



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



CONCORRÊNCIA NO SECTOR DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

MARÇO DE 2011

Índice

1. Introdução.....	1
2. Definição dos mercados relevantes.....	3
2.1. Mercado relevante do produto/serviço.....	3
2.2. Mercado relevante geográfico.....	8
3. Concorrência nos mercados de serviços de MFR.....	11
3.1. Rede de prestadores e estrutura organizacional.....	11
3.2. Concentração dos mercados de serviços de MFR.....	15
3.2.1. Concentração ao nível das entidades.....	17
3.2.2. Concentração ao nível dos grupos empresariais.....	22
3.2.3. Evolução das concentrações dos mercados entre 2007 e 2010.....	27
3.3. Análise de potencial dominância.....	31
3.3.1. Monitorização de mercados e prestadores de serviços de MFR.....	34
4. Conclusões.....	38
Anexo I – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde.....	40

Índice de Abreviaturas

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

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CEE – Comunidade Económica Europeia

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

JOUE – Jornal Oficial da União Europeia

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

NUTS – Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

IHH – Índice de Herfindahl-Hirschmann

INE – Instituto Nacional de Estatística

RRAS – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

SSNIP – *Small but Significant and Non-transitory Increase in Price*

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

1. Introdução

A avaliação tradicional da concorrência aponta para implicações positivas que advêm da organização dos mercados de forma concorrencial. No caso do sector da prestação de serviços de saúde, não parecem subsistir dúvidas de que o aumento do nível concorrencial dos mercados pode gerar maior eficiência do tecido produtivo e benefícios para os utentes, tais como preços mais baixos, serviços de maior qualidade, oferta de novos serviços, maior liberdade de escolha e maior acesso aos serviços de saúde.

Tendo em consideração o objectivo de “*defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado e colaborar com a Autoridade da Concorrência na prossecução das suas atribuições*”, conforme disposto no art. 33.º, al. e), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tem desenvolvido um esforço de compilação de informação sobre os diversos mercados de serviços de saúde, com a finalidade de melhor poder diagnosticar os eventuais problemas concorrenciais existentes e assim contribuir para a sua resolução.

No cumprimento do seu plano de actividades e tendo em vista as suas incumbências estabelecidas no art. 38.º, als. a) e b), do diploma *supra* referido, a ERS realizou o presente estudo com os objectivos principais de analisar o sector da prestação de serviços de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), investigar a existência de eventuais problemas concorrenciais e avaliar a presença de potencial dominância nos mercados.

Desejou-se também analisar a evolução das concentrações dos mercados e das posições relativas dos prestadores de serviços de MFR entre 2007 e 2010, aproveitando os dados recolhidos para o estudo de “Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação” realizado pela ERS e publicado no seu sítio na Internet (www.ers.pt).

No capítulo 2, são definidos os mercados relevantes para a análise concorrencial. O capítulo 3 apresenta a descrição da oferta de serviços de MFR em 2010, em comparação com a estrutura verificada em 2007. Apresentam-se também a análise dos graus de concentração e a avaliação da existência de potencial dominância por parte dos prestadores de serviços de MFR líderes em cada mercado. No capítulo 4, são apresentadas as conclusões do estudo.

O presente relatório foi produzido após o envio de um relatório preliminar, com vista à recolha de comentários, à Associação Portuguesa de Médicos Fisiatras (APMF), à Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação (SPMFR) e à Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), tendo esta versão final beneficiado dos comentários recebidos da APMF.

2. Definição dos mercados relevantes

O primeiro passo para se proceder à avaliação da concorrência em qualquer sector de actividade consiste na definição e caracterização dos mercados relevantes. De acordo com o parágrafo 2 da Comunicação 97/C 372/03 da Comissão Europeia, relativa à definição de mercados relevantes, “*a definição de mercado constitui um instrumento para identificar e definir os limites da concorrência entre as empresas*”.

O objectivo de se definir um mercado é também o de identificar os concorrentes efectivos actuantes no mercado, com vista à caracterização do mercado, à aferição das suas posições relativas, bem como à verificação da existência de eventual poder de mercado ou de posição dominante por parte de uma ou mais empresas.¹

A metodologia comumente adoptada por algumas das principais agências que analisam a concorrência nos mercados e operações de concentração para efeito de definição de mercados relevantes dita que se deve fazer a definição dos mesmos essencialmente em duas dimensões: material (do produto/serviço) e geográfica.²

2.1. Mercado relevante do produto/serviço

Normalmente costuma-se iniciar a definição do mercado relevante do produto/serviço a partir de um reconhecimento dos tipos de empresas, por sector de actividade, por exemplo, e/ou dos produtos/serviços que se pretende analisar.

De seguida, busca-se definir um mercado relevante potencial, ou *candidato*, a partir da identificação de alguma experiência anterior, ou utilizando o senso comum na análise dos tipos de empresas em causa e da sua actividade produtiva ou comercial. Adoptando critérios, como, por exemplo, de prática industrial ou de vendas, consegue-se definir um mercado candidato inicial estreito, com apenas um ou poucos produtos/serviços – os mais importantes.

¹ Poder de mercado pode ser definido como sendo a capacidade de uma empresa aumentar os seus preços acima dos custos ou excluir concorrentes, enquanto posição dominante pode ser definida como sendo uma situação em que uma ou mais empresas podem impedir a manutenção da concorrência efectiva no mercado relevante, actuando em grande medida de forma independente dos concorrentes e dos utentes.

² Vide relatórios metodológicos da Comissão Europeia, *Office of Fair Trading e Competition Commission* (Reino Unido), e *Federal Trade Commission e U.S. Department of Justice* (EUA).

O passo seguinte no processo de definição de mercado relevante do produto/serviço envolve a questão relativa à possibilidade de um monopolista hipotético do(s) produto(s)/serviço(s) em causa lucrar com um duradouro e pequeno, porém significativo, aumento de preços acima dos níveis concorrenciais ou, de forma equivalente, redução da qualidade. Este é o teste do monopolista hipotético, que consiste na metodologia mais habitual para a definição de mercados relevantes nas suas duas dimensões – do produto/serviço e geográfica.

O teste do monopolista hipotético, ou *SSNIP (Small but Significant and Non-transitory Increase in Price)*, que é a designação relativa à sua implementação relativamente ao preço, é, devido a restrições informacionais, muitas vezes utilizado de forma conceptual – como se faz no presente estudo –, servindo dessa forma como um guia para o processo da definição de mercado.

São dois os tipos de restrições mais importantes que podem impedir um aumento de preços de forma lucrativa por parte do monopolista hipotético: a substituição do lado da procura e a substituição do lado da oferta.

Substituição do lado da procura

A substituição do lado da procura ou, sucintamente, substituição da procura é o elemento que mais imediatamente exerce efeito sobre as decisões de preços, padrão de qualidade a adoptar e outras variáveis consideradas pelos fornecedores de um dado produto/serviço nos seus esforços de venda. Isto porque um fornecedor dificilmente aumentará os preços dos seus produtos/serviços, por exemplo, se souber que os consumidores, em resposta ao aumento, deixarão de comprá-los, substituindo-os por outros produtos/serviços.

As características e a finalidade de utilização dos produtos/serviços são exemplos de informações que devem ser consideradas para a análise da substituição do lado da procura.

Numa análise das características dos serviços de MFR e da sua finalidade de utilização, constata-se que se tratam de serviços afectos a uma área de especialização médica, tendo como objectivo contribuir para a reabilitação/recuperação do indivíduo afectado funcionalmente por uma doença ou um traumatismo.³ Normalmente, esses serviços tratam utentes com dores crónicas ou

³ Vide Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação, aprovada por Despacho da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde em 26 de Março de 2002.

agudas e problemas musculoesqueléticos, utentes com paraplegia, tetraplegia e lesões cerebrais (Acidentes Vasculares Cerebrais – AVC – e Traumatismos Crânio Encefálicos – TCE) causadas por acidentes, e utentes que sofreram enfartes, lesões ortopédicas, lesões vertebro-medulares e outros politraumatismos, e amputações,⁴ ou que sofrem de perturbações neurológicas como a esclerose múltipla, poliomielite e esclerose lateral amiotrófica.⁵ Estão incluídos nos serviços de MFR os que são prestados no âmbito da fisioterapia, da terapia da fala e da terapia ocupacional.

Tendo em consideração estas informações, define-se o mercado relevante do serviço, segundo a óptica da procura, como sendo o mercado dos serviços de MFR, incluindo o conjunto dos serviços de fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional, prestados com vista a contribuir para a reabilitação/recuperação dos utentes com doença ou traumatismo.

Não se faz aqui distinção entre os serviços de MFR prestados por estabelecimentos públicos e os prestados por estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, porque se considera que o principal aspecto a determinar tal distinção seria a existência de alguma barreira em termos financeiros que pudesse impedir o acesso dos utentes aos serviços de MFR,⁶ o que não se verifica, uma vez que a maioria dos utentes recorre a estes serviços em estabelecimentos privados ao abrigo da cobertura financeira proporcionada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), pela ADSE (Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública) ou por outras entidades financiadoras e que grande parte dos utentes é isenta dos encargos correspondentes aos utentes (incluindo as taxas moderadoras⁷). Deste modo, consideram-se tanto as entidades públicas como as não públicas para efeito da análise concorrencial que aqui se realiza.

Por sua vez, considerando que as convenções com o SNS para serviços de MFR estão encerradas⁸, que mais de 80% das prestadores privados actuantes nos

⁴ De acordo com o documento que estabelece a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação.

⁵ Vide sítio da *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation* na Internet, <http://www.aapmr.org>.

⁶ Sobre a diferenciação entre mercados privados e públicos efectuada com base no esforço financeiro dos utentes, vide a operação de concentração COMP/M.4010 – Fresenius/Helios, de 2005, analisada pela Comissão Europeia.

⁷ A ERS abordou detalhadamente o tema das taxas moderadoras no SNS num estudo intitulado “Pagamentos pelos Utentes do SNS: Taxas Moderadoras e Comparticipações Adicionais”.

⁸ O tema das convenções com o SNS tem sido objecto de acompanhamento constante e pormenorizado da ERS desde 2006, tendo a ERS produzido dois estudos que estão

mercados de serviços de MFR depende de um acordo ou convenção com entidades financiadoras (SNS, seguradoras, ADSE, etc.) e que é comum haver restrições ao alargamento das redes de prestadores das entidades financiadoras, verifica-se a existência de barreiras à entrada de novos prestadores nos mercados. Pode-se concluir, assim, que a concorrência potencial é diminuta, pelo que a análise concorrencial apresentada neste relatório tem como foco a concorrência efectiva entre os prestadores de serviços de MFR.

Substituição do lado da oferta

A substituição do lado da oferta pode igualmente ser considerada na definição dos mercados relevantes nos casos em que as empresas em causa possam transferir a sua produção para outros produtos/serviços e comercializá-los a curto prazo, e sem custos ou investimentos significativos ou irrecuperáveis (*sunk costs/sunk investments*), em resposta a pequenas mas significativas alterações duradouras nos preços relativos (ou, de forma similar, na qualidade). Nestes casos, mesmo que os diferentes tipos de produto/serviço não sejam substituíveis para os consumidores, poderão ser reunidos num mesmo mercado relevante do produto/serviço desde que a maioria das empresas esteja em condições de os fornecer de imediato e sem qualquer aumento significativo de investimentos ou custos suplementares.

Informações sobre os métodos/processos produtivos adoptados na prestação de serviços e os recursos humanos podem ser utilizadas para a análise da substituição do lado da oferta com vista à definição do mercado relevante do produto/serviço.

O Manual de Boas Práticas de MFR, aprovado pelo Aviso n.º 9448/2002, no Diário da República n.º 199, 2.ª série, de 29 de Agosto, detalha as especificidades da oferta em termos de recursos humanos, equipamentos necessários para a prestação de serviços de MFR e respectivas valências – designadamente, electroterapia, vibroterapia ultrasónica, fototerapia, termoterapia por condução, masso e pressoterapia, cinesioterapia, mecanoterapia, hidroterapia, ventiloterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, e outras técnicas diagnósticas e ou terapêuticas –, indicando que os métodos/processos produtivos referentes à prestação de todos estes serviços de MFR

disponíveis na Internet (em www.ers.pt), designadamente “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS” e “As Convenções em 2008”.

