



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Faculdade de Economia e Gestão

Estrutura de Mercado e Performance nos Serviços de Hemodiálise em Portugal

versão não confidencial

15 de Abril de 2007

Estudo elaborado para a Entidade Reguladora da Saúde
pelo CEGEA da Universidade Católica Portuguesa

Estrutura de Mercado e Performance nos Serviços de Hemodiálise em Portugal

Relatório final

15 de Abril de 2007



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Faculdade de Economia e Gestão



Índice

Disclaimer, iii

Sumário Executivo, v

Capítulo 1

Descrição Clínica do Processo de Hemodiálise, 1

Tratamentos de Diálise.....	1
Transplante de Rim	4

Capítulo 2

A Cadeia de Valor no Processo de Hemodiálise, 5

Processo de Hemodiálise.....	6
Cadeia de Valor.....	12
Mercados de Factores Produtivos	13
Envolvente Institucional.....	17
Modelos Alternativos de Prestação do Serviço	24

Capítulo 3

Estrutura Industrial do Sector de Hemodiálise, 27

Estruturas de Propriedade	28
Integração Horizontal e Concentração da Oferta	33
Rede de Serviços e Distribuição Espacial da Oferta	35

Capítulo 4

Conduta e Performance na Prestação do Serviço, 45

Procura potencial e efectiva	45
Conduta e Performance	47

Capítulo 5

Performance Financeira Global do Sistema, 53

Evolução da Despesa nos Tratamentos de Hemodiálise	54
Comparticipação de Despesas de Transporte	64

Capítulo 6

Função Custo para uma Clínica de Hemodiálise, 77

Discussão Metodológica.....	77
Evidência Empírica	79
Parâmetros para Calibragem da Função Custo	83
Estrutura de Custos de uma Clínica de Hemodiálise.....	86

Capítulo 7

Evidência Internacional, 89

Indústria Mundial de Cuidados de Hemodiálise.....	90
Tendências de Concentração	97
Breve Caracterização das Principais Empresas Mundiais	99

Capítulo 8

Conclusões & Recomendações, 107

Conclusões	107
Recomendações.....	109

Bibliografia, 112

Endereços Electrónicos, 113

Disclaimer

O relatório sobre a “Estrutura de mercado e performance nos serviços de hemodiálise em Portugal” foi uma encomenda da Entidade Reguladora da Saúde ao Centro de Economia e Gestão Aplicada da Universidade Católica. O documento foi elaborado por Álvaro Nascimento e Rafael Dias, investigadores e docentes desta Universidade. Os resultados apresentados assentam em informação disponibilizada pela Entidade Reguladora da Saúde e, também, em dados do domínio público coligidos pelos autores expressamente para este estudo. As fontes de informação estão devidamente identificadas e são consideradas credíveis. O conteúdo deste relatório é confidencial: o acesso e a sua divulgação são da exclusiva responsabilidade da Entidade Reguladora da Saúde.

Porto, 15 de Abril de 2007

Álvaro Nascimento,

Rafael Dias

Sumário Executivo

Introdução

Quando se regista uma incapacidade dos rins eliminarem as substâncias tóxicas do sangue, ocorre uma insuficiência renal aguda que, eventualmente, pode evoluir para uma doença crónica. Se, no primeiro caso, a hemodiálise pode revestir uma natureza transitória e, conjuntamente com outras medidas terapêuticas adequadas, aliviar os problemas; no segundo caso a hemodiálise é essencial e tem de ser realizada de forma regular e continuada. Em algumas circunstâncias o processo termina na realização de uma operação cirúrgica de transplante do rim.

A importância dos tratamentos para o doente, nomeadamente as suas implicações sobre a qualidade de vida, o bem estar e a actividade profissional, exigem uma rede de cuidados de hemodiálise especialmente adequada às suas necessidades.

Duma perspectiva de regulação económica, é essencial que a rede de serviço de hemodiálise tenha uma cobertura geográfica alargada e seja capaz de proporcionar os tratamentos em condições tais que produza a melhor utilização dos recursos.

Neste sentido, a Entidade Reguladora da Saúde – ERS – entende que é da sua competência analisar a adequação da rede às necessidades latentes, por forma a salvaguardar uma oferta universal, em todo o território nacional, em condições não discriminatórias, facilitando o acesso quer aos utentes quer a eventuais empresas concorrentes potenciais.

Este projecto de investigação analisa a estrutura da rede de estabelecimentos de hemodiálise em Portugal continental e o seu desempenho empresarial. Em concreto, o documento concentra-se em duas dimensões do problema: de um lado, a forma como as empresas se organizam para prestar os serviços – numa lógica económica de análise das componentes da cadeia de valor – e, do outro, a estrutura do mercado final de serviços de hemodiálise.

Metodologicamente, este documento segue uma abordagem essencialmente económica. Nele se analisam as condições da oferta e da procura, a par com todos os constrangimentos impostos por factores de natureza médica e social. Em conformidade, de ora em diante referimos esta rede de cuidados de saúde na adequada terminologia micro-económica de indústria.

O objectivo final é analisar de que modo se exerce a concorrência em diversos mercados: *primeiro*, na prestação do serviço de hemodiálise aos doentes com insuficiência renal; *segundo*, na facilidade de acesso de novas empresas concorrentes a este sector de actividade; e, *terceiro*, na forma como esta indústria se organiza verticalmente. Para tal, tomamos a estrutura desta indústria como determinante de certos comportamentos empresariais, com efeitos na sua performance.

Principais conclusões

Portugal ocupa uma posição única no contexto Europeu no que respeita à organização da rede de clínicas para prestação de cuidados de hemodiálise a doentes renais crónicos. A quase totalidade da oferta é de iniciativa privada, contrariamente ao panorama geral, segundo o qual o Estado – excluindo a Hungria e a Turquia – é responsável por cerca de 70% dos doentes. Ademais, a oferta privada encontra-se, em média, pulverizada por um significativo número de empresas.

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde optou por não ter uma presença directa relevante nos serviços de hemodiálise. A rede hospitalar representa cerca de 20% da capacidade total instalada, mas conta apenas com 10% do número total de doentes renais sujeitos a esta terapia.

Na maior parte dos países Europeus, um substancial número de clínicas de hemodiálise é controlado pelo Estado, com especial destaque para os países da Europa do Norte: países como a Finlândia, a Dinamarca e Bélgica apoiam-se exclusivamente na oferta da rede pública.

Não obstante a preponderância da oferta pública, o continente Europeu exhibe alguma diversidade, relacionada, *por um lado*, com a estrutura de financiamento dos sistemas nacionais de saúde; e, *por outro*, com as tendências de privatização e reorganização do Serviço Nacional de Saúde, ditadas pela necessidade de contenção do défice orçamental.

Em alguns países, a estrutura de reembolso de custos aos doentes renais sujeitos a hemodiálise dificulta a entrada de unidades privadas. Há casos limite, em que o sistema não permite de todo qualquer pagamento, encaminhando assim a procura para a rede pública – e.g., Bélgica, Finlândia, Dinamarca e Luxemburgo.

Apesar das limitações legais e regulamentares, a vaga de privatizações nos cuidados de saúde em vários países Europeus – muito em especial na Europa Central e de Leste – tem criado um ambiente favorável à expansão da oferta privada. De facto, entre 2000 e 2005, a percentagem de doentes sujeitos a tratamento de hemodiálise em clínicas privadas cresceu quase 10 pontos percentuais, para 39%.

Organização da rede de clínicas de hemodiálise em Portugal é única na Europa: cerca de 90% dos doentes são acompanhados por clínicas privadas. Na Europa, a oferta privada é, em média, inferior a 50% e dispersa.

Reorientação das políticas de saúde dos Governos Europeus, cria oportunidade para concentração da oferta privada no serviço de hemodiálise.

A tendência Europeia actual é, pois, para um reforço da oferta privada nos tratamentos regulares de hemodiálise, para o qual contribui a remoção de barreiras à entrada, como o redesenho das estruturas de reembolso e das regras de acesso à actividade. Contudo, a actividade permanece sujeita a um controlo muito rigoroso, nomeadamente por questões de saúde pública.

No presente, a oferta privada é maioritariamente efectuada por unidades independentes. Contudo, caminha-se a passos largos para a consolidação do sector, havendo quem defenda que a estrutura da indústria se aproxima rapidamente da realidade dos Estados Unidos – i.e., um mercado maduro com um reduzido número de empresas de grande dimensão. Países como a Alemanha, a França, a Hungria, ou a Espanha, mostram uma evolução nesse sentido.

Em Portugal, em que a oferta privada é dominante, duas empresas privadas controlam mais de 50% do mercado, com especial destaque nas regiões com aglomerados urbanos de maior dimensão.

A situação actual é fruto de um quadro legal e regulamentar que, desde longa data, é propício à iniciativa privada. Apesar da concentração, a rede nacional de clínicas de hemodiálise apresenta uma adequada cobertura do território nacional.

O controlo do mercado final de serviços de hemodiálise por um tão reduzido número de empresas suscita, legitimamente, dois tipos de preocupações de natureza regulatória:

por um lado, pelo risco de enfraquecimento da concorrência no mercado do serviço final, reduzindo o leque de alternativas ao alcance dos consumidores; e,

por outro, pelo risco de exclusão do mercado de concorrentes actuais e potenciais, em virtude das dificuldades de abastecimento de equipamentos e outras substâncias essenciais aos tratamentos de hemodiálise pelas unidades independentes.

Aliás, a oferta realizada por clínicas ou unidades independentes é bastante reduzida e restringe-se a zonas geograficamente marginais. É em regiões do Norte que as empresas independentes encontram terreno mais favorável à penetração, ocupando mesmo a liderança em alguns dos mercados.

Acresce que por força de relações contratuais – e.g., acordos de exclusividade no acesso ao equipamento, contratos de cedência de exploração, entre outros – é possível que a concentração efectiva do mercado seja superior aos valores apresentados. Se as relações contratuais com fornecedores de equipamentos, produtos e consumíveis estabelecerem cláusulas de exclusividade, as empresas de hemodiálise independentes, não o serão de facto.

Fica, então, por esclarecer se a concentração do mercado poderá ser mais elevada que aquela a que explicitamente se chegou, com

base na informação contida nas bases de dados da Entidade Reguladora da Saúde.

Não obstante as preocupações de natureza concorrencial induzidas pela concentração da oferta, parecem não fazer sentir-se efeitos nefastos sobre o serviço prestado aos doentes. Aparentemente, a cobertura geográfica do território nacional é adequada, com os estabelecimentos a distribuírem-se uniforme e proporcionalmente às necessidades sentidas localmente.

Numa perspectiva puramente económica, também os constrangimentos de natureza institucional condicionam a performance e o comportamento empresariais e, naturalmente, impactam na contestabilidade do mercado. Duas questões foram alvo de análise detalhada nesta dimensão: a liberdade de entrada, *primeiro*; e a forma como as empresas respondem e se posicionam na cadeia de valor, *depois*.

No que concerne ao acesso à actividade e, muito em especial, ao regime de convencionamento, o quadro normativo e legal parece não constituir uma barreira significativa à entrada. O Manual de Boas Práticas de Hemodiálise (Despacho nº 14391/2001, de 24 de Maio)¹ define os níveis mínimos de qualificação do quadro de pessoal e estabelece os procedimentos técnicos adequados à prestação do serviço. Formalmente, o Decreto-Lei nº 505/99² requer a observância destes e doutros requisitos técnico sanitários no processo de licenciamento das clínicas de hemodiálise. Obtido o licenciamento, o acesso ao regime de convenções processa-se por contrato de adesão, com clausulado tipo definido pelo Despacho 7001/2002 do Ministério da Saúde.

O regime de convenções é particularmente importante, porque os custos com os tratamentos de hemodiálise são universal e integralmente suportados pelo Serviço Nacional de Saúde. O reembolso das clínicas de hemodiálise e dos doentes é efectuado por referência a um conjunto de parâmetros previamente estabelecidos, nos quais se inclui o tratamento propriamente dito. Os custos de transporte de doentes são objecto de reembolso autónomo.

Não obstante, parece evidente que a existirem barreiras à entrada nesta dimensão institucional, estas terão de revestir uma natureza processual e administrativa – i.e., o arrastamento dos processos burocráticos na libertação de licenças, no acolhimento ao regime de convencionamento, a par com os critérios adoptados para a escolha das clínicas e na ponderação das alternativas para transporte de doentes.

Rede de clínicas de hemodiálise parece cobrir adequadamente o território nacional.

Não parecem existir barreiras significativas à entrada, do lado legal e regulamentar. O acesso à actividade submete-se a critérios de saúde pública, e o acesso por adesão ao regime de convencionamento parece, à primeira vista, fácil.

Existe a possibilidade de que os procedimentos burocráticos – na escolha das clínicas e nos esquemas de reembolso de despesas – constituam barreiras camufladas à entrada.

¹ Diário da República nº 158, II Série, 10 de Julho de 2001, pp. 11482–11498.

² Conjuntamente com as alterações introduzidas pelos Decreto-Lei nºs 241/2000 e 176/2001.

Mas, ainda dentro do quadro institucional vigente, o procedimento relativo à fixação de preços produz um conjunto de efeitos com sinais não necessariamente coincidentes. Recorde-se que o Minsitério da Saúde fixa, por despacho, o valor dos reembolsos às entidades convencionadas, tomando por referência uma única modalidade de hemodiálise – i.e., de baixo fluxo – cuja ligação aos custos de exploração reais das empresas é imperceptível. Assim:

Primeiro, infere-se que a concorrência se exerce fundamentalmente através de variáveis não preço – como seja a qualidade do serviço, o conforto ou, até, a inovação tecnológica – com claros benefícios para os utentes, sem onerar a despesa do Estado.

Segundo, porque existe algum espaço para explorar economias de escala, as empresas podem ser perversamente incentivadas a investir no controlo dos procedimentos administrativos de escolha das clínicas para onde os doentes são encaminhados, a par com os sistemas de transporte.

Finalmente, um preço único e uniforme não confere incentivos ao investimento e à melhoria contínua da qualidade se daí não resultarem claros ganhos de eficiência económica para as empresas.

Contudo, por insuficiência de informação, os efeitos conjugados que resultam deste quadro de incentivos não resultam claros neste estudo. Em todo o caso podem-se elencar algumas implicações prováveis deste contexto institucional.

Os cuidados de hemodiálise têm preço tabelado, fixado pelo Serviço Nacional de Saúde³, pago directamente às clínicas de hemodiálise. A metodologia escolhida para a fixação dos preços finais pode condicionar o comportamento empresarial, mas também pode decorrer da estrutura de mercado. Em princípio, a concentração registada no mercado – quer horizontal, quer vertical – cria condições propícias a que a entidade regulada (empresa) capture o regulador, aqui entendido como a entidade competente e responsável pela negociação e fixação do valor de reembolso às clínicas pelos tratamentos efectuados.

Eventualmente, desta captura pode resultar a fixação de preços demasiado elevados para a prestação do serviço, proporcionando às clínicas taxas de rentabilidade do capital investido supranormais.

Mas, deste fenómeno de captura dos representantes do Estado aos diversos níveis hierárquicos, pode também resultar o controlo do processo de escolha das clínicas. Neste caso, registar-se-á uma

Os preços pagos pelo Serviço Nacional de Saúde às empresas de hemodiálise convencionadas são fixados pelo Ministério da Saúde, apenas para a modalidade de baixo fluxo.

À semelhança da regulação económica de *price cap*, o quadro institucional não favorece o investimento não reprodutivo – i.e., qualidade, segurança e saúde pública – se o mesmo não suscitar ganhos de eficiência económica ou economias de custos.

No contexto industrial do sector em Portugal, os procedimentos para fixação do preço e a escolha das clínicas são vulneráveis ao fenómeno de captura do regulador pela entidade regulada.

³ Outros subsistemas de saúde públicos e privados – e.g., ADSE e SAMS – seguem procedimentos idênticos e, também, fixam o valor das participações para os tratamentos de hemodiálise.

excessiva mobilidade dos doentes no território nacional, quer em benefício das clínicas com capacidade excedentária, quer das próprias empresas de transporte.

Potencialmente, o facto de o custo ser suportado pelo Estado tem implicações sobre a forma como as escolhas são realizadas, abrindo espaço a práticas indesejadas. No que aos custos de transporte diz respeito observa-se uma ampla gama de casos, cujo ponto em comum é, simplesmente, o facto de serem pagos directamente pelos centros de saúde. Os doentes são transportados às clínicas utilizando as mais variadas formas de transporte – ambulância, táxi ou viatura própria.

O controlo da escolha dos prestadores dos serviços de transporte é muito deficiente, criando um espaço de indefinições que pode ser explorado em detrimento do Orçamento de Estado e em favor de entidades privadas. Não é surpreendente que seja nos custos de transporte que residem as maiores controvérsias e, talvez, a menor transparência no que à informação do sector de hemodiálise diz respeito.

Os dados sobre os custos de transporte providenciados pelas Administrações Regionais de Saúde – conjuntamente com a informação sobre a despesa com os tratamentos propriamente ditos – e as inferências que com eles é possível estabelecer, denunciam uma grande mobilidade de doentes entre sub-regiões de saúde vizinhas.

Os testes realizados, contudo, não suscitam uma grave preocupação. Os resultados, sugerem que as deslocações dos doentes variam inversamente com a implantação de clínicas de hemodiálise e positivamente com a taxa de utilização da capacidade produtiva – i.e., razoavelmente, os doentes viajam mais quando as clínicas estão mais dispersas no território e sempre que as taxas de utilização da capacidade aumentam.

Em todo o caso, apesar da consistência dos valores médios entre as várias regiões, a análise das deslocações periódicas sub-região a sub-região mostra que em alguns casos as distâncias percorridas regularmente pelos doentes são bastante grandes, nomeadamente nas regiões do interior. Quando as distâncias percorridas são relativizadas pela extensão do território ou área de influência, algumas zonas do litoral, nomeadamente na Região Norte, também apresentam valores elevados.

Em suma, não resulta muito claro da análise se as distâncias percorridas pelos doentes são excessivas. Em termos relativos, as características geomorfológicas regionais parecem garantir coerência das despesas mas, a análise individual denuncia valores médios aparentemente elevados. Uma análise microeconómica é recomendável.

No que se refere ao preço reembolsado pelo Estado por cada tratamento, não se encontrou em prática a descrição de qualquer

Da captura pode resultar:

(1) um preço fixado a um nível demasiado elevado; ou (2) uma excessiva mobilidade dos doentes. Ambos com efeitos nefastos sobre o erário público, sem qualquer benefício ou contrapartida para o Estado ou para os doentes.

Observa-se uma grande mobilidade de doentes entre as várias sub-regiões de saúde: quase 10% dos doentes efectuam tratamentos numa sub-região de saúde diferente daquela onde residem.

Contudo, não resulta claro da análise se as distâncias percorridas são excessivas.

mecanismo regulatório adequado. A razoabilidade do nível fixado só pode ser aferida através de uma adequada estimação da função custo das clínicas de hemodiálise, para a qual não foi possível recolher informação.

Foi executado, em alternativa, um procedimento de reconstituição da função custo para uma clínica de hemodiálise, com o intuito de averiguar o custo unitário de produção e as condições para a ocorrência de economias de escala.

O processo de hemodiálise descreve-se de maneira simples, através de uma tecnologia do tipo de Leontief, com recurso a um reduzido número de factores. A aquisição de equipamentos, e de substâncias químicas e medicamentosas, ocupa um lugar de destaque na conta de exploração. Nesta perspectiva e com preços fixados, a oportunidade de realizar ganhos para a empresa reside apenas na eficiência que consegue alcançar no processo produtivo.

É nesta dimensão de ganhos de eficiência no processo produtivo – i.e., na prestação do serviço – que devem ser averiguadas as opções de integração vertical seguidas pelas duas maiores empresas existentes. Caso contrário, podem criar-se condições para, a prazo, ocorrerem significativas perdas de bem estar, seja para os doentes, em particular, ou para a sociedade, em geral.

A simulação para a função custo mostra que, tecnologicamente, as economias de escala perdem expressão a partir de uma dimensão mínima de 10–15 postos. Logo que alcançada esta dimensão, os custos unitários do serviço descem para valores cerca de 20% abaixo do preço reembolsado pelo Estado. Em todo o caso, ressalve-se a necessidade de calibrar os parâmetros do modelo com maior grau de rigor.

Notas Finais e Recomendações

Em suma, tomando a perspectiva horizontal do mercado final do serviço, não se denotam aspectos marcadamente negativos acerca da adequação da rede às necessidades latentes.

Não obstante, pode-se argumentar que a concentração observada – consistente, em antecipação, com as tendências internacionais – pode ter efeitos perniciosos sobre a fixação de preços. Neste contexto, é importante que o Estado opte pela fixação de preços em conformidade com a estrutura de custos da empresa regulada. Para escapar a potenciais efeitos de captura, deve introduzir mecanismos contratuais incentivadores de ganhos de produtividade, como sejam um melhor funcionamento do mecanismo de *price cap* (tornando-o mais dinâmico) ou mesmo a introdução de formas de concorrência ex-ante, como ocorre em outros países que optam pela contratualização dos serviços hospitalares e de programas regionais de hemodiálise.

Quanto ao preço reembolsado pelo Estado por tratamento de hemodiálise, este deveria ser objecto de uma avaliação por referência aos custos de produção efectivos das clínicas, para aferir da sua razoabilidade.

A dinâmica no mecanismo de *price cap* pode ser conseguida, por exemplo, através da adopção de mecanismos de *peer monitoring*, em que as estruturas de exploração das empresas são comparadas entre si. Naturalmente, quer este regime quer o actual quadro institucional carecem do conhecimento, por parte do Estado, da estrutura de custos e dos processos produtivos das empresas. Ora, tanto quanto nos foi dado a conhecer, esta realidade está longe de se verificar.

Do ponto de vista tecnológico as economias de escala não são significativas e não parecem explicar o movimento de fusões e aquisições verificadas no sector. Mas, é provável que num contexto de *corporate governance* e para ganhar poder negocial junto dos fornecedores, a fusão horizontal de empresas proporcione alguns ganhos importantes. Este é mais um motivo para que se desenvolvam esforços na estimação da função custo para estas empresas – i.e., que a mesma seja obtida por recurso a métodos de base tecnológica ou econométrica.

Na perspectiva vertical, não dispomos de dados que nos permitam concluir sem ambiguidade que a integração resulta por força da necessidade de realizar ganhos de eficiência ou se, em alternativa, é um factor de discriminação e destruição da concorrência, para assim poder capturar o mercado e também as entidades responsáveis pelo seu financiamento. É provável que as empresas que integram verticalmente prossigam uma dupla marginalização.

Admitindo que se possam equacionar formas alternativas de regulação – como seja a promoção de concorrência ex-ante, através da realização de leilões para obter o direito de prestar o serviço – o conhecimento da estrutura de custos deixa de ser tão relevante. Entretanto, compete ao Estado escolher, em primeiro lugar, o regime de convenções a adoptar.

Finalmente, apesar da consistência dos resultados quanto aos custos de transporte, não ficamos completamente seguros de que o sistema não seja demasiado permissivo. A diversidade de formas de contratação do serviço cria espaço a comportamentos oportunistas. E, os resultados parecem sugerir que é possível que em certos casos as despesas sejam excessivas, mesmo que marginalmente. Recomenda-se, pois, que o actual sistema seja objecto de uma rigorosa reflexão. Aliás, a revisão tem sido sucessivamente apontada pelo Ministério da Saúde, como necessária e, sobretudo, urgente.

Organização do Relatório

O resto do documento está organizado da seguinte forma: no capítulo 2 descreve-se o processo de hemodiálise, passo prévio essencial ao capítulo 3, no qual se identificam os elementos da cadeia de valor. No final deste capítulo obtém-se um retrato completo de todos os mercados relevantes e dos potenciais

constrangimentos competitivos. Com efeito, do final do capítulo 3 resultam os tópicos que são objecto de análise mais detalhada no resto do documento: a estrutura industrial do mercado de prestação do serviço de hemodiálise, no capítulo 4; a adequação da oferta à procura, no capítulo 5; a performance do sistema nas duas dimensões de despesa com tratamentos e custos de transporte, no capítulo 6. No capítulo 7 procede-se à análise e estimação da estrutura de custos para as empresas do sector. O capítulo 8 contém um exaustivo trabalho de pesquisa sobre evidência internacional, para contextualizar o sector em Portugal. Finalmente, o capítulo 9 conclui com um conjunto de recomendações.

Disclaimer sobre confidencialidade

Uma versão confidencial deste relatório, na qual assentam as conclusões e recomendações efectuadas, foi entregue à Entidade Reguladora da Saúde. Por razões de protecção de dados e identidade das partes envolvidas, passagens desse relatório final são mantidas sob sigilo. Esta versão do documento final, expurgada dos elementos de confidencialidade, foi expressamente preparada para difusão pública.

1

Descrição Clínica do Processo de Hemodiálise

Entre as funções mais importantes dos rins encontramos a de eliminar os produtos que resultaram do metabolismo do corpo, através da formação de urina. Além desta, os rins também têm como funções assegurar o equilíbrio de electrólitos (como potássio, magnésio, cálcio, fósforo e sódio), controlar o volume de líquidos e eliminar o excesso de água do organismo, influenciar a pressão arterial e venosa através do controlo dos líquidos e dos sais, produzir hormonas (que interferem na produção de glóbulos vermelhos, controlam a absorção de cálcio nos intestinos e a pressão arterial), eliminar substâncias exógenas (como medicações), e regular o equilíbrio ácido básico (mantendo constante o pH sanguíneo).

Quando se regista uma rápida diminuição da capacidade dos rins eliminarem as substâncias tóxicas do sangue, ocorre uma insuficiência renal aguda, que requer tratamento. O tratamento resume-se nalguns casos a um controlo rigoroso dos alimentos e líquidos ingeridos, de modo a que o consumo de água se limite a compensar o volume perdido pelo organismo.

Em casos graves torna-se necessária a diálise – temporária ou a título permanente, conforme seja ou não possível a recuperação dos rins – de modo a que sejam evitadas lesões noutros órgãos. Na maioria dos casos, porém, o rim deixa lentamente de funcionar e ocorre uma insuficiência renal crónica, que tende a agravar-se, e se não for tratada é mortal: por intoxicação (por ureia, creatinina, potássio ou ácido úrico), incapacidade cardíaca (o excesso de líquidos que os rins não conseguem gerir pode originar um esforço cardíaco insustentável), ou edema pulmonar (acumulação de líquido nos pulmões).

Tratamentos de Diálise

Numa fase inicial o tratamento da insuficiência renal crónica passa por uma correcção minuciosa da dieta, pela prescrição de medicamentos que reduzam o valor dos

triglicéridos e/ou evitem que o valor do potássio se eleve em demasia, e pela administração de diuréticos. Quando estes tratamentos iniciais já não se revelam eficazes, consideram-se como hipóteses a diálise a longo prazo ou o transplante de rim. A diálise consiste na extracção dos produtos residuais e do excesso de água do organismo, podendo efectuar-se por dois métodos: hemodiálise e diálise peritoneal.

O Processo de Hemodiálise |

Um paciente em hemodiálise é sujeito previamente a um procedimento cirúrgico, no qual é realizada uma ligação artificial entre uma artéria e uma veia, designada por fístula arteriovenosa, criando-se assim um vaso com maior débito sanguíneo. O vaso sanguíneo fica mais grosso do que o normal e passa a estar saliente no braço, o que permite as punções sucessivas, e a corrente sanguínea sente-se como uma vibração sob a pele (frémito da fístula). Em média, é necessário aguardar um período de 3 semanas para que uma fístula permita a realização de tratamentos regulares de hemodiálise.

Sempre que esta ainda não esteja funcional, ou seja inviável (por exemplo pelo facto do doente renal já não ter veias que possibilitem a sua construção), opta-se temporária ou definitivamente, consoante os casos, pela utilização de um cateter. Trata-se de um “tubo” em Y, introduzido numa grande veia do pescoço ou da coxa (veia jugular, subclávia ou femoral, normalmente do lado direito). Neste caso, os riscos de infecção são maiores, obrigando a cuidados especiais na prestação do serviço, como por exemplo de enfermagem.

Nas sessões de hemodiálise o sangue é extraído do corpo por um tubo ligado à fístula arteriovenosa (ou ao cateter) e bombeado para um aparelho externo, designado por dialisador. Durante este procedimento, e para evitar que ocorra coagulação do sangue na extracção ou no dialisador, é necessário utilizar heparina.

A duração de uma sessão depende do tamanho e do grau de eficácia dos dialisadores, oscilando entre as 2 a 3 horas, para unidades mais modernas em que o sangue flua mais rapidamente, e as 3 a 5 horas, para as unidades mais antigas.

A frequência dos tratamentos de diálise varia de acordo com o nível restante da função renal, mas habitualmente situa-se em três vezes por semana. Paralelamente são necessárias dietas e medicamentos específicos, que diferem consoante o paciente se submeta a hemodiálise ou a diálise peritoneal, e um controlo apertado das flutuações de peso.

A hemodiálise comporta complicações, nomeadamente possibilidade de infecções, reacções alérgicas potencialmente mortais, hipotensão arterial, arritmias cardíacas, embolias gasosas e acidentes hemorrágicos. Assim, é essencial uma cuidadosa monitorização de todo o processo, durante e após o tratamento propriamente dito.

A Diálise Peritoneal |

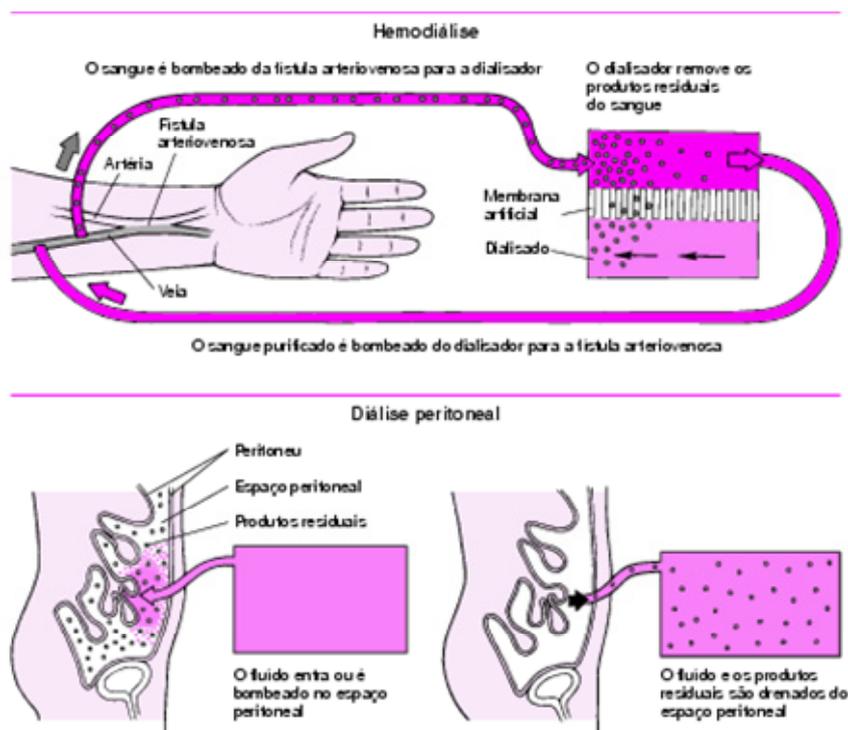
Na diálise peritoneal, utiliza-se o peritoneu como membrana, graças à sua extensa superfície e à sua rica rede de vasos sanguíneos. Sob condições favoráveis, podem filtrar-se substâncias provenientes do sangue, através desta membrana abdominal, para o interior da cavidade peritoneal.

Existem três tipos de diálise peritoneal. (i) *diálise peritoneal contínua ambulatoria* – o método mais frequente, que não necessita de máquinas; (ii) *diálise peritoneal cíclica contínua* – a diferença em relação ao método anterior reside no facto de existir uma máquina que automaticamente preenche e esvazia o abdómen de líquido, normalmente

enquanto se dorme, durante a noite; e (iii) *diálise peritoneal intermitente* – método idêntico ao anterior, mas realizado no hospital, e com tratamentos mais longos.

Existem diversos problemas associados à diálise peritoneal (como hemorragias no local do cateter ou no interior do abdómen, ou perfuração de um órgão interno durante a colocação do cateter). O mais grave é a possibilidade de infecção no peritoneu (peritonite), na pele em que se situa o cateter, ou na zona que o circunda.

Figura 1.1 – Hemodiálise e diálise peritoneal



Fonte: Manual Merck para a Família (Edição Portuguesa: Oceano Grupo Editorial, SA; disponível em www.manualmerck.net)

Implicações Sociais |

O paciente hemodialisado passa a estar sujeito a limitações em diversos aspectos da sua vida quotidiana, nomeadamente a perda de independência. Além disso, é muitas vezes necessária a ajuda da comunidade para que possa fazer face aos elevados custos do tratamento, do transporte, dos medicamentos e das dietas específicas.

Os custos associados aos tratamentos são suportados pelo Estado. As deslocações dos insuficientes renais ao centro de diálise são pagas pelo Estado, estando a responsabilidade da sua organização a cargo das Administrações Regionais de Saúde (ARS). O Estado fornece ainda muita da medicação necessária ao insuficiente renal, nomeadamente eritropoietina, medicação para as tensões, cálcio, vitaminas, etc.

A longo prazo a hemodiálise pode revelar-se insustentável para o doente, nomeadamente quando as suas veias já não aguentam a pressão do tratamento para colocação do cateter. Nestes casos o transplante de rim pode assumir-se como “life saving”.

Transplante de Rim

Ao contrário do que acontece nos Estados Unidos e em países do Norte da Europa, onde a maioria dos transplantes é feita com rins de dadores vivos, em Portugal a percentagem destes casos não ultrapassa 10%. Todavia, os resultados do transplante de dador vivo são melhores, porque o rim é transplantado mais rapidamente e, pelo facto da cirurgia ser programada, haver tempo para o receptor tomar previamente imunossuppressores que facilitam a recepção do novo rim no organismo, diminuindo assim as probabilidades de rejeição do órgão.

A possibilidade do rim vir a fazer falta ao dador vivo explica o facto de em Portugal se fazerem preferencialmente transplantes de rim de cadáver. Além disso, a elevada taxa de mortalidade relacionada com acidentes tem funcionado como fonte de rins, para o que é essencial que os grandes hospitais e os responsáveis pela saúde desenvolvam uma política adequada e eficiente de colheitas.

Quando um paciente se encontra em lista de espera para transplante de rim, o tempo até o conseguir é muito variável, podendo ir de dias até anos. Actualmente, cerca de metade das pessoas em lista de espera em Portugal são transplantadas num prazo médio de 5 anos.

A cirurgia para realização de transplante renal demora de 3 a 6 horas, obrigando a uma permanência no hospital de 14 a 21 dias, em média. O novo rim deve começar a funcionar quase de imediato, mas podem passar semanas ou até meses para que tal aconteça.

Existem muitas situações em que o organismo rejeita o rim, o que obriga a regressar a diálise.

2

A Cadeia de Valor no Processo de Hemodiálise

Economicamente, as condições para a prestação de um serviço ou produto podem ser sintetizadas numa função produção, a qual há-de reflectir uma articulação tecnologicamente eficiente de recursos produtivos, impôr uma estrutura de custos e, finalmente, determinar as estratégias e os comportamentos empresariais.

Salvaguardando as preocupações estatais com a saúde pública, é também possível no sector de hemodiálise identificar as tecnologias de produção adequadas – i.e., condições para prestação do serviço – e, assim, derivar a função oferta. Neste capítulo, o processo produtivo é descrito por referência aos equipamentos técnicos e não técnicos, aos vários materiais consumíveis e emprego de pessoal qualificado e não qualificado, conforme cuidadosamente detalhado no Manual de Boas Práticas de Hemodiálise.

De uma perspectiva tecnológica, são bem conhecidas as diversas modalidades ou processos de hemodiálise. A diversidade manifesta-se sob a forma como o tratamento é realizado, mas comporta também diferenças no que respeita à qualidade e eficácia do tratamento. Não obstante, do ponto de vista do equipamento utilizado assumiremos, sem perda de rigor, uma uniformidade transversal, o que nos permite conduzir a análise como se de uma única tipologia se tratasse.

Elaborando neste contexto, identificamos os inputs no processo de hemodiálise, reconstituímos a cadeia de valor e alcançamos definições alternativas para a função de prestação de serviços de hemodiálise – ou, de forma mais suscinta, na linguagem microeconómica, para a função produção.

Em simultâneo, descrevemos os possíveis mercados nos quais os inputs são adquiridos e averiguamos as circunstâncias favoráveis à ocorrência de fenómenos de integração vertical. Esta perspectiva revela-se, aliás, central na análise da contestabilidade do mercado do serviço final – i.e., na oferta de tratamento de hemodiálise aos doentes renais – podendo configurar situações a

montante que impedem de todo qualquer equilíbrio com afectação eficiente de recursos.⁴

Como resultado, identifica-se um conjunto de aspectos sensíveis que são objecto de tratamento aprofundado nos capítulos restantes: *por um lado*, na perspectiva da cadeia de valor, são enfatizados os aspectos de acesso ao mercado, nomeadamente a questão relativa aos custos de transporte e os constrangimentos institucionais sobre o preço e outras vertentes do negócio; e, *por outro*, emerge a natureza tecnológica das economias de escala e, possivelmente, de gama. Podendo estar na base de movimentos de integração horizontal e vertical, esta dimensão do problema tem implicações sobre a contestabilidade do mercado e a qualidade dos serviços prestados. E, como tal, deve também ser objecto de atenção dos reguladores.

Processo de Hemodiálise

O acesso de clínicas privadas à actividade é condicionado por um quadro legal e regulamentar – nomeadamente o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise – que estabelece a obrigatoriedade de cumprimento de um conjunto de requisitos de natureza tecnológica e procedimental, que condicionam as condições de exploração. Assim, nesta secção identificam-se os factores de produção necessários à prestação de cuidados regulares de hemodiálise a doentes insuficientes renais crónicos, com o intuito final de reconstituir uma função custo que possa servir para aferir o grau de adequação das políticas de preço e reembolso do Serviço Nacional de Saúde.

Quadro 2.1 – Condições tecnológicas para a hemodiálise convencional

Filtros (dialisadores)
Baixa permeabilidade/fluxo, celulósicos ou sintéticos.
Monitor
Bomba de sangue, detector de ar no circuito de sangue, detector de hemoglobina na solução dialisante, monitorização das pressões “venosa” e “arterial”, monitorização da condutividade e da temperatura da solução dialisante, clampagem automática das linhas de sangue quando detectadas situações anómalas e passagem automática a “by pass” do dialisante em situações anómalas deste circuito.
Dialisador
Membrana celulósica ou sintética de baixo fluxo / baixa permeabilidade – índice de ultrafiltração (IUF) < 20 ml/h/mmHg e clarificações de beta2microglobulina (β_2m) < 20 ml/minuto e de vitamina B12 (VitB12) < 80 ml/minuto;
Linhas de circuito extratemporal
Adequadas ao monitor e à técnica utilizada;
Solução dialisante
Esta solução é composta a partir de soluções concentradas. Na hemodiálise com dialisante com bicarbonato utilizam-se uma ácida e outra de bicarbonato.

⁴ Na teoria microeconómica do bem estar, nos modelos de equilíbrio geral, a eficiência nos mercados de produtos finais requer não só a contestabilidade deste mercado, mas também dos mercados de *inputs* no qual as empresas se abastecem. Quando tal não acontece, pode ocorrer uma solução subótima.

Modalidades de Hemodiálise |

De acordo com o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise, existem 5 modalidades de hemodiálise: hemodiálise convencional; hemodiálise de alta eficácia, hemodiálise de alto-fluxo; hemodiafiltração; e homofiltração.

Sucintamente, as diversas modalidades partilham equipamentos comuns, com algumas variantes: (i) filtros; (ii) um monitor; (iii) um dialisador; e (iv) uma solução dialisante. É, contudo, no tipo de filtros utilizados e na velocidade ou fluxo que residem as principais diferenças. Informação recolhida revela que, maioritariamente, as empresas manifestam preferência por modalidades que utilizam filtros de alta permeabilidade e alto fluxo.

Do ponto de vista tecnológico não se detectam condicionantes substantivamente diferentes entre as diferentes modalidades de hemodiálise. Face ao exposto, tomaremos, sem perda de generalidade, a uniformidade tecnológica do processo produtivo em todos os contextos, embora possa haver necessidade de proceder a ajustamentos dos preços dos factores, aquando da especificação das funções custo.

Quadro 2.2 – Comparação entre as várias modalidades de hemodiálise

	Convencional	Alta-eficácia	Alto-Fluxo	Hemodiafiltração	Homofiltração
Monitor	Convencional	Convencional	Convencional	Módulo de hemofiltração	Módulo de hemofiltração
Circuito e Cateteres	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Dialisador	Baixa permeabilidade Baixo Fluxo	Baixa permeabilidade Alta Eficiência	Alta permeabilidade Alto Fluxo	Alta permeabilidade Alto Fluxo	Alta permeabilidade Alto Fluxo
Dialisante	Bicarbonato	Bicarbonato	Bicarbonato em pó seco	Bicarbonato em pó seco	Não

Notas: Os equipamentos técnicos e substâncias são apresentados tomando por base a modalidade de hemodiálise convencional, a qual foi detalhada anteriormente.

Equipamentos |

O Manual de Boas Práticas de Hemodiálise define as condições mínimas para o funcionamento das unidades de hemodiálise. Estas condições permitem identificar aquilo que designaremos por tecnologia produtiva adequada ou, na terminologia microeconómica, a tecnologia de Leontief.⁵

Estas tecnologias produtivas definem condições mínimas de funcionamento, e ditam eventuais discontinuidades na função produção, as quais podem configurar circunstâncias permissivas da existência de economias de escala.⁶

⁵ Entende-se por tecnologia de Leontief, uma combinação adequada de factores produtivos, os quais devem ser sempre utilizados nessas proporções; i.e., os vários factores utilizados são complementares e não é possível substituí-los entre si.

⁶ Anote-se que, na terminologia microeconómica, as economias de escala ocorrem em consequência de indivisibilidades do processo produtivo ou determinados factores de produção. Isto é, não é possível começar a operar o serviço sem ter alcançado um determinado nível mínimo de capacidade instalada.

Os equipamentos são desagregados em duas vertentes, equipamento técnico e equipamento não técnico. Estes elementos, que detalharemos de seguida, devem existir complementarmente e nas proporções mínimas exigidas. Do ponto de vista da saúde pública, existem várias restrições adicionais, cujo cumprimento é essencial

Equipamento Técnico

De acordo com o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise, nas unidades de hemodiálise centrais, periféricas e de cuidados aligeirados o equipamento mínimo técnico necessário é aquele apresentado no Quadro 2.3.

