



# **ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE**



## **ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO SECTOR DAS ANÁLISES CLÍNICAS**

**AGOSTO DE 2008**



## Índice

1. Introdução.....	1
2. Mercados relevantes de Análises Clínicas .....	4
2.1. Definição do mercado do produto.....	5
2.2. Definição do mercado geográfico .....	10
3. Concorrência no sector das Análises Clínicas .....	14
3.1. Descrição dos critérios de análise do mercado.....	14
3.2. Estrutura e concentração dos mercados relevantes .....	18
3.2.1. Distribuição da oferta .....	19
3.2.2. Análise da concentração a nível de “Entidades”.....	23
3.2.3. Análise da concentração a nível de “Grupos Empresariais” .....	28
4. Barreiras à entrada no sector das Análises Clínicas .....	33
4.1. Licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde .....	33
4.1.1. Enquadramento jurídico do licenciamento.....	35
4.1.2. O licenciamento enquanto barreira à entrada .....	36
4.1.3. O licenciamento e qualidade dos cuidados de saúde.....	39
4.2. Convenções .....	40
4.2.1. Enquadramento jurídico e situação actual das convenções com o SNS ....	41
4.2.2. Relevância das convenções para os operadores.....	43
4.2.3. Consequências do actual estado das convenções.....	46
5. Concorrência com os hospitais EPE .....	49
5.1. Dos direitos dos utentes .....	52
5.2. Dos direitos dos operadores.....	55
5.3. Implicações ao nível da concorrência.....	59
6. Implicações na concorrência da criação de ULS.....	62
6.1. Dos direitos dos utentes .....	64
6.2. Dos direitos dos operadores.....	72
7. Conclusões.....	75
Anexo – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS).....	77

## Índice de Abreviaturas

ACE – Agrupamento Complementar de Empresas

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

ANL – Associação Nacional de Laboratórios Clínicos

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CHL – Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central E.P.E.

CVT – Comissões de Verificação Técnica

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FNS – Federação Nacional de Prestadores de Cuidados de Saúde

HESE – Hospital do Espírito Santo - Évora E.P.E.

HPH – Hospital Pedro Hispano

HSM – Hospital de Santa Maria E.P.E.

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

IHH – Índice de Herfindahl-Hirschmann

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

LBS – Lei de Bases da Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

RRAS – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Entidades Reguladas

SRS – Sub-região de Saúde

TAF – Tribunal Administrativo e Fiscal do Porto

TCA – Tribunal Central Administrativo Norte

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano



## 1. Introdução

A crescente empresarialização da prestação de cuidados de saúde é um dos traços marcantes das tendências recentes no sistema de saúde português. Segundo estimativas da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), mais de metade da actividade de prestação de cuidados de saúde é hoje exercida por entidades com natureza empresarial, dirigidas por gestores profissionais (incluindo este grupo as novas formas de gestão dos hospitais públicos, as parcerias público-privadas e os investimentos privados). Esta tendência crescente para a empresarialização da prestação de cuidados de saúde tem trazido as questões da concorrência nos mercados da saúde para primeiro plano.

A avaliação económica tradicional sobre a concorrência aponta para uma série de implicações positivas que advêm da organização dos mercados de forma concorrencial, mas que devem ser devidamente ajustadas quando transpostas para o sector da saúde. De facto, as especificidades do sector da saúde ditam que o aproveitamento dos benefícios dos mercados concorrenciais só é conseguido se existir uma efectiva e eficaz regulação das falhas destes mercados, nomeadamente ao nível das assimetrias de informação e das barreiras (naturais e institucionais) de acesso aos mercados. Em todo o caso, não parecem subsistir dúvidas de que, mesmo no sector da saúde, o aumento do nível concorrencial dos mercados gera uma maior eficiência do tecido produtivo, tomado globalmente, e benefícios para os utentes, tais como uma maior escolha de serviços, maior acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, serviços de maior qualidade, inovação e pressão para a descida dos preços, desde que devidamente regulado.

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

Processo de Licenciamento dos Prestadores de Cuidados de Saúde” e o estudo da “Estrutura de Mercado e Performance nos Serviços de Hemodiálise em Portugal”<sup>1</sup>.

No âmbito da sua actividade de supervisão da actividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, a ERS tem sido confrontada, sobretudo através de exposições, queixas e reclamações recebidas, com eventuais problemas de concorrência no sector da prestação de serviços de exames laboratoriais. Alguns prestadores têm manifestado à ERS a sua preocupação sobre um alegado crescimento das dinâmicas de concentração empresarial neste sector, que assume diversas formas, como a fusão de empresas em novos grupos ou a absorção de empresas independentes por grupos já existentes, ou a coordenação estratégica de empresas, como a criação de agrupamentos complementares de empresas, que do ponto de vista da concorrência pode ter implicações semelhantes à concentração.

Também frequente é a expressão das dificuldades que os prestadores deste tipo de cuidados de saúde sentem para obter convenção para prestar cuidados a utentes do SNS, situação que, como alegam os exponentes, se revela ser uma barreira decisiva no acesso aos mercados, ou então das dificuldades sentidas para conseguir licenciar os estabelecimentos.

Outra questão que tem sido levantada diz respeito às condições em que os prestadores públicos surgem como concorrentes directos dos laboratórios privados convencionados pelo SNS, nomeadamente no caso dos hospitais e centros hospitalares com natureza de entidades públicas empresariais (EPE) que têm vindo a instalar postos de colheita para exames laboratoriais nos Centros de Saúde das suas áreas de influência, e no caso das Unidades Locais de Saúde (ULS) que têm vindo a internalizar os serviços de exames laboratoriais.

Em face de todas estas constatações, entendeu a ERS definir como uma das actividades a desenvolver no âmbito da promoção da concorrência, “Realizar o estudo e avaliação das condições actuais e desejáveis de concorrência no sector das análises clínicas”<sup>2</sup>. Assim, dando cumprimento ao planeado, o presente estudo analisa os diversos mercados regionais de exames laboratoriais, e avalia o nível de concorrência em cada mercado. No capítulo 2 é detalhada a definição dos mercados relevantes de exames laboratoriais, na sua vertente de produto e de dimensão geográfica. No

---

<sup>1</sup> Este último estudo foi realizado pelo CEGEA – Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada da Universidade Católica Portuguesa para a ERS.

<sup>2</sup> Plano de Actividades da ERS para 2007.



capítulo 3 é feita a avaliação do nível de concorrência entre prestadores privados nos mercados definidos. O capítulo 4 é dedicado à análise das principais barreiras à entrada nos mercados definidos, nomeadamente o licenciamento e as convenções. O capítulo 5 explora a questão da concorrência entre os operadores privados de exames laboratoriais e os hospitais EPE do SNS e as implicações na concorrência da internalização de alguns serviços em ULS são apresentadas no capítulo 6. Finalmente, o capítulo 7 reúne as principais conclusões do estudo efectuado.

## 2. Mercados relevantes de Análises Clínicas

O primeiro passo para se proceder à avaliação da concorrência em qualquer sector de actividade, consiste na definição e caracterização dos mercados relevantes para a análise a efectuar. Sendo o presente estudo realizado no âmbito das atribuições da ERS definidas no art. 6.º n.º 2 al. b) do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, a avaliação da concorrência a realizar terá como referencial o seu impacto na “prosecução dos direitos dos utentes”, recorrendo-se aos princípios de análise económica para a definição do conceito de mercado relevante, na sua dimensão material e geográfica<sup>3</sup>.

O método comumente utilizado para a determinação da dimensão material (produto ou serviço) de um dado mercado relevante assenta na averiguação da permutabilidade ou substituíbilidade dos produtos ou serviços. O mercado a ter em consideração para se aferir, ou não, de uma existência de relação ou tensão concorrencial entre agentes económicos, e suas posições relativas, será o mercado que agrega todos os produtos ou serviços idênticos aos que a(s) empresa(s) em consideração produz(em) ou oferece(m) e ainda os produtos ou serviços com características tais que possam substituir aqueles produzidos ou oferecidos por tais empresas<sup>4</sup>. A substituíbilidade dos produtos ou serviços que se pretende examinar é aquela que se verifica do ponto de vista da procura, o que tem implicado o recurso a considerações sobre elasticidades cruzadas entre produtos ou serviços: esta será elevada quando, por exemplo, o aumento do preço de um produto levar parte considerável da procura a optar por outro produto.

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

---

<sup>3</sup> A este respeito, veja-se, por exemplo, Korah, Valentine, *An Introductory Guide to EC Competition Law and Practice*, Hart Publishing, Oxford, Sixth Edition (1997), pp. pp. 82-87; Ritter, Lennart e Braun, W. David, *European Competition Law*, Kluwer, (2005), pp. 24-43. Para uma análise da prática decisória de aplicação de tais conceitos, veja-se, *inter alia*, o acórdão do TJCE, *United Brands*, 14 Fevereiro 1978, proc. 27/76, Col. p. 207, e a Comunicação (97/C 372/03) da Comissão Europeia, relativa à definição de mercados relevantes (JOUE n.º C 372/5 de 9.12.1997).

<sup>4</sup> Nessa determinação consideram-se as características dos produtos ou serviços, tais como a sua natureza, estruturas de custos, preços ou utilizações finais.

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

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

## **2.1. Definição do mercado do produto**

O produto em questão neste estudo é a prestação do serviço de exame laboratorial. Os exames laboratoriais em causa, como será visto adiante, são o conjunto de exames e testes prescritos por um médico e realizados em laboratórios especializados, permitindo ao médico, em posse dos resultados dos exames e através da comparação dos valores examinados com valores considerados normais, diagnosticar ou controlar alguma doença e, assim, sempre que for necessário, indicar o tratamento adequado. Exemplos de exames comuns são hemograma (avaliação das células sanguíneas), colesterol, triglicéridos e ácido úrico, entre inúmeros outros.

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

Isto sucede ao nível do utente, que normalmente não tem o conhecimento (nem o poder) necessário para ponderar uma alternativa, mas sucede igualmente ao nível do prescritor que tendo entendido um meio de diagnóstico como mais adequado, não o considera, na maior parte dos casos, igualmente permutável com outro, atenta a patologia em causa. Por isto, é possível concluir que a substituíbilidade do lado da

procura entre os serviços prestados no âmbito dos exames laboratoriais apresentar-se-á quase nula.

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

No entanto, a definição do mercado relevante do produto deverá considerar também a substituíbilidade da oferta. A substituíbilidade da oferta diz respeito à possibilidade de os processos produtivos de diferentes produtos/serviços partilharem tecnologias semelhantes, e conseqüentemente, resultarem eficientemente de uma única estrutura produtiva. Neste caso, todos os produtos/serviços que podem, sem esforço de adaptação da tecnologia de produção, ser produzidos com o mesmo processo produtivo, devem ser considerados pertencentes a um mesmo mercado de produto. A substituíbilidade do lado da oferta releva sobretudo em mercados onde os operadores não circunscrevem o exercício da sua actividade apenas a um serviço ou produto, antes se apresentando como empresas multiproducto, abarcando os mais frequentes serviços ou produtos em cada subcategoria ou mercado.<sup>5</sup>

Os laboratórios que prestam serviços de exames laboratoriais oferecem uma significativa variedade de serviços dentro desta área, de forma que faz mais sentido falar em substituíbilidade entre prestadores (do lado da oferta) do que em substituíbilidade entre serviços (do lado da procura), devendo englobar-se no mesmo mercado as diferentes qualidades ou gamas do produto (não releva, portanto, aqui o facto de diferentes laboratórios oferecerem diferentes conjuntos ou combinações de exames, precisamente porque as empresas poderiam, querendo, passar a oferecer serviços de análises clínicas não oferecidos em determinado momento).<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Neste sentido, veja-se, por exemplo, a Comunicação da Comissão Europeia, relativa à definição de mercados relevantes, já mencionada, nos termos da qual se refere sobre a substituíbilidade do lado da oferta que “[M]esmo se, para um determinado cliente final ou grupo de consumidores, as diferentes qualidades [do produto] não forem substituíveis, essas diferentes qualidades serão reunidas no âmbito de um único mercado do produto, desde que a maioria dos fornecedores esteja em condições de oferecer e vender as diversas qualidades de imediato e na ausência de qualquer aumento significativo dos custos” - cfr. §21

<sup>6</sup> Importa fazer notar que, no caso concreto, a substituíbilidade do lado da oferta existe mais por as empresas em causa já oferecerem uma panóplia de serviços, do que por aquelas, não os oferecendo, poderem passar a oferecer, isto é, alterando a sua produção. Não obstante, a verdade é que, em tese, um laboratório de análises clínicas que se tivesse especializado num

Os laboratórios realizam diferentes exames laboratoriais que podem ser agrupados em categorias. Genericamente, a área dos cuidados de exames laboratoriais diz respeito a actividades categorizadas em três designações distintas: patologia clínica, análises clínicas e anatomia patológica. À luz da definição de mercado do produto, interessa agora analisar se os serviços prestados no âmbito destas categorias justificam que se considere um mercado relevante por cada categoria, ou que se considerem mercados que agregam duas, ou as três categorias.

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

O processo de licenciamento dos laboratórios de patologia clínica, de análises clínicas e anatomia patológica está estabelecido nos mesmos diplomas legais, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de Junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de Dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de Maio. No entanto, os requisitos de licenciamento são materializados em dois Manuais de Boas Práticas diferentes: o Manual de Boas Práticas Laboratoriais (aprovado e publicado pelo Despacho n.º 8835/2001, da Ministra da Saúde, em 28 de Fevereiro de 2001, e publicado no Diário da República de 27 de Abril de 2001), que se estabelece como “instrumento para a implementação da qualidade em todos os laboratórios que executem exames laboratoriais”, que admite como director técnico do laboratório um “especialista em patologia clínica ou em análises clínicas inscrito, respectivamente, na Ordem dos Médicos ou na Ordem dos Farmacêuticos”; e o Manual de Boas Práticas Laboratoriais de Anatomia Patológica (aprovado e publicado pelo Despacho n.º 13832/2007, do Secretário de Estado da Saúde, em 31 de Maio de 2007, e publicado no Diário da República de 29 de Junho de 2007), que é “um instrumento para a promoção e garantia da qualidade em todos os laboratórios que executem exames

---

determinado tipo de análise, poderia, com facilidade e sem custos significativos, passar a fazer outros tipos de análises, assim constituindo uma fonte de pressão concorrencial perante um hipotético aumento de preço ou diminuição da qualidade por parte de um concorrente que pretendesse exercer o seu poder de mercado.

anatomopatológicos”, que admite como director técnico do laboratório um “especialista em anatomia patológica inscrito na Ordem dos Médicos”.

Cada um destes manuais de boas práticas define ainda os actos que podem ser praticados e suas nomenclaturas, e as condições técnicas e de qualidade exigidas para cada estabelecimento. Da análise dos actos realizados pode concluir-se que laboratórios de análises clínicas ou de patologia clínica são equivalentes, diferindo apenas no que toca à formação do director técnico. Já um laboratório de anatomia patológica é um estabelecimento com objectivos, especificações, actos e exigências distintos.

Importa notar que, também ao nível dos clausulados tipo para as convenções com o SNS, como veremos de seguida, as valências de análises clínicas e de patologia clínica apenas diferem ao nível da formação exigida ao director técnico. Os clausulados tipo para as convenções, apesar de estarem neste momento cancelados, traduzem o entendimento sobre a natureza das valências que presidiu à implementação do convencionamento pelo SNS. Temos os seguintes clausulados: “Proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde na área das análises clínicas a realizar por farmacêuticos”, publicada no Diário da República 2.ª série n.º 67, de 21/03/1987; “Proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde na área da patologia clínica”, publicada no Diário da República 2.ª série n.º 248, de 27/10/1986; e “Proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde na área da anatomia patológica”, também publicada no Diário da República 2.ª série n.º 248, de 27/10/1986.

Estes clausulados são acompanhados por listas anexas que estabelecem a nomenclatura dos serviços previstos pelo contrato. Uma análise dessas listas permite concluir que um laboratório de análises clínicas e um de patologia clínica podem realizar os mesmos actos,<sup>7</sup> diferindo os clausulados – da mesma forma como no caso do Manual de Boas Práticas – apenas no que toca à formação dos profissionais habilitados à adesão à convenção, uma vez que o clausulado de análises clínicas diz respeito aos exames laboratoriais realizados por farmacêuticos especialistas inscritos

---

<sup>7</sup> Na verdade, o anexo do clausulado de patologia clínica prevê 823 nomenclaturas, 21 a mais face ao clausulado de análises clínicas a realizar por farmacêuticos. Esta diferença, que não chega aos 3%, não parece ser suficiente para invalidar a conclusão de que os laboratórios de análises clínicas por farmacêuticos e os de patologia clínica realizam os mesmos serviços, até porque essa diferença pode ser explicada por os clausulados terem sido aprovados em momentos diferentes.

no Colégio de Análises Clínicas, e o clausulado de patologia clínica destina-se a médicos especialistas de patologia clínica inscritos no respectivo Colégio.<sup>8</sup>

Outro elemento relevante é o que diz respeito à informação sobre a actividade e gestão contabilística dos estabelecimentos de saúde do SNS, publicada pelo já extinto IGIF. Nos relatórios do IGIF o termo “análises clínicas” nunca é referido, mas apenas as designações “patologia clínica” e “anatomia patológica”. A distinção destas duas categorias está presente nos relatórios sobre a facturação de subcontratos nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), nos relatórios de contabilidade analítica dos hospitais do SNS e nos relatórios sobre o movimento assistencial dos Centros de Saúde do SNS.

Mais do que a discussão feita em termos teóricos ou a análise da legislação relativa ao licenciamento, a relação de substituíbilidade no sector em apreço é confirmada pela análise da estrutura produtiva dos prestadores que efectivamente está instalada.

Analisando a lista de entidades registadas na ERS que dispõem das valências de análises clínicas ou de patologia clínica, constatamos que 69,7% delas prestam serviços apenas da valência de análises clínicas/patologia clínica (figura 2.1).

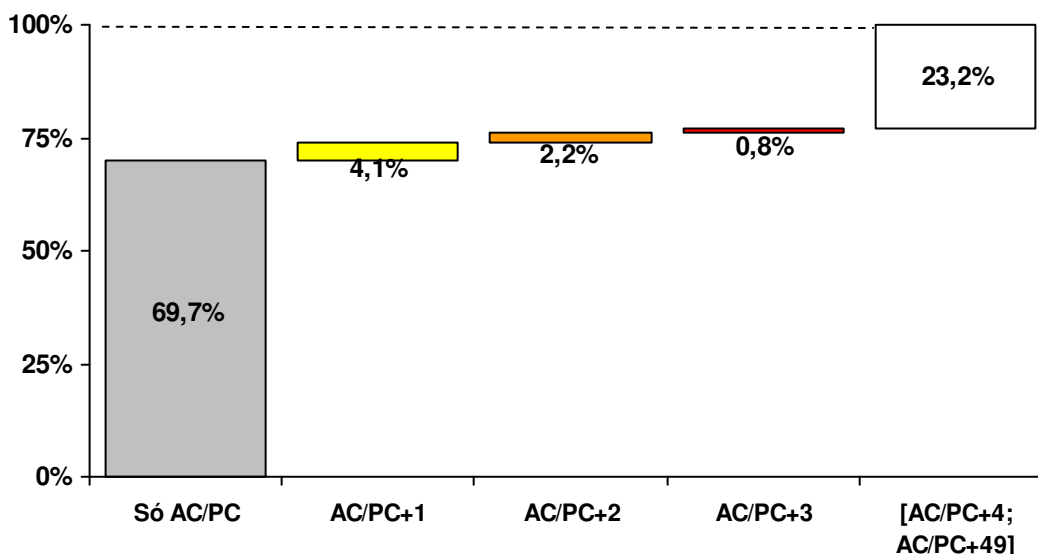
Das restantes, que prestam serviços de mais valências além destas, 23,2% são prestadores com um elevado número de valências (4 ou mais, além de análises clínicas/patologia clínica) que pela sua natureza claramente não são substitutas, nem do lado da procura nem do lado da oferta. Este tipo de prestadores (maioritariamente hospitais) têm uma natureza de prestadores multiproduto, e como tal, a sua grande diversidade ao nível dos serviços produzidos não permite aferir do grau de substituíbilidade do lado da oferta entre os serviços.

Apenas 7,1% das entidades oferecem, além das análises clínicas, uma, duas ou três valências, e mesmo entre estas, não é possível encontrar indícios relevantes de aproveitamento de economias de gama, uma vez que nestas entidades, as especialidades adicionais são as mais diversas, não havendo nenhuma que seja claramente predominante. No caso dos 4,1% de laboratórios que oferecem serviços de análises clínicas/patologia clínica mais uma valência, essa valência é imagiologia em 15% dos casos, e apenas 10% têm anatomia patológica. No caso dos 2,2% com mais duas valências, 27% têm imagiologia e apenas 9% têm anatomia patológica.

---

<sup>8</sup> O laboratório de anatomia patológica, como no caso dos manuais de boas práticas, é um estabelecimento com objectivos, especificações, actos e exigências diferentes.

**Figura 2.1 – Distribuição das entidades com análises clínicas/patologia clínica por quantidade de valências**



Fonte: Entidade Reguladora da Saúde  
 Nota: AC/PC = Análises Clínicas/Patologia Clínica

Em suma, não existe substituíbilidade da oferta entre as categorias de análises clínicas/patologia clínica e quaisquer outras, nomeadamente anatomia patológica. Em termos de análise da concorrência, a actividade dos exames laboratoriais será composta por dois sectores distintos, o das análises clínicas/patologia clínica, e o da anatomia patológica, tendo o segundo um peso residual na totalidade da actividade laboratorial. Por este motivo, o objecto de análise deste estudo é a concorrência entre entidades e estabelecimentos prestadores de serviços das valências de análises clínicas e patologia clínica, que daqui em diante se identificam, por simplicidade de notação, como prestadores de Análises Clínicas. A opção por este termo resulta de ser este o termo mais comumente usado no sector dos exames laboratoriais, e de serem predominantes as entidades que prestam serviços de análises clínicas realizadas por farmacêuticos (367 contra 101 de patologia clínica).