Refira-se que a situação de encerramento das convenções, verificada na maior parte das valências (inclusive MFR), foi identificada como sendo um dos factores causadores de grandes problemas no funcionamento do sistema de saúde, tendo a ERS por esta razão recomendado ao Governo a reformulação do modelo de celebração de convenções, garantindo o acesso às convenções de todos os prestadores.

são únicos e apontam para a definição de um conjunto de tipos de serviços que se diferenciam dos outros serviços de saúde.

Por sua vez, a maioria dos prestadores de serviços de MFR é convencionada com o SNS e a ADSE,⁹ e as tabelas de actos convencionados, tanto do SNS¹⁰ como da ADSE¹¹, indicam quais os tipos de serviços de MFR que se poderá reunir no mesmo mercado relevante do serviço. Alguns exemplos são consultas de MFR, ondas curtas, ultra sons, radiações ultra-violetas, imersão em parafina, e diferentes tipos de massagens e banhos, entre uma série de outros tipos de serviços.¹²

No que se refere aos recursos humanos, concretamente os médicos, o estudo de “Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação” realizado pela ERS e publicado em 2008 referiu que era muito provável que o número de fisiatras se revelasse uma limitação à expansão da rede de estabelecimentos prestadores de serviços de MFR. Considerando que a transferência de produção de prestadores de outros serviços de saúde para a prestação de serviços de MFR no curto prazo pode ser prejudicada por esta limitação, parece ser apropriado não incluir serviços adicionais na definição do serviço relevante.¹³

Assim, a análise da óptica da substituição da oferta confirma a definição de mercado relevante do serviço efectuada segundo a óptica da procura – que se pode resumir como sendo o mercado dos serviços de MFR, incluindo os serviços de fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional.

⁹ De acordo com dados do Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER), 66% das entidades não públicas prestadoras de serviços de MFR são convencionadas com o SNS ou a ADSE. A percentagem de convencionados com o SNS ou a ADSE de toda a base de prestadores de serviços de MFR é de 52%.

¹⁰ Tabela disponível no sítio da Direcção-Geral da Saúde (DGS), na Internet (www.dgs.pt).

¹¹ Tabela disponível no sítio da ADSE, na Internet (www.adse.pt).

¹² Estes tipos de serviços específicos não são substituíveis entre si, dados os problemas de saúde de cada utente individual, mas podem ser reunidos no mesmo mercado em razão das características e finalidades de utilização dos serviços em termos gerais (conforme se viu *supra*, na consideração da substituição da procura), e o facto de que a maioria dos prestadores de serviços de MFR fornece estes serviços, partilhando os mesmos métodos/processos produtivos e recursos humanos (conforme se constata na consideração da óptica da substituição da oferta).

¹³ Note-se que, como se verá, o número de estabelecimentos aumentou significativamente entre 2007 e 2010, o que leva a crer que a limitação à expansão da rede antevista no anterior estudo será ainda mais significativa actualmente, considerando uma variação diminuta no número total de médicos fisiatras activos em Portugal continental no período considerado.

2.2. Mercado relevante geográfico

Na determinação da dimensão geográfica de um dado mercado relevante, considera-se a área geográfica na qual as empresas em causa fornecem produtos ou serviços, onde as condições de concorrência são suficientemente homogêneas e, também, que podem distinguir-se de outras áreas geográficas vizinhas em virtude de condições concorrenciais consideravelmente distintas.

Possíveis mercados relevantes geográficos podem ser confirmados através de uma análise das características da procura, no intuito de se determinar se as empresas localizadas em áreas diferentes constituem pontos de oferta alternativos para os consumidores. Tal análise implica reunir informação sobre os actuais padrões de compra dos consumidores e identificação das suas preferências regionais.

Um método comum que permite a identificação de áreas geográficas que reflectirão os padrões de compra dos consumidores e a identificação das suas preferências é o método das áreas de captação (*catchment areas*), que também possui a vantagem de definir de forma precisa a fronteira de cada mercado, a qual depende da distância ou do tempo de viagem máximo que a maioria dos clientes aceita viajar (podendo-se considerar, por exemplo, para efeito do cálculo a realizar, o transporte na rede viária e as velocidades máximas permitidas).

A aplicação de tal método tem em conta, portanto, os fluxos de utentes aos estabelecimentos e consiste tipicamente em identificar as áreas em que a grande maioria dos clientes reside, concretamente 80% ou mais.^{14 15}

Em geral, as fronteiras das áreas de captação são definidas com base no tempo máximo de viagem. Assim, se a maioria dos clientes se localiza a 30 minutos de viagem de cada um dos estabelecimentos, poder-se-á definir os mercados como as áreas de captação (ou isócronas) de 30 minutos de cada estabelecimento.

Aproveitando a estimacão do alcance dos estabelecimentos prestadores de serviços de MFR realizada no estudo de “Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação”, com base nos fluxos de utentes (ao todo, 1.701

¹⁴ Vide *Competition Commission e Office of Fair Trading (2009)*, “Merger Assessment Guidelines, A joint publication of the Competition Commission and the Office of Fair Trading”.

¹⁵ A escolha da percentagem pode variar, mas nunca deverá ser igual a 100%, para se eliminar o impacto daqueles utentes que efectuam deslocações anormalmente grandes, devido a situações extraordinárias e pontuais, como, por exemplo, em férias (se estes fossem incluídos, a definição de mercado geográfico seria excessivamente ampla).

utentes) de uma amostra de prestadores representativa do tecido de prestadores na área de MFR, e definindo a referência de 85% para a identificação das áreas em que a maioria dos clientes reside, verificou-se que aproximadamente 85% dos utentes efectuou deslocações de até 30 minutos. A Tabela 1 apresenta os resultados do exercício realizado.

Tabela 1 – Distribuição dos utentes de MFR por intervalos de deslocação e de tempo

Distância percorrida	Distribuição	Acumulado	Tempo de deslocação	Distribuição	Acumulado
até 15 km	74,3%	74,3%	até 15 m	67,0%	67,0%
15 a 20 km	7,3%	81,5%	15 a 20 m	6,7%	73,7%
20 a 25 km	4,5%	86,0%	20 a 25 m	5,9%	79,6%
25 a 30 km	2,8%	88,8%	25 a 30 m	5,6%	85,2%
30 a 35 km	2,1%	90,9%	30 a 35 m	4,9%	90,1%
35 a 40 km	4,5%	95,4%	35 a 40 m	5,5%	95,6%
40 a 45 km	3,5%	98,8%	40 a 45 m	1,1%	96,8%
45 a 50 km	0,2%	99,0%	45 a 50 m	2,1%	98,9%
50 a 100 km	0,8%	99,8%	50 a 100 m	0,9%	99,8%
100 a 200 km	0,2%	100,0%	100 a 200 m	0,2%	100,0%
mais de 200 km	0,0%	100,0%	mais de 200 m	0,0%	100,0%
Média		12,2	Média		13,9
Desvio-padrão		13,6	Desvio-padrão		13,9
Máxima		163,7	Máxima		138,0
Mínima		3,0	Mínima		5,0

Sendo assim, estimou-se o alcance dos estabelecimentos de MFR em 30 minutos, equivalente a cerca de 25 quilómetros. Considerando que um círculo com 25 quilómetros de raio tem uma área de 1.963 Km², significa isto que as zonas geográficas de abrangência dos estabelecimentos prestadores de serviços de MFR terão áreas de cerca de 2.000 Km².

Áreas de abrangência com cerca de 2.000 Km² são típicas na prestação de cuidados de saúde, e a ERS definiu já uma matriz regional de avaliação de acesso a cuidados de saúde, aplicável àqueles tipos de cuidados de saúde que têm alcances dessa ordem de grandeza. Em anexo (Anexo I), apresenta-se o trabalho realizado pela ERS no sentido da definição dessa matriz, explicitando-se todos os pressupostos desse exercício, e caracterizando as regiões resultantes – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS) – que serviram de base às análises seguidamente apresentadas.

Portanto, definem-se os mercados relevantes dos serviços de MFR como sendo cada uma das RRAS em que actuam os prestadores de serviços de MFR, sendo os serviços em causa os serviços das valências especificadas no Manual de Boas Práticas de MFR, designadamente, de fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional, entre outros tipos de serviços listados nas tabelas de convenções do

SNS e da ADSE, com vista a contribuir para a reabilitação/recuperação dos utentes com doença ou traumatismo.

3. Concorrência nos mercados de serviços de MFR

3.1. Rede de prestadores e estrutura organizacional

Com base nos dados constantes do Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS, derivados do registo obrigatório de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos do artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, tem-se conhecimento da oferta de serviços de MFR em Portugal continental, e como ela se distribui pelo território, quer em termos de número de estabelecimentos prestadores de serviços, quer em termos de recursos humanos. A rede de estabelecimentos prestadores de serviços de MFR registados no SRER é apresentada de seguida, evidenciando a evolução ocorrida desde Agosto de 2007 – mês em que se obtiveram os dados para a realização do estudo de “Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação” – até Maio de 2010.

Encontravam-se identificados no SRER, em Agosto de 2007, 617 estabelecimentos prestadores de serviços de MFR e verificou-se, até Maio de 2010, um crescimento de 32% do número de estabelecimentos, tendo o número de estabelecimentos aumentado de 617 para 813.

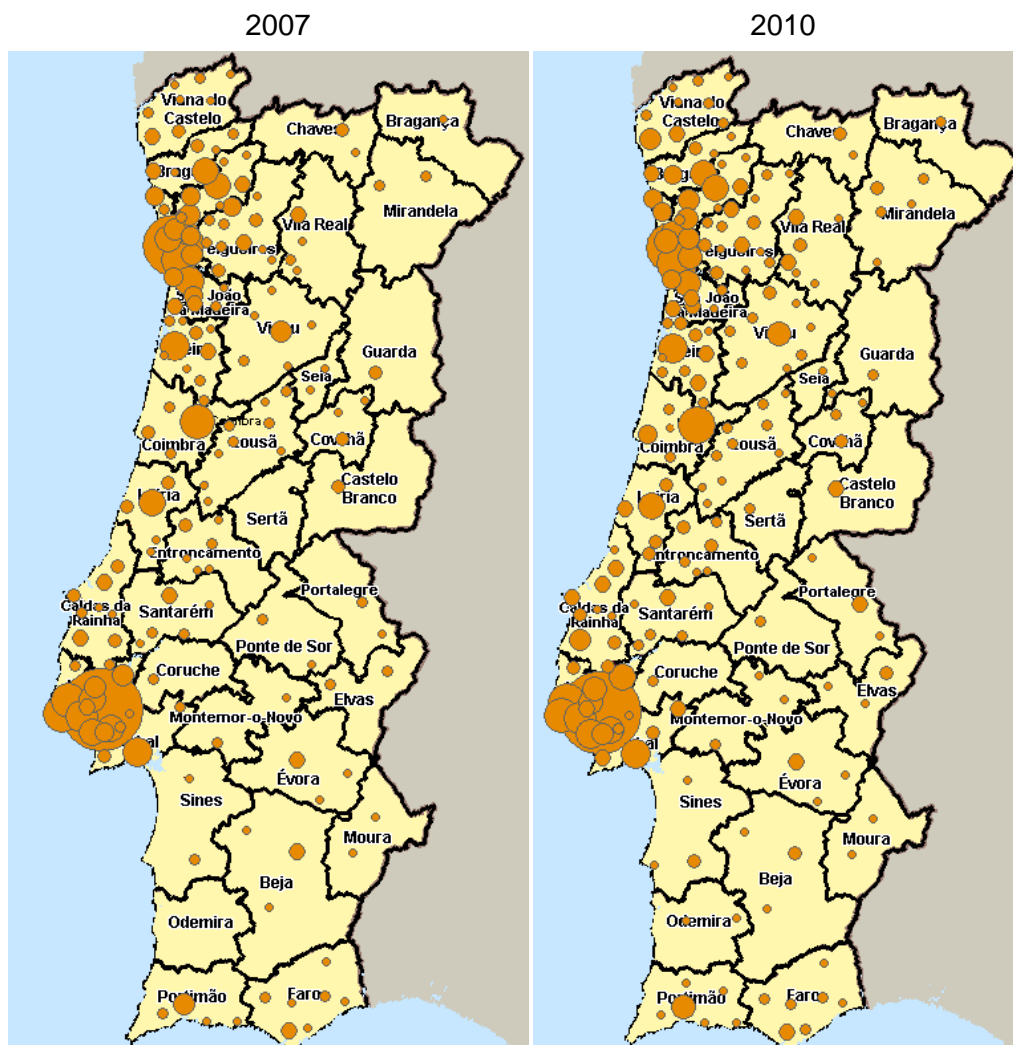
Tendo em consideração os mercados relevantes definidos no capítulo anterior, apresenta-se na Tabela 2 as distribuições dos estabelecimentos em termos geográficos, em 2007 e em 2010.

