



INSTITUTO SUPERIOR TÉCNICO
Universidade Técnica de Lisboa

Concorrência Público-Privado no Sistema de Saúde Português: Uma análise exploratória

Joana Raquel Carvalho Soares Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Engenharia Biomédica

Júri

Presidente: Doutora Maria Teresa Haderer de la Pena Stadler

Orientadores: Doutora Maria Margarida Martelo Catalão Lopes de
Oliveira Pires Pina

Doutora Mónica Duarte Correia de Oliveira

Vogal: Doutor Carlos Manuel Pinho Lucas de Freitas

Outubro 2009

Agradecimentos

Gostaria de começar por agradecer a ambas as orientadoras deste trabalho, as professoras Margarida e Mónica pela excelente orientação, pela paciência, disponibilidade e pelas suas palavras de apoio e indicações ao longo da realização deste trabalho.

Gostaria de agradecer também às minhas colegas de curso Tânia Vaz, Paula Fernandes, Marta Silva e Ana Rita Oliveira.

Queria também agradecer aos meus pais e irmão por todo o apoio nos momentos mais difíceis, por estarem sempre perto quando mais preciso. Sem o vosso apoio seria impossível ultrapassar todos os obstáculos encontrados pelo caminho.

Por último, gostaria de agradecer a ti...Obrigado por estares sempre pertinho de mim, por conseguires fazer-me sorrir em momentos de desânimo e por me acompanhares nos momentos de entusiasmo.

Resumo

Objectivos

Cada vez mais o conceito de concorrência público-privado tende a assumir um papel fundamental no sistema de saúde português, pelo que a sua total compreensão se torna decisiva para se poder analisar a iniciativa privada no Serviço Nacional de Saúde.

A oferta e a prestação de cuidados de saúde em Portugal sofreram grandes alterações ao longo destes 30 anos de SNS, permitindo a sua análise verificar a ocorrência de um elevado aumento e melhoria. Actualmente, estas mudanças levaram ao aparecimento de uma combinação público-privado de serviços de saúde.

A presente dissertação centra-se no desenvolvimento de um método capaz de contribuir para o estudo da concorrência na prestação de cuidados de saúde no sector público e privado. Este método baseia-se na análise de quotas de mercado e indicadores de concentração.

Metodologia

O método utilizado para o estudo da concorrência público-privada em Portugal apoiou-se no recurso a um indicador de concentração, indicador de Herfindahl (H), e as quotas de mercado para cada entidade oficial e particular, com e sem fins lucrativos. Aplicou-se o método a nível nacional, regional e na área da Grande Lisboa.

O método foi analisado para vários indicadores assistenciais, ao longo de um dado período de tempo.

Resultados e Conclusões

Os resultados com base no indicador de concentração e na quota de mercado mostram que o sector privado tem uma grande importância na prestação de cuidados de saúde em algumas áreas, como a saúde oral.

No entanto, concluiu-se que efectivamente existe concorrência entre o sector privado. Verificase a existência de uma relação de cooperação entre o público e o privado, em que este actua em áreas de cuidados de saúde lucrativas.

Palavras-Chave: SNS, cuidados de saúde, prestação, oferta, sectores públicos e privados, concorrência.

Abstract

Objectives

The concept of public-private competition tends to have an increasingly larger role in the Portuguese health system in the latter decades, so understanding it has become a decisive factor in order to analyze the private sector in the NHS.

Provision and supply of health care in Portugal have changed over these 30 years of NHS. The analysis of the evolution of NHS during this time period, shows the occurrence of a high rise and improvement. Currently these changes have resulted in a combination of public-private health care.

This dissertation aims to develop a method capable of studying the competition in the provision of health care in the public and private.

This method was developed through the simultaneous use of market shares and concentration index.

Methodology

The method used for the study of public-private competition in Portugal was supported by a concentration index, Herfindahl index (H) and market shares for public and private. The method was applied national, regional and great Lisbon.

The method analyzed health care indicators over a given period of time.

Results and Conclusions

The results based on display of concentration and market share show that the private sector has a great importance in providing health care in some areas, such as oral health.

However, it was found that exist competition in private sector of Lisbon.

There is the existence of a relationship of cooperation between the public and private.

Keywords:

NHS, health care, provision, supply, public and private sectors, competition.

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract.....	iii
Índice	iv
Lista de Figuras	vi
Lista de Tabelas	vii
Lista de Abreviaturas.....	viii
1. Introdução.....	1
1.1. Objectivo da tese.....	3
1.2. Revisão Bibliográfica	4
2. Sistema Nacional de Saúde	5
2.1. Perspectiva Histórica do Sistema Nacional de Saúde Português	11
2.2. O Financiamento da Saúde.....	13
2.3. Oferta e Prestação de Cuidados de Saúde	18
2.4. Desenvolvimentos Futuros do Sistema Nacional de Saúde	20
3. Análise Económica	22
3.1. Sector da Saúde.....	22
3.2. Mercado da saúde e dos cuidados de saúde	26
3.2.1. Identificação do Mercado	27
3.2.2. Medição da Estrutura de Mercado	27
3.3. Concorrência no sector de cuidados de saúde.....	30
3.3.1. Concorrência em Portugal	31
3.4. Relação entre estrutura de mercado e concorrência	31
4. Metodologia.....	33
4.1. Recolha de dados.....	33
4.1.1. Fontes de dados.....	35
4.1.2. Tratamento de dados	37
4.1.3. Esclarecimento de dados.....	37

4.2.	Análise de concorrência no sistema de saúde português.....	38
4.2.1.	Métodos utilizados.....	38
4.3.	Análise de tendências	39
4.3.1.	Análise de quotas de mercado.....	40
4.3.2.	Análise de índice de concentração	41
4.3.3.	Análise Nacional e Regional	41
4.3.4.	Análise do sector privado na Região da Grande Lisboa.....	41
5.	Resultados.....	43
5.1.	Distribuição da oferta.....	43
5.2.	Análise de tendências	50
5.2.1.	Portugal e Administrações Regionais de Saúde.....	50
5.3.	Análise de quotas de mercado.....	56
5.3.1.	Portugal e Administrações Regionais de Saúde.....	57
5.3.2.	Sector privado Grande Lisboa	61
5.4.	Análise do Índice de Herfindahl.....	66
5.4.1.	Portugal e as Administrações Regionais de Saúde.....	67
5.4.2.	Sector Privado Grande Lisboa	71
6.	Discussão	74
7.	Conclusões e desenvolvimentos futuros.....	78
	Referências Bibliográficas	80

Lista de Figuras

Figura 1. Evolução do peso dos gastos com a saúde no PIB (%), em Portugal, UE15 e OCDE, entre 1990 e 2004 (Simões et al., 2007).....	7
Figura 2. Diagrama dos fluxos financeiros num sistema de saúde (Santerre et al., 1996).....	8
Figura 3. Diagrama da visão geral do sistema de saúde (Oliveira et al., 2005).....	10
Figura 4. Total de despesas com a saúde por fonte de receitas, em percentagem (%). (Conta satélite da Saúde 2000-2005, 2004).....	15
Figura 5. Quota de mercado para camas de internamento em Portugal Continental e ARS, para entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos.....	57
Figura 6. Quota de mercado para movimento de internados em Portugal Continental e ARS, para entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos.....	58
Figura 7. Quota de mercado para partos ocorridos nos hospitais em Portugal Continental e ARS, para entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos.....	59
Figura 8. Quota de mercado para intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais em Portugal Continental e ARS, para entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos.....	60
Figura 9. Quota de mercado para pequenas cirurgias efectuadas nos hospitais em Portugal Continental e ARS, para entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos.....	61
Figura 10. Índice de Herfindahl para camas de internamento em Portugal Continental e ARS.	67
Figura 11. Índice de Herfindahl para movimento de internados em Portugal Continental e ARS.	68
Figura 12. Índice de Herfindahl dos partos ocorridos nos hospitais durante o ano em Portugal continental e ARS.....	69
Figura 13. Índice de Herfindahl das intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais em Portugal continental e ARS.....	70
Figura 14. Índice de Herfindahl de intervenções de pequena cirurgia efectuadas nos hospitais de Portugal continental e ARS.....	71

Lista de Tabelas

Tabela 1. Percentagem do total das despesas da saúde financiadas através de fontes públicas e privadas. (Conta Satélite da Saúde 2000-2005, 2007).....	8
Tabela 2. Tabela referente ao acesso a cobertura e financiamento dos subsistemas públicos e privados e dos seguros voluntários (Inquérito Nacional de Saúde, 2006).....	16
Tabela 3. Fontes de dados utilizados para a realização da análise.....	35
Tabela 4. Apresentação dos métodos para análise.....	37
Tabela 5. Quadro de tendências Hospitais por distribuição geográfica.....	51
Tabela 6. Quadro de tendências para o indicador camas de internamento.....	52
Tabela 7. Quadro de tendências, para o indicador hospitais, segundo a existência de equipamento de diagnóstico e terapêutica.....	53
Tabela 8. Quadro de tendências, para o indicador movimento de internados durante o ano nos hospitais.....	54
Tabela 9. Quadro de tendências, para o indicador partos ocorridos nos hospitais.....	55
Tabela 10. Quadro de tendências, para o indicador intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais.....	55
Tabela 11. Quadro de tendências, para o indicador intervenções de pequena cirúrgica efectuada nos hospitais.....	56
Tabela 12. Tabela dos Hospitais e Clínicas da Região da Grande Lisboa, antes de 2000, segundo o número de camas e quota de mercado.....	63
Tabela 13 Tabela dos Hospitais e Clínicas da Região da Grande Lisboa, segundo o número de camas e quota de mercado, após o ano 2000.....	65
Tabela 14 Tabela dos Hospitais e Clínicas da Região da Grande Lisboa, considerando cada operador como prestador global de cuidados de saúde, segundo o número de camas e quota de mercado, após o ano 2000.....	66

Lista de Abreviaturas

AdC	Autoridade da Concorrência
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores civis do Estado
APES	Associação Portuguesa de Economia da Saúde
ARS	Administrações Regionais de Saúde
Clisa	Clínica de Santo António
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
GPS	Grupo Português de Saúde
HPP	Hospitais Privados de Portugal
IHH	Índice de Herfindahl-Hirschmann
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Inquérito Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PPP	Parceria Público-Privado
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UE	União Europeia

1. Introdução

O sector da saúde ocupa actualmente um espaço muito visível na nossa sociedade, a nível económico e político. O conceito de Economia da Saúde surgiu como um importante ramo dentro da Economia, tendo ganho autonomia e projecção nas últimas duas décadas (Barros, 2009).

No sector da prestação de cuidados de saúde, a necessidade de garantir os requisitos mínimos de qualidade e saúde para os seus utentes encontra-se presente de uma forma muito acentuada, seja a nível de recursos humanos, equipamento ou instalações. As relevantes especificidades do sector da saúde acentuam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem os direitos dos utentes (Pinto et al., 2003).

Em Portugal, a oferta da prestação de cuidados de saúde a nível nacional é assegurada predominantemente pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). No entanto, tem-se assistido a um aumento constante do número de operadores privados nos últimos anos, o que leva a que ocorra uma certa concorrência e/ou cooperação entre os dois sectores a vários níveis (Dinis, 2008).

O sector de saúde está a sofrer fortes mudanças em Portugal. O Estado recua, enquanto a iniciativa privada tenda avançar. Os operadores privados apostam cada vez mais no mercado da saúde, em alternativa ao polémico encerramento de unidades de saúde públicas ou em consequência do aumento dos utentes com seguro (Dinis, 2008).

A possível insustentabilidade financeira do SNS, motivada pelo envelhecimento da população e inovação tecnológica poderá ter como consequência (a ser verificada) a crescente privatização do sector da saúde. O aumento da procura de cuidados de saúde privados tem tido taxas de crescimento graduais, que conduzem a uma evolução do sector privado. Esta evolução irá traduzir-se na abertura de novos hospitais, clínicas e, consequentemente uma maior inovação (Dinis, 2008).

Num mercado ainda pequeno como o português, é relativamente fácil identificar os principais operadores privados no sector da saúde. A evolução destas empresas no mercado e a relevância que têm assumido nos últimos anos são consequências de um desenvolvimento marcante e progressivo na prestação de cuidados na área da saúde.

A concorrência entre os principais operadores torna-se visível devido ao aumento de oportunidades de negócio, e a uma constante procura de uma maior inovação de tecnologias, infra-estruturas e equipamentos (Dinis, 2008).

No entanto, a concorrência entre os principais operadores permite que haja uma cooperação entre estes e o SNS, para assim poder oferecer aos utentes uma melhor qualidade de serviços. A empresarialização dos hospitais públicos, a inclusão dos serviços privados na luta contra a redução das listas de espera cirúrgicas e a oferta de cuidados de saúde oral a grávidas, crianças e idosos são exemplos da cooperação dos dois sectores.

A falta de informação sobre a existência ou não de concorrência entre os sectores público e privado é tão evidente, que tornou-se relevante o desenvolvimento de uma análise exploratória nesse sentido. Na revisão bibliográfica desenvolvida para a elaboração da tese não foi possível encontrar estudos a analisar a concorrência entre os sectores público e privado no sistema de saúde português.

Esta dissertação apresenta uma abordagem exploratória ao tema da concorrência entre o sector público e privado, no sistema de cuidados de saúde português. A análise processar-se-á, maioritariamente, com base em indicadores de concentração. O estudo do sector da saúde e a procura de mecanismos que melhorem o seu funcionamento, satisfazendo da melhor forma as necessidades da população em geral, com tendência a assumirem uma importância decisiva do ponto de vista económico.

As necessidades de saúde da população portuguesa têm exigido do SNS respostas cada vez mais complexas, por força de uma progressiva alteração do perfil epidemiológico das doenças, e conseqüentemente dos doentes, que se encontram mais envelhecidos e com patologias mais incapacitantes e dispendiosas. É necessário que o sistema actual de saúde português acompanhe esta alteração epidemiológica, procedendo a adaptações na oferta de cuidados de saúde (Simões et al., 2007).

Relativamente às recentes alterações a nível da prestação de cuidados de saúde, estas indiciam uma compreensão de uma nova realidade do SNS português. Alterações como a reformulação da rede hospitalar, a reorganização dos cuidados de saúde primários e a criação de uma rede de cuidados integrados constituem sinais assinaláveis de uma nova abordagem do sistema de saúde português (Simões et al., 2007).

Ao mesmo tempo que o SNS vem a sofrer grandes alterações, o sector privado da saúde tem vindo a desempenhar um papel extremamente importante em conjunto com o SNS ao longo

dos anos tal poderá resultar num funcionamento autónomo e concorrencial relativamente ao último.

A presente dissertação encontra-se estruturada da seguinte forma:

No capítulo 2 apresenta-se o Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente a história do SNS, o financiamento do sector e a prestação de cuidados de saúde. São adicionalmente discutidos possíveis desenvolvimentos futuros do sistema que deverão ser tomados em consideração.

No capítulo 3 apresenta-se uma análise económica do sector da saúde e as características que fazem com que este seja único no mercado. Expõe-se neste capítulo uma análise da concorrência existente no mercado da saúde, explicitando os índices de concentração que servem como indicadores do nível da concorrência entre os prestadores privados, bem como uma abordagem sobre a concorrência no sector da saúde em Portugal.

A metodologia aplicada nesta tese encontra-se descrita no capítulo 4. Começa-se por apresentar a recolha de dados efectuada para posterior análise de resultados, o tratamento realizado, bem como o esclarecimento dos indicadores assistenciais utilizados para a análise. Foi realizada uma análise descritiva de tendências relativamente aos indicadores assistenciais utilizados e, por último, a descrição dos métodos que irão ser utilizados para a análise dos resultados.

Os resultados são apresentados no capítulo 5, com os dados divididos em três subcategorias. Primeiro é realizada uma análise global a Portugal, seguida de uma análise comparativa entre Portugal e as respectivas administrações regionais de saúde (ARS), e por fim é analisado sector privado na área da grande Lisboa.

A discussão dos resultados obtidos é apresentada no capítulo 6, assim como as limitações adjacentes a este trabalho.

Por último, o capítulo 7 sumariza as principais conclusões do trabalho desenvolvido nesta tese e apresenta propostas e sugestões para desenvolvimento de trabalho futuro.

1.1. Objectivo da tese

A falta de estudos a analisarem a natureza da concorrência entre os sectores público e privado em Portugal, mais concretamente em relação à área em que cada um dos sectores tende a

melhorar a sua actividade, de modo a responder à procura de cuidados de saúde da população portuguesa, justifica a necessidade de elaboração desta tese.

O objectivo desta tese é estudar a concorrência entre os sectores público e privado na oferta de cuidados de saúde, de acordo com indicadores de concentração. Estes indicadores de concentração são a base da análise e desenvolvimento da tese, e foram aplicados a um conjunto de indicadores assistenciais, permitindo assim o desenvolvimento de métodos de análise à concorrência por áreas de actividade. Estes indicadores permitem analisar a natureza da concorrência entre os sectores público e privado.

1.2. Revisão Bibliográfica

Para poder ser desenvolvido o tema de concorrência público-privado no sector de saúde foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o sistema nacional de saúde, de modo a compreender o seu financiamento, os seus serviços de prestação e oferta para os utentes, a análise económica subjacente e o mercado da concorrência entre os operadores privados.

Foi realizada uma busca exaustiva de informação sobre o assunto através da procura de artigos, de dados estatísticos sob a forma de indicadores assistenciais, com o auxílio do Instituto Nacional de Estatística (INE), e também contactando com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e a Autoridade da Concorrência (AdC). Sendo estas duas últimas entidades importantes para o desenvolvimento da dissertação, de modo a poder-se conhecer como um estudo sobre a concorrência num serviço específico é elaborado

2. Sistema Nacional de Saúde

Nesta secção será feita uma abordagem sobre o Sistema Nacional de Saúde, onde se dará a conhecer a sua perspectiva histórica, bem como o seu financiamento. De seguida será apresentado uma secção referente à oferta e prestação de cuidados de saúde. Por fim, será apresentado os desenvolvimentos futuros do sistema de Saúde português.

Desde 1979, o sistema de cuidados de saúde português tem sido baseado na estrutura de um SNS, com seguro público, cobertura universal, acesso quase livre no ponto de utilização de serviços e de financiamento através de impostos (Oliveira et al., 2005).

Segundo a Constituição Portuguesa, o SNS é baseado num sistema de organização descentralizado, embora se tenha mantido ao longo de tempo uma estrutura centralizada, dominada pela oferta pública da maioria de cuidados primários e hospitalares (Oliveira et al., 2005).

Segundo a Lei de Bases da Saúde, o SNS caracteriza-se por (Barros et al., 2007):

- ser universal quanto à população abrangida;
- prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

O sistema de cuidados de saúde português é caracterizado pela coexistência de três sistemas de cobertura: (i) o SNS; acima descrito (ii) os seguros privados e públicos delineados para certas profissões e designados por **subsistemas de saúde** e (iii) os sistemas de seguros de saúde privados voluntários (Figueras et al., 2004).

Comparativamente à maioria dos sistemas europeus, o sistema de cuidados de saúde português tem financiamento público e privado, sendo a componente de financiamento privado superior à de países com um sistema baseado num SNS (Oliveira et al., 2005).

De acordo com a legislação, o SNS português oferece cobertura universal dos cuidados de saúde a todos os portugueses, sendo predominantemente financiado através de impostos nacionais ou regionais (Figueras et al., 2004).

Relativamente aos subsistemas de saúde, existem actualmente em funcionamento 16 destes regimes, sendo no seu conjunto responsáveis pelo financiamento e prestação de cuidados de saúde a cerca de 20% da população (Simões et al., 2007). Os subsistemas de saúde podem ser definidos como esquemas de seguros de saúde, nos quais a qualidade de membro está dependente da pertença a uma determinada categoria profissional ou ocupacional, representando assim uma cobertura adicional à proporcionada pelo SNS. Parte da população pode escolher entre o SNS e os subsistemas de saúde, podendo mesmo usufruir da utilização de ambos (Simões et al., 2007).

O principal subsistema público de saúde é a Assistência na Doença aos Servidores civis do Estado (ADSE), que cobre os funcionários públicos. No sector privado os principais subsistemas são os da Portugal Telecom, dos CTT e dos SAMS, tendo sido extintos em 2008 na sua relação de *opting out* com o SNS (Simões et al., 2007).

Relativamente aos sistemas de seguros de saúde privados, estes são subscritos por cerca de 10% da população (Figuera et al., 2004). Adicionalmente, 7% da população está coberta por fundos mútuos (Figuera et al., 2004). Os fundos mútuos são financiados através de contribuições voluntárias, sendo organizações sem fins lucrativos que oferecem cobertura limitada para consultas, medicamentos e cuidados hospitalares. O seu financiamento existe numa proporção bastante ampla, particularmente na forma de pagamentos directos e co-pagamentos pelo paciente, e também sob a forma de prémios de seguro e instituições mútuas, sendo estas apresentadas numa proporção mais reduzida.

As necessidades de saúde de uma população traduzem-se numa procura constante de cuidados de saúde, o que, a par de outros factores como o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), o envelhecimento da população, o ritmo da inovação, o desenvolvimento tecnológico no domínio médico e terapêutico e o facto de os cuidados em saúde serem intensivos em trabalho, implica crescentes volumes de despesa no sector (Simões et al., 2007).

A tendência, nas últimas duas décadas e meia, nos países da União Europeia (UE) tem sido de crescimento do peso dos gastos com a saúde no PIB. Esta tendência de crescimento tem sido mais forte em Portugal do que na média dos países da UE, sobretudo por pressão do crescimento da componente pública dos gastos, como pode ser observado na Figura 1 (Simões et al., 2007).