## 2.2. Definição do mercado geográfico

A definição do mercado relevante visa sobretudo identificar os condicionalismos concorrenciais que os diferentes operadores têm de enfrentar por concorrentes efectivos, susceptíveis de restringir o seu comportamento e os impedir de actuar com



independência, face a uma eventual pressão concorrencial efectiva. Nesta perspectiva, assume particular relevo analisar o mercado na dimensão geográfica, uma vez que sendo a prestação de cuidados de saúde um serviço que exige a presença física do utente, só se poderão considerar como concorrentes prestadores que se situem a uma distância do utente não muito elevada. Como vimos, os mercados geográficos relevantes compreendem a área: (1) em que as empresas a serem analisadas estão envolvidas na oferta e procura de produtos ou serviços; (2) em que as condições de concorrência são suficientemente homogéneas; e (3) que pode ser distinguida de áreas vizinhas em razão de condições de concorrência apreciavelmente diferentes nessas áreas.

Nenhum método de definição de mercados geográficos é unânime, podendo os diferentes métodos apresentar resultados bastante heterogéneos, conforme observado por Gaynor e Vogt (2000)<sup>9</sup>. A definição do mercado geográfico relevante encontra-se profundamente imbricada com a definição do mercado do produto relevante, isto é, as características deste último determinam necessariamente o tipo de critérios que deverá estar subjacente a uma delimitação do âmbito geográfico. E considera-se particularmente que a distância ao local de oferta é, neste âmbito, de sobremaneira relevante, em termos de custos para o utente no processo de procura/consumo. As deslocações até aos locais de oferta têm associados custos por duas vias: uma directa, pela despesa suportada com meios de transporte; e uma indirecta, pelo custo de oportunidade do tempo perdido nas deslocações. Este aspecto é importante para a definição de mercado relevante. Tendo por base a desutilidade associada pelos utentes às deslocações para a obtenção de serviços de saúde, existirá um limite em termos de distância ao local de oferta a partir do qual um indivíduo deixará de ter incentivos a se deslocar para obter os serviços. A partir desse limite, o inconveniente da deslocação medido em termos de custo, tempo e trabalho gera uma desutilidade que ultrapassa a utilidade atribuída ao serviço a obter. Este limite constitui o alcance do serviço, e com referência à localização de um prestador, delimita a área dentro da qual se fazem sentir restrições competitivas por parte de outros prestadores.

O alcance dos serviços de um prestador de cuidados de saúde pode ser estimado com base no teste de Elzinga-Hogarty,<sup>10</sup> que define o mercado geográfico relevante de um

---

<sup>9</sup> Gaynor, M. e Vogt, W.B. (2000), "Antitrust and Competition in Health Care Markets", em Culyer A. J. and Newhouse J. P. (eds), Handbook of Health Economics, Amsterdam, North Holland, 1, 27, 1405-1487.

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

prestador como aquela área que concentra pelo menos 85 a 90% dos seus utentes. O alcance dos serviços de Análises Clínicas foi estimado com base num estudo empírico dos fluxos de utentes desses serviços (ao todo, 3.247 utentes), baseado em informação recolhida junto de uma amostra de prestadores representativa do tecido de prestadores na área de Análises Clínicas.

Com base nos códigos postais do local de residência dos utentes atendidos pelos estabelecimentos incluídos na amostra, compilou-se informação sobre as distâncias em estrada, desde a residência dos utentes até ao estabelecimento prestador dos cuidados, o que permitiu determinar o alcance dos serviços analisados. A tabela 2.1 apresenta os resultados do estudo efectuado. Pode ver-se, na tabela, a distribuição percentual dos utentes por diferentes intervalos de distância desde o seu local de residência ao laboratório, a percentagem acumulada de utentes desde o intervalo de distância mais curto ao mais alargado, bem como uma breve estatística descritiva.

**Tabela 2.1 – Distribuição de utentes por intervalos de distância**

<b>Distância</b>	<b>Distribuição</b>	<b>Acumulado</b>
até 15 km	49,3%	(49,3%)
15 a 20 km	14,0%	(63,4%)
20 a 25 km	7,0%	(70,4%)
25 a 30 km	11,2%	(81,6%)
30 a 35 km	4,2%	(85,7%)
35 a 40 km	1,0%	(86,7%)
40 a 45 km	4,3%	(91,0%)
45 a 50 km	1,9%	(92,9%)
50 a 100 km	6,3%	(99,1%)
100 a 200 km	0,5%	(99,6%)
mais de 200 km	0,4%	(100,0%)
<i>Média</i>	20,8	
<i>Desvio-Padrão</i>	24,2	
<i>Máxima</i>	380,7	
<i>Mínima</i>	2,6	

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

considera os fluxos de pacientes para dentro e para fora de uma área geográfica (medidos pelo número de admissões ou altas dos pacientes, por exemplo). De acordo com o Health Law Handbook (2006), com este método, “uma área geográfica constituiria um mercado relevante se (i) a maioria dos pacientes (ao menos 85% ou 90%) que residem na área geográfica utiliza os hospitais situados naquela área e (ii) os hospitais situados naquela área obtêm o maior volume dos seus negócios (ao menos 85% ou 90%) de pacientes que residem naquela área”, p. 735.

Como se pode constatar na tabela 2.1, a distribuição dos utentes, por intervalo de distância, apresenta uma grande concentração até aos 50 quilómetros. Concretamente, o referencial inferior definido pelo teste de Elzinga-Hogarty (85% dos utentes) corresponde a um alcance de menos de 35 km. Significa isto que as zonas geográficas de abrangência dos serviços prestadores de cuidados de Análises Clínicas terão áreas de cerca de 2.000 km<sup>2</sup>.<sup>11</sup>

Uma vez que áreas de abrangência com cerca de 2.000 Km<sup>2</sup> são típicas na prestação de cuidados de saúde, a ERS definiu já uma matriz regional aplicável a avaliações em Saúde, nomeadamente para a definição de mercados geográficos relevantes daqueles tipos de cuidados de saúde que têm alcances dessa ordem de grandeza. Em anexo, apresentamos o trabalho realizado pela ERS no sentido da definição dessa matriz, explicitando-se todos os pressupostos desse exercício, e caracterizando as regiões resultantes – designadas por Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS) – que serviram de base à definição dos mercados relevantes de Análises Clínicas.

---

<sup>11</sup> Se o prestador se situar no centro da região, a sua zona geográfica de abrangência corresponderá a um círculo com 34 km de raio. Se o prestador se situar num extremo da região, a sua zona geográfica de abrangência corresponderá a um círculo com 34 km de diâmetro. Círculos com essas dimensões têm áreas de 3631 e 908 km<sup>2</sup>, respectivamente.

## 3. Concorrência no sector das Análises Clínicas

### 3.1. Descrição dos critérios de análise do mercado

Encontrando-se definidos os mercados relevantes de Análises Clínicas para efeitos da presente análise, importa agora proceder à sua análise concorrencial, designadamente pela aferição do grau de concentração, face à estrutura de mercado existente. Como em qualquer análise concorrencial, a apreciação da dimensão do mercado releva como um dos factores indicativos do funcionamento mais ou menos concorrencial de determinado mercado.

Neste sentido, as características estruturais dos mercados neste sector colocam, para esse efeito, algumas dificuldades comparativamente com outros sectores em que a quota de mercado constitui, de forma mais imediata, um elemento relevante para análise da estrutura de mercados. As dificuldades resultam do carácter endógeno de elementos como, por exemplo, o volume de negócios.

Como já é sabido e conforme se irá confirmar mais adiante, os operadores privados com convenção, com o SNS ou com subsistemas de saúde, para a prestação de cuidados de saúde, apresentam uma elevada dependência face a utentes desses subsistemas, em termos de procura pelos seus serviços. Mas mais do que isso, todo o sector de prestação de serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) depende significativamente das convenções com o SNS e subsistemas. Com base numa amostra de 57 entidades, estima-se que, no caso das Análises Clínicas, 96% dos prestadores privados têm convenção com o SNS, e 89% com a ADSE, o que por si só indicia que a detenção de uma convenção é uma condição importante para que uma empresa possa sobreviver neste sector. Simultaneamente, também os subsistemas dependem grandemente do sector convencionado. Desde 1995, mais de 96% da produção total de MCDT em ambulatório do SNS<sup>12</sup> vem sendo efectuada por entidades convencionadas.

Mas apesar do princípio estabelecido para as convenções ser o da livre adesão dos prestadores, mediante cumprimento de condições mínimas de qualidade e segurança,

---

<sup>12</sup> Dados do relatório *Elementos Estatísticos 2005*, da DGS, que pode ser consultado em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009371.pdf>. Devemos, todavia, realçar que tal percentagem se refere aos actos efectuados e requisitados na área dos cuidados de saúde primários, pelo que inclui a produção dos hospitais do SNS na parte correspondente a requisições de outros estabelecimentos.

efectivamente as convenções com o SNS estão “fechadas”, significando isto que os prestadores não convencionados não podem aderir às convenções (excepto em situações pontuais, em que a contratação é feita casuisticamente sob o signo do interesse público)<sup>13</sup>.

Como tal, na medida em que não são celebradas todas as convenções pretendidas pelos operadores privados, e tendo em conta a importância para as empresas de deter uma convenção, os volumes de negócios movimentados no mercado das Análises Clínicas são endógenos face à actual distribuição de convenções pelos prestadores.

Como corolário, a aferição da dimensão de um operador através do cálculo da sua quota de mercado, efectuado com base no seu volume de negócios ou número de utentes atendidos, podendo embora compor uma estrutura de mercado susceptível de identificar os constrangimentos concorrenciais (ou falta destes) que um operador possa sofrer, não consegue traduzir a pressão concorrencial que poderia ser exercida por um número de operadores privados mais vasto, mas que, por não terem celebrado uma convenção, parecem excluídos do mercado. Assim sendo, aqueles indicadores, utilizados amiúde em análises de mercado, não são, no caso em apreço, susceptíveis de, prospectivamente, demonstrar o funcionamento do mesmo.

Uma análise da estrutura de mercado será tanto mais prospectiva quanto for capaz de reflectir não só a concorrência efectiva actual, mas sobretudo a concorrência potencial, que existiria, por exemplo, se as convenções fossem totalmente abertas, ou perante a utilização de um modelo contratual diferente pelo SNS e pelos subsistemas. Em face do ora exposto, e atentas as características endógenas referidas, impõe-se a utilização de outro elemento de aferição da dimensão real de todos os operadores (convencionados e não convencionados), que permita mitigar as aparentes diferenças causadas pela diferenciação da procura entre utentes do SNS e de utentes que não pertençam ao SNS.

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

---

<sup>13</sup> Uma descrição detalhada sobre o estado actual das convenções com o SNS, pode ser encontrada num estudo realizado pela ERS intitulado “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS”, disponível no *website* <http://www.ers.pt>.

desejada. Um desses elementos é, justamente, a capacidade produtiva dos operadores<sup>14</sup>.

Cabe lembrar o que foi referido em sede de definição dos mercados relevantes, relativamente ao facto de estes serem, na sua maioria, mercados com produtos diferenciados, onde cada mercado compreende uma gama de produtos distintos, mas do mesmo tipo. Ora, nesse sentido, não se deverá ignorar que as quotas de mercado calculadas com base nas quantidades produzidas ou volume de vendas revelam-se um instrumento mais adequado quando o respectivo mercado do produto tem características homogéneas, pelo que a sua utilização para aferir do grau de concentração nos mercados identificados e respectivo poder de mercado dos operadores deverá ser vista com alguma cautela por parte das diferentes autoridades<sup>15</sup>.

Acresce que não se deverá ignorar, como também referido em momento anterior, a dimensão da dificuldade que se colocará perante a necessidade de coligir informação relativa ao volume de negócios de centenas de empresas, sendo certo que essa informação se encontra na exclusiva esfera de conhecimento das próprias. Neste sentido, uma qualquer entidade deverá nesta sede privilegiar os dados oficiais, de natureza pública, já coligidos e acessíveis, assim se podendo proceder a uma análise comparativa e credível da estrutura de mercado existente,<sup>16</sup> sem custos adicionais para as empresas (permitindo que o trabalho avance sem aquelas informações, em benefício de todos).

No caso concreto de Análises Clínicas, foram determinadas as dimensões dos prestadores, aferidas pela sua capacidade produtiva, a partir dos números de colaboradores da área da saúde dos estabelecimentos (sedes e postos de colheita das entidades prestadoras) que integram este mercado relevante, e que constam do

---

<sup>14</sup> Cfr. Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes, § 54, onde se elencam outros parâmetros como o número de candidatos no âmbito da adjudicação de contratos ou o número de unidades de uma frota em sectores de transporte.

<sup>15</sup> Veja-se, neste sentido, o Relatório da OCDE, *Substantive Criteria used for Merger Assessment* (2002), disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/54/3/2500227.pdf>.

<sup>16</sup> Pense-se que, ao contrário do que sucede por exemplo no controlo de concentrações de empresas nacional e comunitário, em que são as próprias empresas, interessadas numa decisão de aprovação, que submetem livremente a informação referente aos seus volumes de negócios, este tipo de estudos visa analisar realidades complexas onde operam centenas de operadores, nem sempre estando coligida toda a informação pretendida, cuja recolha se revelaria um processo moroso e custoso para a actividade das próprias empresas do sector. A utilização de outro elemento de apreciação igualmente reconhecido pelas instituições comunitárias, já coligido, tratado e disponível na base de dados da ERS, permite assim tornar o processo de análise mais célere e sem custos adicionais para as empresas.

registo dos prestadores de cuidados de saúde da ERS. As dimensões dos prestadores serviram de base, no estudo, para o cálculo da dimensão dos operadores e de cada mercado. No caso vertente, utilizaram-se as quotas de mercado ou as dimensões dos operadores, em função do seu número de colaboradores, para o cálculo de rácios de concentração e dos Índices Herfindahl-Hirschmann (IHH)<sup>17</sup>.

Entre alguns prestadores de cuidados de saúde fala-se de uma tendência para a concentração empresarial em diversos sectores – particularmente no sector das Análises Clínicas<sup>18</sup>. De facto, foi possível constatar que várias empresas privadas de Análises Clínicas partilham a estrutura accionista, e em muitos outros casos, existem indícios fortes de relações de gestão, na medida em que os corpos gerentes são comuns a várias empresas, mesmo que não tenham relações ao nível da estrutura accionista. Adicionalmente, têm vindo a formar-se Agrupamentos Complementares de Empresas (ACE) no sector das Análises Clínicas, que por definição, consistem em agrupamentos constituídos por duas ou mais pessoas singulares ou colectivas ou sociedades, sem prejuízo da personalidade jurídica de cada uma, com vista a melhorar as condições de exercício ou de resultado das suas actividades económicas. Portanto, é possível que, no âmbito e seio dos ACE, sejam adoptadas estratégias de gestão comuns, um comportamento semelhante ao de um grupo empresarial.

Uma vez que os grupos empresariais resultam na concentração da oferta de serviços, a sua consideração deverá permitir diferentes conclusões ao nível da avaliação da concentração e do potencial de concorrência nos mercados, face à estrutura de mercado ao nível das empresas (entidades prestadoras registadas na ERS) e dos próprios grupos empresariais.

Toda a informação relativa aos estabelecimentos e entidades com a valência de Análises Clínicas consta da base de dados da ERS resultante do registo obrigatório de prestadores de cuidados de saúde, de acordo com o disposto no número 1 do artigo

---

<sup>17</sup> Neste sentido vejam-se as *guidelines* da Comissão Europeia (Orientações da Comissão para a apreciação de concentrações publicadas no Jornal Oficial da União Europeia, n.º C 31 de 5/2/2004). O IHH é uma medida absoluta da concentração dos mercados, calculada com base nas quotas de mercado das empresas, conforme a fórmula  $H = \sum_{i=1}^n s_i^2$ , em que  $n$  é o número de empresas a operar no mercado e  $s_i$  é a quota de mercado da empresa  $i$ . Teoricamente, 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). Na prática, o valor mínimo, dada a estrutura do mercado, é  $1/n$ , ou  $10.000/n$ .

<sup>18</sup> A tendência de concentração de serviços de saúde também é uma realidade no sector público (por exemplo, formação de centros hospitalares e criação de ULS).

3.º da Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro. A constituição dos grupos empresariais não existe explicitamente nessa base, mas a sua reconstituição foi realizada a partir da análise das estruturas accionistas das entidades e das relações de gestão por via dos elementos que constituem os corpos gerentes.

## 3.2. Estrutura e concentração dos mercados relevantes

As formas mais comuns de aferir o grau de concentração do mercado são a análise das quotas de mercado e dos rácios de concentração<sup>19</sup>, ou ainda a utilização dos IHH. Nenhum dos métodos é absolutamente eficaz ou determinante, acrescentando que uma qualquer análise deverá ter sempre presente uma panóplia de outros elementos, não se podendo fundamentar exclusivamente, v.g., nas quotas de mercado. Haverá sempre que considerar as características do mercado, a sua estrutura, a existência ou inexistência de barreiras à entrada ou à saída, o número de concorrentes e o grau de inovação.

O IHH é mais útil para avaliar alterações na estrutura de mercado e, portanto, em avaliações dinâmicas, onde o mais importante é a variação do IHH. Não obstante, não sendo relevante esta análise, pode-se mesmo assim concluir sobre a concentração nos mercados com base nos níveis absolutos do IHH, que fornecem uma indicação inicial da pressão concorrencial nos mercados. Por exemplo, de acordo com a Comissão Europeia, um IHH inferior a 1.000 indica que é pouco provável a identificação de preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal no mercado. Por outro lado, um IHH superior a 2.000 já seria indicativo de uma concentração substancial no mercado<sup>20</sup>.

A análise de concentração dos mercados relevantes foi, então, efectuada com base nos rácios de concentração das duas maiores entidades/grupos e os IHH dos mercados relevantes. Neste capítulo, consideraram-se apenas os prestadores dos sectores privado e social, com natureza colectiva ou individual.

---

<sup>19</sup> 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. Os rácios de concentração apresentados neste estudo foram calculados agregando as quotas de mercado das duas maiores empresas, notando-se este rácio por R2.

<sup>20</sup> Vide as Orientações citadas.



### 3.2.1. Distribuição da oferta

Grande parte das entidades prestadoras de serviços de Análises Clínicas detêm vários “estabelecimentos”,<sup>21</sup> isto é, várias instalações, de carácter fixo e permanente, onde seja exercida, de modo habitual e profissional, a actividade de prestação de serviços de Análises Clínicas. Esta estrutura organizacional decorre de a actividade de prestação de serviços de Análises Clínicas incluir duas fases claramente distintas: a fase da colheita dos produtos biológicos, e a fase da análise dos produtos biológicos. Assim, é possível que uma dada entidade concentre a fase da análise dos produtos biológicos num único estabelecimento (designado neste estudo por “laboratório”), mas disperse a fase da colheita dos produtos biológicos por vários estabelecimentos, designados geralmente por “postos de colheita”.

A entidade prestadora de serviços de Análises Clínicas típica terá, por isso, um “laboratório” e vários “postos de colheita”. Para os efeitos deste estudo, considerou-se que, para cada entidade, o estabelecimento com mais colaboradores será o “laboratório”, e os restantes estabelecimentos serão “postos de colheita”.

Em Portugal existem 1.902 estabelecimentos de Análises Clínicas, sendo 468 “laboratórios” e 1.434 “postos de colheita”,<sup>22</sup> que empregam 7.724 profissionais de saúde (5.501 no sector privado, 117 no sector social e 2.106 no sector público).<sup>23</sup> A figura 3.1 apresenta a distribuição dos estabelecimentos de análises clínicas por dimensão, avaliada pelo número de profissionais de saúde empregues, entendendo-se este indicador como uma *proxy* da capacidade produtiva de cada estabelecimento. A análise é feita separadamente para os estabelecimentos classificados como laboratório e para os classificados como posto de colheitas, uma vez que pela

---

<sup>21</sup> De acordo com dados constantes do SRER, 47% das entidades prestadoras de serviços de Análises Clínicas detêm mais do que um estabelecimento.

<sup>22</sup> Com base em dados recolhidos do SRER em 6 de Dezembro de 2007, e utilizando o critério definido no texto para a classificação de cada estabelecimento como “laboratório” ou “posto de colheita”.

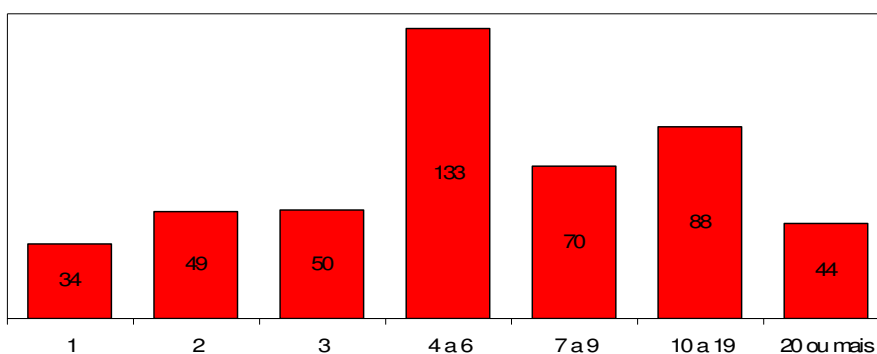
<sup>23</sup> Os números apresentados neste estudo referem-se ao número de “empregos de profissionais de saúde”. Este conceito implica que a contagem dos profissionais de saúde é feita com base em postos de trabalho nos estabelecimentos. Um qualquer profissional de saúde que exerça funções em vários estabelecimentos de Análises Clínicas (independentemente da natureza da entidade detentora) é contado tantas vezes quantas o número de postos de trabalho que ocupa. Doravante, neste relatório, qualquer referência ao número de profissionais de saúde deve sempre ser entendida no sentido de “empregos”, aqui definido.

natureza das funções desempenhadas, se espera que as estruturas de pessoal possam diferir significativamente entre estes dois tipos de estabelecimento.