Tabela 2 – Números de estabelecimentos por RRAS em 2007 e em 2010

RRAS	2007	%	2010	%
Norte				
Braga	20	3,2%	27	3,3%
Bragança	1	0,2%	2	0,2%
Chaves	4	0,6%	4	0,5%
Felgueiras	26	4,2%	31	3,8%
Guimarães	30	4,9%	34	4,2%
Mirandela	4	0,6%	9	1,1%
Porto	95	15,4%	116	14,3%
São João da Madeira	24	3,9%	24	3,0%
Viana do Castelo	15	2,4%	22	2,7%
Vila Real	8	1,3%	16	2,0%
Centro				
Aveiro	32	5,2%	42	5,2%
Castelo Branco	3	0,5%	5	0,6%
Coimbra	22	3,6%	33	4,1%
Covilhã	5	0,8%	6	0,7%
Guarda	3	0,5%	3	0,4%
Leiria	18	2,9%	24	3,0%
Lousã	13	2,1%	15	1,8%
Seia	2	0,3%	1	0,1%
Sertã	0	0,0%	2	0,2%
Viseu	12	1,9%	23	2,8%
Lisboa e Vale do Tejo				
Caldas da Rainha	23	3,7%	31	3,8%
Coruche	2	0,3%	2	0,2%
Entroncamento	9	1,5%	12	1,5%
Lisboa	141	22,9%	190	23,4%
Santarém	10	1,6%	12	1,5%
Setúbal	43	7,0%	61	7,5%
Alentejo				
Beja	6	1,0%	5	0,6%
Évora	4	0,6%	5	0,6%
Montemor-o-Novo	3	0,5%	4	0,5%
Moura	2	0,3%	2	0,2%
Odemira	0	0,0%	2	0,2%
Ponte de Sor	3	0,5%	2	0,2%
Portalegre	3	0,5%	6	0,7%
Sines	3	0,5%	5	0,6%
Algarve				
Faro	12	1,9%	14	1,7%
Portimão	10	1,6%	14	1,7%
Total	617	100,0%	813	100,0%

A distribuição dos estabelecimentos pelas RRAS em 2007 e em 2010 é ilustrada nos mapas da Figura 1.

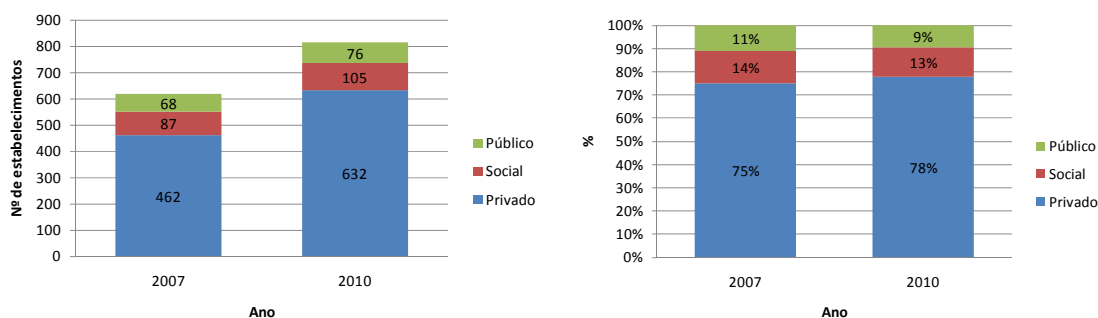
Figura 1 – Distribuição geográfica dos estabelecimentos de MFR em 2007 e em 2010¹⁶



Quanto à natureza dos estabelecimentos, o número relativo de estabelecimentos privados de MFR aumentou para 78%, enquanto os números de estabelecimentos detidos por entidades públicas e do sector social diminuíram em termos relativos, passando a representar, respectivamente, 9% e 13% do número total de estabelecimentos (*vide* Figura 2).

¹⁶ A unidade geográfica usada para efeitos de georeferenciação foi o concelho, pelo que todos os estabelecimentos pertencentes ao mesmo concelho surgem representados no mesmo círculo no mapa. Desta forma, a dimensão de cada círculo traduz, em escala contínua, o número de estabelecimentos pertencentes ao concelho em que está centrado o círculo. Os círculos que apresentam maior dimensão nos dois mapas correspondem ao concelho de Lisboa, com 68 estabelecimentos em 2007 e 97 em 2010.

Figura 2 – Número de estabelecimentos segundo a natureza dos estabelecimentos em 2007 e em 2010



Conforme referido no estudo de “Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação”, os estabelecimentos prestadores de serviços de MFR deverão integrar três categorias de profissionais de saúde, na terminologia do Manual de Boas Práticas de MFR¹⁷: colaboradores médicos, que são médicos fisiatras especialistas, um dos quais será o director clínico da unidade; colaboradores técnicos, que são fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e ortoprotésicos; e outros técnicos de saúde, incluindo esta categoria uma grande diversidade de profissionais, como é o caso dos auxiliares de fisioterapia, dos enfermeiros, dos psicólogos, dos assistentes sociais, dos técnicos de educação física, dos massagistas e auxiliares de acção médica.

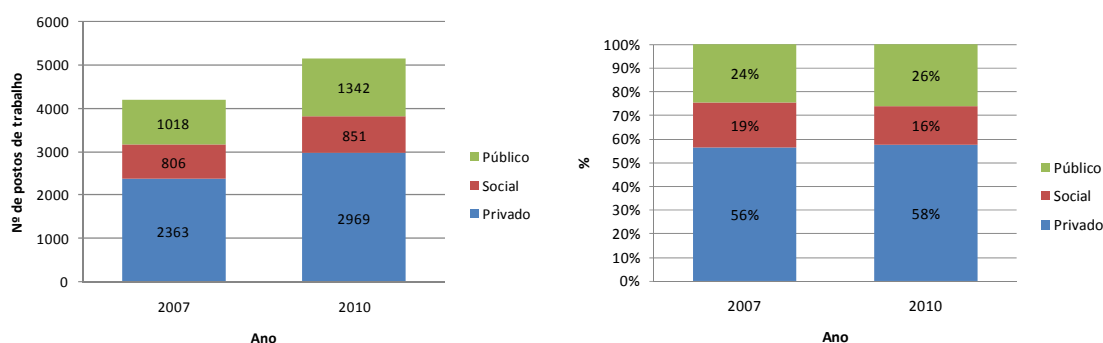
Em 2007, os 617 estabelecimentos de MFR contavam com 4.187 empregos de profissionais de saúde de MFR, enquanto em Maio de 2010 o número de postos de trabalho correspondentes nos 813 estabelecimentos era de 5.162, pelo que se registou um crescimento de 23%.¹⁸

A predominância do sector privado face ao sector público em termos de número de estabelecimentos esbate-se um pouco quando a análise da oferta considera o número de postos de trabalho dos profissionais de saúde em actividade (*vide* gráficos da Figura 3). Isto deve-se ao facto de os serviços públicos com MFR serem, na sua grande maioria, hospitais que possuem uma dimensão superior à grande maioria dos serviços privados.

¹⁷ Manual de Boas Práticas de Medicina Física e de Reabilitação, aprovado pelo Aviso n.º 9448/2002, no Diário da República n.º 199, 2.ª série, de 29 de Agosto.

¹⁸ O uso da terminologia “empregos de profissionais de saúde” significa que a contagem dos profissionais de saúde é feita com base em postos de trabalho nos estabelecimentos. Um qualquer profissional de saúde é contado tantas vezes quantas o número de postos de trabalho que ocupa.

Figura 3 – Número de postos de trabalho por sector em 2007 e em 2010



Cerca de 45% dos empregos de profissionais de saúde em estabelecimentos de MFR em 2007 correspondia a fisioterapeutas. Esta percentagem aumentou para 48%, como se constata na Tabela 3. O segundo grupo profissional mais representativo é o dos médicos, que em 2007 representavam 29% dos empregos de profissionais de saúde em estabelecimentos de MFR e passaram a representar 32% em 2010.

Tabela 3 – Postos de trabalho em estabelecimentos de MFR em 2007 e 2010

Categoria profissional	2007			2010		
	N.º de empregos	%	Média por estabelecimento	N.º de empregos	%	Média por estabelecimento
Médicos	1.223	29%	1,98	1.669	32%	2,05
Enfermeiros	333	8%	0,54	411	8%	0,51
Fisioterapeutas	1.905	45%	3,09	2.472	48%	3,04
Terapeutas ocupacionais	224	5%	0,36	231	4%	0,28
Terapeutas da fala	157	4%	0,25	236	5%	0,29
Ortoprotésicos	12	0%	0,02	14	0%	0,02
Outros	333	8%	1,08	129	3%	0,16
Total	4.187	100%	6,79	5.162	100%	6,35

3.2. Concentração dos mercados de serviços de MFR

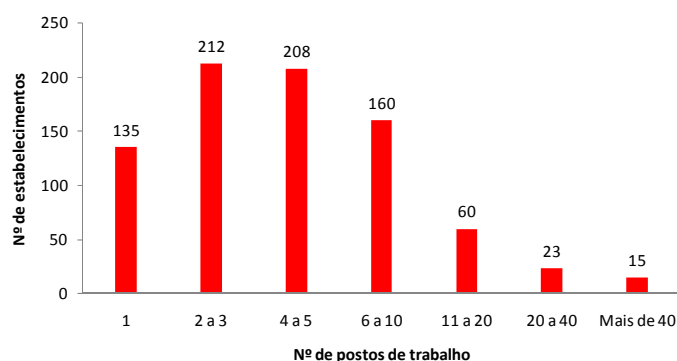
Tendo-se definido os mercados relevantes de serviços de MFR e apresentado a rede de prestadores e a sua estrutura organizacional, procede-se de seguida à aferição das quotas relativas dos prestadores de serviços de MFR e ao cálculo dos níveis de concentração como indicadores da tensão concorrencial existente entre os prestadores em cada um dos mercados relevantes. Considera-se nesta parte apenas os dados de 2010, efectuando-se na parte final desta secção uma comparação entre as concentrações nos mercados verificadas em 2007 e as de 2010.

Como salienta a Comissão Europeia, existem elementos, para além do volume de negócios, que constituem igualmente parâmetros válidos para aferição das posições relativas dos agentes económicos no mercado, os quais, considerando as especificidades do sector ou do produto/serviço em causa, permitem obter a informação desejada. Um desses elementos é a capacidade produtiva das empresas.¹⁹

No caso concreto da prestação de serviços de MFR, foram aferidas as capacidades produtivas dos prestadores de serviços de saúde pelos números de colaboradores dos estabelecimentos, aproximados pelos números de postos de trabalho, incluindo os empregos de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, ortoprotésicos, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais, para além de outros técnicos, tais como auxiliares de fisioterapia, assistentes sociais, técnicos de educação física, massagistas e auxiliares de acção médica. Portanto, as dimensões dos prestadores de serviços de MFR serviram de base, no estudo, para o cálculo das quotas de mercado dos prestadores e, conseqüentemente, para a aferição dos graus de concentração dos mercados.

A Figura 4 apresenta a distribuição dos estabelecimentos prestadores de serviços de MFR por dimensão, avaliada pelo número de postos de trabalho nos estabelecimentos.

Figura 4 – Distribuição dos estabelecimentos prestadores de serviços de MFR pelo número de postos de trabalho²⁰



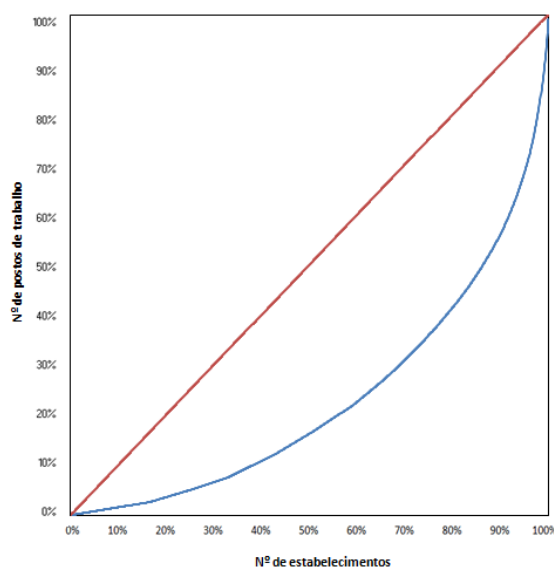
¹⁹ Vide parágrafo 54 da Comunicação (97/C 372/03) da Comissão Europeia (JOUE n.º C 372/5 de 9.12.1997).

