográfica. No capítulo 3 é feita a avaliação do nível de concorrência entre prestadores privados nos mercados definidos. O capítulo 4 é dedicado à análise das principais barreiras à entrada nos mercados definidos, nomeadamente o licenciamento e as convenções. O capítulo 5 explora a questão da concorrência entre os operadores privados de imagiologia e os

¹ <http://www.ers.pt>

² Plano de Actividades da ERS para 2008.

³ Definições de Freitas e Costa, M., (2005), “Dicionário de termos médicos”, Porto Editora, e Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P. e Nicoulin, M., (2004), “Dicionário Médico (3.ª ed. Revista e actualizada)”, CLIMEPSI Editores, adaptação e revisão da ed. Portuguesa por Falcato, J. A..

⁴ Penedo, J. P., (2006), “Meios de Diagnóstico – Como preparar-se, em que consistem e para que servem? (1ª Ed.)”, Deco Proteste.

hospitais do SNS. Finalmente, o capítulo 7 reúne as principais conclusões do estudo efectuado.

A presente versão do estudo incorpora os comentários a uma versão preliminar enviada a um conjunto de entidades com interesse no sector, nomeadamente os da ANAUDI – Associação Nacional de Unidades de Diagnóstico por Imagem.

2. Mercados relevantes de imagiologia

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. Sendo o presente estudo realizado no âmbito das atribuições da ERS definidas no art. 6.º n.º 2 al. b) do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, a avaliação da concorrência a realizar terá como referencial o seu impacto na “prossecução dos direitos dos utentes”, recorrendo-se aos princípios de análise económica para a definição do conceito de mercado relevante, na sua dimensão material e geográfica⁵.

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 empresas⁶. 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 homogéneas 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

⁵ 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).

⁶ 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 são similares para todos os operadores económicos.

A noção de mercado relevante enquanto conjunto de produtos e/ou serviços situados numa área geográfica, 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

O produto em questão neste estudo é a prestação de serviços de exames de diagnóstico por imagem. A área da imagiologia compreende, como se viu anteriormente, uma diversidade de exames, tais como o raio X, a ecografia, a TAC, a RM, a TEP, etc., que se destinam ao auxílio do diagnóstico de diferentes patologias.

A substituíbilidade do lado da procura dita que se defina mercado relevante de produto como o conjunto de todos os produtos e/ou serviços que o consumidor considera substituíveis em virtude das suas características, preço ou uso pretendido. Cada um dos exames de diagnóstico por imagem está directamente concatenado com a terapêutica específica a que se destina, pelo que um qualquer médico apenas deverá prescrever o tratamento ou, neste caso, o exame, que se revele adequado às necessidades do utente, e não qualquer outro. Daqui decorre que perante um hipotético aumento de preço (ou diminuição da qualidade, já que o raciocínio é aqui o mesmo), a procura não se deslocaria para outro serviço, precisamente porque os serviços aqui em causa não seriam permutáveis por outros.

Isto sucede ao nível do utente, que normalmente não tem o conhecimento (nem o poder) necessário para ponderar uma alternativa, mas sucede igualmente ao nível do prescritor que tendo entendido um meio de diagnóstico como mais adequado, não o considera, na maior parte dos casos, igualmente permutável com outro, atenta a patologia em causa. Por isto, é possível concluir que a substituíbilidade do lado da procura entre os serviços prestados no âmbito da imagiologia apresentar-se-á quase nula.

Face a uma tão reduzida substituíbilidade da procura pelos cuidados de saúde em causa, poder-se-ia mesmo, em alguns casos, definir segmentos de mercado coincidentes com cada exame concreto. Teríamos, assim, e negligenciando o facto de os serviços se poderem agrupar num mesmo tipo ou gama, centenas de mercados de produto em função de centenas de exames de diagnóstico por imagem.

No entanto, a definição do mercado relevante do produto deverá considerar também a substituíbilidade da oferta. A substituíbilidade da oferta diz respeito à possibilidade de os processos produtivos de diferentes produtos/serviços partilharem tecnologias semelhantes, e consequentemente, resultarem eficientemente de uma única estrutura produtiva. Neste caso, todos os produtos/serviços que podem, sem esforço de adaptação da tecnologia de produção, ser produzidos com o mesmo processo produtivo, devem ser considerados pertencentes a um mesmo mercado de produto. A substituíbilidade do lado da oferta releva sobretudo em mercados onde os operadores não circunscrevem o exercício da sua actividade apenas a um serviço ou produto, antes se apresentando como empresas multiproduto, abarcando os mais frequentes serviços ou produtos em cada subcategoria ou mercado.⁷

No caso dos serviços de diagnóstico por imagem, os processos produtivos têm uma componente técnica de equipamentos específicos que, pelo custo do investimento associado, podem revelar-se uma barreira à adequação da prestação a gamas de exames diferentes dos até então prestados. Nesse sentido, poderíamos considerar ser reduzida a substituíbilidade do lado da oferta, sendo de novo reconduzidos a uma definição de mercados relevantes do produto que, no caso extremo, limitaria cada mercado a um exame.

No entanto, ao nível da componente dos recursos humanos, que se apresentam na generalidade dos cuidados de saúde como o elemento fundamental na organização da prestação, verifica-se a partilha do processo produtivo por parte de um conjunto de áreas da imagiologia médica. Os médicos radiologistas e técnicos de radiologia têm uma formação de base que os habilita tecnicamente, e também legalmente (como veremos adiante), a prestar um conjunto de serviços de diagnóstico por imagem

⁷ Neste sentido, veja-se, por exemplo, a Comunicação da Comissão Europeia, relativa à definição de mercados relevantes, já mencionada, nos termos da qual se refere sobre a substituíbilidade do lado da oferta que “[M]esmo se, para um determinado cliente final ou grupo de consumidores, as diferentes qualidades [do produto] 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” - cfr. §21

enquadráveis em diferentes grupos de técnicas. Verifica-se que as unidades ou serviços de imagiologia dos hospitais, os centros de radiologia ou imagiologia, as clínicas, as casas de saúde e os consultórios médicos que prestam serviços de meios complementares de diagnóstico por imagem, que oferecem geralmente uma significativa variedade de serviços dentro da área do diagnóstico por imagem, têm as suas equipas constituídas por profissionais (médicos radiologistas e técnicos) com a mesma formação de base e os mesmos conhecimentos técnicos.

Neste contexto, considerou-se existir um grau de substituíbilidade ao nível da organização da oferta e dos processos produtivos dos serviços de diagnóstico por imagem que determina que sejam englobadas no mesmo mercado relevante do produto diferentes qualidades ou gamas do produto.⁸

A definição do mercado do produto no âmbito deste estudo não pode deixar de atender às definições que se podem encontrar no sector, quer ao nível contratual, quer ao nível de especificações de qualidade que possam estar estabelecidas. O sector da saúde é frutuoso neste campo, uma vez que existe a necessidade de definir/distinguir correctamente os serviços de saúde para efeitos contratuais (clausulados das convenções, tabelas de preços, etc.), e para efeitos de licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde (Manuais de Boas Práticas).

Os estabelecimentos prestadores de serviços de imagiologia têm de obter licença de funcionamento à luz do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de Novembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de Setembro), que aprova o regime jurídico do licenciamento e da fiscalização das actividades desenvolvidas em unidades de saúde privadas que utilizem, com fins de diagnóstico, terapêutica e prevenção, radiações ionizantes, ultra-sons ou campos magnéticos. Conforme se estabelece no n.º 1 do art. 22.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de Novembro, o âmbito deste regime de licenciamento abarca as seguintes técnicas de diagnóstico: radiologia convencional, tomografia computadorizada, mamografia, angiografia, osteodensitometria, ecografia e eco-Doppler, ressonância magnética, radiologia dentária e outras técnicas que utilizem fundamentalmente a imagem através de formas de energia não luminosa. Mais do que uma permissão, o regime jurídico do licenciamento institui a obrigatoriedade destas unidades serem multiproduto, quando no n.º 2 do art. 22.º se estabelece que “cada unidade de saúde deve exercer pelo

⁸ Importa fazer notar que, no caso concreto, o argumento da substituíbilidade do lado da oferta é reforçado pela constatação de que os prestadores de imagiologia já oferecerem uma panóplia de serviços no mercado relevante em causa.

menos duas valências”. Segundo o n.º 3 do mesmo artigo, estas técnicas “são desenvolvidas por médicos radiologistas inscritos na Ordem dos Médicos”, sendo portanto de realçar que a mesma formação de base habilita os profissionais de saúde a prestarem todo aquele leque de exames.

A medicina nuclear de diagnóstico está também prevista neste regime jurídico de licenciamento, nomeadamente os exames de densiometria óssea a TEP (n.º 2 do art. 24.º do mesmo Decreto-Lei). No entanto, o n.º 5 desse artigo estabelece que a responsabilidade clínica pela valência de medicina nuclear compete aos médicos especialistas de medicina nuclear inscritos na Ordem dos Médicos, havendo assim uma distinção importante entre a prestação de serviços de radiologia convencional, ecografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, e de serviços de medicina nuclear.

Ainda nos termos do artigo 7.º do regime jurídico do licenciamento agora citado, foi elaborado um manual de boas práticas que define as regras e os processos de garantia de qualidade das unidades de saúde que utilizam radiações ionizantes, ultrassons ou campos magnéticos. Com efeito, o Manual de Boas Práticas de Radiologia, aprovado por meio do Despacho n.º 258/2003, de 10 de Dezembro de 2002, do Secretário de Estado da Saúde, refere que as nomenclaturas dos diversos exames admissíveis nos estabelecimentos sujeitos ao licenciamento do regime do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de Novembro, estão agrupadas nas seguintes áreas: radiologia convencional, ecotomografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, radiologia de intervenção, angiografia geral e osteodensitometria.

Em suma, pode constatar-se que o quadro legislativo aplicado ao funcionamento de unidades de saúde com prestação de serviços de imagiologia médica prevê que estas unidades executem um leque de exames variado, incluindo as técnicas de radiologia convencional, ecografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e medicina nuclear. No entanto, as técnicas de medicina nuclear exigem profissionais com uma formação distinta das demais técnicas de imagiologia. Isto revela que se considera existir substituíbilidade do lado da oferta ao nível da prestação destas variedades de serviços de imagiologia, com excepção da medicina nuclear, pelo menos do ponto de vista da formação de base dos profissionais envolvidos.

Por este motivo, o objecto de análise deste estudo é a concorrência entre entidades e estabelecimentos prestadores de serviços das valências de radiologia convencional,

ecografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, que daqui em diante se identificam, por simplicidade de notação, como prestadores de imagiologia.

2.2. Definição do mercado geográfico

A 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 efectiva. 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. Como vimos, 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 homogêneas; 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 heterogêneos, conforme observado por Gaynor e Vogt (2000)⁹. 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. E considera-se particularmente que a distância ao local de oferta é, neste âmbito, de 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, existirá um limite em termos de distância ao local de oferta a partir do qual um indivíduo deixará de ter

⁹ 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.

O alcance dos serviços de um prestador de cuidados de saúde pode ser estimado com base no teste de Elzinga-Hogarty,¹⁰ que define o mercado geográfico relevante de um prestador como aquela área que concentra pelo menos 85 a 90% dos seus utentes. O alcance dos serviços de imagiologia foi estimado com base num estudo empírico dos fluxos de utentes desses serviços (ao todo, 1.927 utentes), baseado em informação recolhida junto de uma amostra de prestadores representativa do tecido de prestadores na área da imagiologia.

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 residência dos utentes até ao estabelecimento prestador dos cuidados, o que permitiu determinar o alcance dos serviços analisados. A tabela 2.1 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 prestador, a percentagem acumulada de utentes desde o intervalo de distância mais curto ao mais alargado, bem como uma breve estatística descritiva.

¹⁰ O teste de Elzinga-Hogarty é um método para definição de mercado geográfico que, no caso dos mercados dos cuidados de saúde, mais especificamente na indústria de 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.