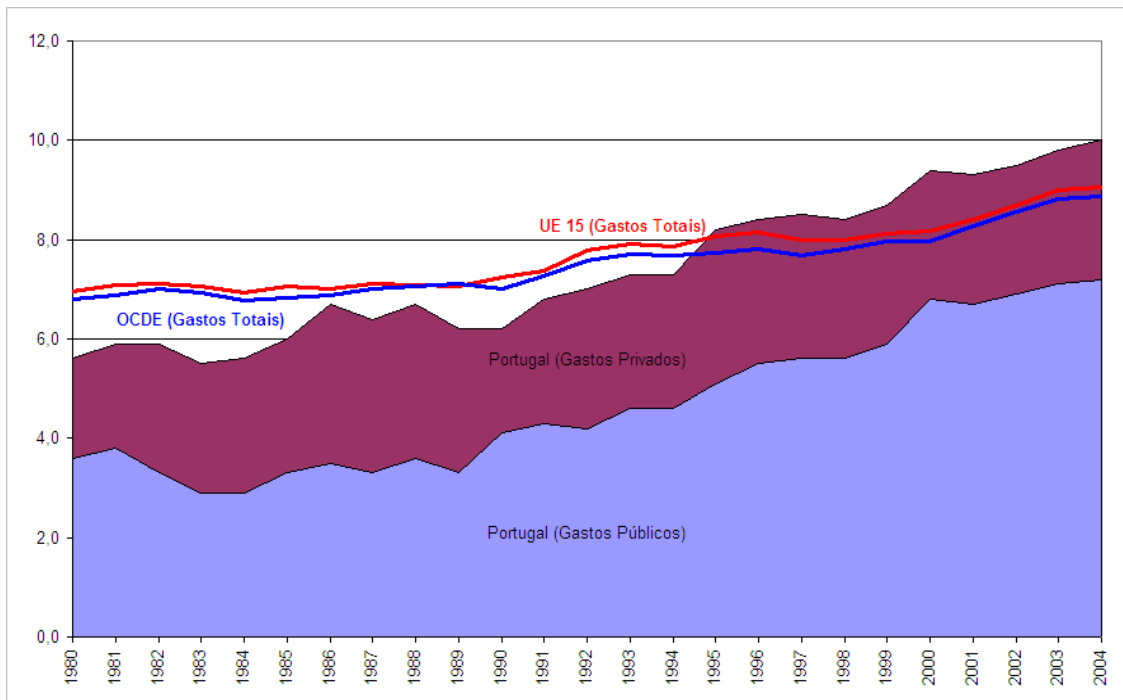


Figura 1. Evolução do peso dos gastos com a saúde no PIB (%), em Portugal, UE15 e OCDE, entre 1990 e 2004 (Simões et al., 2007).

A Figura 1 mostra que no período 1990 a 2004, ocorreu um aumento considerável do peso dos gastos públicos com a saúde face ao PIB em Portugal.

Relativamente ao financiamento da saúde, este consiste na organização das fontes de captação de fundos, impostos, junto da sociedade para assim poder fazer face às despesas com os cuidados de saúde.

Para melhor compreensão da Figura 1 e do modo como o financiamento público e privado é realizado face aos vários sistemas de cobertura, a Tabela 1 apresenta a percentagem do total das despesas de saúde financiadas através de fontes públicas e privadas. (Conta Satélite da Saúde 2000-2005, 2007)

Tabela 1. Percentagem do total das despesas da saúde financiadas através de fontes públicas e privadas. (Conta Satélite da Saúde 2000-2005, 2007).

Financiamentos	2000	2001	2002	2003	2004
Financiamento Público de:	72.91	71.53	72.53	72.56	71.17
Serviço Nacional de Saúde	61.12	58.80	59.38	59.72	57.57
Subsistemas Públicos	6.40	6.64	7.69	6.48	7.00
Outros financiamentos públicos	4.43	5.19	4.46	5.37	5.73
Segurança Social	0.96	0.90	1.00	0.99	0.86
Financiamento Privado de:	27.09	28.46	26.97	27.43	29.04
Subsistemas Privados	1.72	1.79	1.88	2.35	2.24
Seguro de Saúde Voluntário	1.44	1.42	1.82	2.24	2.47
Pagamentos <i>Out-of-Pocket</i>	23.19	23.15	23.15	21.16	23.56
Outros Financiamentos Privados	0.74	2.10	0.12	1.68	0.77

Verifica-se através da Tabela 1 que, no período compreendido entre 2000 e 2004, o financiamento público não possuiu um aumento nem um decréscimo gradual, provando esta oscilação a não linearidade nas despesas da saúde.

Relativamente ao financiamento privado, particularmente aos subsistemas privados, verifica-se um aumento estável, devido talvez ao aumento do desenvolvimento e inovação deste sector.

De um modo simplificado, os fluxos financeiros num sistema de saúde circulam entre três tipos de entidades: (i) a população, (ii) a(s) entidade(s) financiadoras e (iii) os prestadores de cuidados de saúde, como podemos verificar na Figura 2.

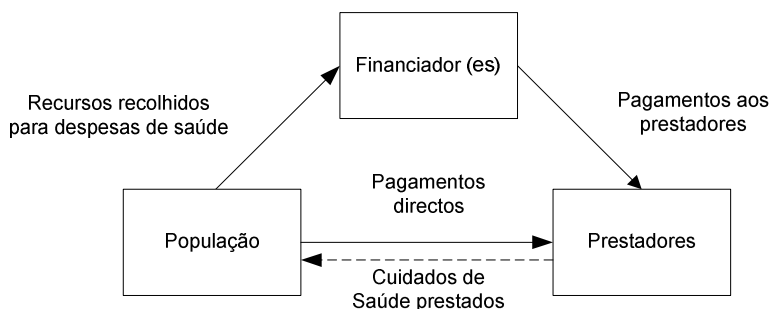


Figura 2. Diagrama dos fluxos financeiros num sistema de saúde (Santerre et al., 1996).

Os cuidados de saúde prestados à população são pagos por duas grandes vias: pagamento realizado pela população no momento do consumo e pagamento realizado pelos financiadores por conta dos cuidados prestados. Este último é determinado previamente por uma captação de fundos junto da população. É a captação de fundos que constitui o “financiamento” do sistema de saúde.

Em países com um modelo semelhante ao SNS português tem-se registado uma progressiva separação dos papéis de financiador, regulador e prestador, assumindo o Estado os dois primeiros, e delegando a prestação noutras entidades, mediante mecanismos de contratualização.

Relativamente à prestação de cuidados de saúde, o sistema de saúde português consiste numa rede de prestadores públicos e privados de saúde, cada um relacionado com o Ministério da Saúde (MS) e os seus doentes de uma maneira particular. No entanto, devido à contratualização, o SNS tem permitido aos seus utentes oportunidades de poder usufruir da componente de prestação privada, que é bastante significativa e financiada pelo sector público, de que são exemplos a dispensa de medicamentos em ambulatório, a hemodiálise e a prestação de diversos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

As relações observadas na Figura 3 demonstram que o MS coordena todo o fornecimento de cuidados de saúde e o financiamento público de prestação de cuidados de saúde.

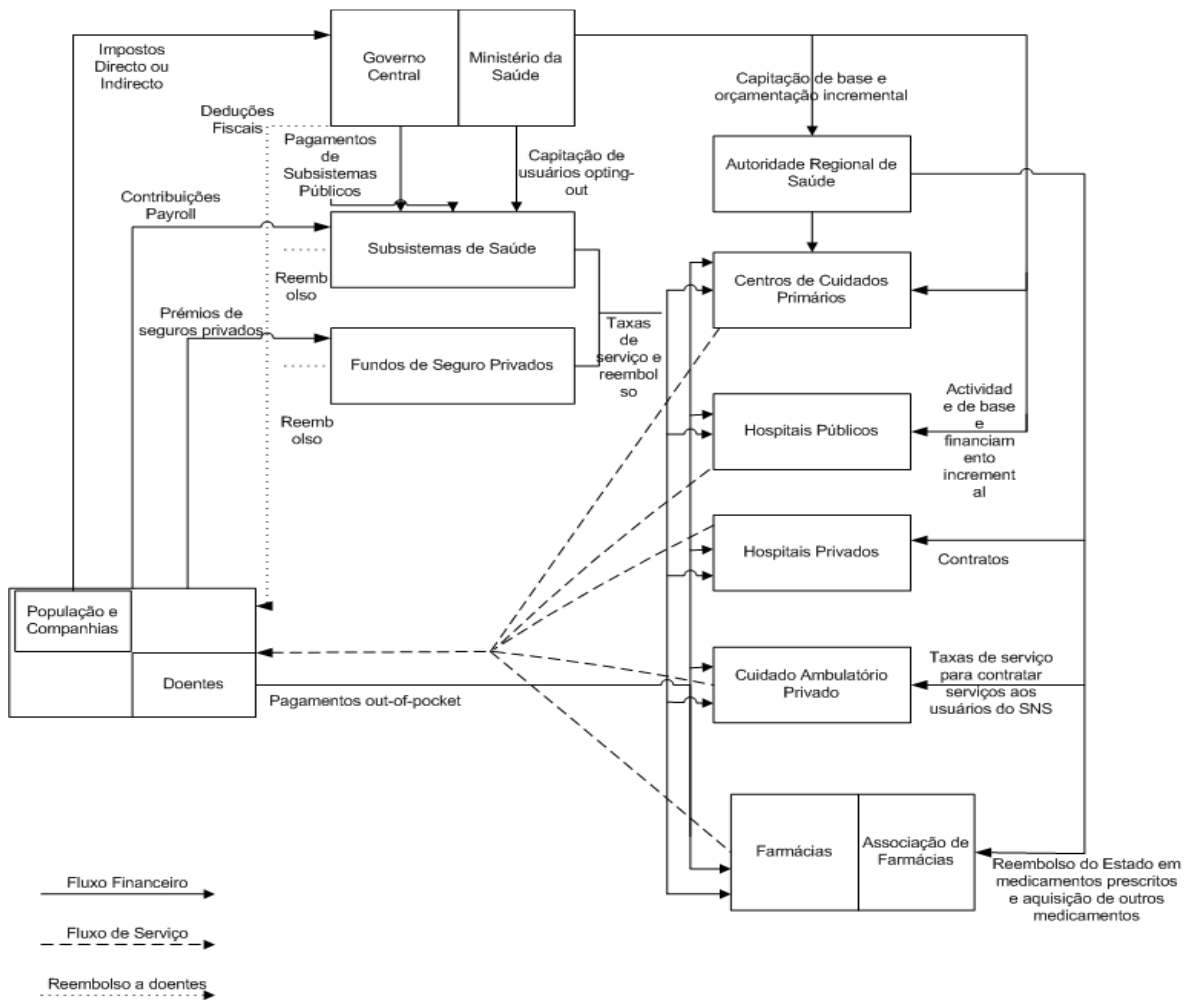


Figura 3. Diagrama da visão geral do sistema de saúde (Oliveira et al., 2005).

Com base na Figura 3 podem observar-se as relações de fluxos financeiros e de serviço entre as principais instituições no sector de saúde português. Verifica-se que o papel do sector privado no sistema de saúde português é fundamental na prestação de serviços, considerando-o como um meio de auxílio para o SNS. Ao nível da prestação de cuidados de saúde a combinação público-privado é baseada num fluxo de serviços, em que o utente beneficia destes, utilizando-os gratuitamente.

O SNS presta predominantemente cuidados hospitalares, cuidados primários e cuidados infantis e maternos. No âmbito de consultas de especialidade e odontológicas, serviços de diagnóstico, diálise renal ou tratamento de fisioterapia, o sector privado assume a maioria dos serviços prestados (Simões et al., 2007). Para os serviços de diagnóstico, fisioterapia e tratamentos de diálise renal, estes serviços normalmente são prestados pelo sector privado sob disposições contratuais com o SNS, como podemos verificar na Figura 3. Teoricamente, não

existem serviços explicitamente excluídos da cobertura do SNS. No entanto, em Portugal, o atendimento odontológico não é abrangido pelo SNS, ou seja, não é financiado nem fornecido por este (Busse, 2001), e o mesmo se passa com a saúde oral. Este contexto tem influência na prestação do sector privado nestas áreas.

2.1. Perspectiva Histórica do Sistema Nacional de Saúde Português

A organização dos serviços de saúde sofreu, através dos tempos, a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais da época, e foi-se concretizando para assim poder dar resposta ao aparecimento de novas doenças. Foi necessário compreender todo o sistema de cuidados de saúde português para assim se poder compreender em que aspectos os principais factores históricos influenciaram o seu desenvolvimento (Simões et al., 2007).

Apresenta-se nesta secção uma análise histórica dos principais acontecimentos que influenciaram o Sistema Nacional de Saúde Português.

Antes do século XVIII, os cuidados de saúde eram proporcionados pelos hospitais religiosos de beneficência denominados *Misericórdias*, instituições independentes e sem fins lucrativos, e somente para as pessoas mais necessitadas. Estas instituições funcionam actualmente em poucos hospitais, apesar do seu importante papel histórico como um dos principais prestadores de cuidados de saúde (Simões et al., 2007).

Durante o século XVIII, o Estado estabeleceu um número limitado de hospitais universitários e públicos para funcionar como um suplemento ao prestador religioso, decisão proposta até 1860.

O primeiro acto de legislação de saúde pública ocorreu em 1901, o que possibilitou a criação de uma rede de médicos responsáveis por esta. Em 1945 foi introduzida uma nova lei, que estabeleceu os serviços de maternidades públicas e de bem-estar infantil (Simões et al., 2007).

A primeira lei de segurança social foi promulgada em 1946, e até esta altura os cuidados de saúde seguiam o modelo germânico, no qual se previa a cobertura de toda a população empregue e dos seus dependentes, através da segurança social e fundos de doenças. Este sistema de previdência social era financiado pelas contribuições obrigatórias de empregados e empregadores, que cobria, numa primeira instância, somente os trabalhadores industriais. Outros sectores foram adicionados, consoante as actualizações feitas ao sistema nos anos de 1959, 1965 e 1971 (Simões et al., 2007).

Até 1971 o Governo não assumia responsabilidade ao nível do fornecimento dos serviços de saúde da população, na qual consistia em vários subsistemas independentes e descoordenados. Em 1971 o direito à saúde foi organizado de uma tal forma que as instituições privadas e de caridade deixaram de ser os principais prestadores de cuidados de saúde. O compromisso no sentido de uma maior oferta pública de cuidados de saúde e de universalidade na cobertura de cuidados foi consagrado em legislação aprovada em 1971 (Simões et al., 2007).

Após a revolução de 1974, a política de saúde em Portugal sofreu um processo de reestruturação dos serviços de saúde, o qual culminou com a criação do SNS em 1979. Desde esta data o Estado assegura o direito à saúde a todos os cidadãos (Barros et al., 2007). Em meados de 1979, foi introduzida uma legislação no sentido de estabelecer o direito dos cidadãos à protecção da saúde; a garantia de usufruto gratuito aos cuidados de saúde através do SNS; o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua vida económica e contexto social; cuidados de saúde integrados incluindo promoção de saúde; vigilância e prevenção; e um sistema de cobertura financiado, sob a forma do SNS. (Barros et al., 2007).

Apesar do desenvolvimento do financiamento público unificado de um sistema de cuidados de saúde e da incorporação da maior parte das instalações médicas previamente orientadas pelo sistema de previdência social e caridade religiosa, alguns aspectos do sistema pré-SNS persistiram, especialmente os subsistemas de saúde, continuando estes a cobrir uma variedade de empregados públicos e privados (Barros et al., 2007). Deste modo, os subsistemas de saúde não foram integrados no SNS.

Na década de noventa, iniciou-se uma discussão relativamente à reforma do sistema de saúde, sendo forte o sector de opinião que defendeu um papel mais activo do sector privado, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação empresarial para o SNS. (Simões et al., 2007). Deste modo, abriu-se a possibilidade da privatização de sectores do financiamento e de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde à possibilidade de um seguro alternativo de saúde (Simões et al., 2007). Esta possibilidade de privatização de sectores fez com que surgisse uma certa concorrência entre o público e privado.

No início do século XXI, o SNS continua a enfrentar graves problemas como (Simões et al., 2007):

- serviços públicos de ambulatório inadequados;
- listas de espera longas, para procedimentos cirúrgicos;

- distinção confusa acerca da satisfação dos consumidores e dos profissionais com serviços públicos;
- aumento das despesas de saúde e dificuldades no controlo dos custos;
- aumento da procura de cuidados de saúde nos grupos vulneráveis.

Actualmente registam-se alterações profundas no sistema de saúde português, que deram continuidade ao modelo social desenhado na Constituição de 1976, e que consolidaram as reformas de desenvolvimento do SNS a ritmos diferentes para vários sectores, como no caso dos cuidados de saúde primários e dos continuados integrados. (Barros et al., 2007)

Em suma, ao submeter-se o SNS aos sucessivos governos que procuram tentar desenvolver e criar iniciativas reformistas, este tenderá a ser, ao longo do tempo, mais eficiente, autónomo e responsável relativamente à prestação de cuidados de saúde (Simões, 2004).

Ao observar-se a evolução do SNS pode-se analisar duas importantes iniciativas, com consequências frugais para o sector privado: a introdução da abordagem às parcerias público-privadas, promovendo a participação do sector privado na gestão e financiamento de unidades hospitalares do SNS e a empresarialização da gestão hospitalar, designadamente com a alteração das praticas públicas de gestão e financiamento, bem como com a mudança do estatuto administrativo dos hospitais, introduzindo um estatuto de natureza empresarial (Simões, 2004).

2.2. O Financiamento da Saúde

Os actuais sistemas de saúde europeus desenvolveram-se em redor de dois grandes modelos associados a: *Bismark*, na Alemanha, nos finais do século XIX e a *Beveridge*, no Reino Unido, a partir de 1948. Ambos assentam no princípio de que o acesso a cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagar, pelo que a contribuição depende do rendimento, mas a utilização depende apenas da necessidade (Simões et al., 2007).

O financiamento da saúde consiste na organização de fontes de captação de fundos junto da sociedade para poder fazer face às despesas com cuidados de saúde, sendo importante para analisar o papel do sector privado no sistema de saúde organizado num SNS.

O financiamento do SNS apresenta-se segundo as características de recolha de fundos da população (Simões et al., 2000):

- Despesa privada familiar: corresponde à despesa directa das famílias portuguesas;
- Impostos;

- Seguros privados;
- Seguro social.

Quanto às **despesas privadas familiares**, os prestadores de cuidados de saúde em ambulatório e as despesas com medicamentos assumem especial importância. De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (INS), este apresenta o SNS como o subsistema de saúde utilizado com maior frequência por cerca de 80% das pessoas residentes em Portugal Continental. O segundo sistema de saúde mais utilizado em 2005 correspondia ao subsistema ADSE com cerca de 10,1% dos residentes do Continente.

Relativamente ao **imposto**, o SNS é financiado principalmente por verbas oriundas da colecta geral de imposto, via Orçamento de Estado. A contribuição para impostos é feita de acordo com o rendimento, dos indivíduos e das empresas, e de acordo com a despesa. É uma contribuição compulsória, não sendo específica para a saúde. Em Portugal a principal receita fiscal é a originada pelos impostos indirectos, contrariamente a um conjunto de países da EU nos quais os impostos directos constituem a principal fonte de receita do Estado. (Simões et al., 2007).

O orçamento para as despesas totais do SNS é estabelecido dentro do orçamento anual público. Para além das transferências directas a partir do orçamento estatal, o SNS apresenta as suas próprias receitas, a maioria gerada por hospitais, incluindo pagamentos recebidos de doentes para serviços especiais como quartos particulares, os pagamentos aos beneficiários dos subsistemas de saúde e seguradores privados, os pagamentos recebidos pelo aluguer de instalações e equipamentos, o rendimento dos investimentos, doações, e multas (Barros et al., 2007).

Relativamente aos **seguros de saúde privados**, em Portugal estes são apenas válidos por um ano, sendo que as companhias têm o poder de anular ou renovar o contrato. As apólices de seguro tendem a ser selectivas, e a sua falta de abrangência: como a idade encontra-se fortemente associada com o aumento dos custos de saúde com a idade dos indivíduos.

No caso português, os subsistemas de saúde podem ser denominados de agentes presentes no financiamento:

Subsistemas de saúde pública recebem contribuições obrigatórias de beneficiários. Estas contribuições representam uma pequena parte do financiamento dos subsistemas públicos de saúde, através do orçamento de Estado, contribuindo cerca de 90% do total dos fundos (Barros et al., 2007).

Subsistemas privados também recebem, historicamente, contribuições obrigatórias. A maioria destes subsistemas privados tem sido associada a grandes empresas que foram privatizadas nos anos oitenta e noventa. As evoluções que têm ocorrido recentemente sugerem que as coberturas dos subsistemas privados se assemelham crescentemente a produtos de seguro de saúde privado comercial (Barros et al., 2007).

Relativamente aos subsistemas e seguros de saúde privados, estes financiam a utilização privada de serviços de saúde, o que propicia a oferta de cuidados.

A Figura 4 representa as despesas da saúde através das diversas fontes de receita distintas.

