
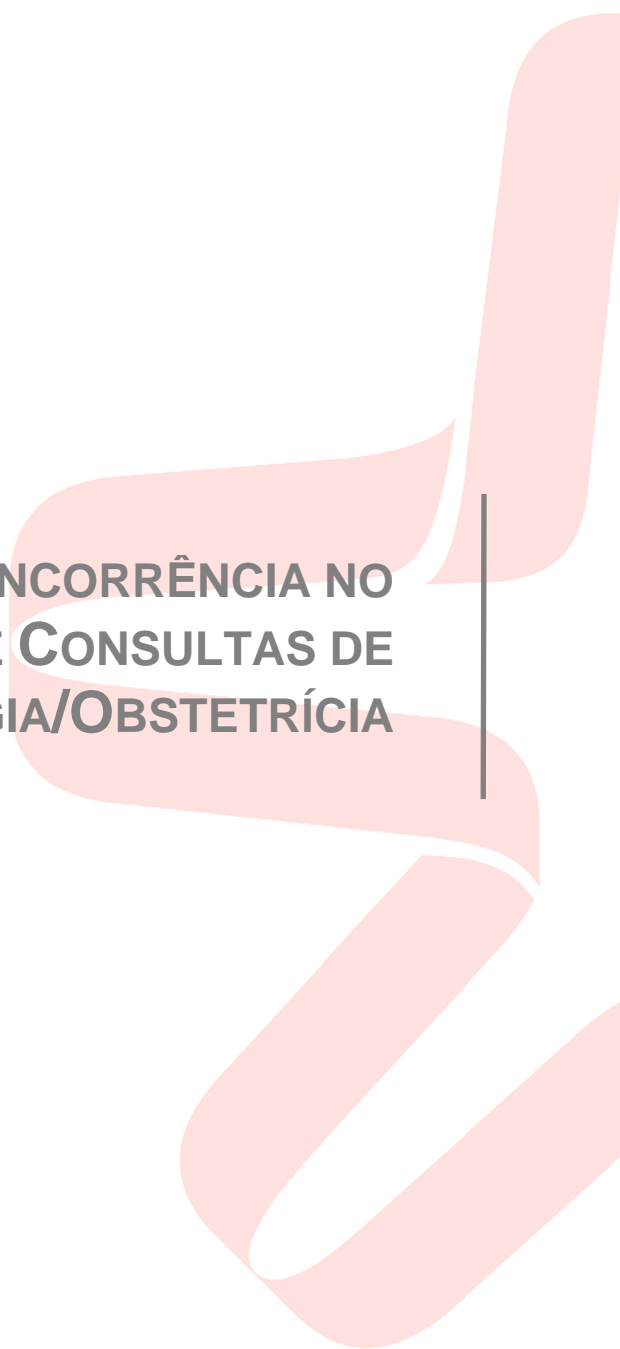




ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO SECTOR DA PRESTAÇÃO DE CONSULTAS DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA

JANEIRO DE 2011

Índice

1. Introdução.....	1
2. Concorrência nos mercados de consultas de ginecologia/obstetrícia.....	2
2.1. Mercado relevante do serviço.....	2
2.2. Mercado relevante geográfico.....	6
2.3. Concentração nos mercados de consultas de ginecologia/obstetrícia.....	7
2.3.1. Concentração ao nível das entidades.....	10
2.3.2. Concentração ao nível dos grupos empresariais.....	14
3. Limites à concorrência nos mercados de consultas de ginecologia/obstetrícia.....	18
3.1. Acordos e convenções com entidades financiadoras.....	19
3.2. Condicionantes do comportamento das utentes.....	20
4. Conclusões.....	23
Anexo I – Definição de mercado relevante.....	24
Anexo II – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde.....	43
Anexo III – Análise de potencial dominância.....	53

Índice de Abreviaturas

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

CC – *Competition Commission*

CEE – Comunidade Económica Europeia

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DOJ – *U.S. Department of Justice*

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GMENAC – *Graduate Medical Education National Advisory Committee*

JOUE – Jornal Oficial da União Europeia

NMa – *Netherlands Competition Authority*

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*

1. Introdução

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

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 de analisar o sector da prestação de consultas de ginecologia/obstetrícia, identificar problemas concorrenciais e estabelecer uma base de referência para uma avaliação futura da evolução da situação concorrencial nos mercados.

Apesar das naturezas e finalidades bastante heterogéneas verificadas entre os diversos serviços de ginecologia/obstetrícia, a avaliação concorrencial considera apenas a prestação de consultas de ginecologia/obstetrícia.

No capítulo 2, apresenta-se a análise da concorrência entre os prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia. Define-se o mercado relevante desses serviços, realiza-se uma análise da concentração dos mercados e faz-se uma avaliação da existência de posição dominante potencial por parte dos agentes actantes nos mercados relevantes, tendo em conta os prestadores de serviços de saúde e também os grupos empresariais. No capítulo 3 são analisados eventuais limites à concorrência nos mercados e, por último, no capítulo 4, apresentam-se as conclusões do estudo.

2. Concorrência nos mercados de consultas de ginecologia/obstetrícia

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”.¹ Assim, definem-se neste capítulo os mercados relevantes das consultas de ginecologia/obstetrícia. Utiliza-se como base metodológica para tal o estudo de enquadramento apresentado no Anexo I, com as principais metodologias utilizadas em processos de definição de mercados relevantes e mercados relevantes de serviços de saúde que já foram definidos em tribunais, e por autoridades nacionais e outras instituições.²

2.1. Mercado relevante do serviço

É normal iniciar-se a definição do(s) mercado(s) relevante(s) a partir de um reconhecimento dos tipos de empresas (por sector de actividade, por exemplo) e/ou do(s) serviço(s) que se pretende analisar.

De seguida, procura-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 e comercial. Adoptando algum critério, como, por exemplo, o critério de vendas, consegue-se definir um mercado candidato inicial estreito, com apenas um ou poucos serviços – os mais importantes.

Sendo assim, tendo em consideração esta primeira análise, pode-se definir o mercado inicial em causa como sendo o mercado das consultas de ginecologia/obstetrícia. As empresas a considerar deverão ser, portanto, os prestadores actuantes no sector da prestação de consultas de ginecologia/obstetrícia.

O passo seguinte no processo de definição de mercado relevante do serviço envolve a questão relativa à possibilidade de um monopolista hipotético do(s) serviço(s) em

¹ Comunicação 97/C 372/03 da Comissão Europeia (JOUE n.º C 372/5 de 9.12.1997).

² O texto do Anexo I constitui parte do estudo concluído pela ERS em Dezembro de 2009, intitulado “Levantamento e Definição dos Mercados Relevantes no Sector de Prestação de Serviços de Saúde”.

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 é a metodologia geralmente aceite para a definição de mercados relevantes, e que aqui se aplicou de forma conceptual (*vide* Anexo I).

Substituibilidade do lado da procura

A substituibilidade do lado da procura (ou, sucintamente, substituibilidade da procura) é o elemento mais imediato que influencia as decisões dos fornecedores relativas à fixação de preços de um dado serviço (ou definição de nível de qualidade ou volume de produção). Para se efectuar a análise da substituibilidade da procura, visando verificar quais os serviços substitutos mais próximos entre si, algumas informações devem ser recolhidas, como, por exemplo, o comportamento dos consumidores, a finalidade de utilização dos serviços e os preços (*vide* Anexo I).

Importa, primeiramente, referir que no âmbito da satisfação das necessidades de saúde aqui em causa, existem dois tipos diferentes de consultas disponíveis para as utentes, designadamente a consulta médica da especialidade de ginecologia/obstetrícia, prestada num estabelecimento prestador de serviços de saúde por um médico especialista em ginecologia/obstetrícia, e a consulta de saúde materna realizada por um médico de família num Centro de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou, alternativamente, num consultório médico privado da especialidade de medicina geral e familiar.

As consultas médicas da especialidade de ginecologia/obstetrícia são prestadas com vista a satisfazer uma ampla gama de necessidades das utentes, que exercem a sua procura deslocando-se a um estabelecimento prestador de serviços de saúde com objectivos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou cura de doenças do foro ginecológico e, no caso das utentes grávidas, acompanhamento da gravidez, entre outros objectivos de saúde.

Portanto, nestes casos, e especialmente quando tiverem maior preocupação relativamente à gravidade de eventuais problemas de foro ginecológico ou obstétrico e aos exames e tratamentos necessários, as utentes recorrerão preferencialmente à consulta da especialidade. Isto porque, globalmente, os profissionais de saúde especialistas em ginecologia/obstetrícia são detentores de um maior leque de competências específicas da especialidade em comparação com os outros

profissionais de saúde – médicos não especialistas ou de outras especialidades –, em função da formação e do conhecimento que adquiriram em termos teóricos e práticos.

Por seu turno, no que se refere aos preços e à forma de acesso das utentes aos serviços nesta área, verifica-se uma diferenciação entre as consultas públicas e as consultas não públicas. Por um lado, as consultas não públicas da especialidade de ginecologia/obstetrícia podem ser acedidas directamente pelas utentes, sem a necessidade de uma avaliação médica prévia e de referência, ao contrário do que ocorre nos estabelecimentos públicos, em que os Centros de Saúde referenciam as utentes para consultas hospitalares da especialidade, nos casos em que se verifica a necessidade.³ Por outro lado, as consultas não públicas da especialidade de ginecologia/obstetrícia implicam o pagamento de preços substancialmente mais elevados do que os praticados em estabelecimentos públicos (que são as taxas moderadoras ou preços nulos, em função das isenções).^{4 5}

Assim, para efeito da definição de mercado relevante do serviço, tendo em vista o critério da substituíbilidade da procura, parece razoável considerar a diferenciação entre consultas da especialidade e consultas de saúde materna prestadas por médicos generalistas, e ainda a distinção entre consultas públicas de consultas não públicas. Define-se, assim, como mercado relevante do serviço, o mercado de consultas médicas não públicas da especialidade de ginecologia/obstetrícia, incluindo os serviços geralmente prestados no âmbito dessas consultas.

Substituíbilidade do lado da oferta

A análise da substituíbilidade da procura não leva em conta outros condicionalismos concorrenciais, nomeadamente os relativos à substituíbilidade da oferta, que possibilita

³ Segundo dados do relatório “Centros de Saúde e Hospitais, Recursos e Produção do SNS, 2007”, da Direcção-Geral da Saúde (DGS), havia nos centros de saúde de Portugal continental em 2007 apenas 14 ginecologistas/obstetras a serviço, pelo que as consultas da especialidade de ginecologia/obstetrícia são realizadas sobretudo nos hospitais do SNS.

⁴ Sobre as isenções das taxas moderadoras, *vide* art. 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, com as alterações estabelecidas no Decreto-Lei n.º 201/2007, de 24 de Maio e no Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de Maio.

⁵ 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. No âmbito daquela operação, não integraram o mercado dos serviços de hospitais de agudos os serviços prestados por clínicas privadas, uma vez que os serviços privados não foram considerados como sendo alternativos aos serviços prestados pelos hospitais públicos, em que os utentes não pagam. Fez-se, portanto, a distinção entre os mercados públicos e privados com base em características diferentes de acesso, nomeadamente em função do esforço financeiro que incumbe aos utentes quando recorrem aos serviços de saúde.

a identificação de concorrentes efectivos adicionais no mercado relevante ou a expansão da definição do mercado de modo a incluir serviços adicionais.