Tabela 2.1 – Distribuição de utentes por intervalos de distância

Distância	Distribuição	Acumulado
até 15 km	74,3%	(74,3%)
15 a 20 km	2,6%	(76,9%)
20 a 25 km	5,2%	(82,1%)
25 a 30 km	6,0%	(88,1%)
30 a 35 km	1,5%	(89,5%)
35 a 40 km	2,6%	(92,1%)
40 a 45 km	2,0%	(94,1%)
45 a 50 km	2,1%	(96,2%)
50 a 100 km	3,1%	(99,3%)
100 a 200 km	0,5%	(99,8%)
mais de 200 km	0,2%	(100,0%)
<i>Média</i>	17,1	
<i>Desvio-Padrão</i>	19,0	
<i>Máxima</i>	323,4	
<i>Mínima</i>	2,0	

Como se pode constatar na tabela 2.1, a distribuição dos utentes, por intervalo de distância, apresenta uma grande concentração até aos 50 quilómetros. Concretamente, o referencial inferior definido pelo teste de Elzinga-Hogarty (85% dos utentes) corresponde a um alcance de menos de 30 km. Significa isto que as zonas geográficas de abrangência dos serviços prestadores de imagiologia terão áreas de cerca de 2.000 km².¹¹

Uma vez que áreas de abrangência com cerca de 2.000 Km² são 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. Em anexo, apresentamos 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 imagiologia.

¹¹ Se o prestador se situar no centro da região, a sua zona geográfica de abrangência corresponderá a um círculo com 28 km de raio. Se o prestador se situar num extremo da região, a sua zona geográfica de abrangência corresponderá a um círculo com 28 km de diâmetro. Círculos com essas dimensões têm áreas de 2.463 e 616 km², respectivamente.

3. Concorrência no sector da imagiologia

Encontrando-se definidos os mercados relevantes de imagiologia, importa agora realizar a análise da estrutura destes mercados, procedendo-se, neste capítulo, à apreciação das características das empresas, à aferição das suas quotas de mercado e ao cálculo dos níveis de concentração como indicadores da concorrência entre os prestadores.

No entanto, cabe observar que as características estruturais dos mercados neste subsector colocam, assim como em outros subsectores da prestação de cuidados de saúde, algumas dificuldades resultantes do carácter endógeno de elementos como, por exemplo, o volume de negócios.

Como já é sabido, os prestadores não públicos com acordos ou convenções, com o SNS ou com subsistemas de saúde, para a prestação de cuidados de saúde, apresentam uma elevada dependência face a utentes que fazem uso desses acordos e convenções, em termos de procura pelos seus serviços.

Apesar do princípio estabelecido para as convenções do SNS ser o da livre adesão dos prestadores mediante cumprimento de condições mínimas de qualidade e segurança, a celebração de novas convenções não tem sido possível e, assim, os prestadores actualmente não convencionados não podem aderir às convenções.¹²

Como tal, na medida em que não são celebradas todas as convenções pretendidas pelos prestadores, e tendo em conta a importância para as empresas de deter uma convenção, os volumes de negócios movimentados nos mercados dos meios complementares de diagnóstico por imagem são endógenos face à actual distribuição de 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 consegue traduzir a pressão

¹² A celebração de novas convenções ocorre apenas em situações pontuais, em que a contratação é feita casuisticamente sob o signo do interesse público. A ERS realizou já dois estudos sobre a situação das convenções com o SNS, o primeiro dos quais em 2006 e o segundo já em 2008, vertidos nos relatórios intitulados “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS” e “As Convenções em 2008”, respectivamente, ambos disponíveis no sítio da ERS na Internet (<http://www.ers.pt>).

concorrencial que poderia ser exercida por um número de prestadores não públicos mais vasto, mas não verificado na realidade, pelo facto de nem todos os operadores poderem celebrar um acordo ou convenção e, assim, ficarem excluídos dos mercados. Deste modo, aqueles indicadores, utilizados amiúde em análises de mercado, não são, no caso 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 do SNS 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 prestadores¹³.

No caso concreto dos serviços de imagiologia, foram determinadas as dimensões dos prestadores e aferidas suas capacidades produtivas por meio do número de colaboradores dos estabelecimentos¹⁴. 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)¹⁵.

Toda a informação relativa aos estabelecimentos e entidades de meios complementares de diagnóstico consta da base de dados da ERS (o SRER) resultante

¹³ Conforme a Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes, parágrafo 54.

¹⁴ Cabe referir 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 imagiologia.

¹⁵ 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.

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.

3.1. Estrutura e concentração dos mercados relevantes

As formas mais comuns para a aferição do grau de concentração do mercado são a análise das quotas de mercado e rácios de concentração de quotas, e a utilização dos IHH, que é uma medida de concentração de mercado usada como um indicador do poder de mercado ou da concorrência entre as empresas.¹⁶

O IHH é mais útil para avaliar alterações na estrutura de mercado e, portanto, em avaliações dinâmicas, onde o mais importante é a variação do IHH. Não obstante, pode-se mesmo assim concluir sobre a concentração nos mercados com base nos níveis absolutos do IHH, 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 baixa, entre 1.000 e 2.000 pode ser considerada moderada, acima de 2.000 pode ser considerada alta¹⁷.

Além do cálculo dos IHH, no presente estudo procedeu-se ainda ao cálculo dos rácios de concentração dos dois maiores concorrentes (R2), correspondentes à soma das suas quotas de mercado.

Antes de procedermos à aferição do grau de concentração dos mercados, apresentamos a distribuição da oferta dos prestadores.

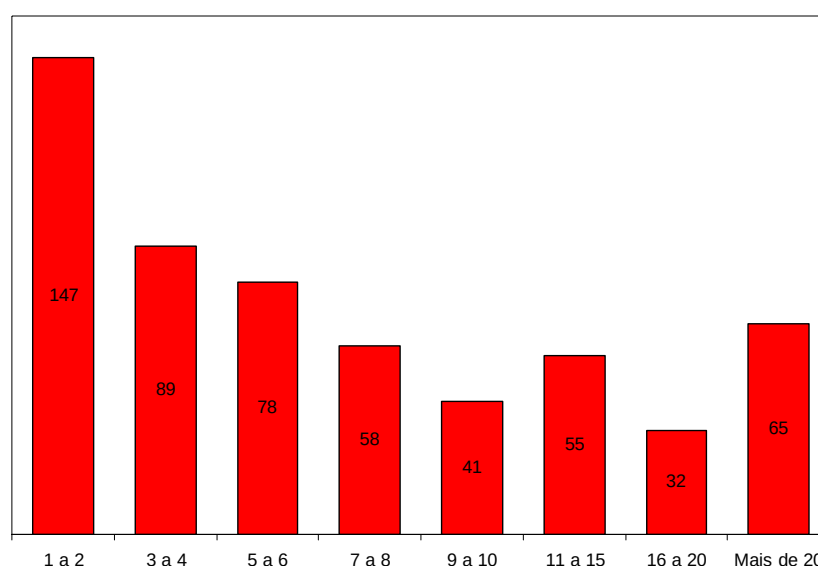
¹⁶ Vide http://ec.europa.eu/comm/competition/general_info/h_en.html – o glossário da Comissão Europeia. Importa referir, no entanto, que nenhum dos métodos – quotas de mercado ou IHH – é absolutamente eficaz ou determinante, acrescentando que uma qualquer análise deverá ter sempre presente outros elementos, 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.

¹⁷ 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.

3.1.1. Distribuição da oferta

Em Portugal existem 565 estabelecimentos de imagiologia¹⁸ (449 de natureza privada, 40 de natureza social e 76 de natureza pública), que empregam 5.695 profissionais de saúde (3.659 no sector privado, 241 no sector social e 1.795 no sector público).¹⁹ A figura 3.1 apresenta a distribuição dos estabelecimentos de imagiologia por dimensão, avaliada pelo número de profissionais de saúde empregues, entendendo-se este indicador como uma *proxy* da capacidade produtiva de cada estabelecimento.

Figura 3.1 – Distribuição dos estabelecimentos de imagiologia por dimensão (número de profissionais de saúde)



A dimensão típica de um estabelecimento de imagiologia (avaliada pela mediana) é de 6 profissionais. A figura 3.2 denota a existência de uma significativa desigualdade na distribuição dos colaboradores por estabelecimento. Note-se que enquanto os 10% mais pequenos prestadores de imagiologia concentram apenas cerca de 1% do total de colaboradores, os 10% maiores concentram 44% dos colaboradores.

¹⁸ Com base em dados recolhidos do SRER em Novembro de 2008.

¹⁹ Os números apresentados neste estudo 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. Um qualquer profissional de saúde que exerça funções em vários estabelecimentos de imagiologia (independentemente da natureza da entidade detentora) é contado tantas vezes quantas o número de postos de trabalho que ocupa. Doravante, neste relatório, qualquer referência ao número de profissionais de saúde deve sempre ser entendida no sentido de “empregos”, aqui definido.

Figura 3.2 – Curvas de concentração de colaboradores de imagiologia, em termos de estabelecimentos

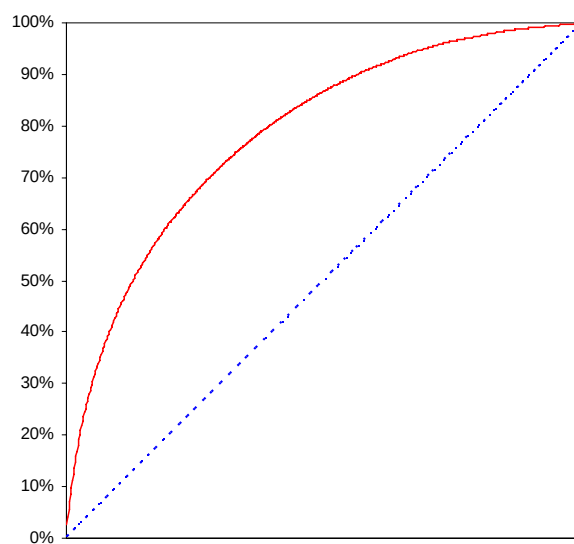


Tabela 3.1 – Número de estabelecimentos com imagiologia por RRAS

RRAS	Privada	Social	Pública	Total Estab.	% do total	Estab. por 100.000 hab.
Bragança	1	0	1	2	0%	3,49
Chaves	3	0	1	4	1%	4,92
Viana do Castelo	8	2	2	12	2%	4,76
Braga	11	3	2	16	3%	3,93
Mirandela	2	0	2	4	1%	4,20
Guimarães	23	2	2	27	5%	5,17
Felgueiras	14	3	1	18	3%	3,22
Vila Real	6	0	3	9	2%	4,48
Porto	72	5	7	84	15%	6,58
São João da Madeira	13	0	2	15	3%	5,25
Viseu	6	0	2	8	1%	2,75
Aveiro	12	2	4	18	3%	4,54
Guarda	2	0	1	3	1%	2,68
Seia	1	0	1	2	0%	4,12
Covilhã	0	1	1	2	0%	2,17
Coimbra	19	3	4	26	5%	7,75
Lousã	1	2	0	3	1%	2,18
Castelo Branco	4	0	1	5	1%	6,64
Sertão	1	0	0	1	0%	2,37
Leiria	13	0	2	15	3%	5,69
Entroncamento	15	1	3	19	3%	8,23
Caldas da Rainha	15	4	3	22	4%	6,17
Portalegre	1	0	2	3	1%	5,97
Ponte de Sor	1	0	0	1	0%	2,54
Santarém	8	0	1	9	2%	5,00
Coruche	0	1	0	1	0%	1,47
Elvas	3	0	1	4	1%	5,85
Lisboa	123	9	12	144	25%	7,15
Montemor-o-Novo	2	0	0	2	0%	4,61
Évora	6	0	2	8	1%	9,23
Setúbal	31	1	3	35	6%	4,57
Moura	1	0	2	3	1%	8,00
Beja	4	0	5	9	2%	10,03
Sines	5	1	1	7	1%	9,79
Odemira	0	0	0	0	0%	0,00
Portimão	9	0	1	10	2%	5,33
Faro	13	0	1	14	2%	6,10
Total Global	449	40	76	565	100%	5,60

A tabela 3.1 apresenta a distribuição dos estabelecimentos de imagiologia por mercados relevantes, ou seja, por RRAS, apresentando também separadamente os estabelecimentos privados, os públicos e os do sector social. Constatase que a única região em Portugal continental que não dispõe de qualquer estabelecimento de imagiologia é Odemira. A maior diversidade de estabelecimentos encontra-se nas RRAS de Lisboa e Porto, que concentram 40% dos estabelecimentos, mas, relativamente à população, o maior número de estabelecimentos encontra-se nas RRAS de Beja e Sines, com cerca de 10 estabelecimentos por cada 100.000 habitantes. No extremo oposto, encontra-se, além de Odemira, a RRAS de Coruche, com menos de dois estabelecimentos por cada 100.000 habitantes.