Quadro 2.3 – Equipamento técnico mínimo numa unidade de hemodiálise

I.	Monitores de hemodiálise incluindo monitores com módulo de unipunção por dupla bomba na proporção de pelo menos 1 por cada 10 monitores;
II.	Cadeiras reclináveis ou camas articuladas (obrigatórias nas unidades centrais);
III.	Esfigmomanómetros na proporção de pelo menos 1 por cada 4 monitores;
IV.	Termómetro;
V.	Leitor rápido de glicemia;
VI.	Balança para deficientes motores;
VII.	Biombo;
VIII.	Cadeira rodada;
IX.	Material para cumprimento das normas de assepsia;
X.	Sistema de distribuição central ou portátil de oxigénio (mínimo de duas garrafas);
XI.	Electrocardiógrafo;
XII.	Bomba infusora;
XIII.	Carro de urgência contendo o equipamento e a medicação necessários, de acordo com o estado da arte, para realização de técnica de suporte avançado de vida;
XIV.	Medicação definida pelo director clínico, considerando-se como recomendável dispor de antiarrítmico, amina pressora, broncodilatador, anticonvulsivante, antialérgico, antihipertensor, antipirético, antibioterapia endovenosa, insulina, medicação para tratamento de complicações clássicas da hemodiálise e fibrinolítico;
XV.	Frigorífico exclusivo de armazenamento de medicamentos;
XVI.	Armário ou dependência exclusiva de armazenamento de medicamentos que garanta temperaturas adequadas de conservação;
XVII.	Equipamento para tratamento de água para hemodiálise.

Fonte: Manual de Boas Práticas de Hemodiálise.

Nesta lista de equipamentos técnicos existem elementos que variam de forma proporcional com o número de utentes – como sejam os monitores, os cadeirões reclináveis – e outros que surgem de forma mais ou menos fixa, podendo configurar em alguns casos condições favoráveis à ocorrência de economias de custos sempre que se aumenta a dimensão da clínica, ou centro de tratamento.

Agruparemos os elementos que variam proporcionalmente com o número de utentes na definição de “posto de hemodiálise” ou, simplesmente, posto. Em circunstâncias normais e em média, um posto (constituído pela máquina propriamente dita, pelos

filtros e pelo enfermeiro) poderá atender regularmente 6 doentes; i.e., permite acompanhar ininterruptamente 6 doentes durante o ano.

Para definir capacidades produtivas – ou tecnologias de produção – baseadas nesta listagem de equipamentos é necessário acautelar, adicionalmente, os procedimentos de segurança, que têm em vista minorar a probabilidade de ocorrência de infecções bacterianas ou virais, transmitidas pelo sangue. A título de exemplo, refira-se a recomendação para “fixação” de monitores, i.e., que cada monitor seja sempre usado no tratamento dos mesmos doentes.

Em relação ao concentrado de distribuição central para hemodiálise, nas unidades com distribuição central desaconselha-se a distribuição centralizada de bicarbonato líquido e recomenda-se que a produção de concentrado ácido seja validada e controlada de acordo com indicação do fornecedor (verificação do pH e densidade do concentrado após a sua produção). Recomenda-se também a existência de um sistema de ultrafiltração que garanta os requisitos de qualidade microbiológica.

Dada a sua relevância nos tratamentos de hemodiálise, é ainda de destacar a importância das unidades de tratamento de água. Constituem objectivos prioritários do tratamento de água para hemodiálise garantir um grau adequado de purificação de água para preparação de dialisante, e prevenir a ocorrência de acidentes resultantes do mau funcionamento do equipamento ou do seu desgaste precoce. Para além da aquisição do equipamento, ocorre um conjunto de outras despesas relacionadas com a prestação de apoio técnico e o fornecimento de material de manutenção.

Paralelamente, deve ser feito um apertado controlo laboratorial da qualidade da água, do concentrado de distribuição central para hemodiálise e do dialisante. Em particular, cabe ao director clínico da unidade seleccionar e aprovar o equipamento a instalar na unidade de tratamento de água, definir o protocolo de vigilância da manutenção do equipamento e do controlo de qualidade da água, do concentrado de distribuição central e do dialisante, definir as tarefas e competências do pessoal técnico responsável pela unidade de tratamento de água, e velar pelo cumprimento rigoroso dos diferentes procedimentos.

Equipamento Não Técnico

Ainda de acordo com o manual de boas práticas, é necessário assegurar o equipamento não técnico mencionado no Quadro 2.4.

Utilização do Equipamento sob Circunstâncias Excepcionais

Em determinadas circunstâncias, a utilização do equipamento desvia-se do estabelecido nos dois pontos anteriores. São casos excepcionais, que a serem considerados diminuem consideravelmente a produtividade ou eficiência dos postos de hemodiálise.

Contudo, dada a sua reduzida incidência no território nacional e pelo facto de não se tratar de casos normalmente seguidos pelas unidades privadas, apenas daremos conta destas situações, sem qualquer reflexo na análise da função produção.

Existem medidas especiais para os utentes com doenças transmissíveis:

- infecção pelo vírus da hepatite B (HBV): tratamentos efectuados em unidade isolada e de uso exclusivo para este grupo;
- infecção pelo vírus da hepatite C (HCV): recomendação de monitores de diálise específicos para doentes com HCV (ou seja, postos fixos). Contudo, os monitores

de doentes com HCV podem ser utilizados em doentes negativos, sempre que sejam cumpridas as normas de desinfeção e limpeza interna e externa dos mesmos;

- infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV): utilização de postos fixos das unidades de diálise periféricas de cuidados diferenciados, excepto se apresentarem infecções de elevado grau de contagiosidade e risco epidemiológico. É recomendável que existam monitores de diálise específicos para doentes com HIV e podem também ser definidas medidas de isolamento, de grau crescente de segurança, a implementar de acordo com a prevalência de doentes portadores de HIV, idênticas às referidas em relação a doentes com HVC.

Quadro 2.4 – Equipamento não técnico mínimo numa unidade de hemodiálise

I.	Gerador eléctrico autónomo que forneça energia durante, pelo menos, seis horas aos dispositivos de tratamento, incluindo os dispositivos de purificação de água, e que garanta a iluminação das zonas de tratamento;
II.	Quadro eléctrico da sala de hemodiálise com disjuntor diferencial para cada monitor de amperagem adequada;
III.	Iluminação de emergência em toda a unidade, nomeadamente nas zonas de tratamento e de consulta, nos vestiários, nos sanitários e nos acessos ao exterior;
IV.	Climatização adequada das zonas públicas, zonas de tratamento, zonas destinadas a doentes e ao pessoal e das outras instalações que o exijam, em particular a instalação do tratamento de água;
V.	Segurança contra incêndios e intrusão;
VI.	Indicadores luminosos dos acessos ao exterior;
VII.	Rede telefónica ligada ao exterior;
VIII.	Rede telefónica interna ou similar sempre que houver mais do que uma sala de hemodiálise ou quando a unidade, pela sua dimensão, o exigir;
IX.	Sistema de telecomunicações por procura automática do destinatário;
X.	Cacifos individuais para os doentes;
XI.	Sistema de lavagem das mãos na sala de hemodiálise ou em divisão anexa;
XII.	Sistemas de secagem das mãos por vento ou toalhetes rejeitáveis;
XIII.	Adequado sistema de acondicionamento e destino final de resíduos, nos termos da legislação em vigor.

Fonte: Manual de Boas Práticas de Hemodiálise.

Recursos humanos |

No quadro de pessoal das unidades de hemodiálise centrais e periféricas deverão obrigatoriamente existir recursos humanos com qualificações adequadas.

Podem ainda referir-se como recursos humanos necessários nas unidades de hemodiálise: neurologista; cirurgião vascular; farmacêutico; técnicos de diálise; técnicos de máquinas; auxiliares de acção médica. Em todo o caso, a forma como são utilizados em substituição com o resto dos recursos humanos mencionados no Quadro 3.3 carece de ser aprofundada.

Quadro 2.5 – Quadro de pessoal de um estabelecimento de hemodiálise

Função	Nº de utentes por trabalhador	Observações
Director clínico	n.a.	disponibilidade permanente
Nefrologista	≤ 50	responsabilidade clínica
Enfermeiro chefe	n.a.	
Corpo de enfermagem	4-5	um mínimo de dois enfermeiros por turno
Técnico de serviço social	n.a.	1 hora por semana para cada 10 doentes da unidade
Nutricionista/dietista	n.a.	1 hora por semana para cada 10 doentes da unidade
Pessoal administrativo	n.a.	
Limpeza e manutenção	n.a.	

Fonte: Manual de Boas Práticas de Hemodiálise.

Medicamentos e outras substâncias |

Da insuficiência renal e do próprio tratamento de diálise resulta que o doente tenha necessidade de tomar diversos medicamentos, os quais constituem também uma importante rubrica de custos no processo de prestação de serviços. Estes medicamentos são administrados durante os tratamentos, pelo que constituem também uma fonte de custos a considerar na prestação do serviço.

Quadro 2.6 – Medicamentos e outras substâncias administrados

Medicamentos	Observações
Vitamina D	Um rim saudável produz vitamina D que é necessária para absorver o cálcio e para manter os ossos em bom estado. No caso dos insuficientes renais torna-se necessário administrá-la sob a forma de comprimidos (Rocaltrol, por exemplo) ou injeções (Calcijex);
Vitamina B Ácido Fólico	São perdidos na diálise, e por isso fornecidos aos insuficientes renais no final dos tratamentos;
Eritropoietina (EPO)	Esta hormona, produzida nos rins saudáveis, é responsável por estimular a medula óssea a produzir glóbulos vermelhos. Quando os rins não funcionam correctamente, a medula produz menos glóbulos vermelhos e o insuficiente renal torna-se anémico, pelo que é recomendável que receba EPO no final dos tratamentos. Note-se que o custo da EPO é bastante elevado, situando-se em média entre os 5 e os 10 mil euros anuais, por doente, tendo por isso um elevado peso nos custos da diálise;
Cálcio	É menos absorvido pelos insuficientes renais, pelo que necessitam de doses mais elevadas para que o cálcio no sangue se mantenha normal. Além disso, o cálcio é necessário para impedir a absorção de fósforo;
Hidróxido de Alumínio	No insuficiente renal o fósforo acumula-se no sangue (por não ser excretado pelos rins). Por esse motivo é necessário tomar medicação (nomeadamente Pepsamar) para impedir que o fósforo entre no sangue;
Medicamentos para a tensão arterial	Tornam-se necessários para muitos insuficientes renais por estes não disporem do contributo dos rins para que se mantenha a tensão normal.

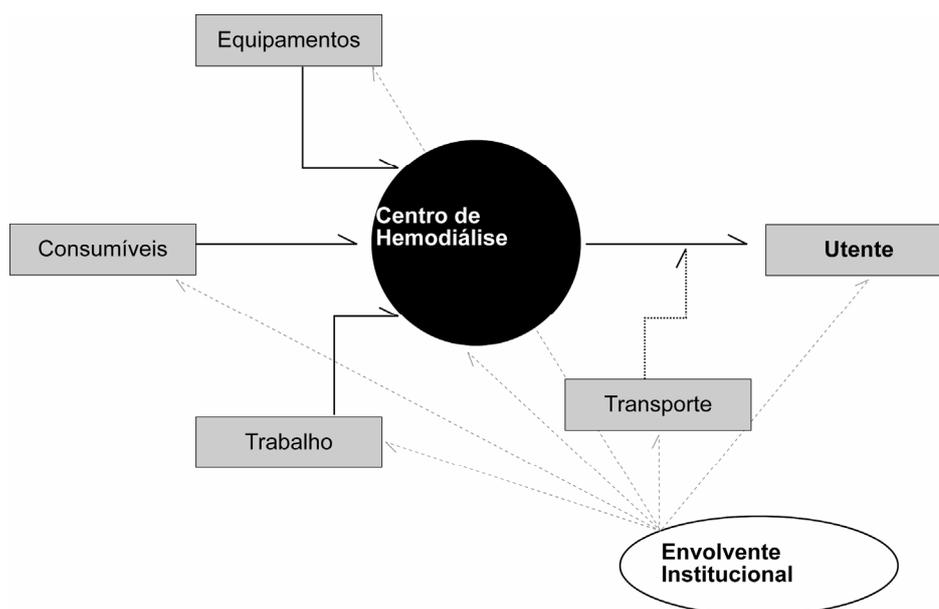
Fonte: Manual de Boas Práticas de Hemodiálise.

Cadeia de Valor

Nesta secção pretende-se fazer uma análise das aptidões das unidades de hemodiálise ao nível do processo produtivo, reflectindo sobre a sua lógica de funcionamento interno e formas de interligação com a envolvente. Em concreto, esta secção tem por objectivo descrever os participantes a montante e a jusante na cadeia de valor – fornecedores de equipamentos técnicos e não técnicos, prestadores de serviços, pessoal qualificado e não qualificado, substâncias químicas, medicamentos e utentes – e, não menos importante, outras entidades que ao estabelecerem o quadro institucional determinam o comportamento das empresas – e.g., sub-regiões de saúde, centros de saúde, e ministério da saúde, responsáveis pela definição dos termos de prestação do serviço e pelo seu pagamento.

A clínica de hemodiálise é, praticamente, o último elo da cadeia de valor neste “processo produtivo”. Configurado para prestar um serviço ao consumidor final, o estabelecimento de hemodiálise na sua forma mais simples configura uma simples unidade de tratamento que adquire factores em vários mercados e os combina de acordo com uma tecnologia do tipo de Leontief e que, sob certas condições, permite explorar economias de escala limitadas.⁷

Figura 2.1 – Intervenientes no processo produtivo do serviço de hemodiálise



A Figura 2.1 sintetiza os intervenientes indispensáveis à prestação do serviço de hemodiálise. Em relação aos elementos a montante, é importante relembrar que a margem de manobra de qualquer centro de hemodiálise é reduzida, uma vez que, para ser licenciado e admitido a prestar este serviço em convenção com o Serviço Nacional de Saúde, deve respeitar as recomendações do Manual de Boas Práticas de Hemodiálise. Ademais, muitos dos fornecedores a montante necessitam de certificação, e.g., as

⁷ Vide secção anterior.

autorizações para medicação que é necessário obter do Infarmed, ou as qualificações mínimas obrigatórias do corpo de médicos, pessoal técnico e enfermagem.⁸

Os elos da cadeia de valor configuram mercados potenciais, nos quais a empresa ou centro de hemodiálise se abastece dos inputs necessários ao processo produtivo. Estes mercados, a existirem, poderão ser mais ou menos concorrenciais, em função do número de participantes, das estruturas de distribuição e da idiossincrasia dos activos.

É possível que, sob determinadas circunstâncias, determinados mercados sejam internalizados por algumas empresas. Por exemplo, não será de excluir que o mercado de equipamentos e de consumíveis – no qual se incluem substâncias utilizadas no processo de diálise – apareçam integrados dentro da mesma unidade e, em alguns casos, integrados no mesmo grupo que presta o serviço propriamente dito ao utente final.

Nem sempre a internalização é prejudicial do ponto de vista da concorrência, já que tal pode resultar das características dos activos e das tecnologias de produção. Em concreto, uma empresa tenderá a integrar-se verticalmente – i.e., internalizar os mercados a montante e a jusante – se daí resultar uma diminuição dos custos de transacção com efeitos positivos sobre a rentabilidade dos activos.

Como teremos oportunidade de sustentar nos capítulos seguintes, no mercado do serviço final coexistem concorrentes com diferentes alcances na cadeia de valor – i.e., empresas integradas verticalmente e simples prestadores do serviço – o que poderá ter implicações sobre as formas de concorrência e a performance da indústria.

Para melhor compreender a teia de relações contratuais e o seu potencial alcance em termos competitivos – quer da perspectiva da integração horizontal quer vertical – as duas secções seguintes dão conta, respectivamente, dos elementos de contestabilidade dos vários mercados de factores e da moldura institucional que enquadra a prestação de cuidados de hemodiálise em Portugal. Desta discussão resulta, no final, um conjunto fundamentado de aspectos sensíveis que são objecto de um tratamento cuidado nos capítulos que se seguem.

Mercados de Factores Produtivos

Em termos gerais, para aferir da contestabilidade do mercado do produto final, deve-se responder à seguinte questão hipotética: “Um potencial entrante – i.e., nova clínica de hemodiálise – tem ampla liberdade de escolha dos fornecedores de equipamentos, substâncias e consumíveis?”.

Uma resposta afirmativa a esta questão permite rejeitar a hipótese de que existem barreiras a montante que são factor de enfraquecimento da concorrência no mercado para a prestação de cuidados de hemodiálise a doentes renais crónicos.

Os apontamentos que se seguem, procuram reflectir sobre possíveis estrangulamentos a montante na cadeia de valor e arrolar um conjunto de factos que, estando ou não presentes, podem afectar a contestabilidade do mercado. O objectivo deste exercício é,

⁸ I.e., o impacto da envolvente institucional no comportamento e nas estratégias empresariais.

também, o de identificar possíveis áreas merecedoras de uma investigação mais aprofundada noutro contexto.

Mercados de equipamentos e substâncias para hemodiálise |

O fornecimento dos equipamentos é um dos elementos essenciais para cada centro de hemodiálise, devendo estar, na maioria dos casos, interligado ao fornecimento dos reagentes necessários à produção da solução dialisante, efectuada no próprio centro de hemodiálise. Existirão aqui possibilidades de prática de preços diferenciados, conforme as normas contratuais estabelecidas entre o fornecedor de equipamentos e consumíveis e o centro de hemodiálise, ou em função das relações de propriedade existentes entre as duas entidades. Num plano meramente hipotético, não será de excluir à partida a possibilidade de situações de discriminação no fornecimento neste mercado que, através de práticas explícitas ou dissimuladas, reduzem a margem de manobra de alguns concorrentes por via das suas implicações sobre as condições custo-concorrenciais.

De um modo muito genérico, este mercado tem uma abrangência internacional. Existem várias empresas multinacionais vocacionadas para o fornecimento de equipamentos, substâncias para hemodiálise e consumíveis, actuando quer de forma integrada, ou em alguns destes segmentos, apenas.⁹

No caso dos equipamentos e substâncias para hemodiálise, a sofisticação tecnológica e os avultados investimentos em investigação e desenvolvimento, fazem com que as empresas tenham uma abrangência internacional, sobretudo pela necessidade de explorar convenientemente as economias de escala. Várias empresas disputam o mercado de equipamentos e de substâncias para hemodiálise. Fresenius, Gambro, e Baxter são os principais concorrentes e marcam presença em todos os continentes, directamente ou através de representações comerciais. Contudo, outras empresas com menor notoriedade internacional existem num mercado em que a concorrência também se faz sentir pelo desenvolvimento de soluções inovadoras em termos de eficácia dos tratamentos e qualidade de vida para os doentes.¹⁰

Tanto a Fresenius como a Gambro – os dois principais produtores mundiais de equipamentos – estão presentes em Portugal e, simultaneamente, actuam na prestação de cuidados de hemodiálise através de uma rede de clínicas. Tal situação é susceptível de configurar quadro de incentivos desfavorável à concorrência no abastecimento de equipamentos e substâncias, a clínicas de hemodiálise concorrentes.

O enfraquecimento da concorrência pode ser reforçado por dois motivos. *Primeiro*, se o acesso a fornecedores concorrentes estiver dificultado pelos elevados custos de transacção, quer porque não estão presentes no mercado doméstico, quer porque os respectivos produtos não estão homologados. E, *segundo*, se as empresas que actuam verticalmente integradas, estiverem interessadas em se apropriar da dupla

⁹ Vide Capítulo 6.

¹⁰ Vide Capítulo 6, onde são referenciadas várias empresas produtoras de equipamentos para hemodiálise, bem como a ênfase que é colocada na concorrência por formas alternativas de tratamento: diálise peritoneal ou “*personal dialysis systems*”. A este propósito anote-se que as variantes hemodiafiltração e homofiltração, ou a hemodiálise de alto e baixo fluxo, resultam de melhorias contínuas nos processos de tratamento dos doentes renais crónicos, possíveis através de programas de investigação e desenvolvimento na saúde.

marginalização e adoptarem como política prioritária a progressiva cobertura de todo o mercado, não cedendo aos eventuais interesses de entrada de operadores independentes.

Não dispomos de informação que nos permita concluir sobre qual a concorrência real nesta dimensão que acabamos de expor. Em princípio, o quadro de incentivos não é favorável à entrada de prestadores independentes, mas tal não significa que, *por um lado*, estes não possam entrar e instalar-se no mercado¹¹ e, *por outro*, que a integração vertical seja um mal para o consumidor final.¹² Uma investigação mais aprofundada deste ponto é pois recomendada.

Mercados de consumíveis médicos |

Já o abastecimento de consumíveis médicos apresenta níveis de contestabilidade mais acentuados. Em especial, parecem estar reunidas as condições para que o fornecimento de cateteres e agulhas, entre outros consumíveis, seja realizado sob condições competitivas. *Por um lado*, comparando com os equipamentos e substâncias para hemodiálise, os níveis de investimento em investigação e desenvolvimento são bem mais modestos; e, *por outro lado*, o consumo realizado por outras especialidades médicas, que não a hemodiálise, diminuem a especificidade do produto e alargam a dimensão deste mercado. Tal não implica, contudo, que não existam gamas de produtos específicos para a hemodiálise – e.g., os dialisadores – ou outros, que necessitem de adaptações para poderem ser utilizados noutras especialidades médicas. Em todo o caso, estamos a tratar de aspectos menos relevantes do ponto de vista da tecnologia e da inovação.¹³

O cenário é propício à emergência de empresas independentes vocacionadas para a produção de consumíveis médicos. Não obstante, a realidade mostra que os grupos industriais que actuam no sector da saúde tendem a abranger uma ampla gama de produtos e equipamentos e, frequentemente, entram também na área farmacêutica. A coexistência de unidades especializadas independentes com outras integradas em grupos multi-produto é um facto também no sector da hemodiálise.

Não surpreendentemente, são as empresas ou grupos integrados – como a Fresenius ou a Gambro, mais uma vez – que ganham dianteira neste mercado, com propostas completas para os seus clientes. Contudo, por comparação com a produção de equipamentos, surge agora um significativo número de outras empresas que concorrem no fornecimento às clínicas de hemodiálise.¹⁴

A contestabilidade deste mercado pode ser analisada a dois níveis interligados. *Por um lado*, o possível barramento do mercado a empresas independentes, para o

¹¹ Entenda-se por possibilidade de entrada, a existência de condições não discriminatórias na aquisição de equipamentos e substâncias para hemodiálise, face a uma qualquer outra empresa ou unidade do grupo integrado.

¹² A integração vertical pode resultar da percepção de que estas são as melhores condições para oferecer tratamentos de hemodiálise aos doentes. A gestão de uma rede de clínicas ou centros de hemodiálise em conjunto com a produção de equipamentos e substâncias proporciona um conjunto de benefícios económico-sociais que aproveitam ao consumidor final; i.e., ao doente renal.

¹³ A ideia é a de que não será demasiado complexo para uma empresa neste ramo de actividade ajustar o processo produtivo para alterar as especificações dos produtos que comercializa.

¹⁴ Vidé Capítulo 6.

abastecimento de consumíveis a clínicas de hemodiálise e, *por outro*, a possibilidade de as empresas clientes escolherem livremente os seus fornecedores de consumíveis.

No primeiro caso, a integração vertical das empresas pode constituir um obstáculo à entrada, na medida em que controlando os canais de distribuição, a empresa integrada verticalmente não tem incentivos em permitir a entrada de concorrentes. É indiscutível que a impossibilidade de acesso aos canais de distribuição constitui um obstáculo ao aparecimento de concorrentes nos mercados a montante.

No segundo caso, as clínicas que operam com máquinas fornecidas por empresas que cobrem, simultaneamente, a produção de equipamentos e de consumíveis, podem ser forçadas – por via contratual, pela redução da cobertura ou das garantias, pelas especificações de natureza tecnológica ou outras – a concentrar as suas aquisições no fornecedor do equipamento. Naturalmente, este obstáculo é tanto mais relevante quanto mais fragmentado o mercado para prestação de cuidados de hemodiálise em clínica, o que não é bem o caso de Portugal, conforme se analisa no capítulo seguinte.

Mercado de trabalho |

No que respeita aos recursos humanos (e não esquecendo a sua diversidade – pessoal clínico, técnicos especializados, pessoal administrativo, pessoal indiferenciado) podemos considerar a hipótese de os respectivos mercados serem tendencialmente concorrenciais.

O Despacho do Ministro da Saúde n.º 289/06, de 5 de Dezembro, estabelece o regime legal de incompatibilidades para os profissionais do Serviço Nacional de Saúde. Não obstante, a frequentemente apontada exiguidade do corpo médico e de enfermagem em Portugal¹⁵ parece não constituir um obstáculo relevante. O volume de recursos existente parece ser suficiente e compatível com as exigências de contestabilidade neste mercado específico, não lhe diminuindo a oferta.

Actualmente, estão inscritos 201 médicos no colégio da especialidade de nefrologia da Ordem dos Médicos, o que se configura como suficiente para dirigir todas as clínicas de hemodiálise existentes em Portugal – 76 privadas e 24 dos hospitais públicos. No cenário limite há nefrologistas suficientes para assegurar a direcção técnica de cada clínica em regime de não acumulação.

Ademais, o Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de Novembro admite, em circunstâncias excepcionais, a possibilidade de um especialista poder ser responsável pela direcção clínica de duas unidades de diálise. Concretamente, admite-se a direcção clínica de duas unidades de diálise, desde que o médico não seja profissional do Serviço Nacional de Saúde.

Não é, porém, de descurar a possibilidade de uma empresa dominante deter algum poder de mercado na contratação de clínicos especializados nesta área (nefrologistas), bem como de existir maior ou menor dificuldade de contratação de recursos humanos qualificados consoante a localização do prestador de serviços de hemodiálise.

Também não é de excluir a possibilidade de ocorrer algum desequilíbrio regional no que respeita à disponibilidade de força de trabalho, em virtude da actual distribuição geográfica dos médicos e pessoal da especialidade. Contudo, atendendo à reduzida

¹⁵ A quase totalidade do qual envolvido directamente com o Serviço Nacional de Saúde.

dimensão do país e admitindo a mobilidade dos trabalhadores, os efeitos regionais deverão ser modestos.

Em suma, parece-nos razoável admitir que as únicas restrições nesta dimensão são as que resultam do Manual de Boas Práticas de Hemodiálise, o qual estabelece as qualificações exigidas para o quadro de pessoal relevante e impõe rácios de pessoal por doente que limitam a discricionariedade da empresa na escolha do processo produtivo. Não são, em nosso entender, limitações relevantes que possam afectar os resultados no mercado do produto final.

Mercado de serviços de transporte |

O mercado de serviços de transporte surge acessoriamente na prestação de tratamentos de hemodiálise. Na medida em que se trata de um serviço que requer a deslocação do cliente, é necessário especificar as formas como o doente se pode deslocar à clínica para aí realizar o tratamento.

Em princípio, o transporte de doentes não deveria constituir motivo de preocupação na nossa análise. Contudo, o assunto ganha relevância, na medida em que a lei estabelece as modalidades de transporte e define as regras para reembolso dos custos incorridos.

De acordo com a lei, o transporte de doentes deverá ser efectuado em veículos adequados – que se presume ambulâncias – os quais podem ser contratados junto de várias empresas concorrentes actuando no território nacional. Contudo, segundo informação recolhida junto da ERS reconhece-se a existência de uma realidade bem diversa. Coexistem, no terreno, o transporte por ambulância, táxi ou mesmo veículo próprio.

Em abstracto, esta realidade de alternativas múltiplas deveria configurar um cenário aparentemente favorável à concorrência e eficiência na utilização de recursos. No entanto, a diversidade de situações decorre da existência de um quadro pouco claro e, sobretudo, da delegação de competências nos centros de saúde para procederem à contratação dos serviços de transporte e definição das contrapartidas monetárias. Não são pois claras as regras de funcionamento, pelo que o mercado pode perder eficiência por força da assimetria de informação e da sua conseqüente opacidade.

Outros mercados |

A questão da localização geográfica influi ainda sobre outros custos do centro de hemodiálise, nomeadamente das instalações (adquiridas ou arrendadas) e de alguns consumos intermédios (em particular da água). Acrescem também um conjunto de outros mercados para prestação de serviços administrativos, limpeza, ou outros. Em princípio, trata-se de mercados cuja contestabilidade está assegurada, pelo que o seu tratamento de forma autónoma não se justifica no contexto do presente estudo, de identificação de potenciais barreiras na prestação de serviços de hemodiálise em clínica.

Envolvente Institucional

O acesso a cada um dos mercados anteriores e o comportamento empresarial são fortemente condicionados pela envolvente institucional: o acesso à actividade (i.e., a entrada da empresa no mercado), o acesso aos factores, a forma como os doentes são encaminhados para unidades de hemodiálise escolhidas, os requisitos mínimos que estas

unidades devem respeitar, bem como a definição de variáveis fundamentais de decisão – como seja o preço pago pelo serviço – concorrem para um importante conjunto de restrições às empresas.

Apresentam-se, de seguida, o que julgamos ser os principais constrangimentos institucionais ao exercício da actividade – que, no contexto da teoria económica, estabelecem e definem um complexo sistema de incentivos ao comportamento empresarial – para depois nos debruçarmos sobre as suas implicações.

Acesso à actividade e às convenções nos cuidados de hemodiálise |

O regime jurídico do licenciamento e da fiscalização do exercício das actividades de diálise, bem como os requisitos a que devem obedecer quanto a instalações, organização e funcionamento, encontram-se explicitados no Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de Novembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 241/2000, de 26 de Setembro, e pelo Decreto-Lei n.º 176/2001, de 1 de Junho).

No Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de Novembro, encontram-se consagradas a liberdade de escolha por parte dos doentes na prestação de actos médicos (artigo 2.º) e a liberdade de instalação (artigo 3.º), desde que esteja assegurado o cumprimento das normas nele estabelecidas, bem como noutra legislação aplicável, nomeadamente a respeitante a concorrência. Em particular, para a acreditação da unidade de diálise, é necessário que esta assegure um cumprimento estrito do manual de boas práticas, integrando-se assim no sistema de qualidade em saúde (artigo 7.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 241/2000 de 25 de Setembro).

São especialmente relevantes as disposições relativas à cobertura por médico nefrologista, estabelecendo qualificações mínimas necessárias para poder iniciar a actividade. No artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 505/99 estabelece-se que as unidades de diálise sejam tecnicamente dirigidas por um director clínico com a especialidade de nefrologia, inscrito na Ordem dos Médicos (no n.º 1), devendo cada director clínico assumir a responsabilidade por uma única unidade de diálise (no n.º 2). A sua presença física, verificável, deverá servir de garante de qualidade, sendo que, em situações de impedimento ou ausência do director clínico, este deverá ser substituído por um profissional qualificado com formação adequada.

O funcionamento propriamente dito de uma qualquer unidade de diálise está dependente de obtenção de licença, por despacho do Ministério da Saúde, em que surge definido o tipo de unidade e estão fixadas as técnicas dialíticas, as suas variedades e outras valências que a unidade fica autorizada a desenvolver (artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de Novembro).

O processo de licenciamento é formalizado por requerimento dirigido ao Ministro da Saúde, através da ARS onde se situa a unidade (artigo 13.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de Novembro). Constitui condição essencial para que a licença de funcionamento seja concedida que a unidade cumpra os requisitos exigíveis em matéria de instalações, equipamento, organização e funcionamento (artigo 16.º), detalhadas nos capítulos III e IV do mesmo Decreto-Lei. Todavia, e mesmo depois da licença ser concedida, a unidade está sujeita a verificações periódicas pelas comissões de verificação técnica (artigo 20.º).

Quadro 2.7 – Legislação aplicável no sector de hemodiálise

Documento	Diário da República	Data de publicação	Conteúdo
Decreto-Lei 97/98	I Série-A, Nº 91	18-04-1998	Estabelece o regime das convenções a celebrar pelo SNS
Decreto-Lei 505/99	I Série-A, Nº 271	20-11-1999	Estabelece o regime jurídico de licenciamento e fiscalização do funcionamento das unidades privadas de diálise
Decreto-Lei 241/2000	I Série-A Nº 223	26-09-2000	Rectificação de natureza técnico-formal do Decreto-Lei 505/99
Decreto-Lei 176/2001	I Série-A Nº 127	01-06-2001	Alteração do Decreto-Lei 505/99, organização e funcionamento das comissões de avaliação
Despacho 14391/2001	II Série, Nº 158	10-07-2001	Aprovação do Manual de Boas Práticas de Hemodiálise
Despacho 7001/2002	II Série, Nº 79	04-04-2002	Estabelece o clausulado tipo dos contratos de convenção para cuidados de hemodiálise e fixa o valor da comparticipação pelos tratamentos em € 104.75
Despacho 8638/2002	II Série, Nº 99	29-04-2002	Estabelece 31 de Dezembro de 2002 como data limite para adesão ao clausulado tipo, caducando os contratos anteriormente celebrados
Despacho 489/2003	II Série, Nº 8	10-01-2003	Prorroga o prazo até 31 de Dezembro de 2003, pelo facto de as unidades privadas não estarem licenciadas
Despacho 1737/2004	II Série, Nº 20	24-01-2004	Prorroga o prazo até 31 de Dezembro de 2004, pelo facto de as unidades privadas não estarem licenciadas
Despacho 1972/2005	II Série, Nº 19	27-01-2005	Prorroga o prazo até 31 de Dezembro de 2005, pelo facto de as unidades privadas não estarem licenciadas
Despacho 22620B/2005	II Série, Nº 209	31-10-2005	Revisão em baixa dos preços para algumas áreas convencionadas. Nos serviços de diálise mantêm-se inalteradas as comparticipações acordadas com a Associação Nacional de Centros de Diálise em Janeiro de 2005, por um período de 3 anos – €114.79
Despacho 289/06		05-12-2006	Regime de incompatibilidades do pessoal do Serviço Nacional de Saúde, exigindo exclusividade na direcção técnica das clínicas, incluindo a hemodiálise, entre outras.
Despacho 2495/2007	II Série, Nº 36	20-02-2007	Fixa os preços para as convenções com o Serviço Nacional de Saúde no mesmo nível do ano de 2006.

Fonte: Diário da República Portuguesa

O regime de convenções entre o Ministério da Saúde e pessoas privadas, singulares ou colectivas, que prestem cuidados de saúde na área de diálise, encontra-se explicitado no Despacho n.º 7001/2002 (2.ª série), através de um clausulado tipo. De acordo com a Cláusula 2.ª, a celebração de convenções entre cada ARS e cada detentor de unidade de diálise licenciada é feita mediante requerimento de adesão a esse clausulado tipo.

É de notar que estão previstas (Cláusula 4.ª) situações de impedimento que redundam na exclusão liminar de requerimentos de adesão apresentados por unidades privadas de saúde. Além de tal acontecer quando existirem dívidas não regularizadas ao fisco ou à segurança social, ou condenações por delito que afecte a honorabilidade profissional, o mesmo sucede quando não forem respeitadas regras gerais e especiais sobre incompatibilidades e acumulação de funções públicas e privadas.

Os prazos para adesão das unidades privadas de hemodiálise ao clausulado tipo das convenções, estabelecidos pelo Decreto-Lei n.º 7001/2002 de 7 de Março, têm sido sucessivamente prorrogados por falta de licenciamento das unidades privadas de hemodiálise. Justifica o governo as sucessivas prorrogações com base no argumento de que:

“Considerando que a capacidade instalada nos serviços do SNS, na área da diálise, não é suficiente para prestar os cuidados de saúde necessários a todos os doentes hemodialisados, e sendo urgente a continuação da prestação destes cuidados de saúde pelas unidades privadas convencionadas.”

Curiosamente, o Despacho n.º 7001/2002, de 4 de Abril, faz referência à necessidade de racionalizar a rede, nomeadamente, não colocando em causa uma adequada utilização da capacidade instalada na rede pública¹⁶:

“[...] Por esta via, os contratos ou convenções deixaram de ser precedidos da realização de concursos, passando a vigorar o regime especial de contratação mediante o processo de adesão do interessado, sendo que, nos termos definidos no diploma, o recurso aos serviços prestados através de convenção não pode pôr em causa o racional aproveitamento da capacidade instalada do sector público, avaliada em sede da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde.”

Cada Administração Regional de Saúde tem liberdade de celebrar convenções ao abrigo do clausulado tipo estabelecido pelo Despacho n.º 7001/2002, de 4 de Abril. Podem celebrar convenções com unidades privadas, independentemente da sua localização. A aceitação ou rejeição da convenção, segundo o número 5 da cláusula 5, não deverá colocar em causa a rentabilização dos meios existentes:

“[...] A aceitação ou rejeição do aderente basear-se-á, de entre outros factores, na avaliação da correcta rentabilização dos meios existentes e da boa articulação entre instituições de saúde públicas e privadas.”

As convenções têm uma validade de 5 anos, findo os quais são automaticamente renovadas por igual período, salvo denúncia por uma das partes. Os preços convencionados são fixados anualmente por despacho ministerial e incluem:¹⁷

“Os preços referidos no número anterior configuram-se como um preço global por sessão por doente hemodialisado, abrangendo todos os encargos relativos directamente às sessões de diálise e, bem assim, ao respectivo acompanhamento médico dos doentes, seu controlo e avaliação, aos electrocardiogramas realizados e aos medicamentos administrados durante as sessões de diálise, com excepção dos medicamentos previstos no despacho n.º 9825/98 e eventuais subsequentes actualizações.”

Aparentemente, a legislação estabelece um regime aberto de acesso à actividade e às convenções. Não se detectam barreiras significativas, para além daquelas que decorrem de aspectos técnicos e dos critérios de saúde pública que estabelecimentos desta categoria devem respeitar – e.g., qualificação do pessoal, procedimentos nos tratamentos, higiene e condições sanitárias, prevenção de situações de emergência, entre muitas outras condicionantes, rigorosamente descritas no Manual de Boas Práticas de Hemodiálise.

Em síntese, estes condicionalismos são comuns aos de muitas outras actividades económicas que dependem da existência de recursos humanos qualificados e de

¹⁶ Vide Preâmbulo do Despacho 7001/2002, de 4 de Abril.

¹⁷ Vidé número 2 da cláusula 5ª do Despacho 7001/2002 de 4 de Abril.

conhecimento de processos produtivos tecnologicamente sofisticados. Na medida em que o acesso a estes factores se possa realizar em condições concorrenciais – incluindo o acesso ao financiamento no mercado de capitais – não parece razoável argumentar com a existência de barreiras de natureza institucional à entrada.

Finalmente, porque parece existir no Ministério da Saúde a percepção de que a rede é insuficiente e pode ser alargada, há um aparente acolhimento institucional favorável a novas unidades. Aliás, anote-se que o sucessivo protelamento de entrada em vigor do clausulado tipo indicia o interesse governamental em assegurar que a rede de cuidados de hemodiálise funcione sem sobressaltos em todo o território nacional.

Escolha da clínica de tratamento: transporte de doentes |

Na selecção do centro de hemodiálise para o qual será encaminhado cada doente, intervém o hospital que o acompanhou na especialidade de insuficiência renal, sendo de considerar factores como a proximidade do centro em relação à residência do doente (são de desaconselhar deslocações excessivamente longas) e a respectiva capacidade disponível.

Segundo informações recolhidas, a capacidade de influenciar a escolha da clínica para tratamento é limitada: os doentes são encaminhados para os centros de diálise pelos centros de saúde, sob orientação do seu médico nefrologista, e condicionados à existência de vagas. A intervenção do doente no processo de escolha é condicionado pelas “possibilidades consideradas razoáveis”.

Não estão pois definidos procedimentos rigorosos acerca da forma como se procede à selecção das clínicas de hemodiálise para cada doente. Em princípio a escolha recai sobre as clínicas mais próximas da área de residência – tanto mais que se pretende evitar o incómodo da deslocação – desde que salvaguardada a existência de capacidade para acolher mais um doente. Na prática, não é clara a forma como as prioridades são hierarquizadas, como se ponderam diferentes parâmetros – e.g., capacidade, distância, custo – ou como, finalmente, se processa a escolha. Isto é, não é líquido que a escolha decorra maioritariamente da vontade do doente – e.g., ênfase no parâmetro da distância – e só, subsidiariamente, das preferências dos médicos ou centros de saúde.

Ora, pode-se argumentar economicamente que a forma como são definidos os mecanismos processuais de reembolso de despesas – tratamentos propriamente ditos e custos de transporte – produz efeitos sobre a escolha das clínicas e pode distorcer o contexto concorrencial do mercado. Em especial, o esquema pode criar um sistema de incentivos perverso que influencie o processo de escolha e inverta a ordem das prioridades. Um exemplo hipotético, é aquele em que a escolha do local de tratamento se subordina aos interesses da clínica¹⁸, ou da empresa de transportes¹⁹, em detrimento dos do doente – neste caso, a prioridade do parâmetro distância é pouco relevante.

A investigação realizada nesta vertente não é conclusiva. Não se conseguiu descrever o procedimento de escolha propriamente dito, mas apurou-se uma diversidade de práticas no que respeita às despesas de transporte: desde centros de saúde que simplesmente reembolsam cada um dos doentes até situações de contratação directa entre o centro de saúde e o transportador. Não quantificamos o impacto sobre os custos para o Serviço

¹⁸ Para garantir a utilização da capacidade e diluir eventuais custos fixos, por exemplo.

¹⁹ Maximizando as distâncias de transporte para maximizar as receitas, por exemplo.

Nacional de Saúde decorrentes de diferentes arranjos institucionais desta natureza. A informação coligida foi escassa, dada a sua indisponibilidade junto das fontes primárias. Em todo o caso, e utilizando cautelosamente a informação parcelar, procedeu-se a uma reconstituição da performance do sistema nesta dimensão, procurando eventuais discrepâncias de comportamento entre as várias regiões de saúde.²⁰

Fixação de preços: participação de despesas SNS e ADSE |

Os serviços de hemodiálise são integralmente participados pelo Serviço Nacional de Saúde. Os utentes não têm qualquer influência sobre o preço, pelo que na perspectiva das empresas de hemodiálise a concorrência não pode ser exercida por esta via.

Atendendo à universalidade do serviço a procura total é constante e, naturalmente, os doentes (i.e., consumidores na terminologia económica) são insensíveis ao preço. Neste sentido, uma clínica só pode aumentar o número de doentes se as restantes registarem uma perda. E, esta dinâmica concorrencial intra-indústria só pode ser levada por recurso a variáveis não-preço.