²⁰ Os 15 estabelecimentos com mais de 40 postos de trabalho para a prestação de serviços de MFR são compostos por 10 estabelecimentos de natureza pública, 2 privados e 3 do sector social.

Verifica-se que os estabelecimentos são predominantemente de pequena dimensão, havendo uma grande concentração de estabelecimentos com cinco ou menos colaboradores (68%).

A curva de distribuição de postos de trabalho pelos estabelecimentos, que se apresenta na Figura 5, possibilita a visualização da existência de uma desproporção (a distribuição de empregos pelos estabelecimentos que seria a mais equitativa é representada pela linha vermelha).

Figura 5 – Curva de distribuição de postos de trabalho pelos estabelecimentos



A grande maioria dos estabelecimentos – concretamente 86% – é responsável por apenas metade da oferta de empregos. Reforça-se, assim, a constatação de que a grande maioria dos estabelecimentos é de pequena dimensão.

3.2.1. Concentração ao nível das entidades

As medidas de concentração utilizadas no presente documento são os rácios de concentração R2 e os Índices de Herfindahl-Hirschman (IHH).

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

rácio de concentração R2, utilizado neste documento, refere-se à quota de mercado agregada dos dois concorrentes mais importantes em cada mercado, detentoras das maiores quotas desse mercado.

O IHH é uma medida de concentração de mercado usada como um indicador do poder de mercado ou da concorrência entre as empresas. Pode-se, com base nos níveis absolutos do IHH, concluir sobre a concentração dos mercados, uma vez que fornecem uma indicação inicial da pressão concorrencial. Assim, interpretam-se os IHH neste documento da seguinte forma: quando o IHH está abaixo de 1.000, a concentração do mercado é baixa, quando se situa entre 1.000 e 2.000, a concentração é moderada e, quando o IHH está acima de 2.000, a concentração é alta.²¹

Uma empresa/entidade pode possuir vários estabelecimentos/pontos de oferta distribuídos geograficamente por todo o território de Portugal continental. Na Tabela 4 *infra*, são apresentadas as presenças das entidades prestadoras de serviços de MFR por RRAS, isto é, os números de entidades concorrentes em cada um dos mercados geográficos relevantes, com um ou mais estabelecimentos prestadores de serviços de MFR ali localizados. Constatam-se que o total de presenças é de 758, superior ao número de entidades (742), o que reflecte o facto de algumas entidades estarem presentes em mais de uma RRAS, detendo estabelecimentos geograficamente dispersos pelos mercados geográficos relevantes.

²¹ Vide o documento de 2009 “Merger assessment guidelines” das agências do Reino Unido *Office of Fair Trading e Competition Commission* e Connor, R. A., Feldman, R. D., Dowd, B. E. 1998. The Effects of Market Concentration and Horizontal Mergers on Hospital Costs and Prices. *International Journal of Economics of Business*. 5 (2): 159-180.

Tabela 4 – Presença das entidades nas RRAS e números de estabelecimentos

RRAS	N.º de entidades	N.º de estabelecimentos
Norte		
Braga	26	27
Bragança	2	2
Chaves	4	4
Felgueiras	25	31
Guimarães	32	34
Mirandela	9	9
Porto	105	116
São João da Madeira	24	24
Viana do Castelo	18	22
Vila Real	14	16
Centro		
Aveiro	41	42
Castelo Branco	5	5
Coimbra	27	33
Covilhã	5	6
Guarda	3	3
Leiria	21	24
Lousã	14	15
Seia	1	1
Sertã	2	2
Viseu	22	23
Lisboa e Vale do Tejo		
Caldas da Rainha	27	31
Coruche	2	2
Entroncamento	11	12
Lisboa	182	190
Santarém	11	12
Setúbal	61	61
Alentejo		
Beja	5	5
Elvas	5	5
Évora	7	7
Montemor-o-Novo	4	4
Moura	2	2
Odemira	2	2
Ponte de Sor	2	2
Portalegre	6	6
Sines	5	5
Algarve		
Faro	13	14
Portimão	13	14

Com base nestes dados, das entidades presentes e respectivos estabelecimentos, calculou-se, para cada entidade presente numa RRAS, a quota de mercado correspondente, com base no número total de colaboradores dos estabelecimentos ali localizados.

Com as quotas de mercado, por sua vez, foram calculados os R2 e os IHH, que são apresentados na Tabela 5, que também informa o número de entidades presentes, fornece indicação das condições estruturais de concorrência entre os prestadores, apresentando a classificação das concentrações nos três níveis definidos (concentração baixa para IHH inferior a 1.000, concentração moderada para IHH entre 1.000 e 2.000 e concentração alta para IHH superior a 2.000), e, finalmente, apresenta um outro cálculo de IHH, referente ao caso hipotético em que todas as entidades

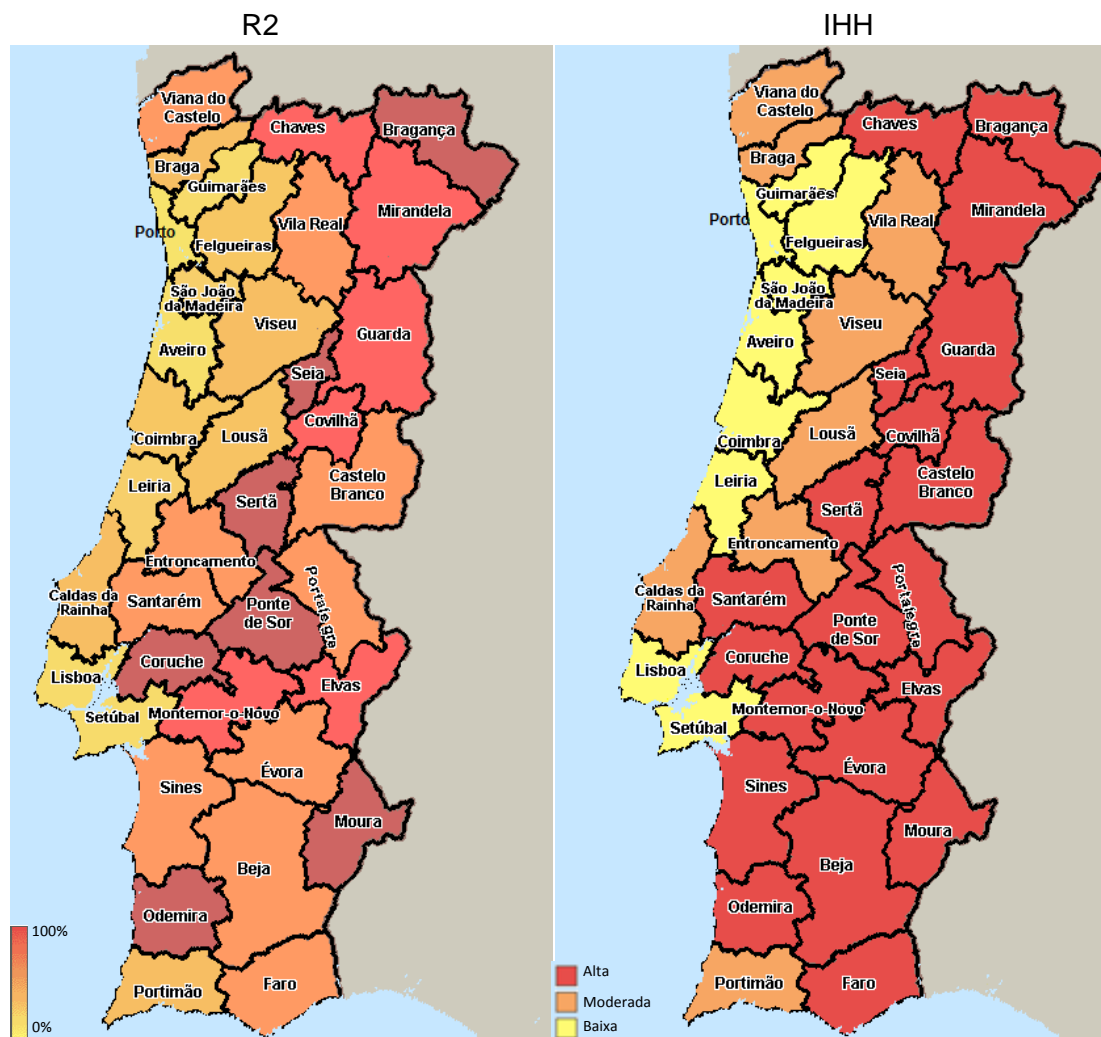
actuantes nos mercados teriam quotas de mercado exactamente iguais, e a diferença entre o IHH real e este hipotético IHH de quotas iguais.

Tabela 5 – Graus de concentração por RRAS

RRAS	N.º de entidades	R2	IHH	Concentração	IHH de quotas iguais	Diferença
Norte						
Braga	26	38%	1192	Moderada	385	808
Bragança	2	100%	5002	Alta	5000	2
Chaves	4	81%	4110	Alta	2500	1610
Felgueiras	25	31%	881	Baixa	400	481
Guimarães	32	18%	479	Baixa	313	166
Mirandela	9	75%	4666	Alta	1111	3554
Porto	105	14%	260	Baixa	95	165
São João da Madeira	24	26%	760	Baixa	417	343
Viana do Castelo	18	49%	1386	Moderada	556	830
Vila Real	14	49%	1764	Moderada	714	1050
Centro						
Aveiro	41	17%	397	Baixa	244	153
Castelo Branco	5	59%	2311	Alta	2000	311
Coimbra	27	30%	820	Baixa	370	449
Covilhã	5	91%	7546	Alta	2000	5546
Guarda	3	88%	4063	Alta	3333	729
Leiria	21	26%	806	Baixa	476	329
Lousã	14	32%	1021	Moderada	714	307
Seia	1	100%	10000	Alta	10000	0
Sertão	2	100%	5000	Alta	5000	0
Viseu	22	43%	1544	Moderada	455	1090
Lisboa e Vale do Tejo						
Caldas da Rainha	27	43%	1236	Moderada	370	866
Coruche	2	100%	7222	Alta	5000	2222
Entroncamento	11	48%	1690	Moderada	909	781
Lisboa	182	19%	308	Baixa	55	253
Santarém	11	58%	2554	Alta	909	1645
Setúbal	61	18%	399	Baixa	164	235
Alentejo						
Beja	5	69%	3301	Alta	2000	1301
Elvas	5	86%	5428	Alta	2000	3428
Évora	7	67%	2693	Alta	1429	1264
Montemor-o-Novo	4	81%	3541	Alta	2500	1041
Moura	2	100%	5504	Alta	5000	504
Odemira	2	100%	5556	Alta	5000	556
Ponte de Sor	2	100%	5000	Alta	5000	0
Portalegre	6	71%	2883	Alta	1667	1216
Sines	5	71%	3053	Alta	2000	1053
Algarve						
Faro	13	61%	2111	Alta	769	1342
Portimão	13	44%	1576	Moderada	769	807

Os mapas da Figura 6 ilustram os rácios R2 e os IHH.

Figura 6 – Concentração dos mercados de serviços de MFR ao nível das entidades



No mapa dos IHH, identificam-se 20 RRAS classificadas como sendo de concentração alta (a vermelho), e em 7 destas RRAS os rácios R2 são iguais a 100%, designadamente nas RRAS de Odemira, Moura, Coruche, Ponte de Sor, Sertã, Seia e Bragança.

No que se refere ao IHH de quotas iguais, note-se que tal índice foi determinado a partir da fórmula de cálculo de Church and Ware (2000, p. 429)²², que permite verificar se os graus de concentração se devem, essencialmente, a um número reduzido de prestadores ou a uma elevada dispersão das quotas de mercado dos concorrentes efectivos.

Segundo a referida fórmula:

²² Church, Jeffrey e Roger Ware. 2000. Industrial Organization: A Strategic Approach. McGraw-Hill.

$$IHH = \frac{1}{N} + N\sigma^2,$$

em que N é o número de prestadores actuantes no mercado e σ^2 é a variância das quotas de mercado, o hipotético IHH de quotas iguais (*vide* penúltima coluna da Tabela 5) corresponde à situação em que $N\sigma^2 = 0$, ou seja, quando a dispersão das quotas de mercado é nula. Tal dispersão equivale, por sua vez, à diferença entre o IHH e o IHH de quotas iguais (*vide* última coluna da Tabela 5).