Tendo-se considerado o âmbito do estudo delimitado em termos sectoriais e, correspondentemente, definido o mercado relevante do serviço como sendo o mercado de consultas médicas não públicas da especialidade de ginecologia/obstetrícia, incluindo os serviços geralmente prestados no âmbito dessas consultas, importa verificar se outras empresas poderiam transferir a sua produção para os serviços em causa e comercializá-los a curto prazo, sem custos ou investimentos significativos ou irrecuperáveis, em resposta a pequenas (mas significativas) alterações duradouras nos preços relativos. Esta consideração importa para a confirmação da delimitação do mercado do produto e para a realização dos cálculos de quotas de mercado, graus de concentrações e os outros cálculos que se apresentam neste estudo, pois, dependendo do número de concorrentes efectivos identificados nos mercados, maiores ou menos serão os resultados numéricos obtidos, com evidente implicação sobre as interpretações conclusivas das análises.

A existência de capacidade de substituíbilidade do lado da oferta depende de alguns factores, como, por exemplo, a viabilidade técnica da substituição, os custos envolvidos e a disponibilidade de e a facilidade em se contratar recursos humanos (*vide Anexo I*).

Neste sentido, note-se que, por um lado, a adaptação de qualquer tipo de consultório médico para a substituição da oferta poderá ocorrer facilmente e sem impedimentos, porque os serviços em causa envolvem actos médicos simples (como, por exemplo, prescrição e orientação) e, no que se refere aos exames, envolvem globalmente a observação visual ou toques, ou a utilização de instrumentos ginecológicos habitualmente utilizados pelos médicos. Sendo assim, não haveria restrição para um qualquer hospital, que oferece um conjunto de consultas externas de especialidade, substituir a sua oferta e passar a prestar consultas de ginecologia/obstetrícia.

Por outro lado, sendo os principais profissionais de saúde envolvidos na prestação das consultas de ginecologia/obstetrícia os médicos da especialidade de ginecologia/obstetrícia, a escassez ou efectiva falta destes profissionais pode implicar custos que tornam a substituição pouco atractiva ou impeditiva.

Há indícios de escassez de médicos da especialidade de ginecologia/obstetrícia para novos prestadores de consultas, no entanto, não sendo possível afirmar categoricamente que os dados referentes aos recursos humanos são determinantes

para a definição de mercado do produto, segue-se o que se preceitua na metodologia de definição de mercados quando subsistem dúvidas sobre a possibilidade de adopção ou não da análise da substituibilidade da oferta para a definição do mercado relevante e define-se o mercado apenas com base na substituibilidade da procura (*vide* Anexo I).

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 serviços ou serviços, onde as condições de concorrência são suficientemente homogéneas e, também, que podem distinguir-se de outras áreas geográficas vizinhas em virtude de condições concorrenciais consideravelmente distintas.

Uma vez que a prestação de serviços de saúde exige tipicamente a presença física do utente, só se poderão considerar como concorrentes os prestadores que tenham estabelecimentos que se situem a uma distância não muito elevada do utente.

Por sua vez, como se constatou em estudos anteriores da ERS, as áreas de abrangência com cerca de 2.000 km² serão típicas na prestação de serviços de saúde, pelo que se definiu uma matriz regional aplicável a avaliações em Saúde, nomeadamente para a definição de mercados geográficos relevantes, formada pelas Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS) (*vide* Anexo II), que serviram de base à definição dos mercados relevantes de consultas de ginecologia/obstetrícia.

Deste modo, definem-se os mercados relevantes de consultas de ginecologia/obstetrícia, para efeito da avaliação concorrencial que aqui se apresenta, como sendo cada uma das RRAS em que actuam os prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia, sendo os serviços em causa mais especificamente as consultas não públicas da especialidade médica de ginecologia/obstetrícia.

2.3. Concentração nos mercados de consultas de ginecologia/obstetrícia

Encontrando-se definidos os mercados relevantes de consultas de ginecologia/obstetrícia, importa analisar as suas estruturas, procedendo-se, nesta secção, à apreciação das características dos prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia, à aferição das suas quotas relativas e ao cálculo dos níveis de concentração como indicadores da tensão concorrencial existente entre os prestadores em cada um dos mercados relevantes.

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 serviço em causa, permitem obter a informação desejada. Um desses elementos é a capacidade produtiva das empresas.⁶

No caso concreto da prestação de consultas de ginecologia/obstetrícia, foram determinadas as dimensões dos prestadores de serviços de saúde e aferidas suas capacidades produtivas pelo número de empregos de médicos dos estabelecimentos.⁷ Concretamente, as dimensões dos prestadores serviram de base, no estudo, para o cálculo das suas quotas de mercado, as quais foram utilizadas para o cálculo dos Índices Herfindahl-Hirschmann (IHH).⁸

Porém, antes de se proceder à apresentação dos graus de concentração dos mercados, apresenta-se a distribuição da oferta dos prestadores. Note-se que toda a informação relativa aos estabelecimentos e entidades prestadoras de consultas de ginecologia/obstetrícia consta da base de dados da ERS (Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER)), resultante do registo obrigatório de

⁶ Vide parágrafo 54 da Comunicação (97/C 372/03) da Comissão Europeia (JOUE n.º C 372/5 de 9.12.1997).

⁷ Foram considerados apenas os postos de trabalho de colaboradores que estarão dedicados unicamente à prestação das consultas de ginecologia/obstetrícia, nomeadamente os empregos de médicos da especialidade.

⁸ Neste sentido, vejam-se as *guidelines* da Comissão Europeia (Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais, publicadas no Jornal Oficial n.º C 31/03, de 5 de Fevereiro de 2004). O IHH é uma medida específica de concentração de mercado, equivalente à soma dos quadrados das quotas de mercado das empresas. Este índice varia entre 0, mercado perfeitamente concorrencial, e 1, monopólio (habitualmente, este índice é apresentado como resultado do cálculo com quotas de mercado na base 100, variando assim entre 0 e 10.000). Quanto mais alto o IHH, mais a produção estará concentrada num pequeno número de empresas.

estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conforme referido no artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.

A oferta total de estabelecimentos não públicos prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia identificada no SRER é representada por 1.133 estabelecimentos detidos por 1.004 entidades privadas com e sem fins lucrativos.⁹ Tendo em consideração os mercados relevantes definidos na secção anterior, apresenta-se na tabela 1 a distribuição dos estabelecimentos em termos geográficos.

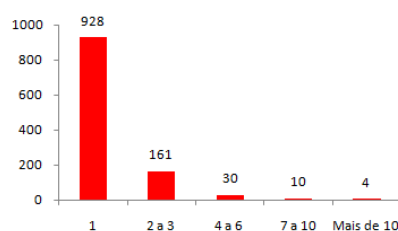
Tabela 1 – Estabelecimentos não públicos prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia por RRAS

RRAS	Estabelecimentos	% do Total	Estab. por 100.000 mulheres
Norte			
Braga	29	2,6%	13,6
Bragança	4	0,4%	13,9
Chaves	0	0,0%	0,0
Felgueiras	34	3,0%	11,9
Guimarães	40	3,5%	14,9
Mirandela	3	0,3%	6,3
Porto	202	17,8%	30,2
São João da Madeira	21	1,9%	14,3
Viana do Castelo	20	1,8%	15,1
Vila Real	16	1,4%	15,8
Centro			
Aveiro	49	4,3%	23,8
Castelo Branco	4	0,4%	10,5
Coimbra	66	5,8%	38,1
Covilhã	6	0,5%	12,8
Guarda	7	0,6%	12,3
Leiria	43	3,8%	31,4
Lousã	9	0,8%	12,7
Seia	1	0,1%	4,0
Sertã	1	0,1%	4,8
Viseu	39	3,4%	25,8
Lisboa e Vale do Tejo			
Caldas da Rainha	24	2,1%	12,9
Coruche	4	0,4%	11,3
Entroncamento	22	1,9%	18,4
Lisboa	287	25,3%	27,1
Santarém	26	2,3%	28,3
Setúbal	92	8,1%	22,7
Alentejo			
Beja	8	0,7%	17,9
Elvas	4	0,4%	11,7
Évora	6	0,5%	13,6
Montemor-o-Novo	3	0,3%	13,6
Moura	2	0,2%	11,2
Odemira	0	0,0%	0,0
Ponte de Sor	0	0,0%	0,0
Portalegre	3	0,3%	11,9
Sines	4	0,4%	11,4
Algarve			
Faro	32	2,8%	27,1
Portimão	22	1,9%	22,7
Total	1133	100,0%	21,7

⁹ Números obtidos em Janeiro de 2010.

Os 1.133 estabelecimentos localizados em 34 das 37 RRAS têm 1.569 empregos de médicos.¹⁰ A figura 1 apresenta a distribuição dos estabelecimentos não públicos prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia por dimensão, avaliada pelo número de postos de trabalho de médicos nos estabelecimentos, sendo estes números também indicativos das respectivas capacidades produtivas.

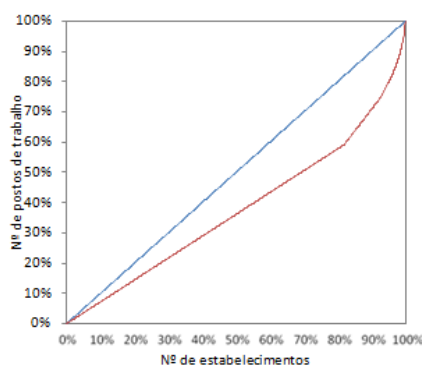
Figura 1 – Distribuição dos estabelecimentos não públicos prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia pelo número de postos de trabalho



Os estabelecimentos são predominantemente de pequena dimensão. Há uma grande concentração de estabelecimentos com apenas um médico, sendo que 96% dos estabelecimentos empregam no máximo três médicos.

A curva de distribuição de postos de trabalho pelos estabelecimentos, que se apresenta na figura 2, possibilita a visualização de uma desigualdade nas contratações de médicos pelos estabelecimentos. Há poucos estabelecimentos com muitos empregos de médicos e muitos estabelecimentos com poucos médicos.

Figura 2 – Curva da distribuição de postos de trabalho pelos estabelecimentos



Nesta figura pode-se verificar que a maioria dos estabelecimentos – nomeadamente 69% – é responsável por cerca da metade da oferta de empregos, enquanto 31%

¹⁰ Referem-se ao número de “empregos de profissionais de saúde”, que são os postos de trabalho nos estabelecimentos. Não se identifica se um mesmo profissional trabalha em mais de um estabelecimento.

concentra a outra metade da oferta de empregos (note-se que a distribuição de empregos pelos estabelecimentos que seria a mais equitativa é representada na figura 2 pela linha azul).

2.3.1. Concentração ao nível das entidades

A aferição do grau de concentração do mercado é comumente feita por meio da análise das quotas de mercado, dos rácios de concentração¹¹ ou dos IHH.