Acresce, também, que o preço não é objecto de concorrência ex-ante entre as empresas. Isto é, não está instituído nenhum sistema de leilão, mediante o qual o serviço – ou seja, o acesso ao convencionamento – seja atribuído às propostas mais competitivas. Pelo contrário, o preço é fixado através de processo negocial que envolve o Estado e as empresas, em consonância com um sistema de regulação sectorial por via do preço, o qual deverá, em princípio, assentar numa estrutura de custos pré-determinada.

Assim, o Decreto-Lei 11/93 de 15 de Janeiro que estabelece o estatuto do Serviço Nacional de Saúde, estipula no artigo 25.º que²¹:

“[...] os preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do Serviço Nacional de Saúde são estabelecidos por portaria do Ministério da Saúde tendo em conta os custos reais e o necessário equilíbrio de exploração”.

A fixação de preços para o serviço de hemodiálise foi originariamente fixado pelo Despacho 7001/2002, de 4 de Abril, em € 104.75. Os preços são revistos anualmente por despacho ministerial, configurando-se como preço global por sessão por doente hemodialisado, com todos os encargos relativos directamente às sessões de diálise, ao acompanhamento médico dos doentes, seu controlo e avaliação, aos electrocardiogramas realizados e aos medicamentos administrados durante as sessões de diálise (excepto os previstos no Despacho n.º 9825/98, alterado pelo Despacho n.º 6370/2002 – darbepoetina alfa, epoetina alfa e epoetina beta). Outra medicação administrada durante a hemodiálise é facturada em acréscimo. O valor actual da participação está fixado em € 114.79.

Compete a uma comissão paritária proceder à avaliação dos factores determinantes da constituição dos preços, nomeadamente a evolução dos custos do mercado e as inovações tecnológicas (Cláusula 12.ª do clausulado tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise, Despacho n.º 7001/2002, 2.ª série).

Não obstante o processo de revisão de preços estar claramente definido, não nos foi possível reconstituir a sua evolução entre 2002 e 2005. Não foi possível localizar os

²⁰ Assunto discutido adiante neste capítulo na subsecção “Performance do sistema 2: participação das despesas de transporte”.

²¹ Vide Preâmbulo da Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho.

despachos ministeriais que suportam as revisões anuais de preços – se é que elas existiram – e a referência ao preço para o ano de 2006 é a que está vertida no Despacho n.º 22620B/2005, de 31 de Outubro, que baixa em 5% os valores das participações em algumas áreas convencionadas com o SNS. Curiosamente, a diálise fica fora desta descida generalizada de preços, remetendo-se o facto para o acordo estabelecido com a Associação Nacional de Centros de Diálise que fixou o preço em Janeiro de 2005, por um período de 3 anos. Para 2007, o Despacho n.º 2495/2007, de 30 de Janeiro, do Secretário de Estado da Saúde, estabelece o congelamento dos preços de todas as convenções celebradas com o Serviço Nacional de Saúde, incluindo a Hemodiálise. Mais, o diploma parece abrir espaço a que os preços possam ser negociados no final do primeiro trimestre do ano.

Numa primeira abordagem, o regime de fixação de preços parece resultar de um processo de discussão bilateral, cujo equilíbrio é, muito provavelmente, instável. Estamos na presença de uma negociação entre dois monopólios *de facto*: de um lado, o Estado e, do outro, as empresas representadas pela respectiva associação.

Contrariamente ao que seria de esperar num sistema regulado pelo preço, não foi possível encontrar documentos de suporte a um debate aprofundado sobre a relação entre preços e custos de produção.

Não obstante, esta opção regulatória – que está próxima de um sistema de *price cap* – encerra um enorme potencial no que respeita aos incentivos à melhoria da eficiência económica e à qualidade do serviço. Infelizmente, o Estado não dispõe de mecanismos que permitam avaliar o seu impacto.

A discussão deste e doutros assuntos relacionados com a fixação de preços carece de uma abordagem mais aprofundada, e que se torna premente atendendo a que o período negociado com a Associação Nacional de Centros de Diálise termina no ano de 2007. Em especial, é essencial uma análise detalhada de custos e receitas de exploração das clínicas e empresas de hemodiálise, para que o mecanismo regulatório do preço surta os efeitos desejados nas várias dimensões: qualidade de serviço e eficiência na utilização dos recursos financeiros, entre outros.

O Decreto-Lei 118/83 de 25 de Fevereiro estabelece as condições de acesso e as tabelas de participações em regime livre da ADSE. O despacho 8738/2004 de 3 de Maio define que as participações pagas pela ADSE ascendem a € 298,8²², sendo participadas na totalidade, conjuntamente com as despesas de transporte. O valor definido engloba²³:

“[...] tudo o que é necessário a este tipo de tratamento, designadamente agulhas de fístula, sistema de heparinização, sistema de soro, diferentes soros, adesivos e pensos. Comparticipa-se um máximo de três sessões por semana, salvo se existir relatório médico circunstanciado da situação clínica que justifique um maior número de sessões.”

Existe, ainda, a possibilidade de os reembolsos serem efectuados por outros sistemas de saúde. Infelizmente, não conseguimos aceder a informação a este respeito. Contudo, e atendendo à política assumida pelo Serviço Nacional de Saúde, é de esperar que a comparticipação de custos pelos sistemas de segurança social privada seja diminuto.

²² O valor da participação refere-se à técnica de hemofiltração. Nos tratamentos de hemodiálise de baixo fluxo, o valor desce para € 114,79, à semelhança da Serviço Nacional de Saúde.

²³ Vide Tabela de Situações Específicas do Despacho n.º 8738/2004 de 3 de Maio.

Finalmente, o actual quadro legal e regulamentar parece dar pouca importância a outras opções de tratamento. O enquadramento foca essencialmente o tratamento de hemodiálise convencional – i.e., deslocação do doente ao centro de hemodiálise para tratamentos 3 vezes por semana – e dá pouco espaço a soluções alternativas – como a diálise peritoneal e outros sistemas pessoais de diálise *in home*. Ora, estas poderiam ser posicionadas como instrumentos para reforçar a contestabilidade do mercado e alargar o leque de opções dos doentes.

Modelos Alternativos de Prestação do Serviço

Em conformidade com a descrição anterior e em alternativa à possibilidade de externalização dos mercados – i.e., empresas diferentes a assegurar as diversas actividades da cadeia de valor – há que reflectir sobre a possibilidade de uma empresa poder utilizar conexões a montante ou a jusante, de modo a sedimentar um modelo de negócio alternativo, em que se substitui a algum(ns) dos intermediários, optando pela internalização de partes da cadeia de valor.

Esta reflexão serve o propósito de compreender que estratégias empresariais as empresas adoptam e de que forma tal comportamento se pode reflectir sobre a eficiência na utilização dos recursos e na maximização do bem estar social.

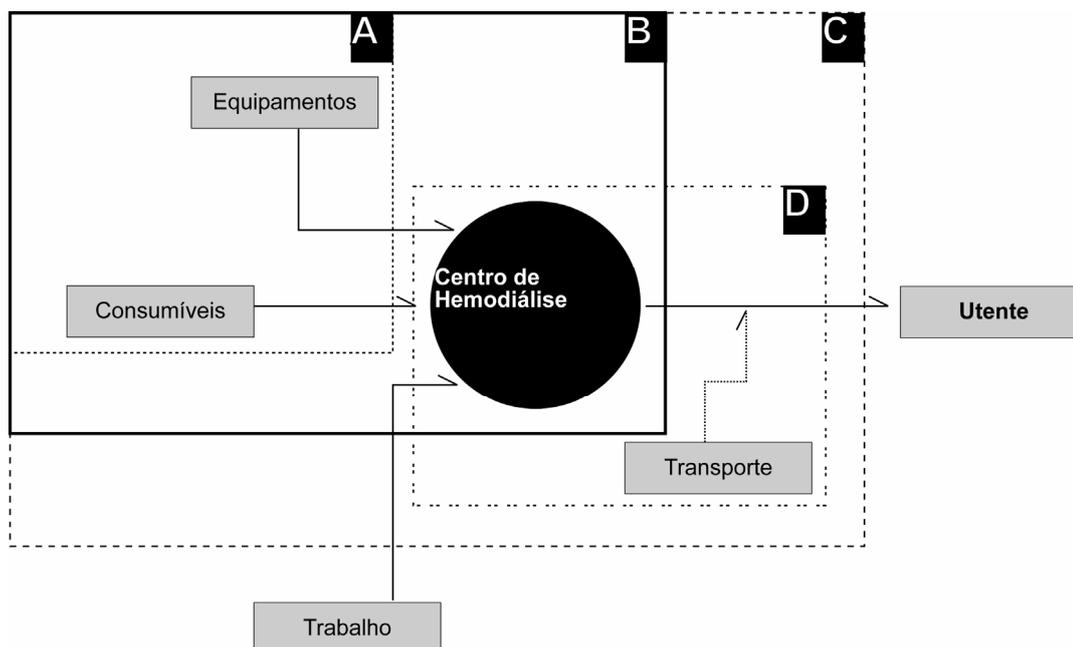
A internalização pode ocorrer pela interligação entre o fornecimento de equipamentos e de consumíveis. Esta prática ocorre limitadamente no mercado e identificam-se casos em que, por norma, o abastecimento é efectuado por uma mesma entidade. A integração pode assumir a forma de parcerias estratégicas (por exemplo decorrentes de relações contratuais) ou, de forma mais explícita, a integração vertical (ou a inclusão da empresa no universo do mesmo grupo empresarial de controlo).

Esta parece ser a tendência do sector da hemodiálise em Portugal, como indiciam as relações de propriedade entre as unidades actualmente existentes. Economicamente, este é um modelo eficaz de organização do negócio: a mesma entidade, ou uma empresa que lhe está associada, assegura as actividades de produção do serviço de hemodiálise (desde a produção do equipamento e dos reagentes, ao serviço propriamente dito) e, em paralelo, tem relações privilegiadas com as entidades que asseguram o transporte dos doentes (nalguns casos, com cruzamentos na estrutura de propriedade).

A alternativa de confiar exclusivamente no funcionamento dos mercados a montante parece vir a perder terreno a julgar pela evolução recente em Portugal. Podem-se avançar várias hipóteses para as tendências observadas, desde os argumentos mais positivos – que justificam a evolução pelos ganhos de eficiência, a qualidade do serviço e, em última instância, a melhoria do bem estar – até aos mais negativos – que colocam o acento tónico no reforço do poder das empresas integradas verticalmente, impondo desvantagens de custos aos seus concorrentes não integrados.

Naturalmente que a integração não é apenas relevante para a forma como a concorrência se desenrola horizontalmente no mercado do produto. Tem, também, implicações profundas no relacionamento com a envolvente institucional, na medida em que pode configurar quadros diferenciados de equilíbrio de forças.

Figura 2.2 – Integração vertical da cadeia de valor



Notas: A, B, C e D representam os limites de quatro formas alternativas de integração

Estes vários aspectos são objecto de análise em cada um dos capítulos que se seguem. Neles procura dar-se eco de algumas preocupações legítimas sobre a contestabilidade do mercado, muito em particular, sobre a eficiência económica na utilização dos recursos a par com o cumprimento dos objectivos de serviço social e de saúde pública inerentes às obrigações do Estado Português.

3

Estrutura Industrial do Sector de Hemodiálise

O mercado de serviços de hemodiálise em Portugal continental apresenta, globalmente, um acentuado nível de concentração. Considerando os utentes dos serviços privado e IPSS, o índice de Herfindhal Hirschman²⁴ acumula 3724 pontos.²⁵

Dos 100 estabelecimentos registados junto da ERS, 76 dos quais sob propriedade privada e cooperativa, contam-se apenas 20 concorrentes. Por opção da política de saúde, a rede pública hospitalar não integra a oferta regular dos serviços de hemodiálise. Aparentemente, os hospitais públicos oferecem hemodiálise com carácter regular num conjunto de casos isolados, nomeadamente nos quais não existe oferta privada na área de influência.

Se os 20 concorrentes identificados tivessem idêntica dimensão, o valor de referência do índice de Herfindahl Hirschman seria de apenas 500 pontos – a uma distância considerável do valor efectivamente registado.²⁶

Não obstante os elevados níveis de concentração, os estabelecimentos cobrem a quase totalidade do território continental. Das 28 regiões NUTSIII, apenas 4 regiões do interior, de reduzida dimensão e fraca densidade populacional, não dispõem de qualquer tipo de oferta pública ou privada.

²⁴ O índice de Herfindhal Hirschman é um indicador da concorrencialidade do mercado. É calculado como o produto das quotas de mercado das empresas que integram a indústria. O valor máximo do índice é 10 000, correspondente ao caso de monopólio – i.e., uma única empresa.

²⁵ Considerando a totalidade do mercado, i.e., incluindo a oferta pública da rede hospitalar, o HHI baixa ligeiramente para 3009, reflectindo a irrelevância da oferta deste conjunto de entidades.

²⁶ O departamento de justiça norte-americano e a comissão europeia consideram que num mercado concorrencial o índice é inferior a 1000. Para um valor do índice entre 1000 e 1800, o mercado é moderadamente concorrencial. Finalmente, o mercado é considerado não concorrencial para valores do Herfindahl Hirschman Index (HHI) superiores a 1800.

Estruturas de Propriedade

Num mercado com 100 estabelecimentos, 76 dos quais privados e cooperativos, existem apenas 20 concorrentes – 11 grupos privados e 9 IPSS. Várias empresas privadas partilham a estrutura accionista. A oferta hospitalar é excluída do mercado, por razões que se prendem com o ordenamento do Serviço Nacional de Saúde.

Ao nível da estrutura accionista, dois factos são dignos de relevo: *primeiro*, para uma substancial maioria de empresas o controlo é exercido por um único accionista; e, *segundo*, algumas empresas exploram simultaneamente vários estabelecimentos.

Uma faixa marginal de empresas, cujo controlo de propriedade é exercido fora dos grupos dominantes, ocupa apenas a parte final da cadeia de valor, sem qualquer vínculo aparente com empresas a montante no processo produtivo, ou prestadores de serviços acessórios – e.g., o transporte de doentes.

Nota Metodológica |

A análise que se segue impõe um esclarecimento metodológico prévio sobre a informação constante da base de dados da ERS e a sua utilização para efeitos da caracterização dos grupos empresariais e respectivas estruturas accionistas, como se apresenta nas subsecções seguintes.

Utilizamos a seguinte nomenclatura e definições:

Estabelecimento ou clínica: espaço no qual são prestados serviços de hemodiálise, independentemente da empresa que é sua proprietária. Uma mesma empresa pode explorar vários estabelecimentos, em localizações geográficas diferenciadas.

Empresa: conjunto de estabelecimentos que partilham o mesmo núcleo accionista directo. Para efeitos de análise apenas se consideram as participações de controlo; isto é, considera-se que dado conjunto de estabelecimentos é propriedade da mesma empresa desde que o conjunto de accionistas de controlo (i.e., mais de 50%) seja idêntico.

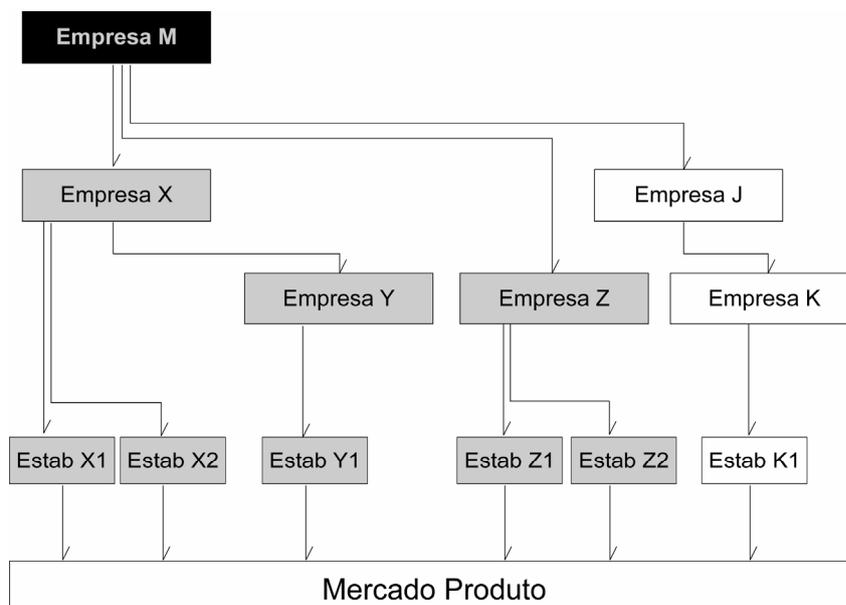
Grupo empresarial: conjunto de empresas cujo controlo accionista último pertence ao mesmo conjunto de accionistas. Contemplam-se, neste caso, as empresas que por via de uma série de participações em cascata são controladas pela mesma entidade ou conjunto de investidores.

Natureza da empresa/estabelecimento: Os estabelecimentos são classificados, de acordo com os títulos de propriedade, em privados – sempre que os accionistas sejam entidades de direito privado – particular e cooperativo – no caso dos estabelecimentos domiciliados em IPSS – e públicos – quando se trate de oferta nos hospitais do Estado.

O conteúdo das bases de dados distingue entre estabelecimento e empresa, e identifica exhaustivamente os accionistas de cada empresa, as suas participações no capital social, e o quadro de pessoal por categorias.

A informação permite reconstituir as estruturas accionistas de cada uma das empresas do sector e identificar, pelo menos parcialmente, quais as empresas que se encontram integradas dentro do mesmo grupo empresarial, isto é, que partilham os mesmos accionistas e revelam idênticas participações de controlo.

Figura 3.1 – Estabelecimentos, empresas, e grupos empresariais



Nota: Considera-se como empresa X, o conjunto constituído pelos estabelecimentos X1 e X2. De igual modo, as empresas Y, Z e K têm estabelecimentos distintos: Y1, Z1 e Z2, e K1 para cada uma das empresas, respectivamente. Na figura, todos os estabelecimentos pertencem ao mesmo grupo empresarial, controlado pela empresa M (ou, dito de outro modo, pelo conjunto de accionistas representado pela empresa M).

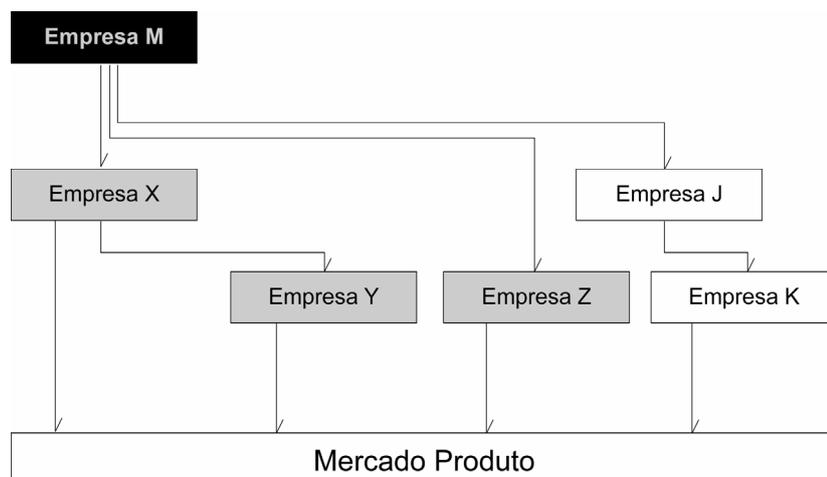
Adoptou-se como critério para construção dos grupos empresariais, a propriedade de controlo do capital social, com os inerentes direitos de voto conferidos aos seu legítimo proprietário. Esclarecendo, quaisquer duas empresas que partilham a mesma estrutura accionista de controlo são tomadas como integradas dentro do mesmo grupo empresarial. Considera-se que existe uma participação de controlo sempre que os accionistas sejam proprietários directa ou indirectamente de mais de 50% do capital social da empresa em questão.

A abordagem e a informação disponível impõem, contudo, algumas limitações. É possível que os dados não permitam reconstituir integralmente a composição dos grupos, e isto porque os dados existentes apenas permitem identificar as empresas que sendo prestadoras de serviços de hemodiálise são também accionistas de outras empresas que prestam serviços.

A Figura 3.2 exemplifica as limitações dos dados disponíveis e, concomitantemente, da abordagem adoptada. Uma análise exhaustiva e rigorosa só é possível analisando em cascata todos os accionistas individuais de cada uma das empresas constantes da base de dados até ao limite de identificação de investidores individuais e institucionais.

Em concreto os dados apenas permitem identificar níveis de integração de primeiro grau, isto é, empresas que partilham a mesma estrutura accionista. Deste modo, é possível que existam empresas que ainda que inseridas num mesmo grupo industrial, têm estruturas accionistas diferenciadas, porque a cascata de participações fica colocada demasiado próximo do topo da estrutura.

Figura 3.2 – Grupos empresariais: participações em cascata



Nota: No esquema, as relações de propriedade ilustram apenas as relações de controlo. A ilustração revela que, com os dados e a metodologia adoptados, apenas as empresas X, Y, Z são consideradas como pertencentes ao mesmo grupo empresarial M. Também a empresa K, na sequência de participações em cascata, está integrada no mesmo grupo empresarial M. Contudo, não é possível reconstituir os direitos de propriedade na relação entre a empresa J e a empresa M. Assim, neste exemplo, existem dois grupos: [1] o grupo de empresas X, Y e Z, cujo controlo comum é assegurado por M; e [2] o grupo K, cujo controlo é assegurado por J. A figura representa apenas dois níveis de propriedade em cascata, mas os resultados são generalizáveis a situações mais complexas com múltiplos níveis de direitos de propriedade.

Estruturas Accionistas e Controlo Empresarial |

O Quadro 3.1 apresenta estatísticas sobre alguns indicadores de estruturas de propriedade e concentração da oferta para as empresas privadas, únicas para as quais a informação sobre a composição accionista é relevante.

Quadro 3.1 – Estatísticas descritivas sobre estruturas de propriedade nas empresas e grupos privados

	Percentis			Observações		
	1%	50%	99%	Número	Média	DP
Número de estabelecimentos por empresa	1	1	20	40	1.68	3.01
Número de accionistas por empresa	1	1	12	35	2.66	2.85
Número de empresas por grupo	1	1	16	11	3.64	5.45
Número médio de accionistas por grupo	1	4	12	8	4.74	3.72

Fonte: ERS. Dados relativos ao ano de 2006.

Notas: Conforme explicitado na nota metodológica, considera-se como grupo todo o agrupamento de empresas que partilha o mesmo núcleo accionista de controlo. São consideradas como pertencendo ao mesmo grupo empresas com um único accionista e empresas em que esse accionista controla maioritariamente o capital. As estatísticas sobre “Número médio de accionistas por grupo”, expressam o número médio de accionistas por empresa dentro de cada grupo. Não se conhece a estrutura accionista de 5 empresas, das quais se sabe apenas 3 pertencerem ao mesmo grupo empresarial.

A maioria das empresas conta com um único accionista: cerca de 57%. Quando se consideram apenas as participações de controlo – i.e., quotas superiores ou iguais a 50% – o número de empresas cujo controlo é exercido por um único accionista aumenta para uns expressivos 90%.

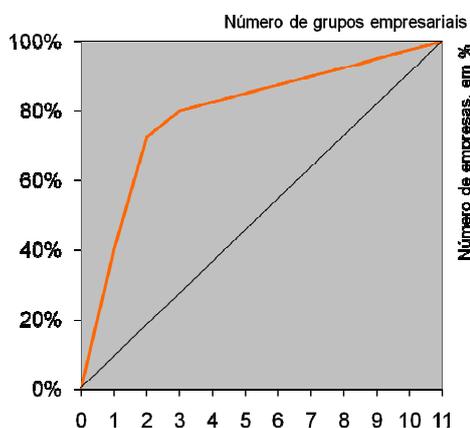
Conduzindo a análise na dimensão de grupo empresarial, i.e., identificando as empresas que são controladas pelo mesmo núcleo accionista, o número de concorrentes existentes neste mercado reduz-se drasticamente para 11.

Não surpreendentemente, esta concentração reflecte-se também no número de estabelecimentos, o que revela que as estratégias adoptadas pelas empresas para penetrar no mercado assentam na criação ou aquisição de empresas e na abertura de novos estabelecimentos com localizações geográficas diferenciadas.

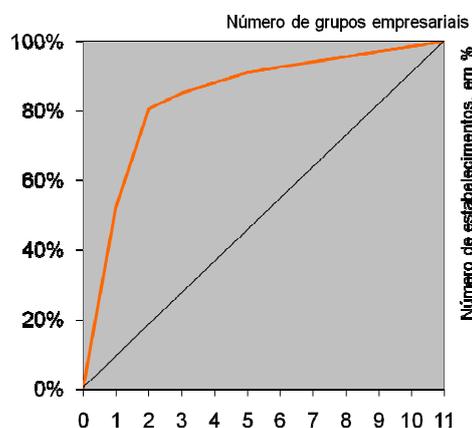
Com efeito, o grau de concentração acentua-se quando se considera o número de estabelecimentos, conforme está espelhado nos painéis (a) e (b) da Figura 3.3. As duas maiores empresas contam com [25–50] estabelecimentos e [500–1500] postos de hemodiálise.

Figura 3.3 – Concentração da propriedade

(a) no número de empresas



(b) no número de estabelecimentos



Fonte: ERS. Dados relativos ao ano de 2006.

Nota: Para efeitos de constituição dos grupos, procedeu-se a uma identificação exaustiva dos accionistas em cada uma das empresas e das respectivas participações no capital social. De seguida, agruparam-se as empresas que partilham um controlo accionista comum, que designamos por núcleo accionista, permitindo identificar o número de empresas controladas por cada grupo ou núcleo de accionistas. O gráfico representa a relação entre a percentagem cumulativa de empresas e o número de grupos empresariais.

Esta realidade está, aliás, bem latente na distribuição de estabelecimentos e empresas de hemodiálise no território continental. Segundo os dados da ERS, contam-se em Portugal 100 estabelecimentos de hemodiálise. O Quadro 3.2 descreve estatisticamente a oferta de serviços de hemodiálise repartido pelas vertentes de oferta privada, IPSS e pública²⁷.

No quadro do ordenamento do sistema de saúde, a oferta regular de serviços de hemodiálise é maioritariamente efectuada por instituições privadas e de solidariedade social. Só excepcionalmente, os serviços públicos prestam serviços continuados de hemodiálise aos seus doentes.²⁸ A oferta hospitalar é usualmente destinada a situações de urgência e casos clínicos mais complicados.

²⁷ A oferta pública consiste exclusivamente naquela realizada nos hospitais do Estado.

²⁸ Como teremos oportunidade de mostrar adiante, apenas nas partes do território nacional em que a oferta privada ou de IPSS é inexistente ou insuficiente, o Estado realiza regularmente o serviço de hemodiálise através da rede hospitalar pública.

Algumas empresas privadas contam com mais que um estabelecimento, como o comprova a existência de 40 empresas para 69 estabelecimentos. Tal característica não é visível nos estabelecimentos explorados pelas IPSS.

No que respeita à capacidade instalada, os estabelecimentos apresentam-se bastante semelhantes dentro de cada categoria – privados, IPSS e público – e, também, não se observam grandes discrepâncias entre as categorias que são directamente concorrentes – privados e IPSS. Os dados sugerem, também, que cada estabelecimento está adequado ao número de utentes que serve.

Quadro 3.2 – Estatísticas descritivas sobre estabelecimentos, empresas e grupos empresariais

	Número	Capacidade instalada (número de postos)				Número de utentes			
		Média	DP	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mínimo	Máximo
Estabelecimentos	100	19.25	9.91	8	74	76.48	53.52	0	159
Privados	67	22.29	10.03	8	74	95.45	51.62	8	279
IPSS	9	17.33	3.16	14	21	44.44	18.13	23	77
Públicos	24	11.25	5.15	8	23	33.78	34.34	0	159
Empresas	72	27.28	60.98	8	528	105.17	276.96	0	2366
Privados	40	38.45	80.35	10	528	159.88	363.26	8	2366
IPSS	9	17.33	3.16	14	21	44.44	18.13	23	77
Públicos	23	11.74	5.58	8	23	33.78	35.11	0	159
Grupos	43	45.67	141.45	8	860	176.09	615.59	0	3729
Privados	11	139.82	266.14	10	860	581.36	1 160.08	14	3729
Públicos e IPSS	32	13.31	5.59	8	23	36.78	31.36	0	159

Fonte: ERS. Os dados relativos a utentes e postos de tratamento reportam-se ao ano de 2005.

Nota: Cada grupo é identificado em função dos seus accionistas e de acordo com a nota metodológica supra. Uma empresa considera-se integrada dentro do mesmo grupo se a participação de controlo pertencer ao mesmo núcleo accionista. No sector privado, para proceder à identificação de grupos, teve que se realizar um levantamento à propriedade de 5 estabelecimentos – informação não constante da base de dados da ERS – da qual resultou a identificação de três grupos. No sector público e IPSS existe coincidência entre a noção de grupo e de empresa. Estes indicadores de concentração da propriedade baseiam-se exclusivamente na composição accionista de cada uma das empresas, não obstante prováveis situações de “outsourcing” de serviços de hemodiálise possam reforçar os laços de concentração neste mercado. Os dados sobre capacidade instalada – medida em termos de número de postos de hemodiálise – e número de utentes são relativos ao final de 2005.

As discrepâncias são, contudo, assinaláveis quando a análise é efectuada ao nível empresarial, primeiro, e ao nível do grupo, depois. Os números evidenciam a muito maior dimensão das empresas do sector privado, por comparação com as IPSS – estes últimos, operando com um único estabelecimento – e a grande discrepância de valores dentro do próprio sector privado. Com uma capacidade média instalada de 38.45 postos de tratamento, cada empresa privada é sensivelmente o dobro das unidades que exploram centros de hemodiálise nas IPSS.

A dispersão dos resultados dentro do sector privado – desvio padrão de 80.35 postos de tratamento – anuncia a heterogeneidade da concorrência, na qual prevalecem algumas unidades de grande dimensão. O desequilíbrio acentua-se quando as empresas são alocadas aos respectivos grupos empresariais.

Grupos Empresariais de Relevância |

Quando consideradas as estratégias de controlo adoptadas pelos grupos empresariais, o número de concorrentes privados no serviço de hemodiálise desce de 40 para apenas 11. O reduzido número de grupos empresariais concorrentes e as estatísticas descritivas, parecem apontar indícios para a concentração da oferta, com possíveis efeitos sobre a contestabilidade do mercado.

Ademais, a amplitude das observações dentro da categoria de grupos privados – a julgar pelos valores máximos e mínimos e o desvio padrão constantes do Quadro 3.2 – sugerem a existência de realidades muito díspares dentro da indústria.

Quadro 3.3 – Grupos privados no sector de hemodiálise

Designação	Estatísticas/ Características do Grupo				
	Empresas	Postos	%	Utentes	%
Fresenius Medical Care SGPS, s.a.	[10–20]	>500	>50	>2500	>50
Gambro - Investimentos e Serviços Lda	[10–20]	[250–500]	[25–50]	[1500-2500]	[25–50]
TecSam - Tecnologia e Serviços Médicos Lda	<10	<250	<25	<500	<25
Eurodial - Centro de Diálise de Leiria, Lda	<10	<250	<25	<500	<25
Clínica Central do Bonfim, s.a.	<10	<250	<25	<500	<25
Sanfil - Casa de Saúde de Santa Filomena, s.a.	<10	<250	<25	<500	<25
Clínica de Diálise da Figueira da Foz, Lda	<10	<250	<25	<500	<25
Beirodial - Centro Médico e Diálise de Mangualde, Lda	<10	<250	<25	<500	<25
CHF - Clínica de Hemodiálise de Felgueiras	<10	<250	<25	<500	<25
Nefrodial, Lda	<10	<250	<25	<500	<25
Centro de Hemodiálise A. Nunes, Lda	<10	<250	<25	<500	<25
TOTAL oferta privada		1538	100%	6395	100%

Fonte: ERS. Os dados relativos a utentes e postos de tratamento reportam-se ao ano de 2005.

Nota: Nos casos em que existe mais que uma empresa a designação corresponde ao da empresa que assegura o controlo do grupo. Nos restantes casos, a designação corresponde ao nome da empresa. Os casos de empresas independentes, não integradas em grupos empresariais, têm matizes diversas, coexistindo unidades empresariais em que o controlo é exercido por um único accionista e empresas em que o controlo é exercido por vários accionistas. Em qualquer caso, o controlo é sempre assegurado com um número máximo de 4 accionistas.

Integração Horizontal e Concentração da Oferta

Os níveis de concentração do mercado, já anteriormente observados a propósito da propriedade, prevalecem quando se toma o conjunto da oferta privada e cooperativa – i.e., empresas privadas e IPSS. Os dois maiores grupos – i.e., Fresenius e Gambro, que controlam o maior número de empresas e estabelecimentos – mantêm uma posição de destaque.

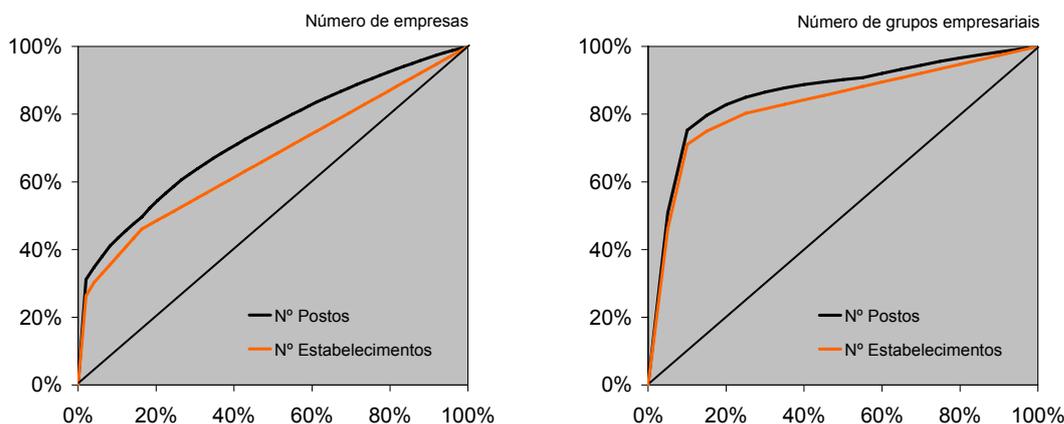
Tomando como referência os utentes servidos, e a oferta privada e das IPSS, o índice de concentração Herfindahl-Hirschman acumula 3724 pontos. Para o mercado como um todo, quando se adiciona a oferta da rede hospitalar, o valor do índice desce para 3009 pontos. Contudo, reflectindo uma opção de política de saúde, o Estado abstém-se de concorrer, não obstante suportar integralmente os custos havidos com os tratamentos.

O nível de concentração no mercado não é tão evidente quando se consideram as empresas individualmente. Contudo, quando se tomam os grupos nos quais se integram, os níveis de concentração do mercado disparam.

Figura 3.4 – Nível de concentração da oferta privada e IPSS

(a) por empresas

(b) por grupos



Fonte: ERS. Os dados sobre capacidade instalada referem-se ao final de 2005 e as empresas e os grupos reportam-se a 2006.

Nota: Percentagens cumulativas de quotas de mercado medidas em número de estabelecimentos e capacidade instalada (postos de hemodiálise) para as empresas e grupos empresariais, depois de ordenados decrescentemente por número de estabelecimentos e, subsidiariamente, pelo número de postos. Os grupos foram reconstituídos de acordo com a nota metodológica e reportam-se ao final de 2006.

A Figura 3.4 mostra que, num universo de 20 grupos concorrentes, os 10% maiores controlam mais de 70% da oferta total do mercado – quer medida em termos de estabelecimentos, quer em capacidade instalada. Aos restantes 90% é reservada uma fatia de menos de 30%, distribuída de forma aproximadamente uniforme.

Tais níveis de concentração da oferta indiciam dois potenciais problemas de insuficiente concorrência no mercado de hemodiálise: *de um lado*, no relacionamento com os utentes finais – que ficam condicionados por um reduzido leque de escolhas, com efeitos sobre o preço – e, *do outro*, as dificuldades de abastecimento de consumíveis e equipamentos a montante.

A especificidade desta indústria requer, contudo, que a análise sobre cada um destes assuntos seja conduzida em níveis diferenciados.

Primeiro, na exacta medida em que a prestação do serviço exige a deslocação física do utente, é necessário observar de que forma a concentração geral do mercado se repercute espacialmente ao longo do território nacional e de que modo está relacionada com a impossibilidade tecnológica de existirem mais concorrentes. Anote-se que a escassez da procura em determinadas áreas pode implicar uma situação de monopólio natural.

Segundo, a concentração da oferta no mercado do serviço final pode efectivamente propagar-se a montante na cadeia de valor. Mas, importa neste caso definir também, qual ou quais os mercados relevantes no abastecimento e quais os canais de distribuição utilizados para aferir se existe, de facto, a possibilidade de se verificarem práticas restritivas da concorrência nos mercados a montante.

Terceiro, a questão da concorrência por via preço tem de ser dissociada da procura do mercado final. Na medida em que o mercado é regulado e o estabelecimento e pagamento do preço é da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde, as opções de escolha dos clientes sobre o serviço tenderão, em princípio, a ser tomadas na óptica de uma função utilidade cuja restrição fundamental não é seguramente o preço, o qual é substituído por preocupações de qualidade e conveniência, entre muitos outros não observáveis.

Os dois primeiros pontos serão objecto de análise nas secções seguintes. Reservamos a questão da concorrência por via do preço para a introdução das características da procura neste mercado.

Rede de Serviços e Distribuição Espacial da Oferta

A nível regional a oferta evidencia idênticos problemas de concentração, sendo que alguns mercados são dominados por uma única entidade. Em todo o território, os indicadores de concentração são de tal modo expressivos que não parece haver espaço para suportar o argumento de que os problemas estão geograficamente circunscritos. Mesmo nas regiões mais densamente povoadas, os níveis de concentração atingem valores elevados.

Nota Metodológica |

Em linha com outros estudos realizados pela ERS a propósito da adequação da rede de laboratórios e outros serviços de diagnóstico de saúde, adoptamos como unidade de referência geográfica na análise as regiões NUTSIII.

Em consonância com a literatura e com estudos em que a procura revela características similares, a abrangência dos mercados definidos pelas NUTSIII é defendida como conveniente e útil à análise.

As regiões NUTSIII apresentam a particularidade de unirem espaços geográficos com continuidade, partilhando características sócio-económicas comuns. Paralelamente, as unidades têm extensões territoriais com dimensão tempo-espaço perfeitamente adequada às necessidades de deslocação dos utentes do serviço de hemodiálise.

Poder-se-á argumentar que as empresas colocadas nas franjas das NUTSIII poderão exercer efeito de atracção sobre mercados geograficamente distintos daquele no qual se inserem, em resultado da nomenclatura estatística adoptada. Neste caso, uma abordagem de delimitação dos mercados por área de influência de cada estabelecimento seria mais adequada e permitiria definir de forma individual qual a concorrência efectiva a cada estabelecimento.

Contudo duas razões suportam razoavelmente a nossa escolha. *Primeiro*, os estabelecimentos tendem a localizar-se em áreas centrais das NUTSIII – o que corresponde à nossa hipótese teórica de localização de cada estabelecimento no epicentro da região, e que exerce um poder de atracção sobre toda a população (procura), que se admite uniformemente distribuída na região. São poucos os casos identificados de estabelecimentos referenciados nas fronteiras das NUTSIII.

Quadro 3.4 – Caracterização das regiões NUTS III

NUTSIII	Número de Concelhos	População [milhares]			Território [Km2]			
		Total	Concelhos		Total	Raio, Km	Concelhos	
			Média	DP			Média	DP
Minho-Lima	10	250	25	25	2 219	27	222	110
Cávado	6	393	66	63	1 246	20	208	113
Ave	8	510	64	53	1 245	20	156	78
Grande Porto	9	1261	140	89	815	16	91	49
Tâmega	15	551	37	25	2 621	29	175	63
Entre Douro e Vouga	5	277	55	50	861	17	172	116
Douro	19	222	12	11	4 110	36	216	127
Alto Trás-os-Montes	14	223	16	12	8 171	51	584	247
Baixo Vouga	12	386	32	19	1 802	24	150	74
Baixo Mondego	8	340	43	46	2 063	26	258	101
Pinhal Litoral	5	251	50	42	1 746	24	349	234
Pinhal Interior Norte	14	139	10	5	2 617	29	187	93
Dão-Lafões	15	286	19	22	3 489	33	233	117
Pinhal Interior Sul	5	45	9	5	1 903	25	381	110
Serra da Estrela	3	50	17	11	868	17	289	152
Beira Interior Norte	9	115	13	12	4 063	36	451	229
Beira Interior Sul	4	78	20	24	3 749	35	937	574
Cova da Beira	3	94	31	23	1 375	21	458	303
Oeste	12	339	28	21	2 221	27	185	128
Médio Tejo	10	226	23	17	2 306	27	231	216
Grande Lisboa	9	1947	216	155	1 382	21	154	127
Península de Setúbal	9	715	79	52	1 581	22	176	144
Alentejo Litoral	5	100	20	8	5 303	41	1 061	597
Alto Alentejo	15	127	8	8	6 248	45	417	182
Alentejo Central	14	174	12	13	7 228	48	516	356
Baixo Alentejo	13	135	10	9	8 545	52	657	381
Lezíria do Tejo	11	241	22	15	4 273	37	388	321
Algarve	16	395	25	19	4 995	40	312	226
TOTAL	278	9 869	36	57	89 045	30	343	284

Fonte: INE. A população é a recolhida no último Censos, de 2001.

Notas: O raio de cada NUTS III dá uma ideia aproximada da amplitude geográfica do território que lhe corresponde. É calculado como o raio do círculo cuja área equivale à da NUTS III. DP corresponde ao desvio padrão.

Segundo, para efeitos de análise dos mercados, a adopção de um modelo com base na área de influência de cada estabelecimento dificulta a definição e delimitação geográfica de um mercado. Ora, atendendo aos objectivos deste estudo, tal definição é essencial. Caso contrário, apenas poderíamos aferir sobre a concorrência na área de cada estabelecimento individualmente considerado, sem possibilidade de definir de uma forma clara um mercado de referência universal, termo de comparação para todas as empresas.

Prosseguimos então por esta via, que nos permite, sem perda de generalidade, estabelecer mercados hierarquicamente relacionados e, conjuntamente, proceder ao

cálculo das quotas de mercado pertencentes a cada uma das empresas que nele concorrem e aos correspondentes índices de concentração da oferta.

Distribuição Regional da Oferta

Se excluirmos a oferta da rede pública e as regiões de maior densidade populacional – das áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto – a dispersão territorial da oferta segue genericamente a regra de um ou dois estabelecimentos por cada NUTSIII.