3.1.2. Análise da concentração a nível de “Entidades”

Como foi referido anteriormente, existem em Portugal 565 estabelecimentos de imagiologia pertencentes a 500 entidades: 405 entidades privadas, 38 do sector social e 57 entidades públicas.

A tabela 3.2 apresenta a distribuição das sedes das entidades prestadoras de serviços de imagiologia pelos mercados relevantes, ou seja, por RRAS.²⁰ Como seria de esperar, há uma maior concentração regional em termos de sedes de entidades do que em termos dos estabelecimentos dessas entidades. Por outro lado, nas RRAS da Sertã e Odemira não há qualquer sede de entidade prestadora de serviços de imagiologia.

A tabela 3.3, por sua vez, apresenta o número de entidades prestadoras de serviços de imagiologia presentes em cada RRAS, através de pelo menos um qualquer estabelecimento. Será com base nestes dados, relativamente às entidades do sector privado e social, que será realizada a análise da concentração em cada mercado relevante (RRAS).

²⁰ Cabe notar que uma entidade se distribuirá de maneira diferente em termos geográficos se levarmos em conta os endereços dos estabelecimentos que possui, isto no caso das entidades com mais do que um estabelecimento.

Tabela 3.2 – Número de entidades de imagiologia com sede em cada RRAS

RRAS	Privada	Social	Pública	Total Entidades	% do total	Entid. por 100.000 hab.
Bragança	1	0	1	2	0%	3,49
Chaves	3	0	0	3	1%	3,69
Viana do Castelo	6	2	1	9	2%	3,57
Braga	11	3	2	16	3%	3,93
Mirandela	2	0	0	2	0%	2,10
Guimarães	19	2	1	22	4%	4,22
Felgueiras	10	3	1	14	3%	2,50
Vila Real	4	0	1	5	1%	2,49
Porto	68	5	7	80	16%	6,27
São João da Madeira	10	0	2	12	2%	4,20
Viseu	7	0	2	9	2%	3,09
Aveiro	9	2	4	15	3%	3,78
Guarda	2	0	1	3	1%	2,68
Seia	1	0	1	2	0%	4,12
Covilhã	0	1	1	2	0%	2,17
Coimbra	19	1	4	24	5%	7,15
Lousã	1	2	0	3	1%	2,18
Castelo Branco	4	0	1	5	1%	6,64
Sertão	0	0	0	0	0%	0,00
Leiria	10	0	2	12	2%	4,55
Entroncamento	12	1	1	14	3%	6,06
Caldas da Rainha	14	4	3	21	4%	5,89
Portalegre	1	0	1	2	0%	3,98
Ponte de Sor	1	0	0	1	0%	2,54
Santarém	7	0	1	8	2%	4,45
Coruche	1	1	0	2	0%	2,94
Elvas	3	0	0	3	1%	4,39
Lisboa	115	9	10	134	27%	6,66
Montemor-o-Novo	2	0	0	2	0%	4,61
Évora	6	0	2	8	2%	9,23
Setúbal	27	1	3	31	6%	4,05
Moura	1	0	0	1	0%	2,67
Beja	4	0	1	5	1%	5,57
Sines	4	1	1	6	1%	8,39
Odemira	0	0	0	0	0%	0,00
Portimão	7	0	1	8	2%	4,27
Faro	13	0	1	14	3%	6,10
Total Global	405	38	57	500	1	4,96

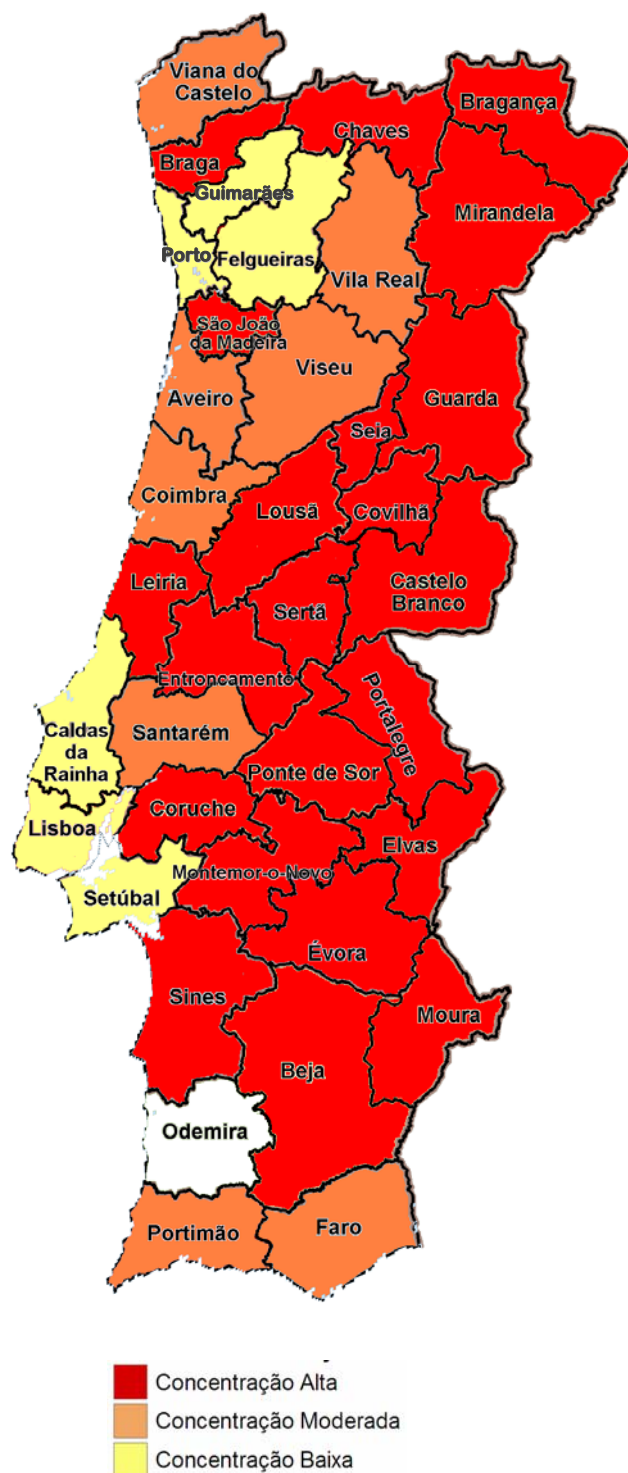
Tabela 3.3 – Número de entidades de imagiologia presentes em cada RRAS

RRAS	Privada	Social	Pública	Total Ent.	Ent./100.000 hab.
Bragança	1	0	1	2	3,49
Chaves	3	0	1	4	4,92
Viana do Castelo	8	2	1	11	4,36
Braga	11	3	2	16	3,93
Mirandela	2	0	1	3	3,15
Guimarães	22	2	1	25	4,79
Felgueiras	14	3	1	18	3,22
Vila Real	6	0	1	7	3,49
Porto	68	5	7	80	6,27
São João da Madeira	12	0	2	14	4,90
Viseu	6	0	2	8	2,75
Aveiro	11	2	4	17	4,29
Guarda	2	0	1	3	2,68
Seia	1	0	1	2	4,12
Covilhã	0	1	1	2	2,17
Coimbra	18	1	4	23	6,85
Lousã	1	2	0	3	2,18
Castelo Branco	4	0	1	5	6,64
Sertão	1	0	0	1	2,37
Leiria	11	0	2	13	4,93
Entroncamento	12	1	1	14	6,06
Caldas da Rainha	15	4	3	22	6,17
Portalegre	1	0	2	3	5,97
Ponte de Sor	1	0	0	1	2,54
Santarém	7	0	1	8	4,45
Coruche	0	1	0	1	1,47
Elvas	3	0	1	4	5,85
Lisboa	113	9	10	132	6,56
Montemor-o-Novo	2	0	0	2	4,61
Évora	6	0	2	8	9,23
Setúbal	30	1	3	34	4,44
Moura	1	0	2	3	8,00
Beja	4	0	2	6	6,69
Sines	5	1	1	7	9,79
Odemira	0	0	0	0	0,00
Portimão	9	0	1	10	5,33
Faro	13	0	1	14	6,10

A figura 3.3 apresenta os rácios de concentração R2 e os IHH calculados para as várias RRAS.

Figura 3.3 – Concentração dos mercados de imagiologia

RRAS	Rácio R2	IHH
Bragança	100%	10.000
Chaves	89%	5.062
Viana do Castelo	46%	1.581
Braga	59%	2.296
Mirandela	100%	5.030
Guimarães	29%	752
Felgueiras	28%	807
Vila Real	49%	2.060
Porto	20%	409
São João da Madeira	62%	2.602
Viseu	50%	1.988
Aveiro	39%	1.293
Guarda	100%	6.122
Seia	100%	10.000
Covilhã	100%	10.000
Coimbra	47%	1.662
Lousã	84%	4.346
Castelo Branco	83%	3.674
Sertã	100%	10.000
Leiria	64%	2.702
Entroncamento	64%	2.858
Caldas da Rainha	32%	936
Portalegre	100%	10.000
Ponte de Sor	100%	10.000
Santarém	44%	1.636
Coruche	100%	10.000
Elvas	84%	3.837
Lisboa	23%	445
Montemor-o-Novo	100%	5.000
Évora	84%	4.746
Setúbal	25%	630
Moura	100%	10.000
Beja	78%	3.648
Sines	75%	3.081
Odemira	*	*
Portimão	43%	1.455
Faro	39%	1.230



Nota: Nas RRAS marcadas com asterisco na tabela e a branco no mapa não foram identificados prestadores não públicos.

Como se constata, em 22 das 36 RRAS do continente com prestadores de imagiologia, os mercados são muito concentrados, no sentido em que os rácios R2 (rácios de concentração dos dois maiores concorrentes) são superiores a 50% (a vermelho no mapa da figura 3.3). Seis mercados não são concentrados, apresentando R2 inferiores a 33% (a amarelo), e os restantes oito são moderadamente concentrados, apresentando R2 entre 33% e 50% (a laranja).

Os mercados menos concentrados são os do Porto e regiões limítrofes (Guimarães e Felgueiras), no Norte, e Lisboa e regiões limítrofes (Caldas da Rainha e Setúbal), no Sul. Nestas RRAS as estruturas de mercado são mais atomizadas, operando um maior número de entidades, sem grandes diferenças entre as suas quotas de mercado. Consequentemente, estas regiões apresentam um grau de concentração reduzido (inferior a 33%, em termos de R2, e com um IHH inferior a 1.000) que não é, normalmente, susceptível de colocar problemas de natureza concorrencial.

Os maiores problemas de concorrência surgem nas regiões do interior do país, sobretudo na zona Centro e Alentejo, onde os mercados são altamente concentrados. Será nestas regiões onde é mais provável que a falta de concorrência se possa traduzir em serviços menos ajustados às necessidades dos utentes.

3.1.3. Análise da concentração a nível de “Grupos Empresariais”

Constata-se que várias entidades privadas que prestam serviços de imagiologia partilham a estrutura accionista, e em muitos outros casos, existem indícios fortes de relações de gestão, uma vez que os corpos gerentes são comuns a várias empresas, mesmo que não tenham relações ao nível da estrutura accionista.