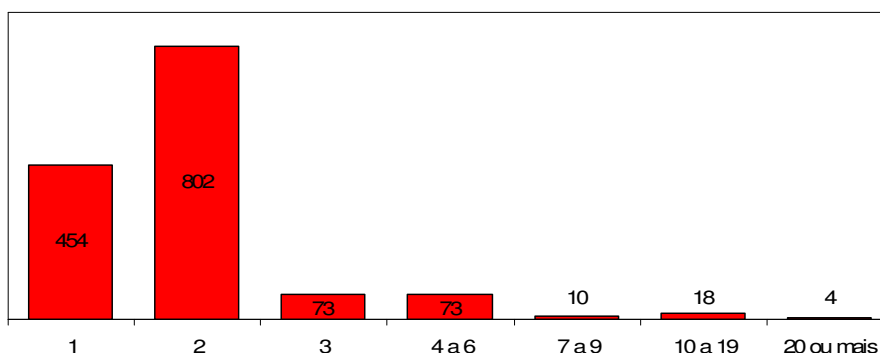
**Figura 3.1 – Distribuição dos estabelecimentos de Análises Clínicas por dimensão (número de profissionais de saúde)**

Nº Colaboradores	Lab.	%	Postos	%
1	34	7%	454	32%
2	49	10%	802	56%
3	50	11%	73	5%
4 a 6	133	28%	73	5%
7 a 9	70	15%	10	1%
10 a 19	88	19%	18	1%
20 ou mais	44	9%	4	0%
Média Colab.	9,7		2,2	
Mediana Colab.	6		2	
Desvio-padrão Colab.	14,5		5,5	

**a) Laboratórios**



**b) Postos de colheita**

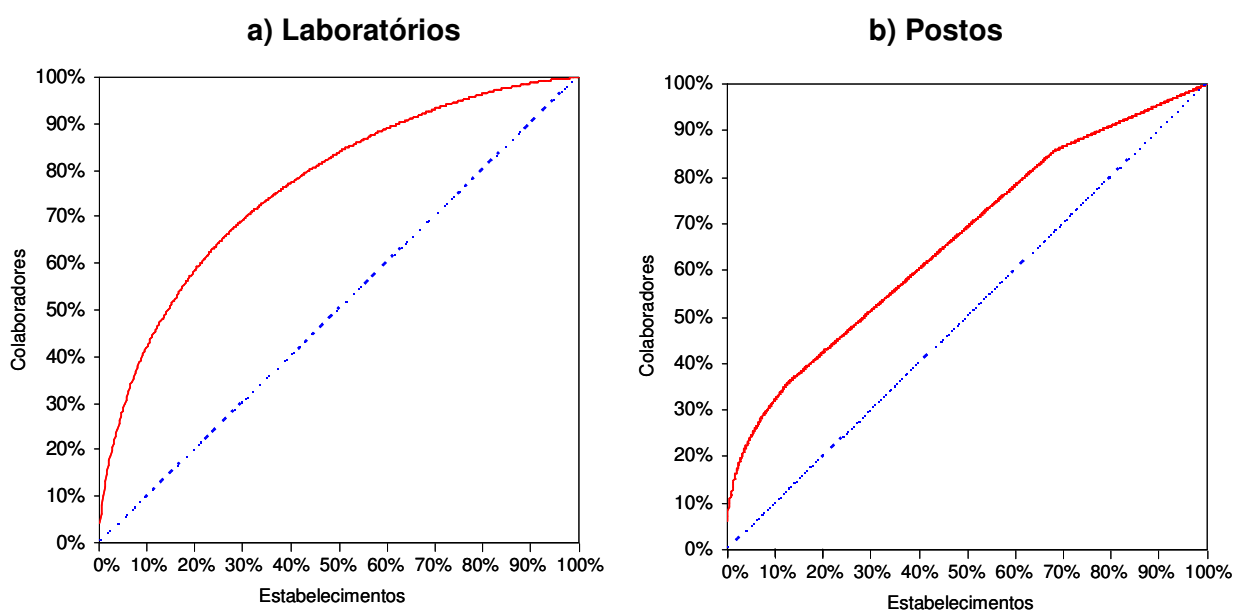


Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

Os postos de colheita são predominantemente pequenos estabelecimentos, já que 88% têm apenas 1 ou 2 profissionais de saúde. Já os laboratórios têm estruturas mais diversificadas, e dimensões superiores, empregando em média 9 profissionais de saúde, sendo a dimensão típica (avaliada pela mediana)<sup>24</sup> de 6 profissionais por laboratório.

Adicionalmente, a figura 3.2 confirma a existência de uma significativa desigualdade na distribuição dos colaboradores por estabelecimento, em especial no caso dos laboratórios. Note-se que enquanto os 10% mais pequenos laboratórios de Análises Clínicas concentram apenas cerca de 1% do total de colaboradores, os 10% maiores concentram 42% dos colaboradores (40 por laboratório, em média). Já nos postos de colheita, a desigualdade na distribuição dos colaboradores é menor: os 10% mais pequenos postos de colheita têm um pouco mais de 4%, concentrando os 10% maiores cerca de 32%.

**Figura 3.2 – Curvas de concentração de colaboradores de Análises Clínicas, em termos de estabelecimentos**



Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

<sup>24</sup> Dada a existência de casos extremos, evidenciada na figura, em que muito poucos estabelecimentos possuem muitos colaboradores, a mediana configurar-se-á uma medida de tendência central mais adequada para se ter uma ideia do número de colaboradores por estabelecimento individual, tendo em conta todos os estabelecimentos e os respectivos colaboradores.

**Tabela 3.3 – Número de estabelecimentos com Análises Clínicas por RRAS**

RRAS	Social	Privada	Pública	Total Estab.	% do total	Estab. por 10000 hab.
Bragança	0	8	1	9	0%	1,57
Chaves	1	17	1	19	1%	2,34
Viana do Castelo	0	47	1	48	3%	1,90
Braga	4	57	2	63	3%	1,55
Mirandela	0	19	2	21	1%	2,20
Guimarães	0	88	4	92	5%	1,76
Felgueiras	2	69	2	73	4%	1,30
Vila Real	0	38	2	40	2%	1,99
Porto	1	237	10	248	13%	1,94
S. João da Madeira	0	38	3	41	2%	1,44
Viseu	0	58	2	60	3%	2,06
Aveiro	0	77	4	81	4%	2,04
Guarda	0	22	1	23	1%	2,05
Seia	0	1	1	2	0%	0,41
Covilhã	0	17	1	18	1%	1,95
Coimbra	0	73	6	79	4%	2,35
Lousã	0	36	0	36	2%	2,61
Castelo Branco	0	25	1	26	1%	3,45
Sertã	0	10	0	10	1%	2,37
Leiria	0	42	2	46	2%	1,74
Entroncamento	0	49	3	52	3%	2,25
Caldas da Rainha	1	71	2	74	4%	2,08
Portalegre	0	2	1	3	0%	0,60
Ponte de Sôr	0	9	0	9	0%	2,29
Santarém	0	41	1	42	2%	2,34
Coruche	0	16	0	16	1%	2,35
Elvas	0	10	0	10	1%	1,46
Lisboa	6	385	18	409	22%	2,03
Montemor-o-Novo	0	6	0	6	0%	1,38
Évora	0	11	1	12	1%	1,38
Setúbal	1	136	4	141	7%	1,84
Moura	0	3	1	4	0%	1,07
Beja	0	11	1	12	1%	1,34
Sines	0	25	1	26	1%	3,64
Odemira	0	7	0	7	0%	2,23
Portimão	0	19	1	20	1%	1,07
Faro	0	22	2	24	1%	1,05
<b>Total Global</b>	<b>16</b>	<b>1.804</b>	<b>82</b>	<b>1.902</b>	<b>100%</b>	<b>1,89</b>

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde, Instituto Nacional de Estatística

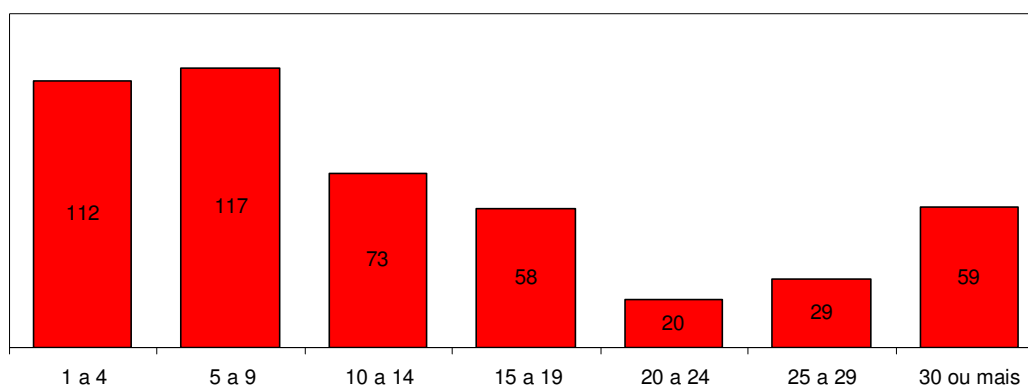
A tabela 3.3 apresenta a distribuição dos estabelecimentos de Análises Clínicas por mercados relevantes, ou seja, por RRAS, apresentando também separadamente os

estabelecimentos privados, os públicos e os do sector social. Consta-se que não há nenhuma região em Portugal continental que não disponha de, pelo menos, um estabelecimento de Análises Clínicas. A maior diversidade de estabelecimentos encontra-se nas RRAS de Lisboa e Porto, que concentram 35% dos estabelecimentos, mas, relativamente à população, o maior número de estabelecimentos encontra-se nas RRAS de Sines e Castelo Branco, com mais de 3 estabelecimentos por cada 10.000 habitantes. No extremo oposto, encontram-se as RRAS de Seia e Portalegre, com menos de um estabelecimento por cada 10.000 habitantes.

### 3.2.2. Análise da concentração a nível de “Entidades”

Como foi referido anteriormente, existem em Portugal 1.902 estabelecimentos de Análises Clínicas pertencentes a 468 entidades: 386 entidades privadas, 15 do sector social e 67 entidades públicas. A figura 3.4 apresenta a dimensão média das entidades, avaliada pelo número de profissionais de saúde empregues por cada entidade. Consta-se que predominam as entidades com menos de 10 profissionais (cerca de 50% das 468), sendo a média 17 profissionais por entidade.

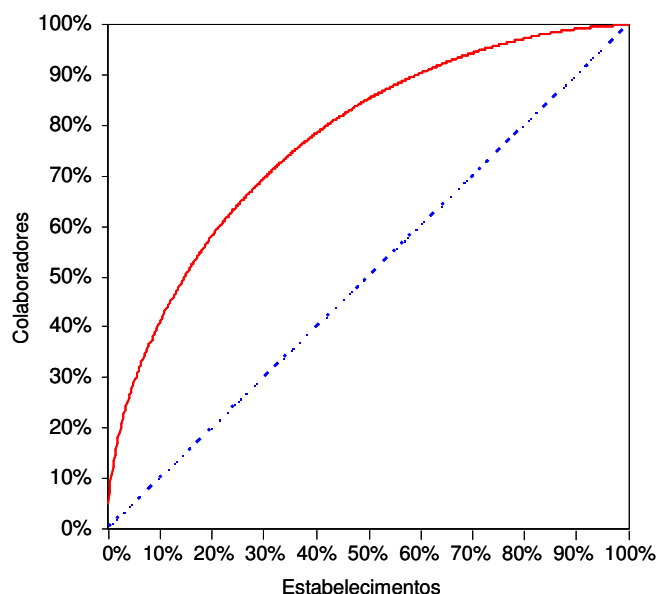
**Figura 3.4 – Distribuição das entidades prestadoras de serviços de Análises Clínicas por número de profissionais de saúde**



Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

Esta desigualdade na dimensão é confirmada pela figura 3.5. Note-se que enquanto as 10% mais pequenas entidades de Análises Clínicas concentram apenas cerca de 1% do total de colaboradores, as 10% maiores concentram 41% dos colaboradores (67 por entidade, em média).

**Figura 3.4 – Curva de concentração de colaboradores de Análises Clínicas, em termos de entidades**



Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

A tabela 3.4 apresenta a distribuição de sedes das entidades prestadoras de serviços de Análises Clínicas pelos mercados relevantes, ou seja, por RRAS.<sup>25</sup> Como seria de esperar, há uma maior concentração regional em termos de sedes de entidades do que em termos dos estabelecimentos dessas entidades. Lisboa e Porto concentram 42% das sedes de entidades prestadoras de serviços de Análises Clínicas, mas têm apenas 35% do número de estabelecimentos. Por outro lado, nas RRAS da Sertã, Montemor-o-Novo, Moura e Odemira não há qualquer sede de entidade prestadora de serviços de Análises Clínicas.

A tabela 3.5, por sua vez, apresenta o número de entidades prestadoras de serviços de Análises Clínicas presentes em cada RRAS, através de pelo menos um qualquer estabelecimento. Será com base nestes dados, relativamente às entidades do sector privado e social, que será realizada a análise da concentração em cada mercado relevante (RRAS).

<sup>25</sup> Cabe notar que uma entidade se distribuirá de maneira diferente em termos geográficos se levarmos em conta os endereços dos estabelecimentos que possui, concretamente os endereços dos laboratórios e postos de colheita.

**Tabela 3.4 – Número de entidades de Análises Clínicas com sede em cada RRAS**

RRAS	Social	Privada	Pública	Total Entidades	% do total	Entid. por 10.000 hab.
Bragança	0	3	1	4	1%	0,70
Chaves	1	4	0	5	1%	0,61
Viana do Castelo	0	7	1	8	2%	0,32
Braga	3	8	2	13	3%	0,32
Mirandela	0	4	0	4	1%	0,42
Guimarães	0	12	2	14	3%	0,27
Felgueiras	2	6	2	10	2%	0,18
Vila Real	0	8	1	9	2%	0,45
Porto	1	65	8	74	16%	0,58
S. João da Madeira	0	6	3	9	2%	0,32
Viseu	0	11	2	13	3%	0,45
Aveiro	0	7	4	11	2%	0,28
Guarda	0	5	1	6	1%	0,54
Seia	0	1	1	2	0%	0,41
Covilhã	0	4	1	5	1%	0,54
Coimbra	0	19	6	25	5%	0,75
Lousã	0	3	0	3	1%	0,22
Castelo Branco	0	3	1	4	1%	0,53
Sertã	0	0	0	0	0%	0,00
Leiria	0	10	2	12	3%	0,45
Entroncamento	0	12	1	13	3%	0,56
Caldas da Rainha	1	15	2	18	4%	0,51
Portalegre	0	2	1	3	1%	0,60
Ponte de Sôr	0	2	0	2	0%	0,51
Santarém	0	8	1	9	2%	0,50
Coruche	0	3	0	3	1%	0,44
Elvas	0	4	0	4	1%	0,59
Lisboa	6	104	14	124	26%	0,62
Montemor-o-Novo	0	0	0	0	0%	0,00
Évora	0	3	1	4	1%	0,46
Setúbal	1	25	4	30	6%	0,39
Moura	0	0	0	0	0%	0,00
Beja	0	3	1	4	1%	0,45
Sines	0	2	1	3	1%	0,42
Odemira	0	0	0	0	0%	0,00
Portimão	0	5	1	6	1%	0,32
Faro	0	12	2	14	3%	0,61
<b>Total Global</b>	<b>15</b>	<b>386</b>	<b>67</b>	<b>468</b>	<b>100%</b>	<b>0,46</b>

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde, Instituto Nacional de Estatística

**Tabela 3.5 – Número de entidades de Análises Clínicas presentes em cada RRAS**

<b>RRAS</b>	<b>Social</b>	<b>Privada</b>	<b>Pública</b>	<b>Total Ent.</b>	<b>Ent./10.000 hab.</b>
Bragança	0	4	1	5	0,87
Chaves	1	6	1	8	0,98
Viana do Castelo	0	10	1	11	0,44
Braga	3	19	2	24	0,59
Mirandela	0	7	1	8	0,84
Guimarães	0	28	2	30	0,57
Felgueiras	2	26	2	30	0,54
Vila Real	0	11	1	12	0,60
Porto	1	70	9	80	0,63
São João da Madeira	0	16	3	19	0,67
Viseu	0	16	2	18	0,62
Aveiro	0	14	4	18	0,45
Guarda	0	7	1	8	0,71
Seia	0	1	1	2	0,41
Covilhã	0	6	1	7	0,76
Coimbra	0	21	6	27	0,80
Lousã	0	18	0	18	1,31
Castelo Branco	0	4	1	5	0,66
Sertã	0	7	0	7	1,66
Leiria	0	11	2	13	0,49
Entroncamento	0	15	1	16	0,69
Caldas da Rainha	1	21	2	24	0,67
Portalegre	0	2	1	3	0,60
Ponte de Sôr	0	4	0	4	1,02
Santarém	0	17	1	18	1,00
Coruche	0	6	0	6	0,88
Elvas	0	5	0	5	0,73
Lisboa	6	107	14	127	0,63
Montemor-o-Novo	0	3	0	3	0,69
Évora	0	3	1	4	0,46
Setúbal	1	41	4	46	0,60
Moura	0	2	1	3	0,80
Beja	0	4	1	5	0,56
Sines	0	4	1	5	0,70
Odemira	0	1	0	1	0,32
Portimão	0	6	1	7	0,37
Faro	0	12	2	14	0,61

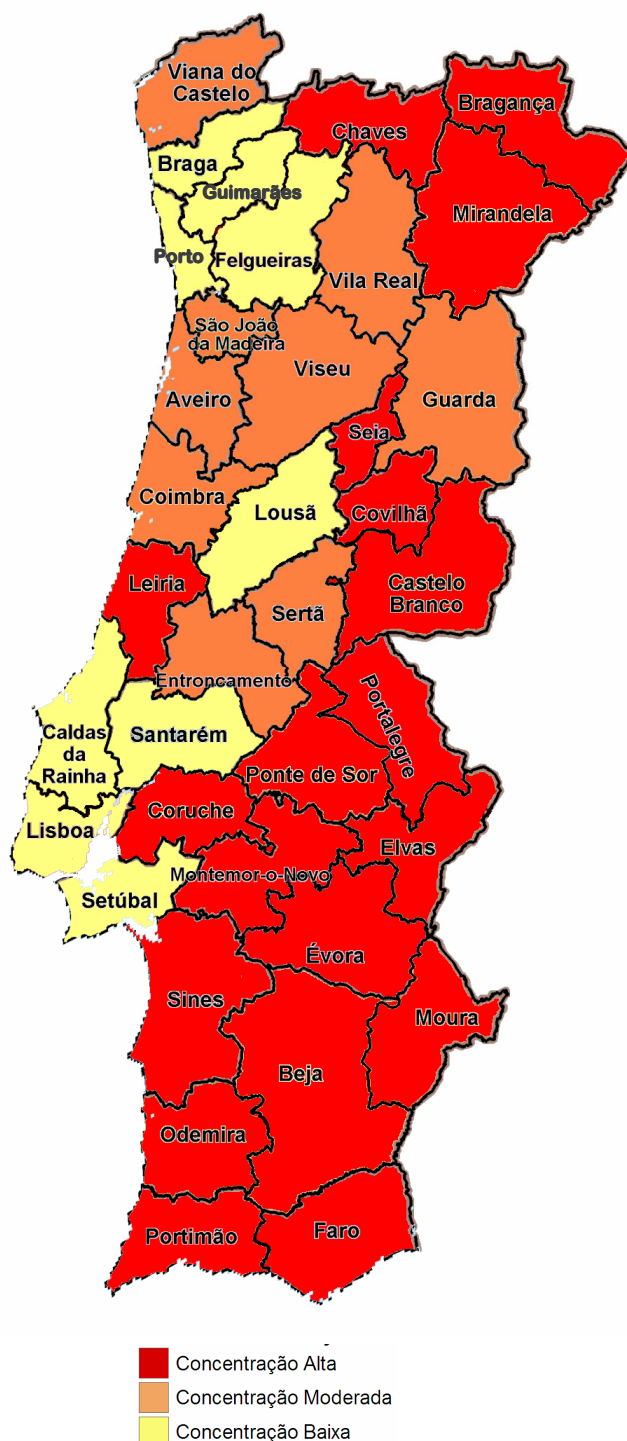
Fonte: Entidade Reguladora da Saúde, Instituto Nacional de Estatística

A figura 3.5 apresenta os rácios de concentração R2 e os IHH calculados para as várias RRAS.



**Figura 3.5 – Concentração dos mercados de Análises Clínicas**

RRAS	Rácio R2	IHH
Bragança	64%	2.884
Chaves	59%	2.256
Viana do Castelo	47%	1.639
Braga	32%	955
Mirandela	69%	2.854
Guimarães	33%	889
Felgueiras	26%	638
Vila Real	48%	1.731
Porto	14%	278
São João da Madeira	43%	1.526
Viseu	40%	1.358
Aveiro	50%	1.775
Guarda	47%	1.790
Seia	100%	10.000
Covilhã	52%	2.052
Coimbra	42%	1.268
Lousã	25%	819
Castelo Branco	75%	3.409
Sertã	41%	1.631
Leiria	65%	3.162
Entroncamento	33%	1.060
Caldas da Rainha	30%	895
Portalegre	100%	6.450
Ponte de Sor	73%	3.050
Santarém	25%	764
Coruche	64%	2.749
Elvas	61%	2.573
Lisboa	14%	248
Montemor-o-Novo	87%	5.643
Évora	89%	4.282
Setúbal	26%	615
Moura	100%	5.834
Beja	76%	3.374
Sines	85%	4.178
Odemira	100%	10.000
Portimão	53%	2.186
Faro	74%	4.294



Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

Como se constata, em 19 das 37 RRAS do continente os mercados de Análises Clínicas, ao nível das entidades, são muito concentrados, no sentido em que os rácios

de concentração dos dois maiores concorrentes (R2) são superiores a 50% (a vermelho no mapa da figura 3.5). Nove mercados não são concentrados, apresentando R2 inferiores a 33% (a amarelo), e os restantes 9 são moderadamente concentrados, apresentando R2 entre 33% e 50% (a laranja).