Quadro 3.5 – Distribuição regional de estabelecimentos de hemodiálise

NUTS III	Número de Estabelecimentos			Número Total de Postos			Dimensão Média dos Estabelecimentos		
	IPSS	Privada	Pública	IPSS	Privada	Pública	IPSS	Privada	Pública
Minho-Lima	[1–5]	[1–5]		[1–50]	[1–50]		[1–25]	[1–25]	
Cávado	[1–5]	[1–5]		[1–50]	[1–50]		[1–25]	>25	
Ave	[1–5]	[1–5]		[1–50]	[1–50]		[1–25]	[1–25]	
Grande Porto	[1–5]	[5–10]	[5–10]	>50	>50	>50	[1–25]	[1–25]	[1–25]
Tâmega		[1–5]			>50			[1–25]	
Entre Douro e Vouga		[1–5]			[1–50]			[1–25]	
Douro		[1–5]	[1–5]		[1–50]	[1–50]		[1–25]	[1–25]
Alto Trás-os-Montes		[1–5]	[1–5]		[1–50]	[1–50]		[1–25]	[1–25]
Baixo Vouga		[1–5]			[1–50]			[1–25]	
Baixo Mondego		[1–5]	[1–5]		>50	[1–50]		[1–25]	[1–25]
Pinhal Litoral		[1–5]			[1–50]			>25	
Pinhal Interior Norte									
Dão - Lafões		[1–5]	[1–5]		[1–50]	[1–50]		[1–25]	[1–25]
Pinhal Interior Sul									
Serra da Estrela									
Beira Interior Norte		[1–5]			[1–50]			>25	
Beira Interior Sul			[1–5]			[1–50]			[1–25]
Cova da Beira									
Oeste		[1–5]			>50			[1–25]	
Médio Tejo		[1–5]	[1–5]		>50	[1–50]		>25	[1–25]
Grande Lisboa		>10	[5–10]		>50	>50		>25	[1–25]
Península de Setúbal		[5–10]	[1–5]		>50	[1–50]		>25	[1–25]
Alentejo Litoral		[1–5]			[1–50]			[1–25]	
Alto Alentejo		[1–5]			[1–50]			[1–25]	
Alentejo Central		[1–5]	[1–5]		[1–50]	[1–50]		[1–25]	[1–25]
Baixo Alentejo		[1–5]			[1–50]			[1–25]	
Lezíria do Tejo		[1–5]			[1–50]			>25	
Algarve		[1–5]	[1–5]		>50	[1–50]		[1–25]	[1–25]
TOTAL	9	67	24	156	1 538	270	17	23	11

Fonte: ERS. Os dados sobre capacidade e número de estabelecimentos referem-se ao final do ano de 2006.

Notas: Os estabelecimentos foram distribuídos espacialmente por referência ao concelho no qual se encontram localizados, independentemente da sede da empresa sua proprietária. A dimensão média dos estabelecimentos é simplesmente a média aritmética simples dos estabelecimentos instalados em cada região.

Algumas evidências merecem destaque: *primeiro*, nas regiões do interior e Alentejo, a oferta está reduzida a um único estabelecimento; *segundo*, a oferta realizada dentro de

instituições particulares de solidariedade social restringe-se à região litoral a Norte do Douro e parece, segundo informação recolhida, ser uma realidade recente; *terceiro*, existem quatro regiões do interior sem qualquer oferta de natureza pública ou privada; *quarto*, em algumas regiões a capacidade da oferta da rede hospitalar é bastante revelante por comparação com a oferta privada, parecendo-nos que também concorre na oferta do serviço às populações necessitadas; e, *finalmente*, a dimensão média dos estabelecimentos é bastante estável ao longo de todo o território o que pode ser o resultado da existência de uma dimensão ótima, ou seja existe uma tecnologia de produção de Leontief típica.

Independentemente da distribuição espacial da propriedade dos estabelecimentos, os resultados denotam uma ampla cobertura do território nacional, cuja adequação à procura trataremos de analisar posteriormente. À primeira vista, relacionando as características de cada uma das NUTS com os estabelecimentos, existe uma razoável aderência da rede da oferta à procura potencial – i.e., população e extensão territorial de cada região.

A maior fatia da oferta nacional concentra-se nas áreas metropolitanas dos dois maiores aglomerados populacionais do país. Só nas regiões do Grande Porto e da Grande Lisboa concentram-se 27 dos 76 estabelecimentos de hemodiálise existentes no país, a que correspondem 642 dos 1538 postos de tratamento. Idêntica tendência se observa nas regiões NUTSIII que lhes são contíguas.

É um facto, contudo, que os estabelecimentos na região da Grande Lisboa têm uma dimensão superior à dos existentes na região do Grande Porto. Na Lezíria do Tejo e Pinhal Litoral localizam-se os dois estabelecimentos privados de maior dimensão. Aliás, ocupam estes dois mercados regionais de forma exclusiva, sem qualquer concorrência de natureza privada, ou alternativa de rede pública.

Proximidade Geográfica dos Estabelecimentos: distribuição sub-regional

Se tomarmos uma unidade de análise ainda mais fina, descendo ao nível concelhio, podemos observar de que forma os estabelecimentos se adequam à procura potencial. Para o efeito, identificou-se a localização geográfica dos estabelecimentos e de seguida tabularam-se as características dos concelhos abrangidos. O Quadro 3.6 identificando o número de concelhos servidos dentro de cada NUTSIII, apresenta sinteticamente os resultados alcançados.

Apenas 20% dos concelhos do continente contam com estabelecimentos de hemodiálise instalados. Representando 44% da população total e cerca de 30% do território nacional, dão uma ideia clara da localização nos concelhos com maior densidade populacional e menos extensos.

Regionalmente, os resultados são bastante díspares. Nas regiões da Grande Lisboa e do Grande Porto existe uma proximidade geográfica muito elevada, com uma cobertura quase integral da população – i.e., os concelhos com serviço representam 90% e 85% da população – enquanto que para o resto do país a cobertura oscila no intervalo 20–40%, com algumas variantes nas regiões fronteiras aos dois maiores aglomerados populacionais.

De uma perspectiva puramente geográfica, é possível argumentar que a maior proximidade nas regiões de Grande Lisboa e Grande Porto, não será tão marcante se tomarmos como referência a unidade distância-tempo. Por outro lado, a muito maior

densidade populacional dos concelhos destas regiões pode explicar esta proliferação. Voltaremos a este assunto posteriormente, a propósito das características da procura.

Quadro 3.6 – Proximidade geográfica – número de concelhos servidos

	Número de concelhos servidos				Características dos concelhos servidos			
	IPSS	Privada	Pública	Total	População	%	Área	%
Minho-Lima	1	2		2	101 540	41%	501	23%
Cávado	2	1		3	210 771	54%	412	33%
Ave	2	1		2	231 972	45%	377	30%
Grande Porto	3	5	2	6	1 077 504	85%	636	78%
Tâmega		4		4	213 856	39%	655	25%
Entre Douro e Vouga		2		2	135 964	49%	215	25%
Douro		2	1	2	68 789	31%	474	12%
Alto Trás-os-Montes		1	2	3	78 417	35%	1 765	22%
Baixo Vouga		1		1	73 335	19%	200	11%
Baixo Mondego		2	1	2	211 044	62%	699	34%
Pinhal Litoral		1		1	119 847	48%	568	33%
Pinhal Interior Norte								
Dão – Lafões		2	1	2	114 491	40%	726	21%
Pinhal Interior Sul								
Serra da Estrela								
Beira Interior Norte		1		1	43 822	38%	729	18%
Beira Interior Sul			1	1	55 708	71%	1 439	38%
Cova da Beira								
Oeste		2		2	83 125	25%	549	25%
Médio Tejo		2	1	3	97 317	43%	998	43%
Grande Lisboa		6	2	7	1 759 056	90%	1 063	77%
Península de Setúbal		5	2	5	517 052	72%	524	33%
Alentejo Litoral		2		2	29 188	29%	2 320	44%
Alto Alentejo		1		1	25 980	20%	448	7%
Alentejo Central		1	1	1	56 519	33%	1 306	18%
Baixo Alentejo		1		1	35 762	26%	1 147	13%
Lezíria do Tejo		1		1	63 563	26%	562	13%
Algarve		3	1	3	127 866	32%	992	20%
TOTAL	8	49	15	58	5 532 488	44%	19 306	29%

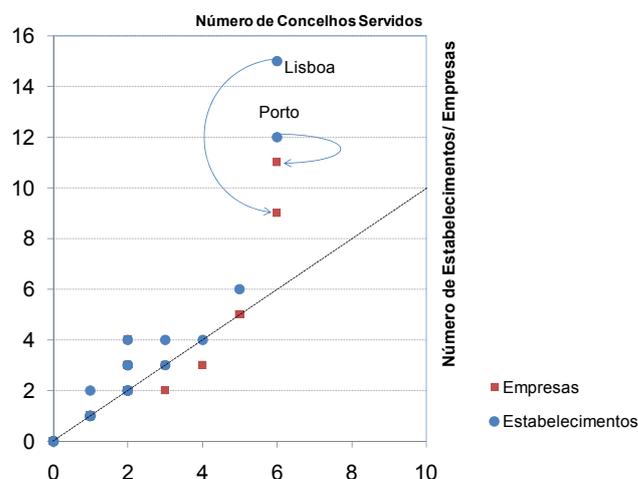
Fonte: INE e ERS

Notas: Nas colunas sob “características dos concelhos servidos” apresentam-se a população residente e a área dos concelhos nos quais existem estabelecimentos instalados. O objectivo é obter um indicador aproximado da cobertura do mercado potencial pela oferta.

Alastramento Espacial da Concentração

Numa outra perspectiva, permitindo inferir sobre a concorrencialidade da oferta, a figura seguinte ilustra a relação entre o número de concelhos com serviço de hemodiálise instalado e o número de estabelecimentos/empresas instalados.

Figura 3.5 – Número de estabelecimentos, empresas e concelhos servidos para as regiões NUTSIII



Fonte: INE, ERS

Notas: O número de concelhos servidos refere-se apenas àqueles nos quais se encontram instalados centros de hemodiálise. O gráfico apresenta a relação entre número de concelhos servidos em cada NUTSIII e os correspondentes estabelecimentos e empresas. O objectivo é observar, *primeiro*, se os vários estabelecimentos correspondem a vários concelhos (pontos sobre a diagonal) ou se, pelo contrário, existem vários estabelecimentos concorrentes no mesmo concelho (pontos acima da diagonal). *Segundo*, pretende-se com este exercício avaliar se a distribuição espacial dos estabelecimentos corresponde a uma estratégia da mesma empresa ou se resulta de empresas diferenciadas. Os pontos empresariais abaixo da linha, revelam que existem concelhos servidos pela mesma empresa. Do mesmo modo, da comparação entre os pontos relativos a empresas e estabelecimentos podem revelar-se as estratégias empresariais de penetração no mercado. Por exemplo, os casos de Lisboa e Porto, revelam duas realidades: *por um lado*, concorrência de vários estabelecimentos dentro do mesmo concelho – i.e., maior número de estabelecimentos que concelhos – e, *por outro*, concentração empresarial – i.e., menor número de empresas que estabelecimentos. Neste sentido, a concentração da oferta é maior na Grande Lisboa que no Grande Porto, indiciando que em vários concelhos o serviço é controlado isoladamente por uma única empresa.

Anote-se que em quase todas as regiões os estabelecimentos se distribuem por vários concelhos, o que sugere a adequação espacial da oferta à procura. Ademais, a relação entre concelhos servidos e estabelecimentos é aproximadamente linear, o que oferece argumentos a favor da hipótese de concorrência, a qual se exerce, aparentemente, por via da oferta da “característica” conveniência – i.e., proximidade das populações – em detrimento de outros factores latentes na função procura.

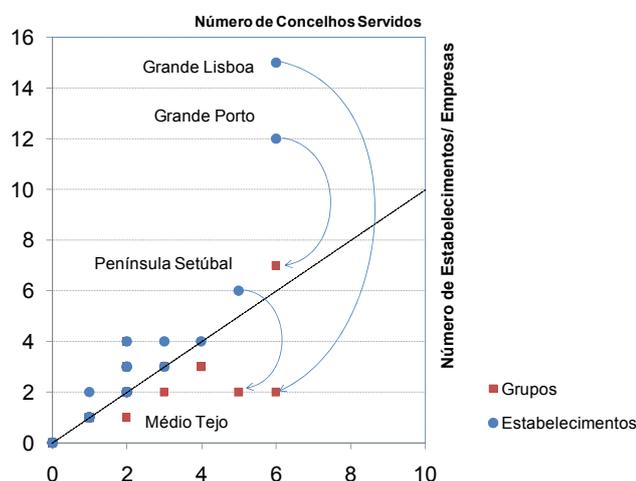
Tal comportamento empresarial não é de todo surpreendente, na medida em que o consumidor não é sensível à variável preço, já que este é suportado integralmente pelo Estado através das convenções contratadas com os prestadores do serviço.

É ainda interessante averiguar se a distribuição espacial dos estabelecimentos exerce um efeito de desconcentração sobre a oferta ou se, pelo contrário, a alastra – isto é, os estabelecimentos dentro da mesma região são propriedade da mesma empresa ou, em casos extremos, de uma única empresa.

Assim, quando se toma em linha de conta a propriedade dos estabelecimentos, os resultados não mudam significativamente, excepto na região da Grande Lisboa, em que a concentração do mercado sai marcadamente reforçada. Os 15 estabelecimentos privados instalados em 6 concelhos desta região, são propriedade de apenas 9 empresas, o que permite inferir que existem situações de mais que um concelho controlados isoladamente por uma única empresa, não obstante a repartição geográfica da oferta

sugerir que é possível que exista, pelo menos aparentemente, uma preocupação com a questão da conveniência na prestação de serviços aos utentes.²⁹

Figura 3.6 – Número de Estabelecimentos, grupos e concelhos servidos para as regiões NUTSIII



Fonte: ERS

Notas: Ver notas à figura anterior. Neste caso, as empresas são substituídas pelos grupos empresariais. As empresas são agrupadas em grupos empresariais em função das estruturas accionistas. Empresas cujo controlo (i.e., propriedade da maioria do capital social) é exercido pelo mesmo núcleo accionista, são tomadas como pertencentes ao mesmo grupo.

Grupos Empresariais e Concentração Efectiva

Como várias empresas se organizam em grupos empresariais, a concentração aparente descrita nos parágrafos anteriores aparece reforçada quando se explicitam os laços de propriedade comuns entre as várias empresas. A Figura 3.6 atesta o efeito de alastramento sobre a concentração espacial da oferta. Nas regiões da Grande Lisboa e vizinhas – Península de Setúbal e Médio Tejo – o número de concorrentes desce bruscamente. Idêntico comportamento é, também, observado na região Porto. Contudo, o efeito é moderado pela característica excepcional da oferta, que conta com a presença de oferta integrada em IPSS.

Numa leitura alternativa, os resultados mostram ainda a persistência de um grupo líder em várias regiões. A liderança é exercida quer por via de estabelecimentos propriedade da mesma empresa, quer por várias unidades com o mesmo controlo accionista.

Os quadros seguintes evidenciam a concentração em cada um dos mercados regionais, identificando as quotas de mercado para cada uma das empresas, *primeiro*, e para cada um dos grupos empresariais, *de seguida*. Da comparação dos resultados entre os dois quadros ressalta a não alteração da lista de empresas que lidera cada um dos mercados regionais. Contudo, observa-se que as quotas de mercado são reforçadas quando se consideram os grupos empresariais, em lugar das empresas individualmente.

²⁹ Pode-se, contudo, pensar em hipóteses alternativas, como o facto de a dispersão geográfica resultar de movimentos de fusões e aquisições dentro do sector e não de uma estratégia deliberada de uma única empresa em estender a rede a vários pontos do concelho, preocupada com o serviço aos utentes.

Quadro 3.7 – Primeira empresa regional em número de postos.

NUTS III	Postos		Utentes		Primeira maior empresa, em número de postos
	Número	%	Número	%	Número de Estabelecimentos
Minho-Lima	[0–25]	<50%	>100	>=50%	[1-2]
Cávado	>25	<50%	>100	>=50%	[1-2]
Ave	[0–25]	<50%	[50–100]	<50%	[1-2]
Grande Porto	>25	<50%	>100	<50%	[1-2]
Tâmega	>25	>50%	>100	>=50%	[1-2]
Entre Douro e Vouga	[0–25]	>50%	>100	>=50%	[1-2]
Douro	>25	>50%	[1–50]	>=50%	[1-2]
Alto Trás-os-Montes	[0–25]	>50%	[1–50]	>=50%	[1-2]
Baixo Vouga	>25	>50%	>100	>=50%	[1-2]
Baixo Mondego	>25	<50%	[50–100]	<50%	[1-2]
Pinhal Litoral	>25	>50%	[50–100]	>=50%	[1-2]
Pinhal Interior Norte					
Dão - Lafões	>25	>50%	>100	>=50%	[1-2]
Pinhal Interior Sul					
Serra da Estrela					
Beira Interior Norte	>25	>50%	>100	>=50%	[1-2]
Beira Interior Sul					
Cova da Beira					
Oeste	[0–25]	<50%	[50–100]	<50%	[1-2]
Médio Tejo	>25	>50%	>100	<50%	[1-2]
Grande Lisboa	>25	<50%	>100	<50%	>2
Península de Setúbal	>25	<50%	>100	<50%	[1-2]
Alentejo Litoral	[0–25]	>50%	[50–100]	>=50%	[1-2]
Alto Alentejo	[0–25]	>50%	[50–100]	>=50%	[1-2]
Alentejo Central	[0–25]	>50%	>100	>=50%	[1-2]
Baixo Alentejo	[0–25]	>50%	>100	>=50%	[1-2]
Lezíria do Tejo	>25	>50%	>100	>=50%	[1-2]
Algarve	>25	>50%	>100	>=50%	>2

Fonte: ERS

Notas: Os dados apenas identificam a empresa que lidera o mercado regional em número de postos de tratamento. Não tomam em consideração o facto de haver outras empresas distintas com o mesmo controlo accionista dentro da mesma região. Este efeito de controlo de propriedade é explorado no quadro seguinte. Para cada empresa indica-se o número de estabelecimentos, postos de controlo e, acessoriamente, a quota do mercado regional. Naturalmente, nas regiões em que existe uma única unidade privada, a maior empresa concorrente ganha pouca relevância.

Quando se toma como unidade de análise o grupo empresarial, fica ainda mais evidente o controlo, com particular destaque no território a Sul da Grande Lisboa. É no Norte do país que as empresas independentes lideram os respectivos mercados regionais.

Os principais concorrentes, salvo algumas excepções, distribuem-se pelo território nacional de forma complementar. Na perspectiva da concorrência os efeitos seriam, hipoteticamente, mais positivos se estas empresas se confrontassem directamente nos mesmos mercados ao nível das regiões NUTSIII.

Quadro 3.8 – Maior grupo regional em número de postos

NUTS III	Postos		Utentes		Primeiro grupo, em número de postos
	Número	%	Número	%	Número de Estabelecimentos
Minho-Lima	>25	>=50%	>100	>=50%	[1-2]
Cávado	>25	<50%	>100	>=50%	[1-2]
Ave	[0–25]	<50%	[50–100]	<50%	[1-2]
Grande Porto	>25	<50%	>100	<50%	>2
Tâmega	>25	>=50%	>100	>=50%	[1-2]
Entre Douro e Vouga	[0–25]	>=50%	>100	>=50%	[1-2]
Douro	>25	>=50%	[0–50]	>=50%	[1-2]
Alto Trás-os-Montes	[0–25]	>=50%	[0–50]	>=50%	[1-2]
Baixo Vouga	>25	>=50%	>100	>=50%	[1-2]
Baixo Mondego	>25	<50%	[50–100]	<50%	[1-2]
Pinhal Litoral	>25	>=50%	[50–100]	>=50%	[1-2]
Pinhal Interior Norte					
Dão - Lafões	>25	>=50%	>100	>=50%	[1-2]
Pinhal Interior Sul					
Serra da Estrela					
Beira Interior Norte	>25	>=50%	>100	>=50%	[1-2]
Beira Interior Sul					
Cova da Beira					
Oeste	[0–25]	<50%	[50–100]	<50%	[1-2]
Médio Tejo	>25	>=50%	>100	>=50%	[1-2]
Grande Lisboa	>25	>=50%	>100	<50%	>2
Península de Setúbal	>25	>=50%	>100	>=50%	>2
Alentejo Litoral	>25	>=50%	[50–100]	>=50%	[1-2]
Alto Alentejo	[0–25]	>=50%	[50–100]	>=50%	[1-2]
Alentejo Central	[0–25]	>=50%	>100	>=50%	[1-2]
Baixo Alentejo	[0–25]	>=50%	>100	>=50%	[1-2]
Lezíria do Tejo	>25	>=50%	>100	>=50%	[1-2]
Algarve	>25	>=50%	>100	>=50%	>2

Fonte: ERS

Notas: Ver Quadro 3.7.

4

Conduta e Performance na Prestação do Serviço

Não dispomos de indicadores com suficiente grau de rigor que nos permitam aferir sobre a distribuição regional da procura. Contudo, os dados relativos aos utentes nas unidades de hemodiálise permitem-nos averiguar de que modo os utentes são servidos no território nacional.

A distribuição espacial dos utentes sugere que a rede de cuidados de hemodiálise é adequada às necessidades. Não obstante os índices de concentração apresentados no capítulo anterior, as empresas parecem distribuir os estabelecimentos por forma a aproximarem-se das populações necessitadas.

A incidência regional de utentes de hemodiálise, comparando o rácio entre o número de doentes e a população, revela-se bastante oscilante regionalmente. Também as taxas de utilização da capacidade instalada nas unidades de hemodiálise variam substancialmente ao longo do território, sendo interessante notar os baixos valores que o indicador assume para as regiões na área metropolitana do Porto. Contrariamente, no sul do País os valores apresentam-se bem mais elevados.

Procura Potencial e Efectiva

É consensual que, de um modo geral, os utentes procuram os serviços de hemodiálise mais próximos da sua residência. As dificuldades de mobilidade do doente hemodialisado, a par com as severas restrições sobre a actividade profissional que os tratamentos acarretam, fazem com que se possa assumir, sem perda de rigor, que a procura de cada uma das unidades de hemodiálise se refere a utentes que residem na sua área de influência.

Quaisquer inferências sobre a procura são derivadas de forma indirecta, a partir da carteira de utentes de cada um dos estabelecimentos. É provável que, por esta via, a análise possa sofrer de alguns enviesamentos, nomeadamente no que respeita à sua distribuição espacial. Entretanto, é utilizado um conjunto de indicadores que permitem despistar efeitos perniciosos que decorrem directamente do comportamento empresarial.

A distribuição dos utentes pelas regiões NUTSIII revela alguma oscilação. Em princípio, seria de esperar uma densidade aproximadamente constante ao longo do território. Contudo, tal está longe de acontecer e pode ser explicado pelo facto de a unidade de medida não tomar como referência o local de residência, mas antes o local onde os doentes são tratados.

É certo que os valores elevados observados em algumas das regiões podem ser explicados pela ausência de qualquer oferta nas regiões vizinhas, o que faz antever um movimento de transporte de doentes e, em consequência disso, produzir um afastamento dos valores médios – e.g., Beira Interior Norte. Mas, persistem também casos em que as discrepâncias entre regiões vizinhas são elevadas – e.g. Médio Tejo e Oeste, Douro e Entre-Douro-Vouga.

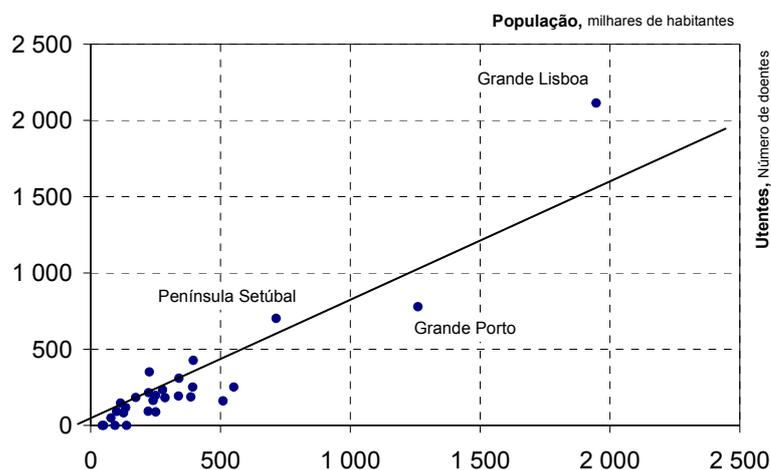
Quadro 4.1 – Distribuição dos utentes por NUTSIII

NUTS III	Número de Utentes			Densidade		
	IPSS	Privada	Pública	TOTAL	Utentes/1000 h.	Utentes/km2
Minho-Lima	[0–100]	]100–250]		]100–250]	>0.75	>=0.10
Cávado	]100–250]	]100–250]		>250	[0.50–0.75]	>=0.10
Ave	]100–250]	[0–100]		]100–250]	<0.50	>=0.10
Grande Porto	]100–250]	>250	]100–250]	>250	[0.50–0.75]	>=0.10
Tâmega		>250		>250	<0.50	>=0.10
Entre Douro e Vouga		]100–250]		]100–250]	>0.75	>=0.10
Douro		[0–100]	[0–100]	[0–100]	<0.50	<0.10
Alto Trás-os-Montes		[0–100]	]100–250]	]100–250]	>0.75	<0.10
Baixo Vouga		]100–250]		]100–250]	<0.50	>=0.10
Baixo Mondego		>250	[0–100]	>250	>0.75	>=0.10
Pinhal Litoral		[0–100]		[0–100]	<0.50	<0.10
Pinhal Interior Norte						
Dão - Lafões		]100–250]		]100–250]	[0.50–0.75]	<0.10
Pinhal Interior Sul						
Serra da Estrela						
Beira Interior Norte		]100–250]		]100–250]	>0.75	<0.10
Beira Interior Sul			[0–100]	[0–100]	[0.50–0.75]	<0.10
Cova da Beira						
Oeste		]100–250]		]100–250]	[0.50–0.75]	<0.10
Médio Tejo		>250	[0–100]	>250	>0.75	>=0.10
Grande Lisboa		>250	]100–250]	>250	>0.75	>=0.10
Península de Setúbal		>250	[0–100]	>250	>0.75	>=0.10
Alentejo Litoral		[0–100]		[0–100]	>0.75	<0.10
Alto Alentejo		[0–100]		[0–100]	[0.50–0.75]	<0.10
Alentejo Central		]100–250]	[0–100]	]100–250]	>0.75	<0.10
Baixo Alentejo		]100–250]		]100–250]	>0.75	<0.10
Lezíria do Tejo		]100–250]		]100–250]	[0.50–0.75]	<0.10
Algarve		>250	[0–100]	>250	>0.75	<0.10
TOTAL	400	6 395	777	7 572	0.77	0.09

Fonte: ERS e INE. Os dados dos utentes referem-se a 2005 e a população é obtida do Censos 2001.

Graficamente, para uma densidade média de 0.77 doentes por cada mil habitantes, as observações deveriam distribuir-se em torno da diagonal, a qual foi traçada para respeitar esta proporção. Note-se que, regionalmente, existe uma discrepância entre os valores médios de incidência da doença de hemodiálise entre o Norte e o Sul do país.

Figura 4.1 – Prevalência regional de doentes em hemodiálise



Fonte: ERS e INE. Os dados dos utentes referem-se a 2005 e a população é obtida do Censos 2001.

Notas: Admite-se neste gráfico que a prevalência de doença renal é medida pelo número de pacientes que realiza hemodiálise em cada uma das regiões.

Conduta e Performance

A distribuição espacial de equipamentos privados de hemodiálise parece responder adequadamente às necessidades. Com capacidade instalada excedentária, em nenhuma das regiões analisadas foram identificados estrangulamentos.

Tomada isoladamente, a oferta privada é agregadamente capaz para satisfazer integralmente todos os utentes de hemodiálise do país. Existem cerca de 7500 doentes renais que utilizam regularmente o serviço de hemodiálise e a capacidade instalada das unidades privadas ultrapassa 9000, isto é, excede em 20% os doentes que actualmente recorrem a este serviço.

A simplicidade do processo produtivo, já descrita em capítulos anteriores, e a existência de pelo menos dois concorrentes no abastecimento – que, também, concorrem no mercado do produto final – pode muito bem explicar o equilíbrio do mercado. Há, possivelmente, dois factores explicativos desta performance industrial: *por um lado*, uma concorrência a dois que pode produzir uma solução concorrencial à la Bertrand; e, *por outro*, a ameaça efectiva de entrada, pelos reduzidos custos afundados que o investimento e o estado da tecnologia acarretam.

Adequação da Oferta à Procura Aparente

Os níveis de utilização da capacidade instalada variam substancialmente de região para região. É nas regiões do Norte do País que parecem registar-se os mais baixos níveis de

utilização dos equipamentos, o que deverá ter implicações sobre as condições de exploração destas unidades.

Quadro 4.2 – Taxa de utilização da capacidade instalada nos estabelecimentos de hemodiálise

NUTS III	Taxa de Utilização da Capacidade			Capacidade Instalada		
	IPSS	Privada	Pública	IPSS	Privada	Pública
Minho-Lima	<50%	>=50%		[0–100]	]100–250]	
Cávado	>=50%	>=50%		]100–250]	]100–250]	
Ave	>=50%	<50%		]100–250]	]100–250]	
Grande Porto	<50%	>=50%	<50%	>250	>250	>250
Tâmega		>=50%			>250	
Entre Douro e Vouga		>=50%			]100–250]	
Douro		<50%	<50%		>250	]100–250]
Alto Trás-os-Montes		<50%	>=50%		]100–250]	]100–250]
Baixo Vouga		>=50%			]100–250]	
Baixo Mondego		>=50%	<50%		>250	]100–250]
Pinhal Litoral		<50%			]100–250]	
Pinhal Interior Norte						
Dão - Lafões		>=50%			>250	
Pinhal Interior Sul						
Serra da Estrela						
Beira Interior Norte		>=50%			]100–250]	
Beira Interior Sul			<50%			]100–250]
Cova da Beira						
Oeste		>=50%			>250	
Médio Tejo		>=50%	>=50%		>250	]100–250]
Grande Lisboa		>=50%	<50%		>250	>250
Península de Setúbal		>=50%	>=50%		>250	]100–250]
Alentejo Litoral		<50%			]100–250]	
Alto Alentejo		>=50%			[0–100]	
Alentejo Central		>=50%	>=50%		]100–250]	[0–100]
Baixo Alentejo		>=50%			]100–250]	
Lezíria do Tejo		>=50%			]100–250]	
Algarve		>=50%			>250	[0–100]
TOTAL	43%	69%	48%	936	9 228	1 620

Fonte: ERS. Os dados referem-se a 2005

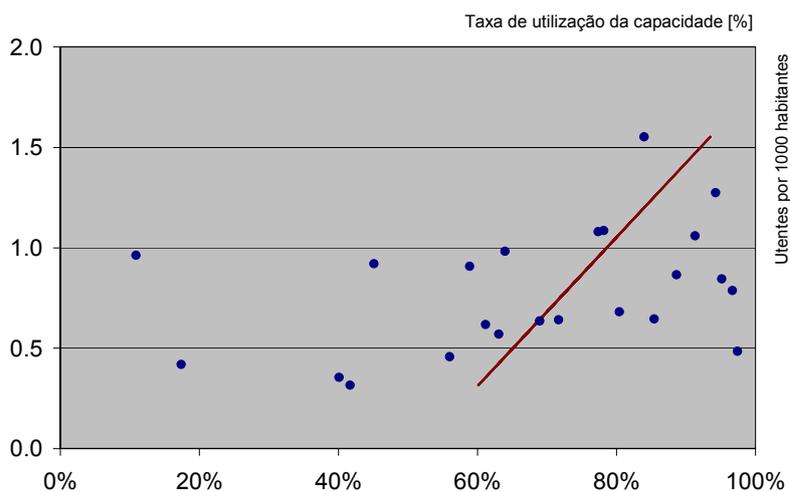
Notas: A capacidade instalada para cada estabelecimento foi calculada multiplicando o número de postos por 6, admitindo que cada posto permite oferecer tratamento regular a 6 doentes renais. Em cada região a capacidade instalada é a resultante da soma das capacidades de todos os estabelecimentos. A taxa de utilização é obtida pela divisão do número de utentes na região pela correspondente capacidade da oferta.

É possível que a discrepância de valores entre as várias empresas esteja também relacionada com a agressividade das diferentes clínicas na captação de clientes. Recorde-se que a oferta aparece bastante dispersa no território e concentrada num reduzido número de concorrentes. Nesta linha de argumentação, as empresas de cada região realizam esforços para captar clientes aos concorrentes geograficamente mais próximos. Propõem-se desta forma otimizar a utilização da capacidade instalada, entre outros objectivos.

Mas, outras leituras dos resultados são igualmente possíveis. A definição de capacidades instaladas baseia-se no pressuposto de um determinado número de turnos que se concretiza numa relação de 6 doentes por cada máquina ou posto de tratamento. Ora, nada impede que determinadas unidades operem com número de turnos reduzido.³⁰

As taxas de utilização da capacidade são mais elevadas nos estabelecimentos privados, por comparação com os estabelecimentos públicos, dando eco ao argumento já avançado de que a rede hospitalar se retirou da prestação regular de serviços de hemodiálise. Apenas subsistem alguns casos, de forma subsidiária e nas regiões não servidas por nenhuma oferta de natureza privada ou de IPSS.

Figura 4.2 – Taxa de utilização da capacidade instalada e prevalência regional da doença



Resultados da regressão linear
Variável dependente: Taxa de utilização da capacidade

	Coefficients	S.E.	t Stat	P-value
Intercept	0.52	0.10	5.14	0.00
Utentes/ 1000 hab.	0.27	0.12	2.28	0.03

Fonte: ERS e INE. Dados de 2005 para os doentes de hemodiálise e de 2001 para a população.

Notas: Vidé notas a quadros e gráficos anteriores a propósito do cálculo dos indicadores. Os valores representados consistem nos pares de observações regionais para cada NUTSIII das variáveis mencionadas.

³⁰ Neste caso, as estatísticas por nós calculadas subavaliariam a taxa de utilização de capacidade. Se o estabelecimento estiver menos horas aberto terá custos de funcionamento mais baixos, apesar de os custos fixos não baixarem e a empresa não poder aproveitar eventuais economias de escala.

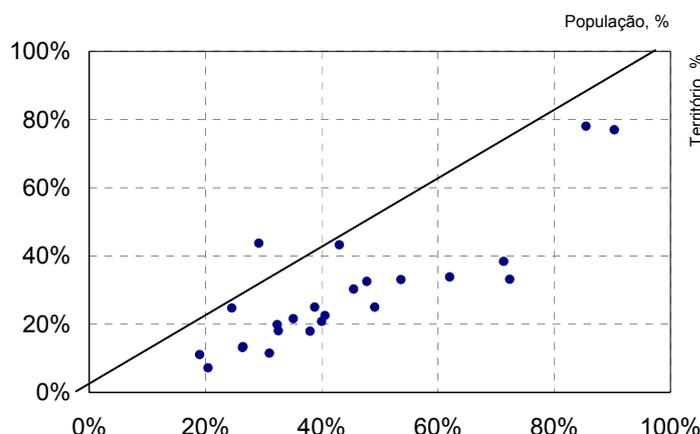
O cruzamento dos dados da capacidade instalada com a prevalência espacial e populacional da doença revela resultados não muito conclusivos, embora seja visível uma ligeira tendência para que a utilização da capacidade aumente com a densidade de utentes de hemodiálise em percentagem da população regional residente. Apesar de estatisticamente significativa a regressão linear simples produz um coeficiente de ajustamento de apenas 20%. Em todo o caso pode indiciar deslocação espacial dos utentes, por razões de natureza concorrencial ou outras.

Já a taxa de utilização da capacidade produtiva contrastada com a extensão territorial, ou mesmo com a densidade populacional das regiões consideradas, não produzem resultados relevantes.

Forças Concorrenciais em Perspectiva

Já discutimos no capítulo anterior a distribuição espacial da oferta, tendo-se argumentado que do ponto de vista dos utentes, a dispersão espacial da rede de estabelecimentos parece não sofrer de efeitos perniciosos. A escolha para a localização recai invariavelmente sobre os concelhos de maior dimensão, garantindo desde logo a maior proximidade, mitigando o incómodo das deslocações que têm de se realizar com bastante regularidade. O gráfico seguinte ilustra esta realidade.

Figura 4.3 – Percentagem da população e do território regional cobertos pelos estabelecimentos



Fonte: ERS, INE. Os dados relativos à população são extraídos dos Censos 2001 e os utentes resultam da base de dados da ERS, com referência ao ano de 2005.

Notas: As percentagens do território e da população cobertos, consistem, respectivamente, nos valores da área e da população residente nos concelhos nos quais se encontram instalados estabelecimentos de hemodiálise. A relação ilustra a opção pelos locais com maior densidade geográfica.

Esta distribuição geográfica da rede de estabelecimentos de hemodiálise pode estar ligada a forças concorrenciais latentes na indústria. Alguns factores podem explicar esta ampla cobertura.

Primeiro, a ameaça de entrada, operando como uma verdadeira força disciplinadora das empresas existentes. A entrada recente de algumas unidades de hemodiálise, supostamente independentes, mostra que esta oportunidade pode ser exercida, mesmo num cenário aparentemente desfavorável em que as empresas integradas verticalmente concorrem directamente com simples prestadores finais do serviço. Provavelmente, os

custos de entrada não são demasiado elevados, e as empresas não podem abdicar de certas partes do território, sob pena de o mercado ser tomado por novos concorrentes.

Segundo, a existência de, pelo menos, dois concorrentes no mercado de equipamentos e substâncias facilitará, em princípio, a entrada de novos operadores, porque consubstancia alternativas de abastecimento no mercado de factores. Apesar de se poder debater se as empresas que operam simultaneamente a montante e a jusante da cadeia de valor e concorrem com empresas que actuam apenas no mercado a jusante, têm incentivos suficientes para fomentar o aparecimento de concorrentes não integrados verticalmente.³¹

Terceiro, a existência de dois grandes grupos integrados verticalmente – controlando vários estabelecimentos na mesma região e mesmo em regiões contíguas – permite que a concorrência se exerça entre iguais. Num cenário em que os preços estão tabelados, a maximização do lucro requer o aumento da quantidade produzida sempre que os custos médios e marginais diminuem – o que presumimos ser o caso para as unidades existentes.³² Ora, como ambos os grupos têm, hipoteticamente, as mesmas condições de acesso aos mercados de factores, podem muito bem ter o mesmo conjunto de incentivos em expandir a capacidade instalada, estando interessados em tomar os clientes dos seus concorrentes se estes deixarem de os servir nas condições mais adequadas.

Quarto, o conjunto de incentivos a que se faz alusão no parágrafo anterior pode, contudo, induzir comportamentos desviantes, na medida em que os consumidores não suportam o custo de transporte e a escolha dos centros de tratamento terá apenas a ver com a comodidade e a segurança. Este subsídio integral ao custo de transporte opera em sentido contrário ao exposto anteriormente, levando a que as empresas privilegiem a capacidade instalada, fazendo-o com tanto maior insistência quanto menor a elasticidade da procura ao incómodo do transporte.³³

³¹ Este fomento realiza-se por via da disponibilidade para lhe vender os inputs necessários à prestação do serviço. São conhecidas na literatura económica circunstâncias segundo as quais as empresas integradas verticalmente discriminam os seus concorrentes, vedando-lhes o acesso aos mercados de factores.

³² Admitimos que as unidades de hemodiálise deverão alcançar uma escala de eficiência para uma dimensão média de 20 postos de tratamento. É em torno deste valor que se colocam a generalidade dos estabelecimentos analisados neste estudo.

³³ É interessante recordar que não é decisão do doente escolher o centro de hemodiálise, nem sequer tem de se preocupar com a minimização dos custos de transporte. A escolha é comandada exteriormente e pode, neste contexto, induzir nas empresas um comportamento de rarefação da oferta, para maximizar a eficiência na utilização das instalações existentes.

5

Performance Financeira Global do Sistema

O Serviço Nacional de Saúde reembolsa integralmente as despesas com os tratamentos de hemodiálise e os custos de transporte incorridos para levar os doentes da sua residência às clínicas de tratamento.

O pagamento pelos tratamentos é efectuado directamente às clínicas de hemodiálise, com base num preço tabelado, fixado por despacho ministerial e ouvidas as empresas, nomeadamente através da Associação Nacional de Centros de Diálise. O preço pago cobre um conjunto de procedimentos e substâncias objectivamente identificado, numa lógica de *price cap*.

As despesas de transporte incorridas pelos doentes são objecto de reembolso, com base num custo por quilómetro efectivamente percorrido. Este é, também, fixado por despacho ministerial e é pago directamente aos transportadores em função do número de doentes e quilómetros realizados.

Apesar das preocupações governamentais com a despesa e, em particular, com as despesas de transporte de doentes não urgentes, não existem procedimentos uniformes para a sua contratação. Entre as várias sub-regiões de saúde registam-se práticas muito díspares no que respeita à escolha de entre três alternativas possíveis: ambulância, táxi ou transporte próprio.

Apesar do reembolso por tratamento ser tabelado, registam-se discrepâncias significativas nos reembolsos realizados às clínicas de hemodiálise das diferentes Administrações Regionais de Saúde. Curiosamente, no ano de 2005, as despesas médias anuais por doente oscilavam entre 23.8 mil euros no Centro e 11 mil euros no Algarve, com o valor médio nacional em 18 mil euros.

Idêntica disparidade se regista nos custos de transporte, embora aqui se possa argumentar que a maior despesa está geralmente associada à maior distância dos doentes aos centros de tratamento. Com efeito é nas regiões do interior que se atingem os valores mais elevados, ainda que algumas excepções nos suscitem dúvidas sobre os resultados alcançados.

Uma nota final de cautela, acerca dos resultados apresentados nesta secção, e que podem estar influenciados por alguma inconsistência estatística. Por exemplo, os dados sobre os doentes são fornecidos pelas clínicas de hemodiálise e os dados da despesa são fornecidos pelas Administrações Regionais de Saúde. Uma possível discrepância na referência geográfica dos doentes pode introduzir ruído nos resultados apresentados.

Evolução da Despesa nos Tratamentos de Hemodiálise

A despesa global com os tratamentos de hemodiálise, propriamente ditos, ascendeu no ano de 2005 a 136 milhões de euros. A este valor acrescem os custos de transporte dos doentes, objecto de reembolso autónomo pelas Administrações Regionais de Saúde e que serão objecto de tratamento posterior.