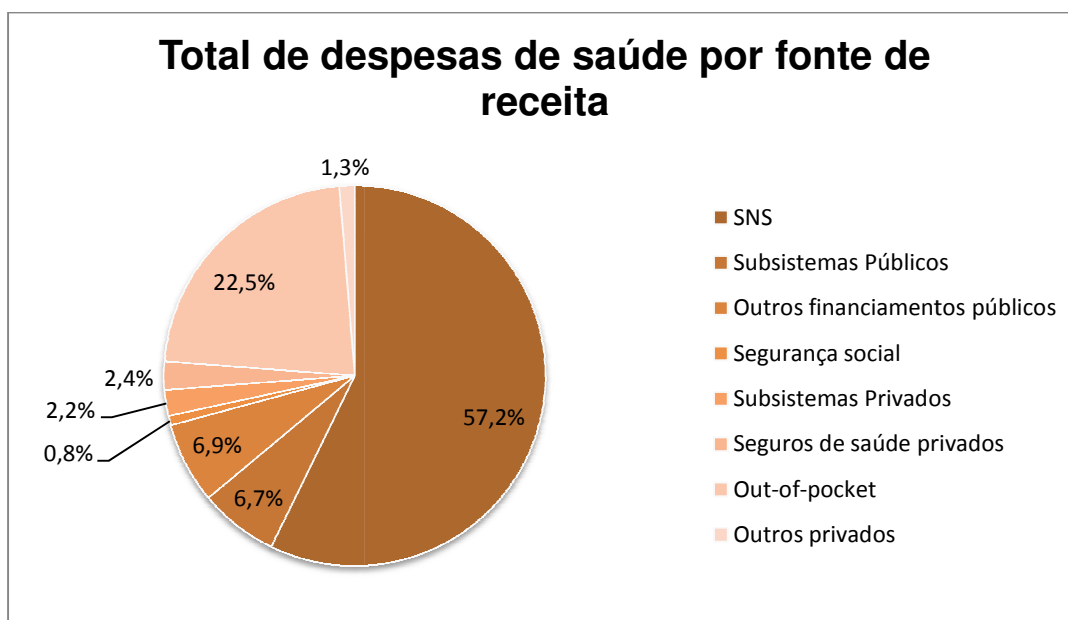


Figura 4. Total de despesas com a saúde por fonte de receitas, em percentagem (%). (Conta satélite da Saúde 2000-2005, 2004).

Como se pode observar na Figura 4, a percentagem da fonte de receita mais elevada pertence ao SNS, como já tinha sido referido anteriormente. É de notar a percentagem de subsistemas e seguros de saúde privados, que totalizam cerca de 4,4% das despesas de saúde, contribuindo para o facto da concorrência entre o sector publico e privado ser diminuta.

A Cobertura

Como já foi referido, num SNS a cobertura é universal relativamente à população abrangida, sendo que segundo a lei de Bases de saúde são beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses, os cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias nos

termos das normas comunitárias aplicáveis, os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, e os cidadãos apátridas residentes em Portugal (Simões et al., 2007). A cobertura do seguro de saúde é principalmente fornecida pelo SNS mas para além deste, os cidadãos portugueses podem beneficiar de mais categorias de coberturas de seguro, como referido anteriormente.

Na Tabela 2 são apresentadas as três fontes principais de coberturas de seguro e os respectivos financiamentos.

Tabela 2. Tabela referente ao acesso a cobertura e financiamento dos subsistemas públicos e privados e dos seguros voluntários (Inquérito Nacional de Saúde, 2006).

	Subsistemas públicos	Subsistemas privados	Seguros voluntários
Acesso	Base ocupacional	Base ocupacional	Base individual
Financiamento	Contribuição individual compulsória baseada no rendimento Financiamento directo e indirecto do Estado	Contribuição individual compulsória baseada no rendimento Financiamento da empresa Financiamento directo do Estado e indirecto	Contribuição individual voluntária baseada no Risco Financiamento indirecto do Estado
Exemplo de entidades	ADSE	PT, CTT, SAMS	Multicare, Médis

Como se pode verificar na Tabela 2 o fundo de financiamento do subsistema público e privado é muito semelhante, sendo a contribuição baseada no rendimento do utente e tendo um financiamento directo e indirecto do Estado.

Relativamente aos seguros privados, a maioria destes possui uma cobertura limitada, assumindo-se como sendo uma cobertura com carácter complementar em relação ao SNS. O crescimento dos seguros privados no mercado da saúde é facilitado pela existência de um crédito fiscal associado a prémios de seguro privados de saúde (Barros, 2009). Verifica-se que ao ter um carácter complementar ao SNS, o seguro privado tende a estreitar relações com este de modo a que concorrência público-privado se torne um modo de cooperação, assegurando a qualidade de serviços para o utente.

Um meio de verificar a estreita cooperação entre o sector público e privado faz-se através da observação de casos de dupla cobertura, em que estes têm aumentado com o crescimento do mercado de seguros de saúde privados, sejam estes em regime de seguro individual sejam em regime de seguro de grupo (Simões et al., 2007).

Para o Continente verificou-se que entre 1999 e 2005 o número de residentes com seguro de saúde quase duplicou. Ao verificar o inquérito referente a 1999, estima-se que 529.391 indivíduos detinham seguro de saúde, enquanto que de acordo com o INS realizado em 2005, este número era de 1.053.781 nesse ano. Os valores apresentados evidenciam a ocorrência de uma maior tendência para a aquisição de um seguro de saúde.

Os orçamentos e os Gastos

O financiamento da saúde tem-se caracterizado por uma prática de coexistência entre orçamentos reconhecidamente insuficientes à partida, défices acumulados nem sempre rigorosamente assumidos e uma quase ausência de instrumentos de gestão e responsabilização capazes de alterar esta situação (Simões et al., 2007).

Relativamente aos gastos relacionados com a saúde, estes têm crescido a um ritmo superior ao crescimento económico, assumindo uma importância crescente face ao PIB, sendo um crescimento variável comparativamente aos vários países da Europa. Podem-se enumerar os seguintes factores como responsáveis pelo conseqüente aumento das despesas da saúde:

- Demografia/Envelhecimento;
- Aumento da cobertura de seguro, a presença de seguro diminui o preço pago pelo consumidor no momento do consumo e como tal tende a aumentar a procura de cuidados médicos;
- Indução da procura, entendendo-se que a existência de um maior número de profissionais de saúde leva a um aumento da procura de serviços médicos;
- Crescimento Económico/Subida do PIB;
- Recursos de Cuidados de Saúde (camas hospitalares, pessoal de saúde, equipamentos de alta tecnologia, entre outros);
- Novas tecnologias e desenvolvimentos médicos;
- Sistema de Cuidados de Saúde (especialmente *Bismarck vs Beveridge*).

Relativamente ao futuro das despesas da saúde, este deve ter em consideração algumas especificidades dos cuidados de saúde de forma a ser possível prever tendências no sector da saúde, comparativamente a outros sectores da despesa pública. As principais razões são:

- O sistema de cuidados de saúde e de regulação e a subsequente tomada de decisão é muito complexo, envolvendo um grande número de diferentes agentes como: governo, segurados/pacientes, terceiros contribuintes e os prestadores de serviços;

- A quantidade e o tipo de serviços prestados, é determinado pela interacção complexa de factores de procura e oferta. Taxas de morbilidade, estrutura populacional, níveis de rendimento e factores sociais e comportamentais influenciam a procura.

Ao analisar os dados recentemente publicados na Série de Contas Nacionais da Saúde do Instituto Nacional de Estatística (INE), estes demonstram que o total das despesas da saúde no PIB tem aumentado estavelmente, de cerca de 3% em 1970 para 10% em 2004, sendo que o valor encontra-se por cima da média na União Europeia que é de 9% (Barros et al., 2007).

2.3. Oferta e Prestação de Cuidados de Saúde

Para uma boa compreensão da prestação de cuidados de saúde deve-se considerar o seguinte:

- Sistema prestador no seu todo, incluindo aspectos relacionados com a articulação ou integração dos seus componentes;
- Subsistemas específicos de cuidados de saúde e a forma como estas se articulam no conjunto do sistema prestador;
- Unidades prestadoras específicas, com centros de saúde, consultórios, hospitais e clínicas.

Até ao início da década de oitenta, a prestação de cuidados de saúde em Portugal era realizada essencialmente por organizações públicas de cuidados, hospitais e centros de saúde públicos.

O acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade à população de uma respectiva área geográfica é garantido através de Administrações Regionais de Saúde (ARS), adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde. A ARS é uma pessoa colectiva de direito público, integrada na administração indirecta do Estado, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Existem em Portugal cinco ARS: Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve. São atribuições da ARS, entre outras:

- Desenvolver e fomentar actividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a protecção e promoção da saúde da população;
- Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação;
- Desenvolver e consolidar a rede de cuidados continuados integrados e supervisionar o seu funcionamento de acordo com as orientações definidas;

- Afectar recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde financiados pelo Serviço Nacional de Saúde, através da negociação, celebração e acompanhamento de contratos-programa.

No entanto, a iniciativa privada de prestação de cuidados desenvolveu-se e aumentou a sua capacidade de prestação de modo a responder a necessidades de cuidados dos utentes, consolidando assim a sua posição no sector. Esta iniciativa privada desenvolveu-se em redor do SNS, de modo a poder-lhe prestar o devido auxílio, como se pode verificar através da inter-ajuda de serviços, infra-estruturas e qualidade (Dinis, 2008).

Esta inter-ajuda entre os sectores torna-se fundamental ao SNS, ao permitir melhorias em várias lacunas que subsistem, sendo exemplo destas a luta contra a redução de listas de espera cirúrgicas, às quais o SNS não consegue dar resposta, percepção de maior qualidade do privado em algumas áreas ditas lucrativas (Dinis, 2008). Relativamente ao privado, este tenderá a dar a conhecer a sua dinâmica na prestação de cuidados à população, como a qualidade dos serviços de atendimento e de internamento, o tempo de espera para uma consulta, a tecnologia de equipamentos de diagnostica e terapêutica existente (Simões, 2004).

Existe uma diversidade de serviços médico-cirúrgicos que serão analisados na metodologia que demonstram a dinâmica global da prestação de cuidados de saúde. Os serviços que serão analisados na secção 3 englobam o internamento, isto é o estudo da distribuição de camas de internamento entre os sectores público e privado e movimento de internados, a ocorrência de partos, e as intervenções de pequena, média e grande cirurgia.

No entanto, é necessário ter em consideração que tanto o sector público como o sector privado têm a necessidade de garantir os requisitos mínimos de qualidade e segurança a vários níveis, particularmente nos recursos humanos, no equipamento disponível e nas instalações, e que se encontra presente de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área. 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.

A oferta de cuidados de saúde em Portugal sofreu grandes alterações e tem sido influenciada por factores tão diversos como a legislação que define a estrutura do SNS português, o sistema de financiamento, a evolução demográfica e as características da população, o crescimento económico, o investimento público e privado no sector da saúde e a dinâmica do sector privado (Barros, 2009).

Como já foi referido anteriormente, o sector privado tem uma presença essencial no sistema de cuidados português. A lei de bases da Saúde instituiu um sistema de cuidados de saúde misto

com prestadores públicos e privados na prestação de cuidados de saúde, o que permite definir o sistema de saúde como uma rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

O desenvolvimento da oferta privada foi estabelecido através das características do sistema de saúde português, e que foram determinantes para que este sector garantisse a sua posição no mercado de ofertas de cuidados de saúde. Estas características fizeram com que a combinação público-privado permitisse aos utentes uma melhor qualidade de serviços (Barros et al., 2007):

- A mobilidade do pessoal do SNS para o sector privado;
- Os médicos trabalharem para o SNS e o sector privado em simultâneo;
- A criação de unidades privadas e a contratualização do sector privado pelo público;
- Criação de vários programas especiais de recuperação de listas de espera;
- O sistema de deduções fiscais constituir uma fonte de regressividade no sistema de financiamento das despesas de saúde, e garantir a utilização particular e a oferta do sector privado.

Deste modo, existe em Portugal um sector privado com grande relevância na prestação de cuidados de saúde em algumas áreas em que o público não consegue dar uma resposta eficaz e rápida.

2.4. Desenvolvimentos Futuros do Sistema Nacional de Saúde

O desenvolvimento do actual Sistema de Saúde português resultou devido ao facto de Portugal ser um dos primeiros países europeus a adoptar uma abordagem integrada de cuidados primários de saúde através do desenvolvimento de uma rede global de centros de saúde, o que permitiu avanços assinaláveis no estado de saúde da população em geral, como a diminuição drástica da mortalidade infantil.

A reforma operada no sector da saúde instituída desde 2002 incluiu medidas para redução de listas de espera cirúrgicas, inovações na gestão dos hospitais e centros de cuidados primários de saúde, mudanças positivas na política de medicamentos e a incidência de um papel mais importante para o sector privado. Esta reforma, organizou um conjunto de novas políticas para assim poder desafiar a estrutura outrora actual do SNS e conseguir operar em níveis normativos e operacionais. (Oliveira et al., 2005). Como exemplo de algumas dessas medidas temos a nova legislação que estipula a necessidade de uma cooperação mais próxima entre instalações públicas e privadas nos cuidados primários, secundários e terciários, a criação de parcerias de gestão privada-pública, financiamento e propriedade de hospitais, a introdução de

contractos de trabalho individuais, e a possibilidade de modelos alternativos de gestão de cuidados primários baseados na gestão de equipas médicas ou de outras entidades (Oliveira et al., 2005).

No entanto, apesar dos notáveis progressos na política de saúde, uma série de desafios para o sistema de saúde português permanecem, sendo alguns dos mais emblemáticos a baixa eficiência e responsabilização comparativamente a outros sistemas baseados no SNS, níveis elevados de despesa privada e farmacêutica, as discrepâncias no sector de saúde, bem como a necessidade de modernizar a estrutura organizacional e de gestão do SNS.

Desta forma, encerra-se a secção respeitante ao Sistema Nacional de Saúde.

Em conclusão denota-se uma preocupação do sistema nacional de saúde em aumentar a eficiência da prestação de cuidados, utilizando todos os recursos disponíveis, através de alterações dos métodos de pagamento a prestadores. A criação de novas formas complementares de financiamento torna-se num elemento chave com que haja uma tendência para uma maior liberdade de escolha do indivíduo.

No sistema português verifica-se que ao longo do tempo, a iniciativa privada tem investido bastante na cooperação com o SNS, a nível da contratualização de serviços de saúde, de modo a que a prestação e oferta de cuidados de saúde seja efectuada de uma maneira eficaz para os utentes. No entanto, é necessário uma reestruturação do SNS de modo a que este possa dar resposta a todas as suas falhas, promovendo assim a efectiva resolução das mesmas.

No próximo capítulo será apresentada a análise económica no sector da saúde. Após a análise económica do sector e da apresentação das características que tornam o sector de saúde único, será introduzido o conceito de mercado e de concorrência, identificando-se os dois conceitos e apresentando-se medidas de concentração disponíveis para o seu estudo. Por fim é analisada a possível concorrência no sector da saúde.

3. Análise Económica

Nesta secção será feita inicialmente uma análise económica no sector da saúde, onde será explicada a importância da economia neste sector, bem como as características que o tornam único. De seguida será apresentado o mercado da saúde, identificando-o e apresentando medidas da sua estrutura. Será ainda feita uma descrição da concorrência neste sector e a possível existência de concorrência no sector da saúde em Portugal. Por fim, será explicada a relação desta com a estrutura do mercado.

3.1. Sector da Saúde

A quantificação do valor da saúde é um dos aspectos onde a intervenção dos economistas se revela mais polémica, pois é necessário efectuar uma quantificação do valor económico da vida humana e da sua qualidade. É necessário definir o que se entende por saúde, antes de se proceder à análise do valor económico da vida e da saúde. A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (A saúde é um estado completo de desenvolvimento físico, mental e de bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade)

A ideia subjacente a esta definição consiste na classificação da saúde como um bem essencial dando-se a oportunidade a qualquer indivíduo de ter uma vida social e economicamente produtiva. Daí a referência não apenas à componente de bem-estar físico e mental, mas também à de bem-estar social.

O estudo da Economia da Saúde tem um efeito importante na definição da dimensão da contribuição do sector da saúde para a economia global, na preocupação da política nacional, e nas questões que contêm um elemento económico substancial.

Desta forma, será necessário o esclarecimento de algumas ideias-chave para se promover uma coerente análise económica da Saúde, tais como (Folland et al., 2004):

- Escassez de recursos;
- Tomada de decisão racional;
- Análise marginal;
- Utilização de modelos.

Ao observar-se as características acima mencionadas, deve-se tomar em consideração duas particularidades da Economia da Saúde:

- **Interdisciplinaridade** da natureza da investigação da saúde, isto é, os economistas devem saber como os cuidados de saúde são distribuídos, em que esta informação normalmente chega dos fornecedores dos cuidados de saúde;
- **Relação com as instituições** no sistema de cuidados de saúde, incluindo hospitais, seguradores ou reguladores.

O sector da saúde pode ser considerado como um sector de actividade com características de organização económica e com princípios de análise partilhados com outras áreas, tendo vários factores que o tornam único em termos de problemas económicos.

Os mercados de prestação de cuidados de saúde podem ser caracterizados por múltiplas imperfeições, factores cruciais que distinguem o sector de saúde dos restantes sectores, sendo a maioria provenientes da **incerteza** e de **assimetria de informação** entre os que compram e os que vendem o produto. (Gaynor et al., 2000)

Também podem ser enumerados outros factores, como: a proeminência de seguros de saúde, o papel das instituições sem fins lucrativos, as restrições a nível da concorrência, e a participação do Estado.

Se existe algo que exista, persista e envolva o sector da saúde é a **incerteza**. A sua prevalência ocorre essencialmente ao nível dos consumidores, em que estes sentem incerteza quanto ao momento em que se necessitam de cuidados médicos, incerteza quanto ao custo desses cuidados médicos, incerteza quanto ao seu estado de saúde, incerteza quanto ao tratamento adequado, incerteza quanto ao efeito de um dado tratamento, entre outros.

Arrow (1963) foi o primeiro a argumentar a existência deste conceito no sector da saúde. No seu estudo Arrow direccionou a sua atenção para a economia da saúde, principalmente para a existência do conceito de incerteza nos cuidados de saúde, em ambos os lados de procura e oferta. Argumentou ainda que a incerteza no sector da saúde era tal, que não surgiriam naturalmente mercados de seguro de saúde para cobrir todos os riscos presentes.

O papel do mercado de seguros de saúde, quer privado ou público, justifica a existência de tantos elementos de incerteza, pois este isola de alguma forma o conceito de incerteza nos consumidores de cuidados de saúde (Barros, 2009).

Como o conceito de incerteza existe a diversos níveis, nomeadamente no momento e no montante em que ocorrerá a necessidade de cuidados médicos, este tem efeitos por si só no comportamento dos consumidores e também nas decisões dos prestadores (Folland et al., 2004).

Uma consequência da incerteza presente no sector da saúde é a possibilidade de **assimetrias de informação** entre agentes económicos que têm relações entre si, pois problemas de informação no mercado de cuidados de saúde, quer actuais como potenciais no mercado de cuidados de saúde levantam muitas questões económicas.

Diz-se que existe assimetria de informação quando uma das partes envolvidas numa qualquer transacção tem informação melhor que a outra parte sobre alguma variável que é relevante para o valor económico da relação (Barros, 2009).

Os problemas de informação significam que os analistas económicos devem modificar os seus métodos, sendo que a análise *standard* normalmente assume que os consumidores têm o conhecimento necessário para poder assim tomar decisões baseados nas características dos seus bens, preços e a habilidade de trazerem satisfação aos consumidores. (Folland et al., 2004)

As assimetrias de informação resultam em problemas como a selecção adversa em mercados de seguro, risco moral em seguros e a relação de agência/delegação de decisões em mercados de cuidados de saúde.

O principal problema decorrente da presença de assimetrias de informação é o desaparecimento parcial ou total dos mercados, implicação inicialmente anotada por Akerlof (1970) e motivadora da necessidade de analisar o problema de **selecção adversa**.

No seu artigo, Akerlof evidencia que a assimetria de informação gera problemas de eficiência e distorções no funcionamento da economia. Um dos exemplos de aplicação do mecanismo de selecção adversa é a relação entre a companhia de seguros e o consumidor individual num mercado de seguro privado, em que os indivíduos com menos volume esperado de despesas médicas preferem não comprar seguro (Folland et al., 2004). Por outras palavras, o conceito é introduzido pela ideia de que cada individuo conhece melhor as suas despesas medicas esperadas que a companhia de seguros.

Outra importante implicação da assimetria de informação em mercados de cuidados de saúde é o efeito de **risco moral** no consumo devido aos seguros de saúde.

Devido ao facto de o volume de compra e venda de serviços de cuidados de saúde ser coberto pelo seguro ou pelo SNS, o consumidor paga apenas uma pequena fracção do custo do serviço prestado. Assim o seguro permite a redução do preço que enfrentam para ter cuidados de saúde, induzindo o consumo excessivo (Gaynor et al., 2000).

Uma vez que o risco moral induz o consumo excessivo, pode parecer que o poder de mercado, por parte das empresas que vendem serviços de saúde poderia melhorar a situação restringindo a produção (Gaynor et al., 2000).

Para uma apólice de seguro fixo para os quais existe excesso de consumo de bens de saúde e serviços a preços competitivos, o aumento do preço dos bens de saúde e serviços acima do nível competitivo aumenta o bem-estar (Gaynor et al., 2000).

Outra forma de risco moral é o decréscimo de incentivo para os consumidores que procuram um menor preço.

A última implicação da assimetria de informação a ser referida nesta tese no sector da saúde é a **relação de agência**.