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

Os maiores problemas de concorrência surgem nas regiões do interior, sobretudo em Trás-os-Montes e a sul da Guarda, no Alentejo, e no Algarve, onde os mercados são altamente concentrados. Será nestas regiões onde é mais provável que a falta de concorrência se traduza em serviços menos ajustados às necessidades dos utentes.

### **3.2.3. Análise da concentração a nível de “Grupos Empresariais”**

Como foi referido na secção 3.1., a criação de grupos empresariais, compostos por várias entidades ligadas entre si por relações de gestão ou de capital, vai alterar o nível de concorrência em cada mercado, na medida em que as estratégias das várias entidades do grupo possam ser concertadas, e não concorrentes. Os grupos empresariais, ao concentrarem a definição da estratégia de oferta de serviços, alteram a concorrência, efectiva e/ou potencial, nos mercados, face ao nível de concorrência observada quando a análise é efectuada ao nível das entidades individuais.

Em Portugal continental existem 401 entidades não públicas (sector privado e sector social) de prestação de serviços de análises clínicas. A partir da informação do SRER relativa a elementos comuns em termos de sócios e accionistas das entidades, e/ou responsáveis pela gestão das mesmas pudemos identificar 36 grupos empresariais, agrupando 173 entidades (43% do total de entidades não públicas). Estes 36 grupos

empresariais detêm 1.042 estabelecimentos (57% do total de estabelecimentos não públicos) e 2.994 colaboradores da área das Análises Clínicas (53% do total de colaboradores dos sectores social e privado) – números que traduzem a sua representatividade, tanto em termos absolutos como em termos relativos. A tabela 3.6 apresenta uma breve caracterização dos grupos empresariais identificados.

**Tabela 3.6 – Distribuição dos grupos empresariais por:**

Número de Empresas	Nº de Grupos	Nº de Estabelecimentos	Nº de Grupos	Nº de Colaboradores	Nº de Grupos
Mais de 20	1	Mais de 100	1	Mais de 500	1
11 a 20	3	51 a 100	6	201 a 500	1
6 a 10	6	21 a 50	8	101 a 200	8
4 e 5	6	11 a 20	7	51 a 100	7
3	7	6 a 10	6	21 a 50	10
2	13	2 a 5	8	2 a 20	9
<b>Total Grupos</b>	<b>36</b>		<b>36</b>		<b>36</b>

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

A tabela 3.7 apresenta o número de grupos e entidades independentes prestadores de serviços de Análises Clínicas presentes em cada RRAS, através de pelo menos um qualquer estabelecimento. Será com base nestes dados que será realizada a análise da concentração em cada mercado relevante (RRAS).

A figura 3.8 apresenta os rácios de concentração R2 e os IHH calculados para os vários mercados geográficos dos serviços de Análises Clínicas, com base nos grupos empresariais identificados, e o mapa ilustra o nível de concentração das regiões de acordo com o rácio de concentração. Quando se toma em consideração a eventual coordenação de estratégias nos grupos empresariais, nota-se uma concentração ainda mais elevada na maior parte dos mercados relevantes, resultante dos agrupamentos das entidades, e com os maiores grupos apresentando quotas de mercado muito superiores aos restantes grupos ou entidades independentes, em cada mercado relevante.

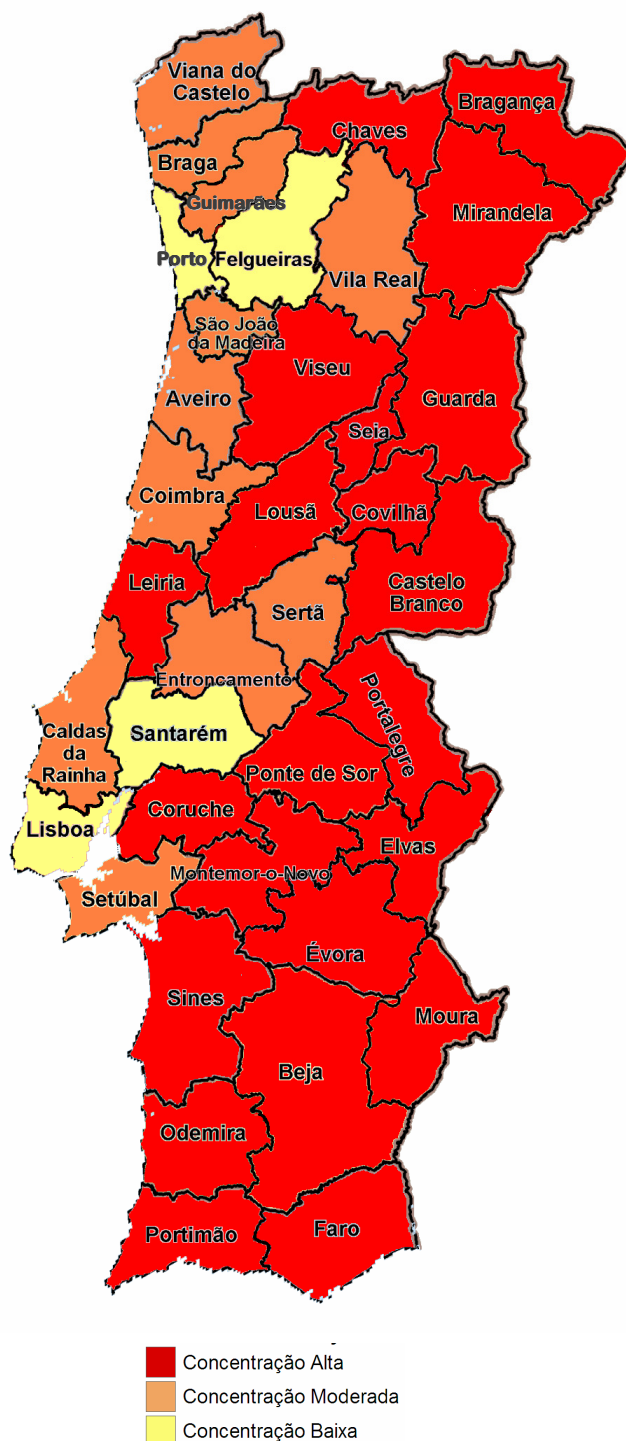
**Tabela 3.7 – Número de grupos de Análises Clínicas presentes em cada RRAS**

<b>RRAS</b>	<b>Grupos</b>	<b>Entidades independentes</b>	<b>Total de concorrentes</b>
Bragança	3	1	4
Chaves	1	6	7
Viana do Castelo	4	6	10
Braga	5	16	21
Mirandela	4	2	6
Guimarães	7	15	22
Felgueiras	8	13	21
Vila Real	2	8	10
Porto	10	37	47
São João da Madeira	6	8	14
Viseu	5	8	13
Aveiro	4	9	13
Guarda	3	2	5
Seia	1	0	1
Covilhã	1	4	5
Coimbra	4	11	15
Lousã	5	7	12
Castelo Branco	1	1	2
Sertã	3	3	6
Leiria	3	6	9
Entroncamento	6	6	12
Caldas da Rainha	7	10	17
Portalegre	2	0	2
Ponte de Sor	2	2	4
Santarém	4	10	14
Coruche	2	2	4
Elvas	2	3	5
Lisboa	18	58	76
Montemor-o-Novo	1	1	2
Évora	2	1	3
Setúbal	12	22	34
Moura	1	1	2
Beja	2	2	4
Sines	2	0	2
Odemira	1	0	1
Portimão	0	6	6
Faro	2	6	8

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

**Figura 3.8 – Concentração dos mercados de Análises Clínicas considerando as relações de grupo**

RRAS	Rácio R2	IHH
Bragança	64%	2.884
Chaves	59%	2.256
Viana do Castelo	47%	1.639
Braga	34%	998
Mirandela	69%	2.908
Guimarães	39%	1.085
Felgueiras	26%	774
Vila Real	50%	1.848
Porto	32%	790
São João da Madeira	43%	1.574
Viseu	56%	1.901
Aveiro	50%	1.797
Guarda	68%	2.940
Seia	100%	10.000
Covilhã	69%	3.050
Coimbra	47%	1.561
Lousã	51%	1.725
Castelo Branco	100%	5.013
Sertã	45%	1.803
Leiria	67%	3.471
Entroncamento	33%	1.096
Caldas da Rainha	43%	1.298
Portalegre	100%	6.450
Ponte de Sôr	73%	3.050
Santarém	33%	1.060
Coruche	76%	3.239
Elvas	61%	2.573
Lisboa	19%	444
Montemor-o-Novo	100%	7.709
Évora	89%	4.282
Setúbal	35%	1.004
Moura	100%	5.834
Beja	76%	3.374
Sines	100%	5.774
Odemira	100%	10.000
Portimão	53%	2.186
Faro	88%	4.699



Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

Como se constata, aumentou o número de RRAS com mercados muito concentrados (de 19 para 22), e diminuiu o número de mercados pouco concentrados (de 9 para 4), relativamente à secção anterior, onde as relações de grupo foram ignoradas. O grau de concentração (avaliado pelo R2) aumentou em 20 RRAS, sendo este aumento maior em Lousã, Castelo Branco e Guarda (aumentos de, respectivamente, 26, 25 e 22 pontos percentuais).

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

A tabela 3.9 resume as análises de concentração realizadas, evidenciando as diferenças constatadas entre as estruturas de mercado avaliadas ao nível de entidades e ao nível de grupos empresariais.

**Tabela 3.9 – Resumo das conclusões sobre nível de concorrência**

	Entidades		Grupos	
	Nº Mercados	%	Nº Mercados	%
Mercados muito concentrados	19	51%	22	59%
Mercados moderadamente concentrados	9	24%	11	30%
Mercados não concentrados	9	24%	4	11%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

## **4. Barreiras à entrada no sector das Análises Clínicas**

A concorrência entre prestadores é no interesse dos utentes na medida em que a pressão concorrencial existente incentiva os prestadores a fornecerem melhores serviços como forma de captar utentes e, dessa forma, garantir a sua sobrevivência com rentabilidades atractivas. Assim, 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 muito superiores ao normal.

A análise da concorrência efectuada no capítulo anterior apenas captura a pressão concorrencial exercida pelos concorrentes que já estão no mercado, mas não permite aferir da pressão exercida por concorrentes potenciais. A pressão exercida por concorrentes potenciais será tanto maior quanto menores forem as barreiras à entrada no mercado. Assim, a existência e o grau de importância de eventuais barreiras à entrada será um indicador indirecto da maior ou menor pressão concorrencial exercida pelos concorrentes potenciais.

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

### **4.1. Licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde**

No sector da prestação de cuidados de saúde, a necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança, ao nível dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações, está presente de uma forma mais acentuada do que em outras áreas. As relevantes especificidades deste sector agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem o interesse nem violem os direitos dos utentes. Particularmente, a assimetria de informação que se verifica entre prestadores e utentes reduz a capacidade de escolha dos últimos,

não lhes sendo fácil avaliar a qualidade e adequação do espaço físico, nem a qualificação dos recursos humanos e adequação da prestação a que se submetem quando procuram cuidados de saúde. Além disso, a importância do bem em causa (a saúde do utente) incute uma gravidade excepcional à prestação em situação de falta de condições adequadas.

A atribuição de licenças de funcionamento (licenciamento) é um dos possíveis mecanismos através dos quais se pretende garantir que a prestação de cuidados de saúde se realiza com respeito por parâmetros mínimos de qualidade, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.

Do ponto de vista da organização dos mercados, o licenciamento traduz-se numa barreira à entrada no sector de natureza regulamentar que, como tal, pode afectar o grau de concorrência e a contestabilidade dos mercados. Genericamente, qualquer barreira adicional à entrada tem, potencialmente, um efeito de restrição da concorrência que se traduz na perda de eficiência e redução do bem-estar dos utentes. Mas no caso do sector da saúde, onde existem grandes assimetrias de informação, é socialmente admissível impor custos de entrada adicionais em troca de uma maior protecção da qualidade e segurança dos serviços prestados, desde que esses custos de entrada sejam suportados de igual modo por todos os prestadores.<sup>26</sup>

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

Sem prejuízo da recente evolução do enquadramento legal concernente ao licenciamento, devemos ter em conta que nos últimos anos vigorou um quadro legal

---

<sup>26</sup> Isto é, desde que esteja assegurada igualdade de circunstâncias para todos os operadores de mercado.



de efectiva obrigatoriedade de obtenção de licença para a entrada em funcionamento de certos tipos de prestadores privados de cuidados de saúde.

Nas secções seguintes apresenta-se o enquadramento jurídico do licenciamento de prestadores de cuidados de saúde em Portugal, e discute-se as suas implicações quer do ponto de vista do ambiente concorrencial, quer do ponto de vista da garantia da segurança e qualidade dos serviços de saúde.<sup>27</sup>

### 4.1.1. Enquadramento jurídico do licenciamento

O Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de Junho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de Dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de Maio, aprova o regime jurídico do licenciamento e da fiscalização dos laboratórios privados de patologia clínica e análises clínicas, bem como os requisitos que devem ser observados quanto a instalações, organização e funcionamento.

Os laboratórios do sector público e do sector social não estavam abrangidos pelo regime de licenciamento previsto para os privados. No entanto, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) estão sujeitas ao poder orientador e de inspecção dos serviços competentes do Ministério da Saúde, de forma a salvaguardar a qualidade dos serviços prestados<sup>28</sup>, devendo garantir o bom funcionamento das instalações e equipamentos dos seus laboratórios e a qualidade dos serviços neles prestados, colaborar com a autoridade sanitária local e dar cumprimento às respectivas recomendações e directivas<sup>29</sup>.

Em conformidade com esta premissa, plasmada na própria Lei de Bases da Saúde, o legislador optou por isentar da aplicação das regras procedimentais previstas em matéria de licenciamento o sector público e o sector social, sem prejuízo da

---

<sup>27</sup> A ERS elaborou já um documento onde são dados a conhecer os vários diplomas existentes no ordenamento jurídico português sobre o licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde, e onde era analisada a situação efectiva do processo de licenciamento, bem como as suas implicações no grau de concorrência dos mercados, e na eficiência da solução de compromisso entre concorrência e qualidade. Este documento tem o título de “Estudo sobre o Licenciamento de Prestadores de Cuidados de Saúde”, e encontra-se publicado no *website* da ERS, <http://www.ers.pt>.

<sup>28</sup> Nos termos da Base XXXVIII, n.º 2 da Lei 48/90, de 24 de Agosto, que introduz a Lei de Bases da Saúde.

<sup>29</sup> Nos termos do artigo 7.º, n.º 2, als. a) e e) da Portaria sem número, publicada na II série do DR, de 27 de Julho de 1988, que sofreu as alterações introduzidas pela Portaria n.º 143/91, publicada na II série do DR, de 2 de Maio de 1991.

observância, por parte destes, das regras previstas em matéria de qualidade e segurança. Ou seja, os laboratórios públicos ou sociais não carecem de obter uma licença para poderem operar, ainda que devam, naturalmente, zelar pela prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança, respeitando as regras previstas na legislação que regulamenta o licenciamento dos laboratórios privados (artigo 1.º, n.º 2 do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de Junho, com a redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de Dezembro e Decreto-Lei n.º 111/2004, de 12 de Maio).

Já em Junho de 2007, os laboratórios privados passaram a ter um quadro legal relativo ao licenciamento semelhante ao dos laboratórios dos sectores público e social, uma vez que o seu funcionamento deixou de depender da obtenção de uma licença. O Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, diploma que visou estabelecer o novo modelo de organização e estrutura orgânica das ARS, contém uma norma revogatória que inclui a revogação do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de Junho. O artigo em causa estabelecia que *“o funcionamento de qualquer laboratório depende da obtenção de uma licença, a conceder por despacho do Ministro da Saúde, que fixa as valências que o seu titular fica autorizado a desenvolver, os respectivos postos de colheita e, bem assim, os laboratórios com os quais tenha sido celebrado contrato de colaboração”*, e a sua revogação implica uma harmonização dos regimes imposição de normas de qualidade e segurança, e conseqüente fiscalização, dos sectores privado, social e público.

#### **4.1.2. O licenciamento enquanto barreira à entrada**

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

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

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

Porém, a obtenção de uma licença de funcionamento nunca foi um processo sem dificuldades. Pelo que se apurou em contactos com os diversos intervenientes no processo (DGS, ARS, ordens profissionais, associações de prestadores), diversos factores vinham revelando-se como entraves ao bom funcionamento do processo de licenciamento, como por exemplo, dificuldades e insuficiências do procedimento administrativo de licenciamento, com duplicação de formalidades e vistorias (o licenciamento dos edifícios junto das Câmaras Municipais não estava coordenado com o licenciamento da actividade de prestação de cuidados de saúde), e dificuldades na realização de vistorias, nomeadamente ao nível da constituição das Comissões de Verificação Técnica (CVT) e dos recursos de que dispõem.

Por outro lado, apesar de o licenciamento ter sido obrigatório para todos os laboratórios privados desde 1999, à data da alteração legislativa que suspendeu a obrigatoriedade de obtenção de licença (Abril de 2007), existiam em Portugal ainda muitas destas unidades, em actividade, sem que lhes tivesse sido atribuída a respectiva licença. Este facto, que era do conhecimento de todas as entidades que de alguma forma estavam ligadas ao processo, pode ser verificado de uma forma sistemática com base na informação obtida no âmbito do processo de registo dos prestadores de cuidados de saúde na ERS. Comparando as listas de unidades licenciadas com as listas das entidades que pediram o registo na ERS, nas mesmas áreas, podemos aferir da verdadeira dimensão do problema da falta de licenciamento que se verificava.

Na tabela 4.1 é sintetizada a informação sobre o número de entidades prestadoras de Análises Clínicas privadas licenciadas, e seu peso no total, de cada uma das regiões administrativas do SNS. O número de entidades não licenciadas reflecte o número de

entidades registadas na ERS, nas mesmas áreas, que não constavam das listas de entidades licenciadas publicadas pela Direcção-Geral da Saúde (DGS)<sup>30</sup>.

**Tabela 4.1 – Entidades prestadoras de Análises Clínicas, licenciadas e não licenciadas no total, por ARS**

ARS	Licenciadas	N Licenciadas
ARS Norte	24	86
	22%	78%
ARS Centro	7	77
	8%	92%
ARS LVT	80	81
	50%	50%
ARS Alentejo	0	14
	0%	100%
ARS Algarve	14	3
	82%	18%
<b>Total Nacional</b>	<b>125</b>	<b>261</b>
	32%	68%

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

Podemos constatar que a maioria dos laboratórios de Análises Clínicas não estava licenciado (68% de não licenciados a nível nacional). Do ponto de vista geográfico, verificamos a existência de significativa desigualdade na incidência do licenciamento. Enquanto que na ARS do Alentejo não se registava qualquer laboratório licenciado, na ARS do Algarve perto de 80% dos laboratórios estavam licenciados.

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

<sup>30</sup> Informação disponível *website* da DGS, <http://www.dgs.pt>, em Abril de 2007.

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

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

### **4.1.3. O licenciamento e qualidade dos cuidados de saúde**

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

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

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

## 4.2. Convenções

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

A contratação da prestação de cuidados de saúde entre o SNS e os operadores privados traz claras vantagens para os utentes, ao permitir o alargamento das hipóteses de escolha, bem como o acesso a um leque mais variado de serviços prestadores de cuidados de saúde. Neste sentido, os utentes serão os primeiros beneficiários de um sistema que funcione em respeito de adequados níveis de eficiência e qualidade e em que seja garantida uma ampla e eficaz cobertura de todo o

território nacional em recursos humanos e unidades de saúde, sejam elas públicas ou não públicas.

### **4.2.1. Enquadramento jurídico e situação actual das convenções com o SNS**

O regime de celebração das convenções previsto na LBS foi regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril.<sup>31</sup> Este diploma define como convenção<sup>32</sup>, o contrato de adesão celebrado entre o Ministério da Saúde, através da DGS e das ARS, e as entidades privadas, pessoas colectivas ou profissionais liberais, tendo como objectivo a prestação de cuidados de saúde (com fins de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico e terapêutica da doença e de reabilitação<sup>33</sup>) aos utentes do SNS, passando, deste modo, a fazer parte integrante da rede nacional de prestação de cuidados de saúde<sup>34</sup>.

Sucedem porém, que o regime jurídico estabelecido no Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, não estará a ser implementado de forma a cumprir os objectivos pretendidos, uma vez que actualmente as convenções se encontram “fechadas”. Desde o início de 1999 não têm sido celebradas novas convenções na área das Análises Clínicas, com o subsequente impedimento de acesso ao mercado de novos operadores.

Os serviços de saúde que podem ser contratados no âmbito das convenções são de diversa ordem, estando agrupados por áreas de afinidade (valências) que se traduzem na elaboração dos clausulados tipo dos contratos de adesão. As convenções existentes para a maior parte das valências regem-se por clausulados tipo de meados da década de 80, e não por clausulados definidos ao abrigo do Decreto-Lei 97/98, de 18 de Abril, que define o Regime Jurídico das Convenções. No caso específico das Análises Clínicas, os clausulados existentes datam de 27/10/1986 (Patologia Clínica) e de 21/03/1987 (Análises Clínicas a realizar por farmacêuticos).

---

<sup>31</sup> A ERS fez já um estudo detalhado sobre o enquadramento jurídico e o estado actual das convenções com o SNS, e as suas consequências, vertido num relatório intitulado “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS”, disponível em <http://www.ers.pt>, do qual a presente secção é apenas um resumo adaptado.

<sup>32</sup> Cfr. art. 3.º al. a) do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril.

<sup>33</sup> Cfr. art. 6.º n.º 1 do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril.

<sup>34</sup> Neste sentido, vd. base XII n.º 4 da LBS.