A existência de grupos empresariais, compostos por várias entidades ligadas entre si por relações de gestão ou de capital, poderá alterar o nível de concorrência em cada mercado, na medida em que as estratégias das várias entidades do grupo possam ser concertadas, e não concorrentes. Os grupos empresariais, ao concentrarem a

definição da estratégia de oferta de serviços, alteram a concorrência, efectiva e/ou potencial, nos mercados, face ao nível de concorrência observada quando a análise é efectuada ao nível das entidades individuais. Assim sendo, procedeu-se à avaliação do grau de concentração dos mercados ao nível de grupos empresariais.

Em Portugal continental existem 443 entidades não públicas (sector privado e sector social) de prestação de serviços de imagiologia. A partir da informação do SRER relativa a elementos comuns em termos de sócios e accionistas das entidades, e/ou responsáveis pela gestão das mesmas pudemos identificar 23 grupos empresariais, agrupando 78 entidades (18% do total de entidades não públicas). Estes 23 grupos empresariais detêm 93 estabelecimentos (19% do total de estabelecimentos não públicos) e 1.166 colaboradores da área da imagiologia (30% do total de colaboradores dos sectores social e privado).

A tabela 3.4 apresenta o número de grupos e entidades independentes prestadores de serviços de imagiologia presentes em cada RRAS, através de pelo menos um qualquer estabelecimento. Será com base nestes dados que será realizada a análise da concentração em cada mercado relevante (RRAS).

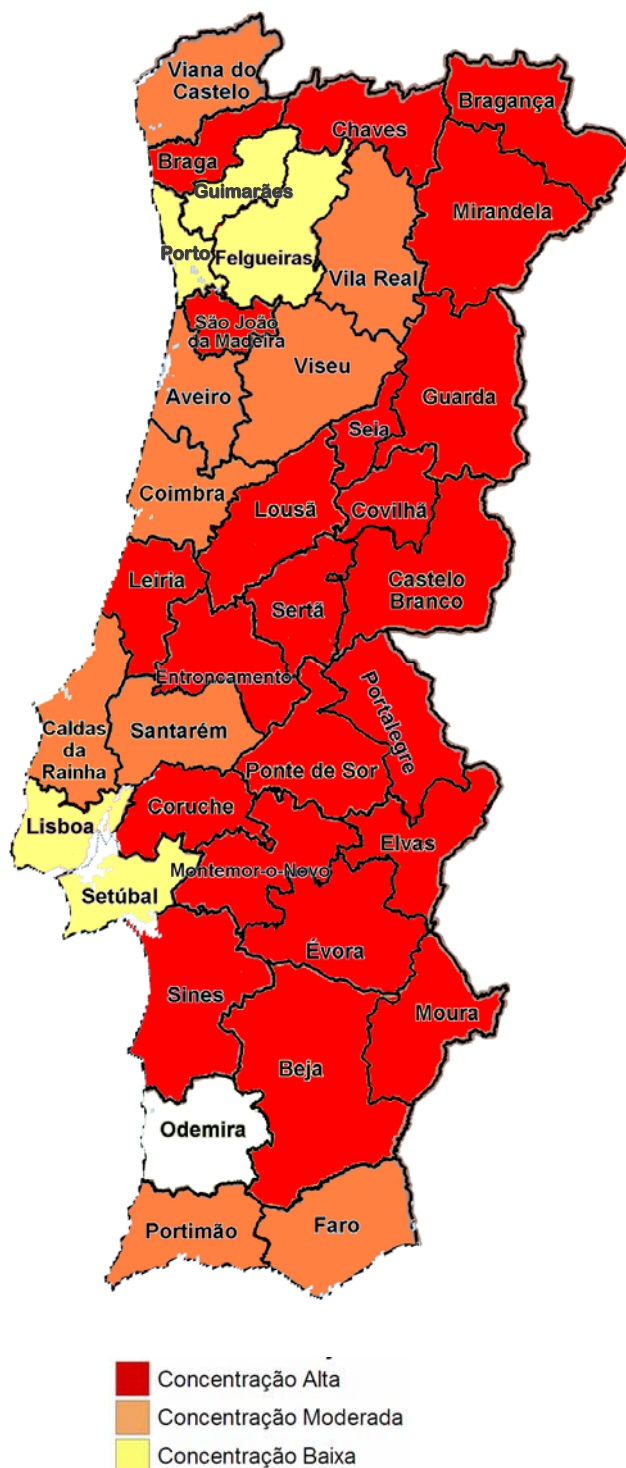
A figura 3.4 apresenta os rácios de concentração R2 e os IHH calculados para os vários mercados geográficos dos serviços de imagiologia, com base nos grupos empresariais identificados, e o mapa ilustra o nível de concentração das regiões de acordo com o rácio de concentração. Quando se toma em consideração a eventual coordenação de estratégias nos grupos empresariais, nota-se uma concentração mais elevada em seis dos mercados relevantes, resultante dos agrupamentos das entidades.

Tabela 3.4 – Número de grupos de imagiologia presentes em cada RRAS

RRAS	Grupos	Entidades independentes	Total de concorrentes
Bragança	0	1	1
Chaves	1	2	3
Viana do Castelo	2	8	10
Braga	2	12	14
Mirandela	1	1	2
Guimarães	2	21	23
Felgueiras	3	12	15
Vila Real	1	5	6
Porto	9	59	68
São João da Madeira	0	12	12
Viseu	0	6	6
Aveiro	1	12	13
Guarda	0	2	2
Seia	0	1	1
Covilhã	0	1	1
Coimbra	0	19	19
Lousã	0	3	3
Castelo Branco	0	4	4
Sertão	0	1	1
Leiria	1	6	7
Entroncamento	2	11	13
Caldas da Rainha	2	15	17
Portalegre	0	1	1
Ponte de Sor	1	0	1
Santarém	2	5	7
Coruche	0	1	1
Elvas	0	3	3
Lisboa	13	91	104
Montemor-o-Novo	0	2	2
Évora	2	4	6
Setúbal	4	27	31
Moura	0	1	1
Beja	1	2	3
Sines	2	4	6
Odemira	0	0	0
Portimão	1	8	9
Faro	0	13	13

Figura 3.4 – Concentração dos mercados de imagiologia considerando as relações de grupo

RRAS	Rácio R2	IHH
Bragança	100%	10.000
Chaves	89%	5.062
Viana do Castelo	46%	1.581
Braga	59%	2.296
Mirandela	100%	5.030
Guimarães	29%	766
Felgueiras	28%	842
Vila Real	49%	2.060
Porto	24%	499
São João da Madeira	62%	2.602
Viseu	50%	1.988
Aveiro	39%	1.293
Guarda	100%	6.122
Seia	100%	10.000
Covilhã	100%	10.000
Coimbra	47%	1.662
Lousã	84%	4.346
Castelo Branco	83%	3.674
Sertã	100%	10.000
Leiria	73%	3.183
Entroncamento	64%	2.858
Caldas da Rainha	37%	1.161
Portalegre	100%	10.000
Ponte de Sor	100%	10.000
Santarém	44%	1.636
Coruche	100%	10.000
Elvas	84%	3.837
Lisboa	30%	603
Montemor-o-Novo	100%	5.000
Évora	84%	4.746
Setúbal	25%	630
Moura	100%	10.000
Beja	87%	4.556
Sines	75%	3.081
Odemira	*	*
Portimão	43%	1.455
Faro	39%	1.230



Como se constata, o número de RRAS com mercados muito concentrados mantém-se nos 22, e diminui o número de mercados pouco concentrados (de seis para cinco), relativamente à secção anterior, onde as relações de grupo foram ignoradas. O grau de concentração (avaliado pelo R2) aumentou em seis RRAS, sendo este aumento maior em Beja (aumento de 9 pontos percentuais).

A consideração das relações de grupo leva-nos a concluir que os mercados de imagiologia são geralmente muito concentrados, e apenas nas regiões de Porto, Setúbal, Felgueiras, Guimarães e Lisboa é que o nível de concentração é suficientemente baixo de modo a que o nível de concorrência não cause preocupação.

3.1.4. Concorrência entre entidades não públicas e públicas

Entre 6 de Maio e 6 de Junho de 2008, o Governo colocou em discussão pública um projecto de Decreto-Lei que visava estabelecer um novo regime jurídico das convenções com o SNS.

No n.º 2 do artigo 1.º do projecto de Decreto-Lei, previa-se que a celebração de convenções deveria aplicar-se a todos os prestadores de cuidados de saúde, públicos ou privados, pessoas singulares ou colectivas, com ou sem fins lucrativos, ou seja, o projecto de Decreto-Lei inovava por prever a possibilidade de concorrência, no âmbito do regime jurídico das convenções, entre entidades públicas e entidades privadas.

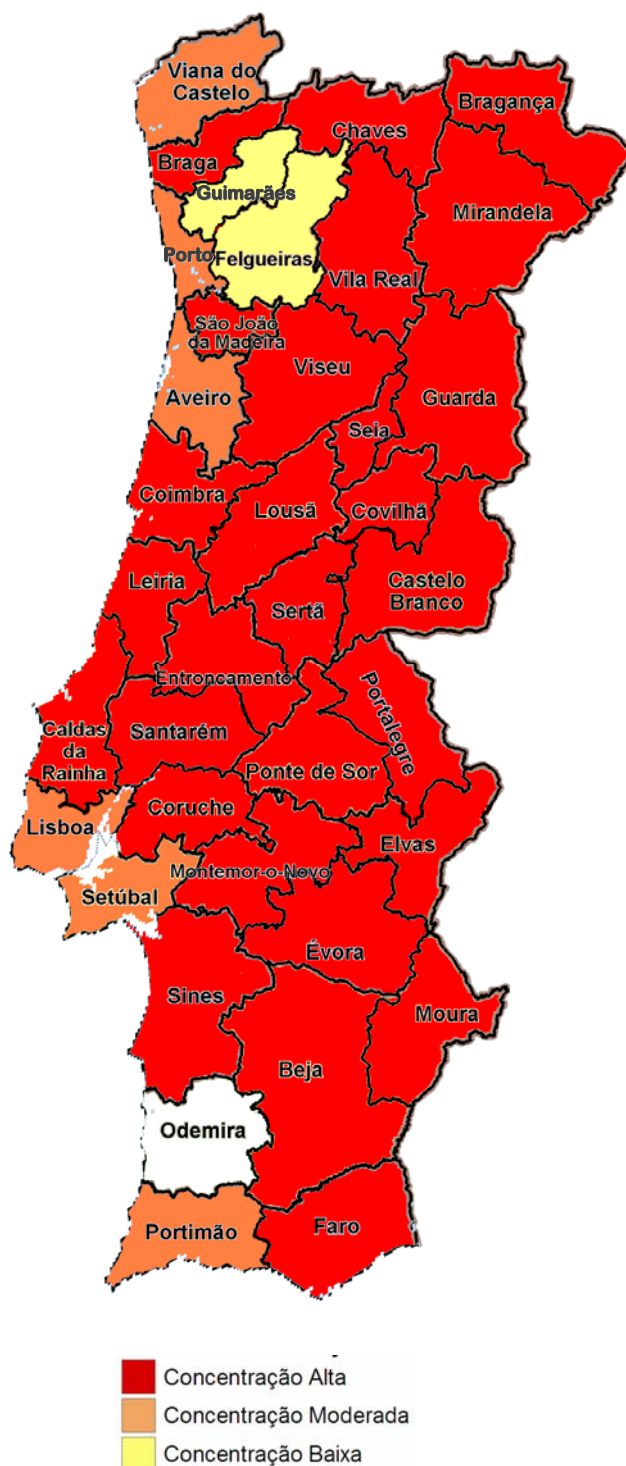
No hipotético cenário de as entidades públicas passarem a poder fornecer os seus serviços em regime de convenção a utentes do SNS, essas unidades passariam a estar em concorrência directa por uma parte importante da procura de serviços de imagiologia, como se verá no capítulo 4. Nessas circunstâncias, a análise de concorrência efectuada nas anteriores secções estaria incompleta, por não se ter considerado alguns dos potenciais concorrentes.