A relação de agência é considerada como uma delegação de decisões por parte de um agente num outro agente económico que possui uma maior informação. No sector da saúde, o exemplo desta relação é dado pela delegação no médico sobre o tratamento a ser seguido em caso de doença.

A organização da relação de delegação de decisões é uma questão relevante em Economia da Saúde, realçando que a esta pode ser considerada como uma forma de assegurar os interesses e necessidades da população através da existência de um agente no processo decisório e de planeamento.

A existência de uma delegação de decisões é devido ao facto de o doente não se encontrar informado sobre as decisões a tomar, pelo que é necessário a decisão por parte de um agente económico mais informado (Barros, 2009).

Para além das implicações da presença de incerteza sobre o comportamento dos agentes económicos, há que considerar a **existência das instituições sem fins lucrativos**. Muitas instituições que actuam neste sector não tem como objectivo o lucro, mas deve-se ter em consideração que o pressuposto de uma análise económica estável é o facto de uma empresa apresentar uma maximização dos seus lucros.

Embora vários agentes que actuam no sector de saúde possam não maximizar o lucro, admite-se que são agentes económicos racionais e que têm objectivos que procuram alcançar, como o bem-estar dos consumidores, pelo que a análise económica será perfeitamente compatível com esses objectivos (Barros, 2009).

Existe em Portugal uma intensa participação do Estado no sector da saúde, tanto no papel de segurador como no de prestador de serviços. Enquanto segurador, o Estado recolhe impostos para em troca assumir a responsabilidade financeira nas despesas em cuidados médicos. Como prestador, o Estado fornece e produz inúmeros bens e serviços neste sector. Consequentemente, existe a figura do Estado-Regulador, que determina a forma de relacionamento que o próprio Estado como segurador e prestador se relaciona com outros agentes económicos do sector. A criação de uma entidade reguladora, com natureza própria e independente para o sector da saúde, fortifica a presença de inspecções e licenciamentos técnicos, não sendo ainda claro a resolução de todos os interesses contraditórios no sector (Barros, 2009).

A defesa do livre funcionamento do mercado de saúde e da concorrência é considerada como base de organização do sistema económico das sociedades modernas, por isso é necessário a existência de **restrições a nível da concorrência**.

A nível de concorrência, o sector da saúde tem desenvolvido práticas que consegue definitivamente restringi-la, em que incluem a concessão de requisitos de licenças para prestadores, restrições à publicidade do prestador, e padrões de comportamento ético que recomenda determinadas condutas aos prestadores ao competirem uns com os outros (Folland et al., 2004). Existem muitas práticas e regras que limitam a concorrência no sector da Saúde: licenciamento, regulação da qualidade, do número de prestadores, proibição de publicidades, entre outros.

3.2. Mercado da saúde e dos cuidados de saúde

O estudo de um mercado deverá ter em consideração três componentes essenciais: o objecto de escolha, o comportamento do agente da procura e o comportamento do agente da oferta. No entanto estes agentes de mercado de saúde exibem comportamentos diferenciados, sendo que a origem dessas diferenças encontra-se na natureza do produto, neste caso, os cuidados de saúde.

Na realidade, os cuidados de saúde constituem um bem cujo consumo, por si só, não proporciona utilidade, sendo que, o consumo de cuidados de saúde é feito com o objectivo de

restabelecer um estado de saúde que se encontra debilitado (Matias, 1995). Assim sendo, constata-se que é um bem sem utilidade intrínseca, e cujo consumo estará sempre relacionado com um estado de necessidade por parte do agente da procura (Matias, 1995).

3.2.1. Identificação do Mercado

A discussão da definição de mercado é importante para a análise da estratégia empresarial e para a política de concorrência, assentando as medidas da estrutura de mercado normalmente nas quotas detidas pelas diversas empresas, e medindo simultaneamente o número e a desproporção entre os diversos concorrentes na área.

Deve-se ter em consideração os limites apropriados para se poder definir o conceito de mercado.

Existem duas importantes dimensões da definição de mercado: mercado do produto e mercado geográfico. O **mercado do produto** tem por objectivo a identificação de todos os produtos ou serviços permutáveis ou substituíveis, em termo das suas características objectivas e dos seus preços e utilização pretendida (Gaynor et al., 2000). O **mercado geográfico** visa identificar os condicionalismos concorrenciais que os diferentes operadores têm de enfrentar por concorrentes efectivos, condicionalismos esses susceptíveis de restringir o seu comportamento e de os impedir de actuar com independência, face a uma eventual pressão concorrencial efectiva (Gaynor et al., 2000).

No entanto é necessário ter em consideração a definição do **mercado relevante**. Este é um primeiro passo essencial para a avaliação concorrencial subsequente, isto é, a caracterização do mercado, da sua estrutura, do seu funcionamento, das suas barreiras à entrada, do seu grau de maturidade, no fundo, da concorrência efectiva existente e da concorrência potencial. Na definição de mercado relevante, tanto o do produto como o geográfico, a ideia é encontrar o menor grupo de produtos para os quais não existem substitutos perto (Gaynor et al., 2000). Um produto é incluído no mercado relevante, se os compradores poderem facilmente substituí-lo como resposta a um aumento de preços pelas empresas na concentração (Gaynor et al., 2000).

3.2.2. Medição da Estrutura de Mercado

As medidas da estrutura de mercado são normalmente definidas através das quotas detidas pelas diversas empresas existentes numa determinada área, avaliando juntamente o número e a desigualdade entre os diversos concorrentes.

Um mercado encontra-se mais concentrado se possuir um menor numero de empresas do que outro, ou se as empresas apresentam uma desigualdade no domínio deste.

Não existe uma forma única de combinar o número de empresas e a disparidade das suas quotas de mercado, existindo um elevado número de medidas que combinam estes dois aspectos para assim poderem obter uma medida sintética da estrutura de mercado.

3.2.2.1. Medidas de Concentração

As medidas de concentração têm-se tornado ferramentas de medição padrão em economia de saúde, sobre os conceitos de desigualdade e equidade na saúde e cuidados de saúde. Foram introduzidos por Wagstaff, Van Doorslaer e Paci, e têm sido utilizados para descrever e medir o grau de desigualdade em diferentes medidas de saúde, utilização de cuidados de saúde e pagamentos destes. (Koolman et al., 2003)

As medidas de concentração têm o objectivo de medir, de uma forma sumária, a proximidade da estrutura de mercado relativamente à situação de monopólio ou concorrência perfeita. O índice de concentração dirigido à saúde é um indicador frequentemente utilizado para a medição da diferença socioeconómica da saúde (Erreygers, 2006).

Índice de Concentração C_k

O índice de concentração C_k desfruta de uma crescente popularidade como um indicador de desigualdade de saúde em relação ao nível da posição socioeconómica dos indivíduos. Entre os factores que contribuíram para o seu sucesso como uma medida de desigualdade socioeconómica da saúde, pode-se citar a sua representação visual, através da curva de concentração, bem como a facilidade com a qual pode ser decomposto. No entanto, este índice está longe de ser uma medida perfeita (Erreygers, 2009).

O índice de concentração C_k é definido pela seguinte equação:

$$C_k = \sum_{i=1}^k s_i \quad (1)$$

onde s_i representa a quota de mercado da empresa i , sendo as empresas numeradas por ordem decrescente da quota de mercado. O valor de C_k varia entre $\frac{k}{n}$, onde n caracteriza o numero total de empresas, como concentração mínima e 1 como concentração máxima. São consideradas apenas as primeiras k empresas existentes no mercado. Os C_k mais utilizados são C_4 , C_5 e C_8 , no entanto deve escolher-se o mais adequado a cada mercado. Assim, C_4 , C_5 e

C_8 , por exemplo, representam respectivamente a quota de mercado das quatro, cinco e oito maiores empresas.

O índice C_k é frequentemente utilizado, o que deriva do facto do seu cálculo e interpretação ser de fácil alcance, e de exigir informação apenas sobre as n maiores empresas e o mercado total. No entanto, este índice pode apresentar-se como sendo insensível a alterações nas quotas de mercado das empresas, tendo em consideração se as alterações ocorrerem exclusivamente dentro do grupo das maiores empresas. (Mata, 2002)

Índice de Herfindahl H

O índice de Herfindahl H é definido pela seguinte fórmula:

$$H = \sum_{i=1}^n s_i^2 \quad (2)$$

onde s_i representa a quota de mercado da empresa i e n o número total de empresas. O valor de H varia entre $\frac{1}{n}$ sendo a concentração mínima, e 1 concentração máxima.

O índice de Herfindahl pode ser aferido como um “bom” índice de concentração por se verificarem uma série de requisitos de consistência, além do facto de poder ser derivado de uma forma axiomática como medida proporcional do poder de mercado. Também são consideradas como vantagens importantes o facto de este índice dar maior peso às empresas com maiores quotas de mercado, e reflectir a existência de transferências de quota. (Cabral, 1994)

Problemas com medidas de concentração

A medição da concentração não se limita à escolha de um bom índice, existindo dificuldades que devem ser tomadas em consideração.

A primeira dificuldade é devido à existência de *holdings* de empresas, pois para se poder obter uma medida do poder de mercado deve haver uma contabilização da quota de cada agente decisor, e não da quota de cada empresa (Cabral, 1994). *Holding* é considerada uma empresa que detém o stock pendente de outras empresas. Geralmente é referido a uma empresa que não produz bens ou serviço em si, sendo a sua única finalidade possuir acções de outras empresas. As empresas de *holdings* permitem a redução de riscos para os proprietários, e podem permitir o domínio e o controlo de uma serie de diferentes empresas (Cabral, 1994).

O segundo problema é devido à escolha do nível de agregação, o que corresponde à questão da definição relevante de mercado e quota de mercado. A escolha de um mercado relevante leva à ocorrência de uma redistribuição da quota de mercado respeitante às várias empresas que actuam nesse mercado (Cabral, 1994).

A terceira limitação deriva do facto de se tratarem de medidas estáticas, não fornecendo qualquer infirmação sobre a evolução do tempo das quotas de cada empresa (Cabral, 1994).

3.3. Concorrência no sector de cuidados de saúde

Para se poder estudar a concorrência no sector de cuidados de saúde, é necessário ter em consideração a apreciação das características das empresas existentes no sector, a aferição das suas quotas de mercado e o cálculo dos níveis de concentração como indicadores da concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde.

A intensidade da concorrência é grandemente influenciada pela estrutura de mercado, que se mede pelos indicadores de concentração. Os factores que aumentam a intensidade da concorrência podem ser: o número de concorrentes, a homogeneidade do produto em causa, baixos custos de mudança, condições de venda dificilmente observáveis pelos concorrentes, excesso de capacidade instalada, contacto em poucos mercados, história e conhecimento entre as empresas (Mata, 2002).

Barreiras à entrada

A concorrência entre prestadores decorre a nível dos interesses dos utentes, na medida em que a existência de uma pressão concorrencial incentiva os prestadores a fornecerem melhores serviços, garantindo a sua sobrevivência com rentabilidades atractivas.

A análise da concorrência pretende capturar a pressão concorrencial exercida pelos demais concorrentes, não permitindo no entanto, aferições sobre a pressão exercida pelos concorrentes potenciais.

A pressão exercida será tanto maior quanto menores forem as barreiras à entrada no mercado. Deste modo, as barreiras à entrada, quanto à sua existência e grau de importância, acabam por ser consideradas indicadores indirectos de maior ou menor pressão concorrencial exercida pelos concorrentes potenciais.

Genericamente, qualquer barreira à entrada tem potencialmente um efeito de restrição da concorrência que se traduz na perda de eficiência e redução do bem-estar dos utentes.

No caso do sector da saúde, onde as assimetrias de informação existem em grande abundância, 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,

As principais barreiras à entrada na prestação de cuidados de saúde são a necessidade de autorização de funcionamento (licenciamento) e a obtenção de acordos com os principais financiadores (convenções).

A atribuição de licenças de funcionamento é o mecanismo através do qual se pretende garantir que a prestação de cuidados de saúde se realiza, pelo sector privado, com respeito por parâmetros mínimos de qualidade no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.

O **licenciamento** traduz-se numa barreira à entrada no sector de natureza regulamentar que pode afectar o grau de concorrência e a contestabilidade dos mercados.

3.3.1. Concorrência em Portugal

Ao longo deste 30 anos de SNS, a concorrência em Portugal relativamente ao sector privado é substituída por uma relação de complementaridade de serviços (Barros, 2000). Esta cooperação pode ser observada em várias características em que cada um se auxilia nos serviços em que mais precisam.

Uma das características observadas que indiciam esta cooperação é a criação de vários programas de recuperação de listas de espera cirúrgicas. Com o auxílio do sector privado através da contratualização, o SNS pode reduzir as enormes listas de espera, e pode dar aos seus utentes uma melhor qualidade de serviços e tecnologia.

O sector privado também beneficia desta cooperação, pois tem-se tornado cada vez mais relevante no mercado da saúde, como se verifica na secção 2.3.

3.4. Relação entre estrutura de mercado e concorrência

A estrutura de mercado tem um papel por vezes decisivo para moldar a intensidade da concorrência, sendo uma medida sintética da estrutura de mercado, a concentração é usada para classificar os mercados em quatro tipos principais: monopólio, mercados concorrenciais, concorrência monopolista e o oligopólio (Mata, 2002).

A classificação para os quatro tipos principais de mercados com base no valor de H é indicada através da bibliografia (Mata, 2002).

Para o sector da saúde, a existência de um mercado monopólio em que num mercado opera somente uma empresa e em que o valor do H é maior que 0,6, é pouco provável visto este ser um sector caracterizado por um número aceitável de prestadores, e em que os seus consumidores possuem liberdade na sua escolha.

No entanto deve-se ter em consideração os restantes três mercados, por apresentarem características aplicáveis, como o valor de H, ao sector de cuidados de saúde.

O **mercado concorrencial** ou **concorrência perfeita** pode-se classificar como estando num extremo de concentração, quando $H < 0,2$. Neste tipo de mercado a concorrência a nível dos preços é normalmente feroz, não tendo as empresas a necessidade de fixar os seus preços. Se não existirem impedimentos à entrada, a existência de lucros económicos positivos leva a entrada de novas empresas, sendo a oferta expandida, conduzindo tal cenário ao desaparecimento dos lucros.

A **concorrência monopolista** existe num mercado em que existe um número elevado de concorrentes, e o produto é diferenciado ($H < 0,2$).

Um mercado é **oligopolista** quando a estrutura de mercado apresenta um nível de concorrência intermédio ($0,2 < H < 0,6$) e em que existe um numero reduzido de empresas de dimensão semelhante.

Desta forma, encerra-se a secção respeitante à análise económica.

Em conclusão pode-se afirmar que a definição do valor de saúde, de o considerar essencial, é um dos aspectos cruciais para a intervenção dos economistas, visto ser necessário efectuar a quantificação do valor económico da vida humana e da sua qualidade. Ao considerar o sector da saúde e toda a sua envolvente, verifica-se que este se distingue dos restantes, visto ser caracterizado por imperfeições provenientes da incerteza e de assimetrias de informação.

Relativamente à situação de concorrência, este sector possui várias restrições devido ao facto de haver uma preocupação pelos consumidores, de modo a que estes não sejam prejudicados.

Na próxima secção, será apresentado a metodologia utilizada para o estudo da concorrência na prestação de cuidados de saúde. Apresentar-se-á a análise de tendências, seguida da análise de quotas e de índices de concentração, a nível nacional, regional e área de Lisboa.

4. Metodologia

Esta quarta secção debruça-se sobre a metodologia usada no estudo da concorrência entre o sector privado e o sector público na prestação de cuidados de saúde em Portugal.

A subsecção 4.1 centra-se na apresentação da recolha de dados executada, descrevendo-se nesta as fontes de dados para a aplicação dos métodos para o estudo da concorrência e realizando-se o tratamento destes, promovendo-se aqui o esclarecimento de cada indicador assistencial.

A subsecção 4.2 foca-se sobre os métodos que irão ser aplicados para a análise da concorrência entre dois sectores, sendo por fim apresentada na subsecção 4.3 a análise de tendências, mais concretamente a análise de quotas de mercado e de índices de concentração.

4.1. Recolha de dados

Nesta tese pretende-se abordar a concorrência entre o sector privado, com e sem fins lucrativos, e o sector público, recorrendo à análise de vários indicadores assistenciais.

Os dados dos indicadores assistenciais foram recolhidos da publicação *Estatísticas da Saúde* de 2000 a 2005, do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Estes indicadores permitem comprovar o desempenho que a entidade privada e pública obteve durante o ano em que a publicação foi editada. O recurso a estes possibilitou uma mais coerente análise da concorrência entre os dois sectores, permitindo assim a boa aplicação dos métodos propostos.

Foram utilizados os seguintes indicadores: número de hospitais, camas do internamento, hospitais segundo a existência de cada tipo de equipamento de diagnóstico e terapêutica, movimento de internados durante o ano em hospitais, partos ocorridos nos hospitais, intervenções de pequena, média e grande cirurgia.

Estes indicadores serão avaliados a nível nacional e regional.

A nível regional, será efectuada segundo as administrações regionais de saúde (ARS): Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve.

Relativamente aos dados sobre o sector privado na área da Grande Lisboa, última análise a ser realizada, existiu a necessidade de alterar o modo de execução da análise pelo facto do

conjunto total de dados necessários não se encontrar disponível. Assim, foi utilizado somente um indicador assistencial, o número de camas, sendo recolhidas as informações necessárias sobre este indicador em todas as entidades privadas desta área.

A revisão bibliográfica foi realizada de modo a tentar ir ao encontro de todos os dados para que possibilitassem o desenvolvimento objectivo da dissertação no entanto, nem sempre foi possível obter a informação pretendida devido a esta não se encontrar disponível. A falta de dados constituiu um dos obstáculos presentes no desenvolvimento da dissertação. Em adição a tal problema, a particularidade de somente se ter dados para um período de tempo curto e não muito recente, tornou o desenvolvimento dos métodos a aplicar incoerente. Assim

Na secção 4.1.1. apresenta-se uma tabela com as fontes de dados utilizados para a aplicação dos métodos.

4.1.1. Fontes de dados

Descreve-se na Tabela 3, apresenta as fontes de dados utilizados na análise da concorrência entre o sector privado e o sector público, sendo também indicadas algumas observações relativamente às características e/ou qualidades dessa informação.

Tabela 3. Fontes de dados utilizados para a realização da análise

Dados	Fonte	Ano	Observações/Comentários
População Total	Anuários Estatísticos, INE	2000-2007	Estimativas.
Indicadores Assistenciais de Hospitais oficiais, particulares com e sem fins lucrativos: número de hospitais, camas de internamento, equipamentos de diagnóstico e terapêutica, intervenções de grande, média e pequena cirurgia, partos, e movimento de internados	Estatísticas da Saúde, INE	2000-2005	O ano de 2001 não se encontra separado em hospitais com e sem fins lucrativos.
Indicador Assistencial do Hospital dos Lusíadas: Número de camas.	http://tvnet.sapo.pt/noticias/detalhes.php?id=32978	2007	
Indicador Assistencial do Hospital da Luz: Número de camas	http://dn.sapo.pt/inicio/interior.aspx?content_id=656168	2007	
Indicador Assistencial do Hospital Cuf Descobertas e Infante Santo: Número de camas	Relatório de contas José de Mello Saúde	2002-2004	
Indicador Assistencial do British Hospital Lisbon XXI: Número de camas	http://www.gpsaude.pt/gps/Menu/Unidades/Sul/British+Hospital.htm	2009	

Indicador Assistencial da Clínica Unimed Cascais: Número de camas	http://www.gpsaude.pt/NR/rdonlyres/7783B0AD-0DC0-4BFA-A41C-38F29CD4F2C2/3357/GPSaude150_3VIA.pdf	2009	
Indicador Assistencial do Hospital de Jesus: Número de camas	http://www.hospitaldejesus.pt/pt/pagina/7/servicos-medicos/	2009	
Indicador Assistencial da Clínica de S. Lucas, Clínica de Santo António e Clínica de S. João de Deus: Número de camas	http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2425&Itemid=89	2009	
Indicador Assistencial do Hospital dos SAMS: Número de camas	http://www.sbsi.pt/files/dossier/75/Hospitalapres.htm	2009	
Indicador Assistencial do Hospital Particular de Lisboa: Número de camas	http://www.hpl.pt/index.php?id=309	2009	
Indicador Assistencial do Hospital da Cruz Vermelha: Número de camas	http://www.hcyp.com.pt/hospital.php	2009	
Indicador Assistencial da Clínica Europa: Número de camas	Licenciamento de Unidades Privadas de Saúde, DGS 2007	2009	

4.1.2. Tratamento de dados

Na Tabela 4 apresentam-se os dois métodos que irão ser analisados após o seu cálculo, a quota de mercado e o índice de Herfindahl.

Tabela 4. Apresentação dos métodos para análise.

Métodos	Cálculo
Quota de mercado	Proporção de valores oficiais e particulares no total, para os próprios indicadores assistenciais.
Índice de Herfindahl	Aplicação da fórmula correspondente.

4.1.3. Esclarecimento de dados

Para a elaboração desta tese utilizaram-se maioritariamente indicadores assistenciais relativos à prestação de cuidados de saúde, analisados a nível nacional e regional.

Hospitais por distribuição geográfica e entidade

Este indicador dá-nos o número de hospitais por distribuição geográfica e a respectiva entidade. Pode-se afirmar que este se torna um pouco incerto, por ser um indicador anual. É necessário ter em consideração a possibilidade de durante o ano, tanto a nível nacional como regional, existir a ocorrência de abertura e fecho de hospitais, a nível nacional e regional, o que induz um certo grau de incerteza neste processo.