É na simples adesão a estes clausulados que se baseia a contratação para a prestação de serviços no SNS. Contudo, nos termos do Decreto-Lei 97/98, de 18 de Abril, os clausulados tipo deveriam ter sido revistos no prazo de 180 dias após a sua publicação, o que não veio a acontecer. Assim, não existindo clausulados tipo válidos a que os prestadores possam aderir, não podem ser celebradas novas convenções. Nas valências que não tiveram clausulados tipo homologados após 1998, que é o caso das Análises Clínicas, as convenções encontram-se “fechadas” a novos operadores e apenas estão em vigor as convenções celebradas antes da entrada em vigor do Estatuto do SNS, em 1993, ou durante um pequeno período de “abertura” em 1997-99. Em consequência, o universo de convencionados é dominado por entidades que já se encontram no mercado há muito tempo.

Quanto aos prestadores do sector social, a celebração de acordos entre as ARS e as IPSS foi regulamentada pela Portaria sem número, do Ministério da Saúde, de 7 de Julho de 1988<sup>35</sup>. Os acordos a estabelecer envolvem a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, os quais serão prestados em unidades pertencentes às IPSS (art. 2.º n.º 1 da Portaria de 1988). Para tanto, são considerados como cuidados de saúde, nos termos do disposto no n.º 2, do art. 2.º da referida Portaria: as consultas; os elementos complementares de diagnóstico; os tratamentos; os internamentos; as intervenções cirúrgicas.

Em 11 de Setembro de 1995 foi celebrado, entre a União das Misericórdias Portuguesas e o Ministério da Saúde, um Protocolo de Cooperação, publicado na II série do DR, de 2 de Outubro de 1995, que visava regular a actividade das Misericórdias na área da saúde. Este protocolo refere expressamente, na cláusula primeira, que “as instituições e serviços de saúde pertencentes às santas casas de misericórdia, dadas as suas vocações e tradições multisseculares, ausência de fins lucrativos e implementação directa nas comunidades populacionais, possuem individualidade própria e única, constituindo um sector específico de prestação de cuidados na área da saúde, e regem-se por legislação própria, nos termos da Base XXXVIII, da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde)”.

---

<sup>35</sup> A Portaria sem número, do Ministério da Saúde, de 7 de Julho de 1988 aprovou o Regulamento dos Acordos a estabelecer entre as ARS e as Misericórdias e outras IPSS. A referida Portaria veio regulamentar o disposto no n.º 2, do artigo 4.º do Estatuto das IPSS, tendo sido alterada pela Portaria n.º 143/91, publicada na II série do DR, de 2 de Maio de 1991. Este Regulamento estabelece as normas a que devem obedecer os acordos bilaterais a celebrar entre as ARS e as Misericórdias e outras IPSS (art. 1º da Portaria de 1988).



A articulação com o SNS é regulada por acordos de cooperação específicos, a celebrar com as ARS, que se regem pelas normas gerais constantes deste Protocolo de Cooperação (cláusula segunda, n.º 1). As Santas Casas de Misericórdia podem actuar noutras áreas de cuidados de saúde, para além daquelas que estão protocoladas (cláusula terceira, n.º 3), embora os acordos de cooperação estabeleçam a definição dos cuidados de saúde individualizados a que se referem, nomeadamente internamentos, intervenções cirúrgicas, consultas, tratamentos e elementos complementares de diagnóstico e terapêutica, entre outros (cláusula sexta).

A partir da segunda metade da década de 90 foram vários os acordos de cooperação celebrados entre Misericórdias e as ARS, ao abrigo do Protocolo de Cooperação de 1995. O Regulamento dos Acordos a estabelecer entre as ARS e as Misericórdias e outras IPSS – e ao abrigo do qual foi celebrado, concretamente entre a União das Misericórdias Portuguesas e o Ministério da Saúde, um Protocolo de Cooperação – mantém-se em vigor. Consequentemente, configura-se um tratamento diferente no acesso a acordos com o SNS em favor de algumas IPSS que, independentemente de ser justificável à luz da legislação específica, terá, certamente, efeitos ao nível da concorrência e da eficiência dos mercados que interessam relevar.

#### **4.2.2. Relevância das convenções para os operadores**

Tendo por base uma amostra de todos os 57 laboratórios de análises clínicas privados com sedes localizadas no Grande Porto<sup>36</sup>, que responderam a um pedido de elementos efectuado pela ERS, no âmbito de um processo de inquérito<sup>37</sup>, podemos avaliar a importância dos acordos e convenções com as principais entidades financiadoras para os prestadores privados. A tabela 4.2 apresenta as convenções ou acordos detidos pelos operadores em causa com o SNS e a ADSE e também as outras principais entidades financiadoras.

---

<sup>36</sup> Unidade de nível III da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), compreendendo os concelhos de Espinho, Gondomar, Maia, Matosinhos, Porto, Póvoa de Varzim, Valongo, Vila do Conde e Vila Nova de Gaia.

<sup>37</sup> A ERS empreendeu uma consulta, em 8 de Março de 2007, a todos os laboratórios de Análise Clínicas do Grande Porto registados no SRER da ERS.

**Tabela 4.2 – Convenções detidas pelos laboratórios do Grande Porto**

Entidades Financiadoras	N.º de Ent.	% do Total de Entidades
SNS	55	96%
ADSE	51	89%
SNS e ADSE	50	88%
SNS/ADSE	56	98%
SAMS <sup>38</sup>	23	40%
SNS/ADSE/SAMS	57	100%

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

Como se constata na tabela 4.2, só 2 dos 57 prestadores (4%) não dispõem de convenção com o SNS, e mesmo esses dois dispõem de convenções com a ADSE ou com o SAMS. Isto é, não há operadores no mercado sem convenções com um dos grandes financiadores, e aqueles que não dispõem de convenção com o SNS são uma excepção.

A dependência dos prestadores das convenções com o SNS e outros grandes financiadores é ainda mais marcada se analisarmos a estrutura da procura por entidade financiadora. Para a realização de uma análise da estrutura da procura, a ERS solicitou aos referidos operadores do Grande Porto uma listagem com os códigos postais do local de residência de cada um dos utentes atendidos durante dois dias seguidos – 14 e 15 de Março de 2007 –, sendo indicada, para cada utente, a respectiva entidade financiadora. Por várias razões, de todas as respostas recebidas ao pedido de elementos efectuado, 50 foram consideradas válidas para efeitos deste estudo.

O pedido de elementos efectuado permitiu a identificação do número de utentes atendidos em cada posto de colheita, de cada laboratório, e respectiva proveniência geográfica, bem como identificação da instituição financiadora dos exames realizados. Como se constata na tabela 4.3, mais de dois terços dos utentes dos laboratórios de análises clínicas são portadores de credenciais do SNS, e apenas 20% dos utentes são financiados por entidades privadas (subsistemas não públicos, seguradoras, ou os próprios utentes).

<sup>38</sup> SAMS, SAMS QUADROS e SAMS SBSI.

**Tabela 4.3 – Distribuição dos utentes, por entidade financiadora**

Entidades Financiadoras	% dos utentes
SNS	68,3%
ADSE	8,7%
Outros subsistemas públicos	1,2%
Hospitais	1,8%
SAMS	2,3%
Outros subsistemas não públicos	1,9%
Seguradoras	4,8%
Outros acordos	3,5%
Particulares	7,5%

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

A consulta aos operadores permitiu ainda obter resultados relevantes para as questões analisadas nos capítulos 5 e 6, nomeadamente a determinação do grau de dependência dos laboratórios e seus postos de colheita da procura de utentes locais, e em especial, dos utentes do SNS locais.

Como se constata na tabela 4.4, do total de 7.431 utentes atendidos pelos 162 postos de colheita dos 50 laboratórios considerados, nos dias 14 e 15 de Março de 2007, que tiveram as suas residências identificadas através dos quatro dígitos dos códigos postais<sup>39</sup>, 69% eram utentes portadores de credenciais do SNS. Destes, 3.317 eram residentes no concelho onde se situava o posto de colheita utilizado. Isto é, em média, quase metade (45%) dos utentes de laboratórios é originária dos Centros de Saúde locais.

<sup>39</sup> 461 utentes não tiveram os seus códigos postais identificados e foram excluídos da presente análise.

**Tabela 4.4 – Proveniência geográfica dos utentes relativamente ao posto de colheitas**

Proveniência Geográfica	Utentes SNS	Utentes Totais	% SNS dos Totais
Total	5.122	7.431	69%
Mesmo Conc.	3.317	4.534	73%
% Total	65%	61%	-
Mesmo Código	2.112	2.788	76%
% Mesmo Conc.	64%	61%	-
% Total	41%	38%	-

Fonte: Dados dos operadores consultados pela ERS

Acresce que da análise dos elementos recolhidos resulta que a dependência de alguns postos de colheita e utentes do SNS do próprio concelho é ainda maior do que as médias dão a entender. Efectivamente, constata-se que em 56% dos postos de colheita, mais de 75% dos utentes são do SNS e residentes no próprio concelho em que estão localizados.

Tendo em conta os números envolvidos, é muito provável que a viabilidade económica de muitos laboratórios dependa decisivamente da procura emanada dos Centros de Saúde do seu concelho. Sem prejuízo da análise ter por referência prestadores privados do Grande Porto, entende-se que as mesmas conclusões serão também válidas para o resto do país. Podemos, assim, concluir que o sector de prestação de serviços de Análises Clínicas depende significativamente das convenções com o SNS e subsistemas, ou seja, que a detenção de uma convenção é uma condição quase indispensável para que uma empresa possa sobreviver neste sector.

### **4.2.3. Consequências do actual estado das convenções**

Se a detenção de uma convenção é uma condição decisiva para assegurar a viabilidade dos laboratórios de análises clínicas, então a não celebração de novas convenções constitui uma barreira importante no acesso, que poderá distorcer a concorrência neste mercado.

Porém, só fará sentido considerar o encerramento das convenções como barreira ao acesso ao mercado se existirem entidades dispostas a entrar nesse mercado e, concretamente, dispostas a deter uma convenção com o SNS ou subsistema. O

número extremamente reduzido de operadores que não dispõe de convenção com o SNS sugere a importância da convenção, mas não é revelador das potenciais intenções de contratação com o SNS ou ADSE. As intenções frustradas de contratação por convenção têm duas origens: os prestadores que já estão no mercado das Análises Clínicas mas ainda não têm contrato com o SNS, e os investimentos que não chegam a concretizar-se por falta de convenção. Acontece que apenas podemos contabilizar a extensão dos prestadores no primeiro caso, analisando o número de entidades privadas não convencionadas face às convencionadas, uma vez que não é possível observar os prestadores que não chegam sequer a entrar no mercado por força da não obtenção de convenção. Ainda assim, existem indícios de que, em alguns casos, potenciais projectos de investimento são cancelados pela não celebração de convenção com o SNS, uma vez que isso pode inviabilizar economicamente a actividade de cuidados de saúde na área das Análises Clínicas<sup>40</sup>.

O encerramento das convenções poderá ter consequências negativas em termos do acesso dos utentes a cuidados de saúde, da qualidade dos serviços prestados, da eficiência dos prestadores e do controlo da despesa do SNS.

Em termos de acesso dos utentes aos serviços de Análises Clínicas, o problema reside no facto de o encerramento das convenções impedir que qualquer falta de capacidade de resposta a necessidades dos utentes do SNS, em determinadas regiões, seja colmatada através da celebração de novas convenções. Por outro lado, a antiguidade dos clausulados tipo das convenções, ainda em vigor – tal como a maioria dos clausulados, o de Patologia Clínica data de meados da década de oitenta – levanta problemas de acesso às técnicas mais recentes, limitando assim o espaço para melhorias ao nível da qualidade dos serviços. Durante os últimos vinte anos muitas transformações se verificaram na saúde, resultantes da evolução no estado dos conhecimentos e da experiência científica, bem como do surgimento e desenvolvimento de novas técnicas, mais sofisticadas, derivadas do surgimento constante de novas tecnologias, as quais foram sendo usadas e adaptadas à medicina.

Adicionalmente, as desigualdades no acesso dos prestadores às convenções reduzem, também, a eficiência dos prestadores. As desigualdades no acesso dos prestadores ao mercado das convenções causam ineficiência estática, na medida em

---

<sup>40</sup> Estes indícios resultam de diversas exposições enviadas para a ERS por entidades reguladas, que se queixam da impossibilidade de obter convenções.

que não há qualquer garantia de que prestam serviços ao SNS os operadores mais eficientes. Por outro lado, há também ineficiência dinâmica, uma vez que a pressão concorrencial sobre os convencionados é limitada pela restrição de novas entradas no subsector, havendo, por isso, menos incentivos para os convencionados se tornarem mais eficientes.

Estas desigualdades de acesso resultam da dificuldade ou impossibilidade de acesso dos novos operadores ao mercado convencionado, a qual resulta das convenções se encontrarem fechadas, o que gera “monopólios geracionais”. Uma vez que só os prestadores mais antigos, que aderiram às convenções enquanto os clausulados estiveram em vigor, é que podem prestar serviços ao SNS, está criada uma situação de clara discriminação negativa dos novos investimentos no sector, no que ao acesso aos mercados diz respeito. Quanto aos operadores privados não convencionados, que frequentemente reúnem todas as condições exigíveis e desejáveis para celebrarem acordos com o SNS (ao contrário de outras clínicas mais antigas já convencionadas), enfrentam uma decisiva barreira no acesso ao subsector das convenções com o SNS que os discrimina e os lesa em termos de concorrência, com claros prejuízos para si, e certamente para todo o sistema.

Em conclusão, o actual modelo de contratação enferma de problemas sérios, que lesam acima de tudo os interesses dos utentes, em termos de acesso, liberdade de escolha e qualidade dos serviços de saúde, mas também o Estado de forma directa, especificamente no que toca à aplicação de recursos no sector da Saúde, e indirecta, por força da incumbência de protecção do direito à saúde dos cidadãos.

## 5. Concorrência com os hospitais EPE

A análise da concorrência efectuada no capítulo 3 assume que o mercado de Análises Clínicas é composto apenas por operadores privados e sociais. De facto, a quase totalidade das Análises Clínicas em ambulatório eram tradicionalmente realizadas por operadores não públicos, mas recentemente alguns Hospitais, com a natureza de EPE, passaram a oferecer os seus serviços, na área das Análises Clínicas, aos utentes dos Centros de Saúde do SNS.

Concretamente, a ERS teve conhecimento da instalação de postos de colheita, por parte de alguns Hospitais e/ou Centros Hospitalares com a natureza de EPE, nos Centros de Saúde da sua área de influência, ao abrigo de Protocolos celebrados com a respectiva ARS, sendo certo que após realizadas as colheitas são as mesmas transportadas para a unidade hospitalar respectiva a fim de ser efectuada a análise.

Nesse sentido, importará analisar quais as consequências da situação descrita, não só para a estrutura do mercado de Análises Clínicas, e em especial para os laboratórios de Análises Clínicas que exercem a sua actividade nas áreas em causa, mas também para os utentes, nomeadamente, uma eventual afectação dos direitos dos operadores convencionados e dos direitos dos próprios utentes.

No que concerne aos operadores, deve poder determinar-se se aqueles Protocolos vêm coarctar os direitos dos operadores convencionados, os quais celebraram contratos com o Estado que deverão ser respeitados. Deve igualmente determinar-se se esses Protocolos não se traduzem igualmente numa restrição da concorrência entre operadores, na medida em que, de forma artificial, os utentes não podem escolher livremente o prestador onde vão realizar a análise clínica.

No que aos utentes respeita, importa concluir se (i) existe afectação da sua liberdade de escolha; e (ii) se existe uma deterioração da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A questão concreta que a ERS teve conhecimento prendia-se com a actuação de alguns estabelecimentos de saúde integrados no SNS, designadamente, do Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E. (HESE)<sup>41</sup>, do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona

---

<sup>41</sup> Foi criado, com a natureza de entidade pública empresarial, pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro.

Central, E.P.E. (CHL)<sup>42</sup> e, ainda, do Hospital de Santa Maria, E.P.E. (HSM)<sup>43</sup>, que se consubstancia na instalação nos Centros de Saúde, da respectiva área de influência, de postos de colheita e conseqüente envio das colheitas para os referidos hospitais, onde as análises serão efectuadas<sup>44</sup>.

Essa actuação da parte das entidades *supra* referidas pode ser susceptível de pôr em causa os direitos dos utentes, designadamente, a garantia da sua liberdade de escolha e os direitos dos operadores convencionados.

Em todas essas situações que foram descritas à ERS, a instalação dos postos de colheita resultava de Protocolos, celebrados entre unidades hospitalares com natureza de EPE e as ARS, destinados a regular as condições de acessibilidade dos utentes do SNS a todos os MCDT, e não apenas às análises clínicas.

O HESE, por exemplo, estabeleceu um Protocolo com a Sub-Região de Saúde de Évora, em 1 de Fevereiro de 2006, homologado pela ARS Alentejo, que garante e promove a acessibilidade dos utentes do SNS aos MCDT prestados no Laboratório de Patologia Clínica do HESE.

O Protocolo em causa apenas está implementado nas unidades de saúde familiares instaladas no Campus Hospitalar e nos Centros de Saúde de Vendas Novas e Montemor-o-Novo<sup>45</sup>.

Da análise desse Protocolo pode observar-se, por um lado, a existência de uma cláusula referente à remuneração, na qual se afirma que *“os preços dos actos realizados são inferiores aos preços praticados no sector convencionado na percentagem de 10%”* (cfr. Cláusula Sexta do Protocolo); por outro lado, que *“[a] Sub-Região de Saúde de Évora assume a responsabilidade da colheita e transporte dos produtos para exames laboratoriais, entre os Centros de Saúde e o Hospital do Espírito Santo – Évora”* (cfr. Cláusula Terceira do Protocolo).

Por seu lado, o HSM acordou igualmente com a ARSLVT a instalação de um posto de colheita no Centro de Saúde de Alvalade mediante a celebração de um Protocolo.

---

<sup>42</sup> Foi criado, com a natureza de entidade pública empresarial, pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro.

<sup>43</sup> Foi criado, com a natureza de entidade pública empresarial, pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

<sup>44</sup> Informação prestada pela Associação Nacional dos Laboratórios Clínicos (ANL) em comunicação enviada à ERS.

<sup>45</sup> Segundo informação prestada pelo HESE e pela própria Sub-região de Saúde de Évora.



Para ambas as instituições, a importância e a necessidade de dar corpo a essa articulação centra-se no facto de poderem melhorar a qualidade da sua oferta para com os utentes da sua área de influência.

Enquanto que a colheita e apoio administrativo nos Centros de Saúde em causa passa a ser efectuada por funcionários do HSM, o objecto da recolha é posteriormente transportado para o Hospital (Serviço de Patologia Clínica), o qual procede à respectiva análise.

Mais afirma esta entidade – que celebrou o Protocolo com a ARSLVT – que este protocolo abrange todos os outros MCDT e não apenas Análises Clínicas (cfr. Cláusula Primeira do Protocolo).

O Protocolo celebrado com a ARSLVT contém igualmente uma cláusula referente a remuneração, nos termos da qual os preços cobrados pelo HSM são inferiores aos preços convencionados em 10% (cfr. Cláusula Nona do Protocolo).

Por último, foram ainda instalados dois postos de colheita do Serviço de Patologia Clínica do Hospital de São José (CHL), nos Centros de Saúde de Alameda e Marvila, os quais iniciaram a sua actividade no dia 24 de Janeiro de 2007.

Todo este procedimento tem mais uma vez por base um Protocolo celebrado com a ARSLVT, o qual abrangeria numa primeira fase apenas os Centros de Saúde de Alameda e Marvila e, posteriormente, os restantes Centros de Saúde da área de influência do CHL (cfr. cláusula terceira do Protocolo).

O referido Protocolo integra igualmente uma cláusula referente a remuneração, nos termos da qual os preços cobrados pelo CHL são inferiores aos preços convencionados em 10% (cfr. cláusula Nona do Protocolo).

Não obstante a celebração dos referidos Protocolos e a conseqüente instalação dos postos de colheita, geridos pelos serviços de patologia clínica das referidas unidades hospitalares, os Centros de Saúde de Vendas Novas, Montemor-o-Novo, Alvalade, Alameda e Marvila continuam a emitir credenciais para a realização de exames clínicos tendo os utentes liberdade de escolha de realizar as análises em laboratórios privados convencionados ou nos postos instalados nesses Centros de Saúde<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> De acordo com a informação prestada pela Sub-Região de Saúde de Évora e pela ARSLVT.

Considerando que a questão suscitada pelos Protocolos em causa se prende com a abertura de postos de colheita nos Centros de Saúde, para posterior realização de análises nos Hospitais, importava à ERS, atentos os direitos dos utentes – à prestação de cuidados de saúde com qualidade – compreender quais as condições de funcionamento e qualidade subjacentes à abertura dos mesmos (sem prejuízo de se considerar que sendo os postos de colheita instalados ao abrigo de Protocolo celebrado com as ARS, os mesmos não poderão deixar de reunir todas as condições legalmente exigíveis).

Neste sentido, realizou a ERS uma diligência, junto dos Centros de Saúde de Vendas Novas e Montemor-o-Novo, e Alvalade, Alameda e Marvila, em Lisboa, respectivamente, fazendo deslocar àqueles Centros de Saúde uma equipa técnica para o efeito habilitada. Da avaliação realizada não resultou que as condições dos postos de colheita pudessem fazer perigar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes.

Face a todo o exposto importa à ERS proceder à análise, e respectivo enquadramento jurídico, da possibilidade de entrada no mercado de Análises Clínicas de novos operadores, *in casu* EPE, em consequência da celebração do referido Protocolo, procurando aferir, nos termos das suas atribuições legais, da afectação, ou não, dos direitos dos utentes e dos operadores convencionados.

## 5.1. Dos direitos dos utentes

Nos termos dos artigos 6.º e 25.º do Decreto-lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, incumbe à ERS defender os direitos dos utentes, nomeadamente a liberdade de escolha enquanto corolário do direito de acesso universal e igual à prestação de cuidados de saúde (cfr. n.º 1, alínea a) e n.º 2, alínea a) do artigo 25.º).