A repartição deste valor pelo território não é uniforme e revela, naturalmente, diferentes níveis de pressão geográfica. Mas, muito provavelmente, reflectem também a mobilidade territorial dos doentes e a dinâmica concorrencial das empresas prestadoras do serviço. Estima-se que para cada Administração Regional de Saúde os valores totais reembolsados sejam diferentes do total das receitas arrecadadas pelas empresas que operam na sua área de controlo. Esta discrepância só pode ter a ver com a mobilidade inter-regional de doentes a qual pode ser atribuída a vários factores, como sejam as preferências dos utentes (i.e., comodidade), ou a agressividade das clínicas na captação de utentes, entre outros.

Do ponto de vista da despesa com os tratamentos, este comportamento dos utentes e das empresas não levanta preocupações dignas de relevo.³⁴ Os valores médios por tratamento reembolsados às clínicas de hemodiálise são plenamente consistentes com os preços tabelados – receita média de € 115.51 vs. preço tabelado de € 114.79. Estes resultados sugerem que a questão da despesa seja colocada antes no patamar da sua razoabilidade económica, a qual deverá ser aferida por comparação com os custos de produção. De facto, em se tratando de um preço fixado administrativamente – numa lógica de *price cap* – importa perceber de que modo os constrangimentos tecnológicos e institucionais são tomados em devida linha de conta.

Nota Metodológica |

A referência geográfica da informação estatística – nomeadamente a de natureza financeira – do Serviço Nacional de Saúde não segue as nomenclaturas NUTS II, mas antes está organizada por Administrações Regionais de Saúde e, em alguns casos, mais desagregadamente para as diferentes sub-regiões de saúde.

Não é possível analisar a informação financeira sob a perspectiva da nomenclatura NUTSII, por forma a produzir resultados compatíveis com a descrição espacial do sector, anteriormente produzida e considerada mais adequada.

Em consequência e por força da informação disponível, neste capítulo, somos forçados a abandonar a nomenclatura NUTSII e, a um primeiro nível, organizar a informação e a

³⁴ Já o efeito sobre os custos de transporte é incerto, sendo objecto de análise noutra secção.

análise em torno das definições de Administração Regional de Saúde. Eventualmente, desde que a informação disponível permita aceder a um grau de detalhe adicional, o estudo será conduzido ao nível da sub-região de saúde.

Evolução da Despesa Total |

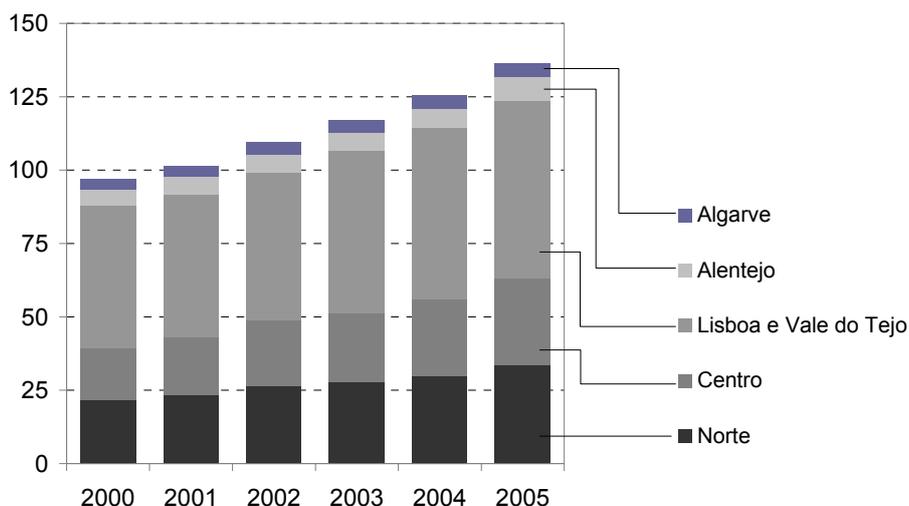
Entre 2000 e 2005, as despesas globais do Serviço Nacional de Saúde com os tratamentos de hemodiálise, excluindo o transporte, têm vindo a crescer sustentadamente a uma taxa média anual de 7%.

No final de 2005, as Administrações Regionais de Saúde dedicavam cerca de 136 milhões de euros aos tratamentos de hemodiálise, representando quase 15% das despesas com serviços convencionados e cerca de 5% da despesa total incorrida.³⁵

A informação estatística quanto à execução orçamental para esta especialidade é fornecida desagregadamente para cada uma das Administrações Regionais de Saúde, cuja evolução pode ser acompanhada pela Figura 5.1.

As despesas com tratamentos de hemodiálise referem-se aos montantes das comparticipações, os quais são realizados por referência a uma tabela de reembolso definida pelo governo, em conjunto com os representantes das empresas, e que pretende cobrir integralmente os custos havidos com a prestação do serviço.

Figura 5.1 – Despesas globais com tratamentos de hemodiálise



Fonte: IGIF, relatórios e contas de vários anos

Notas: Os valores apresentados excluem os custos com transporte, e referem-se apenas ao reembolso relativo a tratamentos, com as entidades convencionadas. Os pagamentos são efectuados pelas Administrações Regionais de Saúde os quais, apesar de identificarem a despesa relacionada com os tratamentos de hemodiálise, não procedem a uma imputação dos custos de transporte respectivos. Os custos de transporte aparecem agregados nas contas das ARS na rubrica transportes de doentes, impossibilitando a identificação da parte relativa a doentes hemodialisados. Os valores estão expressos em milhões de euros.

Fixação Administrativa do Preço/ Comparticipação por Tratamento |

Apesar de o quadro legal e regulamentar estabelecer que o valor da comparticipação é objecto de fixação anual por despacho do Ministério da Saúde, não foi possível

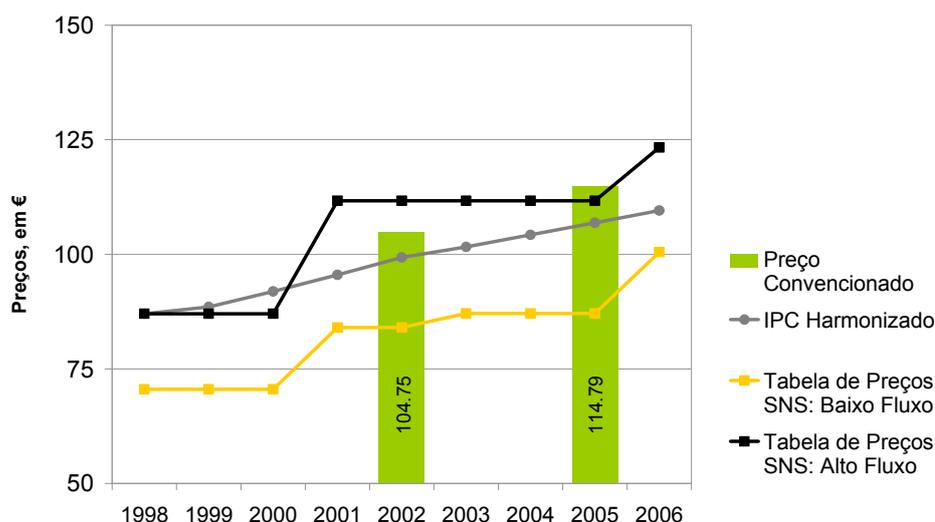
³⁵ Valores calculados com base na informação veiculada pelo IGIF, nos relatórios anuais de actividade.

reconstituir a evolução de preços entre os anos de 2002 e 2005. Os valores fixados na negociação em 2005 dão conta de um acordo para fixação de preços pelo período de 3 anos, o que suscita a hipótese de que os preços não são objecto de revisão anual. Já no ano de 2007, o Despacho n.º 2495/2007, do Secretário de Estado da Saúde, congelou os preços para o ano, abrindo espaço para uma possível negociação no final do primeiro trimestre, após avaliada a evolução da despesa.

Desde Novembro de 2005 a comparticipação está fixada em € 114.79 para cada tratamento de hemodiálise convencional com filtros de baixa permeabilidade/fluxo, havendo isenção da respectiva taxa moderadora.³⁶

Porque se revelou impossível reconstituir a evolução dos valores das comparticipações por tratamento, utilizaram-se as tabelas de preços a cobrar pelos serviços prestados no quadro do Serviço Nacional de Saúde. Tais valores são estabelecidos por portaria do Ministério da Saúde, atendendo aos custos reais e ao necessário equilíbrio de exploração e, como tal, podem ser utilizados como *proxy* para a evolução do nível das comparticipações.³⁷ A Figura 5.2 dá conta desta evolução e, paralelamente, do Índice de Preços no Consumidor, para efeitos comparativos.

Figura 5.2 – Evolução das comparticipações por sessão de hemodiálise



Fonte: IGIF, Banco de Portugal.

Notas: O preço convencionado refere-se ao valor para reembolso, estabelecido por despacho do Ministério da Saúde para cada tratamento de hemodiálise de baixo fluxo. O valor não inclui as comparticipações efectuadas a título de medicação e análises suplementares, as quais são objecto de reembolso autónomo. As séries de preços identificadas como Tabela de Preços do SNS, referem-se aos valores tabelados, em euros, para os serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde para tratamentos de Hemodiálise de Alto Fluxo e Baixo Fluxo, respectivamente. O IPC harmonizado é a série de preços no consumidor publicada pelo Banco de Portugal, com base em 1998 igual ao preço da Tabela de Preços do SNS para tratamentos de Hemodiálise Alto Fluxo [Base 1998: 87.04].

³⁶ O Despacho n.º 22620B/2005, de 17 de Outubro de 2005, emitido pelo Ministério da Saúde, dá também conta de um acordo com a Associação Nacional de Centros de Diálise para a fixação de preços pelo prazo de 3 anos. O Despacho n.º 2495/2007, de 30 de Janeiro de 2007 congelou os preços por mais um ano.

³⁷ Vidé art.º 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei 11/93, de 15 de Janeiro.

Desde 1998 que os preços com os tratamentos com hemodiálise têm crescido a um ritmo superior ao da taxa de inflação, não obstante a revisão de preços não ser efectuada anualmente. Entre 2002 e 2005, únicos anos para os quais existe informação sobre o valor das participações por tratamento, o Índice de Preços no Consumidor Harmonizado cresceu 8%, inferior aos 10% observados para o preço convencionado. Mais, o preço convencionado supera em 14% o valor correspondente registado na Tabela de Preços do Serviço Nacional de Saúde – €100.5 vs. 114.79.

Fontes empresariais do sector argumentam que, não obstante o reembolso ser efectuado por referência a tratamentos utilizando filtros de baixo fluxo, na prática os tratamentos utilizam filtros de alto fluxo, com claros benefícios para o doente. Isto sendo verdade, pode justificar o valor mais elevado das participações, por comparação com as tabelas do Serviço Nacional de Saúde. Mas, também é um facto, que tal como está concebido, o mecanismo de reembolso institui um sistema de incentivos às empresas que favorece a utilização de técnicas com recurso a filtros de baixo fluxo.

Quadro 5.1 – Tabelas de preços do Serviço Nacional de Saúde para tratamentos de hemodiálise

Diploma Legal	Data	Modalidades de Hemodiálise			
		Baixo Fluxo	Alto Fluxo	Hemodiafiltração	Hemofiltração
Portaria 567/2006	12/06/2006	100.5	123.3	125.8	130.4
Portaria 132/2003	05/02/2005	87.1	111.7	140.4	140.4
Portaria 189/2001	09/03/2001	84.1	111.7	139.1	139.1
Portaria 348-B/98	18/06/1998	70.6	87.0	91.0	–
Portaria 756/96	24/12/1996	88.6	–	–	–
Portaria 388/94	16/06/1994	80.4	–	–	–

Fonte: Diário da República.

Notas: Valores em euros.

Na prática tal significa que as empresas entendem ser economicamente mais rentável utilizar filtros de alto fluxo – considerados, do ponto de vista médico, superiores – não obstante o Estado não estabelecer nenhum prémio pela sua utilização. Por outro lado, do ponto de vista dos incentivos, pode ocorrer que as empresas não sejam estimuladas ao investimento e utilização das soluções mais inovadoras, na exacta medida em que não têm qualquer recompensa pelo seu esforço.³⁸

Despesas Médias Efectivas por Tratamento e Mobilidade Espacial dos Doentes |

Em termos agregados, apesar de existir um único preço de reembolso para cada tratamento de hemodiálise, observa-se uma grande discrepância na despesa quando se comparam os valores gastos com tratamentos de hemodiálise pelas diferentes

³⁸ É possível argumentar que, eventualmente, por questões tecnológicas e de custos as empresas podem naturalmente ser levadas a abandonar a prestação de tratamentos de hemodiálise com utilização de filtros de baixo fluxo e a investir em soluções mais modernas e inovadoras, desde que a economia de custos seja suficientemente atractiva e/ou consigam posicionar-se diferenciadamente no mercado; i.e. tornando-se mais competitivas que os seus concorrentes para atrair utentes novos e existentes.

Administrações Regionais de Saúde. A despesa anual média paga às empresas convencionadas por cada doente em tratamento de hemodiálise oscilou, no ano de 2005, entre os 11 e os 24 mil euros.

A discrepância de valores é extremamente acentuada. As diferenças podem, em teoria, ser explicadas pela existência de doentes com despesas comparticipadas por sistemas de saúde privados³⁹, os quais estão desigualmente repartidos pelo território; pela diferente incidência por tipos de tratamento – hemodiálise e diálise peritoneal – ou, mesmo, por eventuais inconsistências de classificação e erros de informação estatística⁴⁰. Em todo o caso, os valores parecem-nos demasiado díspares para que se aceite um resultado inconclusivo nesta matéria e, como tal, devem merecer um tratamento mais aprofundado.⁴¹

Quadro 5.2 – Despesas por doente e por posto de hemodiálise

ARS	Número de Doentes		Número de Postos		Despesas Anuais de Hemodiálise		
	Total	%	Total	%	Total [10 ⁶ EUR]	%	Por Utente [10 ³ EUR]
ARS Norte	1 949	26%	628	32%	33.51	25%	17.2
ARS Centro	1 242	16%	318	16%	29.51	22%	23.8
ARS LVT	3 571	47%	845	43%	60.76	45%	17.0
ARS Alentejo	383	5%	73	4%	7.95	6%	20.8
ARS Algarve	427	6%	100	5%	4.71	3%	11.0
TOTAL	7 572	100%	1 964	100%	136.44	100%	18.0

Fonte: IGIF, Relatório e Contas do Serviço Nacional de Saúde para o ano de 2005. ERS. Os dados relativos a utentes e postos de tratamento reportam-se ao ano de 2005.

Notas: As rubricas de despesa de hemodiálise são as que constam das contas de exploração de cada uma das Administrações Regionais de Saúde, no quadro de subcontratos. A rubrica de hemodiálise refere-se a reembolso às entidades convencionadas, presumivelmente as clínicas de hemodiálise, pelos tratamentos proporcionados. O transporte de doentes aparece autonomizado em rubrica própria deste quadro, não isolando a parte relativa aos doentes em tratamentos de hemodiálise.

Neste assunto, a dispersão dos valores médios por sessão de hemodiálise é mais informativa. Admitindo que a maioria da despesa respeita a tratamentos de hemodiálise convencional e que, em média, cada doente é sujeito a três sessões de terapia por semana, podemos estimar o custo médio para o Serviço Nacional de Saúde de cada sessão de hemodiálise: partindo do número de utentes registados em cada clínica de hemodiálise e agregando-os por Administração Regional de Saúde respectiva, obtêm-se os valores que constam da Figura 5.3.

³⁹ Por exemplo, é admissível que nas clínicas de hemodiálise do Algarve exista um número de doentes registados superior ao suportado pelo Serviço Nacional de Saúde – e.g., turistas, estrangeiros residentes,... – o que pode explicar os mais baixos valores por doente registados em todo o País.

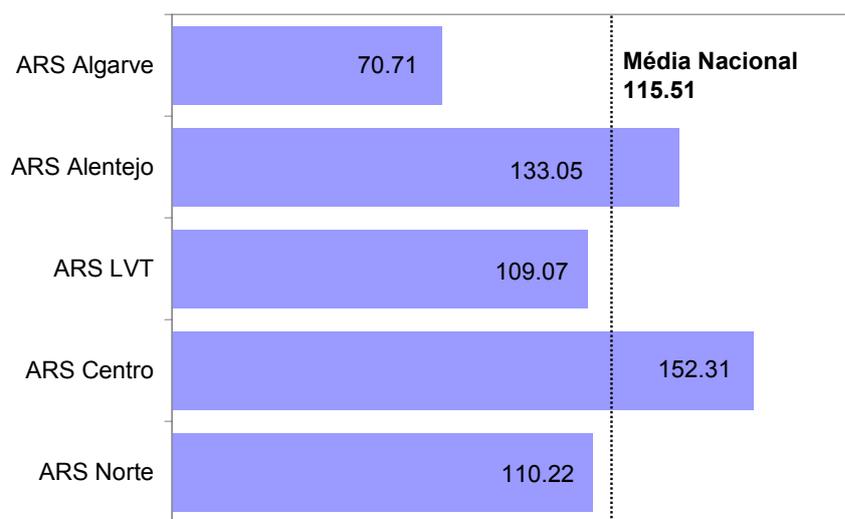
⁴⁰ As discrepâncias podem ter origem em procedimentos diferenciados para a contagem de doentes e para a alocação de despesas por Administrações Regionais de Saúde, por exemplo.

⁴¹ Não nos foi possível aceder a informação que afaste definitivamente as dúvidas nesta matéria. Insuficiências do sistema estatístico não nos permitem incluir comentários mais objectivos a este propósito.

Curiosamente, a despesa média nacional – de € 115.51 – por sessão de hemodiálise é quase coincidente com o preço convencionado de € 114.79, não obstante a grande amplitude de valores quando se efectuam comparações entre as diferentes Administrações Regionais de Saúde.

O reembolso médio por sessão oscila entre o mínimo – anormalmente baixo de € 70.71 – para o Algarve e o máximo para a região Centro. Como teremos oportunidade de referir adiante, é também nas regiões do Alentejo e Centro que se registam os mais elevados custos de transporte por doente.

Figura 5.3 – Custo médio suportado pelo Serviço Nacional de Saúde por sessão de hemodiálise



Fonte: IGIF, Relatório e Contas do Serviço Nacional de Saúde para o ano de 2005. ERS. Os dados relativos a utentes reportam-se ao ano de 2005.

Notas: O custo médio por sessão é calculado dividindo as despesas totais com os tratamentos de hemodiálise reportadas por cada Administração Regional de Saúde pelo número total de sessões estimado. A estimativa do número de sessões realizadas em cada região é obtida pela multiplicação sucessiva do número de doentes registados nas várias clínicas de hemodiálise dessa mesma região por 52 semanas e, finalmente, por três tratamentos semanais por doente.

A disparidade de valores reforça as dúvidas sobre a qualidade e consistência da informação estatística. Face a isto, procedeu-se à correcção das estatísticas sobre a distribuição espacial dos doentes, no pressuposto de que os doentes tratados nas regiões com mais baixa capitação de custos são de facto originários – i.e., residentes – do Alentejo e Centro⁴². Aliás, tal seria consistente com os mais elevados custos de transporte observados.

Na prática, o procedimento implementado pretende averiguar o grau de razoabilidade da hipótese de mobilidade dos doentes para fora das respectivas regiões de saúde para aí obter tratamento. Neste sentido, ensaiou-se qual o número de doentes residentes que

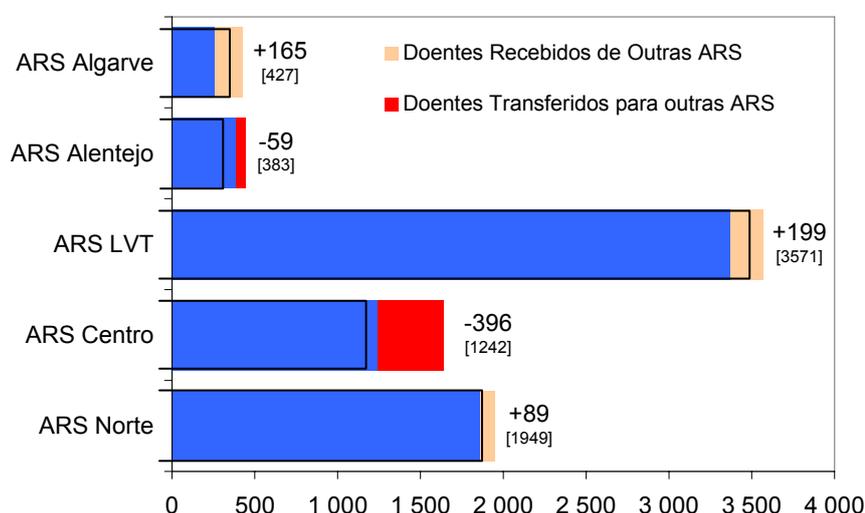
⁴² Anote-se que a referenciação geográfica dos doentes constante da base de dados de prestadores de serviços de saúde da Entidade Reguladora da Saúde toma por base a localização da clínica de hemodiálise. Assim, pode ocorrer que os doentes tratados numa clínica inserida numa determinada Administração Regional de Saúde, sejam de facto residentes em localidades que administrativamente estão sob alçada de uma outra Administração Regional de Saúde.

seria necessário ter em cada uma das regiões para que os custos por sessão convergissem para a média nacional. Os resultados deste exercício falam por si e parecem ter alguma coerência.

A reconstituição da base de doentes de cada uma das regiões parte do pressuposto inicial de que as respectivas despesas médias por tratamento têm, forçosamente, de convergir para o valor médio nacional, o qual é quase coincidente com o preço tabelado. Presume-se, adicionalmente, que não existirão factores de ruído significativo – como formas substitutivas de tratamento ou possíveis sistemas privados de financiamento – que alterem este sentido.

No pressuposto de que os doentes em cada uma das Administrações Regionais de Saúde realizam uma média de três sessões semanais, o número de doentes efectivo estimado para cada uma das regiões implica os níveis de mobilidade espacial cuja importância absoluta e relativa pode ser visualizada na Figura 5.4.

Figura 5.4 – Mobilidade espacial estimada dos doentes de hemodiálise



Fonte: IGIF, Relatório e Contas do Serviço Nacional de Saúde para o ano de 2005. ERS. Os dados relativos a utentes reportam-se ao ano de 2005.

Notas: O número de doentes para cada Administração Regional de Saúde é estimado com base no pressuposto de que cada doente é sujeito a uma média de três sessões de hemodiálise semanais que são reembolsadas pelo valor médio nacional de € 115.51. À frente de cada barra está inscrito, na parte superior, o número de doentes recebidos de (+)/ transportados para (-) outras regiões; e, na parte inferior, entre parêntesis rectos, são mencionados o número real de utentes das clínicas de hemodiálise integradas na Administração Regional de Saúde respectiva – superiores aos residentes, no caso das ARS do Algarve, LVT e Norte e inferiores nos restantes.

O número de doentes que são transportados regularmente para além dos limites administrativos das regiões Centro e Alentejo, para receber tratamento de hemodiálise, equivale a 6% do total nacional – repartidos entre 5% para o Centro e 1% para o Alentejo.

Comparativamente à base regional, os doentes responsáveis por estes movimentos pendulares estão na razão de 1:3 na região Centro – i.e., por cada doente tratado fora existem 3 tratados dentro – e 1:6 no Alentejo.

Aparentemente os valores são consistentes, tanto mais que com a distribuição espacial de doentes estimada, as taxas médias de prevalência – i.e., doentes hemodialisados em per milagem da população residente – ficam mais uniformes.⁴³

No entanto, a aparente conformidade suscita outras preocupações sobre a razoabilidade dos movimentos pendulares: *primeiro*, os 396 doentes residentes na área de influência da Administração Regional de Saúde do Centro não são absorvidos integralmente pelas regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo; e, *segundo*, os 165 doentes adicionais tratados no Algarve não podem ser oriundos da região vizinha do Alentejo (que apenas dispensa 59 doentes para mobilidade).

Quadro 5.3 – Taxas de prevalência de doentes renais em tratamento de hemodiálise

ARS	Taxas de Prevalência, ‰		
	Estimadas	Registadas	Desvio
	[Reconstituição a partir da despesa de cada ARS e do preço de reembolso tabelado]	[Doentes registados na base de entidades prestadoras de cuidados de hemodiálise da ERS]	Estimadas – Registadas
ARS Norte	0.57	0.60	– 0.03
ARS Centro	0.68	0.52	+ 0.17
ARS LVT	1.00	1.06	– 0.06
ARS Alentejo	0.96	0.83	+ 0.13
ARS Algarve	0.66	1.08	– 0.42
Média	0.77	0.77	

Fonte: IGIF, Relatório e Contas do Serviço Nacional de Saúde para o ano de 2005. ERS. Os dados relativos a utentes reportam-se ao ano de 2005. INE. A população é a recolhida no último Censos, de 2001.

Notas: As taxas médias de prevalência respeitam à per milagem de doentes renais em tratamento de hemodiálise em relação à população residente. Os valores estimados são calculados com base nas estimativas de doentes, calculadas com base no procedimento descrito e cujos resultados são apresentados na Figura 5.4. As taxas de prevalência registadas, são calculadas referenciando geograficamente os doentes às clínicas onde os mesmos são tratados – isto é, conforme o número de doentes reportado por cada clínica à Entidade Reguladora da Saúde. A distribuição espacial é susceptível de ficar enviesada em virtude dos movimentos inter-regionais de doentes.

Naturalmente, pode-se argumentar que o processo seguido para a estimação de doentes residentes em cada região exacerba os movimentos pendulares inter-regionais e enviesa os resultados, na medida em que força a equalização da despesa por tratamento. Mas, aceitando este argumento, voltamos ao problema inicial de desequilíbrio da despesa por tratamento entre as várias regiões, cuja justificação continua a carecer de uma análise mais fina, nomeadamente, procurando perceber a origem dos doentes em cada uma das clínicas de hemodiálise.

Ainda a este propósito os resultados suscitam uma questão adicional, relacionada com o sistema de incentivos e o comportamento presumível das empresas prestadoras do serviço de transporte de doentes.

Recorde-se que, em termos nacionais, os valores médios são completamente consistentes com os reembolsos estabelecidos superiormente por despacho ministerial.

⁴³ Em todo o caso seria interessante conhecer as estatísticas médicas sobre eventuais discrepâncias regionais acerca da prevalência da doença.

No entanto, para que os resultados regionais sejam coerentes, é necessário assumir a mobilidade inter-regional de doentes, para além das naturais deslocações intra-regionais.⁴⁴

Ora, se o valor relativo à despesa média por tratamento passa sem qualquer crítica neste contexto⁴⁵, as questões relativas ao transporte ficam sem resposta. Por exemplo, não é possível concluir se a mobilidade de doentes é excessiva, ou de que forma ela presumivelmente se articula com o processo de escolha e os objectivos das clínicas de hemodiálise e empresas de transporte. Este assunto deveria ser objecto de um tratamento mais aprofundado, na medida em que tem implicações não negligenciáveis quer sobre o erário público, quer sobre os níveis de qualidade de serviço e comodidade dos doentes.

Rentabilização da Capacidade Instalada das Clínicas de Hemodiálise |

Interessante do ponto de vista empresarial é, ainda, analisar o potencial de rentabilização da capacidade instalada das diferentes clínicas instaladas. Assim, procedemos também ao cálculo da despesa por posto de tratamento de hemodiálise – o qual é, em princípio, afectado apenas pelas taxas de utilização da capacidade instalada – e obtiveram-se interessantes resultados que podem dar um primeiro indício da intensidade concorrencial em cada uma das regiões, se analisada da perspectiva do excesso de capacidade instalada.

Quadro 5.4 – Estimativa da despesa média anual por posto de hemodiálise

ARS	Reembolsos totais às clínicas [10 ⁶ EUR]			Reembolso por posto [10 ³ EUR]	
	TOTAL	Privada + IPSS	Pública	Privada + IPSS	Pública
ARS Norte	35.12	28.83	6.29	54.9	61.1
ARS Centro	22.4	20.8	1.5	76.0	35.2
ARS LVT	64.3	59.2	5.1	79.8	49.7
ARS Alentejo	6.9	5.9	1.0	96.0	87.1
ARS Algarve	7.7	7.7	0.0	83.6	0.0
TOTAL	136.44	122.44	14.0	72.3	51.9

Fonte: IGIF, Relatório e Contas do Serviço Nacional de Saúde para o ano de 2005. ERS. Os dados relativos a utentes e postos de tratamento reportam-se ao ano de 2005.

Notas: Os reembolsos às clínicas estimados são a partir do número de doentes registados na base de dados de prestadores de serviços de hemodiálise da Entidade Reguladora da Saúde, admitindo que cada tratamento é reembolsado pelo valor médio calculado anteriormente – € 115.51 – e que cada clínica realiza três tratamentos por doente nas 52 semanas do ano. Anote-se que o total não é coincidente com os totais reportados pelas Administrações Regionais de Saúde porque, presumivelmente, existem clínicas a prestar serviço a doentes oriundos de fora da região à qual pertencem.

⁴⁴ Os dados sobre os reembolsos não são suficientemente detalhados para que se possa inferir sobre a mobilidade intra-regional de doentes. O acesso a informação de cada uma das sub-regiões de saúde poderia oferecer um importante contributo, não obstante fosse antes recomendável a análise da área de influência de cada uma das clínicas. Este último exercício poderia ser facilmente implementado com recurso a ferramentas de informação e referência geográfica.

⁴⁵ Isto não impede que se possa criticar o valor em si mesmo, algo a que voltaremos a propósito da estimação da função custo para uma clínica de hemodiálise.

O reembolso médio anual por cada posto de hemodiálise nas clínicas privadas ou sob exploração das IPSS, é de 72.3 mil euros, revelando uma taxa média de utilização da capacidade instalada de menos de 70%. No caso das unidades públicas, estes valores descem para 51.9 mil euros e 48%, respectivamente.

Registe-se que para uma utilização plena da capacidade instalada, i.e., de 100%, e no pressuposto de que cada posto pode servir ininterruptamente 6 doentes em três sessões de hemodiálise por semana, o reembolso anual médio totalizará 108 mil euros.

Os dados revelam os acentuados níveis de utilização da capacidade no Alentejo – quer pública quer privada –, o que poderá suportar a hipótese da mobilidade de doentes anteriormente mencionada. Contudo, idêntico argumento não se pode aplicar à região Centro, na qual as taxas de utilização são bem modestas.

Registe-se ainda que a região Norte apresenta dos mais baixos índices de utilização da capacidade, o que, hipoteticamente, constituiu um incentivo para captação de doentes adicionais, como forma de rentabilizar os custos fixos da instalação, e pode ter implicações, mais uma vez, sobre a problemática da escolha das clínicas, do transporte e da mobilidade dos doentes.

Quadro 5.5 – Receitas anuais e dimensão média dos estabelecimentos de hemodiálise

ARS	Reembolsos médios anuais [10 ³ EUR]		Dimensão média dos estabelecimentos [nº de postos]	
	Privada + IPSS	Pública	Privada + IPSS	Pública
ARS Norte	1 030	698.7	18.8	11.4
ARS Centro	1 602	387	21.1	11.0
ARS LVT	2 115	569	26.5	11.4
ARS Alentejo	1 952	1 045	20.3	12.0
ARS Algarve	1 924	0	23.0	8.0
TOTAL	1 611	583	22.3	11.3

Fonte: IGIF, Relatório e Contas do Serviço Nacional de Saúde para o ano de 2005. ERS. Os dados relativos a utentes e postos de tratamento reportam-se ao ano de 2005.

Notas: Os reembolsos médios anuais descrevem a receita anual de cada estabelecimento, calculada a partir da estimativa dos reembolsos totais que consta do Quadro 5.5 e do número de estabelecimentos registados na base de dados da ERS. A dimensão média das clínicas é medida em termos de número de postos disponíveis para tratamento.

Finalmente, o Quadro 5.5 reporta a receita média anual para cada um dos estabelecimentos de hemodiálise, complementando a informação com a respectiva dimensão, medida em número de postos de tratamento. Naturalmente, os dados escondem uma grande diversidade de situações – função da maior ou menor escala de operações – mas servem o propósito inicial de ilustrar o volume de negócios deste sector e a relevância das empresas que o compõem.

Neste contexto, atendendo à fórmula para a fixação de receita por doente – i.e., por despacho ministerial – e à esperada uniformidade de tratamento no acesso ao mercado e às convenções, a maior ou menor competitividade das empresas de hemodiálise só pode depender da forma como as mesmas gerem internamente os processos produtivos – i.e., da capacidade de gestão e de eventuais economias de escala e de gama – das condições de acesso aos mercados de factores e do produto e, marginalmente, da possibilidade de

realizar receitas fora do regime normal de participações do Serviço Nacional de Saúde.

Se o acesso a estes factores se exercer sob o efeito da disciplina inerente aos mercados competitivos, qualquer preocupação de natureza regulatória deverá incidir sobre o processo de fixação de preços, a par com a garantia de qualidade e segurança. Repare-se que o preço é o único factor que escapa à disciplina do mercado e se objecto de fixação desequilibrada – acima ou abaixo do preço justo – produz implicações sobre o comportamento empresarial, alterando o quadro de incentivos às empresas. Por exemplo, se fixado num nível demasiadamente baixo, pode conduzir a uma deterioração da qualidade nos tratamentos e induzir insegurança na saúde pública.

Comparticipação de Despesas de Transporte

No ano de 2005 os custos suportados pelo Serviço Nacional de Saúde com o transporte de doentes ascenderam a quase 14 milhões de euros, equivalente a cerca de 10% da despesa com os tratamentos de hemodiálise propriamente ditos.

Em teoria, cabe às Administrações Regionais de Saúde a responsabilidade da organização do transporte dos utentes para os centros de hemodiálise, sendo que este é efectuado normalmente em ambulância ou táxi. Porém, na maioria dos casos o próprio centro de hemodiálise tem intervenção na organização dos transportes, uma vez que existem já entidades com as quais habitualmente trabalha para realização desse serviço, sendo a solução encontrada apresentada à sub-região de saúde respectiva, que em princípio lhe dará a sua anuência.

O procedimento adoptado não parece ser propriamente indutor de um comportamento de minimização dos custos, até porque dos próprios movimentos pendulares dos doentes podem resultar oportunidades de criação de valor para as entidades envolvidas. Daqui podem decorrer custos de transporte exagerados, cujo controlo pelas ARS é difícil de efectuar.

A disparidade de soluções na adjudicação do transporte – táxi, ambulância ou transporte próprio – é patente nos dados fornecidos por algumas sub-regiões de saúde. As escolhas são aparentemente arbitrárias e, apesar de já existir uma preocupação governamental nesta matéria⁴⁶, parecem denunciar a ausência de orientações uniformes^{47 48}.

As implicações para o erário público são desconhecidas. Mas, a diversidade observada entre as sub-regiões de saúde é um indício de que, de novo, possam ser aqui cruciais as questões contratuais e as relações de propriedade nas várias entidades que estão

⁴⁶ Vidé Despacho 720/2006 do Ministério da Saúde.

⁴⁷ Aparentemente, nos dados prestados por algumas administrações regionais de saúde, esta questão estende-se ao transporte de doentes para outras valências médicas.

⁴⁸ A informação que é disponibilizada pelas várias Administrações Regionais de Saúde não segue um padrão de desagregação uniforme, pelo que não é possível apresentar dados estatísticos de suporte a esta diversidade. A opinião aqui veiculada assenta apenas na observação de alguns casos particulares, que mencionam a utilização das várias alternativas e são utilizados para inferir sobre o comportamento das restantes sub-regiões de saúde.

envolvidas na prestação de cuidados de hemodiálise a doentes renais crónicos – e.g., clínicas, transportadores e centros de saúde, para mencionar alguns. Em síntese, nesta matéria, o sistema é permeável a uma utilização abusiva por parte dos seus mais directos intervenientes.

Nota Metodológica |

A Entidade Reguladora da Saúde inquiriu as cinco Administrações Regionais de Saúde sobre os custos de transporte de doentes nos tratamentos de hemodiálise. Em alguns casos obteve informação adicional sobre as despesas com os tratamentos propriamente ditos.

A informação recolhida permite reconstituir esta rubrica de despesa para as várias sub-regiões de saúde para o período de 2003 a 2005, com excepção de Braga, Vila Real e Aveiro. Isoladamente, foi ainda possível coligir informação para o ano de 2006 para as sub-regiões da Administração Regional do Centro, excluindo Aveiro.

Foram evidentes as dificuldades no acesso a esta informação. Não existe uniformidade de procedimentos para coligir informação sobre esta matéria e, em alguns casos, ela é de todo inexistente. Ainda, o grau de detalhe da informação proporcionada pelas diferentes Administrações Regionais de Saúde varia substancialmente, pelo que o seu tratamento e os resultados que se seguem são o mínimo denominador comum a toda a amostra.

Fixação do Custo de Transporte |

À semelhança dos tratamentos, o custo por quilómetro é tabelado e tem sido objecto de várias revisões, conforme representado no Quadro 5.6. Actualmente, o Estado reembolsa os custos de transporte de doentes a € 0.40 por quilómetro. Nos anos de 2006 e 2005, o valor estava fixado em €0.37 e € 0.35, respectivamente.

Quadro 5.6 – Transporte de doentes: Fixação do preço por km pelos serviços prestados

Diploma Legal	Diário da República	Data de publicação	Preço por km
Despacho 1846/2002	II Série, Nº 20	24-01-2002	€ 0.33
Despacho 14915/2004	II Série, Nº 174	26-11-2004	€ 0.35
Despacho 720/2006	II Série, Nº 8	11-01-2006	€ 0.37
Despacho 17741/2006	II Série, Nº 168	31-08-2006	€ 0.40

Fonte: Diário da República Portuguesa

Notas: De acordo com o estabelecido no Despacho, o preço por km aplica-se ao transporte de doentes não urgentes/emergentes realizados pelas associações de bombeiros e outras entidades de transporte de doentes. No Despacho 720/2006 o secretário de Estado da Saúde incumbiu a Direcção Geral de Saúde de apresentar, no prazo de três meses, “[...] uma proposta de redefinição e actualização dos mecanismos legais para a aquisição do serviço de transporte de doentes não urgentes/emergentes tendo em conta, designadamente, o binómio direito do utente/princípio da proporcionalidade, conjugado com os critérios clínicos definidos e a qualidade do serviço prestado.”

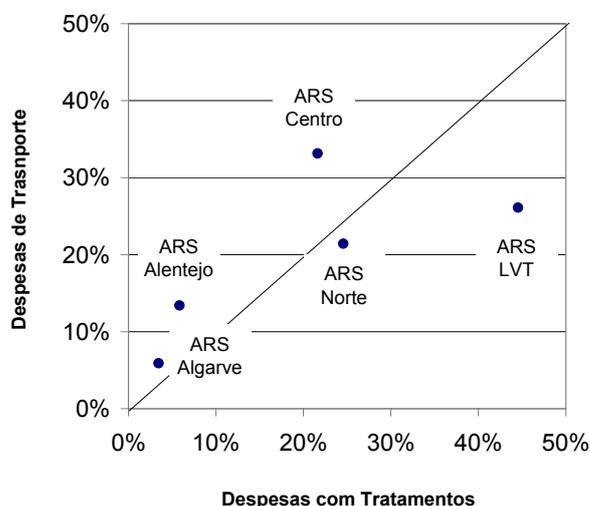
Poder-se-á argumentar que a escolha do meio de transporte não é uma variável relevante, já que o preço pago por quilómetro é tabelado por despacho ministerial. Assim, apenas importará exercer um controlo rigoroso sobre o número de quilómetros efectivamente percorridos já que a factura paga pelo Estado será sempre igual, independentemente do meio de transporte escolhido.

Análise Regional das Despesas de Transporte |

Em termos agregados para as várias Administrações Regionais de Saúde, as estatísticas relativas aos custos de transporte de doentes em hemodiálise não surpreendem. No ano de 2005 os custos suportados pelo Serviço Nacional de Saúde com o transporte de doentes ascenderam a quase 14 milhões de euros, equivalente a cerca de 10% da despesa com os tratamentos de hemodiálise propriamente ditos.

A um primeiro nível de detalhe, no Centro e no Alentejo, os transportes são relativamente mais importantes que os tratamentos. Tal decorre da menor presença de clínicas de hemodiálise o que, em princípio, exigirá maiores deslocações aos doentes. Naturalmente, no Norte e, em particular, em Lisboa e Vale do Tejo – com maior densidade populacional e maior presença de clínicas de hemodiálise – as despesas com transporte de doentes aparecem bastante mitigadas.⁴⁹

Figura 5.5 – Despesa pública com hemodiálise: custos de transporte versus custos dos tratamentos



Fonte: ERS (Informação solicitada às Administrações Regionais de Saúde) e IGIF (Relatórios e Contas de vários anos).

Notas: As percentagens são calculadas relativamente ao total da despesa para cada uma das rubricas. Os valores referem-se apenas às sub-regiões de saúde para as quais existe informação estatística. Assim, são excluídas desta análise as sub-regiões de Braga, Vila Real e Aveiro. Nestes casos, as despesas com os tratamentos foram estimadas a partir da proporção do número de doentes na sub-região sobre o total da Administração Regional de Saúde respectiva. Para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo refira-se a inconsistência entre os valores dos tratamentos reportados pela Administração Regional de Saúde à Entidade Reguladora da Saúde e os valores constantes do relatório do IGIF.

Na mesma linha de análise, mas relativizando já os custos de transporte pelo número de doentes registados pelas empresas⁵⁰, confirma-se que as despesas com o transporte de doentes são, em termos capitacionais, bastante expressivas no Centro e no Alentejo, às quais estão aliás associadas as maiores deslocações médias. Estes valores são de resto coerentes com o raio de alcance médio das clínicas – i.e., área média coberta por cada

⁴⁹ Na medida em que a informação é obtida junto da mesma fonte – i.e., as Administrações Regionais de Saúde – não existem problemas de inconsistência. As despesas com os tratamentos e os custos de transporte suportados referem-se aos doentes efectivamente residentes nessa região, ainda que possam ser tratados fora dela.

⁵⁰ Informação constante da base de dados de prestadores de serviços de hemodiálise da Entidade Reguladora da Saúde.

unidade⁵¹ – embora persistam algumas dúvidas no que respeita aos valores alcançados para a região Centro.⁵²

Quadro 5.7 – Despesas de transporte e deslocações médias dos doentes de hemodiálise.