Com vista a testar os impactos concorrenciais do eventual cenário de alargamento do âmbito das convenções às entidades públicas, realizou-se, então, a análise concorrencial com base nos grupos empresariais identificados e considerando os hospitais públicos como integrando o grupo empresarial “Estado”. Conclui-se, dessa análise, que a concentração dos mercados é agora maior em 13 mercados, igual em

10 mercados, e menor em 13 (figura 3.5). Os maiores aumentos de concentração pela consideração dos prestadores públicos ocorrem em regiões urbanas, nomeadamente Porto, Setúbal e Coimbra, facto que se pode explicar pela mais alta capacidade produtiva e de atracção de utentes dos prestadores públicos aí instalados, que se reflectem nos cálculos das quotas de mercado e dos IHH.

Figura 3.5 – Concentração dos mercados de imagiologia, incluindo o “grupo empresarial Estado”

RRAS	Rácio R2	IHH
Bragança	100%	5.266
Chaves	88%	4.752
Viana do Castelo	41%	1.433
Braga	59%	2.021
Mirandela	79%	3.954
Guimarães	28%	718
Felgueiras	33%	961
Vila Real	64%	2.887
Porto	44%	1.530
São João da Madeira	58%	2.068
Viseu	65%	3.203
Aveiro	44%	1.389
Guarda	84%	3.809
Seia	100%	5.030
Covilhã	100%	5.372
Coimbra	64%	2.510
Lousã	84%	4.346
Castelo Branco	75%	3.529
Sertã	100%	10.000
Leiria	58%	2.414
Entroncamento	61%	2.224
Caldas da Rainha	54%	1.811
Portalegre	100%	8.452
Ponte de Sor	100%	10.000
Santarém	58%	2.468
Coruche	100%	10.000
Elvas	69%	3.025
Lisboa	38%	883
Montemor-o-Novo	100%	5.000
Évora	75%	3.244
Setúbal	44%	1.452
Moura	100%	7.209
Beja	90%	5.785
Sines	67%	2.557
Odemira	*	*
Portimão	49%	1.832
Faro	51%	1.931



Nota: Nas RRAS marcadas com asterisco na tabela e a branco no mapa não foram identificados prestadores.

4. Barreiras à entrada nos mercados de imagiologia

A concorrência entre prestadores decorre no interesse dos utentes, na medida em que a pressão concorrencial incentiva os prestadores a fornecerem melhores serviços como forma de reter ou captar utentes e, dessa forma, garantir a sua sobrevivência com rentabilidades atractivas. Neste sentido, o que é relevante para o interesse dos utentes é a pressão concorrencial sentida por cada prestador, quer esta seja causada por concorrentes que já estejam no mercado, quer seja causada por concorrentes potenciais, que não se encontram no mercado, mas que nele poderiam entrar se as rentabilidades obtidas fossem acima do normal.

A análise da concorrência efectuada no capítulo anterior 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.

As principais barreiras à entrada na actividade de prestação de serviços de imagiologia, nomeadamente a necessidade de autorização de funcionamento (licenciamento) e a obtenção de acordos com os principais financiadores (convenções), são analisadas neste capítulo.

4.1. 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 que

se verifica entre prestadores e utentes reduz a capacidade de escolha dos últimos, 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 um dos possíveis mecanismos através dos quais se pretende garantir que a prestação de cuidados de saúde se realiza com respeito por parâmetros mínimos de qualidade, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.

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.²¹

De acordo com um conjunto de diplomas legais, na sua maioria datados de 1999, o funcionamento de certos tipos de estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde, incluindo os de imagiologia, pressupunha a existência de licenciamento. Recentemente, o Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, que estabelece o novo modelo de organização e estrutura orgânica das ARS, revoga o artigo que faz o funcionamento das unidades de saúde depender da obtenção de uma licença, da maioria dos diplomas que estabelecem regimes de licenciamento para as diferentes valências. Mantém-se, todavia, a sujeição ao poder orientador e de inspecção dos serviços competentes do Ministério da Saúde, e a obrigatoriedade de cumprimento das normas relativas às instalações, organização e funcionamento dos estabelecimentos, em linha do que se encontra plasmado nos diplomas que aprovam os regimes de licenciamento.

²¹ Isto é, desde que esteja assegurada igualdade de circunstâncias para todos os operadores de mercado.

Sem prejuízo da recente evolução do enquadramento legal concernente ao licenciamento, devemos ter em conta que nos últimos anos vigorou um quadro legal de efectiva obrigatoriedade de obtenção de licença para a entrada em funcionamento de certos tipos de prestadores privados de cuidados de saúde.

Nas secções seguintes apresenta-se o enquadramento jurídico do licenciamento de prestadores de serviços de imagiologia em Portugal, e discute-se as suas implicações quer do ponto de vista do ambiente concorrencial, quer do ponto de vista da garantia da segurança e qualidade dos serviços de saúde.²²

4.1.1. Enquadramento jurídico do licenciamento

O Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de Novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 de Setembro, aprova o regime jurídico do licenciamento e da fiscalização das actividades desenvolvidas em unidades de saúde privadas que utilizem, com fins de diagnóstico, terapêutica e prevenção, radiações ionizantes, ultra-sons ou campos magnéticos, bem como os requisitos que devem ser observados quanto a instalações, organização e funcionamento. Dando cumprimento ao art. 7.º do regime jurídico citado, o Despacho n.º 258/2003 (2ª. Série), publicado no DR, II Série, de 8 de Janeiro 2003, veio aprovar o Manual de Boas Práticas de Radiologia que define as regras e os processos de garantia de qualidade destas unidades de saúde.²³

Os estabelecimentos do sector público e do sector social não estavam abrangidos pelo regime de licenciamento previsto para os privados. No entanto, as Instituições

²² A ERS elaborou já um documento onde são dados a conhecer os vários diplomas existentes no ordenamento jurídico português sobre o licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde, e onde era analisada a situação efectiva 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. Este documento tem o título de “Estudo sobre o Licenciamento de Prestadores de Cuidados de Saúde”, e encontra-se publicado no *website* da ERS, <http://www.ers.pt>.

²³ Sobre os estabelecimentos que desenvolvam práticas de radiodiagnóstico, de radioterapia ou de medicina nuclear, impende ainda a obrigatoriedade de cumprir as normas relativas à protecção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes das radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas, e nesse âmbito, de obter a licença de funcionamento referida no Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de Agosto. Não obstante, o presente capítulo apenas analisa a fundo o regime jurídico de licenciamento aprovado pelo Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de Novembro, e as suas consequências sobre o funcionamento dos mercados em estudo, por ser esse um regime jurídico de carácter geral e mais abrangente, onde se estabelecem os requisitos básicos de organização e funcionamento dos estabelecimentos.

Particulares de Solidariedade Social (IPSS) encontravam-se sujeitas ao poder orientador e de inspecção dos serviços competentes do Ministério da Saúde, de forma a salvaguardar a qualidade dos serviços prestados²⁴, devendo garantir o bom funcionamento das instalações e equipamentos dos seus estabelecimentos e a qualidade dos serviços neles prestados, colaborar com a autoridade sanitária local e dar cumprimento às respectivas recomendações e directivas²⁵.

Em conformidade com esta premissa, plasmada na própria Lei de Bases da Saúde, o legislador optou por isentar da aplicação das regras procedimentais previstas em matéria de licenciamento o sector público e o sector social, sem prejuízo da observância, por parte destes, das regras previstas em matéria de qualidade e segurança. Ou seja, os estabelecimentos de imagiologia públicos ou sociais não careçam, à luz daquele regime de licenciamento, de obter uma licença para poderem operar, ainda que devessem, naturalmente, zelar pela prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança, respeitando as regras previstas na legislação que regulamenta o licenciamento das unidades privadas (artigo 1.º, n.º 2 do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de Novembro).

Já em Junho de 2007, os prestadores privados passaram a ter um quadro legal relativo ao licenciamento semelhante ao dos prestadores dos sectores público e social, uma vez que o seu funcionamento deixou de depender da obtenção de uma licença. O Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, diploma que visou estabelecer o novo modelo de organização e estrutura orgânica das ARS, contém uma norma revogatória que inclui a revogação do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de Novembro. O artigo em causa estabelecia que “o funcionamento de qualquer unidade de saúde depende da obtenção de uma licença, a conceder por despacho do Ministro da Saúde, que fixa as valências que o seu titular fica autorizado a desenvolver”, e a sua revogação implica uma harmonização dos regimes imposição de normas de qualidade e segurança, e consequente fiscalização, dos sectores privado, social e público.

²⁴ Nos termos da Base XXXVIII, n.º 2 da Lei 48/90, de 24 de Agosto, que introduz a Lei de Bases da Saúde.

²⁵ Nos termos do artigo 7.º, n.º 2, als. a) e e) da Portaria sem número, publicada na II série do DR, de 27 de Julho de 1988, que sofreu as alterações introduzidas pela Portaria n.º 143/91, publicada na II série do DR, de 2 de Maio de 1991.

4.1.2. O licenciamento enquanto barreira à entrada

O licenciamento, enquanto autorização administrativa prévia ao funcionamento de um prestador de cuidados de saúde, constitui uma barreira à entrada no sector, de natureza regulamentar. Genericamente, qualquer barreira adicional à entrada tem, potencialmente, um efeito de restrição da concorrência que se pode traduzir na perda de eficiência e redução do bem-estar dos utentes.

Todavia, uma vez que nos mercados da Saúde existem fortes assimetrias de informação entre utentes e prestadores, em desfavor dos primeiros, a exigência de requisitos mínimos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados, pode ser um instrumento importante para garantir níveis mínimos de qualidade nos serviços prestados.

Por outro lado, se os processos de licenciamento forem suficientemente ágeis e transparentes e incidirem universalmente sobre o tecido de prestadores de cuidados de saúde, e se os investimentos necessários para instalar os recursos mínimos requeridos forem mantidos a um nível razoável, a concorrência não será afectada, uma vez que qualquer prestador potencial pode ter acesso ao mercado, e todos os prestadores se encontram em igualdade de circunstâncias. Nestas condições, o licenciamento aumenta o bem-estar, já que não tem impactos significativos na concorrência e aumenta a qualidade dos serviços prestados.

Porém, a obtenção de uma licença de funcionamento nunca foi um processo sem dificuldades. Apesar de o licenciamento ter sido obrigatório para todos os prestadores de imagiologia desde 1999, em momento anterior à revogação imposta pelo Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, existiam em Portugal ainda muitas destas unidades, em actividade, sem que lhes tivesse sido atribuída a respectiva licença. Este facto, que era do conhecimento de todas as entidades que de alguma forma estavam ligadas ao processo, pôde ser verificado de uma forma sistemática com base na informação obtida no âmbito do processo de registo dos prestadores de cuidados de saúde na ERS. Comparando as listas de unidades licenciadas com as listas das entidades que pediram o registo na ERS até esse momento, nas mesmas áreas, pudemos aferir da verdadeira dimensão do problema da falta de licenciamento que se verificava.²⁶

²⁶ A informação aqui apresentada foi extraída do “Estudo sobre o Licenciamento de Prestadores de Cuidados de Saúde”, já mencionado na nota 22, onde tal análise é feita em detalhe para todas as valências sujeitas a licenciamento.

Na tabela 4.1 é sintetizada a informação sobre o número de entidades prestadoras de imagiologia privadas licenciadas, e seu peso no total, de cada uma das regiões administrativas do SNS. O número de entidades não licenciadas reflecte o número de entidades registadas na ERS à data da análise, nas mesmas áreas, que não constavam das listas de entidades licenciadas publicadas pela Direcção-Geral da Saúde (DGS)²⁷.

Tabela 4.1 – Entidades prestadoras de imagiologia, licenciadas e não licenciadas no total, por ARS

ARS	Licenciadas	N Licenciadas
ARS Norte	6	152
	4%	96%
ARS Centro	45	52
	46%	54%
ARS LVT	18	135
	12%	88%
ARS Alentejo	8	12
	40%	60%
ARS Algarve	13	10
	56%	44%
Total Nacional	90	361
	20%	80%

Fontes: Direcção-Geral da Saúde e Entidade Reguladora da Saúde

Podemos constatar que a maioria dos estabelecimentos de imagiologia não estava licenciado (80% de não licenciados a nível nacional). Do ponto de vista geográfico, verificamos a existência de significativa desigualdade na incidência do licenciamento. Enquanto que na ARS do Norte existiam apenas 4% de licenciados, na ARS do Algarve perto de 60% estavam licenciados.