Esse direito a escolher livremente os prestadores de cuidados de saúde encontra-se igualmente plasmado na Base XIV, n.º 1, alínea a) da Lei de Bases da Saúde (aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

Ou seja, existindo uma panóplia de operadores convencionados em Lisboa e no Alentejo, na área das Análises Clínicas, seria de esperar que os utentes pudessem utilizar as credenciais (P1), emitidas pelos Centros de Saúde da sua área de

residência, para a realização dessas análises em operadores privados convencionados. Ora o que sucede na sequência do Protocolo celebrado, é haver agora a possibilidade de os Hospitais instalarem nos Centros de Saúde postos de colheita.

Nessa medida, os utentes poderão escolher entre o Hospital ou um operador privado para realizar as análises prescritas, sendo que a questão que se poderá colocar resulta da escolha do utente em fazer a colheita no Centro de Saúde.

Efectivamente, o que se estabeleceu foi a obrigatoriedade de o utente que escolha fazer a colheita no Centro de Saúde, realizar a análise obrigatoriamente no Hospital, não lhe sendo portanto entregue qualquer credencial, a qual passa a ser retida pelo Centro de Saúde.

Acresce que no momento em que o utente decida fazer a colheita no Centro de Saúde, não só a realização da análise é obrigatoriamente efectuada no Hospital, como os resultados, obtidos pelo Hospital, são entregues directamente ao médico do Centro de Saúde. Nessa medida, seria importante acautelar que no caso de o utente pretender obter uma segunda opinião, de outro médico, designadamente privado, sejam facultadas as informações necessárias para esse efeito (mediante disponibilização de credencial ou relatório médico).

O que não se poderá admitir é que, não podendo o Hospital realizar a análise requerida, por falta de capacidade, não possa o utente dirigir-se ao operador privado convencionado por si escolhido, sendo antes direccionado por essa entidade para um operador específico.

Acresce que quem decide fazer a colheita e posterior análise no Hospital, efectuou uma escolha de um operador, não sendo razoável que não podendo este (hospital) realizar a análise, não possa então o utente escolher uma outra entidade, ficando sujeito à escolha do primeiro.

Importa ainda analisar outra questão, que se prende com o menor ou maior incentivo que poderá existir para induzir os utentes a procurar os serviços oferecidos pelo Hospital.

Parece poder afirmar-se que a instalação de postos de colheita nos Centros de Saúde de uma entidade que se apresenta, perante os utentes, como alternativa a um qualquer operador privado convencionado, se traduzirá numa maior possibilidade de

controlar o fluxo de utentes, podendo os mesmos ser facilmente conduzidos para este “operador” em detrimento dos demais. Efectivamente, o Centro de Saúde onde está instalado o posto de colheita é operado, nesta medida, pelos funcionários do próprio Hospital (quer no que concerne ao pessoal administrativo, quer ainda quanto ao pessoal técnico)<sup>47</sup>.

Acresce que, como resulta do Protocolo, o próprio Centro de Saúde (integrado na ARS) tem todo o interesse em recomendar aos utentes a colheita no posto aí instalado e a posterior análise nas entidades com as quais foi celebrado o Protocolo, na exacta medida em que a realização por estas das análises requisitadas se traduz numa poupança para a ARS, na despesa, de 10% face ao preço convencionado.

Por outro lado, não foi demonstrado pelos Hospitais que celebraram o Protocolo que o novo procedimento implementado se traduza em benefícios para o utente, já que nenhuma das entidades inquiridas logrou demonstrar, de forma quantitativa e efectiva, melhorias operadas ao nível de tempos de espera ou qualidade dos serviços prestados aos utentes (apenas se limitaram a referir melhorias genéricas ao nível dos serviços prestados).

Mais ainda, de acordo com os dados facultados pelas próprias ARS quanto à procura destes postos de colheita pelos utentes, revela-se uma quantidade muito reduzida face ao que será o total de utentes atendidos em cada Centro de Saúde. Este facto poderá significar que os utentes não estarão a reconhecer vantagens na existência de postos de colheita nos Centros de Saúde.

Assim, o único ganho que poderá resultar do Protocolo é uma redução da despesa para a ARS, em consequência de os preços praticados terem de ser inferiores aos preços de convenção em 10%.

Ora, considerando a fraca adesão dos utentes aos postos de colheita, parece que aquele ganho só poderá ser significativo mediante uma canalização forçada de utentes para aqueles postos de colheita, a qual é indesejável. Por esta razão, importará mitigar os incentivos para que isto suceda, nomeadamente, através do pagamento de preços idênticos.

De outro modo, mal se compreenderia qual o racional económico subjacente a uma medida mediante a qual as referidas entidades se obrigam a fazer Análises Clínicas a

---

<sup>47</sup> De acordo com a informação prestada pelo HSM.

preços inferiores àqueles que normalmente seriam cobrados, sem que a mesma possibilidade seja concedida/aproveitada no caso das Análises Clínicas praticadas pelos convencionados.

## 5.2. Dos direitos dos operadores

A instalação de postos de colheita nos Centros de Saúde abrangidos pelo Protocolo, afecta igualmente os direitos dos operadores privados convencionados que celebraram um contrato com o Estado (convenção, ao abrigo do Decreto-lei n.º 97/98, de 18 de Abril).

Verifica-se que existe um conjunto de operadores privados que celebraram contratos para a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, os quais tinham a legítima expectativa de poder receber utentes do SNS portadores de credenciais emitidas nos Centros de Saúde respectivos.

Regra geral, os operadores privados convencionados apresentam uma elevada dependência face a utentes do SNS residentes no concelho onde se encontram instalados os postos de colheita. A ERS teve oportunidade de corroborar esta conclusão, amiúde aceite, em consulta de mercado efectuada aos operadores que exercem a sua actividade na área do Grande Porto<sup>48</sup>.

A análise efectuada incidiu sobre a rede de prestadores instalados nas áreas geográficas de influência de cada um dos Centros de Saúde em causa, sendo levada em consideração não só a estrutura de postos de colheita de cada entidade na área em análise, mas também a dimensão total da oferta de cada entidade.

Assim, com base em informação proveniente do registo obrigatório de prestadores de cuidados de saúde na ERS, constatou-se que existem na freguesia de Marvila quatro postos de colheita de Análises Clínicas, pertencentes a três entidades distintas (significando que uma das entidades tem dois postos de colheita nesta freguesia). Todavia, nenhuma destas entidades depende exclusivamente dos postos de colheita

---

<sup>48</sup> Remete-se para o referido no capítulo 4, onde foram apresentados os resultados da consulta. Essa consulta de mercado permitiu demonstrar a dependência dos postos de um concelho face a utentes do respectivo concelho, e mais concretamente, face a utentes do SNS do respectivo concelho.

da freguesia de Marvila, e conseqüentemente, dos utentes do Centro de Saúde de Marvila.

Na freguesia de Alvalade existem três postos, pertencendo cada um deles a uma entidade distinta. Estas são entidades detentoras de outros postos de colheita além do posto em Alvalade, não dependendo, por isso, crucialmente da procura do Centro de Saúde de Alvalade.

Na zona de proximidade do Centro de Saúde da Alameda, existem quinze postos de colheita pertencentes a catorze entidades, sendo que quatro destas entidades detêm apenas o posto de colheitas nesta área. Potencialmente, nestas entidades o impacto da abertura de um posto de colheitas no Centro de Saúde é mais significativo. Todavia, uma vez que se trata de uma área localizada no centro urbano de Lisboa, a dependência destes laboratórios face aos utentes do Centro de Saúde da Alameda poderá ser menos significativa do que o seria no caso de regiões menos centrais.

Os cinco postos de colheita da localidade de Évora pertencem a duas entidades, detendo uma delas quatro desses postos, e outros mais em locais diferentes, enquanto que a outra entidade apenas detém o posto de Évora. Esta segunda entidade tem um grau de dependência face a utentes do SNS da região, mas com a devida ponderação geográfica, o mesmo argumento sobre a centralidade da localidade de Évora pode aplicar-se à conclusão sobre o grau de dependência deste laboratório face aos utentes do SNS do seu local de instalação.

No concelho de Vendas Novas, duas entidades detêm os dois postos de colheita existentes, postos estes que representam uma pequena parte do universo de postos de cada uma das entidades, e que, portanto, têm um diminuto peso na actividade dos laboratórios.

Finalmente, não se regista a existência de qualquer posto de colheita de Análises Clínicas no concelho de Montemor-o-Novo.

Com a celebração do Protocolo, que prevê a instalação de postos de colheita para posterior análise nos Hospitais, estes passam a ter um acesso privilegiado a todo o fluxo de utentes do SNS a montante e a jusante.

Isto é, os utentes do SNS apenas podem aceder à prestação de cuidados de saúde na área dos MCDT, mediante a obtenção de uma prescrição emitida sob a forma de credencial, obtida obrigatoriamente e exclusivamente no Centro de Saúde da área de

residência, que lhes permite então o acesso a um operador privado convencionado, sem outro custo para além da taxa moderadora correspondente; por seu turno, os operadores privados convencionados apenas têm como clientes do SNS – aos quais podem prestar cuidados de saúde posteriormente pagos pelas ARS – os utentes portadores de credenciais emitidas obrigatoriamente e exclusivamente pelos Centros de Saúde da área de residência do utente.

Assim, havendo um interesse dos Centros de Saúde (leia-se ARS) em enviar utentes para as entidades com as quais celebrou o Protocolo, atentos os preços mais baixos praticados, e um interesse daquelas entidades em poder oferecer um preço mais baixo como contrapartida da realização de maiores quantidades, estão claramente comprometidas as normais regras de concorrência que norteiam a actividade de um operador privado convencionado.

Isto é, para um operador privado convencionado não é agora suficiente tentar ser mais eficiente ou oferecer serviços de melhor qualidade aos utentes para captar mais clientela, já que esta poderá ser desviada para outro concorrente de forma artificial e provocada, *in casu*, pelo próprio Centro de Saúde, que mantém uma parceria privilegiada com determinada entidade (Hospital).

Acresce que o operador privado convencionado nem sequer poderá concorrer através do preço – oferecendo um preço mais baixo – porque tal lhe está vedado pela convenção celebrada (que compreende uma tabela de preços convencionados para os actos praticados).

O eventual aumento da procura dos serviços ora oferecidos pelo Hospital, traduzir-se-á em equivalente perda de clientela para os operadores privados convencionados, a qual, consoante a maior ou menor dependência do operador face àqueles utentes, poderá ditar a sua exclusão do mercado.

Sem prescindir, o que manifestamente constitui uma restrição dos direitos dos operadores é o ajuste directo com determinado operador, efectuado pelo Hospital quando não tenha capacidade para realizar o MCDT prescrito, retendo a credencial do utente.

Neste cenário, há claramente operadores que serão beneficiados em detrimento de outros, não se conhecendo as regras que ditam a escolha efectuada pelo Hospital.

Acresce que sempre teria de ser o utente a escolher o operador privado e não o Hospital.

Por outro lado, deve igualmente salientar-se que independentemente da questão de saber se os utentes podem ou não continuar a escolher o operador que pretendam, a verdade é que os Hospitais têm à luz do Protocolo um tratamento privilegiado, sendo-lhes permitido instalar postos de colheitas nos Centros de Saúde, faculdade que não é concedida a qualquer operador privado.

Ora, na medida em que se considere que os operadores privados e os hospitais integram, da mesma forma e em igualdade de circunstância, a rede nacional de prestadores de cuidados de saúde (cfr. Base XII, n.º4, da Lei das Bases da Saúde), esta medida revelar-se-ia violadora do princípio da igualdade. Desde logo, parece ser amplamente reconhecido que qualquer operador (incluindo os Hospitais) desejará estar o mais perto possível dos cidadãos como forma de garantir maior procura, sendo o Centro de Saúde um local privilegiado para esse efeito.

Porém, a instalação de postos de colheita em Centros de Saúde por operadores privados está condicionada por força da legislação. Assim, uma aplicação estrita do princípio da igualdade e concorrência entre operadores só poderia ser materializada pela proibição da instalação de postos de colheita de operadores públicos nos Centros de Saúde.

Tal proibição atentaria, contudo, contra a plena liberdade de escolha dos utentes, os quais veriam o seu leque de opções reduzido, já que deixariam de dispor de uma das alternativas actualmente disponíveis (apesar de pouco utilizada).

Acresce que o impacto na igualdade e concorrência entre operadores da instalação de postos de colheita de operadores públicos nos Centros de Saúde deverá ser reduzido. A localização é apenas um dos muitos factores de concorrência (tão ou mais importantes serão a qualidade, fidelização, confiança, celeridade, comodidade), e a eventual vantagem competitiva que daí pudesse resultar seria facilmente anulável com a instalação de postos de colheita na vizinhança do Centro de Saúde.

Acredita-se portanto que não existindo o incentivo “preço” susceptível de poder levar o Centro de Saúde a influenciar os utentes, e garantindo que não pode haver qualquer canalização de utentes para o posto de colheita, este assumirá no mercado um papel indiferenciado, não se distinguindo dos demais postos de colheita.



Ainda assim, poder-se-á ou dever-se-á sempre equacionar de que forma se poderá no futuro acautelar que todos os operadores possam ter as mesmas oportunidades no que respeita à sua implantação junto dos utentes.

Face ao exposto, de facto e de direito, o Protocolo poderá acarretar uma violação dos direitos plasmados nas seguintes normas:

- a) A concorrência entre operadores e direito à segurança do investimento destes, consagrados nos artigos 5.º, 6.º, 8.º, do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, o que motiva uma actuação da ERS por força da alínea b) do n.º 2 do artigo 6.º, do Decreto-Lei n.º 309/2003;
- b) O cumprimento dos contratos de convenção celebrados com o Estado nos termos previstos no Decreto-lei n.º 97/98, de 18 de Abril, enquanto obrigação que impende sobre todos os operadores públicos, consagrada no n.º 1 do artigo 6.º, do Decreto-Lei n.º 309/2003.

### **5.3. Implicações ao nível da concorrência**

A partir do momento que hospitais públicos passam a fornecer os seus serviços a utentes dos Centros de Saúde, entram em concorrência directa por uma parte da procura de análises clínicas que, como vimos na secção 4.2.2., representa 65% do mercado – os utentes do SNS<sup>49</sup>. A análise de concorrência efectuada no capítulo 3 estará, nessas circunstâncias, incompleta, porque não se considerou alguns dos concorrentes de facto.

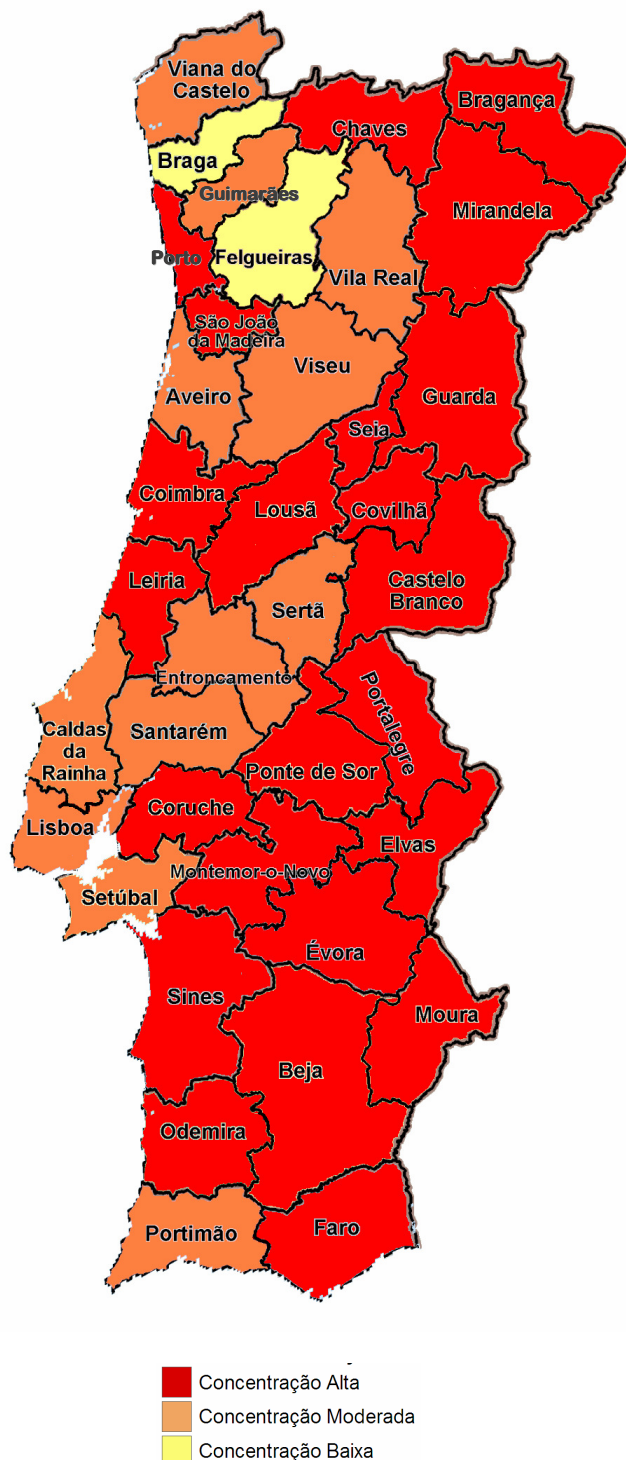
A análise de concorrência foi revista à luz deste novo dado, considerando que qualquer hospital público da região é um potencial concorrente. A figura 5.1 apresenta os rácios de concentração R2 e os IHH calculados para os vários mercados geográficos dos serviços de Análises Clínicas, com base nos grupos empresariais identificados e considerando os hospitais públicos como integrando o grupo empresarial “Estado”. O mapa ilustra o nível de concentração das regiões de acordo com o rácio de concentração.

---

<sup>49</sup> Ver tabela 4.4.

**Figura 5.1 – Concentração dos mercados de Análises Clínicas, incluindo o “grupo empresarial Estado”**

RRAS	Rácio R2	IHH
Bragança	60%	2.333
Chaves	51%	1.854
Viana do Castelo	41%	1.409
Braga	31%	952
Mirandela	56%	2.259
Guimarães	35%	1.036
Felgueiras	28%	810
Vila Real	44%	1.574
Porto	51%	1.715
São João da Madeira	51%	1.529
Viseu	46%	1.607
Aveiro	49%	1.555
Guarda	55%	2.275
Seia	100%	5.556
Covilhã	81%	4.447
Coimbra	66%	2.959
Lousã	51%	1.725
Castelo Branco	69%	3.350
Sertã	45%	1.803
Leiria	63%	2.711
Entroncamento	39%	1.257
Caldas da Rainha	38%	1.149
Portalegre	89%	4.260
Ponte de Sôr	73%	3.050
Santarém	33%	1.014
Coruche	76%	3.239
Elvas	61%	2.573
Lisboa	39%	1.237
Montemor-o-Novo	100%	7.709
Évora	71%	3.068
Setúbal	46%	1.216
Moura	87%	4.334
Beja	61%	2.555
Sines	77%	3.946
Odemira	100%	10.000
Portimão	46%	1.812
Faro	74%	3.572



Fonte: Entidade Reguladora da Saúde

A introdução dos hospitais públicos como concorrentes potenciais vem alterar significativamente o nível de concorrência em algumas regiões. Nos grandes centros urbanos (Lisboa, Porto e Coimbra), onde se situam os grandes hospitais, o grau de concorrência diminuiu, porque a grande dimensão dos novos operadores implica uma maior concentração num mercado onde antes predominavam os pequenos e médios operadores. Já nas regiões onde o grau de concorrência era reduzido, o aparecimento de um novo operador (geralmente um hospital de média dimensão) contribuiu para aumentar o grau de concorrência.

Como se constata, relativamente aos dados da figura 3.8, o IHH aumenta significativamente<sup>50</sup> (ou seja, o grau de concorrência diminuiu) em Lisboa, Porto, Coimbra e Covilhã. Por outro lado, o IHH diminuiu significativamente (ou seja, o grau de concorrência aumentou) em Seia, Portalegre, Castelo Branco, Sines, Évora e Moura.

Em termos gerais, pode concluir-se que a presença de hospitais públicos a concorrer num mercado anteriormente dominado por privados, viria a aumentar a concorrência nas regiões onde o grau de concorrência era reduzido, e diminuiria a concorrência nas regiões onde o grau de concorrência era elevado.

---

<sup>50</sup> Considerou-se significativo um aumento ou diminuição superior a 25% do valor do IHH calculado na figura 3.8.

## 6. Implicações na concorrência da criação de ULS

Uma última questão que deve ser colocada em matéria de concorrência no subsector das Análises Clínicas, prende-se com as implicações que podem advir da criação de ULS.

Encontram-se actualmente constituídas e em funcionamento duas Unidades Locais de Saúde, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA).

A ULSM, com a natureza de EPE, foi criada pelo Decreto-lei n.º 207/99, de 9 de Junho, o qual estabeleceu um modelo inovador de organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde primários e diferenciados (hospitalares). Em 11 de Dezembro de 2002, a ULSM, E.P.E., integrada no sector empresarial do Estado, é transformada em sociedade anónima detida por capitais exclusivamente públicos (através do Decreto-lei n.º 283/2002, de 10 de Dezembro). No segundo semestre de 2005, assiste-se a nova transformação jurídica, passando novamente a ter a natureza de EPE, após a aprovação e entrada em vigor do Decreto-lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, mediante o qual se procedeu à transformação de 31 sociedades anónimas em EPE. Posteriormente, através do Decreto-lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, procedeu-se à concretização dessa transformação, mediante a aprovação do novo regime jurídico e dos estatutos dessas EPE, entre as quais se incluía a ULSM.

A ULSM tem como principal especificidade, o facto de competir a um único órgão, o Conselho de Administração, a direcção e gestão de um Hospital e de quatro Centros de Saúde – o Hospital Pedro Hispano (HPH) e os Centros de Saúde de Leça da Palmeira (o qual inclui ainda as extensões de Perafita, Santa Cruz do Bispo e Lavra), Matosinhos, S. Mamede de Infesta e Senhora da Hora.