Assim, este indicador não se apresenta por si só como claro e objectivo, e não possibilita uma visão inteiramente fidedigna da sua evolução.

Camas do internamento e outras camas dos hospitais, por distribuição geográfica e entidade

Este indicador dá-nos o número de camas do internamento dos hospitais nacionais e regionais anualmente. Pode ser classificado como um indicador consistente para análise, visto poder retirar-se do seu estudo conclusões verdadeiras.

Hospitais, por distribuição geográfica e entidade, segundo a existência/número de cada tipo de equipamento de diagnóstico e de terapêutica

Este indicador dá-nos o número de hospitais segundo a existência de cada tipo de equipamento de diagnóstico e terapêutica. Pode ser considerado um bom indicador assistencial, visto que permite observar a realidade dentro de um hospital relativamente à

qualidade e à quantidade dos equipamentos de diagnóstico e de terapêutica existentes num hospital, quer este seja oficial ou particular.

Movimento de internados durante o ano nos hospitais, por distribuição geográfica, entidade e modalidade

Este indicador permite avaliar o movimento de internados que ocorreu durante o ano nos hospitais, oficiais e particulares, permitindo assim ter uma visão global de como os prestadores se estabelecem no mercado de saúde, segundo internamentos.

Partos ocorridos nos hospitais, por distribuição geográfica, segundo a entidade

Este indicador dá-nos o número de partos ocorridos durante o ano nos hospitais. Pode ser considerado um indicador relevante, sendo possível observar e analisar a prestação das duas entidades, oficial e particular, na prestação deste específico cuidado de saúde.

Intervenções de pequena, média e grande cirurgia efectuadas nos hospitais, por distribuição geográfica e entidade

Este indicador apresenta o número de intervenções efectuadas nos hospitais. Pode ser considerado relevante para análise, podendo-se proceder ao estudo do mercado de Saúde neste tipo de cuidados de saúde.

4.2. Análise de concorrência no sistema de saúde português

A secção 4.2.1. é dedicada à apresentação e descrição dos métodos aplicados aos dados recolhidos, segundo as diversas entidades oficiais e particulares, sendo as últimas divididas entre as com e as sem fins lucrativos.

4.2.1. Métodos utilizados

Quota de mercado

As quotas de mercado tornam-se num método importante para a análise da concorrência no sector de cuidados de saúde português, por demonstrarem o poder que cada uma das entidades transmite no mercado.

As quotas de mercado foram calculadas e baseadas em dados retirados das fontes já referidas anteriormente. Foi possível proceder à análise e relacionamento das quotas de entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos, para as cinco regiões de saúde.

O cálculo das quotas de mercado foi realizado para permitir a análise comparativa nos binómios oficial/particular com fins lucrativos e oficial/particular sem fins lucrativos. Para tal, dividiu-se o número total das entidades respectivas, tanto as oficiais como as particulares, pelo total das entidades que se encontram no mercado da saúde.

O estudo dos respectivos valores foi posteriormente analisado, sendo possível retirar algumas conclusões relativamente à concorrência em cada região de saúde: Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve.

Índice de Herfindahl

O índice de Herfindahl como foi dito anteriormente pode ser aferido como um “bom” índice de concentração por ser consistente após análise. É considerado como uma medida proporcional do poder do mercado, o que se revela importante para o desenvolvimento da tese. Desta forma, o índice permite a realização de uma análise coesa aos dados recolhidos.

O facto de o índice atribuir um maior peso às empresas com maiores quotas de mercado e permitir reflectir as transferências de quota revela-se vantajoso para este estudo, sendo estas particularidades tomadas em consideração aquando da discussão de resultados.

Tal como foi seguido para a análise através das quotas de mercado, o índice de Herfindahl será calculado de acordo com as duas entidades, oficial e particular, tendo em consideração as associações oficial/particular com fins lucrativos e oficial/particular sem fins lucrativos.

4.3. Análise de tendências

A análise descritiva de tendências foi realizada após a observação cuidada dos indicadores assistenciais explicados anteriormente, bem como após o seu tratamento para se poderem retirar destes as conclusões necessárias para o âmbito do estudo.

A análise de tendências irá basear-se nos dados relativos a entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos, para os vários indicadores, englobando o estudo para Portugal Continental e para as cinco ARS, Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve.

Relativamente à análise para a região da Grande Lisboa, como já foi anteriormente referido, só será tido em conta um indicador assistencial, o número de camas, visto não ter sido possível uma recolha de dados mais aprofundada.

A análise de tendências será estudada para os dois métodos previamente definidos - a quota de mercado e o índice de Herfindahl - e realizada, para o período de tempo 2000-2005 somente para alguns dos indicadores, tais como: o número de hospitais, o número de camas do internamento, número de hospitais segundo a existência de cada tipo de equipamento de diagnóstico e terapêutica.

Para os restantes indicadores somente foi possível recolher dados no período 2002 a 2005.

A realização desta análise de tendências implica a consciencialização da ocorrência a nível da política de saúde de alterações significativas na reestruturação do SNS durante este período temporal, o que levou a uma melhoria na eficiência e contenção de custos e promoveu um aumento da importância do papel complementar e de cooperação do sector privado relativamente ao sector público (Oliveira et al., 2005).

A análise de tendências será apresentada na secção dos Resultados sob a forma de tabelas, que estão divididas por indicador assistencial e por região de saúde. Esta análise de tendências considera a quota de mercado para cada entidade oficial e particular, com e sem fins lucrativos, calculada anteriormente.

Na secção 4.3.1 será descrito o modo de realização desta análise consoante as quotas de mercado calculadas, procedendo-se igualmente na secção 4.3.2 para o índice de concentração.

A secção 4.3.3 é relativa à análise Nacional e Regional, centrando-se na maneira como irá ser estudada. Na secção 4.3.4 é apresentado o modo de realização da análise ao sector privado na Região da Grande Lisboa.

4.3.1. Análise de quotas de mercado

A quota de mercado irá ser uma medida de demonstração do poder de mercado da entidade de prestação de cuidados de saúde.

Esta foi calculada para as entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos.

Implementou-se uma distinção a nível da análise do poder de mercado de forma a permitir a realização desta de uma maneira coerente. Estipularam-se para tal quatro cenários possíveis: aumentos ou diminuições num intervalo compreendido entre 3 a 6%; aumentos e diminuições superiores a 6%.

Desta maneira a análise demonstrou uma clareza de resultados, que possibilita a retirada a partir destes de conclusões concordantes.

4.3.2. Análise de índice de concentração

Relativamente à análise do índice de concentração, este foi respeitante à relação entre a estrutura de mercado e a concorrência, isto é, foi limitado um intervalo de valores para cada uma das regiões e entidades a estudar.

Este limite foi concordante no sentido de poder classificar o mercado como concorrencial ou monopolística, quando H apresenta um valor menor a 0,2; e oligopólio quando H encontra-se no intervalo de 0,2 a 0,6.

4.3.3. Análise Nacional e Regional

Esta análise tomou em consideração os indicadores assistenciais recolhidos através do INE.

A análise será efectuada para Portugal, e posteriormente para as 5 ARS: Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve.

A análise nacional e regional será feita segundo os vários indicadores assistenciais definidos anteriormente.

4.3.4. Análise do sector privado na Região da Grande Lisboa

Esta análise foi realizada de uma maneira distinta comparativamente à análise nacional e regional.

Devido à falta de dados, somente foi possível analisar o sector privado na região da Grande Lisboa, segundo um indicador assistencial, o número de camas.

Esta análise englobará todas as entidades particulares da região de Lisboa, e será efectuada para o antes e o pós 2000. O antes de 2000 englobará o número de camas existentes desde 1979 ano da criação do SNS até 2000, e o após 2000, englobará de 2000 até a actualidade.

Esta reflexão foi tomada como relevante devido ao facto de o ano 2000 ser um ano marcante para o desenvolvimento e inovação do sector privado na região de Lisboa.

Este ano foi considerado o elo desta análise, visto ter ocorrido um aumento assinalável de abertura de hospitais privados em Portugal, e conseqüentemente isso ter gerado um aumento no número de cama do internamento. A análise do sector privado na Grande Lisboa centrar-se-á assim na avaliação da situação no sector.

Para além da consideração relativamente ao antes e pós 2000, foi também realizada dentro de cada uma das secções um estudo sobre os principais operadores que actuam no mercado de Saúde em Lisboa. Foi feito uma distinção entre estes, analisando primeiramente cada operador em separado, e posteriormente admitindo-o como um prestador global.

Esta análise será feita, como já foi referido, a nível das quotas de mercado e do índice de Herfindahl.

Em conclusão pode-se afirmar que a definição da metodologia torna-se num passo crucial para o estudo da concorrência na prestação de cuidados de saúde, pois é a partir desta que será elaborado a sua análise, a apresentação dos respectivos resultados e a posterior discussão destes.

Na próxima secção, serão apresentados os resultados obtidos para cada análise no sector de cuidados de saúde, a nível nacional, regional, e sector privado da região de Lisboa.

5. Resultados

A secção Resultados divide-se em quatro subsecções de forma a possibilitar uma discussão coerente da análise efectuada e a retirada de conclusões reflectidas a partir desta.

Exibe-se na subsecção 5.1 a distribuição da oferta no mercado de Saúde, consoante cada indicador assistencial.

Expõe-se na subsecção 5.2. a análise de tendências consoante o aumento ou decréscimo da quota de mercado segundo o período temporal estabelecido, para as entidades públicas e privadas e é demonstrada a nível, nacional e regional.

A secção 5.3 apresenta graficamente a análise das quotas de mercado para Portugal Continental e as ARS, e também para o sector privado da Região da Grande Lisboa.

Por fim, a secção 5.4 apresenta os resultados da análise sobre o índice de Herfindahl a nível nacional, regional e do sector privado da área da Grande Lisboa.

5.1. Distribuição da oferta

A secção 5.1 foca-se na distribuição da oferta no mercado de prestação de cuidados de Saúde no ano de 2005, segundo os vários indicadores assistenciais definidos anteriormente.

Apresenta-se uma descrição da situação referente a cada indicador, quer a nível nacional como regional, e do tipo de entidade segundo a sua oferta de cuidados de Saúde.

Ao realizar uma descrição da distribuição da oferta de cuidados de saúde, irá fazer com que se possa ter uma visão global de como esta se encontra presente no mercado português.

Hospitais por distribuição geográfica e entidade

Em 2005 existiam em **Portugal Continental** 189 hospitais (107 de natureza oficial, 36 de natureza particular com fins lucrativos e 46 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Norte** em 2005 existiam 63 hospitais (34 de natureza oficial, 11 de natureza particular com fins lucrativos e 18 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Centro** em 2005 existiam 50 hospitais (31 de natureza oficial, 8 de natureza particular com fins lucrativos e 11 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Lisboa** em 2005 existiam 59 hospitais (32 de natureza oficial, 13 de natureza particular com fins lucrativos e 14 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Alentejo** em 2005 existiam 10 hospitais (7 de natureza oficial e 3 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Algarve** em 2005 existiam 7 hospitais (3 de natureza oficial e 4 de natureza particular com fins lucrativos).

Verifica-se que a distribuição geográfica de hospitais consoante as cinco ARS encontra-se uniforme relativamente às três entidades em análise. Constata-se que a ARS Norte possui no total um maior número de hospitais, fazendo com que a oferta de cuidados de saúde para a população seja engrandecida. No entanto, na região Alentejo e Algarve a oferta de hospitais oficiais e particulares é diminuta.

Camas do internamento e outras camas dos hospitais, por distribuição geográfica e entidade

Em 2005 existiam em **Portugal Continental** 34.163 camas (26.662 de natureza oficial, 2.175 de natureza particular com fins lucrativos e 5.326 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Norte** em 2005 existiam 11.215 camas (7.275 de natureza oficial, 647 de natureza particular com fins lucrativos e 2.325 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Centro** em 2005 existiam 8.594 camas (7.275 de natureza oficial, 389 de natureza particular com fins lucrativos e 930 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Lisboa** em 2005 existiam 11.738 camas (8.848 de natureza oficial, 1.065 de natureza particular com fins lucrativos e 1.825 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Alentejo** em 2005 existiam 1.767 camas (1.521 de natureza oficial e 246 de natureza particular sem fins

Na **ARS Algarve** em 2005 existiam 849 camas (775 de natureza oficial e 74 de natureza particular com fins lucrativos).

Constata-se que em todas as regiões as camas oficiais existem num maior número, concluindo que a oferta oficial no serviço de internamento encontra-se estigmatizada no mercado de saúde. Quanto as entidades particulares com e sem fins lucrativos, estas apresentam uma distribuição uniforme na região de Lisboa, permitindo uma oferta permanente à população.

Hospitais, por distribuição geográfica e entidade, segundo a existência/número de cada tipo de equipamento de diagnóstico e de terapêutica

Em 2005 existiam em **Portugal Continental**:

- 114 equipamentos de endoscopia (73 de natureza oficial, 20 de natureza particular com fins lucrativos e 21 de natureza particular sem fins lucrativos);

- 32 equipamentos de hemodiálise (28 de natureza oficial, 1 de natureza particular com fins lucrativos e 3 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 49 equipamentos de angiografia (30 de natureza oficial, 11 de natureza particular com fins lucrativos e 8 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 137 equipamentos de ecografia (86 de natureza oficial, 26 de natureza particular com fins lucrativos e 25 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 146 equipamentos de imagiologia convencional (90 de natureza oficial, 29 de natureza particular com fins lucrativos e 27 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 83 equipamentos de mamografia (53 de natureza oficial, 17 de natureza particular com fins lucrativos e 13 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 28 equipamentos de ressonância magnética (13 de natureza oficial, 10 de natureza particular com fins lucrativos e 5 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 102 equipamentos de tomografia axial (71 de natureza oficial, 20 de natureza particular com fins lucrativos e 11 de natureza particular sem fins lucrativos).

Em 2005 existiam na **ARS Norte**:

- 40 equipamentos de endoscopia (24 de natureza oficial, 6 de natureza particular com fins lucrativos e 10 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 12 equipamentos de hemodiálise (10 de natureza oficial e 2 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 17 equipamentos de angiografia (10 de natureza oficial, 4 de natureza particular com fins lucrativos e 3 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 47 equipamentos de ecografia (29 de natureza oficial, 8 de natureza particular com fins lucrativos e 10 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 48 equipamentos de imagiologia convencional (30 de natureza oficial, 8 de natureza particular com fins lucrativos e 10 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 28 equipamentos de mamografia (16 de natureza oficial, 7 de natureza particular com fins lucrativos e 5 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 11 equipamentos de ressonância magnética (5 de natureza oficial, 3 de natureza particular com fins lucrativos e 3 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 34 equipamentos de tomografia axial (23 de natureza oficial, 5 de natureza particular com fins lucrativos e 6 de natureza particular sem fins lucrativos).

Em 2005 existiam na **ARS Centro**:

- 28 equipamentos de endoscopia (18 de natureza oficial, 4 de natureza particular com fins lucrativos e 6 de natureza particular sem fins lucrativos);

- 5 equipamentos de hemodiálise (5 de natureza oficial);
- 8 equipamentos de angiografia (6 de natureza oficial e 2 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 8 equipamentos de ecografia (22 de natureza oficial, 7 de natureza particular com fins lucrativos e 8 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 40 equipamentos de imagiologia convencional (25 de natureza oficial, 7 de natureza particular com fins lucrativos e 8 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 19 equipamentos de mamografia (14 de natureza oficial, 1 de natureza particular com fins lucrativos e 4 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 3 equipamentos de ressonância magnética (2 de natureza oficial e 1 de natureza particular com fins lucrativos);
- 21 equipamentos de tomografia axial (15 de natureza oficial, 4 de natureza particular com fins lucrativos e 2 de natureza particular sem fins lucrativos).

Em 2005 existiam na **ARS Lisboa**:

- 34 equipamentos de endoscopia (22 de natureza oficial, 7 de natureza particular com fins lucrativos e 5 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 13 equipamentos de hemodiálise (11 de natureza oficial, 1 de natureza particular com fins lucrativos e 1 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 20 equipamentos de angiografia (11 de natureza oficial, 6 de natureza particular com fins lucrativos e 3 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 42 equipamentos de ecografia (26 de natureza oficial, 9 de natureza particular com fins lucrativos e 7 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 45 equipamentos de imagiologia convencional (26 de natureza oficial, 11 de natureza particular com fins lucrativos e 8 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 28 equipamentos de mamografia (16 de natureza oficial, 8 de natureza particular com fins lucrativos e 4 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 13 equipamentos de ressonância magnética (5 de natureza oficial, 6 de natureza particular com fins lucrativos e 2 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 38 equipamentos de tomografia axial (25 de natureza oficial, 10 de natureza particular com fins lucrativos e 3 de natureza particular sem fins lucrativos).

Em 2005 existiam na **ARS Alentejo**:

- 7 equipamentos de endoscopia de natureza oficial;
- 1 equipamentos de hemodiálise de natureza oficial;
- 2 equipamentos de angiografia de natureza oficial;

- 7 equipamentos de ecografia de natureza oficial;
- 8 equipamentos de imagiologia convencional (7 de natureza oficial e 1 de natureza particular sem fins lucrativos);
- 5 equipamentos de mamografia de natureza oficial;
- 0 equipamentos de ressonância magnética;
- 6 equipamentos de tomografia axial de natureza oficial.

Em 2005 existiam na **ARS Algarve**:

- 5 equipamentos de endoscopia (2 de natureza oficial e 3 de natureza particular com lucrativos);
- 1 equipamentos de hemodiálise de natureza oficial;
- 2 equipamentos de angiografia (1 de natureza oficial e 1 de natureza particular com lucrativos);
- 4 equipamentos de ecografia (2 de natureza oficial e 2 de natureza particular com fins lucrativos);
- 5 equipamentos de imagiologia convencional (2 de natureza oficial e 3 de natureza particular com fins lucrativos);
- 3 equipamentos de mamografia (2 de natureza oficial e 1 de natureza particular com fins lucrativos);
- 1 equipamento de ressonância magnética de natureza oficial;
- 3 equipamentos de tomografia axial (2 de natureza oficial e 1 de natureza particular com fins lucrativos).

Constata-se que existem em maior número equipamentos de diagnóstico e de terapêutica oficial nas regiões em estudo, concluindo que a oferta de equipamentos oficiais encontra-se marcante no mercado do sector de saúde.

Movimento de internados durante o ano nos hospitais, por distribuição geográfica, entidade e modalidade

Em 2005 existiam em **Portugal Continental** 1.116.227 pessoas internadas nos hospitais (977.486 de natureza oficial, 99.526 de natureza particular com fins lucrativos e 89.215 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Norte** em 2005 existiam 415.161 pessoas internadas nos hospitais (335.537 de natureza oficial, 22.842 de natureza particular com fins lucrativos e 56.782 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Centro** em 2005 existiam 264.685 pessoas internadas nos hospitais (244.931 de natureza oficial, 12.646 de natureza particular com fins lucrativos e 7.108 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Lisboa** em 2005 existiam 391.549 pessoas internadas nos hospitais (308.680 de natureza oficial, 60.062 de natureza particular com fins lucrativos e 22.807 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Alentejo** e na **ARS Algarve** não existem dados referentes a 2005, relativamente à distribuição do movimento de internados.

Como foi verificado nas camas de internamento, a oferta oficial neste tipo de serviço é em maior número comparativamente à entidade particular.

Partos ocorridos nos hospitais, por distribuição geográfica, segundo a entidade

Em 2005 ocorreram em **Portugal Continental** 101.346 partos (91.547 de natureza oficial, 6.437 de natureza particular com fins lucrativos e 3.362 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Norte** em 2005 ocorreram 36.482 partos (33.260 de natureza oficial, 1.029 de natureza particular com fins lucrativos e 2.193 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Centro** em 2005 ocorreram 20.349 partos (19.964 de natureza oficial, 341 de natureza particular com fins lucrativos e 44 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Lisboa** em 2005 ocorreram 34.464 partos (28.319 de natureza oficial, 5.020 de natureza particular com fins lucrativos e 1.125 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Alentejo** em 2005 ocorreram 5.225 partos, todos de natureza oficial.

Na **ARS Algarve** em 2005 ocorreram 4.826 partos (4.779 de natureza oficial e 47 de natureza particular com fins lucrativos).

Constata-se que ocorrem mais partos na entidade oficial comparativamente à particular, concluindo-se que a oferta oficial é maior neste tipo de serviço. No entanto é necessário ter em consideração o facto da ocorrência de cada vez menos partos em Portugal.

Intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais, por distribuição geográfica e entidade

Em 2005 ocorreram em **Portugal Continental** 684.623 intervenções de grande e media cirurgia (512.988 de natureza oficial, 97.364 de natureza particular com fins lucrativos e 74.271 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Norte** em 2005 ocorreram 261.856 intervenções de grande e média cirurgia (202.549 de natureza oficial, 14.194 de natureza particular com fins lucrativos e 45.113 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Centro** em 2005 ocorreram 143.810 intervenções de grande e média cirurgia (128.400 de natureza oficial, 11.034 de natureza particular com fins lucrativos e 4.376 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Lisboa** em 2005 ocorreram 232.003 intervenções de grande e média cirurgia (140.090 de natureza oficial, 69.028 de natureza particular com fins lucrativos e 22.885 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Alentejo** em 2005 ocorreram 29.023 intervenções de grande e média cirurgia (27.126 de natureza oficial e 1.897 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Algarve** em 2005 ocorreram 17.931 intervenções de grande e média cirurgia (14.823 de natureza oficial e 3.108 de natureza particular com fins lucrativos).