Assim, como acabamos de demonstrar, o licenciamento de unidades de imagiologia em Portugal nunca foi, em termos práticos, uma condição universal e obrigatória para operar nos mercados. A situação de facto é que concorrem no mesmo mercado prestadores licenciados e prestadores não licenciados, o que poderá colocar em desvantagem competitiva os primeiros. Os prestadores que obtiveram licença terão suportado custos adicionais por duas vias: em primeiro lugar, o cumprimento dos requisitos de licenciamento poderá ter exigido investimentos significativos no momento de entrada no mercado (investimento fixo de início de actividade, ou custos de instalação), e poderá implicar posteriores aumentos nos custos de produção; em segundo lugar, a tramitação dos processos administrativos de atribuição das licenças

²⁷ Informação que se encontrava disponível no *website* da DGS, <http://www.dgs.pt>.

vinha revelando-se morosa, podendo ter adiado a entrada no mercado dos prestadores que optaram por se licenciar.

Um processo de licenciamento que não seja, na prática, universal, (ainda que a legislação exija o contrário) gera efeitos perversos em termos das condições de concorrência entre os prestadores que podem anular os efeitos positivos pretendidos com o licenciamento, e possivelmente invalidar a garantia da qualidade e segurança no mercado como um todo. Adicionalmente, a convivência no mercado de prestadores devidamente escrutinados e vinculados ao cumprimento dos requisitos técnicos e humanos impostos pelo licenciamento, com outros prestadores que não se sujeitam a estes requisitos, é uma situação que premeia o incumprimento dos requisitos de qualidade, criando um clima de favorecimento implícito dos prestadores que oferecem menores garantias de qualidade.

Desde Junho de 2007, com a revogação da obrigatoriedade da obtenção de licença para a entrada em funcionamento de unidades de imagiologia, o licenciamento deixou de ser uma barreira administrativa ao acesso aos mercados, e uma vez que o processo de licenciamento então existente não cumpria os requisitos necessários para a promoção da segurança e qualidade dos serviços sem impactos significativos na concorrência (recorde-se, processos ágeis e transparentes e incidência universal sobre o tecido de prestadores de cuidados de saúde), tal revogação representa a queda de um entrave ao ambiente concorrencial dos mercados de imagiologia.

4.1.3. O licenciamento e qualidade dos cuidados de saúde

Como vimos, um processo de licenciamento com insuficiências procedimentais, e de incidência não universal, como aquele que vigorou até 2007 para o sector da imagiologia, configura uma situação de discriminação nas condições de acesso aos mercados, que prejudica a concorrência no sector. Potencialmente, tal situação pode até resultar numa selecção adversa dos prestadores que não cumpram os requisitos e condições de funcionamento estabelecidos no regime de licenciamento, sendo expulsos do mercado aqueles prestadores que oferecem maiores garantias de qualidade e segurança, mas que por isso têm custos mais elevados pelo seu cumprimento.

No entanto, a ausência da obrigatoriedade de obtenção de licença poderá também ter reflexos negativos no nível médio de segurança e qualidade dos serviços de saúde, e por maioria de razão, dos serviços prestados pelos estabelecimentos de imagiologia. O processo de licenciamento é necessário porque o utente médio não tem informação e formação suficiente para avaliar as condições de funcionamento dos estabelecimentos, e decidir em conformidade a que serviços recorrer. O licenciamento transmite uma garantia, validada por uma entidade administrativa, que o prestador dispõe de recursos suficientes para garantir níveis mínimos de qualidade nos serviços prestados.

Sem um licenciamento obrigatório, corre-se o risco de os prestadores não sentirem pressão para cumprir os requisitos mínimos de qualidade, uma vez que, como se disse, eles representam frequentemente investimentos e custos de manutenção relevantes.²⁸ Em mercados mais concorrenciais, alguns prestadores poderão equacionar a adopção de estratégias agressivas de redução de custos, sacrificando alguns dos requisitos mínimos, e pondo em causa a qualidade dos serviços prestados.

4.2. Convenções

Perante a desproporção existente entre a necessidade crescente de prestação de cuidados de saúde aos cidadãos e a escassez ou limitação dos recursos disponíveis no sector público para lhes dar satisfação, desde a década de 80 que o SNS – inicialmente através da DGS, e posteriormente através das ARS – recorre sistematicamente à contratação de capacidade produtiva privada para a prestação de cuidados de saúde. Esta solução permitiu superar essa situação de insuficiência e limitação de recursos no sector público, sobretudo no que respeita a meios complementares de diagnóstico e terapêutica e, dentro destes, o subsector da imagiologia.

A contratação da prestação de cuidados de saúde entre o SNS e os operadores privados traz claras vantagens para os utentes, ao permitir o alargamento das

²⁸ Sobre esta questão, a ANAUDI veio sustentar que a larga maioria dos estabelecimentos prestadores de serviços de imagiologia por licenciar, solicitaram às entidades competentes essa licença, submetendo-se “a todas as exigências do processo de licenciamento” e fazendo prova de cumprir “todas as regras de segurança e qualidade”. Defende aquela Associação que o licenciamento apenas cobre um terço dos estabelecimentos por incapacidade das entidades competentes e “ineficiência do sistema”.

hipóteses de escolha, bem como o acesso a um leque mais variado de serviços prestadores de cuidados de saúde. Neste sentido, os utentes serão os primeiros beneficiários de um sistema que funcione em respeito de adequados níveis de eficiência e qualidade e em que seja garantida uma ampla e eficaz cobertura de todo o território nacional em recursos humanos e unidades de saúde, sejam elas públicas ou não públicas.

4.2.1. Enquadramento jurídico e situação actual dos acordos e convenções com o SNS

O regime de celebração das convenções previsto na Lei de Bases da Saúde foi regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril.²⁹ Este diploma define como convenção³⁰, o contrato de adesão celebrado entre o Ministério da Saúde, através da DGS e das ARS, e as entidades privadas, pessoas colectivas ou profissionais liberais, tendo como objectivo a prestação de cuidados de saúde (com fins de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico e terapêutica da doença e de reabilitação³¹) aos utentes do SNS, passando, deste modo, a fazer parte integrante da rede nacional de prestação de cuidados de saúde.³²

Os serviços de saúde que podem ser contratados no âmbito das convenções são de diversa ordem, estando agrupados por áreas de afinidade (valências) que se traduzem na elaboração dos clausulados tipo dos contratos de adesão. As convenções existentes para a maior parte das valências regem-se por clausulados tipo de meados da década de 80, e não por clausulados definidos ao abrigo do Decreto-Lei 97/98, de 18 de Abril, que define o Regime Jurídico das Convenções. No caso específico dos serviços de imagiologia, os clausulados existentes datam de 9 de Agosto de 1985.³³

É na simples adesão a estes clausulados que se baseia a contratação para a prestação de serviços no SNS. Contudo, tendo em conta o constante do Decreto-Lei

²⁹ O enquadramento jurídico detalhado e o estado actual das convenções com o SNS constam dos relatórios elaborados pela ERS referidos na nota de rodapé 12.

³⁰ Cfr. art. 3.º al. a) do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril.

³¹ Cfr. art. 6.º n.º 1 do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril.

³² Neste sentido, *vide* base XII, n.º 4, da Lei de Bases da Saúde.

³³ Trata-se da proposta de contrato de adesão à convenção para a prestação de serviços de radiologia ao SNS, não publicada mas homologada por despacho do Ministro da Saúde nessa data.

97/98, de 18 de Abril, os clausulados tipo deveriam ter sido revistos no prazo de 180 dias após a sua publicação, o que não veio a acontecer. Assim, não existindo clausulados tipo válidos a que os prestadores possam aderir, não têm sido celebradas novas convenções. Nas valências que não tiveram clausulados tipo homologados após 1998, que é o caso da imagiologia, as convenções encontram-se encerradas a novos operadores e apenas estão em vigor as convenções celebradas antes da entrada em vigor do Estatuto do SNS, em 1993, ou durante um pequeno período de “abertura” entre 1997 e 1999. Desde 2000, só foram celebradas convenções nestas valências em casos pontuais e excepcionais, pelo que, em consequência, o universo de convencionados com o SNS é dominado por entidades que já se encontram no mercado há muito tempo.

Quanto aos prestadores do sector social, a celebração de acordos entre as ARS e as IPSS foi regulamentada pela Portaria sem número, do Ministério da Saúde, de 7 de Julho de 1988³⁴. Os acordos a estabelecer envolvem a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, os quais serão prestados em unidades pertencentes às IPSS (art. 2.º n.º 1 da Portaria de 1988). Para tanto, são considerados como cuidados de saúde, nos termos do disposto no n.º 2, do art. 2.º da referida Portaria: as consultas; os elementos complementares de diagnóstico; os tratamentos; os internamentos; e as intervenções cirúrgicas. Embora formalmente os acordos das IPSS com o SNS sejam diferentes das convenções, os seus efeitos ao nível da concorrência nos mercados são semelhantes aos destas.

4.2.2. Relevância dos acordos e convenções para os operadores

Tendo em conta os dados constantes do SRER, constatou-se que 369 das 443 entidades não públicas celebraram acordos ou convenções para a área da

³⁴ A Portaria sem número, do Ministério da Saúde, de 7 de Julho de 1988 aprovou o Regulamento dos Acordos a estabelecer entre as ARS e as Misericórdias e outras IPSS. A referida Portaria veio regulamentar o disposto no n.º 2, do artigo 4.º do Estatuto das IPSS, tendo sido alterada pela Portaria n.º 143/91, publicada na II série do Diário da República, de 2 de Maio de 1991.

Este Regulamento estabelece as normas a que devem obedecer os acordos bilaterais a celebrar entre as ARS e as Misericórdias e outras IPSS (art. 1º da Portaria de 1988).

imagiologia. Destas 369 entidades, 72% tem acordos ou convenções com o SNS.³⁵ Portanto, em Portugal continental, a dependência de utentes do SNS pode ser considerada elevada no subsector da imagiologia, muito embora seja inferior à verificada em outros subsectores.³⁶

A tabela 4.1 apresenta os acordos e convenções detidas pelos prestadores de serviços de imagiologia identificados no SRER e considerados no presente estudo.

Tabela 4.1 – Acordos e convenções detidas pelos prestadores de serviços de imagiologia

Entidades Financiadoras	N.º de Ent.	% Total
SNS	267	60%
ADSE	254	57%
SNS e ADSE	205	46%
SNS ou ADSE	316	71%
SAMS	230	52%
SNS ou ADSE ou SAMS	334	75%
Todas as convenções de MCD	369	83%