O IHH é uma medida de concentração de mercado usada como um indicador do poder de mercado ou da concorrência entre as empresas. Pode-se, com base nos níveis absolutos do IHH, concluir sobre a concentração nos mercados, uma vez que fornecem uma indicação inicial da pressão concorrencial nos mercados. Sendo assim, tendo em consideração as regras da Comissão Europeia e das agências do Reino Unido, *Office of Fair Trading* e *Competition Commission*, 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.¹²

Uma empresa/entidade pode possuir vários estabelecimentos/pontos de oferta distribuídos geograficamente por todo o território de Portugal continental. Na tabela 2 *infra*, são apresentadas as presenças das entidades não públicas prestadoras de consultas de ginecologia/obstetrícia registadas no SRER por RRAS, isto é, os números de entidades não públicas actuantes em cada um dos mercados geográficos relevantes, com um ou mais estabelecimentos prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia ali localizados. Tais presenças constituirão os números de concorrentes efectivos em cada um dos mercados geográficos, podendo-se verificar

¹¹ De acordo com as “Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas” da Comissão Europeia (JOUE n.º C 31 de 5/2/2004), os rácios de concentração avaliam a quota de mercado agregada de um pequeno número das empresas mais importantes num determinado mercado.

¹² 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.

que há entidades actuantes em mais de um mercado (a soma de presenças é de 1.061, superior ao número total de entidades de 1.004).¹³

Tabela 2 – Presenças das entidades não públicas prestadoras de consultas de ginecologia/obstetrícia por RRAS

RRAS	Entidades presentes	Estabelecimentos
Norte		
Braga	28	29
Bragança	4	4
Chaves	0	0
Felgueiras	29	34
Guimarães	37	40
Mirandela	3	3
Porto	187	202
São João da Madeira	21	21
Viana do Castelo	19	20
Vila Real	14	16
Centro		
Aveiro	44	49
Castelo Branco	4	4
Coimbra	63	66
Covilhã	6	6
Guarda	6	7
Leiria	40	43
Lousã	9	9
Seia	1	1
Sertã	1	1
Viseu	38	39
Lisboa e Vale do Tejo		
Caldas da Rainha	24	24
Coruche	4	4
Entroncamento	22	22
Lisboa	264	287
Santarém	25	26
Setúbal	86	92
Alentejo		
Beja	8	8
Elvas	4	4
Évora	6	6
Montemor-o-Novo	3	3
Moura	2	2
Odemira	0	0
Ponte de Sor	0	0
Portalegre	3	3
Sines	4	4
Algarve		
Faro	30	32
Portimão	22	22

Tendo em conta estes dados apresentados na tabela 2, 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 postos de trabalho dos estabelecimentos ali localizados.

¹³ O número máximo de presenças em RRAS diferentes por parte de uma única entidade é de cinco.

Com as quotas de mercado, por sua vez, foram calculados os IHH, que são apresentados na tabela 3 *infra*, indicando os níveis de concentração dos mercados relevantes e fornecendo indicação das condições estruturais de concorrência entre os prestadores.

Tabela 3 – Índices de concentração nos mercados relevantes geográficos

RRAS	Entidades	IHH	Classificação de concentração	IHH de quotas iguais	Diferença
Norte					
Braga	28	473	Baixa	357	116
Bragança	4	2500	Alta	2500	0
Chaves	0	-		-	-
Felgueiras	29	528	Baixa	345	183
Guimarães	37	428	Baixa	270	158
Mirandela	3	3333	Alta	3333	0
Porto	187	111	Baixa	53	58
São João da Madeira	21	521	Baixa	476	45
Viana do Castelo	19	586	Baixa	526	60
Vila Real	14	796	Baixa	714	82
Centro					
Aveiro	44	274	Baixa	227	47
Castelo Branco	4	2500	Alta	2500	0
Coimbra	63	242	Baixa	159	83
Covilhã	6	1667	Moderada	1667	0
Guarda	6	1875	Moderada	1667	208
Leiria	40	374	Baixa	250	124
Lousã	9	1111	Moderada	1111	0
Seia	1	10000	Alta	10000	0
Sertã	1	10000	Alta	10000	0
Viseu	38	289	Baixa	263	26
Lisboa e Vale do Tejo					
Caldas da Rainha	24	464	Baixa	417	47
Coruche	4	2500	Alta	2500	0
Entroncamento	22	711	Baixa	455	256
Lisboa	264	108	Baixa	38	70
Santarém	25	414	Baixa	400	14
Setúbal	86	157	Baixa	116	41
Alentejo					
Beja	8	1250	Moderada	1250	0
Élvás	4	2500	Alta	2500	0
Évora	6	2188	Alta	1667	521
Montemor-o-Novo	3	3333	Alta	3333	0
Moura	2	5000	Alta	5000	0
Odemira	0	-		-	-
Ponte de Sor	0	-		-	-
Portalegre	3	3750	Alta	3333	417
Sines	4	2500	Alta	2500	0
Algarve					
Faro	30	417	Baixa	333	84
Portimão	22	606	Baixa	455	151

A tabela também apresenta a classificação de concentração correspondente a cada IHH e um outro cálculo de IHH, referente ao caso hipotético em que todas as entidades actuantes nos mercados teriam quotas de mercado exactamente iguais, e que se pode determinar a partir da fórmula de cálculo de IHH de Church and Ware (2000, p. 429)¹⁴, apresentada de seguida, permitindo indicar se os graus de

¹⁴ Church, Jeffrey e Roger Ware. 2000. Industrial Organization: A Strategic Approach, McGraw-Hill.

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:

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

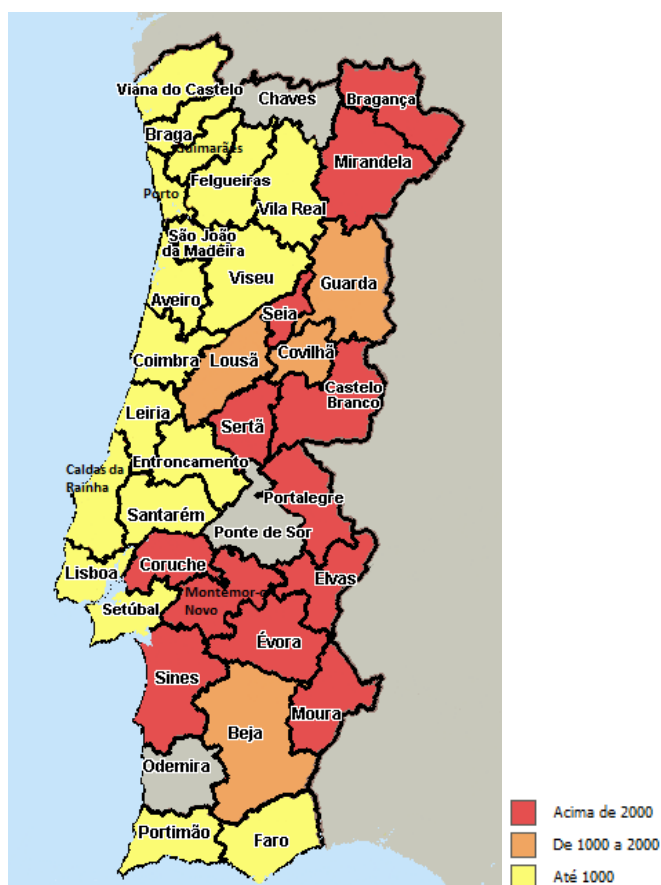
em que N é o número de prestadores actuantes no mercado e σ^2 é a variância das quotas de mercado, o hipotético IHH de quotas iguais (*vide* penúltima coluna da tabela 3) corresponde à situação em que $N\sigma^2 = 0$, ou seja, quando a dispersão das quotas de mercado é nula. Tal dispersão, por sua vez, equivale à diferença entre o IHH e o IHH de quotas iguais (*vide* última coluna da tabela 3).

Com a aplicação da fórmula, constata-se que em alguns mercados o IHH seria mais baixo se as entidades concorrentes em cada mercado tivessem quotas idênticas. Em particular, na RRAS de Évora a concentração mudaria de “alta” para “moderada”. Isto significa dizer que a concentração alta nesta RRAS resulta fundamentalmente da existência de distribuições desiguais de quotas de mercado entre os agentes actuantes, em vez de um número reduzido de estabelecimentos presentes neste mercado geográfico.

Em contrapartida, exemplos de RRAS que apresentam concentração alta resultante principalmente da existência de poucos concorrentes efectivos são, conforme se pode observar na tabela, Bragança, Mirandela, Castelo Branco, Seia, Sertã, Coruche, Elvas, Montemo-o-Novo, Moura e Sines.

A figura 3 ilustra as classificações de concentração no mapa de Portugal continental.

Figura 3 – Concentração nos mercados de consultas de ginecologia/obstetrícia¹⁵



Há duas situações de monopólio, nomeadamente nas RRAS de Seia e Sertã, e mais 10 RRAS com concentração alta. Por outro lado, há 18 RRAS em que a concentração é baixa, com IHH inferior a 1.000 (a amarelo no mapa da figura 3). Esses mercados, localizados principalmente no noroeste e no sul de Portugal continental, apresentam um grau de concentração reduzido que normalmente não é susceptível de colocar problemas de natureza concorrencial.¹⁶

2.3.2. Concentração ao nível dos grupos empresariais

Da análise da informação sobre os agentes actantes nos mercados de ginecologia/obstetrícia, constata-se que alguns prestadores estão inseridos em grupos

¹⁵ Note-se que não há mercado nas RRAS de Chaves, Odemira e Ponte de Sor, em que não se identificaram estabelecimentos prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia.

¹⁶ De acordo com o parágrafo 19 das Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais, publicadas no Jornal Oficial n.º C 31/03, de 5 de Fevereiro de 2004, “É pouco provável que a Comissão identifique preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal num mercado com um IHH (...) inferior a 1.000”.

empresariais, definidos como conjuntos de entidades 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.

A constituição de grupos empresariais não existe explicitamente na base do SRER, mas a sua reconstituição pode ser realizada a partir da análise das estruturas accionistas das entidades e das relações de gestão por via dos elementos que constituem os corpos gerentes. Considerando as entidades com mesmos sócios maioritários e também a partilha de corpos de gestão entre entidades com sócios compartilhados, agruparam-se 80 das 1.004 entidades em 31 grupos empresariais.

Os menores grupos empresariais detêm apenas duas entidades e dois estabelecimentos e actuam em apenas um mercado geográfico. Estão nesta situação 20 dos 31 grupos empresariais. Por sua vez, os cinco principais grupos empresariais actuam no mínimo em três mercados geográficos, e reúnem pelo menos três entidades e seis estabelecimentos. O maior grupo que se identificou actua em sete RRAS e agrega sete entidades e 12 estabelecimentos.

Tendo em consideração a existência destes grupos empresariais, é expectável que haja mudanças na concentração dos mercados, uma vez que o cálculo das quotas de mercado precisa de ser revisto, devendo-se somar as quotas de mercado das entidades que integram cada um dos grupos em cada um dos mercados relevantes. As diferenças entre os IHH calculados relativamente às entidades e os IHH calculados com referência aos grupos empresariais podem ser vistas na tabela 4.