Por sua vez, a ULSNA foi criada pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, a qual tem a natureza de entidade pública empresarial e integra o Hospital Dr. José Maria Grande, de Portalegre, o Hospital de Santa Luzia, de Elvas, e os Centros de Saúde do distrito de Portalegre. Assim, a área de influência desta Unidade Local de Saúde é coincidente com a da Sub-região de Saúde de Portalegre a qual, ao abrigo do art. 1.º do Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro e do art. 17.º n.º 5 do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, foi extinta tendo-lhe sucedido em todos os direitos e obrigações a ULSNA.

Este modelo de organização de serviços foi inovador, na altura da criação da ULSM, por visar a prestação global de cuidados de saúde à população da sua área de influência, caracterizando-se pelo carácter integrador dos serviços prestados aos cidadãos, uma vez que não existe fraccionamento, ao nível da gestão, entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares.

O Conselho de Administração das ULS concentram competências de gestão estratégica e executiva, como a definição das directrizes que devem orientar a organização e funcionamento da ULS, a aprovação da estrutura dos serviços, a celebração de contratos programa, a aprovação de planos de actividade e de orçamentos anuais e plurianuais, a aprovação dos regulamentos internos, entre outras.

A questão concreta que aqui se analisa, e que se acha relacionada com as implicações resultantes da criação e funcionamento de ULS, prende-se com a possibilidade de centralização da prestação de MCDT pelas próprias ULS, de onde poderá resultar uma eventual não utilização de entidades convencionadas na área das Análises Clínicas pelos utentes dos Centros de Saúde das ULS.

O que poderá eventualmente acontecer é que nas ULS, ao centralizarem a marcação e realização de MCDT, os Centros de Saúde que as integram, após verificada a existência de capacidade instalada para a realização de análises clínicas, não emitam credenciais (vulgos P1) aos utentes do SNS.

Veja-se a título de exemplo o caso da ULSM, a qual determinou a *“maximização da utilização da capacidade instalada pelos Serviços de Patologia Clínica e de Anatomia Patológica, iniciando a realização, nestes serviços, dos exames que têm sido requisitados ao exterior pelos Centros de Saúde e que podem ser realizados nestes Serviços, levando em consideração as condições estruturais existentes de cada um dos Centros de Saúde com vista às respectivas colheitas de produtos biológicos”*<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Deliberação da ULSM de 17 de Janeiro de 2003. Posteriormente, a ULSM aprovou o Boletim Normativo n.º 360, nos termos do qual se criou a Central de Marcação de MCDT<sup>51</sup>. Tanto constitui um acto de execução da própria deliberação anteriormente referida (de 2003), na qual se definiu a internalização de MCDT – ainda que se tenha então dado maior relevo às análises clínicas e patológicas. Significa isto que se a Deliberação de 2003 estabelecia a necessidade de a ULSM centralizar a realização de MCDT; a criação de uma central de marcação de MCDT e a definição concreta dos procedimentos internos a adoptar face àquela central, só ocorreram em 2007.

Assim, os utentes do SNS que hajam sido consultados em qualquer Centro de Saúde integrado numa ULS, não poderão, depois de requerida pelo médico a realização de quaisquer MCDT, dirigir-se a um prestador convencionado, por si escolhido, para a realização dos mesmos. Antes deverão aguardar que os serviços da ULS procedam à análise prévia da existência ou inexistência de capacidade instalada dentro da ULS para a realização dos exames requeridos e posterior marcação por aquela de data para a efectiva realização. Apenas quando os serviços concluírem que a ULS não tem capacidade para proceder à realização dos exames requeridos, é que os utentes poderão recorrer a uma entidade convencionada para a realização dos MCDT em questão.

Face ao exposto, importa proceder à análise e respectivo enquadramento jurídico das consequências da situação descrita, não só para os prestadores convencionados de cuidados de saúde que exerçam a sua actividade na área de influência de uma tal ULS, mas também para os utentes, nomeadamente, uma eventual afectação dos direitos dos operadores convencionados e dos direitos dos utentes.

No que aos utentes respeita, importa concluir se (i) poderá verificar-se uma afectação da sua liberdade de escolha; (ii) uma discriminação entre utentes; (iii) uma deterioração da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

No que concerne aos operadores, deve poder determinar-se se uma tal centralização de MCDT poderá coarctar os direitos dos operadores convencionados, os quais celebraram contratos com o Estado, que deverão ser respeitados. Acresce que a ULS, por força de uma tal centralização, surgirá assim como operador concorrente na área das Análises Clínicas, importando aferir se a referida centralização não se traduzirá igualmente numa restrição da concorrência entre operadores, na medida em que, de forma artificial, os utentes não poderão escolher livremente.

## 6.1. Dos direitos dos utentes

O direito a escolher livremente os prestadores de cuidados de saúde encontra-se, como referido *supra* plasmado na Base XIV, n.º 1, alínea a) da Lei de Bases da Saúde (aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto). Acrescenta ainda a Base V, n.º 5, que “*é reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de*

*cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços*<sup>52</sup>.

Ou seja, existindo uma panóplia de operadores convencionados numa determinada área geográfica (a que corresponderá a área de influência de uma ULS), na área de Análises Clínicas, será de esperar que os utentes possam utilizar as credenciais (P1), emitidas pelos Centros de Saúde da sua área de residência, para a realização dessas análises em operadores privados convencionados.

Ora, como resulta do referido *supra*, a centralização da prestação de MCDT poderá impedir este procedimento, impondo a realização daquele tipo de exames apenas no âmbito da ULS.

Assim, os utentes que se desloquem aos Centros de Saúde que integram as ULS, deverão realizar as análises prescritas pelos médicos de família internamente – quando aquela tenha capacidade para a realização do mesmo – ou em estabelecimento privado convencionado – quando a mesma não tenha capacidade para a realização do exame requerido.

Este procedimento poderá, de facto, coarctar de forma clara a possibilidade de escolha dos utentes.

Acontece que, de acordo com o estabelecido nas bases V n.º 5 e XIV n.º 1 al. a) da Lei de Bases da Saúde, *supra* referidas, apenas são admissíveis e legítimas as limitações à liberdade de escolha que resultarem das regras de organização do sistema de saúde.

Decorre do art. 2.º do Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho (que criou a ULSM), que “São atribuições da ULS a prestação global de cuidados de saúde à população da sua área de influência, directamente através dos seus serviços ou indirectamente através da contratação com outras entidades (...)”, prevendo o art. 5.º do mesmo diploma que “A actividade da ULS necessária ao exercício das suas atribuições será desenvolvida de modo integrado, atenta a sua organização interna e as demais entidades prestadoras de cuidados de saúde da área (...)”. Assim, a integração dos serviços da ULSM estava prevista na, e decorre da, sua criação.

---

<sup>52</sup> Nos termos do artigo 6.º e 25.º do Decreto-lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, incumbe à ERS defender os direitos dos utentes, nomeadamente a liberdade de escolha enquanto corolário do direito de acesso universal e igual à prestação de cuidados de saúde (cfr. n.º1, alínea a) e n.º 2, alínea a) do artigo 25.º).



A criação de ULS representa uma opção de política de saúde que, nos termos do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, a ERS tem de respeitar. Assim, a ERS tem de aceitar limitações à liberdade de escolha que decorram do próprio conceito de ULS. É por essa razão que aceitamos a internalização dos MCDT, mesmo considerando que essa internalização possa ter consequências negativas na liberdade de escolha dos utentes, ou em outros valores que compete à ERS defender.

Se à luz do facto de as ULS constituírem um modelo implementado em sede de política de saúde, que pela sua natureza integra os Centros de Saúde adjacentes e, como tal, é legítimo que possa haver internalização de MCDT, já não parece, nem resulta da lei, que a criação daquele modelo faça precluir a aplicação das regras que, de forma ampla e clara, têm sido apresentadas ao longo deste estudo, destinadas a salvaguardar direitos dos utentes e operadores.

Deve ainda enfatizar-se que se uma tal centralização ponha em causa a liberdade de escolha dos utentes, naqueles casos em que a ULS constata não possuir capacidade para a realização interna do exame em causa, a mesma traduzirá uma discriminação de utentes, consoante os mesmos residam, ou não, na área geográfica em causa. Isto é, enquanto o utente de qualquer outra área geográfica tem ao seu dispor, para a realização de MCDT, um conjunto de operadores privados convencionados aos quais pode, querendo, recorrer, já o utente residente na área geográfica de uma ULS poderá encontrar-se adstrito a procurar apenas os serviços oferecidos pela ULS, ainda que existam outros operadores convencionados, apenas porque a primeira assim o decidiu (uma vez que controla e integra os Centros de Saúde, enquanto entidades emitentes de credenciais aos utentes do SNS).

Um tal discriminação de utentes viola claramente os princípios estabelecidos na Lei de Bases da Saúde, designadamente, a Base II, n.º 1, alínea b), nos termos da qual deverá ser assegurada a *“igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam”*.

Do mesmo modo, enquanto estejam em vigor as convenções, uma medida desta natureza impedirá os operadores convencionados de exercerem plenamente a sua actividade e os utentes de poderem escolher livremente um operador para a prestação de cuidados de saúde. Importa enfatizar que neste caso não se trata sequer da maximização da capacidade instalada no sector público, mas de pura restrição daqueles princípios num caso em que o sector público – aqui ULS – carece de recorrer



aos operadores privados precisamente por não poder prestar cuidados de saúde aos utentes.

Acresce que este cenário pode ser mesmo conducente a uma violação do direito de protecção da saúde e do princípio do acesso aos cuidados de saúde, dentro do SNS. Efectivamente, e como se viu *supra* na análise dos dados enviados pelos operadores convencionados consultados, a implementação de uma deliberação como aquela já emitida pela ULSM poderia conduzir com forte probabilidade a uma diminuição – artificial e provocada – do número de prestadores existentes a operar naquele concelho.

A diminuição do número de prestadores convencionados, conjugada com a informação, facultada pela própria ULSM, que desde a implementação de uma tal deliberação vêm registando uma diminuição de cerca de 30% dos utentes atendidos, poderá significar que: (i) parte dos utentes estão a dirigir-se a operadores privados; (ii) parte dos utentes estará diminuir a procura cuidados de saúde; (iii) parte dos utentes não estará a ter acesso aos cuidados de saúde naquela área geográfica.

Mas analise-se separadamente quais as consequências para os direitos dos utentes da possibilidade de adopção pelas ULS de um procedimento de internalização de MCDT, conforme as mesmas tenham ou não tenham capacidade para a realização do exame requerido.

#### **i) A ULS tem capacidade para a realização do exame requerido**

A primeira questão que suscita dúvidas prende-se com a internalização de MCDT quando as ULS tenham capacidade instalada para realizar os exames prescritos.

Como se referiu, confrontam-se, no caso concreto que se vem analisando, duas posições distintas: por um lado, as ULS, enquanto entidades públicas integradas no SNS, reclamam dever poder utilizar os seus recursos disponíveis e, como tal, poder internalizar os MCDT; por outro lado, não pode deixar de enfatizar-se que este procedimento implica a violação da liberdade de escolha dos utentes, e afecta os direitos dos operadores (obtidos aquando da celebração dos contratos com o Estado, e enquanto esses contratos vigorarem).

O rigoroso cumprimento das normas aplicáveis pareceria aconselhar a manutenção da emissão de credenciais e sua entrega aos utentes, enquanto as convenções celebradas se encontrarem em vigor.

Essa medida resolveria a questão de os utentes estarem impedidos de aceder aos cuidados de saúde prestados por operadores privados, ao mesmo tempo que garantiria que estes poderiam continuar a exercer normalmente a sua actividade, enquanto durasse o contrato.

Não obstante, não se ignora que o cumprimento rigoroso destas medidas, implicaria que as ULS – enquanto entidades públicas – continuassem a não utilizar recursos disponíveis – do Estado – ao mesmo tempo que poderia motivar a mais que provável comunicação à ARS de existência de capacidade instalada que poderia motivar a não renovação das convenções no termo do seu prazo.

Aqui importa apenas fazer uma ressalva no sentido de dizer que para haver revogação das convenções fundada em existência de capacidade instalada, as ULS não poderiam, em princípio, continuar a contratar operadores privados para a realização dos MCDT para os quais não tem resposta. Efectivamente, e por definição, se as ULS continuassem a necessitar de recorrer aos serviços de operadores privados, isso significaria precisamente que não disporiam de capacidade instalada para realizar todos os MCDT prescritos (apenas se concede existir uma excepção face a MCDT muito específicos que apenas uma minoria de operadores saiba ou possa realizar).

Daqui decorre que as ULS, a médio ou longo prazo, poderão efectivamente operar a internalização dos MCDT, nos termos actualmente propostos, sem que, nessa altura, existisse qualquer violação de normas ou princípios, porquanto se teriam (ou poderiam ter) então revogado (pela ARS) nos termos legalmente previstos as convenções, apenas podendo os operadores optar pela realização de exames enquanto utentes do SNS nas ULS ou dirigir-se a operadores privados, custeando a totalidade dos encargos.

A única razão para, então, não se poder falar de violação da liberdade de escolha dos utentes, encontra-se precisamente alicerçada no facto de nesse momento não existirem convencionados aos quais pudessem recorrer, agora por decisão fundamentada da própria ARS.

A questão de saber se a adopção das medidas de internalização em causa viola ou não os contratos de convenção celebrados e a liberdade de escolha dos utentes, está directamente concatenada com o juízo que se emita sobre se aquele aproveitamento de capacidade instalada pelas ULS pode ou não ser feito na pendência dos contratos.

À ERS importa assegurar, que os direitos dos utentes e a prestação de cuidados de saúde aos mesmos, não seja posta em causa, de acordo com a oferta disponível em cada momento, mais procurando garantir um mercado competitivo e eficiente tanto no presente como no futuro. Neste sentido, o que importa aferir são as consequências para os utentes e operadores da centralização da prestação de MCDT pelas ULS.

Efectivamente, e como se referiu, ou os utentes ficam privados de liberdade de escolha em função da internalização (independentemente de esta ser ou não legítima à luz da apreciação que se faça de uma modificação unilateral dos contratos, durante a sua vigência), com a consequente diminuição das quantidades realizadas pelos operadores; ou os utentes passam a ter à sua disposição (apenas) a capacidade instalada das ULS, com a consequente revogação das convenções dos operadores.

Nessa medida o que importa à ERS, é que tanto utentes como operadores vejam garantidos os seus direitos à prestação de cuidados de saúde com qualidade, celeridade e eficiência, e à manutenção em vigor do regime das convenções, respectivamente.

Para tanto terá sempre de existir uma concordância prática entre os interesses do Estado (de rentabilizar a sua capacidade instalada), dos utentes (de receberem cuidados de saúde e garantirem a sua liberdade de escolha) e dos operadores (de continuarem a receber utentes do SNS, mantendo as convenções celebradas).

Deverá, pois, ser sempre garantido que os cuidados de saúde prestados não sofrem qualquer deterioração face à possibilidade anterior de os utentes recorrerem ao sector privado.

A centralização de MCDT (e, portanto, das Análises Clínicas) acarreta uma desvantagem de não despreciada importância, qual seja, o tempo que medeia entre a consulta, a realização do exame e a obtenção de resultados pelo utente.

No plano interno – realização de exames pela própria ULS – não se vislumbra quais as vantagens para o utente advinentes da impossibilidade de escolha do prestador convencionado. Efectivamente, em circunstâncias normais – e como é publico e notório, adveniente da experiência comum – um qualquer utente depois de obter a credencial junto do seu Centro de Saúde não tem qualquer dificuldade em agendar de forma célere a realização dos exames prescritos (por exemplo, e mais comumente, para o dia seguinte), mais podendo acordar a respectiva hora. Já no cenário proposto,

de centralização de MCDT, o utente é consultado no Centro de Saúde, o qual envia a requisição do exame para os serviços de marcação de MCDT da ULS, para determinar se a ULS tem capacidade para a realização do mesmo, e só então é comunicado ao utente a data na qual se deverá deslocar à referida unidade de saúde para realização do exame, com as óbvias consequências daí resultantes: maior tempo de espera pela marcação da data para a realização do exame (pense-se no contacto por via postal); maior tempo de espera para a realização do exame na data agendada (pense-se na dimensão de uma estrutura como uma ULS).

Não se poderá ainda olvidar que um tal procedimento parece resultar igualmente em algo complexo e moroso, desde logo porque não se compreende como poderá ser aferida em cada momento a capacidade disponível.

Daqui que se deva poder inferir que a incapacidade para realizar as análises clínicas prescritas respeitando as regras de qualidade e celeridade normalmente praticadas no sector privado convencionado (que importará definir ainda com rigor), possa ser equiparada a inexistência de capacidade instalada da ULS<sup>53</sup>.

Quanto aos operadores<sup>54</sup>, importa à ERS que seja garantido, no exercício de uma análise prospectiva, que não se cinge ao presente, que aqueles possam continuar a exercer a sua actividade enquanto convencionados.

## **ii) A ULS não tem capacidade para a realização do exame requerido**

A questão assume, contudo, particular acuidade no caso em que a ULS não tenha capacidade para a realização do exame requerido, e selecciona o estabelecimento privado onde o mesmo será realizado, uma vez que embora a ULS não tenha capacidade para a realização de determinado exame, não deixa de controlar o processo de selecção e agendamento da realização do mesmo em operador por si escolhido, não tendo o utente qualquer influência nesse processo.

Essa possibilidade – de ajuste directo, sem que ao utente seja facultada a escolha do prestador para a realização dos MCDT prescritos – não parece ser admissível na vigência dos contratos de convenção celebrados, na medida em que os

---

<sup>53</sup> Não seria aceitável que alguém estivesse, por exemplo, três semanas à espera de credenciais para poder marcar a realização dos exames prescritos.

<sup>54</sup> Questão que será analisada com maior detalhe na secção seguinte.

convencionados celebraram convenções com o Estado por um período de, pelo menos, cinco anos, durante os quais o Estado assume a obrigação de permitir que os utentes possam, querendo, dirigir-se a um qualquer operador convencionado para realizar um MCDT prescrito, e o operador privado assume a obrigação de prestar cuidados de saúde aos utentes do SNS que o procurem.

Por outro lado, os operadores privados convencionados não podem sequer concorrer através do preço, porque estão obrigados às condições subjacentes à celebração do contrato de convenção, que impõem, designadamente, quais os preços a cobrar aos utentes do SNS e a receber do Estado.

Por último, sempre se dirá que as ULS, enquanto entidades públicas estão necessariamente sujeitas às regras da contratação pública previstas para as entidades que integram a Administração Pública – directa ou indirecta – nomeadamente no que à transparência, legalidade e imparcialidade respeita, pelo que se deveria poder compreender igualmente como é aferido o preço mais baixo referido (desconhece-se se há consulta prévia ou se o preço está acordado com determinado operador previamente).

Também no caso de realização de análises clínicas em operador convencionado escolhido pela própria ULS por inexistência de capacidade instalada, como no caso em que as análises clínicas são realizadas internamente, se constata que a centralização das análises clínicas e posterior selecção do operador privado onde será realizado o exame, acarreta uma desvantagem de não desprecienda importância, qual seja, o tempo que medeia entre a consulta, a selecção do operador, a realização do exame e a obtenção dos resultados pelo utente.

Num tal procedimento de escolha da entidade onde será realizada a prestação de MCDT, em função de inexistência de capacidade instalada, não existirá liberdade de escolha por parte dos utentes, porquanto será a ULS quem selecciona o prestador e agenda a realização do MCDT.

Na medida em que o tempo de espera é claramente uma componente inerente à maior ou menor qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes do SNS, deve concluir-se que um tal procedimento de escolha, acarretaria uma deterioração da qualidade de serviços prestados aos utentes do SNS, face ao sistema de convenções existente.

Pelo contrário, não se verificará uma qualquer violação da liberdade de escolha dos utentes ou dos contratos de convenção celebrados pelos operadores, nas situações em que se verifique o recurso à emissão de credenciais entregues directamente aos utentes.

Decorre desta análise que uma qualquer ULS que respeite os princípios que ora têm sido defendidos deverá prever a entrega/envio ao utente do documento/credencial necessário para que o mesmo recorra aos serviços de operadores privados, sempre que essa ULS verifique que não pode prestar os cuidados de saúde requeridos nas melhores condições em termos de qualidade, celeridade e eficiência.

Em conclusão, não pode a ERS aceitar que as ULS recorram a operadores subcontratados, mediante contratação por consulta prévia, quanto aos actos que não integram as listas de actos convencionados. As ULS deverão ter capacidade para a realização desses actos, ou terá de entregar as credenciais aos utentes, para que estes se dirijam a operador por si escolhido.

## **6.2. Dos direitos dos operadores**

A não emissão de credenciais pelos Centros de Saúde que integram as ULS afecta igualmente os direitos dos operadores privados convencionados que celebraram um contrato com o Estado (convenção, ao abrigo do Decreto-lei n.º 97/98, 18 de Abril).

Importará referir que as ULS, que procedam à centralização da prestação de MCDT, passam a concorrer com os operadores privados convencionados na realização das análises clínicas em resultado da sua prescrição nos Centros de Saúde.

O que sucede é que as ULS, porque integram precisamente os Centros de Saúde da sua área de influência, controlam todo o fluxo de utentes do SNS a montante e a jusante.

Isto é, os utentes do SNS apenas podem aceder à prestação de cuidados de saúde na área das Análises Clínicas, mediante a obtenção de uma prescrição emitida sob a forma de credencial, obtida obrigatória e exclusivamente no Centro de Saúde da área de residência, que lhes permite então o acesso a um operador privado convencionado, sem outro custo para além da taxa moderadora correspondente; por seu turno os

operadores privados convencionados apenas têm como clientes do SNS – aos quais podem prestar cuidados de saúde posteriormente pagos pelas ARS – os utentes portadores de credenciais emitidas obrigatoriamente e exclusivamente pelos Centros de Saúde da área de residência do utente<sup>55</sup>.

Assim, não se pode olvidar que as ULS passam a controlar uma estrutura que se revela essencial para permitir o acesso dos utentes aos cuidados de saúde oferecidos pelos operadores convencionados existentes, e para permitir o normal exercício da actividade destes enquanto prestadores de cuidados de saúde a utentes do SNS.