Painel a | Sem correcção para o local de residência dos doentes

Administração Regional de Saúde	Despesa de Transporte		Raio de Alcance, km		Deslocação por Doente	
	TOTAL 10 ⁶ EUR	por Doente 10 ³ EUR	por Clínica	por Clínica, corrigido	Semanal	por Tratamento
ARS Norte	2.93	2.02	12.5	16.2	111.2	37.1
ARS Centro	4.53	5.51	22.7	28.2	302.9	101.0
ARS LVT	3.57	1.00	11.2	15.7	54.9	18.3
ARS Alentejo	1.83	4.78	43.5	50.2	262.5	87.5
ARS Algarve	0.81	1.89	17.8	23.0	103.7	34.6
Média		1.80	33.7	44.2	99.1	33.0

Painel b | Com correcção para o local de residência dos doentes

Administração Regional de Saúde	Despesa de Transporte		Raio de Alcance, km		Deslocação por Doente	
	por Residente EUR	por Doente 10 ³ EUR	por Clínica	por Clínica, corrigido	Semanal	Por Tratamento
ARS Norte	1.34	2.12	12.5	16.2	116.5	38.8
ARS Centro	2.69	4.18	22.7	28.2	229.7	76.6
ARS LVT	1.06	1.06	11.2	15.7	58.1	19.4
ARS Alentejo	3.96	4.14	43.5	50.2	227.5	75.8
ARS Algarve	2.04	3.08	17.8	23.0	169.1	56.4
Média	1.38	1.80	33.7	44.2	99.1	33.0

Fonte: ERS e Informação solicitada às Administrações Regionais de Saúde.

Notas: O Raio de Alcance por Clínica é uma estimativa da área de influência de cada estabelecimento de hemodiálise, presumindo que estes se encontram distribuídos uniformemente no território. O procedimento é implementado da seguinte forma: *primeiro*, é calculado o alcance geográfico de cada clínica pela divisão da área total de cada Administração Regional de Saúde pelo número de clínicas nela localizadas, repartindo o território uniformemente por cada um dos prestadores de serviço; e, *segundo*, assumindo que cada área de influência pode ser adequadamente representada por um círculo e que cada clínica se situa no seu centro, é calculada a distância até à sua fronteira, utilizando a metodologia de cálculo do raio de uma circunferência com área conhecida. O Raio de Alcance por Clínica, corrigido, efectua uma correcção à estimativa anterior, considerando a sobreposição de clínicas em alguns concelhos. As Deslocações por Doente – semanais e por tratamento – são inferidas a partir do total das despesas de transporte por doente, considerando um reembolso de € 0.35 por cada quilómetro percorrido e admitindo que cada doente é sujeito regularmente a três tratamentos semanais.

No painel a, os resultados são apresentados cruzando a despesa de transporte reportada pelas Administrações Regionais de Saúde com o número de doentes registado pelas empresas de hemodiálise. No painel b, o número de doentes em cada região é corrigido, por forma a anular os efeitos da mobilidade e considerar apenas os doentes efectivamente residentes. O procedimento foi descrito na secção anterior. Em ambos os casos os resultados reportam-se apenas às sub-regiões de saúde com informação com custos de transporte – i.e., excluem Braga, Vila Real e Aveiro.

⁵¹ *Vidé* notas ao Quadro 5.7 sobre a forma como o indicador é calculado.

⁵² A grande heterogeneidade das diversas sub-regiões que a compõem a par com a indisponibilidade de dados para Aveiro, pode influenciar os resultados obtidos. Este é um assunto a que voltaremos adiante.

Corrigindo o número de doentes em cada uma das regiões – i.e., utilizando o procedimento de recálculo da secção anterior, estimando o número de doentes efectivamente residente em cada Administração Regional de Saúde através das despesas totais reportadas e da despesa média nacional por doente – as disparidades ficam atenuadas (vidé Painel b do Quadro 5.7) e as deslocações médias convergem para valores mais razoáveis.

Em termos nacionais, cada doente em hemodiálise tem de enfrentar uma deslocação média de 33 quilómetros em cada tratamento que efectua. Os valores oscilam entre cerca de 20 quilómetros em Lisboa e Vale do Tejo e mais de 75 quilómetros na região Centro do país.

Não dispomos de informação detalhada que nos permita aferir sobre a razoabilidade dos valores apresentados, tanto mais que o raio de alcance de cada clínica – mesmo depois de corrigido – dá uma informação muito grosseira das distâncias. É sustentável que as acessibilidades não são as mesmas em todo o território e que, nomeadamente, nas regiões do interior, a mobilidade é bem mais difícil. Em todo o caso, ressalvando as limitações da informação disponível os seguintes comentários parecem-nos pertinentes e sugerem que se proceda a uma análise mais exaustiva:

Primeiro, as deslocações médias mais elevadas no Alentejo e no Centro parecem consistentes com os valores da despesa com os tratamentos, reportados na secção anterior. Confirma-se que um significativo número de doentes tem de percorrer elevadas distâncias para obter tratamento. Eventualmente, as deslocações extravasam as fronteiras administrativas e assumem a forma de mobilidade inter-regional.⁵³

Figura 5.6 – Rácio entre deslocação média por doente e raio de alcance por clínica de hemodiálise



Fonte: ERS e Informação solicitada às Administrações Regionais de Saúde.

Notas: O raio de alcance por clínica de hemodiálise está corrigido pela sobreposição de estabelecimentos e as despesas de transporte por doente são calculadas a partir do número estimado de doentes residentes em cada Administração Regional de Saúde, de acordo com o procedimento já explicitado anteriormente.

⁵³ Isto é, mobilidade entre Administrações Regionais de Saúde diferentes.

Segundo, as deslocações médias em cada uma destas duas regiões são compatíveis com o maior raio de alcance geográfico dos estabelecimentos, sobretudo quando se efectuam as correcções para eliminar o efeito de sobreposição de localização.⁵⁴

Terceiro, é interessante observar que a deslocação média por doente no Alentejo é sensivelmente igual à do Centro, mas o raio de alcance corrigido é quase o dobro. Intuitivamente, seria de esperar maior discrepância nas deslocações médias em cada uma das regiões.

Quarto, não existe uma relação constante entre as deslocações médias por tratamentos e o raio de alcance para cada uma das Administrações Regionais de Saúde. Admitindo que este *ratio* possa, implicitamente, reflectir a qualidade dos eixos viários e a facilidade de mobilidade dentro da região, não deixa de ser surpreendente a aproximação entre os valores do Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo.

E, *finalmente*, se admitirmos que a população não se distribui uniformemente pelo território e que os estabelecimentos de hemodiálise tendem a estar localizados nas áreas com maior densidade populacional, é de esperar que os valores médios apresentados para as deslocações escondam uma grande diversidade. A diversidade será tanto maior quanto maiores os índices de concentração populacional nos locais de implementação das clínicas de hemodiálise. Nestes casos, cautelosamente, as estatísticas sugerem que haverá doentes a percorrer regularmente distâncias muito grandes para obter tratamentos de hemodiálise.

Nota Metodológica |

Face aos resultados preliminares anteriores, é evidente que se deve proceder a uma análise mais desagregada dos custos de transporte. A diversidade que aparece a um nível agregado é capaz de aparecer de forma mais evidente numa segmentação geográfica mais fina – i.e., ao nível da sub-região de saúde – e, eventualmente, as reservas atrás levantadas podem encontrar uma justificação.

Idealmente, o problema deveria ser analisado usando informação sobre as distâncias efectivamente percorridas pelos doentes em hemodiálise, em particular, identificando a sua residência e comparando a distância entre a clínica escolhida e a que se situa mais próxima. Logicamente, no pressuposto de minimização do incómodo pela distância percorrida, as duas deveriam, em princípio, coincidir. Desta forma poder-se-ia aferir sobre a razoabilidade dos valores relativos aos custos de transporte apresentados por cada uma das sub-regiões de saúde. Infelizmente, essa informação não existe.⁵⁵

Também, não existe informação suficientemente desagregada sobre a despesa com os tratamentos para reconstituir o número de doentes residentes em cada sub-região de saúde.⁵⁶ Apesar dos enviesamentos intrínsecos a este procedimento⁵⁷, poder-se-ia obter

⁵⁴ Vide nota ao Quadro 5.7.

⁵⁵ Existe apenas uma amostra recolhida pela Entidade Reguladora da Saúde aquando da elaboração do relatório sobre a “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS. Outubro de 2006”.

⁵⁶ Recorde-se que este procedimento foi utilizado anteriormente para reconstituir os doentes residentes em cada Administração Regional de Saúde. Partindo das despesas com os tratamentos reportadas por cada região e presumindo que a despesa média por tratamento é uniforme para todo o território, calculou-se o número de doentes residente implícito. A comparação destes números com os das clínicas de hemodiálise permitiu inferir sobre o sentido da mobilidade inter-regional.

uma indicação bastante razoável sobre o sentido da mobilidade dos doentes ao nível sub-regional.

Resta, como última alternativa, a utilização da população como *proxy*, ou instrumento, para o número de doentes de hemodiálise residentes em cada uma das sub-regiões. Ademais, pode-se obter uma estimativa aproximada do número de doentes residentes em cada uma das sub-regiões, partindo da população e das taxas de prevalência de doentes renais em tratamento de hemodiálise para cada uma das Administrações Regionais de Saúde e presumindo que as mesmas são uniformes em todas as sub-regiões que a compõem.⁵⁸

As conclusões que resultem deste procedimento devem ser utilizadas com cautela, na medida em que se presume que a prevalência da doença e tratamento é uniforme dentro de cada região e, fundamentalmente, que as estimativas das taxas de prevalência regionais são não enviesadas. Ora, este último aspecto está por comprovar, sobretudo atendendo às reservas que foram levantadas a este propósito na secção anterior.

Um análise preliminar dos resultados, contudo, mostra que esta correcção opera no sentido correcto, isto é, em geral, coloca mais doentes nas sub-regiões do interior que aqueles que estão registados nas respectivas clínicas. Deste modo, diminuem as distâncias percorridas no interior e aumentam as do litoral.

Deslocações Médias por Tratamento para os Utentes de Hemodiálise |

Comparando a estimativa dos doentes residentes em cada uma das sub-regiões de saúde com as estatísticas das empresas sobre o número de utentes que servem, obtém-se uma primeira aproximação aos movimentos líquidos de doentes entre as várias sub-regiões, tal como é descrito na Em termos gerais, denota-se que os movimentos ocorrem no sentido dos distritos do interior para o litoral, mais populoso e onde as clínicas tenderão a localizar-se. Ademais, em termos médios, os movimentos pendulares entre sub-regiões contíguas parecem anular-se, exceptuando-se os casos de Faro e Bragança.

Figura 5.7.

Os resultados sugerem que os doentes têm mobilidade entre sub-regiões de saúde. Os movimentos representados correspondem à diferença entre entradas e saídas, pelo que nada impede que exista um número superior de doentes em movimento entre as sub-regiões, do que o apresentado.

Os valores apresentados, só por si, são pouco informativos sobre os quilómetros percorridos pelos doentes. Efectivamente, é possível que os saldos sejam de tal amplitude devido à divisão administrativa do Ministério da Saúde, que não toma em devida consideração as áreas de influência regionais. De facto, pode ocorrer que seja mais prático aos doentes recorrer a estabelecimentos situados em sub-regiões vizinhas.

Mais interessante, é perceber se o padrão de movimentos se anula entre sub-regiões vizinhas. Tal constatação robustece as estimativas da população residente em cada uma

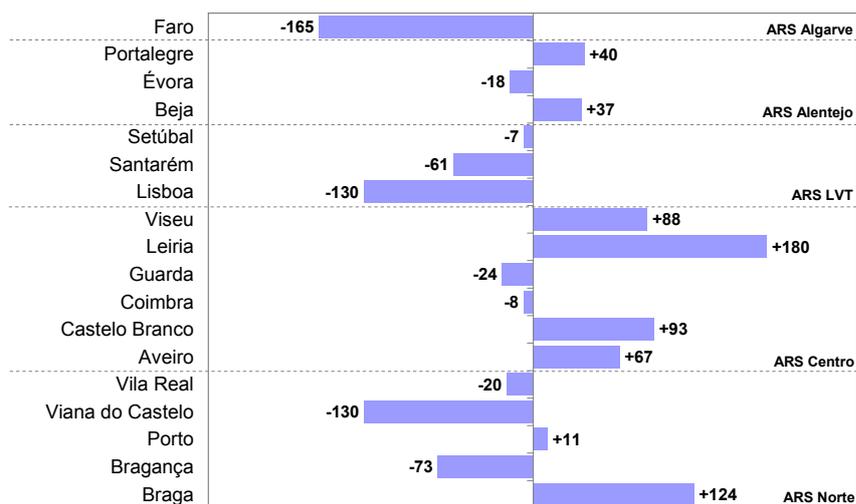
⁵⁷ Nomeadamente, a presunção da uniformidade da despesa por doente em todas as sub-regiões.

⁵⁸ Para cada sub-região procedeu-se à multiplicação da população residente pelas taxas de prevalência relativas à respectiva região. Vide taxas estimadas de prevalência de doentes renais em hemodiálise no Quadro 5.3.

das sub-regiões, as quais podem utilizar-se livremente como instrumentos para cálculo das distâncias médias percorridas diariamente pelos doentes dentro de cada sub-região.

Em termos gerais, denota-se que os movimentos ocorrem no sentido dos distritos do interior para o litoral, mais populoso e onde as clínicas tenderão a localizar-se. Ademais, em termos médios, os movimentos pendulares entre sub-regiões contíguas parecem anular-se, exceptuando-se os casos de Faro e Bragança.⁵⁹

Figura 5.7 – Mobilidade sub-regional de doentes renais em tratamento de hemodiálise



Fonte: IGIF, Relatórios de Actividade. ERS e Informação solicitada às Administrações Regionais de Saúde.

Notas: Para cada uma das sub-regiões de saúde foram estimados o número de doentes residentes – partindo das taxas de prevalência e de acordo com a metodologia descrita – e calculou-se a diferença entre este valor e o número de utentes reportado pelas clínicas de hemodiálise da sub-região. As diferenças negativas equivalem a situações nas quais a sub-região recebe, em termos líquidos, doentes de outras, presumivelmente, vizinhas. As diferenças positivas, representam os casos em que os doentes têm de ser transportados para fora da sub-região para obter tratamento.

Repare-se, ainda que a Administração Regional do Centro, como um todo, demonstra um grau de extroversão muito elevado, com quase todas as sub-regiões com saldos positivos, reflectindo um movimento acentuado de transporte de doentes para outras regiões de saúde.

Não obstante as eventuais imprecisões do método utilizado, os resultados são globalmente consistentes com as despesas totais de transporte para cada uma das sub-regiões e com a distribuição espacial das clínicas.

Utilizando as estimativas quanto ao número de doentes para cada uma das sub-regiões estimaram-se as deslocações médias por doente em cada tratamento que constam do Quadro 5.8. Os valores médios para as deslocações aparecem relativamente elevados nos casos do interior – i.e., aqueles para os quais já se tinha encontrado grande mobilidade inter-regional. Bragança, Castelo Branco e Guarda lideram a tabela, seguidos pelo Alentejo. Ainda que se admita que nos casos de Bragança e Guarda as estimativas dos doentes residentes sejam enviesadas para baixo – e, assim, aumentam a distância média percorrida – o mesmo não se pode dizer a propósito de Castelo Branco

⁵⁹ Aliás, o caso de Bragança é curioso, na medida em que para o número de utentes reportado não existe capacidade instalada. Daí que a mobilidade encontrada – de recepção de doentes – possa de facto denunciar um erro estatístico da informação.

– no qual se considerou que uma fatia substancial de doentes viaja para fora da área para obter tratamento.

Exceptuando Lisboa, Porto e Setúbal, que se destacam na tabela pelo menor número de quilómetros percorridos, as distâncias médias para as restantes regiões parecem um pouco elevadas.

Quadro 5.8 – Distâncias médias percorridas por doente em cada tratamento

ARS Norte					ARS Centro						ARS LVT			ARS Alentejo			
Braga	Bragança	Porto	Viana do Castelo	Vila Real	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu	Lisboa	Santarém	Setúbal	Beja	Évora	Portalegre	Faro
n.a.	189	29	56	n.a.	n.a.	131	65	100	59	52	20	39	6	79	69	82	56
Media nacional = 33km																	

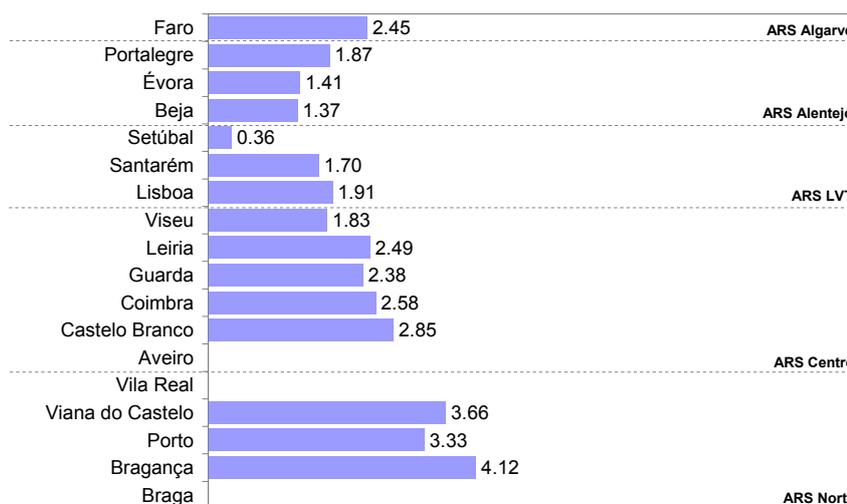
Fonte: ERS e Informação solicitada às Administrações Regionais de Saúde.

Notas: Os valores são calculados partindo da estimativa do número de doentes residentes e da despesa por transporte recolhida para cada sub-região de saúde, considerando que o custo de transporte é reembolsado a € 0.35 por quilómetro e cada doente realiza uma média de três tratamentos por semana, durante as 52 semanas do ano.

n.a. – dados não disponíveis para as sub-regiões de Braga, Vila Real e Aveiro.

Quando se relativiza a distância percorrida pelo raio de alcance de cada clínica, obtêm-se os rácios representados na figura seguinte, cujos resultados não deixam de ser curiosos. Por exemplo, os elevados valores em Castelo Branco parecem ficar cabalmente justificados quando se compara com outras sub-regiões do litoral, como o Porto ou Viana do Castelo.

Figura 5.8 – Rácio entre deslocação média por doente e raio de alcance por clínica de hemodiálise



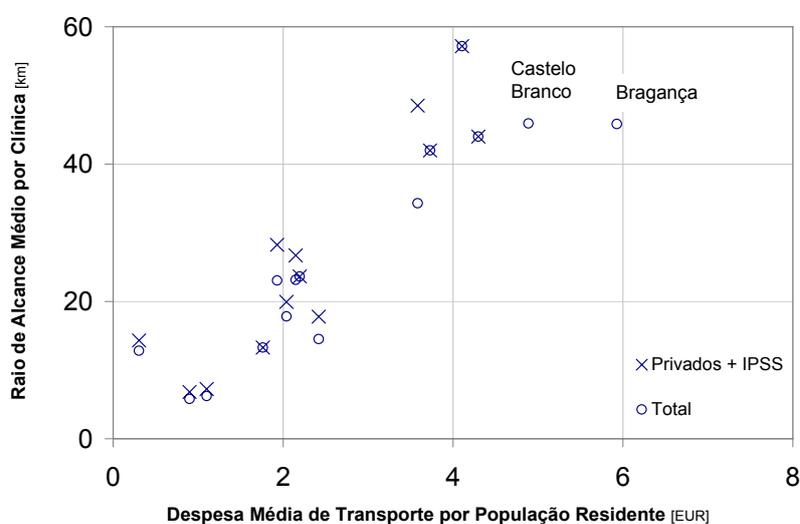
Fonte: ERS e Informação solicitada às Administrações Regionais de Saúde.

Notas: O raio de alcance por clínica de hemodiálise está corrigido pela sobreposição de estabelecimentos e as despesas de transporte por doente são calculadas a partir do número estimado de doentes residentes em cada Administração Regional de Saúde, de acordo com o procedimento já explicitado anteriormente.

Numa outra perspectiva, que procura medir o impacto sobre os custos decorrentes da distância de cada doente à clínica mais próxima, ensaiou-se a relação entre o raio de alcance, em quilómetros, de cada clínica, e as despesas médias por doente transportado em cada uma das sub-regiões.⁶⁰

Em termos médios os resultados têm uma tendência positiva – quanto maior o raio de alcance de cada clínica maior a despesa de transporte por doente. Como seria de esperar, os doentes têm de viajar maiores distâncias onde a presença de clínicas no território é menor. Da Figura 5.9 ressaltam os casos de Bragança e Castelo Branco, para os quais, refira-se, não existe oferta de clínicas privadas ou de IPSS.

Figura 5.9 – Despesas de transporte e área de influência das clínicas de hemodiálise



Fonte: ERS e Informação solicitada às Administrações Regionais de Saúde.

Notas: O raio de alcance por clínica de hemodiálise está corrigido pela sobreposição de estabelecimentos e as despesas de transporte por doente são calculadas a partir do número estimado de doentes residentes em cada Administração Regional de Saúde, de acordo com o procedimento já explicitado anteriormente. O gráfico representa duas séries para as clínicas, de um lado a totalidade de clínicas – públicas, privadas e IPSS – e, do outro, apenas as clínicas privadas e IPSS.

Apesar da relação ser genericamente consistente, persistem algumas questões que suscitam interesse. Nomeadamente, a dispersão de custos de transporte para raios de alcance próximos – eventualmente, justificada pela qualidade da rede viária – e a possível sobrevalorização geral desta rubrica da despesa em todas as sub-regiões – e.g., a existência de uma tendência generalizada para aumentar os custos de transporte em função da forma como o sistema de adjudicação está montado. A resposta a esta última questão requer uma amostragem mais detalhada para aferir sobre a razoabilidade dos valores da despesa em certas regiões ou clínicas.

⁶⁰ Em teoria pode-se argumentar que tal procedimento equivale a admitir que os doentes procuram a clínica dentro da sub-região de saúde na qual residem, o que de facto não acontece como já vimos anteriormente. Em todo o caso, o indicador dá uma ideia aproximada da distância de uma clínica de hemodiálise e oferece uma leitura mais permissiva dos resultados: i.e., se um doente escolhe uma clínica fora da sua sub-região, fá-lo porque está mais próxima e logo a distância média à clínica – que consideramos igual ao raio – é superior à distância real, pelo que as despesas de transporte deveriam ser menores.

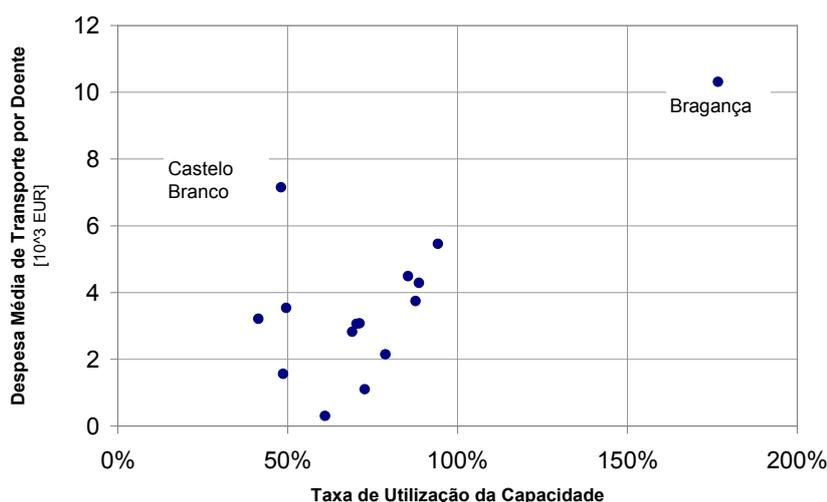
Rentabilização da Capacidade Instalada das Clínicas de Hemodiálise |

Finalmente, para encerrar este capítulo analisou-se a relação entre as despesas de transporte por doente – *proxy* para as distâncias percorridas pelos doentes residentes na sub-região – e as taxas de utilização da capacidade instalada das clínicas que nele se situam. Espera-se que as taxas de utilização mais elevadas levem os doentes para clínicas mais distantes, por falta de vaga.

E, de facto, os resultados confirmam que nas sub-regiões em que as clínicas revelam maior taxa de utilização da capacidade, os custos de transporte são mais elevados. Se, pelo contrário, não se verificasse esta relação, poder-se-ia, em princípio, argumentar que as clínicas fora da área de influência exercem uma pressão concorrencial para obter utentes para rentabilizar o seu investimento, com implicações negativas para os custos de transporte e a qualidade do serviço – i.e., comodidade dos doentes.

As conclusões são, aliás, consistentes com a discussão anterior sobre as despesas com os tratamentos, onde já se tinha afluído a questão da mobilidade ao nível das Administrações Regionais de Saúde.

Figura 5.10 – Custos de transporte de doentes e taxa de utilização da capacidade instalada



Fonte: ERS e Informação solicitada às Administrações Regionais de Saúde.

Com a finalidade de conjugar toda a informação e oferecendo uma visão integrada, procedeu-se à estimação da seguinte regressão linear, apenas com o intuito de identificar o peso relativo dos vários factores na despesa com o transporte de doentes hemodialisados, realizada em cada sub-região de saúde.

$$DTD_i = a + b_1 INF_i + b_3 TUC + e_i$$

em que os valores das variáveis são recolhidas transversalmente para 15 sub-regiões de saúde e têm o significado seguinte:

DTD – despesa média de transporte por doente; *INF* – área média de influência de cada estabelecimento de hemodiálise; e *TUC* – taxa de utilização da capacidade.

Os resultados da regressão ilustram bem a importância destes factores na explicação das despesas de transporte em cada sub-região, suportando a sua consistência. Entretanto, são insuficientes para concluir sobre a razoabilidade relativa e absoluta da despesa, já

que uma parte significativa da variância fica, ainda, sem explicação. A consideração, por exemplo, da qualidade da rede viária pode oferecer contributos interessantes nesta matéria.

Quadro 5.9 – Factores explicativos das despesas de transporte por doente: regressão linear

	Coeficiente	Erro Padrão	t Stat	P-value
a	-1.261	1.150	-1.097	0.294
INF	0.081	0.031	2.582	0.024
TUC	3.357	1.496	2.244	0.044

Variável dependente: DTD | R² Ajustado = 0.60 | Número de observações = 15

Em conclusão, os valores apresentados para os custos de transporte pelas diferentes sub-regiões de saúde parecem ser consistentes com a distribuição espacial das clínicas e dos doentes. Contudo, uma análise a um nível mais microeconómico – i.e., da clínica de hemodiálise e dos seus utentes – poderia oferecer resultados mais robustos nesta vertente.

Apesar de se validar a coerência relativa dos resultados, não é possível determinar qual a despesa média por unidade de área de influência das várias clínicas. A diversidade de resultados sugere que se considere a qualidade da rede viária, mas os resultados são incertos. Finalmente, as deslocações médias por tratamento parecem bastante excessivas em algumas regiões, o que pode denunciar situações de excessiva mobilidade dos doentes.

O assunto dos custos de transporte não fica, em nosso entender, definitivamente encerrado com esta análise. Aparentemente, os resultados parecem afastar os receios de uma possível utilização generalizadamente excessiva e permissiva do sistema de adjudicação de transportes. Contudo, os dados são demasiadamente agregados para que se possa retirar esta conclusão sem ambiguidades.

6

Função Custo para uma Clínica de Hemodiálise

A abordagem sobre a conduta e performance empresarial na indústria de hemodiálise carece de uma adequada quantificação das condições tecnológicas de exploração, nomeadamente tendo em vista explorar a hipotética existência de condições favoráveis ao aparecimento de economias de escala. A literatura económica explica que a estrutura de mercado está intimamente ligada à tecnologia de produção – i.e., a potencial existência de rendimentos de escala crescentes – e à possibilidade de diferenciação do produto.

Ora, no caso em apreço, atendendo à fixação de preços pelo ministério da saúde e à regulação técnica e sanitária legalmente exigível, podemos sustentar sem ambiguidade que a diferenciação do produto ganha apenas uma relevância espacial – i.e., de entre duas clínicas alternativas os doentes deverão manifestar preferência por aquela que se encontrar mais próxima da sua residência, *ceteris paribus*. Assim, numa determinada região a existência de um maior ou menor número de clínicas depende da dimensão do mercado – i.e., do número de doentes renais residentes num espaço geograficamente delimitado por um anel ou área de influência, previamente definidos.

É, então, razoável que se analise a estrutura de produção típica de uma clínica de hemodiálise e se efectuem diligências para quantificar as economias de escala – i.e., averiguar a sua putativa existência. Ademais, tais resultados poderão ser utilizados, em fase posterior, para efeitos de definição da política económica de regulação sectorial.

Discussão Metodológica

Calibrar uma função custo para uma clínica de hemodiálise não é uma tarefa livre de controvérsias, nomeadamente porque a função empresarial tem um papel não negligenciável na eficiência com que os recursos produtivos são utilizados. Do ponto de vista metodológico seria mais adequado proceder a uma recolha de informação sobre as

condições de funcionamento de várias clínicas e, com base na mesma, proceder a uma estimação da função custo, recorrendo às habituais técnicas microeconómicas.

Entretanto, a informação necessária para proceder a este exercício está fora do alcance deste projecto, por um variado número de razões: *primeiro*, a informação contabilística das clínicas de hemodiálise independentes não está publicamente disponível; *segundo*, a informação tornada pública por empresas que operam simultaneamente outras áreas de negócio não é suficientemente desagregada para que se possa isolar de forma rigorosa o negócio de hemodiálise; e, *terceiro*, os dados microeconómicos necessários para uma correcta estimação envolvem informação sobre rubricas específicas que, salvo os casos em que as empresas usam sistemas de controlo de gestão e de contabilidade de custos, não têm eco nos registos contabilísticos tradicionais.

A alternativa de reconstituir uma base de dados para proceder a tal estimação existe e permanece válida, recomendando-se a sua utilização em trabalhos subsequentes. Contudo, atendendo à exiguidade do tempo para finalizar este relatório e às dificuldades antecipadas na sua recolha, optamos por seguir uma via alternativa.

A opção recaiu sobre a calibragem de uma função custo, com recurso apenas a elementos de natureza tecnológica. É certo que a abordagem acarreta algumas limitações, nomeadamente por não considerar explicitamente o impacto das estruturas de governo nas condições de exploração da empresa – i.e., eventuais ineficiências nas actividades de gestão e o facto de os custos de estrutura poderem variar com a dimensão da empresa e a organização empresarial – e não enfatizar o impacto dos custos de contexto.

A calibragem de uma função custo como propomos neste documento é apenas um ensaio indicativo que define um cenário microeconómico sem restrições, i.e., no qual apenas as condições tecnológicas contam e em relação ao qual se podem contrastar as condições efectivas de exploração da indústria.

Apesar das limitações apontadas, a abordagem permite ainda acomodar um conjunto de simulações para captar outros efeitos, que não de natureza tecnológica. Por exemplo, permite analisar o impacto sobre as condições de exploração decorrente de estruturas de custos diferenciadas, ou aferir da relevância de condições diversas nos mercados imobiliário ou de trabalho – que, como se sabe, são sujeitos a variabilidade geográfica – entre outros.

Algumas notas para esclarecer os conceitos de “ciclo”, “sessão” e “posto” utilizados recorrentemente ao longo do texto e centrais ao processo de modelização, são pertinentes neste momento.

Primeiro, entende-se por “ciclo” um período de 5 horas, considerado razoável para completar o tratamento a cada doente e, posteriormente, proceder à limpeza dos postos e demais materiais. Na descrição do processo produtivo, cada clínica pode operar vários turnos ou ciclos de 5 horas cada. Nas simulações seguintes admite-se que cada clínica opera três turnos ou ciclos.

Segundo, cada posto de hemodiálise permite uma única “sessão”, i.e., tratar um único doente durante o ciclo. Assim, a clínica pode realizar, em cada ciclo, tantas sessões quanto o número de postos instalados. Se a clínica operar com três ciclos, o número máximo de sessões é obtido pela multiplicação do número de postos por três.

Terceiro, um “posto” é constituído, essencialmente, por um monitor e uma cadeira de hemodiálise. Acrescem-lhe todos os equipamentos fixos indispensáveis para tornar o posto operacional para receber os doentes para tratamento.

Para robustecer o método seguido, foi efectuada uma revisão da literatura empírica sobre funções custo em clínicas de hemodiálise, com o fim último de ajuizar sobre o realismo dos parâmetros do modelo.

Evidência Empírica

Estudos sobre a realidade empresarial na indústria de hemodiálise são bastante escassos, mas os resultados alcançados põem em evidência algumas regularidades. Maioritariamente, os estudos incidem sobre os Estados Unidos, o que não é de surpreender se atendermos à forma como o serviço é regulado e financiado.^{61 62}

Quadro 6.1 – Dimensão média das clínicas de hemodiálise

Empresa/ Grupo	Sede da Empresa	Total	EUA	Europa	Outros
Fresenius Medical Care	Alemanha	26	25	23	32
DaVita	EUA	26	26		
Kuratorium fur Dialyse	Alemanha	29		29	
Dialysis Clinic International	EUA	27	27		
Gambro	Suécia	23		25	17
B Braun Avitum	Alemanha/ Áustria	25		25	
International Dialysis Centers	Holanda	43		43	
PHV	Alemanha	26		26	
Générale de Santé	França	24		24	
Média		28	26	28	25
PORTUGAL		20			

Fonte: Relatórios de actividades das Empresas.

Notas: A dimensão média de cada clínica de hemodiálise foi calculada dividindo o número de doentes pelo número de clínicas e admitindo que cada máquina tem uma capacidade para operar durante três turnos, isto é, atender três doentes por dia. Naturalmente, os resultados presumem que a capacidade instalada é plenamente utilizada. Admitindo que tal não seja o caso, os valores apresentados poderão sobreavaliar a dimensão média de cada clínica. Ora, tal não parece descabido, se atendermos ao facto de a capacidade em Portugal ser inferior aos valores apresentados. A dimensão média das clínicas em Portugal foi medida directamente, contando o número de postos em cada uma das clínicas de hemodiálise que fazem parte da base de dados da ERS.

Na recolha de informação sobre o funcionamento das clínicas de hemodiálise noutros países, registamos que a dimensão média das clínicas em Portugal apresenta valores compatíveis com a média internacional. Tal regularidade parece sugerir que existirá

⁶¹ Vidé Capítulo 6.

⁶² O resumo da literatura é bastante breve e apenas pretende dar a conhecer as principais questões que subjazem à determinação dos custos. Existe uma literatura sobre múltiplos aspectos das funções custo e sua articulação com os sistemas nacionais de saúde que não são objecto de discussão detalhada neste documento.

uma dimensão média, típica para as clínicas de hemodiálise, a qual lhes permite otimizar a eficiência dos recursos produtivos. Esta dimensão está concertada relacionada com o alcance geográfico do mercado, a qual depende da densidade populacional e das taxas de incidência e prevalência de doenças renais.

A escolha do veículo para a prestação dos cuidados de hemodiálise – clínicas privadas ou públicas, e integradas ou não em unidades hospitalares – são, também, opções que podem ter influência na dimensão. Nos países da Europa central e de leste prevalecem unidades de maior dimensão; e, no caso do Reino Unido, existem clínicas de hemodiálise centrais que detêm unidades satélites – com menores requisitos tecnológicos – espalhadas pelo território circundante. Estes dois exemplos ilustram bem a variedade de situações no que respeita à organização industrial.

As receitas e custos de exploração das clínicas de hemodiálise são fortemente condicionadas por aspectos de natureza legal e regulamentar: *Por um lado*, no que respeita aos custos, existem requisitos mínimos que é necessário cumprir; *por outro*, as receitas são maioritariamente asseguradas pelo Estado, que efectua os reembolsos por via de uma indexação aos custos com os tratamentos. Em suma, os custos – condicionados pela estrutura tecnológica recomendada – determinam – por via do sistema de indexação adoptado – o nível das receitas.⁶³

Como as clínicas apresentam uma tecnologia de produção de Leontief – i.e., em que a complementaridade de factores é a principal característica – é de esperar que as estruturas de custos se aproximem, o que justifica a utilização da informação acerca das receitas como *proxy* para aferir sobre os custos. Isto é verdade em termos médios, pelo menos, já que a diversidade de preços para alguns factores de produção pode implicar estruturas de custos diferentes entre as várias empresas – incluem-se neste rol, por exemplo, os diferentes valores para rendas ou custos com pessoal.^{64 65}

Assim, utilizando a informação sobre as receitas como primeira abordagem, nomeadamente o valor elegível para reembolso pelos sistemas de saúde, regista-se que a taxa compósita de base nos Estados Unidos, no ano de 2005, ascendia a aproximadamente 130 dólares por sessão de hemodiálise. Este valor compreende uma remuneração pelos cuidados humanos prestados, pelos consumíveis e outros produtos essenciais administrados durante cada tratamento.

⁶³ Este sistema de indexação das receitas aos custos é susceptível de constituir um desincentivo à performance empresarial, excepto quando o reembolso é definido por referência a condições de exploração previamente estabelecidas e que permitem que a empresa se aproprie dos eventuais ganhos de eficiência.

⁶⁴ Para os bens e serviços transaccionáveis é razoável assumir que esta diferenciação não se observa. Admitindo que estes são a principal fatia de custos os erros cometidos não são grosseiros. Ademais, nos países com grande heterogeneidade, como o caso dos Estados Unidos, o estado considera no seu sistema de reembolso a diversidade de preços de alguns factores de produção. Veja-se a este propósito a evidência e as práticas de discriminação adoptadas, que incorporam os custos de contexto nos valores elegíveis para reembolso.

⁶⁵ Anote-se, contudo, que a homogeneidade de custos de exploração não implica a igualização da taxa de rentabilidade para as clínicas de hemodiálise. Aspectos de natureza organizacional e o grau de utilização da capacidade produtiva determinam, forçosamente, taxas de rentabilidade do capital diferenciadas.

Quadro 6.2 – Estrutura média de Receitas e Custos dos centros de Hemodiálise, nos Estados Unidos

Rubrica	Valor por tratamento	Observações
Receitas Hemodiálise	US\$ 131	Inclui o pagamento por cada sessão de hemodiálise, e inclui várias componentes: materiais e consumíveis, algumas análises convencionais e medicação. Nos Estados Unidos, no ano de 2004, este valor ascendia a uma média de US\$131. Valores pagos pela Medicare.
Receitas de Injecção de Substâncias Químicas	USD\$80– US\$95	O tratamento de hemodiálise inclui a injecção de substâncias químicas: Eopogen, suplementos minerais, vitamina D e outros. Estas participações, nos Estados Unidos, fazem elevar o valor de cada sessão de hemodiálise por paciente para cerca de US\$210–US\$225. Valores nomeadamente pagos pela Medicare.
Receitas Totais por Doente	US\$315	O valor considera a totalidade dos tratamentos administrados – i.e., hemodiálise propriamente dita, análises padrão e suplementos farmacológicos – bem como o mix de serviço – i.e., receitas com origem em serviços públicos (Medicare e Medicaid) e oferta comercial (80%/20%).
Custos Totais com Doentes	US\$215	De acordo com as estimativas das empresas DaVita e Renal Care Group, as despesas directas com cada utente por sessão ascendem a cerca de US\$215, refletindo maioritariamente os custos com pessoal.
Pessoal	US\$85	O rácio médio de pessoal para pacientes de hemodiálise é de 1:4.
Consumíveis Médicos	US\$30	Os consumíveis médicos incluem os dialisadores, cateteres e outro material médico essencial a cada sessão.
Fármacos	US\$60– US\$65	Os custos farmacêuticos incluem todas as soluções injectáveis, nomeadamente EPO, Ferro, Vitamina D e similares. Os custos poderão variar de empresa para empresa em função do volume de compras e das condições comerciais que as mesmas permitem assegurar.
Direcção Clínica	US\$7	Os custos de direcção clínica médica variam substancialmente em função da disponibilidade de recursos. Em média, Lee et al. (2006) apontam para um custo médio por paciente/ tratamento de US\$7.
Outros custos operacionais	US\$30– US\$35	Difícilmente estimável. São maioritariamente custos fixos e dependentes das condições do mercado imobiliário, tributação e outros aspectos locais. As grandes cadeias apresentam custos médios no intervalo de US\$30–US\$35.

Fonte: Lee et al. (2005)

Notas: Os valores das receitas de cada sessão de hemodiálise por paciente variam de acordo com a entidade que procede ao seu pagamento. Segundo Lee et. al (2006) os valores de uma clínica de hemodiálise nos EUA repartem-se entre cerca de 80% para pagamentos públicos da Medicare e Medicaid, reservando-se os restantes 20% para a oferta comercial. Neste sentido, as receitas por tratamento de hemodiálise – não incluindo tratamentos adicionais nem suplementos – devem ascender a cerca de US\$700.

Historicamente, no sistema de saúde norte-americano, a taxa compósita não permite cobrir integralmente os custos incorridos com os tratamentos, pelo que as empresas procuram recuperar a perda através das margens obtidas na medicação e análises laboratoriais suplementares, que são objecto de reembolso autónomo.⁶⁶ Presentemente, está em desenvolvimento um sistema de reembolso que toma em consideração a variação geográfica dos custos de produção e as características da população sujeita a tratamento. Com este projecto, definir-se-á uma taxa compósita suficientemente abrangente para contemplar todos os custos e permitir à entidade que efectua os

⁶⁶ O esquema de reembolso cria, assim, um sistema de incentivos perverso, segundo o qual as clínicas tendem a escolher os testes e medicamentos em função da sua margem e, concomitantemente, da sua capacidade para compensar as perdas incorridas com os tratamentos propriamente ditos. Além do que existe uma provisão excessiva de medicação e análises, para além do que seria prescrito em circunstâncias normais.

pagamentos – i.e., Medicare e Medicaid Services – margem comercial para discutir as participações e reembolsos numa lógica pró-concorrencial.

Num artigo recente DeOreo (2007) analisa os custos de exploração de clínicas de hemodiálise independentes. O seu estudo enquadra-se nas orientações estabelecidas pelo serviço de saúde dos Estados Unidos – Medicare – para um procedimento regular de análise de custos nos tratamentos de hemodiálise, tendo em vista determinar o valor de uma taxa de reembolso compósita, que inclua tanto quanto possível um conjunto de análises laboratoriais e medicamentos que são de administração regular.

DeOreo (2007: 7) reporta que, nos Estados Unidos, a Medicare reembolsa 80% do valor da taxa compósita, a qual contempla na sua construção:

“[...] the dialysis procedure (supplies and disposables), routine medications (analgesics, saline, oxygen, heparin, etc.), routine laboratory testing, wages, administration, depreciation, etc.”