Intervenções de Pequena Cirurgia efectuadas nos hospitais, por distribuição geográfica, entidade e especialidade

Em 2005 ocorreram em **Portugal** 199.045 intervenções de pequena cirurgia (164.676 de natureza oficial, 21.328 de natureza particular com fins lucrativos e 13.041 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Norte** em 2005 ocorreram 82.844 intervenções de pequena cirurgia (66.119 de natureza oficial, 11.305 de natureza particular com fins lucrativos e 5.420 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Centro** em 2005 ocorreram 33.568 intervenções de pequena cirurgia (30.273 de natureza oficial, 2.705 de natureza particular com fins lucrativos e 580 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Lisboa** em 2005 ocorreram 66.261 intervenções de pequena cirurgia (52.115 de natureza oficial, 7.204 de natureza particular com fins lucrativos e 6.942 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Alentejo** em 2005 ocorreram 13.688 intervenções de pequena cirurgia (13.589 de natureza oficial e 99 de natureza particular sem fins lucrativos).

Na **ARS Algarve** em 2005 ocorreram 2.694 intervenções de pequena cirurgia (2.580 de natureza oficial e 114 de natureza particular com fins lucrativos).

Constata-se que nas pequenas, médias e grandes intervenções cirúrgicas a entidade oficial apresenta uma oferta maior que a particular. No entanto, verifica-se que a entidade particular nas regiões Norte e Lisboa, tende a fixar-se neste tipo de serviços no mercado de saúde, demonstrando valores consideráveis na sua oferta.

5.2. Análise de tendências

A secção 5.2 contém a apresentação da análise de tendências executada, que é exposta sob a forma de tabelas. Esta análise foi realizada para entidades oficiais e particulares, consoante o indicador assistencial, segundo Portugal Continental e as cinco ARS, Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve.

5.2.1. Portugal e Administrações Regionais de Saúde

De forma a permitir a realização da análise de tendências de uma maneira coerente para cada indicador assistencial disponível, implementou-se uma distinção a nível da análise do poder de mercado.

Estipularam-se para tal quatro cenários possíveis: aumentos ou diminuições num intervalo compreendido entre 3 a 6%; aumentos e diminuições superiores a 6%.

A análise de tendências será apresentada em forma de tabelas, em que cada uma estará em concordância com o indicador assistencial representado.

A ocasional falta de referencia de certas regiões em algumas tabelas são indicativas ou de estabilidade nos valores da sua quota de mercado ou da ocorrência de uma diminuição ou aumento desta numa taxa inferior a 3%.

Legenda:



Diminuição de 3 a 6% de quota de mercado



Diminuição superior a 6% de quota de mercado









Aumento de 3 a 6% de quota de mercado



Aumento superior a 6% de quota de mercado

Tabela 5. Quadro de tendências Hospitais por distribuição geográfica.

Hospitais por distribuição geográfica			
Regiões de saúde	Oficiais	Particulares	
		Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos
ARS Norte	 4,5%		 5,5%
ARS Centro		 3,0%	 5,3%
ARS Algarve	 7,1%	 7,1%	



A Tabela 5 apresenta o quadro de tendências para o número de hospitais por distribuição geográfica, consoante a entidade prestadora, para o período entre 2000 e 2005.

A região de Portugal Continental, ARS Lisboa e ARS Alentejo apresentaram variações na sua quota de mercado inferiores a 3%. Tal facto justifica a ausência das três da Tabela 5, como foi dito anteriormente.

Constata-se que o decréscimo mais acentuado pertence à entidade oficial da ARS Algarve, e que conseqüentemente apresenta um aumento de quota com a mesma variação para a entidade particular sem fins lucrativos. Conclui-se que a variação em ambas as entidades é muito significativa.

Relativamente à ARS Norte e Centro, verifica-se que a entidade sem fins lucrativos apresenta uma maior variação de quota quando comparada, respectivamente, à entidade oficial e à entidade com fins lucrativos, respectivamente. Conclui-se que a oferta de cuidados particulares sem fins lucrativos regista uma importância mais acentuada relativamente às restantes entidades, o que se traduz para a realidade através da abertura de novos hospitais.

Tabela 6. Quadro de tendências para o indicador camas de internamento.

Camas de internamento			
Regiões de Saúde	Oficiais	Particulares	
		Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos
ARS Norte	 4,5%		 3,3%

A Tabela 6 apresenta o quadro de tendências para o indicador camas de internamento, consoante a entidade prestadora, no período de 2000 a 2005.

Constata-se que tanto Portugal Continental como as restantes 4 Regiões que não estão representados, apresentam uma variação estável nas suas quotas de mercado ou uma variação inferior a 3%.

Para a ARS Norte, verifica-se que a variação da quota oficial é um pouco mais acentuada comparativamente à entidade particular sem fins lucrativos, significando a existência de uma maior concorrência nesta região.

Para a entidade oficial ocorreu um decréscimo enquanto na entidade particular ocorreu um aumento na sua variação de quota

Pode-se concluir, que no período de tempo considerado, o número de camas de internamento na entidade oficial sofreu uma diminuição na sua procura.

Tabela 7. Quadro de tendências, para o indicador hospitais, segundo a existência de equipamento de diagnóstico e terapêutica.

Hospitais, segundo a existência de equipamento de diagnóstico e terapêutica			
Regiões de saúde	Oficiais	Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos
Portugal Continental	<p>▲ 9,7% Hemodiálise</p> <p>▼ 5,8% Ecografia</p> <p>▼ 4,6% Raios X</p>	<p>▼ 11,7% Hemodiálise</p> <p>▲ 3,3% Angiografia</p> <p>▲ 3,3% Raios X</p>	<p>▲ 3,6% Ecografia</p> <p>▲ 4,1% Mamografia</p>
ARS Norte	<p>▼ 12,6% Angiografia</p> <p>▼ 5,7% Ecografia</p> <p>▼ 4,2% Raios X</p> <p>▼ 4,5% Ressonância Magnética</p>	<p>▼ 6,2% Endoscopia</p> <p>▲ 16,4% Angiografia</p> <p>▼ 3% Mamografia</p> <p>▲ 10,6% Ressonância Magnética</p>	<p>▲ 6,8% Endoscopia</p> <p>▼ 3,8% Angiografia</p> <p>▲ 6,1% Ecografia</p> <p>▼ 6,1% Ressonância Magnética</p>
ARS Centro	<p>▼ 5,3% Endoscopia</p> <p>▲ 25% Hemodiálise</p> <p>▲ 3,6% Angiografia</p> <p>▼ 8,4% Ecografia</p> <p>▼ 5,2% Raios X</p> <p>▼ 6,3% Mamografia</p> <p>▲ 16,7% Ressonância Magnética</p> <p>▼ 5,5% TAC</p>	<p>▼ 3,1% Endoscopia</p> <p>▼ 25% Hemodiálise</p> <p>▼ 14,3% Angiografia</p> <p>▼ 14,7% Mamografia</p> <p>▼ 16,7% Ressonância Magnética</p> <p>▲ 3,7% TAC</p>	<p>▲ 8,4% Endoscopia</p> <p>▲ 10,7% Angiografia</p> <p>▲ 7,3% Ecografia</p> <p>▲ 7,1% Raios X</p> <p>▲ 21,1% Mamografia</p>
ARS Lisboa	<p>▲ 11,9% Hemodiálise</p> <p>▼ 4,1% Ecografia</p> <p>▼ 4,9% Raios X</p> <p>▼ 4,9% Mamografia</p> <p>▼ 6% Ressonância Magnética</p>	<p>▲ 4,3% Endoscopia</p> <p>▼ 19,6% Hemodiálise</p> <p>▼ 3,9% Angiografia</p> <p>▲ 4,4% Ecografia</p> <p>▲ 7,5% Raios X</p> <p>▲ 4,4% Mamografia</p>	<p>▼ 6,2% Endoscopia</p> <p>▲ 7,7% Hemodiálise</p> <p>▲ 4,3% Ressonância Magnética</p>
ARS Algarve	<p>▼ 10% Endoscopia</p> <p>▼ 16,7 Ecografia</p> <p>▼ 20% Raios X</p> <p>▼ 33,3% Mamografia</p>	<p>▲ 10% Endoscopia</p> <p>▲ 16,7 Ecografia</p> <p>▲ 20% Raios X</p> <p>▲ 33,3% Mamografia</p>	

A Tabela 7 apresenta o quadro de tendências para o indicador hospitais segundo a existência de equipamento de diagnóstico e terapêutica, consoante a entidade prestadora, no período de tempo de 2000 a 2005.

A ARS Alentejo não se encontra evidenciada devido ao facto de apresentar uma variação de quota estável ou inferior a 3%, nos equipamentos de diagnóstico e terapêutica, nas entidades oficial e particular com e sem fins lucrativos.



Constata-se que a variação mais acentuada encontra-se na ARS Algarve, no equipamento de mamografia, na entidade oficial e particular com fins lucrativos, apresentando-se como decréscimo e aumento, respectivamente. Indica a aquisição de um novo equipamento por parte da entidade sem fins lucrativos comparativamente à oficial.

Relativamente à análise da Tabela 7, esta será efectuada somente a nível nacional de modo a tornar a tese apelativa e não monótona, podendo retirar conclusões coerentes com as cinco ARS.

O único aumento acentuado na variação de quota de mercado é apresentado no equipamento de hemodiálise para a entidade oficial, que sofre um decréscimo bastante saliente comparativamente à entidade particular com fins lucrativos. Conclui-se assim que a entidade particular com fins lucrativos diminuiu o nível da sua oferta no equipamento de hemodiálise.

Relativamente ao equipamento de Raios X, a entidade oficial sofreu um decréscimo na variação, enquanto a entidade particular com fins lucrativos sofreu um aumento. Verifica-se que a oferta do equipamento de Raios X diminuiu na entidade oficial, enquanto a entidade com fins lucrativos aumentou a sua prestação, através da aquisição de novos equipamentos.

Tabela 8. Quadro de tendências, para o indicador movimento de internados durante o ano nos hospitais.

Movimento de internados durante o ano nos hospitais			
Regiões de Saúde	Oficiais	Particulares	
		Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos
ARS Lisboa	 3,5%		 5,2%



A Tabela 8 apresenta o quadro de tendências para o indicador movimento de internados durante o ano nos hospitais, consoante a entidade prestadora, no período de 2002 a 2005.

Constata-se que a única variação significativa que ocorre é na ARS Lisboa. Existe um aumento em ambas as entidades oficiais e particulares sem fins lucrativos, sendo mais acentuada na última.

Conclui-se que a oferta do serviço de internamento foi mais concentrada na entidade particular do que na oficial.

Verifica-se que nas restantes ARS e em Portugal Continental, a variação de quota de mercado apresentou-se estável ou inferior a 3% no período de tempo considerado.


Tabela 9. Quadro de tendências, para o indicador partos ocorridos nos hospitais.

Partos ocorridos nos hospitais			
Regiões de Saúde	Oficiais	Particulares	
		Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos
ARS Lisboa	 4,3%		 3,2%

A Tabela 9 apresenta o quadro de tendências para o indicador partos ocorridos nos hospitais, consoante a entidade prestadora, no período de 2002 a 2005.

Constata-se que a única variação que ocorre é na ARS Lisboa, em que esta apresenta um decréscimo na entidade oficial e um aumento na particular com fins lucrativos. Conclui-se que o poder do mercado no serviço de partos diminuiu na entidade oficial.

Tabela 10. Quadro de tendências, para o indicador intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais.








Intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais			
Regiões de Saúde	Oficiais	Particulares	
		Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos
ARS Lisboa			 3,3%

A Tabela 10 apresenta o quadro de tendências para o indicador intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais, consoante a entidade prestadora, no período de 2002 a 2005.

Constata-se que a única variação que ocorre é na ARS Lisboa, em que esta apresenta um aumento na entidade particular com fins lucrativos. Conclui-se que o poder do mercado no

serviço de intervenções cirúrgicas aumentou na entidade particular, não havendo modificações nas restantes entidades.

Tabela 11. Quadro de tendências, para o indicador intervenções de pequena cirurgia efectuada nos hospitais.

Intervenções de pequena cirurgia efectuadas nos hospitais			
Regiões de Saúde	Oficiais	Particulares	
		Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos
ARS Norte	 7,6%	 6,4%	
ARS Lisboa	 3,3%	 8,8%	 5,5%
ARS Algarve	 8,4%	 8,4%	

A Tabela 11 apresenta o quadro de tendências para o indicador intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais, consoante a entidade prestadora, no período de 2002 a 2005.

Constata-se que a variação que ocorre na ARS Algarve é de intensidade igual nas entidades oficiais e particulares com fins lucrativos.

Na ARS Norte, o decréscimo de variação observado na entidade oficial foi mais acentuado comparativamente ao aumento na entidade particular com fins lucrativos. Conclui-se que a entidade particular com fins lucrativos mostrou ter um poder de mercado maior que a oficial.

Em Lisboa, a ocorrência de um decréscimo da variação na entidade particular sem fins lucrativos demonstra uma diminuição na oferta e procura de intervenções de pequena cirurgia.

Ao comparar o binómio oficial/particular sem fins lucrativos observa-se que como o aumento é mais acentuado na entidade particular, esta apresenta um poder no mercado superior.

5.3. Análise de quotas de mercado

A secção 5.3 é dedicada à análise de quotas de mercado a nível nacional, regional e do sector privado da região da Grande Lisboa.

5.3.1. Portugal e Administrações Regionais de Saúde

Nesta subsecção apresenta-se os resultados relativos às quotas de mercado de Portugal e das cinco ARS. É dividida segundo os indicadores assistenciais anteriormente definidos.

Camas de internamento e outras camas de hospitais

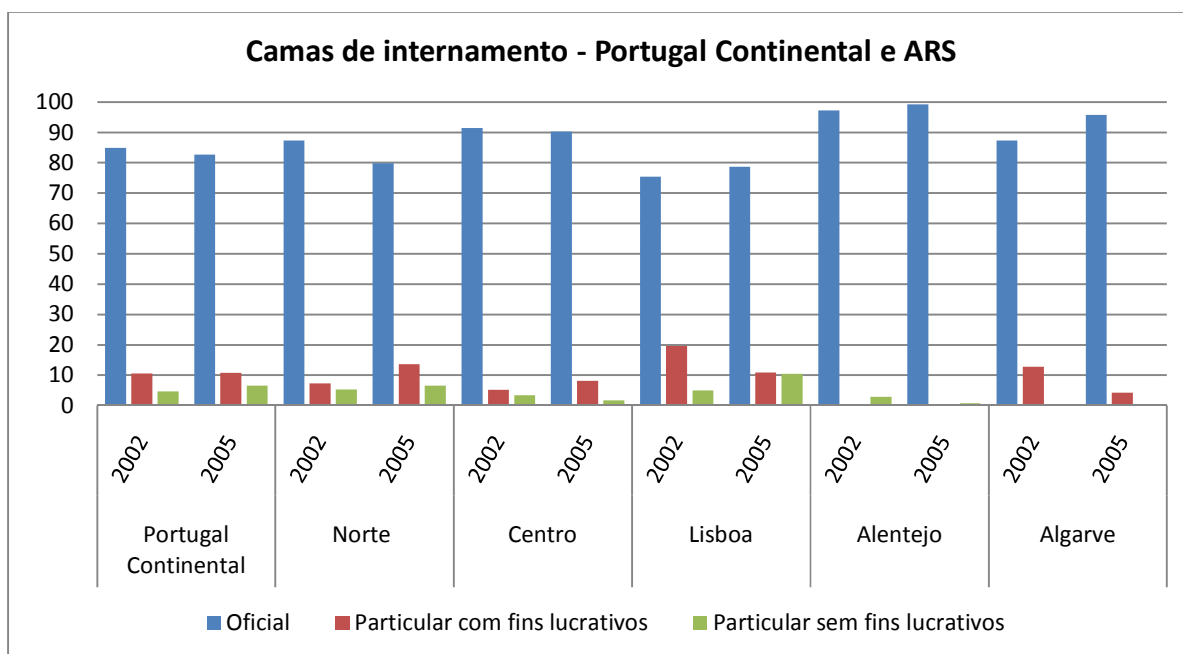


Figura 5. Quota de mercado para camas de internamento em Portugal Continental e ARS, para entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos.

A Figura 5 apresenta a distribuição da quota de mercado do indicador camas de internamento em Portugal Continental e ARS, divididos em dois sectores: oficial e particular, com e sem fins lucrativos.

Constata-se que nas entidades oficiais de Lisboa, Alentejo e Algarve ocorre um aumento da quota de mercado, significando que o poder do mercado oficial tornou-se mais relevante do que o particular.

Relativamente a Portugal Continental, este apresentou estabilidade nas quotas de mercado em ambas as entidades.

Na ARS Norte as camas de internamento sofreram um decréscimo na quota oficial, e um aumento na da entidade particular com fins lucrativos, verificando o aumento da procura dos utentes no sector particular.

Movimento de internados durante o ano, nos hospitais

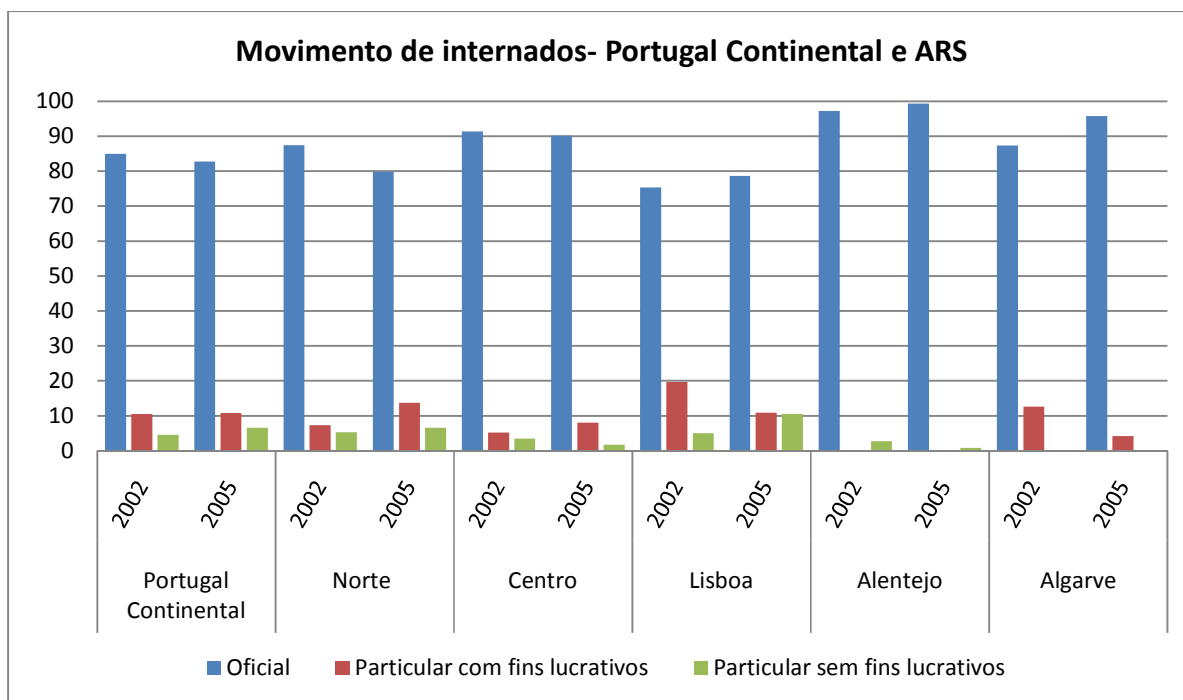


Figura 6. Quota de mercado para movimento de internados em Portugal Continental e ARS, para entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos.

A Figura 6 apresenta a distribuição da quota de mercado do indicador movimento de internados em Portugal Continental e ARS, divididos em dois sectores: oficial e particular, com e sem fins lucrativos.

Constata-se que o poder do mercado da entidade oficial respectivamente ao movimento de internados aumentou nas ARS de Lisboa, Alentejo e Algarve, comparativamente à ARS Norte, como se verificou no indicador de camas de internamento.

Pode-se concluir que a prestação de internamento da entidade oficial na região Norte sofreu um decréscimo no mercado da Saúde e conseqüentemente uma diminuição na procura.

Portugal Continental apresenta estabilidade de quota de mercado em todas as entidades de prestação de serviços de internamento.