Com a aplicação da fórmula, constata-se que em quase todos os mercados o IHH seria mais baixo se as entidades concorrentes em cada mercado tivessem quotas idênticas. Em particular, considerando os 20 mercados geográficos de alta concentração, identificados na Tabela 5 e na Figura 6, verificou-se que em 10 RRAS a elevada concentração se explica mais pela existência de distribuições desiguais de quotas de mercado entre os agentes actuantes do que propriamente pelo reduzido número de estabelecimentos prestadores de serviços de MFR presentes nestes mercados geográficos. Nas RRAS de Covilhã, Elvas, Mirandela, Beja, Portalegre, Sines, Évora e Castelo Branco a concentração mudaria de “alta” para “moderada”, enquanto nas RRAS de Santarém e Faro a concentração mudaria de “alta” para “baixa”.

Em contrapartida, nas outras 10 RRAS com concentração alta – Seia, Coruche, Odemira, Moura, Bragança, Ponte de Sor, Sertã, Guarda, Chaves e Montemor-o-Novo – o alto nível de concentração alta resultará principalmente da existência de poucos concorrentes efectivos.

3.2.2. Concentração ao nível dos grupos empresariais

Da análise da informação sobre os operadores presentes nos mercados de serviços de MFR, constata-se que alguns prestadores integram grupos empresariais, definidos como conjuntos de entidades privadas com fins lucrativos ligadas entre si por relações de capital ou de gestão. A consideração destas relações de grupo pode alterar o nível de concorrência nos mercados, na medida em que as estratégias das várias entidades de cada grupo possam ser concertadas, e não concorrentes. Assim, realiza-se nesta secção uma análise da concentração dos mercados ao nível dos grupos empresariais.

Os grupos empresariais não são reconhecidos explicitamente na base do SRER, mas a sua composição pode ser reconstituída a partir da análise das estruturas societárias/accionistas das entidades e das relações de gestão por via dos elementos que constituem os corpos gerentes.

Identificaram-se 42 grupos empresariais detentores de 125 estabelecimentos. O número mínimo encontrado de estabelecimentos dos grupos empresariais é de 2, enquanto o número máximo é de 7.

Na Tabela 6 é apresentada informação sobre as presenças das entidades individuais e dos grupos empresariais prestadores de serviços de MFR por RRAS.

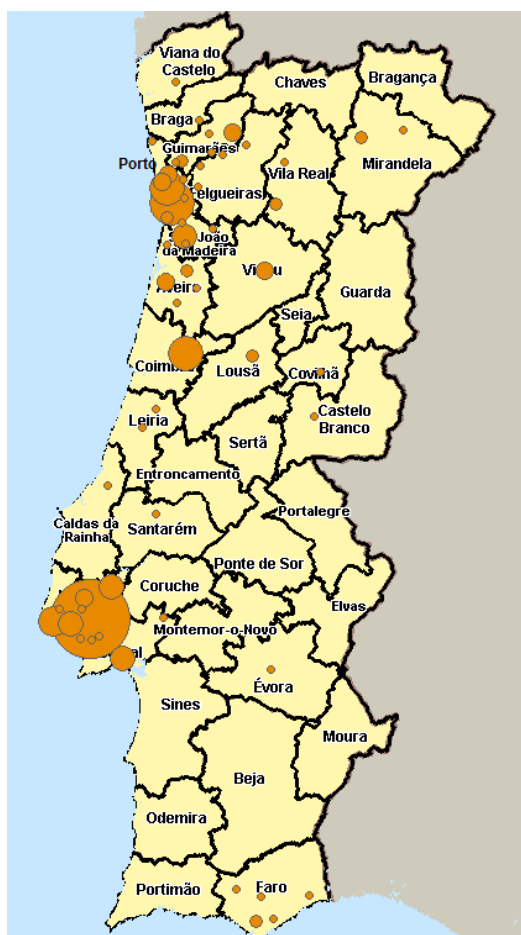
Tabela 6 – Presença das entidades individuais e grupos empresariais nas RRAS e respectivos números de entidades e de estabelecimentos

RRAS	Entidades individuais		Grupos empresariais	
	N.º de entidades	N.º de estabelecimentos	N.º de grupos	N.º de estabelecimentos
Norte				
Braga	25	26	1	1
Bragança	2	2	0	0
Chaves	4	4	0	0
Felgueiras	21	27	3	4
Guimarães	24	26	5	8
Mirandela	6	6	1	3
Porto	83	91	15	25
São João da Madeira	17	17	5	7
Viana do Castelo	17	21	1	1
Vila Real	11	13	2	3
Centro				
Aveiro	34	34	5	8
Castelo Branco	4	4	1	1
Coimbra	21	27	4	6
Covilhã	4	5	1	1
Guarda	3	3	0	0
Leiria	20	22	1	2
Lousã	12	13	1	2
Seia	1	1	0	0
Sertã	2	2	0	0
Viseu	19	20	1	3
Lisboa e Vale do Tejo				
Caldas da Rainha	26	30	1	1
Coruche	2	2	0	0
Entroncamento	11	12	0	0
Lisboa	151	157	14	33
Santarém	10	11	1	1
Setúbal	53	53	3	8
Alentejo				
Beja	5	5	0	0
Évora	5	5	0	0
Montemor-o-Novo	4	4	0	0
Moura	2	2	0	0
Odemira	2	2	0	0
Ponte de Sor	2	2	0	0
Portalegre	6	6	0	0
Sines	5	5	0	0
Algarve				
Faro	8	8	3	6
Portimão	13	14	0	0

Constata-se que os 42 grupos empresariais actuam em 21 das 37 RRAS.

O mapa da Figura 7 ilustra a distribuição geográfica das presenças dos grupos empresariais, indicando as localizações em que os maiores concorrentes concentram os seus estabelecimentos para a prestação de serviços de MFR com fins lucrativos.

Figura 7 – Distribuição geográfica dos grupos empresariais²³



O mapa permite visualizar que os estabelecimentos dos grupos empresariais concentram-se sobretudo nas regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e na RRAS de Faro.

Com base nos dados das entidades individuais e grupos empresariais presentes – os concorrentes efectivos – e respectivos estabelecimentos, calculou-se, para cada concorrente presente numa RRAS, a quota de mercado correspondente, com base no número total de colaboradores dos seus estabelecimentos ali localizados.

²³ A unidade geográfica usada para efeitos de georeferenciação foi o concelho, pelo que todos os estabelecimentos pertencentes ao mesmo concelho surgem representados no mesmo círculo no mapa. Desta forma, a dimensão de cada círculo traduz, em escala contínua, o número de estabelecimentos pertencentes ao concelho em que está centrado o círculo.

Com as quotas de mercado, por sua vez, foram calculados os rácios R2 e os IHH, que são apresentados na Tabela 7, com os níveis de concentração dos mercados relevantes, a indicação das condições estruturais de concorrência entre os prestadores e a classificação das concentrações em três níveis: baixa (IHH abaixo de 1.000), moderada (IHH entre 1.000 e 2.000) e alta (IHH superior a 2.000).

Tabela 7 – Graus de concentração dos mercados relevantes geográficos ao nível dos grupos empresariais

RRAS	N.º de concorrentes	R2	IHH	Concentração	IHH de quotas iguais	Diferença
Norte						
Braga	26	38%	1192	Moderada	385	808
Bragança	2	100%	5002	Alta	5000	2
Chaves	4	81%	4110	Alta	2500	1610
Felgueiras	24	34%	956	Baixa	417	540
Guimarães	29	19%	513	Baixa	345	168
Mirandela	7	77%	4721	Alta	1429	3293
Porto	98	14%	286	Baixa	102	184
São João da Madeira	22	34%	930	Baixa	455	475
Viana do Castelo	18	49%	1386	Moderada	556	830
Vila Real	13	49%	1770	Moderada	769	1001
Centro						
Aveiro	39	17%	412	Baixa	256	156
Castelo Branco	5	59%	2311	Alta	2000	311
Coimbra	25	30%	835	Baixa	400	435
Covilhã	5	91%	7546	Alta	2000	5546
Guarda	3	88%	4063	Alta	3333	729
Leiria	21	26%	806	Baixa	476	329
Lousã	13	32%	1065	Moderada	769	295
Seia	1	100%	10000	Alta	10000	0
Sertão	2	100%	5000	Alta	5000	0
Viseu	20	43%	1567	Moderada	500	1067
Lisboa e Vale do Tejo						
Caldas da Rainha	27	43%	1236	Moderada	370	866
Coruche	2	100%	7222	Alta	5000	2222
Entroncamento	11	48%	1690	Moderada	909	781
Lisboa	165	19%	352	Baixa	61	292
Santarém	11	58%	2554	Alta	909	1645
Setúbal	56	18%	435	Baixa	179	257
Alentejo						
Beja	5	69%	3301	Alta	2000	1301
Évora	5	86%	5428	Alta	2000	3428
Montemor-o-Novo	7	67%	2693	Alta	1429	1264
Mourão	4	81%	3541	Alta	2500	1041
Moura	2	100%	5504	Alta	5000	504
Odemira	2	100%	5556	Alta	5000	556
Ponte de Sor	2	100%	5000	Alta	5000	0
Portalegre	6	71%	2883	Alta	1667	1216
Sines	5	71%	3053	Alta	2000	1053
Algarve						
Faro	11	61%	2232	Alta	909	1323
Portimão	13	44%	1576	Moderada	769	807

Os mapas da Figura 8 ilustram os resultados dos rácios R2 e dos IHH.

Tabela 8 – Diferenças entre a análise de concentração ao nível das entidades e a análise que inclui os grupos empresariais

RRAS	Aumento de R2	Aumento de IHH
Norte		
Felgueiras	2,9%	76
Guimarães	1,3%	34
Mirandela	1,3%	56
Porto	0,0%	26
São João da Madeira	7,4%	171
Vila Real	0,0%	6
Centro		
Aveiro	0,0%	15
Coimbra	0,0%	15
Lousã	0,0%	43
Viseu	0,0%	23
Lisboa e Vale do Tejo		
Lisboa	0,2%	44
Setúbal	0,0%	36
Algarve		
Faro	0,0%	121

3.2.3. Evolução das concentrações dos mercados entre 2007 e 2010

Apresenta-se nesta secção a evolução das concentrações dos mercados relevantes de serviços de MFR entre 2007 e 2010. A análise comparativa entre os dois anos é realizada com base nos rácios R2 e IHH calculados para 2007 em contraposição aos resultados *supra* apresentados, relativos a 2010. Distingue-se novamente entre a análise realizada somente ao nível das entidades e a efectuada ao nível dos grupos empresariais.

Na primeira apreciação, relativa às entidades, os cálculos são feitos de maneira equivalente, tanto para 2007 como para 2010. São apresentados os IHH e a respectiva variação no período.

Na segunda análise, que inclui os grupos empresariais, associam-se as entidades de 2007 aos grupos empresariais de 2010. Deste modo, pretende-se captar as variações dos IHH no período que reflectirão o crescimento dos grupos.²⁴

²⁴ Este critério permite verificar o impacto do crescimento dos grupos empresariais identificados em 2010 em termos de entidades, estabelecimentos e respectivas dimensões sobre os graus de concentração, mas é de salientar que as relações de grupo actuais provavelmente não serão iguais às verificadas em 2007. A justificação para a utilização deste critério assenta no facto de que os dados recolhidos em 2007 não permitiram a identificação dos grupos empresariais então existentes.

A Tabela 9 apresenta as diferenças entre os IHH de 2007 e de 2010, por ordem decrescente.