Hirth et al (2003), confirmam também a grande variabilidade dos custos clínicos com a prestação de serviços de hemodiálise. Esta evidência é utilizada como suporte à necessidade de estabelecer taxas compósitas de reembolso diferenciadas por região, por tipo de instituição e em função do perfil dos doentes.⁶⁷ Em termos médios, no ano 2000, o custo total por sessão – incluindo um conjunto de análises e medicamentos objecto de reembolso autónomo – ascendia a 200 dólares. Restringindo a análise apenas às componentes de custo directamente relacionadas com a hemodiálise – isto é, incluídas na *composite rate* e que compreendem os produtos estritamente necessários ao tratamento – o custo desce para 141,16 dólares.

Lee et al. (2005), no intuito de desenvolver um modelo de avaliação de uma empresa de hemodiálise, chegam a um conjunto de estimativas sobre a estrutura de custos que se reproduz no Quadro 6.2. A ideia subjacente ao modelo é a de que, tomando em consideração as várias rubricas de exploração e estabelecendo a rentabilidade exigida para o investimento, é possível determinar o valor do “franchise”, isto é, o valor da iniciativa empresarial.

Naturalmente, os valores apresentados consideram que as empresas prestam serviços para além do mínimo estritamente necessário – isto é, contemplam um conjunto de medicamentos e tratamentos que estão fora do âmbito da *composite rate* originalmente definida pela Medicare e Medicaid.

Num estudo anterior, também aplicado aos Estados Unidos, Hirth et al. (1999) concluem que não existem economias de escala para unidades integradas em cadeias com várias unidades. Apenas para as cadeias nacionais encontraram eco de economias de escala. Das duas cadeias nacionais consideradas, os ganhos oscilam entre 4.7% e 13.6%, o que não permite concluir muito sobre a importância dos ganhos que advêm da integração horizontal.

A Gambro exprime a opinião de uma grande variação de custos entre os vários países, em resultado dos diferentes padrões de vida e, também, da envolvente institucional.⁶⁸

“The two major costs for a dialysis clinic are products and staff. Other costs are rent, laboratory tests, waste handling, utilities, and so on. Costs vary a lot between countries

⁶⁷ Debate realizado no âmbito da reforma do sistema de reembolsos para tratamento de doentes com insuficiência renal crónica nos sistemas Medicare e Medicaid nos Estados Unidos da América.

⁶⁸ Gambro (2005: 20)

because of differences in structure in terms of what is included in the reimbursement and differences in regulation.”

Estima-se que entre os principais factores de produção, a mão-de-obra e consumíveis não reutilizáveis ultrapassem os 50% do total de custos.

Quadro 6.3 – Estrutura de Custos de Exploração por Tratamento de Hemodiálise

Rubrica	%
Custos com Pessoal	30 – 40
Consumíveis não reutilizáveis	20 – 25
Produtos Farmacêuticos	0 – 10
Rendas e “Utilities”	5 – 10
Overheads, Amortizações	25 – 35

Fonte: Gambro (2006), Relatório de Contas

Notas: Entende-se por “Utilities”, os gastos com electricidade, água e comunicações.

Parâmetros para Calibragem da Função Custo

Na sequência da discussão da secção anterior, procedemos à desagregação dos factores de produção para uma clínica de hemodiálise em quatro grandes categorias: (1) equipamentos; (2) produtos e consumíveis; (3) custos com pessoal e *utilities* – água, telefones e electricidade; e (4) rendas, despesas administrativas e *overheads*.

O Quadro 6.4 discrimina os factores necessários à prestação do serviço, por categorias, a par com uma estimativa do respectivo custo.⁶⁹ A tecnologia produtiva é caracterizada como do tipo Leontief, uma vez que existem proporções fixas capital/trabalho na prestação do serviço. Como se salientou em secção anterior, considerando a política de “fixação” de monitores, um posto de hemodiálise é capaz de atender, em média, 6 doentes; sendo, adicionalmente, recomendada uma relação de 4 doentes para cada enfermeiro (devendo estar presente um mínimo de 2 enfermeiros em cada turno/ ciclo).

Quadro 6.4 – Equipamentos, produtos e consumíveis necessários a uma unidade de hemodiálise

Descrição	Custo, €	Unidade	Observações
CUSTOS FIXOS | Equipamentos			
1. Posto de hemodiálise	15 000	Fixo	Posto completo, incluindo cadeira e outros elementos fixos indispensáveis ao posto.
2. Sistema de tratamento de água	25 000	Fixo	Filtragem de água e preparação de água ultrapura para adição dos concentrados.
3. Equipamento técnico	5 000	Fixo	Frigoríficos, Congeladores.
4. Equipamento não técnico	25 000	Fixo	Inclui mobiliário administrativo e social

⁶⁹ A informação sobre custos foi apoiada em consultas ao mercado, indicações fornecidas pela Entidade Reguladora da Saúde e, também, através de pesquisas realizadas pelos autores através da internet.

CUSTOS VARIÁVEIS | Produtos e consumíveis				
1.	Dialisadores e filtros	20	Por sessão	Admite-se que os dialisadores são substituídos em cada sessão de hemodiálise.
2.	Linhas de circuito	5	Por sessão	Cateteres. Agulhas para fístulas,...
3.	Concentrados	10	Por sessão	Concentrados de bicarbonato e soluções acídicas para preparação do dialisante.
4.	Medicação	15	Por sessão	Heparina
5.	Produtos de limpeza	1	Por sessão	
CUSTOS SEMI-FIXOS | Utilitês e Pessoal				
1.	Utilitês: Água, Electricidade...	500	Por mês	Valor base, acrescido de parte variável: consumo de água de 150 litros por sessão.
2.	Director clínico/ nefrologista	200	Por ciclo	Remuneração por ciclo: 1 único director para toda a clínica, operando em ciclos de 5 horas.
3.	Enfermeiros	150	Por ciclo e trabalhador	Remuneração por ciclo por pessoa: Admite-se que o corpo de enfermagem se faz na proporção de 1 para cada 4 doentes, com um mínimo de dois enfermeiros.
4.	Técnicos	100	Por ciclo e trabalhador	
5.	Dietista e assistente social	1.5	Por sessão	Remuneração por ciclo: proporção de 1 hora por semana por cada 10 doentes.
6.	Administrativo	50		Remuneração por ciclo: 1 rececionista.
CUSTOS FIXOS | Instalações e Overheads				
1.	Espaço Físico	10	Por m ²	Mínimo de 50m ² . Cada posto adicional requer 10 metros quadrados de área total.
2.	Overheads	1000	Por mês	Remuneração pela administração e outros custos de organização.

Fonte: Relatórios de várias empresas do sector, estrutura de abastecimento típica e produtos comercializados pelas empresas que abastecem as clínicas de hemodiálise. Em especial, utilizaram-se como referência a Gambro, a Baxter e a B Braun. Informação recolhida sobre custos junto de operadores de hemodiálise e empresas fornecedoras. Em cada ciclo ocorre uma única sessão de hemodiálise em cada posto, pelo que os custos por ciclo correspondem aos custos por tratamento. Uma sessão de hemodiálise corresponde a um tratamento num posto. Num ciclo, há tantas sessões quantas as máquinas utilizadas naquele momento.

A estrutura de custos vertida no Quadro 6.4 constitui a aproximação possível com base em informação pública. É possível que algumas rubricas estejam sub-avaliadas, da mesma forma que outras estarão concertiza sobreavaliadas. Admitindo que pode ser objecto de afinação, esta estrutura é bastante razoável e oscilações nos valores dos parâmetros não alteram o sentido dos resultados.

Em suma, a estrutura de exploração assenta numa tecnologia “reprodutiva”, em que as oportunidades de obtenção de economias de escala são pouco relevantes. Contudo, a indivisibilidade de alguns factores de produção induz saltos de descontinuidade nas funções custo médio, que importa salientar. Esclarecem-se de seguida aspectos pertinentes a propósito de alguns destes inputs.

Custos fixos: equipamentos e definição de capacidade |

Uma clínica de hemodiálise opera em ciclos de 4 a 5 horas. Durante cada ciclo, apenas pode ser atendido um doente por máquina. A duração do ciclo é estabelecida por forma a que cada doente complete o tratamento e o posto seja adequadamente preparado para a sessão, ou ciclo, seguinte. Cada doente é sujeito a três sessões de hemodiálise por semana, o que significa que cada posto pode atender dois doentes por ciclo durante uma

semana. Se a clínica operar com um único ciclo, a sua capacidade por máquina é de dois doentes, mas se optar por dois ou três ciclos, a sua capacidade aumenta para 4 ou 6 doentes.

Operar com três ciclos por dia equivale a otimizar a utilização da máquina – que se presume ser um custo fixo – e corresponde a um horário de funcionamento da clínica de cerca de 15 horas por dia. Neste pressuposto, a capacidade instalada é de 6 doentes por posto, ou máquina, de hemodiálise.⁷⁰

Admitindo que cada posto tem capacidade para atender 6 doentes em permanência, podemos definir que a capacidade instalada evolui em múltiplos de 6. Então, a capacidade instalada da clínica de hemodiálise é definida como o número de postos escolhido multiplicado por 6. Na medida em que existe um conjunto de despesas fixas no funcionamento da clínica, o aumento do número de postos é susceptível de contribuir para a diminuição dos custos unitários dos tratamentos.

Quadro de pessoal |

O quadro de pessoal foi definido em conformidade com o estabelecido no Manual de Boas Práticas de Hemodiálise. *Primeiro*, estabeleceu-se como restrição a permanência mínima de dois enfermeiros em cada ciclo de 5 horas e, uma vez alcançado este valor, a manutenção de uma equipa mista de enfermeiros e técnicos de hemodiálise na proporção de 1 para cada quatro doentes. Ademais, em cada ciclo, as equipas são dominadas por enfermeiros, na proporção de 1.5:1. *Segundo*, admitiu-se que em cada ciclo existe em permanência um director clínico – cargo desempenhado por um nefrologista – e um trabalhador indiferenciado, a desempenhar nomeadamente as funções de rececionista. *Finalmente*, admitiu-se que a empresa subcontrata técnicos para a assistência social e um médico dietista, com a permanência de 1 hora por semana por cada 10 doentes.

Em termos de cômputo dos custos com pessoal, assumiu-se uma taxa de remuneração horária que inclui todos os encargos fiscais, segurança social e outras responsabilidades da empresa.

Custos variáveis: produtos e consumíveis |

Consideram-se produtos e consumíveis em cada sessão de hemodiálise, todos aqueles que são necessários para executar o tratamento, conforme estabelecido no clausulado tipo dos contratos de convenção para cuidados de hemodiálise. Estes são os únicos custos verdadeiramente variáveis, dependentes do número de tratamentos. Admite-se que, em cada ciclo, uma máquina é utilizada uma única vez – o que equivale a um tempo de tratamento e limpeza das máquinas de 5 horas. Assim, num dia com três ciclos, cada posto de hemodiálise pode atender, no máximo, três doentes.

Os gastos com produtos e consumíveis de hemodiálise são definidos por proporção à taxa de utilização da capacidade produtiva. Por exemplo, numa clínica de hemodiálise com 3 postos a operar com 3 turnos, há uma capacidade instalada de 9 doentes por dia. Se tiver uma taxa de utilização de 70%, o número de doentes tratado diariamente

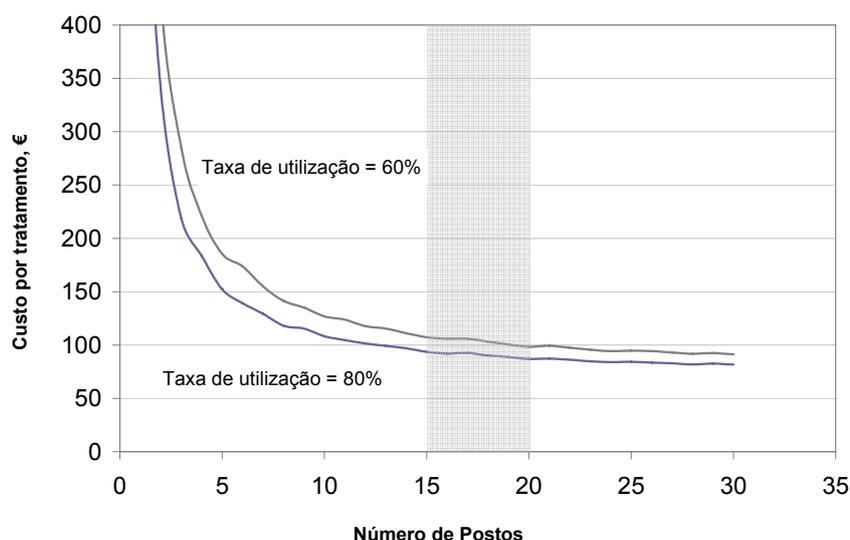
⁷⁰ É possível que algumas clínicas operem ainda com um quarto ciclo. Contudo, para efeitos de análise admitiremos que a situação normal é de apenas três ciclos.

ascende a apenas 6 e os custos variáveis são definidos proporcionalmente a este valor e não à capacidade instalada.

Estrutura de Custos de uma Clínica de Hemodiálise

A estrutura de custos estimada para uma clínica de hemodiálise, com base nos pressupostos explicitados na secção anterior, e com os parâmetros apresentados no Quadro 6.4, está evidenciada na figura seguinte.

Figura 6.1 – Função custo médio para uma clínica de hemodiálise



A primeira constatação é a de que os custos médios decrescem rapidamente. Simulando diferentes níveis de utilização da capacidade, os custos médios descem abaixo dos € 100, por tratamento, no intervalo entre 15 e 20 postos de hemodiálise. A partir daí – e do ponto de vista estritamente tecnológico – as economias de escala deixam de ser expressivas. A desagregação para as diferentes rubricas de custo consta do Quadro 6.5, simulando uma taxa de utilização da capacidade de 80%.

Quadro 6.5 – Tecnologia de produção e implicações sobre a estrutura de custos

Nº de Postos	5		10		15		20	
Nº de Doentes/ Tratamentos por dia	12		24		36		48	
Tx. Utilização da Capacidade	80%		80%		80%		80%	
Custos Unitários por Tratamento	152.2	100%	108.3	100%	93.6	100%	86.9	100%
Produtos e Consumíveis Médicos	51.6	34%	51.6	48%	51.6	55%	51.6	59%
Custos com Pessoal	78.2	51%	41.9	39%	29.8	32%	24.4	28%
Rendas e Utilities	10.7	7%	6.3	6%	4.9	5%	4.2	5%
Custos com Equipamentos	8.3	5%	6.6	6%	6.1	7%	5.8	7%
Overheads	3.5	2%	1.7	2%	1.2	1%	0.9	1%

Os custos representados constituem a totalidade dos custos contabilísticos, admitindo-se, implicitamente, que o capital investido para aquisição dos equipamentos é remunerado pelas amortizações em cada um dos anos. Em termos mais rigorosos, para efeitos de *pricing*, o valor do investimento na aquisição dos equipamentos deveria ser repartido pelos vários anos em função da taxa de remuneração exigida pelos investidores, pelo que o custo anual dos equipamentos – aqui considerado como o valor das amortizações repartidas por 4 anos de vida útil do equipamento – deveria ser substituído pela remuneração devida aos investidores. Na prática, o procedimento sub-avalia os custos económicos da operação.

Na perspectiva económica, contrariamente à abordagem contabilística, o cálculo dos custos totais não é tarefa simples e livre de controvérsias. A dificuldade advém da separação entre custos variáveis e custos fixos. Assim, se nos factores puramente variáveis não se vislumbram problemas – o seu custo equivale ao preço pago no mercado – já nos custos fixos e semi-fixos se levantam algumas dúvidas: *primeiro*, na imputação dos custos fixos existe um problema temporal – i.e., a despesa é realizada num único momento do tempo e o factor é utilizado durante toda a sua vida útil – e, *segundo*, a repartição do custo pela produção carece da definição de um volume de produção normal – i.e., a escolha da imputação do custo fixo em função da capacidade instalada ou, alternativamente, da capacidade utilizada.

Conscientes de que não resolvemos a controvérsia, mas clarificamos o contexto e aplicabilidade das estimativas, optamos pelo cálculo de custos numa lógica de *full recovery*, i.e., admitimos que a empresa planeia recuperar a totalidade dos custos incorridos em cada momento.⁷¹ No que respeita ao tratamento concedido aos custos fixos, admitiu-se que as instalações são remuneradas ao valor de mercado – isto é, a renda que seria paga, mesmo que as instalações sejam adquiridas pela clínica – enquanto os demais equipamentos são remunerados pelas respectivas amortizações.

De acordo com as simulações efectuadas, os custos de exploração unitários para uma clínica de hemodiálise estabilizam rapidamente. Para uma capacidade de 15–20 máquinas de hemodiálise, utilizada a 80% – que equivale ao atendimento em permanência a cerca de 50 doentes⁷², os custos unitários dos tratamentos descem abaixo de 100 euros. Nestas condições, quando o número de postos de hemodiálise aumenta de 5 para dez, os custos unitários dos tratamentos decrescem cerca de 30%. Entre 10 e 15, caem 15% e entre 15 e 20 caem apenas 8%.

Recordem-se, finalmente, algumas das limitações desta análise. *Primeiro*, a análise incide exclusivamente sobre as condições tecnológicas, logo não prestando suficiente atenção às questões da organização empresarial – i.e., *corporate governance* – as quais são susceptíveis de aumentar os *overheads* com a dimensão da clínica. Se tal ocorrer, então o decréscimo efectivo nos custos unitários não será tão pronunciado, diminuindo a escala mínima crítica para uma clínica de hemodiálise. Eventualmente, os custos

⁷¹ Esta é uma metodologia utilizada frequentemente em indústrias reguladas pelo preço, cuja fixação pode relacionar-se alternativamente com o custo marginal (*marginal cost*) ou com o custo total (*full recovery cost*). Na alternativa de *marginal costing*, a empresa consideraria apenas como custos, os custos variáveis, admitindo que os custos fixos afundados não terão de ser remunerados.

⁷² Anote-se que cada doente está sujeito a tratamento três vezes por semana em média. Se a clínica pode atender, no máximo, 30 doentes por dia, então pode proceder ao acompanhamento de 60 doentes.

unitários poderão, a partir de dado momento, aumentar e induzir deseconomias de escala.

Segundo, as projecções foram efectuadas para uma clínica de hemodiálise isolada, não integrada em nenhum grupo empresarial e, logo, não aproveitando de eventuais sinergias. As sinergias que é possível alcançar, quando inserida num grupo empresarial, incidem nas rubricas de custos fixos, mas também na possibilidade de gerir com maior flexibilidade os custos quase fixos – como é o caso do pessoal e outros contratos de assistência e manutenção. Estas sinergias podem, por seu lado, aumentar a escala eficiente mínima – i.e., aumentar a dimensão crítica de uma clínica de hemodiálise, já que capitaliza as economias de escala de natureza tecnológica.

Terceiro, e directamente relacionado com o argumento anterior, não se pode inferir a função custo de uma empresa que explora várias clínicas de hemodiálise a partir da simples soma algébrica das contas de exploração das unidades que a compõem. De facto, o manual de boas práticas estabelece critérios mínimos de exploração por clínica e não por empresa, o que parece sugerir que uma empresa é uma simples soma algébrica das clínicas que a compõem. No entanto, a integração proporciona a flexibilidade da gestão do processo produtivo, a par com uma eventual melhoria nas condições de acesso aos factores produtivos. Tal constatação desaconselha a generalização da informação partindo das condições particulares de cada clínica, ao mesmo tempo que deixa em aberto a hipótese de existirem economias de escala quando se analisa o sector tomando como unidade a empresa, ao invés da clínica.⁷³

Finalmente, calibrar uma função custo que possa tomar em devida linha de conta estes e outros aspectos carece de dados reais sobre as empresas de hemodiálise. Com base em dados microeconómicos é possível estimar econometricamente uma função custo que atenda à realidade organizacional das empresas e alcançar um valor mais rigoroso para os custos, que possa ser utilizado como *proxy* para definição de uma política regulatória por via dos preços.⁷⁴

⁷³ Uma resposta conclusiva a esta hipótese só pode ser alcançada com informação real sobre as condições de exploração de cada uma das empresas que actua no mercado, por forma a averiguar se os custos da hierarquia – que decorrem da integração – não são mais que compensados pelos benefícios da flexibilidade e reforço da capacidade negocial nos mercados de factores e, eventualmente, do produto.

⁷⁴ Anote-se que a fixação, pelo Ministério da Saúde, do valor de reembolso por cada tratamento equivale de facto a uma política de regulação por via dos preços, a que falta, contudo, o seu balizamento pelas condições de exploração das clínicas de hemodiálise e condições de funcionamento do mercado.

7

Evidência Internacional

Presentemente, regista-se na indústria de hemodiálise uma acentuada tendência para a integração horizontal e vertical à escala mundial. Em vários países, um reduzido número de empresas controla crescentemente os serviços clínicos de hemodiálise aos utentes. Em vários casos, regista-se a completa integração da cadeia de valor, em que as empresas produtoras de equipamentos, produtos – e.g., cateteres, agulhas – e substâncias químicas e dialisantes assumem o completo controlo do processo produtivo por via da internalização dos mercados.

Fresenius Medical Care, Gambro e B Braun Melsungen, são três exemplos, cujas estratégias ilustram bem a acelerada transformação que se tem registado na estrutura industrial, mormente a partir da década de 90.

Alinhando por um denominador comum – a expansão nacional e internacional da rede de serviços clínicos de hemodiálise e a exploração de benefícios da integração vertical – as estratégias de posicionamento e crescimento dos negócios assumem, contudo, algumas cambiantes. Simplificadamente, as empresas tendem a optar por uma de duas alternativas: a integração por via da assimilação de novas empresas – e.g. caso da Fresenius Medical Care – e a celebração de parcerias estratégicas – caso da Gambro e DaVita nos EUA.

O crescimento tem-se orientado para a expansão internacional, através da constituição de redes de clínicas de serviços de hemodiálise e aproveitando a emergente liberalização dos mercados de saúde à escala mundial, para o que contribui certamente o programa de privatizações seguido pela generalidade dos governos, motivado sobretudo por restrições de natureza orçamental.

Apesar de tudo, a estrutura industrial é ainda muito diversa de país para país e, sobretudo, de continente para continente. Nos Estados Unidos da América a oferta é esmagadoramente de iniciativa privada e um reduzido número de grupos controla o mercado. Contrariamente, na Ásia e no Pacífico a oferta é

maioritariamente realizada por clínicas independentes, e só muito recentemente se iniciou a internacionalização do sector.

Na Europa, coexistem a oferta pública e privada, não obstante a preponderância da oferta da rede pública. Existem, contudo, alguns países em que prevalece a oferta da rede privada, muito em especial, nos países da Europa central e de leste. Curiosamente, entre as maiores cadeias que prestam serviços de hemodiálise internacionalmente, contam-se várias empresas Europeias – Fresenius, Gambro, B Braun, Kuratorium für Dialyse – que reafirmam constantemente a sua estratégia de crescimento internacional.

No que respeita ao posicionamento na cadeia de valor, os líderes mundiais tendem a surgir integrados verticalmente, ou estabelecendo parcerias com fornecedores. No entanto, regista-se, também, a presença de empresas independentes especializadas no abastecimento de acessórios e outros materiais essenciais aos tratamentos de hemodiálise.

Em alguns segmentos a montante da cadeia de valor existe um número reduzido de concorrentes – e.g., equipamentos –, até pela própria especificidade dos factores. Mas, nos segmentos de produtos não específicos para hemodiálise existem múltiplas empresas de saúde que concorrem do lado da oferta. Nestes casos, a integração vertical – por via da especificidade do activo – perde força e as opções de integração vertical adoptadas por algumas das empresas não parecem distorcer a concorrência no mercado.

Registam-se, adicionalmente, interessantes níveis de concorrência através de soluções alternativas. Destaca-se a concorrência pela inovação, em que unidades independentes se lançam no mercado com soluções inovadoras, fora do contexto da hemodiálise tradicional. Neste sentido, surgem soluções que, privilegiando o indivíduo e a sua qualidade de vida, propõem tratamentos personalizados.

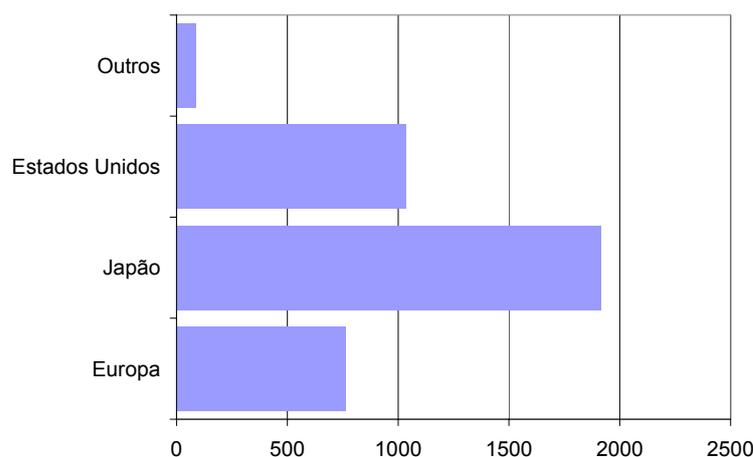
Uma nota final, antes de prosseguir. Este capítulo é baseado em informação casuística sobre várias empresas a actuar no sector de hemodiálise. Conscientemente, a abordagem não é exaustiva, mas é representativa das tendências de mercado e das características empresariais do sector.

Indústria Mundial de Cuidados de Hemodiálise

A procura mundial de hemodiálise cresce a ritmos acelerados. Existe uma grande discrepância entre vários países, não apenas na incidência e persistência da doença, mas também no que respeita às formas de tratamento. Estima-se que no final do ano de 2005 existissem cerca de 1,5 milhões de pacientes com insuficiência renal crónica, beneficiando de tratamentos de hemodiálise.

As taxas de prevalência – i.e., número de doentes tratados por cada milhão de habitantes (p.m.p.) – variam substancialmente de região para região. Segundo a Fresenius⁷⁵ mais de 95% dos doentes renais sujeitos a tratamento de hemodiálise situam-se em 60 países. Dentro destes, as taxas de prevalência variam substancialmente em função do nível de desenvolvimento económico – Estados Unidos, Japão e Alemanha apresentam taxas de prevalência superiores a 1000 p.m.p., enquanto nos restantes países as médias andarão em torno dos 600 p.m.p. No resto do mundo, com níveis de desenvolvimento mais reduzidos, as taxas de prevalência não chegam a 100, o que reflecte a importância do desenvolvimento económico no acesso ao tratamento.

Figura 7.1 – Taxas de prevalência de doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise



Fonte: Fresenius (2006). Baxter (2005). European Renal Association.

Estrutura Industrial: Principais Tendências |

A informação económica sobre a indústria médica de hemodiálise é escassa, dificultando o esforço de reconstituição da estrutura industrial nos vários países. Em especial, não existem fontes de informação que permitam reconstituir sem ambiguidades os principais concorrentes, a capacidade instalada e as estratégias adoptadas pelas empresas. Apesar da insuficiência de dados e atendendo à diversidade de situações, é possível contudo avançar, tentativamente, algumas características sectoriais.⁷⁶

Primeiro, na generalidade dos países coexiste uma oferta pública com uma oferta privada, consoante a tradição histórica do Serviço Nacional de Saúde e, mais recentemente, as tendências de privatização.

Segundo, a oferta privada nos vários países distribui-se, com intensidade variável, entre unidades independentes e outras integradas em grupos de alcance nacional ou

⁷⁵ Fresenius (2006: 58).

⁷⁶ Uma análise mais rigorosa carece, contudo, de uma recolha mais exaustiva de informação, que está fora do alcance deste estudo. Nomeadamente, seria interessante recolher informação sobre um significativo número de empresas a operar em diversos países do globo e atender às respectivas condições de exploração.

internacional. A preponderância de uma ou de outra forma de organização é fortemente condicionada pelo quadro legal e regulamentar.

Terceiro, a oferta privada independente concentra-se, naturalmente, em exclusivo na fase final da cadeia de valor – i.e., na prestação de cuidados de hemodiálise a doentes renais crónicos, adquirindo todos os factores produtivos no mercado.

Quarto, também a oferta integrada em grupos de âmbito nacional, parece restringir maioritariamente a sua actividade à fase terminal da cadeia de valor – isto é, integração horizontal, prestando exclusivamente serviços de hemodiálise aos doentes renais.

Quinto, a oferta realizada pelos grupos de alcance internacional, compreende sobretudo empresas integradas verticalmente, controlando não apenas a fase terminal da cadeia de valor, mas também a produção de equipamentos, consumíveis de hemodiálise e produtos químicos e farmacêuticos.

Sexto, existe um grande número de empresas internacionais especializadas na produção de equipamentos e consumíveis para utilização na indústria de serviços médicos de saúde em geral, que contam com departamentos especializados e vocacionados para o segmento de doenças renais, garantindo a contestabilidade do mercado, pelo menos ao nível internacional.

Sétimo, existe uma grande diversidade de respostas clínicas à insuficiência renal: em alguns países prevalece a diálise peritoneal, enquanto noutros a hemodiálise tradicional é preponderante; em alguns países registam-se, também, elevadas taxas de de transplante renal. No respeitante às formas de tratamento de hemodiálise tradicional regista-se, ainda, uma tendência em alguns países para soluções individuais de tratamento, conferindo maior autonomia aos pacientes.

Oitavo, parecem existir fortes incentivos à inovação. Registam-se vários casos de empresas fortemente empenhadas em desenvolver programas e tecnologias de diálise, com o objectivo de aumentar a qualidade de vida dos doentes e diminuir as restrições que são impostas sobre a sua vida pessoal e actividade profissional, ao mesmo tempo que têm implicações sobre os custos.

Acesso ao Mercado |

No respeitante ao acesso ao mercado, existem realidades muito diversas. A primeira divisão ocorre entre estruturas de propriedade públicas e privadas. Em termos simplistas, a oferta nos Estados Unidos é maioritariamente de iniciativa privada. Em contraste, em vários países Europeus a oferta é maioritariamente pública, resultado dos compromissos assumidos pelos governos na área da saúde, reservando pouco espaço para iniciativas privadas. No Japão a oferta é de iniciativa privada e, por imposição legal, realizada por unidades independentes.

Mas, na Europa, sobretudo nos países da Europa Central e de Leste, assiste-se a uma mudança acelerada. Por questões de contenção orçamental, o movimento tem sido de privatização – ou contratualização – dos serviços de hemodiálise. Tal tem contribuído para a emergência de unidades privadas e para o reforço de posição de alguns grupos internacionais.

Na Europa Ocidental persiste ainda uma realidade muito diversa. Em quase todos os países co-existe oferta pública e privada, com graus de penetração diferenciados consoante a tradição. Em alguns casos, observam-se exclusivamente unidades de hemodiálise independentes sob responsabilidade de equipas médicas de nefrologistas,

enquanto que noutros, coexistem com empresas integradas em grupos empresariais de âmbito nacional ou internacional.

Na esteira dos programas de privatizações aplicados em maior ou menor escala, regista-se também, na Europa Ocidental, um número crescente de casos de transferência da gestão e exploração para privados, inclusivé de unidades de diálise inseridas nas redes nacionais de serviço público de saúde.

Quadro 7.1 – Oferta de cuidados de hemodiálise: quotas de mercado na Europa, Estados Unidos e Ásia

	Rede de Oferta Pública	Rede de Oferta Privada	
		Independente	Grupos
Europa	51%	28%	21%
Estados Unidos da América	8%	22%	70%
Japão	20%	80%	0%
Ásia e Pacífico	41%	54%	5%
TOTAL	35%	40%	24%

Fonte: Gambro (2005), Fresenius (2005).

Notas: Estatísticas reconstituídas com base na informação disponibilziada pela Gambro e Fresenius nos respectivos relatórios de contas. A consistência dos valores é reafirmada por confronto com as informações das associações renais e os registos nacionais de hemodiálise.

Segundo a Gambro e a Fresenius, a oferta de serviços de hemodiálise na Europa é maioritariamente pública. Mais de 51% da oferta é controlada por unidades públicas. As clínicas integradas em cadeias de âmbito internacional representam apenas 21%, sendo os restantes 28% da oferta controlados por unidades privadas independentes. A Fresenius Medical Care é, de longe, o maior prestador de serviços na Europa, com uma quota de 9%.⁷⁷

O resultado é inverso nos Estados Unidos, em que a iniciativa privada responde por 70% da oferta de cuidados de hemodiálise. A DaVita e a Fresenius Medical Care respondem por 28% e 26% do mercado. Curiosamente, o número de prestadores privados independentes aproxima-se dos valores Europeus (com cerca de 21%), relegando para último plano a oferta pública, com apenas 8%.

Na Ásia prevalece oferta privada independente, respondendo por 54% do total do mercado. A oferta integrada nas principais cadeias internacionais é de apenas 5%. Deste total, a Fresenius é responsável pela maior fatia com cerca de 2 pontos percentuais. A oferta pública é de 41%. Contudo, tem-se assistido recentemente a uma forte desregulamentação e crescimento do mercado, apontando para uma forte penetração de empresas controladas pelos principais grupos globais.

Concorrência e Regulação |

Para além do condicionamento de acesso ao mercado, o sector é profundamente regulado do lado do preço. No país com maior história de oferta privada em regime concorrencial – Estados Unidos – a regulação faz-se pela via da fixação do preço por cada tratamento, o qual é estimado a partir das estruturas de custos das empresas.

⁷⁷ Segundo dados de 2005. Veja-se Gambro (2005) e Fresenius (2005).

Nos Estados Unidos, os sistemas de saúde Medicare e Medicaid compartilham parte das despesas com os tratamentos. Com expressão mais reduzida, co-existem ainda sistemas de reembolso assentes em contratos de seguro de saúde privados. Os preços têm permanecido aproximadamente constantes nos últimos anos, resultado de uma política deliberada de controlo de preços independentemente do local e da modalidade em que o serviço é prestado.

De um modo geral, o reembolso cobre as despesas de pessoal, um conjunto de consumíveis não reutilizáveis, outros custos operacionais e *overheads*. Em alguns casos, são ainda reembolsados os produtos farmacêuticos injectados como o ferro e a EPO. Dependendo dos casos pode ainda assistir-se ao reembolso de custos de transporte.⁷⁸ As condições propostas pela Medicare variam em função de um ajustamento para os custos com pessoal, admitindo que em determinadas regiões o custo com o pessoal pode ser demasiado elevado.

O estabelecimento de uma contribuição fixa, independentemente do tratamento e do local no qual o mesmo é prestado, pode ter um conjunto de propriedades desejáveis, nomeadamente proporcionar um sistema de incentivos adequado à inovação tecnológica e organizacional. Esta opção levanta, contudo, um problema de qualidade do serviço que, não sendo controlado, pode ter efeitos perniciosos sobre os objectivos pretendidos. Ademais, nos mercados com níveis insuficientes de concorrência, as empresas podem administrar serviços de menor qualidade, tendo por objectivo maximizar os lucros, induzir complicações médicas e aumentar as taxas de mortalidade. Finalmente, pode observar-se um fenómeno de selecção adversa, em que os utentes com maiores complicações são preteridos, por envolverem em princípio custos de tratamento mais elevados.

De outra perspectiva, demos conta nas nossas investigações de formas de regulação adicionais e que procuram promover a concorrência *ex-ante*. As empresas são convidadas a candidatar-se a programas de prestação do serviço em determinadas regiões e a determinados clientes. Tais práticas são realizadas sobretudo no âmbito de situações nos quais os sistemas de saúde nacionais assumem o compromisso de uma rede de tratamentos mas, por questões de eficiência económica, preferem entregar a totalidade do negócio a privados – contam-se, entre outros, alguns programas estaduais nos Estados Unidos da América, ou a gestão do serviço em hospitais no Reino Unido. Trata-se, de facto, de implementar soluções no contexto de parcerias público privadas.

Cadeia de Valor e Mercados na Indústria de Diálise

Recordando a cadeia de valor na prestação de cuidados de hemodiálise a doentes renais crónicos, em todas as suas variantes, existem basicamente quatro mercados de natureza médica: o mercado de equipamentos para hemodiálise, o mercado de produtos de diálise, o mercado de consumíveis – e.g., filtros, cateteres e agulhas – e o mercado para tratamentos de diálise propriamente dito. Anote-se que no que concerne ao tratamento, a opção por hemodiálise ou diálise peritoneal reflecte-se também em diferentes configurações tecnológicas na prestação do serviço: no primeiro caso o tratamento tem

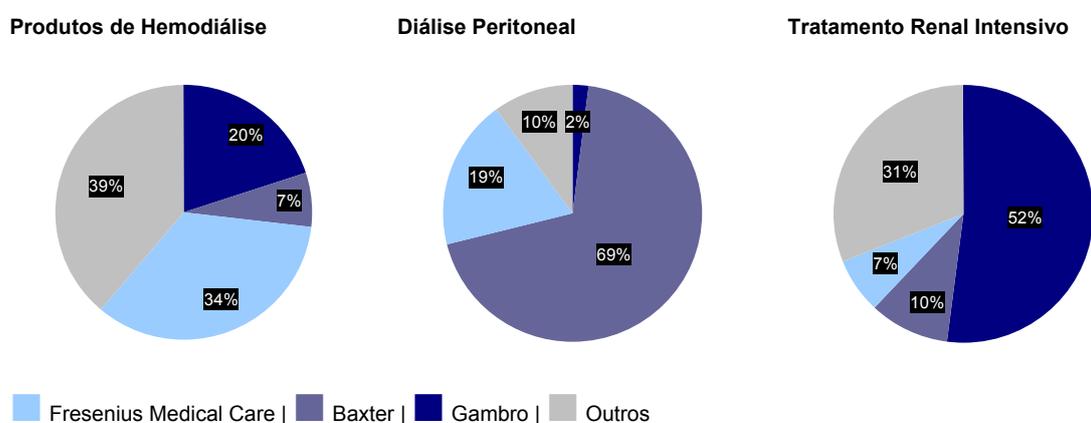
⁷⁸ Gambro (2005: 21).

de ser efectuado em clínica especialmente vocacionada para o efeito, enquanto que a alternativa assenta em tratamentos personalizados com apoio eventual.^{79 80}

Globalmente, nos três grandes mercados de equipamentos e produtos destinados ao tratamento de insuficiências renais, a Fresenius Medical Care (29%), Baxter (23%) e Gambro (17%) ocupam uma posição de claro destaque. Os restantes mercados apresentam-se bastante fragmentados, existindo contudo alguns prestadores internacionais – é o caso dos consumíveis, por exemplo.

Em termos detalhados, as posições no (i) mercado de equipamentos e produtos para hemodiálise; (ii) produtos para diálise peritoneal; e (iii) produtos para tratamento renal intensivo não se alteram substancialmente – os mercados aparecem dominados persistentemente pelas mesmas empresas.

Figura 7.2 – Principais concorrentes nos mercados a montante da indústria de diálise



Fonte: Gambro (2005: 15)

Notas: No que se refere à hemodiálise, apenas o mercado de produtos de hemodiálise é relevante. Na realidade, as clínicas que prestam tratamentos de hemodiálise apenas necessitam de se abastecer de equipamentos e consumíveis. É sobretudo no mercado de consumíveis que o mercado apresenta maior dispersão, com a existência de múltiplas empresas independentes a produzir consumíveis para a indústria médica e que também têm utilização na hemodiálise – e.g., cateteres e agulhas.

Tipicamente, no mercado de equipamentos e produtos para hemodiálise contam-se: máquinas de diálise, sistemas de purificação de água, dialisadores, soluções dialisantes. Na diálise peritoneal incluem-se os equipamentos de diálise e os fluidos para purificação do sangue. Os produtos para tratamento renal intensivo são especificamente vocacionados para tratamento renal contínuo em casos de insuficiência aguda do rim. Em termos globais este mercado vale menos de 10% do mercado de produtos para hemodiálise.

Finalmente, o quadro seguinte pretende dar uma ideia da intensidade concorrencial nos diferentes mercados e o posicionamento de várias empresas nos mercados a montante da cadeia de valor.

As principais limitações da concorrência registam-se nos produtos específicos para hemodiálise, nomeadamente, máquinas e equipamentos, os quais requerem maiores níveis de investigação e desenvolvimento. Os elevados montantes de investimento, a

⁷⁹ Existe, um conjunto de outros mercados não médicos e de natureza acessória que não foram objecto de análise neste capítulo, por se entender que se trata maioritariamente de bens e serviços considerados não transaccionáveis no âmbito da teoria do comércio internacional – é o caso do transporte de doentes – ou, então, os activos transaccionados não se encontram em condição de especificidade, cuja oferta apenas pode ser efectuada por empresas com grande conhecimento e avanço tecnológico.

⁸⁰ A discussão seguinte é maioritariamente assente em informação estatística disponibilizada pela Gambro (2005), a qual é acrescida de referências recolhidas sobre várias empresas do sector.

necessidade de *know-how* específico e a continuidade de projectos de investigação funcionam como fortes barreiras à entrada. Já nos produtos em que a difusão tecnológica é mais rápida existem vários concorrentes, com origem numa multiplicidade de países, o que dá conta da competitividade do mercado.

Quadro 7.2 – Principais concorrentes internacionais: Identificação por segmentos da cadeia de valor

Empresa	País de Origem (Ano de constituição)	Hemodiálise | Equipamentos	Hemodiálise | Dialisadores e Filtros	Clínicas de Diálise	Diálise Domiciliária & Peritoneal | Equipamentos	Acessórios & Consumíveis	Produtos Farmacêuticos	Observações
B BRAUN	Alemanha (1839)	■	■	■		■	■	
Baxter	EUA (1931)	■	■	■	■	■	■	Aliança com a Gambro para distribuição de máquinas. Diálise pessoal: "Home Choice Pro".
CardioMed Supplies	Canada (1978)					■		
Bellco SPA	Itália		■			■		
Aksys Ltd	EUA (1991)				■	■	■	Sistemas de diálise pessoal: "Personal Hemodialysis systems"
Caravan Medical Divison	EUA					■		Distribuidor mundial de produtos médicos e consumíveis.
Debiotech	Suíça (1990)				■	■		Diálise Peritoneal
Vygon	França (1962)					■		Diálise Peritoneal
Medionics	Canada (1976)				■	■		Diálise Peritoneal apenas
Renal Solutions Inc.	EUA (2000)	■	■			■		"Allient Sorbent Hemodialysis System"
Fresenius Medical Care	Alemanha (1912)	■	■	■	■	■	■	
Biometrix Limited	Israel (1985)					■		Produtos consumíveis para a actividade médica
Davita	EUA			■				Parceria exclusividade com Gambro
Fuso Pharm. Ind, Ltd	Japan		■			■	■	
Medisystems Corp	EUA (1981)					■		Agulhas para fístulas, cateteres
Medigroup Inc.	EUA (1979)					■		Cateteres para diálise peritoneal
Terumo	Japão (1921)					■		Ampla gama de cateteres e fístulas para serviços médicos
Dialysis Clinic Inc.	EUA (1971)			■				Instituição sem fins lucrativos, associada à DCI Donor Services Inc para transplantes renais.
Gambro	Suécia (1964)	■	■	■	■	■	■	
Kuratorium fur Dialyse	Alemanha (1969)			■				
PHV	Alemanha (1973)			■				Instituição sem fins lucrativos
Amgen	EUA (1980)						■	Responsável pela introdução de dois medicamentos para doenças renais crónicas: EPOGEN e NEUPOGEN.