Partos ocorridos nos hospitais durante o ano

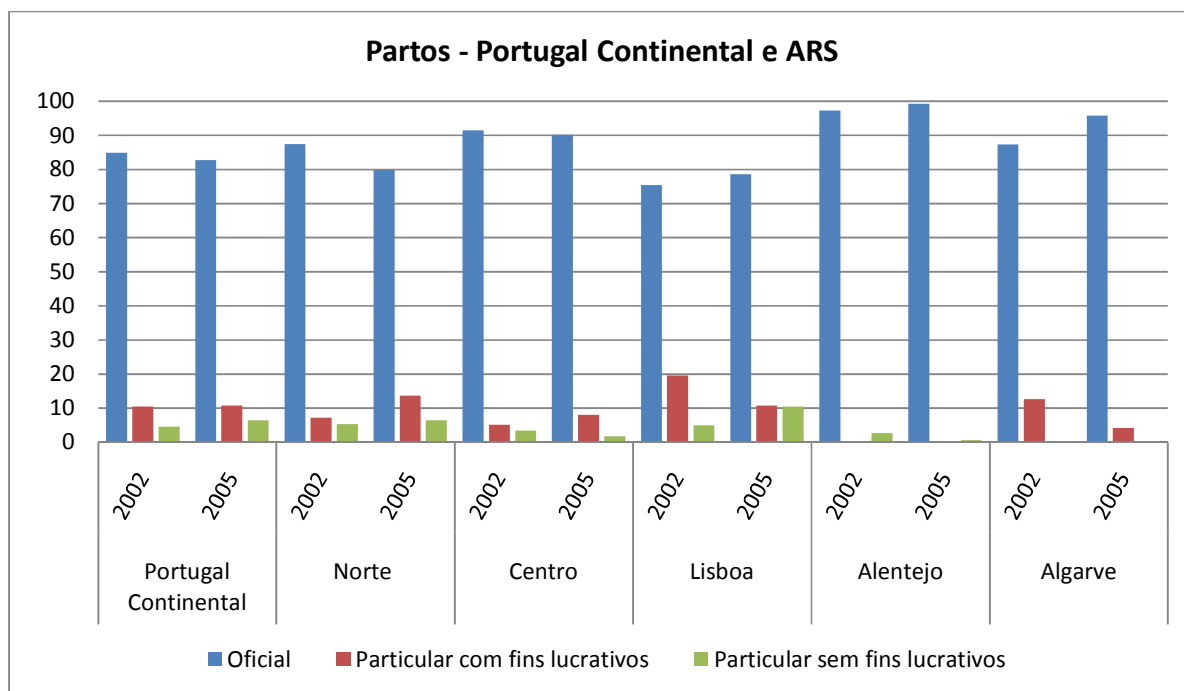


Figura 7. Quota de mercado para partos ocorridos nos hospitais em Portugal Continental e ARS, para entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos.

A Figura 7 apresenta a distribuição da quota de mercado do indicador partos em Portugal Continental e ARS, divididos em dois sectores: oficial e particular, com e sem fins lucrativos.

Constata-se que em Portugal Continental a quota de mercado deste indicador apresentou uma estabilidade em ambas as entidades, indicando um poder de mercado seguro para estas.

Pode-se verificar a ocorrência de situações opostas nas regiões Norte e Lisboa.

No Norte, o poder do mercado da entidade oficial diminuiu em relação à entidade particular com fins lucrativos, isto é, ocorre uma diminuição na prestação de partos aos utentes. Em relação a Lisboa, ocorre a situação oposta, com ocorrência de um aumento na prestação do serviço de partos na entidade oficial, embora menos acentuada.

Intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais

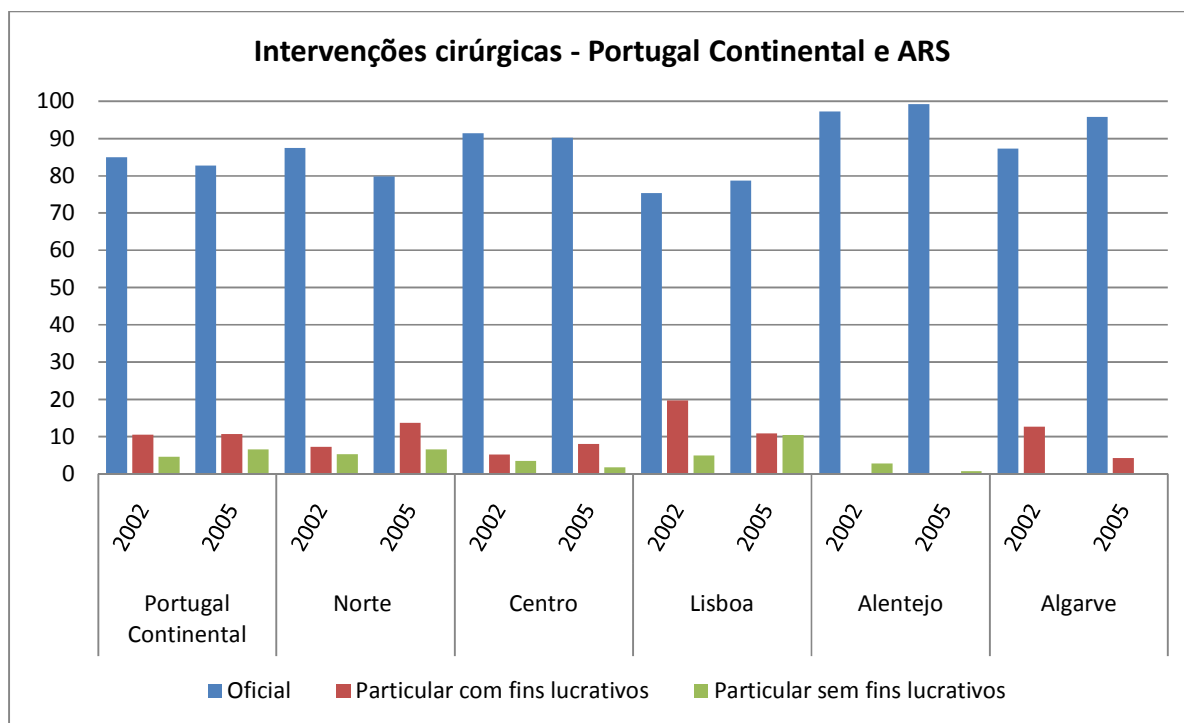


Figura 8. Quota de mercado para intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais em Portugal Continental e ARS, para entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos.

A

Figura 8 apresenta a distribuição da quota de mercado de intervenções cirúrgicas em Portugal Continental e ARS, divididos em dois sectores: oficial e particular, com e sem fins lucrativos.

Verifica-se que nas regiões Norte e Lisboa, ocorre a mesma situação contrária como observar no indicador de partos.

Nas entidades oficiais, um decréscimo na quota na Região Norte e um aumento na Região de Lisboa, e nas entidades particulares um aumento na quota na Região Norte e um decréscimo na Região de Lisboa.

Ao observar esta oposição conclui-se que o poder de mercado das entidades oficiais e particulares varia muito nestas duas regiões. Enquanto a entidade oficial na região Lisboa atinge um poder no mercado de saúde considerável, na Região Norte ocorre uma situação inversa, em que o oficial começa a perder a sua influência no mercado de realização de intervenções cirúrgicas.

Intervenções de pequena cirurgia efectuadas nos hospitais

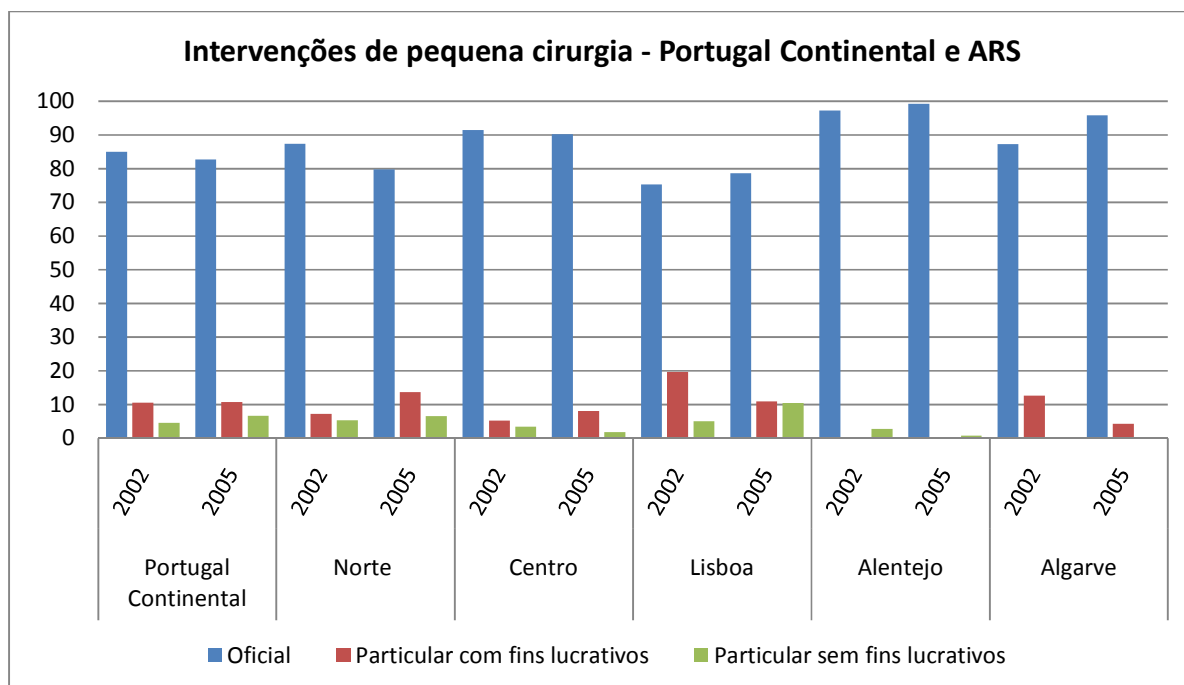


Figura 9. Quota de mercado para pequenas cirurgias efectuadas nos hospitais em Portugal Continental e ARS, para entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos.

A Figura 9 apresenta a distribuição da quota de mercado de intervenções de pequena cirurgia em Portugal Continental e ARS, divididos em dois sectores: oficial e particular, com e sem fins lucrativos.

Como seria de esperar, o mercado de pequenas intervenções cirúrgicas apresenta uma analogia de resultados relativamente às grandes e médias cirurgias.

5.3.2. Sector privado Grande Lisboa

Nesta secção são apresentados os resultados referentes à quota de mercado do sector privado da região da Grande Lisboa.

Esta análise compreende apenas o estudo do indicador número de camas de internamento devido a limitações na capacidade de recolha de dados, durante a realização da tese, como já foi anteriormente argumentado.

Com vista a assegurar a coerência desta análise, o estudo realizado nesta secção partiu da assunção do ano 2000 como um ano determinante no desenvolvimento do sector privado na prestação e oferta de cuidados de saúde.

Este ano foi considerado o elo deste estudo, visto ter ocorrido um aumento assinalável de abertura de hospitais privados em Portugal, e conseqüentemente isso ter gerado um aumento no número de cama do internamento. A análise do sector privado na Grande Lisboa centrar-se-á assim na avaliação da situação no sector. Assim iremos analisar o antes e o pós 2000.

Por último ir-se-á evidenciar e analisar a importância dos prestadores de cuidados de saúde como somente um único prestador, analisando só os que pertencem ao mesmo grupo.

Em termos de oferta, o mercado das clínicas privadas na Região da Grande Lisboa, concentra-se em torno dos cinco principais operadores – José de Mello Saúde, Hospitais Privados de Portugal (HPP), Grupo Português de Saúde (GPS), Grupo Espírito Santo e Clínica de Santo António (Clisa), que totalizam no seu conjunto uma quota de mercado de cerca de 80 por cento.

Foram analisados todos os hospitais e clínicas privadas na Área da Grande Lisboa com serviço de internamento, que são:

- **Grupo José de Mello Saúde** – Hospital Cuf Infante Santo, Hospital Cuf Descobertas e Clínica Cuf Cascais.
- **Grupo Português de Saúde** – British Hospital Lisbon XXI, e Clínica Unimed Cascais e Hospital São Luís.
- **HPP Saúde** – Hospital dos Lusíadas;
- **Bes Saúde** – Hospital da Luz;
- **Grupo Trofa Saúde** – Hospital particular de Lisboa;
- Clínica de Todos os Santos;
- Clínica de Santo António;
- Clínica de São João de Deus;
- Hospital Cruz Vermelha;
- Clínica de São Lucas;
- Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da Cidade;
- Hospital dos SAMS;
- Hospital de Jesus;
- Clínica Europa;
- Clínica S. Vicente Paulo.

Indica-se a quota de mercado para cada uma das entidades particulares existentes na área da grande Lisboa.

Esta secção encontra-se dividida através do vínculo de ligação que o ano 2000 representa para a entidade particular de prestação de cuidados de saúde, isto é, analisaremos o antes e pós ano 2000.

Para cada uma destas secções avalia-se a quota de mercado para cada hospital e clínica da Grande Lisboa.

Dentro de cada subsecção relativa do antes e do pós 2000, analisou-se a presença dos vários operadores privados considerando-os inicialmente como distintos prestadores de cuidados de saúde e posteriormente como um único prestador considerando apenas os que pertencem ao mesmo grupo, apresentando ambos os resultados em tabelas. Teve-se em consideração a existência de *holdings*, explicadas anteriormente, para se poder obter uma medida do poder do mercado contabilizando a quota de cada agente decisor e não apenas a quota de cada empresa.

Antes 2000

Como foi dito anteriormente, o ano 2000 é considerado nesta tese um vínculo importante de análise. Apresentam-se nesta subsecção os resultados da quota de mercado para cada entidade hospitalar antes do ano 2000, sem se ter inicialmente em consideração o operador privado de cuidados de saúde como um prestador global.

A Tabela 12 apresenta os hospitais e clínicas existentes na Região de Grande Lisboa, apresentando a quota de mercado e o número de camas para cada entidade hospitalar.

Tabela 12. Tabela dos Hospitais e Clínicas da Região da Grande Lisboa, antes de 2000, segundo o número de camas e quota de mercado.

Hospitais e Clínicas da Região da Grande Lisboa	Nº Camas	Quota [%]
Grupo José de Mello Saúde		
Hospital Cuf Infante Santo	184	19,93
GPSaúde		
Hospital São Luís	36	3,9

Grupo Trofa Saúde		
Hospital Particular de Lisboa	78	8,45
Clínica de Todos os Santos	29	3,14
Hospital da Cruz Vermelha	150	16,25
Clínica de São Lucas	39	4,23
Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da Cidade	61	6,61
Hospital dos SAMS	121	13,11
Hospital de Jesus	48	5,2
Clínica Europa	10	1,08
Clínica S. Vicente Paulo	12	1,3
Total de Camas	923	100

Como se pode observar na Tabela 12, existiam na Região de Grande Lisboa até 2000, 923 camas.

Os operadores que actuavam no mercado de prestação de cuidados de internamento até essa altura eram: Grupo José de Mello (Hospital Cuf Infante Santo); GPSaúde (Hospital São Luís) e Grupo Trofa Saúde (Hospital Particular de Saúde).

Após o cálculo da quota de mercado para cada entidade hospitalar, apresentado na Tabela 12 pode-se verificar que o Hospital Cuf Infante Santo apresenta o valor de quota de mercado mais elevado, 19,93%, apresentando conseqüente o maior número de camas.

Verifica-se que o Grupo José de Mello Saúde é o operador privado que controla com maior estabilidade o mercado de prestação de cuidados de saúde.

Agora tendo a consideração de cada operador de cuidados de saúde como um prestador global, verifica-se que não existem diferenças respectivamente aos valores de quota, pois os três operadores apresentados antes de 2000 na Tabela 12, Grupo José de Mello Saúde, GPSaúde e Grupo Trofa Saúde, representam unicamente um hospital.

Após 2000

Apresentam-se nesta subsecção os resultados da quota de mercado para cada entidade hospitalar após o ano 2000, utilizando o número de camas de internamento que existem actualmente em cada hospital e clínica. Mais uma vez sem ter inicialmente em consideração o operador de cuidados de saúde, como um prestador global.

A Tabela 13 apresenta os hospitais e clínica existentes na Região de Grande Lisboa, apresentando a quota de mercado e o número de camas para cada entidade hospitalar.

Tabela 13 Tabela dos Hospitais e Clínicas da Região da Grande Lisboa, segundo o número de camas e quota de mercado, após o ano 2000.

Hospitais/Clínicas da Região da Grande Lisboa	Nº Camas	Quota [%]
Grupo José de Mello Saúde		
Cuf Infante Santo	184	12,26
Cuf Descobertas	182	12,13
Cuf Cascais	20	1,33
GPSaúde		
British Hospital Lisbon XXI	46	3,06
Clínica Unimed Cascais	20	1,33
Hospital São Luís	36	2,40
HPP		
Hospital dos Lusíadas	160	10,66
Bes Saúde		
Hospital da Luz	150	9,99
Grupo Trofa Saúde		
Hospital Particular de Lisboa	78	5,20
Clínica de Todos os Santos	29	1,93
Clínica de Santo António	119	7,93
Clínica de São João de Deus	36	2,40
Hospital da Cruz Vermelha	150	9,99
Clínica de São Lucas	39	2,60
Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da Cidade	61	4,06
Hospital dos SAMS	121	8,06
Hospital de Jesus	48	3,20
Clínica Europa	10	0,67
Clínica S. Vicente Paulo	12	0,80
Total Camas	1501	100

Com base na Tabela 13, pode-se verificar que o Hospital Cuf Infante Santo continua a apresentar o valor de quota de mercado mais elevado

Relativamente à análise para cada operador de prestação de cuidados de saúde, como prestador global, os resultados são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 Tabela dos Hospitais e Clínicas da Região da Grande Lisboa, considerando cada operador como prestador global de cuidados de saúde, segundo o número de camas e quota de mercado, após o ano 2000.

Hospitais/Clínicas da Região da Grande Lisboa	Nº Camas	Quota [%]
Grupo José de Mello Saúde	386	25,72
GPSaúde	102	6,80
HPP	160	10,66
Bes Saúde	150	9,99
Grupo Trofa Saúde	78	5,20
Clínica de Todos os Santos	29	1,93
Clínica de Santo António	119	7,93
Clínica de São João de Deus	36	2,40
Hospital da Cruz Vermelha	150	9,99
Clínica de São Lucas	39	2,60
Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da Cidade	61	4,06
Hospital dos SAMS	121	8,06
Hospital de Jesus	48	3,20
Clínica Europa	10	0,67
Clínica S. Vicente Paulo	12	0,80

Após o cálculo da quota de mercado para cada entidade hospitalar, apresentado na Tabela 14, é possível verificar que o prestador José de Mello Saúde apresenta o valor de quota de mercado mais elevado, 25,72%, seguido do grupo HPP (10,66%), Bes Saúde (9,99%), GPSaúde (6,80%) e Trofa Saúde (5,20%).

5.4. Análise do Índice de Herfindahl

Após a apresentação de resultados referentes à quota de mercado nas entidades oficiais e particulares, esta secção dedica-se à análise do sector da saúde através do índice de Herfindahl.

Este índice foi calculado através da quota de mercado, e demonstra o poder de mercado de cada entidade neste sector.

A subsecção 5.4.1 apresenta os resultados para Portugal e as ARS, consoante o indicador assistencial.

Na subsecção 5.4.2. apresenta a análise do índice de Herfindahl calculado para o sector privado da área da Grande Lisboa, especificamente para o antes e pós 2000.

5.4.1. Portugal e as Administrações Regionais de Saúde

Nesta secção pretende-se analisar a região de Portugal Continental juntamente com as cinco regiões de saúde para o ano 2005, consoante os valores de índice de Herfindahl. Como já foi referido anteriormente, estes valores foram calculados com o auxílio dos dados recolhidos.

A apresentação de resultados será efectuada graficamente e dividida de acordo com os indicadores assistenciais, que serão apresentadas abaixo.

Camas de internamento e outras camas dos hospitais

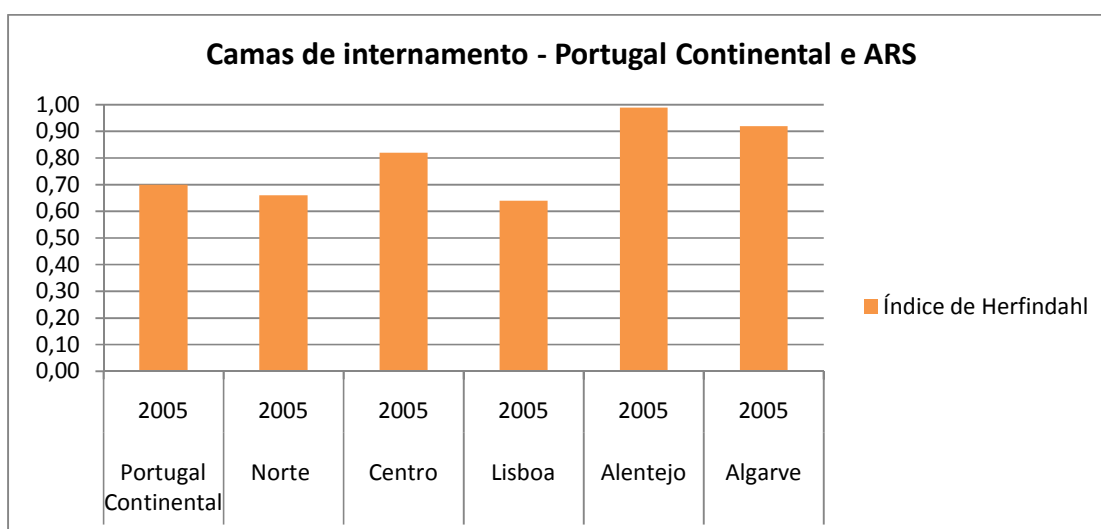


Figura 10. Índice de Herfindahl para camas de internamento em Portugal Continental e ARS.

A Figura 10 apresenta a distribuição do índice de Herfindahl do indicador camas de internamento em Portugal Continental e ARS.

O índice de Herfindahl como foi dito anteriormente pode ser aferido como um “bom” índice de concentração por ser consistente após análise.

Constata-se que nas Regiões Centro, Alentejo e Algarve em que H apresenta um valor bastante superior a 0,6 opera maioritariamente um único prestador de cuidados de saúde, não ocorrendo concorrência com as demais entidades.

Relativamente às restantes regiões apresentam um valor um pouco acima de 0,6.

Conclui-se que ainda existe muita concentração em todas as regiões, isto é, muito peso da entidade oficial.