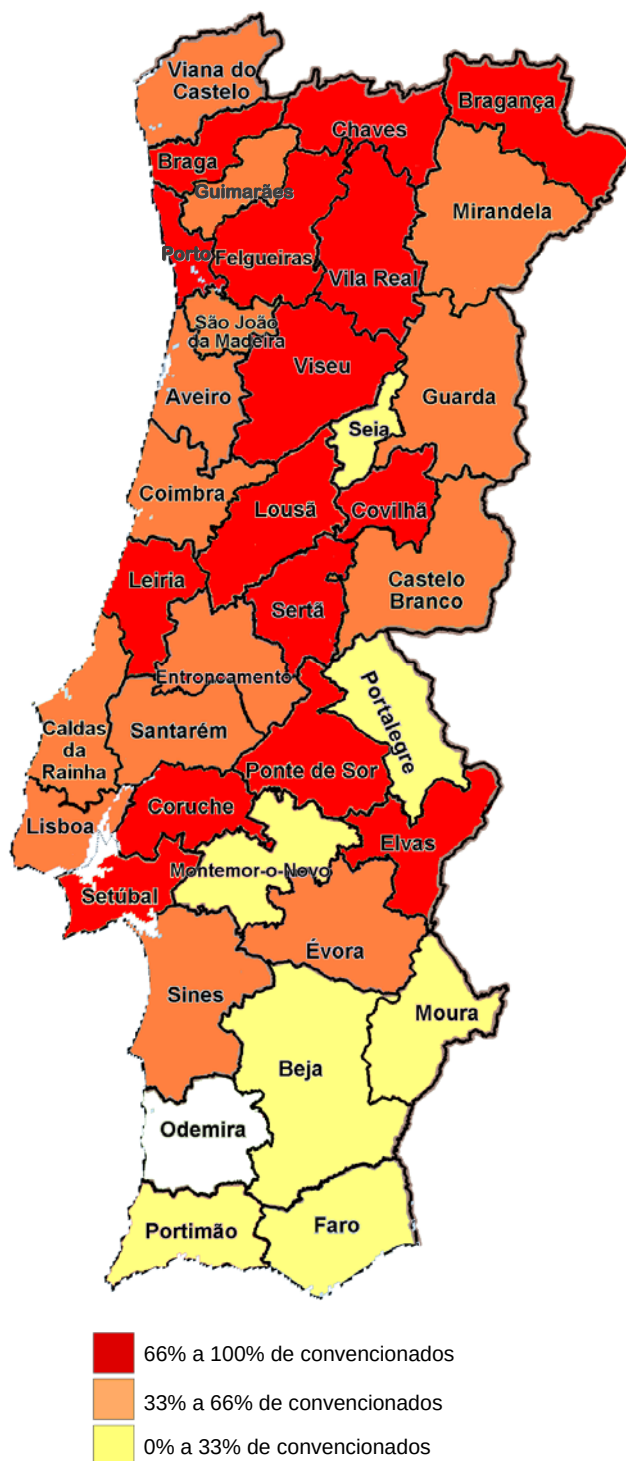
A figura 4.1 apresenta a distribuição geográfica dos acordos e convenções celebradas com o SNS – a entidade financiadora que mais prestadores abrange em termos individuais e que possibilita o acesso das entidades não públicas ao segmento de mercado dos utentes que serão unicamente do SNS, o qual será o maior segmento dos mercados.

³⁵ O número de entidades convencionadas com o SNS equivale a 60% da base total de entidades não públicas (as 443 entidades).

³⁶ Vide o estudo da ERS sobre a concorrência entre os prestadores de análises clínicas publicado no sítio da ERS.

Figura 4.1 – Acordos e convenções das entidades não públicas por RRAS – SNS

RRAS	% de Convencionados
Aveiro	36,36%
Beja	25,00%
Braga	78,57%
Bragança	100,00%
Caldas da Rainha	61,11%
Castelo Branco	50,00%
Chaves	66,67%
Coimbra	50,00%
Coruche	100,00%
Covilhã	100,00%
Elvas	100,00%
Entroncamento	53,85%
Évora	50,00%
Faro	15,38%
Felgueiras	69,23%
Guarda	50,00%
Guimarães	57,14%
Leiria	70,00%
Lisboa	61,29%
Lousã	66,67%
Mirandela	50,00%
Montemor-o-Novo	0,00%
Moura	0,00%
Odemira	*
Ponte de Sor	100,00%
Portalegre	0,00%
Portimão	14,29%
Porto	67,12%
Santarém	57,14%
São João da Madeira	40,00%
Seia	0,00%
Setúbal	82,14%
Sines	40,00%
Viana do Castelo	62,50%
Vila Real	75,00%
Viseu	100,00%
Total Nacional	60,27%



Nota: Nas RRAS marcadas com asterisco na tabela e a branco no mapa não foram identificados prestadores não públicos.

4.2.3. Consequências do actual estado das convenções

Se a detenção de convenções é uma condição importante para a obtenção de vantagens competitivas relativamente aos concorrentes, e para assegurar a viabilidade económica dos prestadores de serviços de imagiologia num ou mais mercados geográficos, então a não celebração de novas convenções do SNS pode constituir uma barreira à entrada nos mercados, que pode distorcer a concorrência nos mesmos.

O encerramento das convenções será efectivamente uma barreira à entrada nos mercados de imagiologia se existirem entidades dispostas a entrar no mercado, mas que façam depender essa entrada da detenção de uma nova convenção com o SNS – o que não é possível pelo facto referido anteriormente das convenções estarem encerradas.

O número de prestadores de imagiologia que dispõe de convenção com o SNS, conforme se pôde observar supra, é elevado, sobretudo em alguns mercados geográficos³⁷, e sugere a importância da convenção para a actuação nos mercados, mas não é revelador de todas as intenções de contratação.

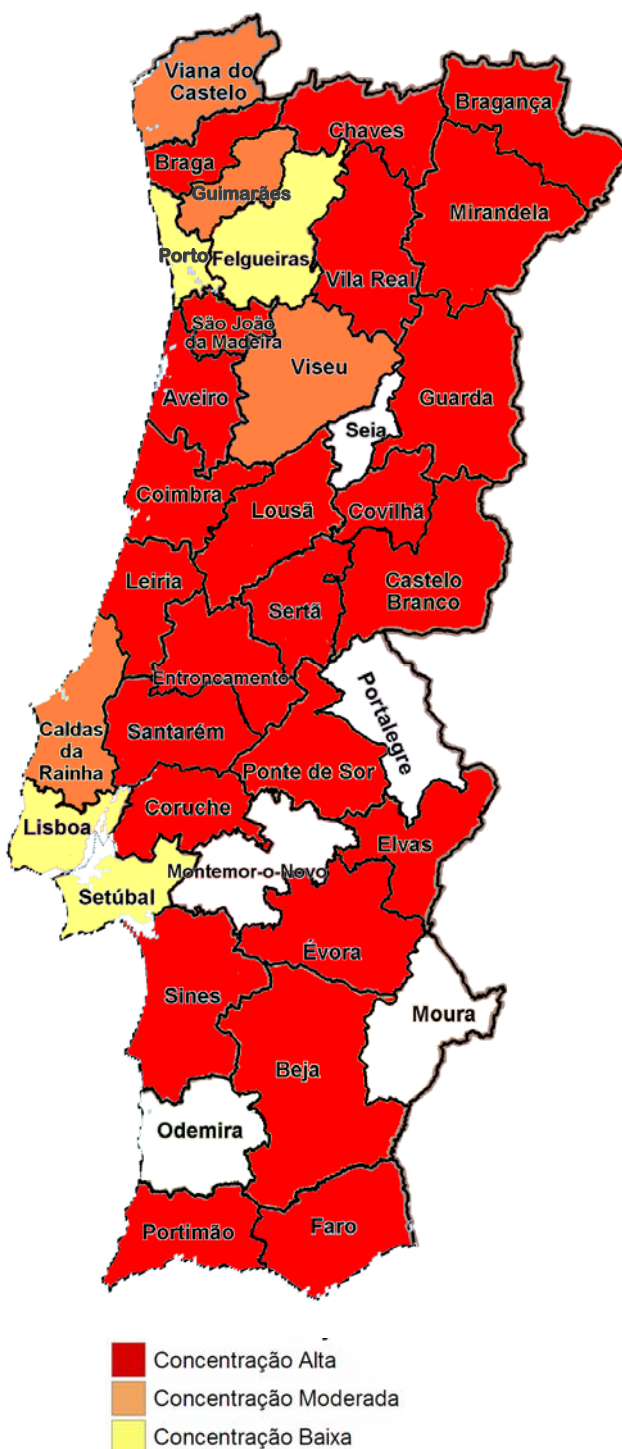
As intenções (frustradas) de contratação por convenção têm duas origens: os prestadores que já estão no mercado de imagiologia mas não têm contrato com o SNS, e potenciais entrantes que desejariam investir mas não chegam a concretizar os investimentos por falta de convenção. Acontece que apenas podemos contabilizar a extensão dos prestadores no primeiro caso, analisando o número de entidades não públicas não convencionadas face às convencionadas. Esses prestadores não convencionados, actuantes no mercado, e que frequentemente reúnem todas as condições exigíveis e desejáveis para celebrarem acordos ou convenções com o SNS, enfrentam uma decisiva barreira no acesso ao segmento de mercado dos utentes do SNS, barreira essa que os discrimina e os lesa em termos de concorrência, com claros prejuízos para si, e certamente para todo o sistema.

O impacto de tal barreira pode ser visualizado na figura 4.2, que apresenta os índices IHH dos segmentos de mercado dos utentes do SNS, considerando para efeito de cálculo os estabelecimentos das entidades convencionadas com o SNS e suas respectivas localizações nas RRAS.

³⁷ Em 14 das 36 RRAS com prestadores não públicos, mais de 66% dos prestadores são convencionados com o SNS. Em 25 das 36 RRAS, há 50% ou mais de convencionados.

Figura 4.2 – Concentrações no segmento de mercado dos utentes do SNS de imagiologia (entidades não públicas)

RRAS	IHH
Bragança	10.000
Chaves	6.250
Viana do Castelo	1.888
Braga	2.481
Mirandela	10.000
Guimarães	1.322
Felgueiras	988
Vila Real	2.593
Porto	546
São João da Madeira	4.520
Viseu	1.988
Aveiro	2.826
Guarda	10.000
Seia	*
Covilhã	10.000
Coimbra	3.666
Lousã	5.822
Castelo Branco	7.388
Sertã	10.000
Leiria	2.663
Entroncamento	5.493
Caldas da Rainha	1.473
Portalegre	*
Ponte de Sor	10.000
Santarém	2.533
Coruche	10.000
Elvas	3.837
Lisboa	887
Montemor-o-Novo	*
Évora	5.139
Setúbal	598
Moura	*
Beja	10.000
Sines	4.100
Odemira	*
Portimão	5.556
Faro	8.472



Nota: Nas RRAS marcadas com asterisco na tabela e a branco no mapa não foram identificados estabelecimentos de entidades não públicas convencionadas com o SNS.

O mapa da figura 4.2 mostra que os mercados ficam mais concentrados, caso sejam considerados apenas os prestadores convencionados com o SNS. Estes resultados indicam que os mercados apresentam uma menor concorrência entre os prestadores, quando deixa de existir a pressão concorrencial dos prestadores não convencionados sobre os convencionados naqueles mercados.

Quanto aos prestadores que não chegam sequer a entrar no mercado (o mercado em que actuam convencionados e não convencionados) por força da não obtenção de convenção, apesar de não ser possível contabilizar a extensão destes, existem indícios de que potenciais projectos de investimento não se concretizam pela não celebração de convenção com o SNS, uma vez que isso pode inviabilizar economicamente a actividade.

A dificuldade ou impossibilidade de entrada de novos operadores no mercado resulta, como se argumentou, das convenções se encontrarem encerradas. Assim, uma vez que só os prestadores mais antigos, que aderiram às convenções, enquanto os clausulados estiveram em vigor, é que podem prestar serviços ao SNS, está criada uma situação de clara discriminação negativa de novos investimentos.

Para além destas barreiras à entrada, cabe notar, por último, que o encerramento das convenções também pode ter consequências negativas em termos de: (i) acesso dos utentes a cuidados de saúde; (ii) liberdade de escolha; (iii) qualidade dos serviços prestados; e (iv) da eficiência dos prestadores.

Em termos de acesso dos utentes aos serviços de imagiologia, o problema reside no facto de o encerramento das convenções impedir que qualquer falta de capacidade de resposta a necessidades dos utentes do SNS, em determinadas regiões, seja colmatada através da celebração de novas convenções.

Em termos da liberdade de escolha dos utentes, importa fazer-se notar que, sendo o produto ou serviço em causa a prestação de cuidados de saúde por entidades privadas aos utentes, seja a título particular, seja no quadro de uma convenção para tanto celebrada, o utente, por exemplo, do SNS, que carece de recorrer ao operador privado, apenas procurará um operador que tenha celebrado uma convenção com o SNS. Está-se, então, a admitir que a sua liberdade de escolha varia na razão inversamente proporcional ao número de operadores privados que não têm

convenção, isto é, quanto maior o número de operadores privados que não tenham celebrado uma convenção, menor será a oferta disponível.