Tabela 4 – Diferenças entre IHH: grupos empresariais vs. entidades

RRAS	IHH grupos	IHH entidades	Diferença
Norte			
Braga	473	473	0
Bragança	2500	2500	0
Chaves	-	-	-
Felgueiras	528	528	0
Guimarães	440	428	11
Mirandela	3333	3333	0
Porto	136	111	25
São João da Madeira	590	521	69
Viana do Castelo	586	586	0
Vila Real	796	796	0
Centro			
Aveiro	274	274	0
Castelo Branco	2500	2500	0
Coimbra	257	242	15
Covilhã	1667	1667	0
Guarda	1875	1875	0
Leiria	393	374	20
Lousã	1111	1111	0
Seia	10000	10000	0
Sertã	10000	10000	0
Viseu	289	289	0
Lisboa e Vale do Tejo			
Caldas da Rainha	464	464	0
Coruche	2500	2500	0
Entroncamento	978	711	267
Lisboa	130	108	22
Santarém	444	414	30
Setúbal	175	157	18
Alentejo			
Beja	1250	1250	0
Elvas	2500	2500	0
Évora	2188	2188	0
Montemor-o-Novo	3333	3333	0
Moura	5000	5000	0
Odemira	-	-	-
Ponte de Sor	-	-	-
Portalegre	3750	3750	0
Sines	2500	2500	0
Algarve			
Faro	417	417	0
Portimão	702	606	95

Como se pode notar, todas as mudanças ocorrem em mercados geográficos com concentração baixa (com IHH inferior a 1.000) e não há qualquer diferença substancial entre os diferentes índices de concentração, não havendo nenhuma mudança de classificação em termos de concentração (no caso, de concentração baixa para moderada). Isso dever-se-á ao facto de que a grande maioria dos grupos empresariais é formada por um conjunto de poucas e pequenas entidades. Acresce que os poucos grupos empresariais que podem ser considerados de grande dimensão são formados por entidades presentes em vários mercados geográficos, diluindo assim o efeito expectável sobre as concentrações dos mercados.

Assim sendo, constata-se que os mercados identificados antes – na análise ao nível das entidades – como sendo mais susceptíveis de apresentarem problemas

concorrenciais resultantes de elevados níveis de concentrações dos mercados, continuam a ser os mesmos na análise ao nível dos grupos empresariais, nomeadamente os mercados geográficos em que se identificaram índices de concentração IHH superiores a 2.000: Bragança, Mirandela, Castelo Branco, Coruche, Elvas, Évora, Montemor-o-Novo, Sines e, principalmente, Seia, Sertã, Moura e Portalegre, onde as maiores quotas de mercado são iguais ou superiores a 50%.

Por sua vez, constatou-se, com a aplicação de um método específico de análise (*vide* Anexo III), que são três os mercados geográficos em que há prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia com potencial dominância, designadamente as RRAS de Seia, Sertã e Portalegre.

Tendo em conta o número de concorrentes em cada um destes mercados, conclui-se que, enquanto nas três RRAS a situação de potencial dominância poderia eventualmente resultar em efeitos negativos sobre as utentes de consultas de ginecologia/obstetrícia, apenas na RRAS de Portalegre poderiam ocorrer prejuízos para os concorrentes de menores quotas de mercado.

3. Limites à concorrência nos mercados de consultas de ginecologia/obstetrícia

A defesa da concorrência entre prestadores decorre no interesse dos próprios prestadores, na medida em que favorece a manutenção da actuação dos agentes de menores quotas nos mercados, impedindo que sejam excluídos em função de eventuais práticas abusivas de empresas líderes. Por outro lado, a concorrência entre prestadores também interessa aos utentes, na medida em que a pressão concorrencial incentiva os prestadores a fornecerem melhores serviços como forma de reter ou captar utentes e, deste modo, garantir a sua sobrevivência no mercado com rentabilidades atractivas. Neste sentido, o que é relevante para o interesse dos utentes é a pressão concorrencial sentida por cada prestador, quer esta seja causada por concorrentes que já estejam no mercado, quer seja causada por concorrentes potenciais, que não se encontram no mercado, mas que nele poderiam entrar se as rentabilidades obtidas fossem percebidas como sendo acima de um nível considerado normal.

A distinção entre uma empresa que pode ser considerada um concorrente efectivo no mercado em razão da sua possível reacção de oferta e uma empresa que deve ser considerada, na verdade, um concorrente potencial não é simples. A principal diferença reside nas variáveis tempo e/ou investimento. Reacções do lado da oferta de concorrentes efectivos ocorrerão a curto prazo, com pouco ou nenhum investimento, enquanto uma nova entrada ocorrerá após um período mais longo, superior a um ano, podendo requerer investimentos significativos (por exemplo, investimentos nas instalações, em equipamentos ou na aquisição de competências).

A análise concorrencial efectuada no capítulo anterior captura a pressão concorrencial exercida pelos concorrentes efectivos nos mercados relevantes definidos. No entanto, tais análises não permitem aferir da pressão exercida pelos concorrentes potenciais. A pressão exercida por concorrentes potenciais será tanto maior quanto menores forem as barreiras à entrada no mercado. Neste sentido, a existência e o grau de importância de barreiras à entrada são indicadores da maior ou menor pressão concorrencial exercida pelos concorrentes potenciais.

Neste capítulo são estudados factores que poderão estar a limitar o funcionamento concorrencial dos mercados de consultas de ginecologia/obstetrícia, impedindo ou dificultando a actuação de um maior número de prestadores nos mercados relevantes.

Apresentam-se de seguida dois potenciais tipos de limites ao funcionamento dos mecanismos concorrenciais que poderiam ter algum impacto sobre a situação concorrencial nos mercados de consultas de ginecologia/obstetrícia: (i) acordos e convenções com entidades financiadoras; e (ii) o comportamento específico dos utentes nos mercados de serviços de saúde.

3.1. Acordos e convenções com entidades financiadoras

Um eventual limite à concorrência poderia resultar dos acordos e convenções com entidades financiadoras e, em particular, o SNS – em razão da sua destacada importância em termos de número de utentes e também devido ao encerramento da celebração de novas convenções.¹⁷

Numa situação hipotética em que 100% dos prestadores actuaes em todos os mercados relevantes fossem convencionados com o SNS, poder-se-ia conjecturar que uma entidade sem convenção não conseguiria viabilizar financeiramente o seu estabelecimento, não conseguindo entrar, portanto, num determinado mercado relevante. Por sua vez, na hipótese das percentagens de convencionados nos mercados serem diferentes entre os mercados relevantes, poder-se-ia obter indícios de que as convenções seriam uma barreira à expansão dos agentes actuaes nos mercados relevantes, pois os prestadores com convenções estariam eventualmente a garantir as quotas de mercado mais altas em função do acesso aos utentes do SNS.

No entanto, tendo em conta os dados constantes do SRER, constatou-se que o número de entidades não públicas de consultas de ginecologia/obstetrícia que têm acordos ou convenções com o SNS para a área das Especialidades Médico-Cirúrgicas (Consultas) é muito diminuto, e apenas uma destas entidades encontra-se num mercado com nível de concentração alto, mas com uma quota de mercado relativamente baixa. Tal constatação indica que não haverá barreiras à entrada ou à expansão decorrentes das convenções com o SNS, pois a sua detenção não será condição imprescindível para viabilizar a entrada ou a expansão dos prestadores nos mercados.

¹⁷ Vide os relatórios elaborados pela ERS sobre a situação das convenções com o SNS, o primeiro dos quais em 2006 e o segundo em 2008, vertidos nos relatórios intitulados “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS” e “As Convenções em 2008”, respectivamente e ambos disponíveis no sítio da ERS na Internet (www.ers.pt).

3.2. Condicionantes do comportamento das utentes

Um outro potencial limite ao funcionamento dos mecanismos concorrenciais nos mercados de consultas de ginecologia/obstetrícia prende-se com o comportamento específico das utentes, que resulta de um conjunto de características muito próprias dos mercados de serviços de saúde, tais como as que são vistas aqui: serviço diferenciado e heterogéneo, preferências heterogéneas e informação imperfeita.

Os serviços de saúde têm, regra geral, características de serviços diferenciados e são heterogéneos, pelo que não são vistos pelos consumidores como sendo idênticos entre si e não são perfeitamente substituíveis. Acresce que, como qualquer serviço, não podem ser comercializados mais do que uma vez pelo prestador, nem vendidos pelo consumidor a outros consumidores.¹⁸

Por sua vez, as preferências dos utentes também são heterogéneas: os utentes podem preferir determinados tipos de consultas em vez de outros e também podem valorizar mais determinadas características dos profissionais de saúde ou dos estabelecimentos em detrimento de outras.

Tal forma de valorização dos utentes de determinadas características dos serviços e dos prestadores de serviços de saúde decorre, em parte, da informação imperfeita dos utentes no que se refere à saúde e à doença. Os utentes têm, regra geral, dificuldade em obter informação exacta sobre a qualidade dos prestadores, por causa da incerteza existente em função de uma assimetria de informação decorrente do maior conhecimento destes últimos em relação aos primeiros na prestação de cuidados de saúde e nos diagnósticos de doenças.¹⁹

Por causa da informação imperfeita, os utentes inferem sobre diversos aspectos relativos à prestação de serviços de saúde através de informações que recolhem pessoalmente, mas também de amigos e familiares, entre outros, para poderem definir as suas preferências. Um dos aspectos que os utentes procuram avaliar é a qualidade da prestação de serviços de saúde, que pode ser definida como reunindo os factores na prestação de serviços de saúde que possibilitam o aumento da probabilidade de,

¹⁸ Vide Gaynor, M. e Vogt, W.B. 2000. "Antitrust and Competition in Health Care Markets", In Handbook of Health Economics, eds. A. L. Culyer e J. P. Newhouse, 1405-1487, Amsterdam, North Holland.

¹⁹ Sobre o elevado grau de incerteza associado aos diagnósticos médicos, prescrição e resultados dos tratamentos, e à assimetria da distribuição da informação entre médico e utente, em favor do primeiro, vide Arrow, Kenneth. J. 1963, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 53 (5): 941-973.

tendo em conta o conhecimento actual, se obterem resultados desejados na saúde dos utentes.²⁰ No entanto, nesta avaliação, os utentes costumam valorizar uma série de aspectos qualitativos que nem sempre correspondem à qualidade clínica. Por exemplo, aspectos de qualidade percebida, não ligados à componente clínica, tais como um estabelecimento num edifício novo, com uma sala de espera ampla e confortável, serão considerados pela maioria dos utentes como sendo representativos de uma qualidade elevada – inclusive na prestação de serviços de saúde – embora isto não seja necessariamente verdadeiro.

Uma vez definidas as suas preferências, os utentes escolhem os seus prestadores para maximizar a sua utilidade ou, similarmente, para a satisfação das suas necessidades. Por seu turno, se as necessidades dos utentes estão a ser satisfeitas após a escolha de um determinado prestador, então dificilmente irão mudar, o que confere ao prestador poder de mercado. Portanto, tendo em conta que a escolha inicial do prestador por parte de um utente se deveu ao critério da maximização de utilidade, face às suas preferências, o utente não irá mudar de prestador facilmente, especialmente se não detiver novas informações que possam ser relevantes para uma melhor escolha e, conseqüentemente, uma utilidade ainda mais alta.²¹

Acresce que há custos envolvidos numa eventual mudança de prestador – custos de mudança (*switching costs*) –, que incluem custos de transacção referentes, por exemplo, ao dispêndio de tempo envolvido com o próprio processo de procura e mudança.^{22 23}

Deste modo, pode-se concluir que a combinação do serviço diferenciado heterogéneo com as preferências dos utentes, definidas no contexto de informação imperfeita, permite que o prestador detenha e mantenha poder de mercado.

²⁰ Definição baseada na definição de Romano, P. S. e Mutter, R. 2004, *The Evolving Science of Quality Measurement for Hospitals: Implications for Studies of Competition and Consolidation*. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 4: 131-157.