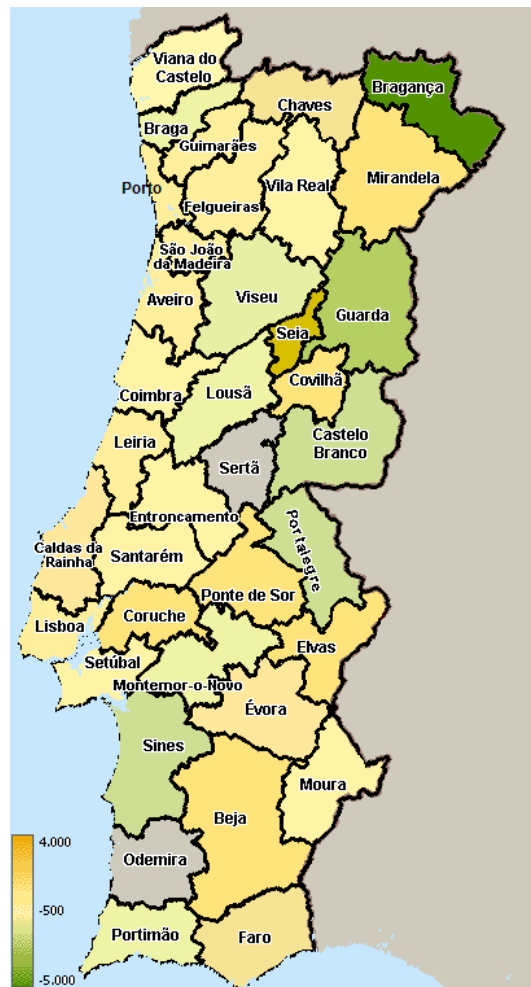
Tabela 9 – Comparação dos graus de concentração entre 2007 e 2010

RRAS	N.º de estabelecimentos		IHH			Concentração	
	2007	2010	2007	2010	Diferença	2007	2010
Norte							
Braga	20	27	1904	1192	-712	Moderada	Moderada
Bragança	1	2	10000	5002	-4998	Alta	Alta
Chaves	4	4	3837	4110	273	Alta	Alta
Felgueiras	26	31	873	881	7	Baixa	Baixa
Guimarães	30	34	500	479	-21	Baixa	Baixa
Mirandela	4	9	4028	4666	638	Alta	Alta
Porto	95	116	242	260	19	Baixa	Baixa
São João da Madeira	24	24	761	760	-2	Baixa	Baixa
Viana do Castelo	15	22	1757	1386	-371	Moderada	Moderada
Vila Real	8	16	2000	1764	-236	Moderada	Moderada
Centro							
Aveiro	32	42	463	397	-66	Baixa	Baixa
Castelo Branco	3	5	3750	2311	-1439	Alta	Alta
Coimbra	22	33	1098	820	-278	Moderada	Baixa
Covilhã	5	6	5380	7546	2166	Alta	Alta
Guarda	3	3	6077	4063	-2015	Alta	Alta
Leiria	18	24	938	806	-132	Baixa	Baixa
Lousã	13	15	1852	1021	-831	Moderada	Moderada
Seia	2	1	6488	10000	3512	Alta	Alta
Sertã	0	2	-	5000	-	-	Alta
Viseu	12	23	2498	1544	-954	Alta	Moderada
Lisboa e Vale do Tejo							
Caldas da Rainha	23	31	1156	1236	80	Moderada	Moderada
Coruche	2	2	6543	7222	679	Alta	Alta
Entroncamento	9	12	1976	1690	-286	Moderada	Moderada
Lisboa	141	190	348	308	-40	Baixa	Baixa
Santarém	10	12	2833	2554	-280	Alta	Alta
Setúbal	43	61	543	399	-144	Baixa	Baixa
Alentejo							
Beja	6	5	2785	3301	516	Alta	Alta
Elvas	4	5	4184	5428	1244	Alta	Alta
Évora	6	7	2619	2693	73	Alta	Alta
Montemor-o-Novo	3	4	4286	3541	-745	Alta	Alta
Moura	2	2	5800	5504	-296	Alta	Alta
Odemira	0	2	-	5556	-	-	Alta
Ponte de Sor	3	2	3600	5000	1400	Alta	Alta
Portalegre	3	6	4321	2883	-1438	Alta	Alta
Sines	3	5	4630	3053	-1576	Alta	Alta
Algarve							
Faro	12	14	1845	2111	266	Moderada	Alta
Portimão	10	14	2433	1576	-857	Alta	Moderada

Em algumas RRAS houve uma alteração de classificação de concentração. Nas RRAS de Portimão e Viseu, a concentração decresceu de alta para moderada. Na RRAS de Coimbra, a concentração diminuiu de moderada para baixa. Apenas na RRAS de Faro houve um aumento de concentração, de moderada para alta.

As diferenças entre os IHH de 2007 e 2010 são representadas graficamente na Figura 9.

Figura 9 – Diferenças entre os IHH de 2007 e 2010



Apesar da RRAS de Faro ser o único mercado geográfico em que a concentração aumentou de classificação, de moderada para alta, destaca-se no mapa *supra* a RRAS de Seia como a RRAS em que ocorreu o maior aumento de IHH no período.

No que se refere à apreciação da concentração dos mercados ao nível dos grupos empresariais, apresenta-se na Tabela 10 as variações nas concentrações dos mercados ocorridas entre 2007 e 2010.

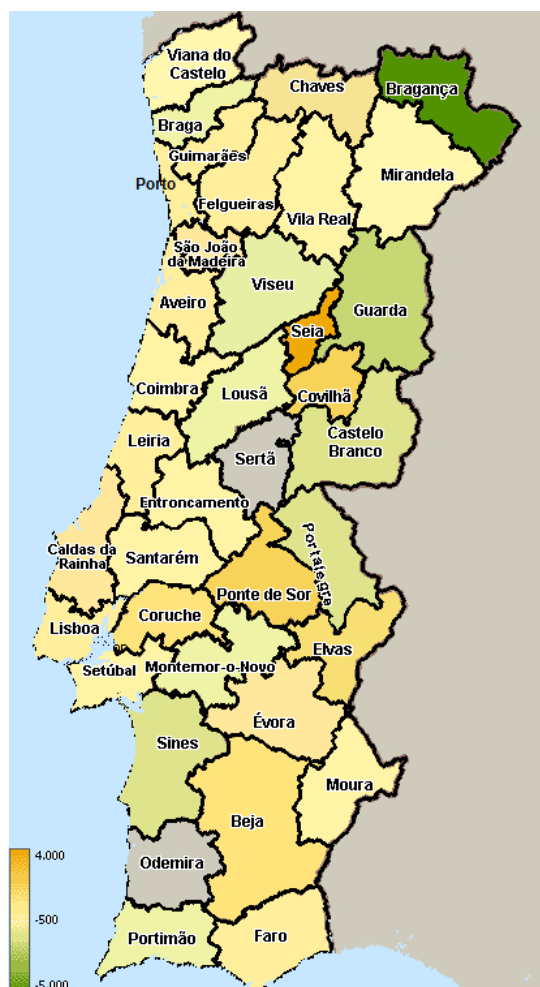
Tabela 10 – Comparação dos graus de concentração entre 2007 e 2010 incluindo os grupos empresariais

RRAS	IHH			Concentração	
	2007	2010	Diferença	2007	2010
Norte					
Braga	1904	1192	-712	Moderada	Moderada
Bragança	10000	5002	-4998	Alta	Alta
Chaves	3837	4110	273	Alta	Alta
Felgueiras	935	956	21	Baixa	Baixa
Guimarães	554	513	-42	Baixa	Baixa
Mirandela	5139	4721	-418	Alta	Alta
Porto	309	286	-23	Baixa	Baixa
São João da Madeira	847	930	83	Baixa	Baixa
Viana do Castelo	1757	1386	-371	Moderada	Moderada
Vila Real	2060	1770	-289	Alta	Moderada
Centro					
Aveiro	487	412	-75	Baixa	Baixa
Castelo Branco	3750	2311	-1439	Alta	Alta
Coimbra	1117	835	-282	Moderada	Baixa
Covilhã	5380	7546	2166	Alta	Alta
Guarda	6077	4063	-2015	Alta	Alta
Leiria	938	806	-132	Baixa	Baixa
Lousã	1906	1065	-841	Moderada	Moderada
Seia	6488	10000	3512	Alta	Alta
Sertã	-	5000	-	-	Alta
Viseu	2576	1567	-1009	Alta	Moderada
Lisboa e Vale do Tejo					
Caldas da Rainha	1156	1236	80	Moderada	Moderada
Coruche	6543	7222	679	Alta	Alta
Entroncamento	1976	1690	-286	Moderada	Moderada
Lisboa	376	352	-23	Baixa	Baixa
Santarém	2833	2554	-280	Alta	Alta
Setúbal	586	435	-151	Baixa	Baixa
Alentejo					
Beja	2785	3301	516	Alta	Alta
Eivas	4184	5428	1244	Alta	Alta
Évora	2619	2693	73	Alta	Alta
Montemor-o-Novo	4286	3541	-745	Alta	Alta
Moura	5800	5504	-296	Alta	Alta
Odemira	-	5556	-	-	Alta
Ponte de Sor	3600	5000	1400	Alta	Alta
Portalegre	4321	2883	-1438	Alta	Alta
Sines	4630	3053	-1576	Alta	Alta
Algarve					
Faro	2247	2232	-15	Alta	Alta
Portimão	2433	1576	-857	Alta	Moderada

Constata-se que a apreciação que inclui os grupos empresariais não resulta em qualquer mudança de classificação no sentido de uma maior concentração.

Na Figura 10 são apresentadas no mapa de Portugal continental as diferenças entre os IHH.

Figura 10 – Diferenças entre os IHH de 2007 e 2010 ao nível dos grupos empresariais



Destaca-se a RRAS de Seia como a RRAS que apresenta o maior aumento de IHH entre 2007 e 2010, assim como na ilustração relativa à análise efectuada ao nível das entidades.

3.3. Análise de potencial dominância

De acordo com a Comissão Europeia, a posição dominante é definida como sendo uma situação em que uma ou mais empresas estariam em condições de restringir a concorrência efectiva no mercado relevante, actuando de maneira consideravelmente independente dos seus concorrentes, clientes e consumidores em geral.²⁵

²⁵ Vide “Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas” da Comissão Europeia (JOUE n.º C 31 de 5/2/2004) e o caso 85/76 *Hoffmann-La Roche & Co. AG v*

Normalmente, uma empresa possui posição dominante quando tem poder de mercado substancial.²⁶

A detenção de posição dominante por parte de um prestador de serviços de saúde em si não resulta necessariamente em efeitos adversos para os utentes, mas é a exploração de poder de mercado e o abuso da posição dominante que têm como consequências prejuízos para os utentes, tais como preços mais altos, discriminação, menor oferta e liberdade de escolha de serviços, redução da qualidade e menor inovação na prestação de serviços de saúde. Neste sentido, uma análise de dominância potencial constitui um elemento importante no estudo da concorrência no sector da prestação de serviços de MFR.

Pode-se verificar se uma empresa é potencialmente dominante através da consideração da sua exposição a pressões concorrenciais e, concretamente, por meio da análise da sua quota de mercado, que é um primeiro indicador útil para se avaliar a dominância.²⁷ Embora não haja unanimidade entre as agências que analisam a concorrência nos mercados relativamente a limites de quotas de mercado como forma de aferição da potencial dominância de uma empresa, se uma empresa mantém a sua quota de mercado *persistentemente* acima de 50% poder-se-á presumir, na ausência de evidência que indique o contrário, que ela muito provavelmente terá posição dominante relativamente às demais empresas.²⁸

Não obstante, considera-se no presente estudo um outro cálculo para se inferir sobre a existência de potencial dominância por parte de um prestador, nomeadamente uma fórmula baseada na proposta de Melnik *et al.* (2008)²⁹, aplicada em Hellmer e Wårell (2009)³⁰, que computa um limite variável de quota de mercado, a partir do qual se pode determinar se a empresa de maior quota num mercado relevante tem uma

Commission of the European Communities julgado pela Corte Europeia em 13 de Fevereiro de 1979.

²⁶ Vide Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). 2004. OECD Secretariat Seminar Materials. Market Dominance: Identification and Abuse; e Park, S. 2009. Market Power in Competition for the Market. *Journal of Competition Law & Economics*. 5 (3): 571-579.

²⁷ Vide OCDE. 2004. OECD Secretariat Seminar Materials. Market Dominance: Identification and Abuse.

²⁸ Vide *guidelines* do *Office of Fair Trading*, agência do Reino Unido que analisa a concorrência nos mercados e operações de concentração. Em particular, o documento “Abuse of a dominant position – Understanding competition law”, de 2004, que refere o caso C-62/86, AKZO Chemie BV vs. Comissão [1993] 5 CMLR 215 p. 16.

²⁹ Melnik, A., Shy, O. e Stenbacka, R. 2008. Assessing market dominance. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 68: 63-72.

³⁰ Hellmer, S. e Wårell, L. 2009. On the evaluation of market power and market dominance – The Nordic electricity market. *Energy Policy*. 37: 3235-3241.

potencial dominância. Tal cálculo de limite, ou quota de mercado de referência, inclui a consideração da intensidade da concorrência efectiva no mercado, traduzida pelas quotas de mercado das outras empresas actuautes no mercado.