Em termos da qualidade dos serviços prestados, por outro lado, a antiguidade dos clausulados tipo das convenções ainda em vigor levanta problemas de acesso dos prestadores às técnicas mais recentes, limitando assim o espaço para melhorias ao nível da qualidade dos serviços. Durante os últimos 20 anos muitas transformações se verificaram na saúde, resultantes da evolução no estado dos conhecimentos e da experiência científica, bem como do surgimento e desenvolvimento de novas técnicas, mais sofisticadas, derivadas do surgimento constante de novas tecnologias, as quais foram sendo usadas e adaptadas à medicina. No entanto, as actualizações às listas de exames convencionados não têm acompanhado de forma constante essa evolução.

Adicionalmente, as desigualdades no acesso dos prestadores aos segmentos de mercado dos acordos e convenções reduzem a eficiência dos prestadores, causando ineficiência estática, na medida em que não há garantia de que prestam serviços ao SNS os operadores mais eficientes. Além disso, há ineficiência dinâmica, uma vez que a pressão concorrencial sobre os convencionados é limitada pela restrição de novas entradas, havendo, por esta razão, menos incentivos para os convencionados se tornarem mais eficientes.

5. Conclusões

Neste relatório, apresenta-se um estudo sobre o subsector da prestação de serviços de imagiologia, evidenciando a estrutura de cada um dos mercados regionais e o respectivo grau de concorrência, e estudando as condicionantes do ambiente concorrencial no sector.

As principais conclusões que podem ser extraídas das análises realizadas são:

1. O mercado relevante do produto foi definido como sendo o mercado dos serviços de exames complementares de diagnóstico médico por imagem, abrangendo as valências de radiologia convencional, ecografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Como mercados geográficos relevantes, definiram-se 37 áreas que subdividem Portugal continental, denominadas RRAS – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde.
2. Dos 565 estabelecimentos considerados no estudo, 7% corresponde a estabelecimentos do sector social, 79% a estabelecimentos privados e 13% a estabelecimentos públicos. A dimensão típica dos estabelecimentos corresponde a seis profissionais de saúde dedicados à imagiologia, existindo significativa heterogeneidade ao nível da dimensão dos prestadores: os 10% mais pequenos prestadores de imagiologia concentram apenas cerca de 1% do total de colaboradores, os 10% maiores concentram 44% dos colaboradores.
3. A partir do cálculo de rácios de concentração R2 e 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 das 36 RRAS com prestadores não públicos identificados, 22 são mercados com alta concentração (com R2 superior a 50%), oito são moderadamente concentrados (com R2 entre 33% e 50%) e seis são mercados com baixa concentração (com R2 inferior a 33%).
4. No entanto, das 443 entidades não públicas que detêm os estabelecimentos, 78 estão inseridas em 23 grupos empresariais, definidos como conjuntos de entidades prestadoras de serviços de saúde que estão ligadas entre si por relações de gestão ou de capital. Com a consideração dos grupos empresariais o número de mercados com alto nível de concentração mantém-se nos 22 e diminui o número de mercados pouco concentrados (de seis para cinco)

5. Tanto na análise efectuada ao nível das entidades como na análise que considera os grupos empresariais, constatou-se que os mercados de imagiologia são geralmente muito concentrados, e apenas nas regiões de Porto, Setúbal, Felgueiras, Guimarães e Lisboa é que o nível de concentração é suficientemente baixo de modo a que o nível de concorrência não cause preocupação.
6. O processo de revisão do regime jurídico das convenções com o SNS previa a possibilidade de concorrência, no âmbito das convenções, entre entidades públicas e entidades privadas. Efectuada, então, a análise de concorrência considerando que qualquer hospital público da região seria um potencial concorrente, conclui-se que a concentração dos mercados aumentaria em 13 mercados, seria igual em 10 mercados, e menor em 13. Os maiores aumentos de concentração pela consideração dos prestadores públicos ocorrem em regiões urbanas, nomeadamente Porto, Setúbal e Coimbra, facto que se pode explicar pela mais alta capacidade produtiva e de atracção de utentes dos prestadores públicos aí instalados, que se reflectem nos cálculos das quotas de mercado e dos IHH.
7. O licenciamento dos estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde apresenta problemas graves, dado que apenas um terço dos estabelecimentos tem licença atribuída. A ausência de licenciamento poderá ter reflexos negativos no nível médio de segurança e qualidade dos serviços prestados pelas unidades de imagiologia, uma vez que sem licenciamento, se corre o risco de os prestadores não sentirem pressão para cumprir os requisitos mínimos de qualidade.
8. Finalmente, observou-se que 72% dos prestadores convencionados considerados no estudo são convencionados com o SNS, sendo que a maior parte dos mercados geográficos com elevadas taxas de entidades convencionadas se concentra nas regiões do Norte e Centro. Os mercados das regiões do Algarve e Alentejo apresentam baixas taxas de entidades convencionadas. Em termos dos IHH calculados para os segmentos de mercado dos utentes do SNS com base na distribuição dos estabelecimentos pelas RRAS, verificou-se que apenas Lisboa, Setúbal, Porto e Felgueiras apresentam baixas concentrações. São 24 os mercados com alta concentração e quatro mercados com concentração moderada. Conclui-se, assim, que as

convenções podem representar barreiras à entrada, tanto nos segmentos de mercado dos utentes do SNS como nos mercados de imagiologia, o que explicará pelo menos em parte a concentração verificada.

Anexo – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS)

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 relevantes³⁸, «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

³⁸ Comunicação (97/C 372/03) publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 372/5 de 9.12.1997.

fornecedores 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 efectiva³⁹. 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)⁴⁰. 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

³⁹ 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.

⁴⁰ 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.

termos de distância ao local de oferta a partir do qual um indivíduo deixará de ter 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 referência⁴¹ 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 km².⁴²

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 comum⁴³, 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.

⁴¹ 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.

⁴² Instituto Geográfico Português – Carta Administrativa Oficial de Portugal (versão 5.0 de 2005).

⁴³ 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).

Finalmente, porque as divisões estatísticas assentam nas diferenças do perfil sócio-económico das regiões, relevante do ponto de vista analítico.

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 NUTSII⁴⁴. 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 1999⁴⁵, o que não poderá ser ignorado na construção da matriz das RRAS.

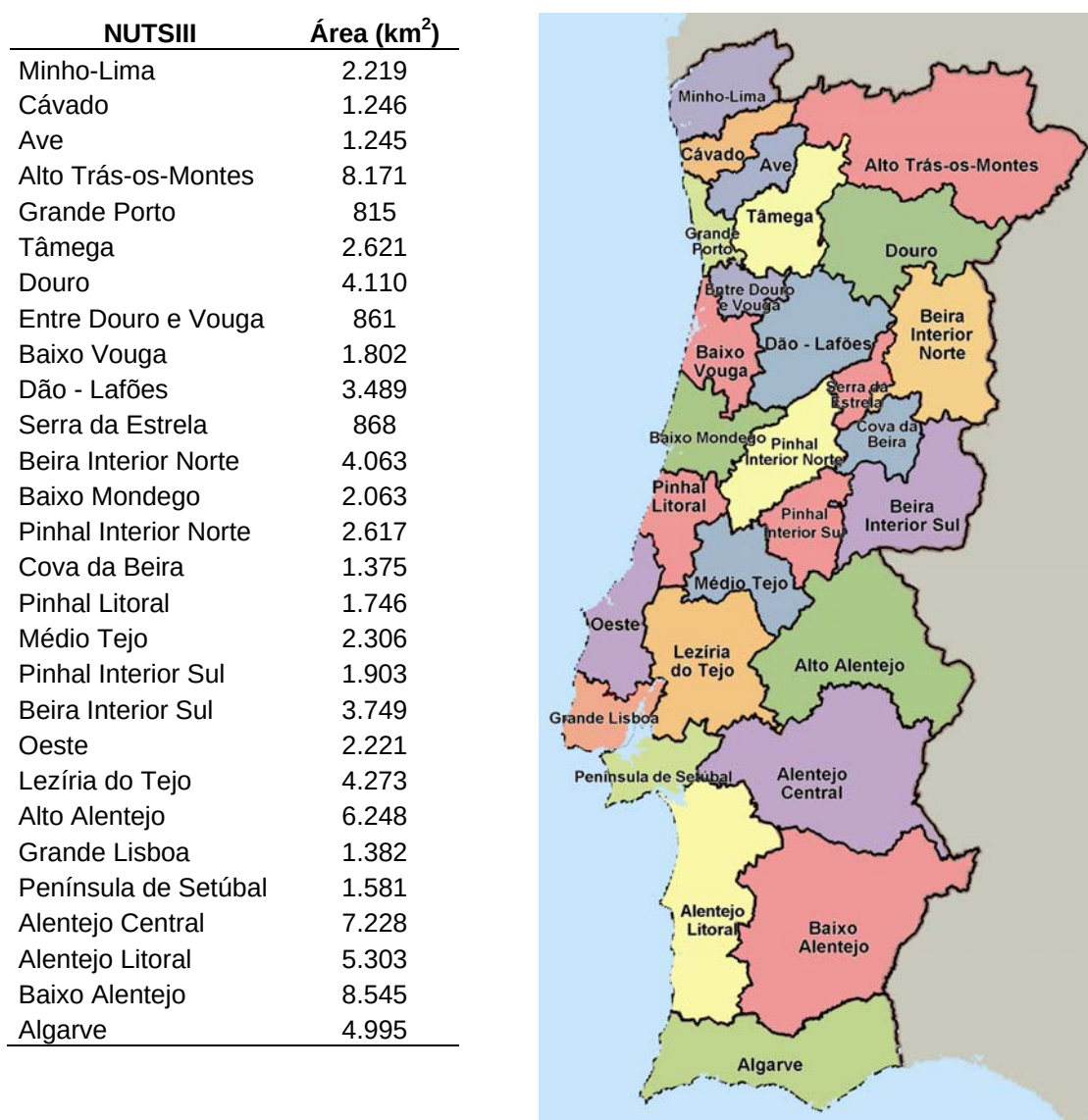
Todavia, as NUTSII correspondem a áreas geográficas demasiado grandes para traduzirem regiões dentro das quais os utentes estão dispostos a deslocar-se para

⁴⁴ 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.

⁴⁵ 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.

obter serviços de saúde. As áreas da NUTSII do Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve são, respectivamente, 21.286, 28.198, 2.935, 31.552 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 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 dimensão⁴⁶, 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

⁴⁶ Para ilustrar a aplicação da metodologia, utilizaremos a definição das RRAS na NUTSII Alentejo, onde o pólo de maior dimensão é Évora.

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, passa-se ao segundo pólo, para definir uma nova RRAS⁴⁷. 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 km²⁴⁸. 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 nomes⁴⁹. 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.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ 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).

⁴⁹ 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
Braga	Vidigueira		Campo Maior
	Amares		Elvas
	Barcelos		Estremoz
	Braga		Vila Viçosa
	Esposende	Entroncamento	Abrantes
	Terras de Bouro		Alcanena
Bragança	Vila Verde		Constância
	Bragança		Entroncamento
	Miranda do Douro		Ferreira do Zêzere
	Vimioso		Ourém
Caldas da Rainha	Vinhais	Évora	Sardoal
	Alcobaça		Tomar
	Alenquer		Torres Novas
	Arruda dos Vinhos		Vila Nova da Barquinha
	Bombarral		Évora
	Cadaval	Faro	Portel
	Caldas da Rainha		Redondo
	Lourinhã		Reguengos de Monsaraz
	Nazaré		Viana do Alentejo
	Óbidos		Alcoutim
	Peniche		Castro Marim
	Sobral de Monte Agraço		Faro
	Torres Vedras		Loulé
Castelo Branco	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
Leiria	Vieira do Minho		Mourão
	Vila Nova de Famalicão		Serpa
	Batalha	Odemira	Odemira
	Leiria		Ourique
Lisboa	Marinha Grande	Ponte de Sôr	Alter do Chão
	Pombal		Avis
	Porto de Mós		Fronteira
	Amadora		Gavião
	Cascais		Ponte de Sôr
Lisboa	Lisboa	Portalegre	Sousel
	Loures		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	Viseu	Sernancelhe
	Oliveira de Azeméis		Tabuaço
	Santa Maria da Feira		Tarouca
	São João da Madeira		Vila Pouca de Aguiar
	Vale de Cambra		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



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