²¹ *Vide* Gaynor, M. e Vogt, W.B. 2000. “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, In *Handbook of Health Economics*, eds. A. L. Culyer e J. P. Newhouse, 1405-1487, Amsterdam, North Holland.

²² Note-se que quando um utente muda de um estabelecimento para outro isto poderá implicar também custos que se reflectem num nível qualitativo inicial de cuidados de saúde no novo estabelecimento inferior ao nível prestado anteriormente (Gravelle, H. e Masero G. 2000, *Quality Incentives in a Regulated Market with Imperfect Information and Switching Costs: Capitation in General Practice*. *Journal of Health Economics*, 19 (6): 1067-1088.

²³ Os custos de mudança contribuem para que as quotas de mercados dos prestadores de serviços de saúde sejam consideradas importantes indicadores de lucros futuros. Klemperer, P. 1995, *Competition when Consumers have Switching Costs: An Overview with Applications to Industrial Organization; Macroeconomics and International Trade*. *Review of Economic Studies*, 62: 515-539.

Neste contexto, a qualidade percebida pelos utentes tem um papel de destaque como instrumento de concorrência dos prestadores. Os prestadores podem tentar criar reputação, produzindo uma barreira à entrada de novos prestadores devido ao efeito de *lock-in* dos clientes (aderência dos utentes habituais). O *lock-in*, por sua vez, faz com que os gastos necessários para que novos concorrentes possam convencer os utentes das qualidades dos seus serviços se tornem constantes e muito altos ao longo do tempo.

No que se refere às consultas de ginecologia/obstetrícia, não é frequente a mudança de médico ginecologista/obstetra por parte das utentes ao longo da vida e, inclusive, na altura dos partos, algumas utentes optam por estabelecimentos em que o seu médico trabalha (atentas as preferências relativamente à natureza do estabelecimento e a condição financeira de cada utente, que, como visto *supra*, são factores que contribuem para fundamentar a separação dos mercados público e não público de serviços de obstetrícia). Isto ocorrerá porque as consultas são serviços aos quais as utentes recorrem com regularidade, gerando mais facilmente experiência e reputação, aumentando assim os custos envolvidos numa eventual mudança, com efeito limitador sobre a liberdade de escolha das utentes.

Deste modo, pode-se dizer que, globalmente, a concorrência entre estabelecimentos prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia é limitada em função das condicionantes relativas ao comportamento das utentes.

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 da Saúde (ERS) realizou o presente estudo com os objectivos de analisar o sector da prestação de consultas de ginecologia/obstetrícia, identificar problemas concorrenciais e estabelecer uma base de referência para uma avaliação futura da evolução da situação concorrencial nos mercados.

Definiram-se os mercados relevantes como sendo cada uma das Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS) em que actuam os prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia, sendo os serviços em causa mais especificamente as consultas não públicas da especialidade de ginecologia/obstetrícia.

Verificou-se que a oferta total de estabelecimentos não públicos prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia é representada por 1.133 estabelecimentos detidos por 1.004 entidades privadas com e sem fins lucrativos.

Os mercados geográficos mais susceptíveis de apresentarem problemas concorrenciais resultantes de elevados níveis de concentração de mercado foram identificados como sendo os de Bragança, Mirandela, Castelo Branco, Coruche, Elvas, Évora, Montemor-o-Novo, Sines e, principalmente, Seia, Sertã, Moura e Portalegre, onde as maiores quotas de mercado são iguais ou superiores a 50%.

Na avaliação de potencial dominância nos mercados relevantes, identificaram-se que Seia, Sertã e Portalegre são os mercados com situação concorrencial mais preocupante, pelo que deverão ser monitorizados.

Efectuou-se, ainda, uma análise relativa a potenciais limites à concorrência nos mercados de consultas de ginecologia/obstetrícia, em que foram apresentadas considerações relativas a dois tipos de limites potenciais: convenções e acordos com entidades financiadoras e comportamento das utentes.

Se, por um lado, as convenções e acordos com entidades financiadoras não serão um limite à concorrência nos mercados relevantes de consultas de ginecologia/obstetrícia, verificou-se, por outro lado, que a concorrência entre estabelecimentos prestadores de consultas de ginecologia/obstetrícia estará limitada em função das condicionantes relativas ao comportamento das utentes.

Anexo I – Definição de mercado relevante

A concorrência enquanto elemento subjacente ao eficiente funcionamento dos mercados é tributária da concreta estrutura e características destes últimos. E a definição dos mercados (relevantes) geográficos surge como instrumento essencial de análise de tais estrutura e características de mercados.

No caso de uma operação de concentração, conforme a Comunicação 97/C 372/03 da Comissão Europeia, relativa à definição de mercados relevantes, o objectivo de se definir um mercado é o de identificar os concorrentes efectivos das empresas específicas envolvidas que sejam susceptíveis de restringir o seu comportamento e de impedi-las de actuar independentemente de uma pressão concorrencial efectiva. Similarmente, tendo em conta uma análise concorrencial com vista à identificação de condutas anticoncorrenciais potenciais por parte de empresas de um sector de actividade, por exemplo, o objectivo de se definir um mercado é o de identificar os concorrentes efectivos actuantes no mercado, com vista à caracterização do mercado, suas posições relativas, bem como a existência de eventual poder de mercado.

A caracterização do mercado e a aferição das quotas de mercado das empresas são necessárias para o cálculo de diferentes medidas de concentração, para a apreciação de uma eventual detenção de poder de mercado por parte de uma ou mais empresas ou para a determinação da existência de posição dominante.

O conhecimento das quotas de mercado interessa também para a decisão sobre a necessidade de realização de uma análise de mercado com um maior grau de aprofundamento e pormenorização, identificando a concorrência potencial, e apurando efeitos prejudiciais de práticas anticoncorrenciais que podem eventualmente recair sobre os consumidores, tais como aumento de preços, redução da produção, redução da liberdade de escolha e diminuição da qualidade dos produtos.

A definição de mercado é, assim, uma etapa inicial imprescindível para a identificação de restrições à concorrência que agem sobre uma ou mais empresas num mercado. No entanto, conforme observado por Tirole (1988), não há um método simples para a definição de um mercado.²⁴

Uma completa definição e caracterização de mercados relevantes pode consumir muitos recursos, sendo um processo demorado e complexo e que normalmente é

²⁴ Tirole, J. 1988. *The Theory of Industrial Organization*. MIT Press.

empreendido apenas perante um caso concreto. Mas é igualmente relevante ter-se em consideração que a análise e a definição de mercados relevantes podem conduzir à identificação daqueles mercados que apresentam estruturas concorrenciais menos robustas e que, portanto, sejam merecedores de uma maior ou mais intensa regulação económica.

O facto de que inexistente no ordenamento jurídico português uma qualquer definição de mercado relevante, nem mesmo no actual regime jurídico da concorrência, aprovado pela Lei n.º 18/2003, de 11 de Junho abre, por um lado, um leque de possibilidades para se explorar esta etapa de análise em termos teóricos e metodológicos, mas, por outro lado, não fornece orientação para uma definição de mercado mais rápida e menos complexa. Na área da prestação de serviços de saúde, em particular, a complexidade torna-se ainda maior em razão da escassez de exemplos de definições de mercados relevantes oriundas da prática decisória nacional.

Até ao final de 2009, tinha-se conhecimento de apenas quatro decisões da Autoridade da Concorrência referentes ao sector da prestação de serviços de saúde: duas em 2006 – Ccent. 4/2006 (ES Saúde/Hospor) e Ccent. 28/2006 (JM Saúde/Campos Costa) –, em que os mercados relevantes regionais foram definidos num sentido lato de “prestação de cuidados de saúde”, uma em 2007 (Ccent. 57/2007 (Capio/Unilabs)) e uma em 2009 – Ccent. 19/2009 (Cliria/Clínica de Oiã).

No plano comunitário e em outros países – como, por exemplo, Reino Unido e EUA – encontram-se outros casos, que são referidos na secção II.2., em que se apresentam definições de mercados relevantes do produto que foram feitas na área da prestação de serviços de saúde. Mesmo assim, são poucos casos.

Tendo em vista a escassez de exemplos de definições de mercados na área da prestação de serviços de saúde, uma forma alternativa para se iniciar o trabalho de levantamento e definição de mercados relevantes na área da prestação de serviços de saúde será alicerçando este trabalho nos princípios metodológicos utilizados por algumas das principais agências que analisam a concorrência nos mercados e operações de concentração: Comissão Europeia (União Europeia), *Office of Fair Trading and Competition Commission* (Reino Unido) e *Federal Trade Commission* e *U.S. Department of Justice* (EUA). Seguidamente, na secção I.1, apresentam-se os princípios metodológicos destas agências.

I.1. Metodologia para definição de mercados relevantes

A metodologia comumente adotada para efeito de definição de mercados relevantes pelas agências *supra* citadas dita que se deve fazer a definição dos mesmos essencialmente em duas dimensões: material (do produto ou serviço) e geográfica.

A noção de mercado relevante enquanto conjunto de produtos ou serviços e áreas geográficas que exercem pressão concorrencial entre si visa, sobretudo, identificar os condicionalismos concorrenciais que as diferentes empresas têm de enfrentar no mercado em que se inserem, e que são susceptíveis de restringir o seu comportamento (leia-se doravante “produto” como sendo na verdade produto e/ou serviço).

I.1.1. Mercado relevante do produto

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

De seguida, procura-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 e comercial. Adoptando algum critério, como, por exemplo, o critério de prática industrial ou de vendas, consegue-se definir um mercado candidato inicial, com apenas um ou poucos produtos, que serão os mais importantes.

O teste do monopolista hipotético

O passo seguinte no processo de definição de mercado relevante do produto envolve a questão relativa à possibilidade de um monopolista hipotético do(s) produto(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 é a metodologia geralmente aceite para a definição de mercados relevantes nas suas duas dimensões – do produto e geográfica.

O teste do monopolista hipotético é muitas vezes utilizado apenas de forma conceptual, servindo como um guia para o processo da definição de mercado. Quando é implementado relativamente ao preço, também é denominado de teste *SSNIP* (*Small but Significant and Non-transitory Increase in Price*).

No teste SSNIP, o aumento do preço deve ser significativo, de forma que os consumidores manifestem algum tipo de reacção, mas deve ser pequeno, uma vez que se for alto poderá provocar uma reacção muito forte por parte da procura. Tal reacção muito forte, por seu turno, resultaria numa definição de mercado muito ampla, já que produtos não substitutos seriam considerados como sendo substitutos. Assim, não se poderia utilizar as quotas de mercado para a verificação da existência de poder de mercado ou de posição dominante por parte de uma ou mais empresas.²⁵

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

Substituibilidade do lado da procura

A substituibilidade do lado da procura (ou, sucintamente, substituibilidade da procura) é o elemento mais imediato que influencia as decisões dos fornecedores relativas à fixação de preços de um dado produto.

Aplicando-se o teste SSNIP, nota-se que este é iterativo, à medida que a questão original acerca do aumento lucrativo de preços é refeita sempre que a resposta à mesma questão é negativa. No contexto da análise da substituibilidade do lado da procura, a cada resposta negativa (que indica não haver possibilidade de aumentar de forma lucrativa os preços no mercado candidato), os produtos substitutos mais próximos são adicionados ao grupo de produtos que se tem em cada momento. O processo cessa apenas quando a resposta é positiva (ou seja, quando o último produto adicionado possibilita um aumento lucrativo de preços no mercado), e, neste caso, obtém-se o menor conjunto de produtos que pode ser monopolizado de forma lucrativa. Este será o mercado relevante do produto.