Teremos assim um concorrente – a ULS – que por via artificial e provocada (por exemplo através de uma deliberação que determina a centralização de MCDT) poderá passar a prestar cuidados de saúde a todos os utentes do SNS que deles careçam, que a tanto estão obrigados por impossibilidade de escolha e conseqüente inexistência de alternativa. Esta situação não ocorre devido a quaisquer condições de concorrência no mercado (v.g., maior qualidade, mais eficiência, maior celeridade, preços mais baixos), mas apenas porque as ULS integram os Centros de Saúde e impedem, assim, a normal emissão de credenciais (P1), ao contrário do que sucede em todo o País para qualquer outro utente que não resida na área geográfica em causa.

Ou seja, há assim um operador (ULS) que beneficia deste controlo, passando a receber todos os utentes do SNS que se dirijam a qualquer dos Centros de Saúde da sua área geográfica, o que se traduz numa perda de procura de dimensão igual para os prestadores convencionados, os quais, independentemente de poderem oferecer serviços mais eficientes aos utentes, não podem por estes ser escolhidos.

.Importa, antes de prosseguir com a análise, distinguir a prescrição electrónica, que se defende<sup>56</sup>, da internalização de MCDT pelas ULS.

Num sistema em que se implemente a prescrição electrónica, nada se altera em termos de garantia da liberdade de escolha dos utentes, ou de normal exercício da actividade convencionada; o que se consegue é tornar todo o processo mais célere e

---

<sup>55</sup> Situação idêntica à referida no ponto anterior, relativamente aos Hospitais EPE que instalam postos de colheita nos Centros de Saúde da sua área de influência.

<sup>56</sup> Esta posição havia já sido assumida pela ERS no estudo intitulado “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS”, divulgado em Novembro de 2006 e disponível em <http://www.ers.pt>.

transparente, face à prescrição, às quantidades realizadas, à correcta nomenclatura dos MCDT, ao controlo de facturação.

Já procedimento diferente é internalizar os MCDT (ainda que recorrendo à prescrição electrónica), excluindo do processo os operadores convencionados e os utentes. Aqui apenas se poderão obter ganhos endógenos – às ULS – com consequências ao nível da liberdade de escolha e do cumprimento das convenções.

Acresce ainda que não resulta claro que os ganhos resultantes da internalização (por oposição aos ganhos decorrentes da prescrição electrónica) sejam significativos. De facto, na medida em que uma ULS passe a internalizar todos os MCDT, só conseguirá obter custos marginais reduzidos enquanto o excesso de capacidade instalada for significativo. A partir de determinado volume, os custos marginais serão crescentes e deverão ultrapassar os preços pagos aos convencionados.

Por último, não se poderá aqui olvidar que o direito à saúde é um direito fundamental, de natureza social com consagração constitucional, que sempre importará acautelar. Não se desconhece que a necessidade de o Estado rentabilizar os recursos disponíveis e reduzir a despesa é também um valor importante, desde logo, porque tende a repercutir-se em todos os utentes. Neste sentido, mesmo que se pudesse admitir uma restrição de um direito fundamental de natureza social, como o direito à saúde, sempre a mesma deveria ser em prol de um bem comum de igual importância.



## 7. Conclusões

No presente relatório, a ERS apresentou um estudo aprofundado sobre a concorrência no sector da prestação de serviços de Análises Clínicas, focando essencialmente a estrutura de cada um dos mercados regionais de Análises Clínicas e o respectivo grau de concorrência, e analisando as mais relevantes condicionantes do ambiente concorrencial no sector.

As principais conclusões que podem ser extraídas da análise efectuada são:

1. Os mercados objecto de estudo neste relatório definem-se, ao nível da dimensão do produto, pela inclusão de toda a valência de Análises Clínicas (que inclui a patologia clínica e as análises clínicas realizadas por farmacêuticos). Por outro lado, a prestação de serviços de Análises Clínicas tem um alcance geográfico limitado, tendo sido identificados 37 mercados geográficos distintos. Assim, a análise da concorrência incidiu sobre 37 mercados relevantes.
2. Os postos de colheita, principal ponto de contacto dos utentes com os prestadores, são predominantemente pequenos estabelecimentos, (com apenas 1 ou 2 profissionais de saúde), e encontram-se espalhados por todos os mercados relevantes. O grau de concorrência é reduzido em 19 dos 37 mercados relevantes, e é elevado em 9 destes mercados, se considerarmos que todas as entidades privadas presentes num dado mercado concorrem entre si.
3. No entanto, cerca de metade dos prestadores estão inseridos em grupos empresariais, definidos como conjuntos de entidades prestadoras de serviços de Análises Clínicas que estão ligadas entre si por relações de gestão ou de capital. A consideração destas relações de grupo altera o nível de concorrência em cada mercado, na medida em que as estratégias das várias entidades do grupo possam ser concertadas, e não concorrentes. Quando as relações de grupo são devidamente consideradas, conclui-se que o grau de concorrência é reduzido em 22 dos 37 mercados relevantes, e que em apenas 4 mercados (Porto, Felgueiras, Santarém e Lisboa) é que o nível de concentração é suficientemente baixo de modo a que o grau de concorrência não cause preocupação.

4. O licenciamento dos estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde apresenta problemas graves, dado que apenas um terço dos estabelecimentos tem licença atribuída. A ausência de licenciamento poderá ter reflexos negativos no nível médio de segurança e qualidade dos serviços prestados pelos laboratórios de Análises Clínicas, uma vez que sem licenciamento, se corre o risco de os prestadores não sentirem pressão para cumprir os requisitos mínimos de qualidade.
5. A viabilidade económica de muitos prestadores de Análises Clínicas depende decisivamente da procura de utentes do SNS, pelo que a detenção de uma convenção com o SNS é uma importante barreira no acesso ao mercado. Assim, a não celebração de novas convenções reduz a pressão concorrencial nos mercados deste sector, limitando o acesso dos utentes e reduzindo a eficiência do sector convencionado.
6. A celebração de Protocolos entre os hospitais EPE e as respectivas ARS, os quais têm por objecto a instalação de postos de colheita nos Centros de Saúde da área de influência desses Hospitais, onde serão efectuadas as colheitas para posterior transporte para a unidade de saúde respectiva, a fim de ser efectuada a análise, transforma esses Hospitais em concorrentes directos dos laboratórios privados que possuem convenção com SNS, na prestação de cuidados de saúde na área das Análises Clínicas. Efectuada a análise de concorrência considerando que qualquer hospital público da região é um potencial concorrente, conclui-se que aumentaria a concorrência nas regiões onde o grau de concorrência era reduzido, e diminuiria a concorrência nas regiões onde o grau de concorrência era elevado. Não obstante, sempre será necessário acautelar que os Protocolos não contendam com os direitos dos utentes e dos operadores.
7. A internalização de MCDT pelas ULS, apesar de decorrer do modelo de organização de serviços subjacente às ULS, que se caracteriza pelo carácter integrador dos serviços prestados aos cidadãos, poderá conduzir, dependendo dos procedimentos que forem concretamente adoptados, a uma redução dos recursos disponíveis (já existentes), e conseqüentemente à restrição de direitos dos utentes no acesso à prestação de cuidados de saúde e na sua liberdade de escolha.

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

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

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

A promoção da concorrência exige, também, uma prévia avaliação do grau e condições de concorrência em cada mercado relevante. Nos termos da Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes<sup>57</sup>, «um mercado do produto relevante compreende todos os produtos e/ou serviços considerados permutáveis ou substituíveis pelo consumidor devido às suas características, preços e utilização pretendida» – (§7). Tem sido prática comum da Comissão Europeia começar por definir o mercado relevante do produto com base em elementos atinentes à procura, uma vez que, conforme refere a mesma Comunicação a este propósito, «Do ponto de vista económico, para a definição do mercado relevante, a substituição do lado da procura constitui o elemento de disciplina mais imediato e eficaz sobre os

<sup>57</sup> Comunicação (97/C 372/03) publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 372/5 de 9.12.1997.

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

Por outro lado, uma definição do mercado relevante visa sobretudo identificar os condicionalismos concorrenciais que os diferentes operadores têm de enfrentar por concorrentes efectivos, susceptíveis de restringir o seu comportamento e os impedir de actuar com independência, face a uma eventual pressão concorrencial efectiva<sup>58</sup>. Nesta perspectiva, assume particular relevo analisar o mercado na dimensão geográfica, uma vez que sendo a prestação de cuidados de saúde um serviço que exige a presença física do utente, só se poderão considerar como concorrentes prestadores que se situem a uma distância do utente não muito elevada. Nos termos da Comunicação da Comissão referida, que aqui acompanhamos, os mercados geográficos relevantes compreendem a área: (1) em que as empresas a serem analisadas estão envolvidas na oferta e procura de produtos ou serviços; (2) em que as condições de concorrência são suficientemente homogéneas; e (3) que pode ser distinguida de áreas vizinhas em razão de condições de concorrência apreciavelmente diferentes nessas áreas.

Nenhum método de definição de mercados geográficos é unânime, podendo os diferentes métodos apresentar resultados bastante heterogéneos, conforme observado por Gaynor e Vogt (2000)<sup>59</sup>. No caso em apreço, a definição do mercado geográfico relevante encontra-se profundamente imbricada com a definição do mercado do produto relevante, isto é, as características deste último determinam necessariamente o tipo de critérios que deverá estar subjacente a uma delimitação do âmbito geográfico. Apesar de se apresentar como um factor muitas vezes ignorado pela produção teórica sobre os determinantes da procura nos mercados de cuidados de saúde, a distância ao local de oferta é sobremaneira relevante, em termos de custos para o utente no processo de procura/consumo. As deslocações até aos locais de oferta têm associados custos por duas vias: uma directa, pela despesa suportada com meios de transporte; e uma indirecta, pelo custo de oportunidade do tempo perdido nas deslocações. Este aspecto é importante para a definição de mercado relevante. Tendo por base a desutilidade associada pelos utentes às deslocações para a obtenção de serviços de saúde, intuitivamente percebemos que existirá um limite em

---

<sup>58</sup> Esta questão releva de sobremaneira para efeitos da concorrência no mercado, mas também em sede da concorrência no acesso ao mercado como em caso de concurso público.

<sup>59</sup> Gaynor, M. e Vogt, W.B. (2000), “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, em Culyer A. J. and Newhouse J. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North Holland, 1, 27, 1405-1487.

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

Em suma, dado que os estudos e avaliações na área do acesso e da concorrência exigem a definição de unidades regionais de análise, a ERS entendeu criar uma matriz regional que servirá de referência<sup>60</sup> 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 km<sup>2</sup>. Assim, uma definição meramente geométrica das RRAS implicaria a criação de cerca de 44 áreas geográficas relevantes de 2.000 km<sup>2</sup> cada, tendo em conta que a área total de Portugal continental é de 88.967 km<sup>2</sup>.<sup>61</sup>

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 comum<sup>62</sup>, 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.

---

<sup>60</sup> 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.

<sup>61</sup> Instituto Geográfico Português – Carta Administrativa Oficial de Portugal (versão 5.0 de 2005).

<sup>62</sup> Veja-se, por exemplo, Gaynor, M. e Vogt, W.B. (2000), “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, em Culyer A. J. and Newhouse J. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North Holland, 1, 27, 1405-1487).

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

A divisão regional de Portugal continental em unidades territoriais utilizadas para fins estatísticos e/ou administrativos assenta em 4.077 freguesias, 278 concelhos, 18 distritos, 28 NUTSIII e 5 NUTSII<sup>63</sup>. 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 1999<sup>64</sup>, o que não poderá ser ignorado na construção da matriz das RRAS.

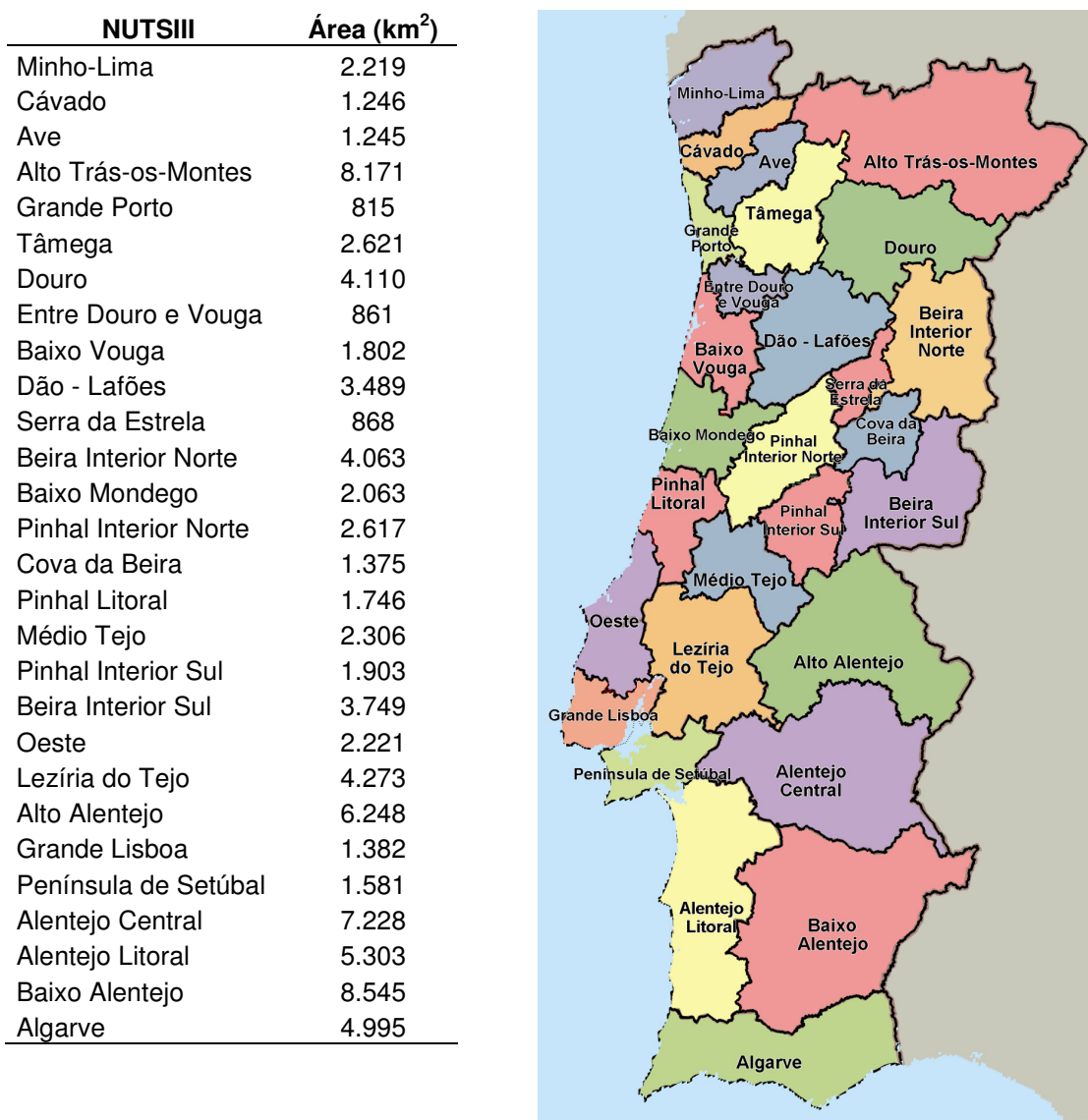
Todavia, as NUTSII correspondem a áreas geográficas demasiado grandes para traduzirem regiões dentro das quais os utentes estão dispostos a deslocar-se para

<sup>63</sup> Estas são as divisões para efeitos estatísticos consideradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) nos censos de 2001. As NUTS são Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos. Foram elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária (vide Regulamento (CEE) N.º. 2052/88 do Conselho das Comunidades Europeias, de 24 de Junho de 1988, relativo às missões dos Fundos com finalidade estrutural, à sua eficácia e à coordenação das suas intervenções, entre si, com as intervenções do Banco Europeu de Investimento e com as dos outros instrumentos financeiros existentes). As NUTSII e III são, respectivamente, regiões e sub-regiões estatísticas, construídas com o objectivo agruparem municípios contíguos, com problemas, desafios e perfis socio-económicos semelhantes. Em Portugal, as NUTS, níveis I, II e III, foram criadas por meio do Decreto-Lei n.º 46/1989, de 15 de Fevereiro, tendo sofrido alterações pontuais introduzidas com os Decretos-Lei n.º 163/99, de 13 de Maio, e n.º 317/99, de 11 de Agosto, e uma revisão mais profunda, que resultou numa alteração da configuração das NUTS de nível II, introduzida com o Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de Novembro.

<sup>64</sup> No remanescente do presente documento, sempre que se mencionarem as NUTS II, deverá considerar-se a versão constante do Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de Agosto.

obter serviços de saúde. As áreas da NUTSII do Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve são, respectivamente, 21.287, 23.672, 11.736, 27.276 e 4.996 km<sup>2</sup>, enquanto que, como foi dito, a área geográfica de abrangência dos serviços prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km<sup>2</sup>. Assim, as RRAS deverão coincidir com sub-regiões das NUTSII, o que sugere naturalmente a utilização das NUTSIII como base de referência na construção das RRAS. Recorde-se que, por outro lado, das unidades territoriais devidamente estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos, e que estão na base das estatísticas actualmente existentes, aquela que parece mais se aproximar da dimensão resultante do estudo empírico é a das NUTSIII. A figura A1 representa a divisão actual do território continental em NUTSIII, com indicação da respectiva área.

**Figura A1 – NUTSIII**



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



A análise da figura A1 permite concluir que a maioria das NUTSIII têm dimensões compatíveis com o alcance dos prestadores de cuidados de saúde (2.000 km<sup>2</sup>). No entanto, também permite concluir que algumas NUTSIII, sobretudo do interior, têm uma dimensão demasiado grande para traduzirem uma realidade homogénea em termos de acesso e concorrência na prestação de cuidados de saúde.

Assim, entendemos que as RRAS deverão corresponder às actuais NUTSIII, excepto no caso daquelas (nove) cuja área é superior a 4.000 km<sup>2</sup>, que deverão ser divididas. As 8 NUTSIII com áreas entre os 2.000 km<sup>2</sup> e os 4.000 km<sup>2</sup> foram mantidas intactas, uma vez que da sua divisão não poderiam resultar sequer duas regiões com pelo menos 2.000 km<sup>2</sup>. A divisão das nove NUTSIII com dimensão superior a 4.000 km<sup>2</sup>, 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 km<sup>2</sup> 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 dimensão<sup>65</sup>, 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

---

<sup>65</sup> Para ilustrar a aplicação da metodologia, utilizaremos a definição das RRAS na NUTSII Alentejo, onde o pólo de maior dimensão é Évora.



concelho em análise e o pólo agregador, sendo o ponderador a população de cada freguesia. Quando, por esse processo, se atinge uma área de pelo menos 2000 km<sup>2</sup>, passa-se ao segundo pólo, para definir uma nova RRAS<sup>66</sup>. Se este processo for suficiente para atingir uma área de 2000 km<sup>2</sup>, 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 km<sup>267</sup>. Nessa fase, todos os concelhos da região que ainda não tenham sido afectados a uma RRAS são agregados à RRAS cujo pólo é mais próximo.

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

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

Na região Norte, as NUTSIII de Alto Trás-os-Montes e Douro deram origem a quatro RRAS: Vila Real, Chaves, Bragança e Mirandela, centradas nas cidades com os mesmos nomes<sup>68</sup>. Na região Centro, a única NUTSIII com mais de 4.000 km<sup>2</sup>, a Beira Interior Norte, só tem um potencial pólo de atracção (Guarda) pelo que não é possível a sua divisão em duas RRAS. Na região do Alentejo foram criadas 9 RRAS, em torno dos pólos de Évora, Beja, Portalegre, Elvas, Sines, Montemor-o-Novo, Ponte de Sôr, Moura e Odemira. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, a NUTS III de Lezíria do Tejo deu origem às RRAS de Santarém e Coruche. Na região do Algarve foram criadas duas RRAS, em torno dos dois pólos com mais habitantes, Faro e Portimão.

<sup>66</sup> 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 km<sup>2</sup>, suficiente para considerar criada esta RRAS.

<sup>67</sup> 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 km<sup>2</sup>. 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 km<sup>2</sup>).

<sup>68</sup> Os pólos de Lamego e Peso da Régua foram agregados à RRAS de Vila Real.

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



**Tabela A1 – RRAS e seus concelhos**

RRAS	Concelho	RRAS	Concelho			
Aveiro	Águeda	Chaves	Boticas			
	Albergaria-a-Velha		Chaves			
	Anadia		Montalegre			
	Aveiro		Valpaços			
	Coimbra	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				
	Covilhã	Beja	Covilhã	Belmonte		
		Castro Verde		Covilhã		
		Cuba		Fundão		
		Elvas		Ferreira do Alentejo	Elvas	Alandroal
				Mértola		Borba
Vidigueira	Campo Maior					
Braga	Amares	Entroncamento	Elvas			
	Barcelos		Estremoz			
	Braga		Vila Viçosa			
	Esposende		Abrantes			
	Terras de Bouro		Alcanena			
	Vila Verde		Constância			
Bragança	Bragança	Entroncamento	Entroncamento			
	Miranda do Douro		Ferreira do Zêzere			
	Vimioso		Ourém			
	Vinhais		Sardoal			
Caldas da Rainha	Alcobaça	Évora	Tomar			
	Alenquer		Torres Novas			
	Arruda dos Vinhos		Vila Nova da Barquinha			
	Bombarral		Évora			
	Cadaval		Portel			
	Castelo Branco		Caldas da Rainha	Faro	Redondo	
			Lourinhã		Reguengos de Monsaraz	
			Nazaré		Viana do Alentejo	
			Óbidos		Alcoutim	
			Peniche		Castro Marim	
			Sobral de Monte Agraço		Faro	
			Torres Vedras		Loulé	
			Castelo Branco		Olhão	
Castelo Branco	Idanha-a-Nova	Faro	São Brás de Alportel			
	Penamacor		Tavira			
	Vila Velha de Ródão		Vila Real de Santo António			

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

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

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

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

## **ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE**

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