O cálculo das quotas de referência é realizado da seguinte forma:

$$s^D = g(s_1, s_2, \dots, s_N) \stackrel{\text{def}}{=} \frac{1}{2} \left[1 - (s_1 - s_2) \left(1 - \sum_{i=3}^N s_i \right) \right],$$

em que:

- s^D é o limite de quota de mercado determinado endogenamente, a partir do qual o prestador de maior quota terá potencial dominância. É uma quota de mercado de referência, que aumenta à medida que a intensidade da concorrência efectiva aumenta;
- s_1, s_2, \dots, s_N são as quotas de mercado exogenamente observadas dos N prestadores actuautes no mercado relevante, desde a maior quota s_1 até à menor quota s_N ; e
- $(s_1 - s_2)(1 - \sum_{i=3}^N s_i)$ reflecte a intensidade da concorrência efectiva e representa a forma como a capacidade do prestador 1 de dominar o mercado é limitada pelos demais agentes actuautes no mercado relevante.

A Tabela 11 exprime os resultados encontrados com a aplicação desta fórmula.

Tabela 11 – RRAS e identificação de prestadores com potencial dominância

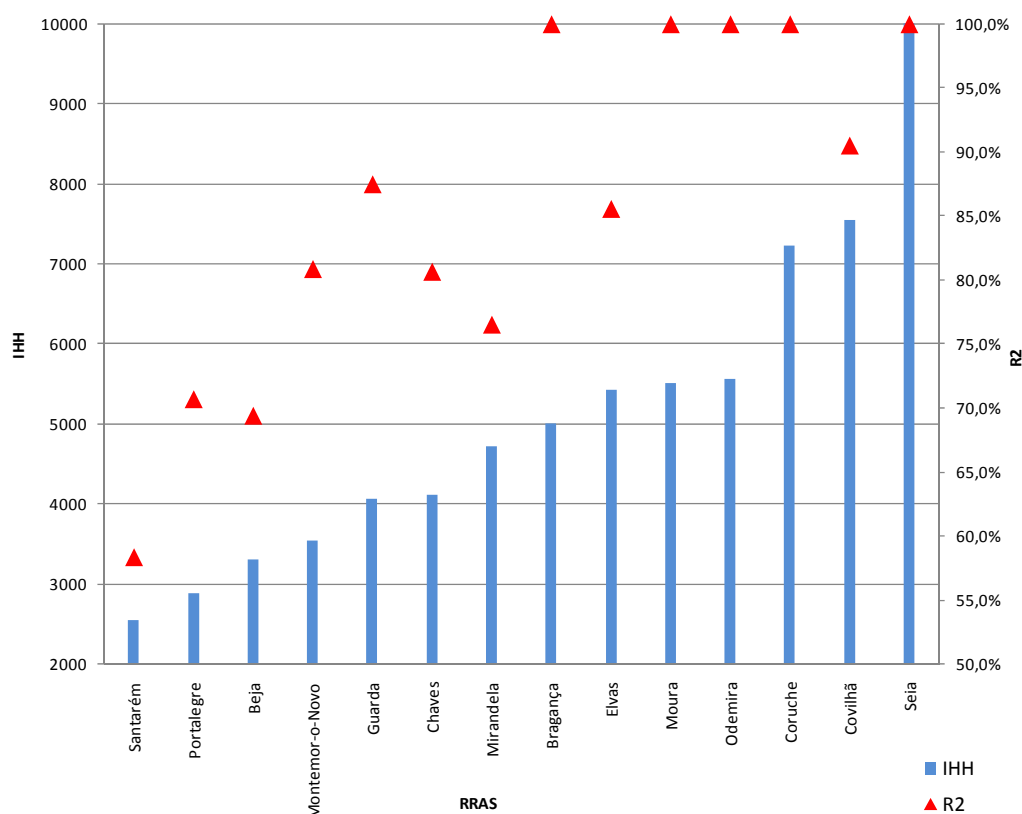
RRAS	Limite de referência		Maior quota de mercado	
	2007	2010	2007	2010
Norte				
Bragança	0,0%	48,9%	100,0%	51,1%
Chaves	41,0%	35,8%	52,2%	58,0%
Mirandela	41,7%	28,0%	58,3%	67,0%
Centro				
Castelo Branco	40,6%	49,2%	50,0%	30,9%
Covilhã	26,1%	12,6%	71,0%	86,6%
Guarda	22,0%	44,5%	76,1%	50,0%
Seia	22,7%	0,0%	77,3%	100,0%
Viseu	40,6%	43,8%	45,7%	35,9%
Lisboa e Vale do Tejo				
Coruche	22,2%	16,7%	77,8%	83,3%
Santarém	38,5%	39,9%	49,3%	46,4%
Alentejo				
Beja	46,1%	38,7%	40,7%	51,0%
Elvas	37,8%	25,1%	57,1%	71,9%
Montemor-o-Novo	37,8%	45,3%	57,1%	46,2%
Moura	30,0%	34,1%	70,0%	65,9%
Odemira	-	33,3%	-	66,7%
Portalegre	40,1%	43,7%	55,6%	44,2%
Sines	42,1%	46,0%	55,6%	41,2%

O número de RRAS em que se verificaram a existência de posição dominante potencial diminuiu de 2007 para 2010. Em 2007, havia 15 RRAS com prestadores com potencial dominância. Em 2010, são 14 os mercados de MFR potencialmente dominados, designadamente Guarda, Elvas, Odemira, Bragança, Chaves, Coruche, Covilhã, Mirandela, Moura, Portalegre, Santarém, Seia, Beja e Montemor-o-Novo.

3.3.1. Monitorização de mercados e prestadores de serviços de MFR

A Figura 11 apresenta uma ilustração sintética dos IHH e dos rácios R2 por RRAS (com grupos empresariais), considerando as 14 regiões potencialmente dominadas.

Figura 11 – R2 e IHH de 2010 nos mercados geográficos mais preocupantes



Considerando que as 14 RRAS potencialmente dominadas e de concentração alta apresentam IHH que variam de 2.554 até 10.000 e rácios R2 desde 58% até 100%, conclui-se que estes mercados de serviços de MFR são, actualmente, os que apresentam uma situação concorrencial relativamente mais preocupante, sendo eventualmente merecedores de uma monitorização.

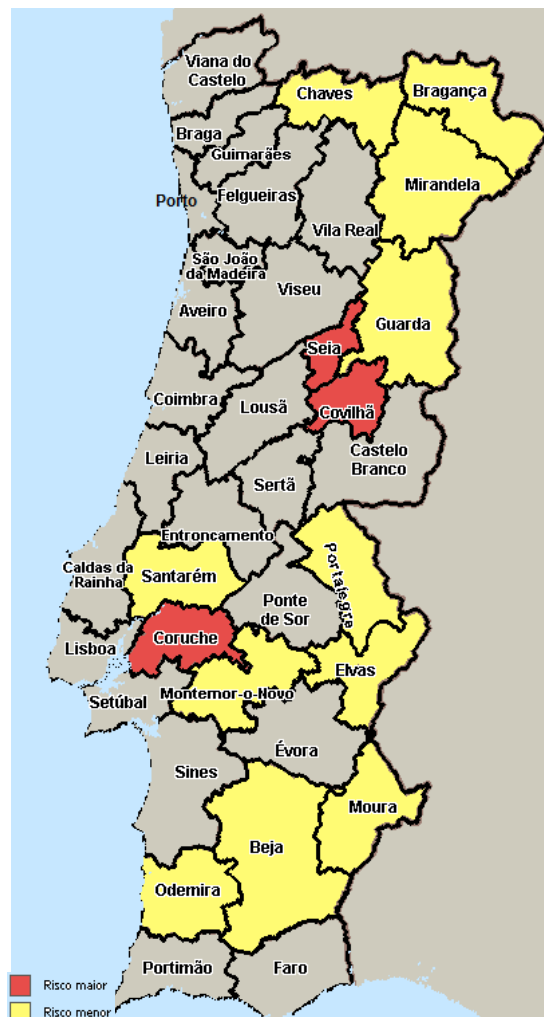
Por sua vez, com base numa análise de *clusters*³¹ e considerando duas métricas, concretamente o IHH e a diferença entre as quotas dos prestadores potencialmente dominantes e as quotas de referência de Melnik *et al.* (2008) e Hellmer e Wårell (2009), estabelece-se uma classificação das 14 RRAS quanto ao maior ou menor risco de ocorrência de problemas para os utentes decorrentes da situação concorrencial,

³¹ A metodologia de *clustering* visa analisar a distribuição de um indicador através da classificação dos dados em grupos, sendo o resultado caracterizado pela maximização do grau de associação entre observações de um mesmo grupo e a minimização do grau de associação entre observações de grupos diferentes, possibilitando a classificação dos dados em grupos de maior homogeneidade interna relativa. Do ponto de vista metodológico, a análise de *clusters* apresenta a vantagem de não exigir a definição arbitrária dos limites de cada categoria. São os próprios dados que definem o que é um valor alto ou um valor baixo. Das diversas técnicas de *clustering* existentes, foi utilizada a técnica das *k*-médias (McQueen, J. 1967. Some methods for classification and analysis of multivariate observations. Proceedings of the Fifth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability: 281-297.).

tais como oferta insuficiente, discriminação e qualidade inferior a padrões minimamente aceitáveis. Opta-se por estas duas métricas, porque, quanto maiores forem os seus valores, menor será a pressão concorrencial dos prestadores concorrentes sobre os prestadores potencialmente dominantes e, teoricamente, maior será o risco de adopção, por parte dos prestadores potencialmente dominantes, de práticas com impacto negativo sobre os utentes.

O mapa da Figura 12 ilustra os resultados da análise efectuada. As 14 RRAS onde a situação concorrencial é mais preocupante são classificadas em dois *clusters* de risco: “risco maior” – a vermelho – e “risco menor” – a amarelo.

Figura 12 – Classificação do risco de ocorrência de práticas com impacto negativo sobre os utentes



Sendo assim, verificando-se um maior risco de ocorrência de práticas com impacto negativo sobre os utentes nas RRAS de Seia, Covilhã e Coruche, o foco de uma

monitorização, envolvendo acções específicas, deveria recair prioritariamente sobre os estabelecimentos potencialmente dominantes ali situados.

Tal monitorização poderia envolver, por exemplo, a recolha de informações adicionais sobre os concorrentes efectivos naqueles mercados que possam confirmar os cálculos realizados, uma revisão das queixas dos livros de reclamação, a recolha de opiniões de utentes e inspecções nos estabelecimentos em causa, em conformidade com o previsto no art. 42.º, al. c) do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.

4. Conclusões

No cumprimento do seu plano de actividades e tendo em vista as suas incumbências estabelecidas no art. 38.º, als. a) e b), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, a Entidade Reguladora de Saúde (ERS) realizou o presente estudo com os objectivos principais de analisar o sector da prestação de serviços de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), investigar a existência de eventuais problemas concorrenciais e avaliar a presença de potencial dominância nos mercados.

Tendo-se considerado no presente estudo todos os estabelecimentos prestadores de serviços de MFR de Portugal continental (públicos, privados e do sector social), constatou-se que houve um aumento de 32% no número de estabelecimentos e um crescimento de 23% no número de empregos de profissionais de saúde entre 2007 e 2010. Manteve-se neste período a elevada proporção de estabelecimentos de pequena dimensão.

Para a análise da concorrência efectiva entre os prestadores de serviços de MFR realizada, identificaram-se 42 grupos empresariais detentores de 125 estabelecimentos e actuantes em 21 dos 37 mercados geográficos, concentrados nas regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e na Região de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS) de Faro.

Na avaliação da evolução dos graus de concentração de mercado entre 2007 e 2010, considerando os grupos empresariais, não se identificou qualquer mudança de classificação de concentração no sentido de maior concentração. Identificaram-se, por sua vez, 20 mercados geográficos com concentração alta, tendo-se verificado que, enquanto em 10 desses mercados a concentração alta se deve a um reduzido número de concorrentes ali presentes, nos outros 10 mercados as respectivas concentrações seriam classificadas como baixa e moderada se houvesse (hipoteticamente) uma redistribuição igualitária das quotas de mercado entre os concorrentes.

No que se refere à análise de potencial dominância, houve uma redução do número de mercados geográficos com concorrentes potencialmente dominantes, de 15, em 2007, para 14, em 2010. Concluiu-se que os 14 mercados potencialmente dominados e de concentração alta identificados em 2010 – designadamente as RRAS de Guarda, Elvas, Odemira, Bragança, Chaves, Coruche, Covilhã, Mirandela, Moura, Portalegre, Santarém, Seia, Beja e Montemor-o-Novo – apresentam uma situação concorrencial

relativamente mais preocupante, sendo eventualmente merecedores de uma monitorização.