²⁵ Note-se que poder de mercado pode ser definido como sendo a habilidade de uma empresa de aumentar os seus preços acima dos custos ou de excluir concorrentes e 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, porque têm a oportunidade de actuarem em grande medida de forma independente dos concorrentes e dos consumidores.

Os seguintes exemplos de informações deverão idealmente ser considerados para a análise da substituíbilidade do lado da procura, concretamente para a identificação dos produtos substitutos mais próximos entre si:

- Informações sobre os preços e sobre a sua evolução ao longo do tempo, de forma a verificar se o coeficiente de correlação entre duas séries temporais é elevado (próximo de 1) – o que indicaria que os produtos estão no mesmo mercado;
- Estimativas de elasticidades da procura em relação ao preço – principalmente da elasticidade cruzada da procura, que mede a reacção da procura por um produto a uma mudança no preço de um outro produto (se a elasticidade cruzada é positiva, os produtos serão substitutos);
- Características dos produtos;
- Finalidade de utilização dos produtos;
- Informações sobre o comportamento dos consumidores;
- Estudos de *marketing*, análises de mercados e planos de negócios; e
- Informações sobre custos de mudança (*switching costs*) (se os custos de mudança são muito altos, os consumidores podem ficar impedidos de mudar para outros produtos).

As análises da substituíbilidade da procura não levam em conta, entretanto, outros condicionalismos concorrenciais, nomeadamente os relativos à substituíbilidade da oferta.

Substituíbilidade do lado da oferta

A substituíbilidade 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 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.

Tais transferências de produção ocorrem normalmente quando as empresas comercializam uma vasta gama de qualidades ou tipos de um mesmo produto. Nestes casos, mesmo se os diferentes tipos de produto não forem substituíveis para os

consumidores, esses tipos poderão ser reunidos num mesmo mercado relevante do produto, desde que a maioria das empresas esteja em condições de fornecer os diversos tipos de imediato e sem qualquer aumento significativo de investimentos ou custos suplementares.

Mesmo se uma determinada empresa num dado momento não estiver a fornecer todos os tipos de produtos que são comercializados num mercado relevante definido pela substituíbilidade da procura, ela poderá ser mesmo assim considerada um concorrente efectivo nesse mercado se a condição *supra* for satisfeita.

Por outro lado, se a condição não for satisfeita, a substituíbilidade da oferta não é tida em conta na fase de definição do mercado, pelo que os tipos de produto em causa não são incluídos no mercado relevante.

A distinção entre uma empresa que pode ser considerada um concorrente efectivo no mercado, em razão da sua possível reacção de oferta, e uma empresa que deve ser considerada na verdade um concorrente potencial não é simples. A diferença consiste nas variáveis tempo e/ou investimento. Reacções do lado da oferta de concorrentes efectivos ocorrerão a curto prazo, com pouco ou nenhum investimento, enquanto uma nova entrada ocorrerá após um período mais longo, superior a um ano, podendo requerer investimentos significativos (por exemplo, investimentos nas instalações, em equipamentos ou na aquisição de competências).²⁶

Tal distinção importa porque a concorrência potencial não é tomada em consideração na definição dos mercados relevantes, mas apenas numa fase posterior, se se considerar necessário e se a posição das empresas em causa no mercado relevante suscitar preocupações do ponto de vista da concorrência.

Os seguintes exemplos de informações deverão ser reunidos (se disponíveis) para a análise da substituíbilidade do lado da oferta com vista à definição do mercado relevante do produto:

- Informação sobre a viabilidade técnica da substituíbilidade, os custos envolvidos e o tempo requerido;
- Informação sobre a existência de capacidade ociosa produtiva que permita a reacção rápida da produção;

²⁶ Note-se que, de acordo com as orientações de diversas entidades, incluindo as dos EUA e do Reino Unido referidas neste Anexo, o curto prazo pode ser definido como sendo o prazo de até um ano, dependendo da natureza do mercado.

- Informação sobre a existência de contratos de fornecimento de longo prazo que dificultem a substituíbilidade;
- Informação sobre a disponibilidade de e a facilidade em se adquirir matérias-primas, recursos humanos e canais de distribuição; e
- Informações sobre os métodos/processos produtivos.

Note-se que, se após a reunião e análise das informações disponíveis subsistir alguma dúvida sobre a possibilidade de adopção ou não da análise da substituíbilidade da oferta para a definição do mercado relevante, o mercado deverá ser definido apenas com base na substituíbilidade da procura.

I.1.2. 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 homogéneas e, por fim, que podem distinguir-se de outras áreas geográficas vizinhas em virtude de condições concorrenciais consideravelmente distintas.

O teste do monopolista hipotético também pode ser utilizado na definição do mercado relevante geográfico.

Substituíbilidade do lado da procura

Na definição do mercado geográfico através da consideração conceptual das restrições da substituíbilidade do lado da procura, tendo em conta uma concentração específica, parte-se de uma área em que as empresas em causa potencialmente venderão os seus produtos. Tal área, que constitui um mercado candidato inicial, pode ser definida a partir de uma primeira opinião acerca do âmbito do mercado geográfico, com base, por exemplo, na distribuição geográfica das empresas em causa.

Seguidamente, o processo implica adicionar áreas vizinhas ao mercado candidato inicial e verificar se a concorrência na área resultante afecta ou restringe a curto prazo a fixação dos preços dos produtos das empresas em causa. Questiona-se se os consumidores das áreas adicionadas transfeririam rapidamente a sua procura para outras empresas, em resposta a um pequeno aumento dos preços relativos. A menor

área encontrada em que um monopolista hipotético poderia lucrar com um pequeno aumento duradouro de preços será o mercado relevante geográfico.²⁷

Mercados candidatos 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. Exemplos de informações úteis para tal análise são:

- Custos de mudança (*switching costs*) para produtos de outras áreas, relativamente ao valor dos produtos e o tempo gasto na eventual troca;
- Diferenças de preços, vendas, publicidade e estratégias de *marketing* por área;
- Identificação de barreiras legais, naturais ou criadas estrategicamente que possam afectar a aquisição de produtos de uma região por consumidores de outras regiões; e
- Actuais padrões de compra dos consumidores e identificação das suas preferências – locais, nacionais ou internacionais.

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 que a maioria dos clientes aceita viajar e a forma de transporte que utiliza (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 consumidores aos estabelecimentos e consiste em identificar as áreas em que a grande maioria dos clientes reside, concretamente 80% ou mais (*Competition Commission e Office of Fair Trading, 2009*)^{28, 29}.

²⁷ Neste mercado, os consumidores não considerarão adquirir serviços de outras empresas, situadas em áreas vizinhas. Caso contrário, o monopolista hipotético não auferiria lucros com a mudança duradoura de preços.

²⁸ Competition Commission e Office of Fair Trading. 2009. Merger Assessment Guidelines, A joint publication of the Competition Commission and the Office of Fair Trading.

²⁹ 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).

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 de 30 minutos de cada estabelecimento. Tais áreas são chamadas de isócronas.

Note-se que os tempos máximos de viagem podem variar consoante a especificidade do produto em causa, pelo que, dependendo do tipo de produto, a maioria dos consumidores estará disposta a viajar mais ou menos. Não sendo possível realizar um exercício de verificação dos fluxos de consumidores, poder-se-á recorrer a algumas referências existentes de tempos máximos.

Tendo em conta os serviços de saúde, por exemplo, uma referência de tempos máximos consta do relatório do GMENAC (*Graduate Medical Education National Advisory Committee*), comité criado pelo governo dos EUA. O GMENAC recomendou que o tempo máximo de viagem para 95% da população de uma determinada área geográfica – percentagem que poderá definir uma área de captação – deveria ser de 30 minutos para cuidados de saúde primários, serviços de urgência/emergência e cuidados médicos gerais de adultos e crianças; 45 minutos para cuidados obstétricos; e 90 minutos para intervenções cirúrgicas gerais (*Committee on Pediatric Manpower*, 1981; Fortney *et al.*, 2000)^{30 31}.

Tais tempos de viagem também poderão variar consoante as características das áreas geográficas que são consideradas. Neste sentido, refira-se que a *Competition Commission*, do Reino Unido, que já recorreu à definição de isócronas de 30 minutos, considerou que em zonas rurais as isócronas eventualmente deverão ter tempos de viagem mais longos (*Competition Commission*, 2000)³².

Refira-se que, alternativamente, também se poderá definir mercados de áreas de captação em termos de distância, em quilómetros ou milhas, por exemplo. Neste sentido, note-se que a *Competition Commission* já definiu áreas de captação formadas por um raio de 20 milhas em torno de hospitais (32 quilómetros), sendo que em alguns

³⁰ Committee on Pediatric Manpower. 1981. Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee. *Pediatrics*. 67 (5): 585-596.

³¹ Fortney, J., Rost, K. e Warren, J. 2000. Comparing Alternative Methods of Measuring Geographic Access to Health Services. *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 1 (2): 173-184.

³² Competition Commission. 2000. *British United Provident Association Limited and Community Hospitals Group Plc: A report on the proposed merger; and British United Provident Association Limited, Salomon International LLC and Community Hospitals Group Plc; and Salomon International LLC and Community Hospitals Group Plc: A report on the existing mergers.*

estudos outras distâncias de raios já foram definidas, como, por exemplo, 5, 10 ou 15 milhas (8, 16 e 24 quilómetros, respectivamente), reconhecendo-se, no entanto, que, no caso de hospitais em zonas rurais ou no caso de serviços terciários (serviços muito complexos e sofisticados), tais raios deverão ser maiores (Wong *et al.*, 2005)³³.

Substituibilidade do lado da oferta

Também se aplica o conceito da substituibilidade do lado da oferta para a definição do mercado geográfico. Se as empresas em causa não fornecerem os seus produtos para áreas substituíveis do ponto de vista dos consumidores, tais áreas poderão ser mesmo assim agrupadas num mesmo mercado relevante geográfico, se a maioria das empresas estiver em condições de fornecer para as diversas áreas de imediato e na ausência de qualquer aumento significativo dos custos.

Algumas informações podem ser reunidas, se disponíveis, para confirmar se determinadas áreas candidatas podem ser definidas como sendo os mercados relevantes geográficos. Citam-se os seguintes exemplos de informações, que são similares às informações que se deverão idealmente reunir para a definição de mercado relevante do produto com base na substituibilidade do lado da oferta:

- Informação sobre a viabilidade técnica do ajustamento da produção;
- Informação sobre a existência de capacidade ociosa produtiva suficiente para a reacção da oferta;
- Informação sobre os custos de ajustamento da produção e o tempo necessário para o ajustamento;
- Informação sobre a existência de barreiras contratuais que impeçam a substituibilidade do lado da oferta; e
- Informação sobre a dificuldade de obtenção de matérias-primas/recursos humanos e de estabelecimento de canais de distribuição.

³³ Wong, H. S., Zhan, C. e Mutter, R. 2005. Do Different Measures of Hospital Competition Matter in Empirical Investigations of Hospital Behavior? *Review of Industrial Organization*. 26: 61-87.