Empresa	País de Origem (Ano de constituição)	Hemodiálise | Equipamentos	Hemodiálise | Dialisadores e Filtros	Clínicas de Diálise	Diálise Domiciliária & Peritoneal | Equipamentos	Acessórios & Consumíveis	Produtos Farmacêuticos	Observações
Abbot	EUA (1888)					■	■	
American Regent Inc.	EUA (1967)						■	Suplementos farmacêuticos injectáveis (ferro: DEXFERRUM, VENOFER).
Becton Dickinson Co	EUA (1906)					■		Cateteres, agulhas para fistulas. Tem uma divisão de biociências especializada em reagentes para análises clínicas.
Kendall Healthcare Co	EUA (1903)					■		Cateteres, agulhas para fistulas. Integrada no grupo de produtos farmacêuticos e médicos "Tyco Healthcare".
Henry Schein Inc	EUA (1932)		■			■	■	Apenas distribuidor mundial de produtos manufacturados pela Asahi Kasey Medical Co, Kendall, Baxter, entre outros
Asahi Kasey Medical Co	Japão (1922)		■					Ampla gama de dialisadores.
Jiangxi Sanxin	China (1997)					■		Empresa recente com capacidade de produção de 1 milhão de sets médicos não reutilizáveis para circulação sanguínea. Presente em 30 países.
KRD Co Ltd	Coreia (1993)					■	■	Desinfectantes para a indústria médica. Concentrados para diálise. Representação mundial e vários países europeus.
Nikkiso Co	Japão (1953)	■	■			■		Produção de equipamentos de hemodiálise através da divisão médica do grupo. Grupo tem actividades noutras tecnologias de fluidos.
Nissho Nipro Co	Japão	■	■			■		Oferecem também soluções dialisantes em pó.
Toray Medical Co	Japão		■			■		Conglomerado industrial, com uma divisão médica e farmacêutica.
International Dialysis Centers	Holanda (1991)							Integrado no grupo Euro-Medic International, uma das maiores parcerias público-privadas na área da saúde na Europa Central e de Leste. Iniciou actividades de diálise na Hungria e tem presença em 9 países. Um dos maiores accionistas do grupo é a GE Healthcare e o fundo de private equity Warburg Pincus.

Notas: A informação foi recolhida através da internet. As colunas assinaladas são aquelas em que a empresa tem presença.

Tendências de Concentração

É latente, na generalidade dos mercados nacionais, uma tendência de concentração de que dão eco alguns estudos recentes⁸¹:

⁸¹ Veja-se Lee et al. (2006).

In addition, the industry is concentrated. Almost two-thirds of U.S. outpatient dialysis centers are owned by four large investor-owned chains, including Renal Care Group, Inc., and DaVita Inc. Because of their size, these chains have certain advantages over their smaller rivals, particularly when it comes to purchasing equipment and supplies.

A tendência de concentração ocorre, contudo, a ritmos diferenciados dependendo das regulamentações de cada um dos países. Sem ambiguidade, o mercado da América do Norte, em especial os Estados Unidos, regista um acelerado processo de concentração.

Entretanto, o mesmo não se pode dizer a propósito dos mercados Europeus, em que prevalecem estruturas muito díspares. A consolidação em cada um dos mercados regionais varia em função das estruturas de propriedade, i.e., consoante prevaleçam no país regimes de prestação de serviço maioritariamente públicos ou privados.⁸²

Principais Empresas |

No mercado Europeu destacam-se como principais concorrentes, a Fresenius, a Gambro, ambas com presença internacional, e o Kuratorium fur Dialyse, com presença restrita ao mercado alemão, que controla em cerca de 30%, com clínicas dispersas por todo o país⁸³. A B Braun, através da sua subsidiária austríaca B Braun Avitum, marca presença em 12 países Europeus, controlando especialmente o mercado Húngaro, onde detém uma quota de 35%.

Quadro 7.3 – Principais grupos mundiais de cuidados de hemodiálise: número de doentes

Empresa/ Grupo	País	Número de doentes em carteira por mercados geográficos							
		Total		EUA		Europa		Outros	
		Un.	%	Un.	%	Un.	%	Un.	%
Fresenius Medical Care	Alemanha	163 950	11.2	121 800	36	22 850	7.9	19 300	2.3
DaVita	EUA	103 000	7.1	103 000	30				
Kuratorium fur Dialyse	Alemanha	17 400	1.2			17 400	6.0		
Dialysis Clinic International	EUA	13 000	0.9	13 000	4				
Gambro	Suécia	11 000	0.8			8 700	3.0	2 300	0.3
B Braun Avitum	Alemanha	6 000	0.4			6 000	2.1		
PHV	Alemanha	5 900	0.4			5 900	2.0		
International Dialysis Centers	Holanda	3 200	0.2			3 200	1.1		
Générale de Santé	França	1 200	0.1			1 200	0.4		
Total Empresas		324 650	22	237 800	70	65 250	23	21 600	3
Total Mundial/ por País		1 460 000		340 000		290 000		830 000	

Fonte: Relatórios das empresas.

Notas: Os doentes em carteira referem-se ao número de doentes que cada empresa trata em cada um dos mercados. O total mundial refere-se a uma estimativa do total de doentes em cada um dos mercados geográficos regionais. A coluna de total representa a soma das presenças em cada um dos mercados regionais.

⁸² Gambro (2005) e Fresenius (2005).

⁸³ Informação recolhida no site da empresa, Kuratorium fur Dialyse. Valores relativos ao ano de 2006.

Nos Estados Unidos, o mercado alcançou maturidade e está consolidado. As duas maiores empresas controlam cerca de 70% do mercado. Curiosamente, a primeira empresa é a Fresenius – de origem Europeia e integrada verticalmente – enquanto a segunda é a DaVita – um grupo de origem americana não integrado verticalmente, mas com acordo de exclusividade com a Gambro, pelo prazo de 10 anos, para a aquisição de produtos de hemodiálise.

Quadro 7.4 – Principais grupos mundiais de cuidados de hemodiálise: número de clínicas

Empresa/ Grupo	País	Número de clínicas por mercados geográficos			
		TOTAL	EUA	Europa	Outros
Fresenius Medical Care	Alemanha	2 130	1 605	325	200
DaVita	EUA	1 300	1 300		
Kuratorium fur Dialyse	Alemanha	198		198	
Dialysis Clinic International	EUA	160	160		
Gambro	Suécia	160		116	44
B Braun Avitum	Alemanha	80		80	
PHV	Alemanha	75		75	
International Dialysis Centers	Holanda	25		25	
Générale de Santé	França	17		17	
Total Empresas		4 103	3 065	794	244

Fonte: Relatórios das empresas.

Notas: Os doentes em carteira referem-se ao número de doentes que cada empresa trata em cada um dos mercados. O total mundial refere-se a uma estimativa do total de doentes em cada um dos mercados geográficos regionais. A coluna de total representa a soma das presenças em cada um dos mercados regionais.

Breve Caracterização das Principais Empresas Mundiais

Para encerrar este capítulo, apresenta-se uma síntese dos movimentos de fusões e aquisições realizados pelas principais empresas durante os últimos anos. O trabalho não pretende, naturalmente, ser exaustivo, mas antes quer dar a conhecer as principais tendências e realçar o reforço do ritmo de concentração nos anos mais recentes.

Fresenius Medical Care AG

A Fresenius, de origem alemã, reclama uma quota de mercado nos produtos de hemodiálise superiores a 40% em 11 países Europeus, atestando da sua força como empresa integrada verticalmente. Nas apresentações aos analistas reforça a sua vocação de empresa integrada verticalmente, reconhecendo nesta estratégia um factor de competitividade acrescido. O crescimento orgânico tem sido acompanhado de uma vaga

de aquisições de clínicas de serviços de hemodiálise que tem permitido catapultar as vendas de equipamentos e produtos.⁸⁴

A empresa é um gigante da indústria médica especialmente vocacionada para os tratamentos substitutivos da função renal. Para além de ser um líder incontestável nos tratamentos de hemodiálise em clínica, é também o principal fornecedor de equipamentos, produtos e consumíveis para hemodiálise.

No período compreendido entre 2000 e 2006 a empresa alcançou uma expressiva taxa média de crescimento anual nos serviços de hemodiálise: cerca de 22%! No mercado dos equipamentos e produtos, o crescimento quedou-se pelos 12%, o que revela bem da estratégia seguida pela empresa nos anos mais recentes.

Na prestação de cuidados de hemodiálise e geograficamente, a empresa é hoje um líder indiscutível nos Estados Unidos e na Europa. É também, o grupo com maior presença e participação neste negócio à escala mundial.

Quadro 7.5 – Aquisições e crescimento orgânico no grupo Fresenius

Ano	Empresa Alvo	País	Observações
2007, Jan	51% Excelsior	Taiwan	Aumenta a quota de Mercado da Fresenius de 4% para 18% em Taiwan. Fresenius torna-se líder na prestação de serviços de hemodiálise na Ásia, servindo mais de 10 mil pacientes.
2006, Mar	100% Renal Care Group, inc.	USA	O grupo adquirido controla cerca de 30.4 mil pacientes em mais de 425 clínicas de hemodiálise. Da aquisição resultou a obrigatoriedade de vender 105 clínicas (concluída em Março de 2006). Com a aquisição, a Fresenius passou a controlar cerca de 1500 clínicas na América do Norte, a que correspondem cerca de 115 mil pacientes.
2004, Dez	100% Contrato de Privatização	Roménia	Contrato de privatização na Roménia, permitindo-lhe acrescentar cerca de 500 pacientes. Fresenius é líder de mercado na Europa de Leste onde conta com mais de 7000 pacientes em países como a Polónia, Hungria, Eslovénia, Eslováquia, Estónia e Turquia.
2000, Nov	100% Everest Healthcare Services Corporation	USA	Contratos em mais de 100 hospitais para prestação de serviços de diálise, entre outros.
2000, Jun	Renal Care Holdings, Inc	Internacional	Aquisição das operações internacionais não americanas (Argentina, Itália, Reino Unido, Porto Rico e Hawái) correspondendo a 87 clínicas com mais de 5100 pacientes. Com esta aquisição, a empresa controlava no ano de 2000 mais de 81,2 mil pacientes à escala mundial, dos quais cerca de 63 mil nos Estados Unidos.
2000, Mar	100% Franconia Acquisition LLC	USA	Aquisição de veículo especialmente vocacionado para a aquisição de clínicas de diálise.

Fonte: Press Releases e relatórios da empresa

Notas: A informação respeita, maioritariamente, às actividades da subsidiária “Fresenius Medical Care”.

A empresa reafirma o seu interesse crescente em se tornar o maior prestador mundial de serviços de hemodiálise, encontrando-se bem posicionada para o conseguir:⁸⁵

⁸⁴ Curiosamente, na última apresentação aos investidores, no terceiro trimestre de 2006, reconhecem o grande crescimento da procura efectiva, e o potencial independente no mercado de equipamentos e produtos de hemodiálise.

⁸⁵ Fresenius Medical Care (2005).

“Identifying and seizing opportunities early – this also describes our activities in several other Eastern European countries. Our timely actions secured a leading position as a provider of dialysis products and care in countries such as Romania. Here we have operated two of our own dialysis clinics since 2005, now treating more than 400 patients – an excellent vantage point for long-term success. A significant advantage: as a vertically integrated company, Fresenius Medical Care can offer both dialysis products and dialysis care. This structure is building our reputation as a provider of highquality dialysis – and not just in Eastern Europe. For our patients and healthcare partners, this is an essential consideration.”

DaVita

O mercado norte americano é um mercado saturado, fortemente concorrencial. O desinvestimento da Gambro Healthcare em favor da DaVita reconhece, também, que o ambiente institucional – legal e regulamentar – pode ser favorável a clínicas não integradas verticalmente.

Quadro 7.6 – Aquisições e crescimento orgânico no Grupo DaVita

Ano	Empresa Alvo	País	Observações
2005, Mai	100% Gambro Healthcare US	USA	Celebrou paralelamente um acordo com a Gambro Renal Products para utilização de equipamentos e produtos de hemodiálise pelo prazo de 10 anos. Com a aquisição (sujeita a desinvestimentos) a DaVita aumenta o número de postos em cerca de 520 e 39 mil pacientes.
2004, Dez	100% Downriver Centers, Inc	USA	Unidade que serve aproximadamente 150 pacientes.
2004, Dez	100% East Georgia Regional Dialysis, L.L.C	USA	Unidade que serve aproximadamente 60 pacientes, complementando a oferta já existente da DaVita no local.
2004, Dez	100% Comprehensive Renal Care of Northlake, L.L.C.	USA	Unidade que serve aproximadamente 60 pacientes.
2004, Dez	100% Orleans Metropolitan Dialysis Clinic, LLC	USA	Nova unidade.
2004, Ago	DaVita - Riverside, LLC	USA	Joint venture com Riverside County's Nephrology Associates Medical Group, Inc., servindo cerca de 220 doentes através de duas clínicas.
2004, Jul	100% Physicians Dialysis, Inc.	USA	Aquisição de 24 centros, reforçando a empresa com cerca de 1700 pacientes adicionais.
2004, Jul	Healthcare Dynamics; e Hillmed Dialysis Center of Rocky River	USA	Aquisição de três (duas mais uma, respectivamente) clínicas, servindo cerca de 320 pacientes.
2004, Jul	Renal Care and Management (RCM); e Renal Care of Bowie (RCB)	USA	Aquisição de três clínicas, servindo cerca de 270 pacientes.
2004, Jul	Advanced Renal Services	USA	Quatro programas de diálise cobrindo cerca de 200 pacientes.

Ano	Empresa Alvo	País	Observações
2004, Abr	100% Kidney Care, Inc.'s	USA	Aquisição de cinco clínicas, servindo aproximadamente 240 pacientes.
2003, Dez		USA	Aquisição de três programas de diálise cobrindo cerca de 200 pacientes.
2003, Dez	The Nebraska Medical Center	USA	Aquisição dos programas de diálise, cobrindo cerca de 260 pacientes. Conjuntamente, celebrou um acordo para prestar serviços de hemodiálise "inpatient" no mesmo centro médico.
2003, Out	100%	USA	Aquisição de cinco unidades de hemodiálise, servindo aproximadamente 250 pacientes.

Fonte: Press Releases e relatórios da empresa.

Notas: DaVita era conhecida como Total Renal Care Inc., até ao final do ano 2000. A mudança do nome marca também uma nova etapa de crescimento, através de um acelerado processo de aquisições para crescimento num mercado maduro.

Com a aquisição de toda a rede de clínicas da Gambro, a DaVita reforçou fortemente a sua posição no mercado de diálise nos Estados Unidos, alcançando a posição de liderança transitoriamente, até esta voltar a ser reclamada pela Fresenius Medical Care na sequência da recente aquisição do Renal Care Group.

A empresa alimenta uma estratégia de crescimento horizontal, celebrando acordos de exclusividade com o grupo Gambro para abastecimento de equipamentos e produtos de hemodiálise às suas clínicas.

A empresa actua exclusivamente nos Estados Unidos da América e tem uma rede de mais de 1200 clínicas na maior parte dos Estados. Conta com uma quota de mercado de quase 30%, que a coloca em segundo lugar na prestação de cuidados de hemodiálise, logo a seguir à Fresenius Medical Care e deixando a larga distância o terceiro concorrente (com uma quota de apenas cerca de 5%).

Gambro Healthcare

A Gambro é uma empresa pioneira no tratamento de doenças renais, sendo da sua responsabilidade a invenção do primeiro rim artificial, facilitando a disseminação da hemodiálise. Desde então a empresa tem desenvolvido negócios em várias frentes no tratamento de doenças renais – equipamentos e produtos de hemodiálise, ao mesmo tempo que cria uma rede internacional de centros de hemodiálise.

Em Junho de 2006, ocorre uma alteração na estrutura accionista da empresa, ao mesmo tempo que se regista um reposicionamento da área de negócios. Foram criadas três áreas de negócios: Gambro Renal Products, Gambro Healthcare e Gambro BCT. A maior unidade de negócios é a Gambro Renal Products. Ao mesmo tempo a empresa anuncia o desinvestimento da rede de centros de hemodiálise nos Estados Unidos, mantendo contudo a actividade na Europa, América Latina e nos mercados emergentes da Ásia e Pacífico.

A empresa justifica a saída do mercado norte-americano em consequência da reduzida rentabilidade para empresas integradas verticalmente.⁸⁶

"While the improvement program was progressing, strategic analysis was conducted reviewing the Gambro position and structure. The conclusion was that even though there were benefits from being an integrated provider (providing dialysis products as well as running clinics), these

⁸⁶ Gambro (2005: 4).

benefits were limited in the mature U.S. market. This was evident in the fact that the integrated players in the market had lower margins than the independent chains and also in that the integrated players had a lower valuation than the independent clinic chains. The conclusion was that in a mature and highly consolidated market with high regulatory and compliance demands, a pure focus on running clinics was paying off. In addition, Gambro was recognizing great potential for strong growth and profitability in placing more focus on what is the origin and core of the company – medical technology. Based on this analysis, the decision was made to divest Gambro Healthcare, and DaVita emerged as the most attractive acquirer.”

Entretanto, esta posição em relação ao mercado dos Estados Unidos não pode ser interpretada como o abandono ou o abrandamento de uma estratégia de integração vertical por parte da empresa. Com efeito, em 2006 a empresa contava ainda com cerca de 160 clínicas de hemodiálise na Europa e na América do Sul, ao mesmo tempo que iniciava a sua penetração na Ásia, com 6 clínicas em Taiwan, e divulgava planos para entrar nos mercados emergentes da Europa Central, através da participação nos programas de privatização e abertura de novas clínicas, aproveitando o enquadramento institucional favorável à iniciativa privada neste sector:⁸⁷

“France, Spain, Italy and Portugal are the largest markets for Gambro Healthcare. Business grew in these markets through strong organic growth and reimbursement increases.

[...]

Gambro Healthcare has committed to a focused effort to develop the business in selected emerging markets, such as Poland and Turkey. These efforts were preceded by a thorough analysis of business fundamentals, such as macroeconomic and political development. Gambro Healthcare aims to take an active part in the development of dialysis care structures in these markets through a combination of acquisitions and construction of its own new clinics. The strategy is to grow by building a strong position region by region.”

Quadro 7.7 – Aquisições e crescimento orgânico no Grupo Gambro.

Ano	Empresa Alvo	País	Observações
2006, Ago	DaVita	USA	Celebração de acordo exclusivo para abastecimento de produtos e equipamentos de hemodiálise.
2006, Jun	100%	Lituânia	Aquisição de 11 clínicas com cerca de 300 pacientes. O mercado Lituano conta com cerca de 1200 pacientes. Com esta aquisição a Gambro passa a actuar em 15 países mundialmente, servindo mais de 12 mil pacientes em cerca de 160 clínicas.
2006, Mai	100% Hemapure AB	Suécia	Aquisição das operações da empresa que domina uma técnica de hemodiálise sem agulhas. Alarga o leque de produtos e soluções da Gambro no segmento da hemodiálise.
2005, Jul	Baxter	Internacional	Acordo com a Baxter para que esta promova a distribuição de produtos da Gambro mundialmente, excepto no Japão. Contam-se entre eles monitores e consumíveis de hemodiálise.
2004	DaVita	USA	Alienação completa da operação de serviços clínicos de hemodiálise nos Estados Unidos, conjuntamente com um acordo para a utilização de produtos e maquinaria da Gambro. Venda de 565 clínicas, com 43,2 mil pacientes.
2004	Expansão da Capacidade	USA	Expansão da capacidade para produção de hemodialisadores nos Estados Unidos, a iniciar em 2005. Expande a capacidade de produção de dialisadores sintéticos em 29.5 milhões de unidades.

⁸⁷ Gambro (2005: 22)

Ano	Empresa Alvo	País	Observações
2002	100% Bulten	Turquia	Aquisição dos negócios de comercialização de produtos de hemodiálise permitindo de imediato uma quota de mercado de 10 a 12%. Com a aquisição vem uma clínica em Ancara, com cerca de 125 pacientes. Existem na Turquia cerca de 390 clínicas para cerca de 24 mil pacientes. 35% da oferta de serviços de hemodiálise é privada e 45% dos doentes são tratados nesta rede privada.
2001, Jun	100% Dialysis Service Group of Savannah, LLC	USA	Aquisição de cerca de 5 clínicas, servindo cerca de 260 pacientes, aumentando a capacidade da Gambro neste país para cerca de 525 centros de diálise, servindo mais de 39 mil pacientes em 33 estados.
2001, Abr	100% Renal Management, Inc.	USA	Aquisição de 21 clínicas, representando cerca de 950 pacientes. Aumenta a capacidade da Gambro neste país para cerca de 520 centros de diálise, servindo mais de 39 mil pacientes em 33 estados.
2001, Abr	100% Muhlenberg Regional Medical Center	USA	Aquisição de clínica com cerca de 150 pacientes. Com a aquisição, a Gambro aumenta a sua presença neste mercado para cerca de 500 centros de hemodiálise, servindo aproximadamente 38 mil pacientes.
2000, Set	100% Scripps Memorial - La Jolla Dialysis Center	USA	Aquisição de duas clínicas de hemodiálise em regime de outpatients, com cerca de 110 pacientes activos.
2000, Set	St. Joseph's Hospital	USA	Aquisição dos serviços de hemodiálise deste hospital, representando cerca de 60 pacientes.
2000, Jul	100% Pluribus Group	Portugal	Aquisição de 7 clínicas na região de Lisboa, com cerca de 630 pacientes.
2000, Jun	Vários	Portugal, Espanha e Itália	A Gambro procedeu a aquisição de 7 clínicas de hemodiálise nestes três países, com cerca de 500 doentes. Uma em Portugal (região do Porto), cinco em Espanha (Barcelona e Valência) e uma em Itália (Lazio).
2000, Jul	University of Pennsylvania Health System	USA	Aquisição dos programas de hemodiálise deste hospital, proporcionando tratamentos a cerca de 320 pacientes. Com este programa, a Gambro passa a controlar cerca de 490 clínicas de hemodiálise nos EUA, representando mais de 36 mil pacientes.
2000, Abr	100% UT Medical Group, Inc.	USA	Aquisição dos activos do programa de diálise, representando 235 pacientes. A Gambro fica com cerca de 480 centros de hemodiálise representando 32 mil pacientes.
2000, Mar	100%	Argentina	Aquisição de duas clínicas de hemodiálise, com 81 pacientes, reforçando a posição da Gambro neste mercado.
2000, Mar	Joint-venture	HSI Healthcare Services, Inc. USA	Aquisição de duas clínicas de hemodiálise com cerca de 149 pacientes. Nesta fase, a Gambro controla cerca de 588 clínicas e 44,2 mil pacientes nos quatro continentes. A maior concentração ocorre nos Estados Unidos, com 483 clínicas e 36,6 mil pacientes.
1999, Nov	100% Gambro	Hungria	Aquisição da participação remanescente na empresa que explora quatro clínicas com 200 pacientes.
1999, Nov	100%	USA	Aquisição de quatro clínicas de diálise, representando 625 pacientes.
1999, Nov	Joint-vent.	Backus Dialysis Corporation USA	Joint-venture para prestar serviços de hemodiálise a 115 pacientes.
1999, Out	100%	Espanha	Aquisição de quatro clínicas de hemodiálise em Espanha com 465 pacientes, na região de Valência e Barcelona.

Ano	Empresa Alvo	País	Observações
1999, Se	100% Saint Francis Hospital and Medical Center	USA	Aquisição de uma clínica de hemodiálise, com cerca de 180 pacientes. A Gambro controla agora 475 clínicas com cerca de 35 mil pacientes.
1999, Jul	100%	França	Aquisição de duas clínicas de hemodiálise, com 160 pacientes.
1999, Jun	100% USHAWL, Inc. e Century Dialysis Corporation	USA	12 clínicas de hemodiálise com cerca de 900 pacientes e serviço de hemodiálise em mais de 25 hospitais.
1999, Mai	100% Westwood Dialysis Center	USA	Aquisição de uma clínica com 110 pacientes.
1999, Mai	100% Medicassis	Portugal	Aquisição de duas clínicas com 260 pacientes.
1998	Centro Hemodialysis do Lumiar	Portugal	Aquisição de clínica de hemodiálise com 160 pacientes.

Fonte: Press Releases e relatórios da empresa

Notas: A informação respeita, maioritariamente, às actividades da subsidiária “Gambro Healthcare”.

A presença em Portugal da Gambro pode traçar-se ao final dos anos 90, inserindo-se numa estratégia clara que aposta na presença internacional do grupo, como o denuncia a informação relativa ao crescimento – por aquisições e crescimento orgânico – descrita na Quadro 7.7. Exceptuando o desinvestimento para a DaVita nos Estados Unidos, a tendência é marcada por uma tónica de expansão e internacionalização.

Baxter

A Baxter é um grupo de empresas do sector farmacêutico com actividades de apoio a doentes com insuficiências renais. Conta com vários centros de apoio a doentes onde desempenha actividades de hemodiálise e acompanhamento de situações de diálise peritoneal.

A empresa produz equipamentos para diálise peritoneal. Produz e comercializa uma ampla gama de produtos para hemodiálise através de várias subsidiárias. A empresa tem participado nos movimentos de concentração da indústria farmacêutica nos anos mais recentes, apesar de aparentemente ter vindo a desinvestir da área de serviços e cuidados intensivos de hemodiálise.

Tem acompanhamento contínuo a pessoal especializado e doentes e tem um fórum de acompanhamento e discussão permanente para auxílio aos doentes renais.

B Braun Melsungen AG

A B Braun é uma multinacional de origem sueca no negócio de produtos e serviços médicos e farmacêuticos. Igualmente à Fresenius, ocupa um lugar de destaque na Europa e, também, mundialmente nos mercados de cuidados de saúde. Explora centros de hemodiálise em vários países europeus através da subsidiária B Braun Avitum, com sede na Áustria. Através de empresas em vários países Europeus, Ásia e África, segue periodicamente mais de 6000 doentes renais que necessitam de cuidados de hemodiálise.

Conta com cerca de 80 centros de hemodiálise distribuídos por 13 países Europeus. Também serve doentes internados nos serviços de hemodiálise que gere em alguns hospitais.

Quadro 7.8 – Aquisições e crescimento orgânico no grupo B Braun

Ano	Empresa Alvo	País	Observações
2007, Jan	100% Baxter Healthcare Ltd	UK	Aquisição da divisão de “Renal Therapy Services” da Baxter no Reino Unido, correspondendo a 7 clínicas de hemodiálise, com 500 doentes e acompanhamento a doentes renais domiciliários.
2005, Set	100%	Eslováquia	Aquisição de três clínicas de hemodiálise, com mais 80 doentes. Eleva para 8, o número de clínicas neste país.

Fonte: Press Releases e relatórios da empresa

Notas: A informação respeita, maioritariamente, às actividades da subsidiária “B Braun Avitum”.

A divisão de hemodiálise reclama uma das mais elevadas taxas de crescimento, recordando que nos últimos quatro anos cresceu a uma taxa média anual de, aproximadamente, 30%. Perspectiva a continuação do crescimento nos próximos anos, conforme relata:⁸⁸

“More and more public dialysis centers in Europe are being privatised, many of them by specialised healthcare service providers such as us, Avitum”.

Na Europa, está presente em doze países Europeus – incluindo Hungria, República Checa, Eslováquia, Croácia e Espanha – onde são tratados cerca de dois mil pacientes.

PHV – Patienten-Heimversorgung Gemeinnützige Stiftung

A PHV é uma fundação que se dedica à exploração de clínicas de hemodiálise de forma cooperativa. A adesão de médicos e pessoal técnico faz-se por celebração de contrato.

A empresa explora uma rede de mais de 75 clínicas de hemodiálise na Alemanha, contando com quase 6000 doentes, o que representa uma quota de mercado de 10%.

IDC – International Dialysis Centers

A IDC integra o grupo Euromedic International NV, com sede na Holanda. O grupo opera centros de diagnóstico e de hemodiálise na Europa Central e de Leste sob a forma de parcerias público privadas. As clínicas estão completamente integradas com os sistemas de saúde nacionais, através de contratos com os Ministérios da Saúde. O grupo é considerado o maior investidor privado em saúde na Europa Central e de Leste. Em 2003, a empresa operava 35 centros de hemodiálise na Polónia, Hungria, Roménia, Bósnia e Croácia.

⁸⁸ B Braun Avitum (2006).

8

Conclusões & Recomendações

Esta secção apresenta as conclusões deste relatório. A informação recolhida e o tratamento a que a submetemos oferecem um importante conjunto de reflexões – detalhadas anteriormente e apresentadas em sumário na secção seguinte de conclusões – e que são utilizadas na preparação de um conjunto de comentários críticos e recomendações de actuação.

As medidas e propostas de actuação são estabelecidas no contexto da teoria da regulação e assentam nos postulados de modelos económicos escolhidos, adequados à estrutura industrial do sector – descrita exhaustivamente neste trabalho – e às especificidades da envolvente. Nomeadamente, são objecto de análise crítica possíveis estruturas contratuais e de incentivos aos agentes económicos no sentido de adopção de uma conduta compatível com os objectivos de eficiência na utilização de recursos e maximização do bem estar.

Conclusões

Portugal ocupa uma posição única no contexto Europeu no que respeita à organização da rede de clínicas para prestação de cuidados de hemodiálise a doentes renais crónicos: a quase totalidade da oferta é de iniciativa privada. Em geral, o Estado – excluindo a Hungria e a Turquia – é responsável por cerca de 70% dos doentes e a oferta privada está pulverizada por um significativo número de empresas.

Não obstante esta particularidade, o serviço de hemodiálise apresenta uma adequada cobertura do território nacional. Paralelamente, denotam-se elevados índices de concentração da oferta, quer a nível nacional quer a nível regional.

O controlo do mercado final de serviços de hemodiálise levanta preocupações de outra natureza, em virtude de algumas empresas se integrarem verticalmente a montante na cadeia de valor, controlando também o abastecimento de equipamentos e outras substâncias essenciais aos tratamentos de hemodiálise.

A oferta do serviço por unidades independentes é bastante reduzida e restringe-se a zonas marginais. Do ponto de vista accionista, são empresas não integradas em nenhum grupo internacional. É nas regiões do Norte que as empresas independentes encontram terreno mais favorável à penetração, ocupando mesmo a liderança em alguns dos mercados.

É, contudo, possível que por força de relações contratuais – como, p.e., acordos de exclusividade no acesso ao equipamento, contratos de cedência de exploração, entre outros – a concentração efectiva do mercado seja superior aos valores apresentados.

A propósito deste último ponto, destaca-se a oferta realizada dentro de IPSS. Com incidência exclusiva na região Litoral Norte, estas entidades têm estruturas de propriedade e relações contratuais que são por vezes apontadas pelas empresas privadas como distorcendo a concorrência.

Fica, então, por conhecer se a concentração do mercado será ainda mais elevada que aquela a que explicitamente se chegou com base na informação das bases de dados da Entidade Reguladora da Saúde.

Não obstante as preocupações de natureza concorrencial induzidas pela concentração da oferta, parecem não fazer sentir-se efeitos nefastos sobre o serviço prestado aos doentes. Aparentemente, a cobertura geográfica do território nacional é adequada, com os estabelecimentos a distribuírem-se uniforme e proporcionalmente às necessidades sentidas localmente.

O tratamento de hemodiálise tem um preço tabelado, fixado pelo Serviço Nacional de Saúde e pago directamente às clínicas de hemodiálise. A metodologia escolhida para a fixação dos preços finais pode condicionar o comportamento empresarial, mas também pode decorrer da estrutura de mercado. Em princípio, a concentração registada no mercado – quer horizontal, quer vertical – cria condições propícias a que a entidade regulada (empresa) capture o Estado nas negociações, em especial na fixação do preço.

O processo de hemodiálise descreve-se de maneira simples, através de uma tecnologia do tipo de Leontief, com recurso a um reduzido número de factores. A aquisição de equipamentos, e substâncias químicas e medicamentosas, ocupa um lugar de destaque na conta de exploração. Nesta perspectiva e com preços fixados, a oportunidade de realizar ganhos para a empresa reside apenas na eficiência que consegue alcançar no processo produtivo.

É nesta dimensão de ganhos de eficiência no processo produtivo – i.e., na prestação do serviço – que devem ser averiguadas as opções de integração vertical seguidas pelas duas maiores empresas existentes. Caso, contrário, podem criar-se condições para, a prazo, ocorrerem significativas perdas de bem estar, seja para os doentes, em particular, ou para a sociedade, em geral.

Aparentemente, existem condições para que as forças concorrenciais desempenhem um papel disciplinador dos comportamentos empresariais – a presença de dois grupos fortes e integrados verticalmente pode proporcionar os ingredientes necessários à concorrência estática – i.e., entre empresas existentes – e dinâmica – i.e., ameaça de entrada e concorrência potencial.

Contudo, aspectos da envolvente – e.g., a forma como são estabelecidos os preços e compartilhados os custos de transporte – e outros relacionados com o confronto estratégico entre os dois líderes, podem configurar um quadro de incentivos com efeitos

perniciosos que distorçam a eficiência na afectação dos recursos, apesar de não prejudicarem o consumidor final.

Por exemplo, existe nesta indústria um interessante aspecto que tem a ver com o custo de transporte quando o utente se desloca ao serviço de hemodiálise. Potencialmente, o facto de o custo ser suportado pelo Estado e as escolhas não serem realizadas explicitamente pelos doentes tem implicações sobre a forma como as empresas e utentes se comportam, abrindo espaço a práticas indesejadas do ponto de vista social.

Com efeito, no que aos custos de transporte diz respeito, observa-se uma ampla gama de casos, cujo ponto em comum é, simplesmente, o facto de serem pagos directamente pelos centros de saúde. Os doentes são transportados aos centros de hemodiálise utilizando as mais variadas formas de transporte – ambulância, táxis ou viatura própria.

O controlo da escolha dos prestadores dos serviços de transporte é muito deficiente, criando um espaço de indefinições que pode ser explorado em detrimento do Orçamento de Estado e a favor de entidades privadas. Não é surpreendente que seja nos custos de transporte que resida das maiores controvérsias e, talvez, a menor transparência no que à informação do sector de hemodiálise diz respeito. Não obstante, não se denotam desvios graves no que respeita às despesas das várias sub-regiões de saúde.

Do relatório resultam essencialmente dois factos, ambos relacionados com custos para o Serviço Nacional de Saúde: *primeiro*, não são claros os procedimentos que são seguidos para a fixação do preço a reembolsar às clínicas de hemodiálise – podendo os mesmos ser bastante divergentes dos custos empresariais; e, *segundo*, também nas despesas de transporte não se encontraram mecanismos orientados para o controlo e contenção da despesa. Aparentemente o sistema funciona sem sobressaltos, mas pode ocultar perdas de eficiência que resultam de desperdício de recursos – e.g., eventuais práticas de preços excessivos.

Recomendações

As recomendações que se seguem atentam marcadamente sobre aspectos regulatórios. Não tendo sido detectadas situações de grave desequilíbrio, é aconselhável que se proceda a alguns ajustamentos na política de regulação do sector, por forma a eliminar eventuais incentivos perversos que estão latentes no sistema, por forma a melhorar a eficiência na afectação de recursos efectiva e potencial.

Contratos para prestação de serviço de hemodiálise e concorrência ex-ante

Atendendo à distribuição espacial das clínicas de hemodiálise e ao facto de numa parte muito significativa do território não haver espaço para mais que um prestador do serviço, parece-nos interessante acolher formas de concorrência alternativas.

Assim, a organização de concursos para contratos de concessão a entidades privadas por períodos de tempo previamente estabelecidos – i.e., que permitam às empresas recuperar o investimento e assegurar uma adequada remuneração dos factores produtivos – pode introduzir concorrência no mercado que, de outra forma, nunca ocorrerá.

A concorrência ex-ante que se preconiza neste ponto pode revestir formas variadas de parcerias público-privadas, que vão desde a simples gestão de infra-estruturas até à

própria construção e operação. O desenho concreto da operação deve ser discutido em função dos objectivos que se venham a estabelecer.

Comparticipações ajustadas pelos custos de exploração

No que respeita ao sistema de fixação de preços para reembolso às clínicas pelos tratamentos, falta uma metodologia rigorosa que permita aferir sobre a razoabilidade do valor estabelecido. É recomendável que se estude aprofundadamente a estrutura de produção e de custos das clínicas de hemodiálise para que se possa calibrar adequadamente o valor dos reembolsos.

A arquitectura do sistema de reembolsos não necessita de ter um único valor. Pode, pelo contrário, tomar em consideração a variabilidade regional dos custos de estrutura e *overheads*, que poderão justificar a existência de preços diferenciados em cada uma das regiões do país.

Estabelecer uma taxa compósita, objecto de calibragem regular e estabelecendo incentivos à melhoria das condições de exploração, poderia ser o objectivo da regulação numa lógica de *price cap*, permitindo às empresas apropriar-se de eventuais ganhos de eficiência.

Escolha da clínica e participação nas despesas de transporte

A escolha e adjudicação do transporte de doentes não segue nenhuma lógica pré-estabelecida. Da forma que actualmente é implementada, nem sequer garante que a despesa seja minimizada – ou até que seja proposta aos doentes a solução mais cómoda.

Uma metodologia de referenciação geográfica para análise da área de influência das clínicas permitiria estabelecer com algum grau de rigor o valor máximo da despesa de transporte a adjudicar a cada sub-região de saúde, estabelecendo uma meta realista, em função da qual se exerceria o controlo da sua execução.

Considerando as características das várias regiões – em termos de prevalência da doença e de presença de clínicas – é, mesmo, possível calibrar uma função de reembolso de despesas de transporte por doente que poderia ser usada para fomentar a concorrência entre vários operadores, se tal for desejável.

Facilitar a penetração de formas de tratamento alternativo

Não é claro que a diálise peritoneal seja preferível à hemodiálise. Contudo, na medida em que esta prática pode constituir uma forma de concorrência às clínicas de hemodiálise, deveria ser considerada como uma forma de fomentar ou reforçar a concorrência. No actual cenário, parecem não existir incentivos para que uma empresa de hemodiálise sugira formas de tratamento alternativas, se antes não tiver rentabilizado os activos afectos à hemodiálise.

Informação estatística

Finalmente, e reflectindo as dificuldades havidas na realização deste estudo, o conjunto de dados que a Entidade Reguladora da Saúde colocou ao nosso dispor foi suficientemente abrangente e, salvaguardando alguns casos marginais, bastante coerente.

Entretanto, não podemos terminar sem deixar um contributo no sentido de alargar o conjunto de informação, nomeadamente no que respeita às condições de exploração das entidades registadas e à necessidade de referenciação geográfica dos doentes. Ainda que

realizada por amostragem, a recolha contribuirá inegavelmente para uma melhor intervenção das autoridades regulatórias.

Bibliografia

Artigos

Cappelli, G et al. (2002). “Water Treatment for Hemodialysis”, in Ronco C, et al. (ed.). “Hemodialysis Technology: Contributions to Nephrology, 137”, *Karger*, Basel, pp 317-324.

Crooks, Peter (2004). “International Care Models for Chronic Kidney Disease: Methods and Economics - United States”, *Blood Purification*, 22, pp. 13-20.

DeOreo, Peter B. (2007). “Finances of the Independent Dialysis Facility”, *Blood Purification*, 25, pp. 7–11.

Entidade Reguladora da Saúde (2006). “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS.”

Himmelfarb, Jonathan et al. (2005). “Payment for Quality in End-Stage Renal Disease”, *Journal of the American Society of Nephrology*, 15, pp.3263–3269.

Hirth, Richard A. et al. (2003). “Is Case-Mix Adjustment Necessary for an Expanded Dialysis Bundle?”, *Health Care Finance Review*, 24(4).

Hirth, Richard A. et al. (1999). “Practice Patterns, Case Mix, Medicare Payment Policy, and Dialysis Facility Costs”, *Health Services Research*, 33(6), pp. 1567–1592.

Imerman, Mark et Otto, Dan (2004). “Preliminary Market and Cost Analysis of a Five-station Hemodialysis Facility in Marengo, Iowa”, *Iowa State University Department of Economics, mimeo*.

Lee, et al. (2006). “A Simulation Model to Estimate the Cost and Effectiveness of Alternative Dialysis”, *Medical Decision Making*, 26, pp. 535–549.

Stopper, Andrea, et al. (2007). “Managing Complexity at Dialysis Service Centers across Europe”, *Blood Purification*, 25, pp. 77–89.

Ledebo, Ingrid (2002). “On-line Preparation of Solutions for Dialysis: Practical Aspects versus Safety and Regulations”, *Journal of the American Society of Nephrology*, 13, pp. S78–S83.

Relatórios de empresas referidos neste documento

Fresenius (2006).

Gambro (2006).

Endereços Electrónicos

Empresas

B Braun Melsungen AG: <http://www.bbraun.de>

Baxter: <http://www.baxter.com/>

Euromedic Diagnostics BV: <http://euromedic.com/>

Fresenius Medical Care: <http://www.fmc-ag.com>

Gambro AB: <http://www.gambro.com/>

Générale de Santé: <http://www.generale-de-sante.fr>

Kuratorium fur Dialyse: <http://www.kfh-dialyse.de>

PHV – Patienten-Heimversorgung: <http://www.phv-dialyse.de>

Instituições/ Associações

Associação Portuguesa de Insuficientes Renais: <http://www.apir.pt>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia: <http://www.spnefro.pt>

Sociedade Espanola de Nefrologia: <http://www.senefro.org>

Asociación de Enfermos de Riñón: <http://www.ader-renal.org>

Federación Nacional de Asociaciones para

la Lucha Contra las Enfermedades Renales: <http://www.alcer.org>

Sociedade Brasileira de Nefrologia: <http://www.sbn.org.br>

Global Dialysis: <http://www.globaldialysis.com>

The Renal Association (UK): <http://www.renal.org>

UK National Kidney Federation: <http://www.kidney.org.uk>

The Irish Kidney Association: <http://www.ika.ie>

American Nephrology Association: <http://www.asn-online.org/>

American Association of Kidney Patients: <http://www.aakp.org>

National Kidney Foundation (USA): <http://www.kidney.org>

International Federation of National Registries: <http://www.ifrn.net/>

European Renal Association: <http://www.era-edta-reg.org/>

European Kidney Patients' Federation: <http://www.ceapir.org>

Publicações

Blood Purification: <http://content.karger.com>