Por último, uma análise complementar foi realizada para se identificar, entre esses 14 mercados geográficos, os que apresentarão maior risco de ocorrência de problemas para os utentes decorrentes da situação concorrencial, tais como oferta insuficiente, discriminação e qualidade inferior a padrões minimamente aceitáveis. Concluiu-se que o foco de uma monitorização, com acções específicas – como, por exemplo, recolha de informações dos prestadores para confirmação dos cálculos realizados, revisão das queixas dos livros de reclamação, recolha de opiniões de utentes e inspecções –, deveria recair prioritariamente sobre as RRAS de risco maior, de Seia, Covilhã e Coruche, ou seja, sobre os estabelecimentos potencialmente dominantes ali situados.

Anexo I – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde

Os objectivos da regulação independente na saúde incluem, entre outros, promover a garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde, e promover o respeito pela livre concorrência nas actividades sujeitas à sua regulação.

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

Por sua vez, apesar de se apresentar como um factor muitas vezes ignorado pela produção teórica sobre os determinantes da procura nos mercados de cuidados de saúde, a distância ao local de oferta é sobremaneira relevante, em termos de custos para o utente no processo de procura/consumo. As deslocações até aos locais de oferta têm associados custos por duas vias: uma directa, pela despesa suportada com meios de transporte; e uma indirecta, pelo custo de oportunidade do tempo perdido nas deslocações. Este aspecto é importante para a definição de mercado relevante. Tendo por base a desutilidade associada pelos utentes às deslocações para a obtenção de serviços de saúde, intuitivamente percebemos que existirá um limite em termos de distância ao local de oferta a partir do qual um indivíduo deixará de ter incentivos a se deslocar para obter os serviços. A partir desse limite, o inconveniente da deslocação medido em termos de custo, tempo e trabalho gera uma desutilidade que ultrapassa a utilidade atribuída ao serviço a obter. Este limite constitui o alcance

do serviço, e com referência à localização de um prestador, delimita a área dentro da qual se fazem sentir restrições competitivas por parte de outros prestadores.

Dado que os estudos e avaliações na área do acesso e da concorrência exigem a definição de unidades regionais de análise, a ERS entendeu criar uma matriz regional que servirá de referência³² a esses trabalhos, definindo Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS).

Os estudos e análises empíricas já efectuados pela ERS sobre o alcance de vários tipos de serviços de prestação de cuidados de saúde permitiram concluir que, para a maior parte desses serviços, a área geográfica de alcance dos prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km². Assim, uma definição meramente geométrica das RRAS implicaria a criação de cerca de 44 áreas geográficas relevantes de 2.000 km² cada, tendo em conta que a área total de Portugal continental é de 88.967 km².³³

No entanto, a definição das RRAS não deverá ser geométrica, mas antes deverá tomar em consideração as características sócio-económicas de cada população, bem como as limitações à acessibilidade introduzidas pela rede viária, pela rede hidrográfica, e pela divisão político-administrativa do território. Aliás, é prática comum³⁴, sempre que tal não se mostre de todo desadequado, definir unidades geográficas de análise com referência a unidades territoriais já estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos. Em primeiro lugar, porque estas unidades territoriais são divisões de todos conhecidas e às quais intuitivamente se associam conhecimentos relevantes. Em segundo lugar, porque a informação estatística recolhida se encontra catalogada nestas divisões. Em terceiro lugar, porque nas divisões administrativas se traduzem efectivas áreas relevantes em termos de centros de decisão das políticas regionais. Finalmente, porque as divisões estatísticas assentam nas diferenças do perfil sócio-económico das regiões, relevante do ponto de vista analítico.

A divisão regional de Portugal continental em unidades territoriais utilizadas para fins estatísticos e/ou administrativos assenta em 4.077 freguesias, 278 concelhos, 18

³² De facto, procura-se aqui definir uma matriz de referência aplicável a uma grande parte dos subgrupos do sector da prestação de cuidados de saúde, e um importante ponto de partida para a definição de matrizes alternativas, quando tal for necessário.

³³ Instituto Geográfico Português – Carta Administrativa Oficial de Portugal (versão 5.0 de 2005).

³⁴ Veja-se, por exemplo, Gaynor, M., Vogt, W. B. 2000. “Antitrust and Competition in Health Care Markets”. In Handbook of Health Economics, ed. A. J. Culyer and J. P. Newhouse, 1405-1487. Amsterdam, North Holland.

distritos, 28 NUTSIII e 5 NUTSII³⁵. A mera análise do número de regiões sugeriria a utilização das NUTSIII como base de partida para a criação das RRAS, mas no caso da prestação de cuidados de saúde essa opção é reforçada por outro tipo de considerações.

Conforme estabelece a Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro), o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – que abrange todas as instituições e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde – é organizado em Administrações Regionais de Saúde (ARS), que têm por missão garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprindo o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção. Por seu turno, o Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, estabelece no seu art. 2.º que as cinco ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) exercem as suas atribuições nas áreas correspondentes às NUTSII, e no seu art. 19.º, que neste âmbito são aplicáveis os mapas para o nível II das NUTS previstos no Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de Agosto. Assim, a divisão regional da prestação de cuidados de saúde em Portugal tem uma matriz político-administrativa assente nas NUTSII de 1999³⁶, o que não poderá ser ignorado na construção da matriz das RRAS.

Todavia, no que concerne à maioria dos cuidados de saúde, as NUTSII correspondem a áreas geográficas demasiado grandes para traduzirem regiões dentro das quais os utentes estão dispostos a deslocar-se para a sua obtenção. As áreas da NUTSII do Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve são, respectivamente, 21.287, 23.672, 11.736, 27.276 e 4.996 km², enquanto que, como foi dito, a área geográfica de abrangência da maior parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km². Assim, as RRAS deverão coincidir com sub-regiões das NUTSII, o que sugere naturalmente a utilização das NUTSIII como base de referência

³⁵ Estas são as divisões para efeitos estatísticos consideradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) nos censos de 2001. As NUTS são Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos. Foram elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária (*vide* Regulamento (CEE) N.º. 2052/88 do Conselho das Comunidades Europeias, de 24 de Junho de 1988, relativo às missões dos Fundos com finalidade estrutural, à sua eficácia e à coordenação das suas intervenções, entre si, com as intervenções do Banco Europeu de Investimento e com as dos outros instrumentos financeiros existentes). As NUTSII e III são, respectivamente, regiões e sub-regiões estatísticas, construídas com o objectivo agruparem municípios contíguos, com problemas, desafios e perfis socio-económicos semelhantes. Em Portugal, as NUTS, níveis I, II e III, foram criadas por meio do Decreto-Lei n.º 46/1989, de 15 de Fevereiro, tendo sofrido alterações pontuais introduzidas com os Decretos-Lei n.º 163/99, de 13 de Maio, e n.º 317/99, de 11 de Agosto, e uma revisão mais profunda, que resultou numa alteração da configuração das NUTS de nível II, introduzida com o Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de Novembro.

³⁶ No remanescente do presente documento, sempre que se mencionarem as NUTS II, deverá considerar-se a versão constante do Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de Agosto.

na construção das RRAS. Recorde-se que, por outro lado, das unidades territoriais devidamente estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos, e que estão na base das estatísticas actualmente existentes, aquela que parece mais se aproximar da dimensão resultante do estudo empírico é a das NUTSIII.

A maioria das NUTSIII tem dimensões compatíveis com o alcance dos prestadores de cuidados de saúde (2.000 km²). No entanto, algumas NUTSIII, sobretudo do interior, têm uma dimensão demasiado grande para traduzirem uma realidade homogénea em termos de acesso e concorrência na prestação de cuidados de saúde.

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

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

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

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

Em cada uma das NUTSII, o primeiro passo consistiu na identificação dos pólos de atracção da região, e a sua ordenação por ordem decrescente do número de habitantes. O segundo passo consistiu na definição da primeira RRAS em torno do

concelho onde se situa o pólo de maior dimensão³⁷, através da agregação dos concelhos circundantes, que se situem mais próximos desse do que de qualquer outro pólo. A avaliação da proximidade de cada concelho a um determinado pólo assentou no cálculo da distância média ponderada em estrada entre as juntas de freguesia do concelho em análise e o pólo agregador, sendo o ponderador a população de cada freguesia. Quando, por esse processo, se atinge uma área de pelo menos 2.000 km², passa-se ao segundo pólo, para definir uma nova RRAS³⁸. Se este processo for suficiente para atingir uma área de 2.000 km², então integra-se na RRAS o pólo mais próximo. Este processo continua pelos outros pólos da região, por ordem decrescente do número de habitantes, até que não seja possível criar uma nova RRAS com pelo menos 2.000 km²³⁹. Nessa fase, todos os concelhos da região que ainda não tenham sido afectados a uma RRAS são agregados à RRAS cujo pólo é mais próximo.

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

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

Na região Norte, as NUTSIII de Alto Trás-os-Montes e Douro deram origem a quatro RRAS: Vila Real, Chaves, Bragança e Mirandela, centradas nas cidades com os mesmos nomes⁴⁰. Na região Centro, a única NUTSIII com mais de 4.000 km², a Beira Interior Norte, só tem um potencial pólo de atracção (Guarda) pelo que não é possível

³⁷ Para ilustrar a aplicação da metodologia, utilizaremos a definição das RRAS na NUTSII Alentejo, onde o pólo de maior dimensão é Évora.

³⁸ Para criar a RRAS de Évora, começamos por agregar ao concelho de Évora, os concelhos de Viana do Alentejo e Portel, que somam uma área de 2.300 km², suficiente para considerar criada esta RRAS.

³⁹ Na NUTSII Alentejo, os pólos analisados foram, por ordem decrescente da população, Évora, Beja, Portalegre, Elvas (Estremoz) e Sines (Grândola), que serviram de pólos de atracção para as respectivas RRAS (em alguns casos por integração dos pólos vizinhos indicados entre parêntesis). Os pólos seguintes, Montemor-o-Novo (Vendas Novas), Ponte de Sôr e Moura (Serpa), permitiram a criação de RRAS (mais uma vez, em alguns casos por integração dos pólos vizinhos indicados entre parêntesis). Os pólos de Alcácer do Sal e Reguengos de Monsaraz não agregam concelhos com dimensão suficiente para atingir os 2.000 km². A última RRAS foi criada em torno do pólo de Odemira, uma vez que Aljustrel só agrega o concelho de Castro Verde (perfazendo apenas 1.028 km²).

⁴⁰ Os pólos de Lamego e Peso da Régua foram agregados à RRAS de Vila Real.

a sua divisão em duas RRAS. Na região do Alentejo foram criadas 9 RRAS, em torno dos pólos de Évora, Beja, Portalegre, Elvas, Sines, Montemor-o-Novo, Ponte de Sôr, Moura e Odemira. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, a NUTS III de Lezíria do Tejo deu origem às RRAS de Santarém e Coruche. Na região do Algarve foram criadas duas RRAS, em torno dos dois pólos com mais habitantes, Faro e Portimão.

Figura A1 – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS)



Tabela A1 – RRAS e seus concelhos

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

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

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

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

RRAS	População	Área (Km ²)	Densidade Populacional
Aveiro	396.704	1.802	220
Beja	89.692	5.647	16
Braga	407.558	1.246	327
Bragança	57.284	2.837	20
Caldas da Rainha	356.296	2.220	160
Castelo Branco	75.282	3.748	20
Chaves	81.321	2.267	36
Coimbra	335.532	2.063	163
Coruche	67.941	1.881	36
Covilhã	92.160	1.375	67
Elvas	68.376	2.275	30
Entroncamento	230.980	2.306	100
Évora	86.675	3.135	28
Faro	229.374	2.794	82
Felgueiras	559.406	2.620	214
Guarda	112.114	4.063	28
Guimarães	521.749	1.221	427
Leiria	263.848	1.744	151
Lisboa	2.012.925	1.376	1.463
Lousã	137.840	2.617	53
Mirandela	95.338	4.159	23
Montemor-o-Novo	43.391	2.583	17
Moura	37.502	2.511	15
Odemira	31.419	2.384	13
Ponte de Sôr	39.298	2.630	15
Portalegre	50.292	2.576	20
Portimão	187.473	2.202	85
Porto	1.276.575	814	1.567
Santarém	179.861	2.394	75
São João da Madeira	285.464	862	331
Seia	48.548	868	56
Sertã	42.125	1.905	22
Setúbal	766.172	1.559	491
Sines	71.524	3.535	20
Viana do Castelo	252.272	2.218	114
Vila Real	200.824	3.016	67
Viseu	291.019	3.489	83

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

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

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