I.2. Definições de mercados relevantes de serviços de saúde

Nesta secção são apresentadas definições de mercados de serviços de saúde aceites em tribunais, definidas por autoridades da concorrência nacionais e/ou por agências que analisam a concorrência nos mercados e em operações de concentração. Porém, antes de se apresentar as definições de mercado, importa notar o que diferentes autores referem sobre os mercados de serviços de saúde e como os mercados são tipicamente definidos.

Mercado relevante do produto

Segundo Ross (1998)³⁴, as definições de mercado do produto mais comuns na área da prestação de serviços de saúde referem-se aos serviços hospitalares de agudos. Reconhece-se, no entanto, que tal definição geral, de *cluster*, será muitas vezes uma conveniência analítica, a qual poderá aumentar excessivamente o tamanho do mercado relevante se as partes componentes do *cluster* não forem facilmente substituíveis do lado da procura ou da oferta.

Apesar das definições de mercados de serviços hospitalares de agudos poderem ser consideradas as mais comuns, o consenso geral, segundo Vistnes (2002)³⁵, é de que diferentes tipos de hospitais (hospitais psiquiátricos, pediátricos, de reabilitação, de toxicodependentes, de agudos, etc.) concorrem em mercados do produto diversos.

Nakamba *et al.* (2002)³⁶ critica a utilização da elasticidade-preço cruzada como método de definição de mercado do produto. Para além do reconhecimento de que as elasticidades são, na prática, difíceis de se medir directamente, existem problemas conceptuais relacionados a tal método, pelo que se deveria idealmente procurar alternativas, com implicações sobre a definição típica de mercado de serviços hospitalares e sobre a identificação dos concorrentes efectivos.

Um dos problemas conceptuais refere-se ao facto de que a elasticidade é calculada tendo em conta apenas os prestadores actuantes no mercado candidato, pelo que são ignorados concorrentes que poderão ser efectivos, mas que, naquele momento, como

³⁴ Ross, D. G. 1998. Antitrust and Health Care: New Approaches and Challenges. Chicago: American Bar Association.

³⁵ Vistnes, G. 2002. Is Managed Care Leading to Consolidation in Health-care Markets? Health Service Research. 37 (3): 595-609.

³⁶ Nakamba, P., Hanson, K. e McPake B. 2002. Markets for hospital services in Zambia. The International Journal of Health Planning and Management. 17 (3): 229-247.

não estão a prestar os serviços considerados (potencialmente) relevantes, são considerados concorrentes potenciais para efeito da estimativa da elasticidade.

Outro problema referido por Nakamba *et al.* (2002) tem a ver com o facto de que os mercados de serviços de saúde são, em grande parte das vezes, financiados por entidades financiadoras. Por exemplo, em Portugal, grande parte dos utentes desembolsa apenas valores geralmente reduzidos e fixos em tabelas, referentes às taxas moderadoras (em Portugal, nos estabelecimentos públicos e convencionados com o Serviço Nacional de Saúde (SNS)), aos co-pagamentos (no caso do utente ser segurado), ou aos encargos de beneficiário de um subsistema (caso seja beneficiário de um subsistema) e, portanto, não costuma sentir um efeito significativo de variações dos preços. O financiamento reduz a sensibilidade dos utentes relativamente aos preços, fazendo com que outros factores passem a ter um peso maior na escolha dos utentes (tais como acessibilidade e qualidade).

Uma alternativa para o cálculo de elasticidades será uma perspectiva de fluxo de utentes, identificando-se, para um determinado tipo de produto, quais as opções em termos de estabelecimentos a que os utentes recorrem. Deste modo, de acordo com Nakamba *et al.* (2002), a especificidade com que cada produto é definido tem um efeito importante sobre a definição de mercado. Serviços mais específicos são oferecidos por menos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde do que serviços menos específicos, em cujos mercados actua um maior número de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde.

Tal consideração importa quando se pensa no agrupamento de serviços hospitalares num mercado relevante, por exemplo. Isto porque alguns serviços (menos específicos) prestados em hospitais também são oferecidos por outros tipos de estabelecimentos, tais como clínicas ou centros com um menor número de camas para internamento, ou mesmo sem internamento. De acordo com Nakamba *et al.* (2002), para esses serviços o mercado relevante deveria incluir tais estabelecimentos como concorrentes efectivos, porque a definição de mercados hospitalares em termos de serviços que são oferecidos apenas por grandes hospitais poderia subestimar a concorrência efectiva no mercado para alguns tipos de serviços.

Mercado relevante geográfico

No que se refere ao mercado relevante geográfico, note-se sucintamente que, em geral, e independentemente da metodologia adoptada, os mercados geográficos costumam ser classificados numa das três categorias mais comuns:

- Internacional: União Europeia, por exemplo, ou mundial;
- Nacional: Portugal, por exemplo; e
- Local: o mercado pode englobar regiões (isócronas ou concelhos, por exemplo) ou cidades, sendo as divisões políticas ou censitárias as definições mais comuns.

Concluindo este Anexo, apresentam-se definições de mercados de serviços de saúde aceites em tribunais e definidas por autoridades nacionais e/ou por outras agências que analisam a concorrência nos mercados e operações de concentração, tais como Comissão Europeia (União Europeia), *Bundeskartellamt* (Alemanha), *U.S. Department of Justice* (EUA), *Competition Commission* (Reino Unido), *Netherlands Competition Authority* (Holanda) e *Commerce Commission* (Nova Zelândia).

Comissão Europeia

Na operação COMP/M.4010 – Fresenius/Helios, de 2005, as duas partes actuavam no sector hospitalar na Alemanha e definiram os mercados relevantes do produto com base em definições constantes de decisões da instituição estatal alemã responsável pela defesa da concorrência (*Bundeskartellamt*). Tais decisões definiram os mercados como sendo mercados de serviços hospitalares ou serviços hospitalares de agudos.

Não se incluíram nesta definição, no entanto, os serviços prestados por instituições de reabilitação, assim como os serviços prestados em termas e em lares de idosos. Isto porque, do ponto de vista dos utentes, os serviços prestados por tais instituições – os serviços de reabilitação – não poderão ser substituídos por serviços hospitalares. Estes serviços não visam tratar ou curar doenças específicas, mas apenas tratar consequências de doenças.

Também não integraram o mercado dos serviços de hospitais de agudos os serviços prestados por clínicas privadas, porque, devido a características de acesso diferentes (em função do esforço financeiro dos utentes), não foram consideradas como sendo alternativas aos hospitais (em que os utentes não pagam).

Uma segunda definição de mercado do produto foi considerada na análise desta concentração, nomeadamente o mercado dos serviços de reabilitação, que são serviços prestados por clínicas de reabilitação que visam tratar as consequências de doenças.

No que concerne ao mercado geográfico, cabe referir que as partes consideraram o mercado geográfico como sendo de âmbito nacional.

Note-se, no entanto, que os mercados relevantes não foram definidos de forma definitiva, porque não se considerou necessário, uma vez que não se identificou qualquer preocupação relativamente ao impacto da concentração sobre a situação concorrencial.

U.S. Department of Justice (DOJ) e tribunais nos EUA

O caso *HTI Health Services, Inc v. Quorum Health Group. Inc et al.* referiu-se à fusão de duas clínicas multi-especialidades em Vicksburg, Mississippi, e foi mencionado no artigo “Health Economics Research and Antitrust Enforcement”, de Silvia e Leibenluft (1998)³⁷.

Diferentes especialidades médicas, segundo Silvia e Leibenluft (1998), podem constituir mercados de serviços separados, mas as linhas divisórias entre os mercados de serviços de saúde não são sempre cristalinas e haverá casos em que mercados mais latos do que as especialidades médicas poderão ser definidos.

O facto das linhas divisórias não serem sempre claras relaciona-se com a escassa orientação que se encontra na literatura da economia da saúde sobre a substituíbilidade da oferta, concretamente entre diferentes especialidades, pelo que uma maior orientação seria útil para a definição dos mercados relevantes do produto.

O Tribunal no caso de Vicksburg aceitou a análise de mercados por especialidade, mas definições alternativas de diferentes cuidados de saúde foram avaliadas. A avaliação incluiu, por exemplo, a questão sobre a inclusão ou não de serviços de pediatras no mesmo mercado de serviços de medicina geral e familiar, tendo-se decidido que médicos de medicina geral e familiar não são substitutos de pediatras.

Os autores da acção judicial alegaram a existência de um mercado de serviço de clínicas multi-especialidades (policlínicas), argumentando que os planos de saúde preferem contratar com clínicas multi-especialidades do que criar as suas redes de prestadores com médicos individuais ou pequenos grupos. No entanto, o Tribunal rejeitou a definição de mercado multi-especialidades devido ao estado não desenvolvido dos planos de saúde na área de Vicksburg.

³⁷ Silvia, L. e Leibenluft, R. F. 1998. Health Economics Research and Antitrust Enforcement. Health Economics. 7: 163-166.

Outro mercado definido com base numa especialidade médica foi o mercado de serviços de gastroenterologia, conforme definido pelo DOJ na análise da fusão de três prestadores (*Gastroenterology Associates, Ltd., GI Associates, P.C., e Valley Gastroenterologists*).

Na sua publicação *Business Review Letter* de 7 de Julho de 1997, o DOJ refere que os serviços fornecidos por uma especialidade médica específica podem muitas vezes definir um mercado relevante do produto, mesmo quando há uma série de actos que podem ser prestados por médicos de diversas especialidades.

Tendo em conta a operação de concentração específica, se outros médicos podem efectuar actos de gastroenterologia, a lógica da substituíbilidade possibilitaria a definição de um mercado mais amplo, que incluiria outras especialidades e estabelecimentos para além dos relativos à gastroenterologia (como, por exemplo, as especialidades de medicina interna e medicina geral e familiar). O DOJ argumentou, no entanto, que os gastroenterologistas prestarão a maioria dos actos de gastroenterologia e que as entidades financiadoras não consideram outros médicos como substitutos de gastroenterologistas, entre outras razões porque tais actos prestados por gastroenterologistas serão prestados com maior qualidade e eficiência (segmentação em função de diferenças qualitativas percebidas pelos utentes). Neste caso, definiu-se, portanto, o mercado relevante como sendo o mercado local de serviços de gastroenterologia.

Apesar de haver exemplos de definições de mercado relevante do produto associadas a especialidades médicas, as definições de mercado do produto nos EUA são mais latas quando se tem em conta concentrações no sector hospitalar (ou seja, quando as empresas que se quer analisar são hospitais), sendo normalmente definido o mercado de serviços gerais de internamento de agudos – muitas vezes classificados como serviços primários de internamento (que envolvem actos médicos simples), secundários (serviços mais complexos) ou terciários (serviços ainda mais complexos e sofisticados, que dependem de alta tecnologia).

Competition Commission (CC)

Nas operações de concentração mais recentes no sector da prestação de serviços de saúde, a CC concluiu que o mercado relevante do produto podia ser definido num sentido amplo de serviços médicos. No entanto, consideraram-se apenas os serviços médicos privados, distinguindo-se a natureza pública ou privada dos prestadores de serviços de saúde. Isto porque se considerou que a intenção dos utentes de pagarem

a mais para obterem cuidados de saúde de agudos privados será uma indicação de que o mercado privado é diferente do mercado público. Acresce que, segundo a CC, os cuidados de saúde privados no Reino Unido incluirão serviços adicionais e valorizados em termos de conforto na acomodação, maiores opções de médicos especialistas e a possibilidade de se iniciar um tratamento mais cedo. Portanto, devido a condições de acesso diferentes, a CC considerou o mercado privado como sendo um mercado distinto do mercado público.

Refira-se, contudo, que a definição de mercados de serviços médicos privados, de forma agregada, tem em conta o facto de que as partes nas concentrações eram hospitais que integravam o sector da prestação de cuidados de saúde de agudos privados, realizando cirurgias e outros tratamentos médicos a utentes particulares (ou utentes segurados), e oferecendo também serviços de ambulatório e de hospital de dia.

Relativamente à definição dos mercados geográficos, importa referir que, segundo a CC, estes serão nacionais ou locais. Na consideração do nível local, note-se que os utentes não costumam viajar muito longe para receberem os seus tratamentos e, de forma similar, os médicos especialistas, que normalmente têm os seus empregos fixos em hospitais públicos, terão uma tendência a concentrar a maior parte do seu trabalho no sector privado em apenas um hospital, não costumando aceitar trabalhar em hospitais de agudos privados que estejam muito distantes. Conforme referido em Wong *et al.* (2005), já se assumiu que os médicos não estarão dispostos a viajar mais de 15 milhas entre hospitais (cerca de 24 quilómetros).

Sendo assim, normalmente é definida uma série de áreas geográficas locais (*catchment areas*) que eventualmente poderão sobrepor-se umas às outras, e os prestadores que se encontram nessas áreas concorrerão entre si.

Ainda conforme observado pela CC, o mercado relevante geográfico para um hospital em particular poderá ser maior do que o mercado relevante de outros. Nos casos em que os utentes precisam de recorrer a serviços terciários, nomeadamente tratamentos muito especializados, mais complexos, como os de cirurgia torácica ou de oncologia, os utentes precisarão de viajar distâncias mais longas, fazendo com que o mercado relevante se expanda. Acresce que mercados relevantes contíguos poderão formar, juntos, um mercado relevante ainda maior.

A questão da distância de viagem dos utentes, as localizações dos hospitais e as especialidades disponíveis, justificam, por exemplo, a definição de um mercado

geográfico londrino, segundo a CC. No entanto, verificaram-se influências nacionais no mercado de serviços médicos privados, tais como:

- Grupos empresariais com hospitais distribuídos pelo país;
- 80% de utentes com seguros privados que permitem acesso a qualquer prestador no país;
- Os seguros negociam preços nacionais com os hospitais; e
- Algumas seguradoras/planos de saúde formam redes de prestadores com actuação a nível nacional.

Estas influências indicaram que idealmente os mercados de serviços médicos privados deveriam ser analisados tanto a nível local como a nível nacional.

Netherlands Competition Authority (NMa)

A autoridade da concorrência holandesa considera que há uma divisão entre cuidados de saúde clínicos (considerados como sendo de internamento) e não clínicos (considerados como sendo de ambulatório), havendo ainda mais possibilidades de segmentação ou agregação, para cada uma destas divisões, considerando nomeadamente mercados separados por especialidades médicas ou um mercado geral para serviços hospitalares gerais.

A NMa argumenta que normalmente não haveria razão para se expandir o mercado de um acto/tratamento, definido com base na substituíbilidade da procura, para a inclusão de mais actos/tratamentos. Por outro lado, tendo em conta a substituíbilidade da oferta, tal análise permitirá, num primeiro momento, a definição de um mercado por especialidade médica, uma vez que se pode assumir que um prestador que oferece actos de uma especialidade poderá facilmente oferecer outros actos daquela especialidade. Num segundo momento, havendo evidências de que a substituíbilidade entre especialidades efectivamente ocorrerá, poder-se-á expandir ainda mais o mercado, incluindo mais especialidades.

A NMa promoveu uma investigação, qualitativa e quantitativa, para estabelecer se será mais adequado assumir mercados de acordo com as especialidades ou um mercado mais geral de serviços hospitalares. Assumiu-se que, para se definir um mercado mais lato que os mercados das especialidades, dever-se-á recorrer a

argumentos relativos à substituíbilidade do lado da oferta, uma vez que não se encontram argumentos referentes à substituíbilidade da procura.

Em termos quantitativos, o trabalho realizado não forneceu, no entanto, evidências suficientes sobre: (i) se as elasticidades são suficientemente altas para permitir a definição de mercados mais amplos que as especialidades médicas; e (ii) quais conjuntos de especialidades deveriam ser permitidos de forma a considerar mais de uma especialidade no mesmo mercado.

Na parte qualitativa do trabalho, determinou-se primeiramente que há obstáculos para a substituíbilidade do lado da oferta no sector hospitalar. Por exemplo, as oportunidades para redireccionamento da oferta são reduzidas devido a exigências relativas à dimensão/capacidade mínima de algumas instalações. Outros obstáculos referem-se à dificuldade de se obter financiamento para novos investimentos e licenças, por exemplo (os obstáculos relativos aos cuidados de internamento serão maiores do que os referentes aos cuidados de ambulatório, e os obstáculos para serviços altamente especializados serão maiores do que os referentes aos outros serviços hospitalares, por causa dos elevados custos associados e devido às licenças especiais exigidas).

Por outro lado, apesar do reconhecimento da existência destes obstáculos, foi confirmada neste estudo a existência de algum grau de substituíbilidade da oferta, reconhecendo-se que, no caso dos serviços hospitalares, será mais apropriado agrupar especialidades.

Sobre isto, vale citar o que refere o relatório da operação da NMa, de número 3897/*Ziekenhuis Hilversum - Ziekenhuis Gooi-Noord*, nomeadamente que na Nova Zelândia, a *Commerce Commission* – agência reguladora da concorrência daquele país – costuma agrupar diversos mercados hospitalares com base na substituíbilidade da oferta. Cita-se o exemplo que considera que os equipamentos cirúrgicos podem ser aproveitados por diversas especialidades. Tal exemplo justificará a integração de mercados associados às especialidades num mercado hospitalar de cirurgias, transversal às especialidades.

Por sua vez, menciona-se igualmente no relatório a transversalidade do serviço de urgência, que integra diversas especialidades, referindo também uma situação em que a maioria dos hospitais fornece o mesmo pacote de serviços, envolvendo diversas especialidades. Nestes casos, faz sentido considerar os serviços de urgência e os

serviços hospitalares gerais, respectivamente, como sendo os serviços relevantes para a definição dos mercados relevantes.

Anexo II – 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 referência³⁸ 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 km².³⁹

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 comum⁴⁰, 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

³⁸ 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.

³⁹ Instituto Geográfico Português – Carta Administrativa Oficial de Portugal (versão 5.0 de 2005).

⁴⁰ 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 NUTSII⁴¹. 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 1999⁴², 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

⁴¹ 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. As RRAS aqui apresentadas consideraram as NUTS de níveis I, II e III que foram criadas por meio do Decreto-Lei n.º 46/89, de 15 de Fevereiro, com as alterações introduzidas com os Decretos-Lei n.º 163/99, de 13 de Maio, e n.º 317/99, de 11 de Agosto, e a alteração da configuração das NUTS de nível II, introduzida com o Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de Novembro.

⁴² 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 dimensão⁴³, 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 RRAS⁴⁴. Se este processo for suficiente para atingir uma área de 2000 km², então integra-se na RRAS o pólo mais próximo. Este processo continua pelos outros pólos da região, por ordem decrescente do número de habitantes, até que não seja possível criar uma nova RRAS com pelo menos 2.000 km²⁴⁵. 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 nomes⁴⁶. 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

⁴³ Para ilustrar a aplicação da metodologia, utilizaremos a definição das RRAS na NUTSII Alentejo, onde o pólo de maior dimensão é Évora.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ 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).

⁴⁶ 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	Entroncamento	Abrantes
	Terras de Bouro		Alcanena
	Vila Verde		Constância
Bragança	Bragança		Entroncamento
	Miranda do Douro		Ferreira do Zêzere
	Vimioso		Ourém
Caldas da Rainha	Vinhais	Évora	Sardoal
	Alcobaça		Tomar
	Alenquer		Torres Novas
	Arruda dos Vinhos		Vila Nova da Barquinha
	Bombarral		Évora
	Cadaval		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		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
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.

Anexo III – Análise de potencial dominância

A posição dominante é definida no presente documento 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.⁴⁷ Normalmente, uma empresa possui posição dominante quando tem poder de mercado substancial.⁴⁸

A detenção de posição dominante por parte de um prestador de serviços de saúde em si não resulta necessariamente em efeitos adversos para os outros concorrentes ou para os utentes. É antes a exploração de poder de mercado e o abuso da posição dominante que têm como consequências prejuízos para outros concorrentes, que poderão deparar-se, por exemplo, com a concorrência de serviços prestados com preços fixados temporariamente abaixo do custo, ou também para os utentes, tais como preços excessivamente altos, discriminação, oferta inadequada e ausência de liberdade de escolha de serviços, qualidade inferior à mínima exigida e menor inovação na prestação de serviços de saúde (a qual possibilitaria uma maior eficácia nos diagnósticos e tratamentos). Neste sentido, a avaliação da potencial dominância nos mercados relevantes pode ser considerada um passo prévio a eventuais acções preventivas localizadas que poderão ser efectuadas pela ERS, incluindo a realização de fiscalizações da qualidade na prestação de serviços de saúde e de cumprimento de requisitos legais diversos, entrevistas aos agentes actuantes nos mercados relevantes, inquéritos aos utentes e a recolha de dados adicionais que permitirão uma análise mais aprofundada da situação concorrencial nos mercados dominados.

Pode-se verificar se uma empresa é potencialmente dominante através da consideração da sua exposição a pressões concorrenciais e por meio da análise da sua quota de mercado, que é um primeiro indicador útil para se avaliar a dominância.⁴⁹ 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 posição dominante de uma empresa, se uma empresa mantém a sua quota de

⁴⁷ 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 Commission of the European Communities julgado pela Corte Europeia em 13 de Fevereiro de 1979.

⁴⁸ Vide 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.

⁴⁹ Vide OCDE. 2004. OECD Secretariat Seminar Materials. Market Dominance: Identification and Abuse.

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.⁵⁰

Os dados analisados no presente estudo permitem apenas o cálculo de quotas de mercado dos prestadores de cuidados de saúde num dado momento no tempo, não sendo por isso possível aferir a persistência das suas posições relativas nos mercados. Sendo assim, recorre-se a um outro tipo de cálculo para se inferir sobre a existência de posição dominante por parte de um prestador. Não havendo forma de cálculo única e unânime, utiliza-se uma fórmula baseada em Melnik *et al.* (2008)⁵¹ e aplicada em Hellmer e Wårell (2009)⁵², que computa um limite de quota de mercado a partir do qual se pode determinar se a empresa de maior quota num mercado relevante tem uma posição dominante potencial. 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 posição dominante potencial;
- 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

⁵⁰ 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.

⁵¹ Melnik, A., Shy, O. e Stenbacka, R. 2008. Assessing market dominance. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 68: 63-72.

⁵² Hellmer, S. e Wårell, L. 2009. On the evaluation of market power and market dominance – The Nordic electricity market. *Energy Policy*. 37: 3235-3241.

- $(s_1 - s_2)(1 - \sum_{i=3}^N s_i)$ 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 actuantes no mercado relevante.

Esta fórmula indica, portanto, um limite de potencial dominância s^D , ou quota de mercado de referência, que aumenta à medida que a intensidade da concorrência efectiva aumenta.



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