Movimento de internados durante o ano, nos hospitais

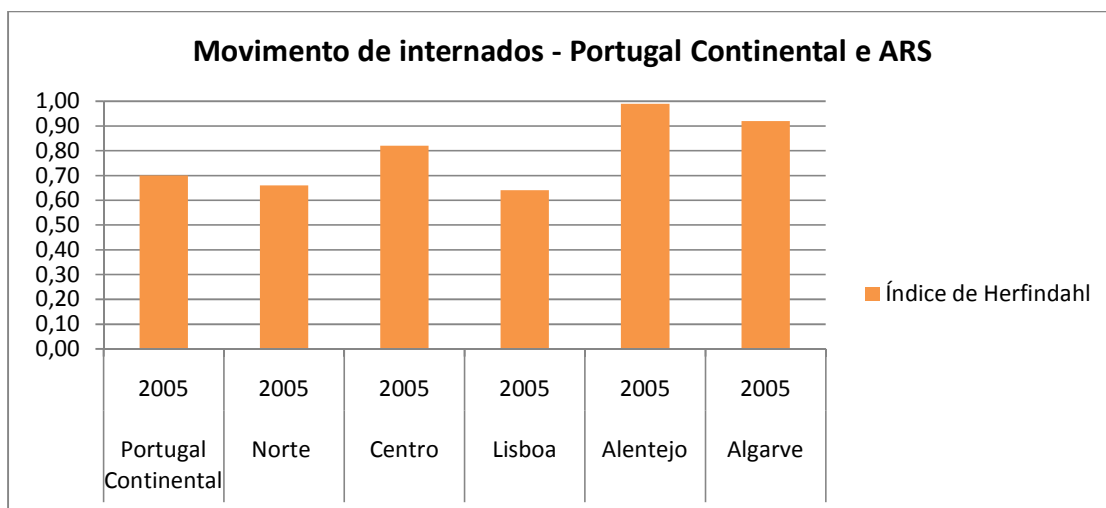


Figura 11. Índice de Herfindahl para movimento de internados em Portugal Continental e ARS.

A Figura 11 apresenta a distribuição do índice de Herfindahl do indicador movimento de internados em Portugal Continental e ARS.

Constata-se o mesmo que foi observado para o indicador camas de internamento, um elevado valor de H para as Regiões Centro, Alentejo e Algarve, indicando a existência maioritária de um único prestador de cuidados de saúde.

Conclui-se que ainda existe muita concentração em todas as regiões, isto é, muito peso da entidade oficial, sendo mais marcante nas Regiões Centro, Alentejo e Algarve.

Partos ocorridos nos hospitais durante o ano

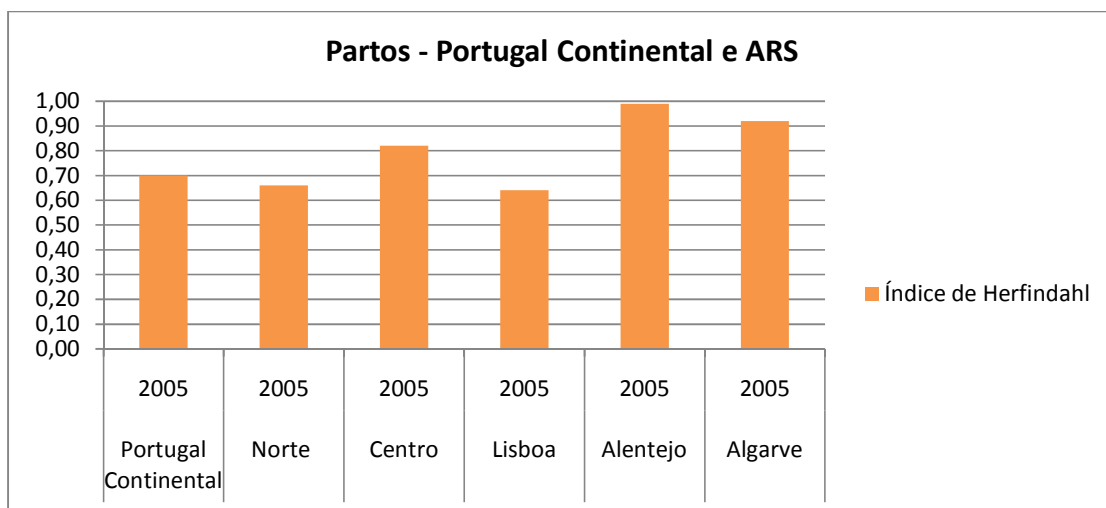


Figura 12. Índice de Herfindahl dos partos ocorridos nos hospitais durante o ano em Portugal continental e ARS.

A Figura 12 apresenta a distribuição do índice de Herfindahl do indicador partos ocorridos em hospitais em Portugal Continental e ARS.

Constata-se que nas Regiões Centro, Alentejo e Algarve com valores elevados de H, a concorrência torna-se diminuída devido à existência de única entidade prestadora de cuidados de saúde.

Conclui-se que ainda existe muita concentração em todas as regiões, isto é, muito peso da entidade oficial no mercado dos partos.

Intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais

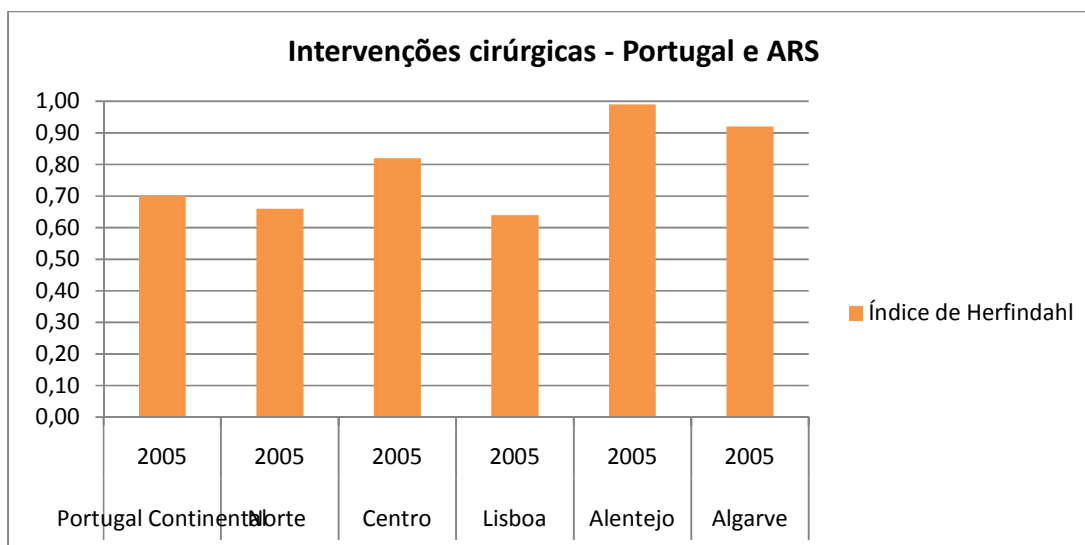


Figura 13. Índice de Herfindahl das intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais em Portugal continental e ARS.

A Figura 13 apresenta a distribuição do índice de Herfindahl do indicador intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais em Portugal Continental e ARS.

Verifica-se nas Regiões Centro, Alentejo e Algarve a ocorrência de um mercado em que apenas actua uma entidade prestadora de serviços cirúrgicos

Conclui-se que ainda existe muita concentração em todas as regiões, isto é, muito peso da entidade oficial, sendo mais marcante nas Regiões Centro, Alentejo e Algarve.

Intervenções de pequena cirurgia efectuadas nos hospitais

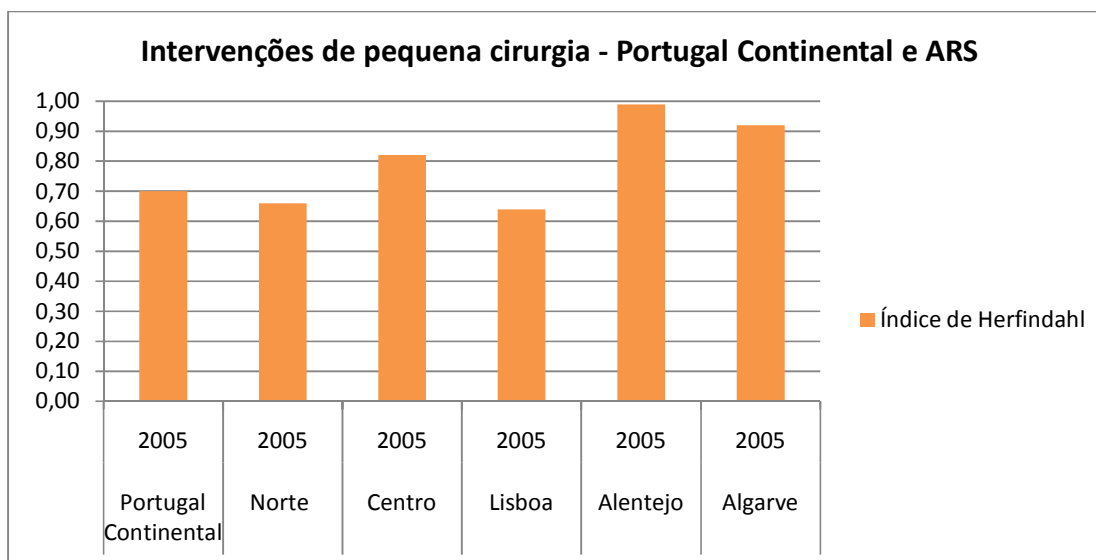


Figura 14. Índice de Herfindahl de intervenções de pequena cirurgia efectuadas nos hospitais de Portugal continental e ARS.

A Figura 14 apresenta a distribuição do índice de Herfindahl do indicador de pequenas intervenções cirúrgicas efectuadas nos hospitais em Portugal Continental e ARS.

Constata-se que nas pequenas cirurgias acontece o mesmo que nas intervenções de média e grande cirurgia.

Na região Norte e Lisboa o mercado é oligopolista apresentando uma estrutura de mercado de serviços cirúrgicos, em que o nível de concorrência é intermédio.

As regiões Centro, Alentejo e Algarve apresentam um índice de Herfindahl próximo de 1, apresentando uma estrutura de mercado em que apenas uma entidade prestadora actua.

Verifica-se que em todos os indicadores assistenciais não existem valores de H inferiores a 0,6, indicando a existência de uma concentração muito elevada, sendo a dimensão da prestação oficial claramente superior à particular.

5.4.2. Sector Privado Grande Lisboa

Nesta secção apresenta-se o índice de Herfindahl para as entidades particulares existentes na área da grande Lisboa. Esta secção encontra-se dividida através do vínculo de ligação que o ano 2000 representa para a entidade particular de prestação de cuidados de saúde.

Analisaremos o antes e o pós 2000. Para cada uma destas secções avalia-se o índice de Herfindahl para cada hospital e clínica da Grande Lisboa.

Antes 2000

Nesta subsecção apresentam-se os valores de índice de Herfindahl calculados a partir da equação 2, anteriormente ao ano 2000.

Como já foi dito na subsecção referente à quota de mercado, não existem diferenças relativamente ao valor do índice calculado tendo em consideração a análise entre os prestadores a actuarem isoladamente e como um prestador global.

O índice calculado para os dois casos apresenta o valor de 0,1202.

Constata-se que o sector privado na Região de Lisboa comparativamente ao público apresenta-se como um mercado concorrencial. Este tipo de mercado é definido pela existência de muitas empresas e uma intensa concorrência de preços. Caso não existirem barreiras à entrada, a existência de lucros económicos positivos neste tipo de mercado leva à entrada de novas empresas.

Após 2000

È apresentado nesta subsecção o índice de Herfindahl para cada entidade hospitalar, calculado inicialmente sem ter em consideração o operador de cuidados de saúde, como um prestador global e posteriormente considerando cada operador como um prestador global de cuidados de saúde, a partir do ano 2000. Considera-se que existe um universo total de 1501 camas na região de Lisboa.

Com o auxílio da equação 2, foi possível calcular o índice, dando um valor de 0,083.

Constata-se pelo valor de H a ocorrência de concorrência monopolista em que existe no mercado um número elevado de concorrentes, e o produto é diferenciado

Ao considerar os operadores de prestação de cuidados de saúde, como um prestador global, e após o cálculo do índice, pode observar-se um aumento assinalável para 0,1220, ou seja, um valor próximo do de antes de 2000, como seria esperado.

Constata-se que o sector privado na Região de Lisboa comparativamente ao público após 2000 e actuando como prestador global apresenta-se como concorrencial, não se modificando com o passar dos anos, embora os principais grupos tenham expandido a sua actividade.

No final desta secção pode-se concluir que o sector público apresenta uma maior distribuição de ofertas de cuidados de Saúde comparativamente ao sector particular, e que analisando ambas as quotas de mercado, o publico apresenta as maiores, verificando que a concorrência entre os sectores é diminuta.

Relativamente ao índice de Herfindahl, demonstra uma fraca concorrência e previsivelmente uma maior cooperação entre os dois sectores.

No sector privado da área de Lisboa, verifica-se uma distribuição acentuada pelos principais operadores de cuidados de saúde, possuindo assim as maiores quotas de mercado. O índice de Herfindahl indica a ocorrência de um sector privado concorrencial entre si, com a existência de um número elevado de concorrentes.

Na próxima secção discute-se os principais resultados e as limitações inerentes a este trabalho.

6. Discussão

No capítulo anterior foram avaliados vários panoramas para analisar a concorrência na prestação de cuidados de saúde entre entidades oficiais e particulares, com e sem fins lucrativos.

No entanto, convém realçar que a análise dos resultados obtidos deve ter em consideração as fontes de dados utilizadas e as suas limitações subjacentes.

Nesta secção pretende-se discutir as principais limitações inerentes aos dados utilizados na concretização da análise da concorrência, e os principais resultados obtidos para as três principais áreas que foram evidenciadas na secção de resultados: Portugal, as cinco ARS e a região de Grande Lisboa.

Limitações dos dados utilizados

Em seguida, apresentam-se alguns pontos fracos referentes à concretização da análise da concorrência e dos dados utilizados, que deverão ser melhorados no futuro.

- É de notar que os dados sobre os indicadores assistenciais utilizados neste trabalho foram retirados do INE. Como já se referiu, esta fonte de dados apresenta algumas limitações, devido ao facto de os dados mais recentes serem do ano de 2005, e de no ano de 2001 existir uma falha relacionada com a inexistência de separação entre entidades particulares com e sem fins lucrativos.
- Relativamente aos dados referentes aos operadores privados na região da Grande Lisboa, apenas foi possível obter o indicador assistencial - número de camas, o que torna a análise necessariamente limitada, sendo este indicador de uma natureza frágil, não indicando de todo o papel do sector privado da área de Lisboa no mercado de saúde.

Em seguida discutem-se os principais resultados.

Principais resultados

Os resultados foram divididos em três partes distintas de forma a permitir a sua análise clara e objectiva. Os principais resultados também serão apresentados tomando em consideração essa divisão.

Na subsecção 5.1. é apresentada a distribuição de oferta segundo o indicador assistencial. Verifica-se que a distribuição de oferta de serviços é maioritariamente oficial, transmitindo o poder dessa entidade no mercado de saúde português comparativamente à entidade privada. Verifica-se que em todos os indicadores assistenciais as regiões Norte e Lisboa apresentam uma maior oferta de serviços de saúde oficiais, e por consequente a procura dos utentes por essa entidade tenderá a aumentar.

Relativamente à entidade particular verifica-se que a sua iniciativa em implementar-se no mercado português é demonstrada na oferta dos seus serviços. No entanto, esta implementação ainda se encontra longe de ser conseguida, devido ao realce da oferta oficial.

Na subsecção 5.2. apresentou-se a análise de tendências de cada indicador assistencial, implementando uma distinção a nível da análise do poder de mercado. Esta análise foi realizada para entidades oficiais e particulares segundo Portugal Continental e as cinco ARS. Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve. Constatou-se que os resultados mais assinaláveis encontram-se nos indicadores de camas de internamento, partos e intervenções de pequena cirurgia.

Relativamente ao indicador camas de internamento, verificou-se na ARS Norte um decréscimo de variação de quota oficial, enquanto na entidade particular ocorreu um aumento, demonstrando a existência de concorrência entre os dois sectores. Pode-se concluir que o número de camas de internamento oficiais sofreu uma diminuição na sua procura.

A variação de quota mais significativa do indicador partos apresenta-se na região de Lisboa. A ocorrência de um decréscimo na entidade oficial (4,3%) e um aumento na particular com fins lucrativos (3,2%) faz com que se possa concluir a diminuição do poder oficial no mercado no serviço de partos.

O mercado das intervenções de pequena cirurgia apresenta as variações mais significativas, ocorridas na região Norte e Lisboa.

Em Lisboa a ocorrência de um decréscimo da variação na entidade particular sem fins lucrativos demonstra uma diminuição na oferta e procura deste serviço pelos utentes, escolhendo o sector oficial.

Na ARS Norte, verificou-se um decréscimo na variação de quota oficial mais acentuado comparativamente ao aumento na entidade particular com fins lucrativos. Conclui-se que nesta região o poder particular é mais assinalável que o oficial.

Na subsecção 5.3 analisou-se as quotas de mercado para Portugal Continental, as cinco ARS e o sector privado da Grande Lisboa. De notar que a análise do sector privado compreende apenas o estudo do indicador numero de camas de internamento devido a limitações na capacidade de recolha de dados.

Para analisar o sector privado de Lisboa foi realizado uma busca de dados a todas as clínicas e hospitais, de modo a recolher o total de camas de cada entidade hospitalar. Após essa recolha foi efectuada uma maneira de tornar a análise coerente e poder retirar dos dados conclusões significativas. Como já foi explicado anteriormente, realizou-se dois estudos sobre o sector privado em Lisboa, antes e pós 2000. Este ano foi considerado o elo da análise, visto ter ocorrido após 2000, um aumento assinalável de abertura de hospitais privados em Portugal, e conseqüentemente isso ter gerado um aumento no número de camas de internamento. A análise do sector privado na Grande Lisboa centrou-se assim na avaliação da situação no sector. Dentro da análise do antes e pós 2000 analisou-se a importância do prestador de cuidados de saúde em si, isto é, analisou-se a prestação de cada clínica actuando só no mercado e como uma única prestadora, tendo em consideração as entidades hospitalares pertencentes ao mesmo grupo.

Verificou-se que antes de 2000 os operadores que actuavam no mercado de prestação de cuidados de internamento até essa altura eram: Grupo José de Mello Saúde (Hospital Cuf Infante Santo); GPSaúde (Hospital São Luís) e Grupo Trofa Saúde (Hospital Particular de Saúde).

O Grupo José de Mello Saúde apresenta o valor de quota mais elevado (19,93%), apresentando conseqüente a maior oferta de camas no mercado de saúde privado de Lisboa.

Analisando os principais operadores actuando como um só no mercado verificou-se que não existem diferenças na distribuição da quota de mercado, continuando Grupo José de Mello Saúde a apresentar o valor mais elevado.

Relativamente à análise pós 2000, verificou-se a entrada de novos operadores no mercado de internamento como o HPP e o Bes saúde como se pode verificar na Tabela 13, alterando a distribuição das quotas de mercado no sector. Constata-se que o grupo José de Mello Saúde, é o que detém uma maior quota de mercado antes e pós 2000 como prestador único, indicando a forte prestação de cuidados de saúde, relativamente às restantes operadoras. Ao analisar-se a Tabela 14 com os principais operadores privados como um só, isto é, tendo em conta a soma de quotas de cada entidade hospitalar pertencentes ao mesmo grupo. Constata-se que o Grupo José de Mello Saúde apresenta o maior valor de quota de mercado (25,72%) que indica o poder que este grupo detém no mercado de internamento, comparativamente às restantes operadoras.

Na secção 5.4. apresentou-se os resultados da análise do índice de Herfindahl para Portugal Continental, as cinco ARS e o sector privado da Grande Lisboa.

Relativamente à análise para Portugal e as ARS, constata-se que em todos os indicadores assistenciais, o valor do índice nunca é inferior a 0,6, o que demonstra a existência de muita concentração em todas as regiões. A concentração é mais marcante nas regiões Centro, Alentejo e Algarve em que é apresentado valores próximos de 0,9.

Constata-se que ainda existe um peso do sector oficial muito grande no mercado da saúde, sendo difícil a vinculação neste do sector privado.

Na secção 5.4.2. analisou-se o índice de Herfindahl no sector privado de Lisboa. Realizou-se a mesma abordagem relativa à análise de quotas.

Constatou-se que antes de 2000 e para os dois casos analisados, o valor de H é de 0,1202. Ao apresentar este valor, constata-se que o sector privado antes de 2000 apresenta-se como um mercado concorrencial, definido pela existência de muitas empresas, como se verifica, e uma intensa concorrência de preços.

Relativamente à actualidade, pós 2000, o valor de H para as duas abordagens é diferente, sendo mais pequeno ao considerar em separado cada entidade hospitalar de um mesmo grupo.

Ao considerar cada entidade hospitalar separadamente, H apresenta o valor 0,083, indicando a existência de um mercado em que o número de concorrentes é elevado.

Considerando cada entidade hospitalar pertencente a um prestador global, verifica-se que o valor de H encontra-se próximo do de antes 2000, evidenciando o sector privado como concorrencial, tornando-se mais competitivo mesmo ocorrendo a expansão de actividade dos principais operadores, aumento de inovação e desenvolvimento nos serviços.

7. Conclusões e desenvolvimentos futuros

A concorrência no sector de prestação de cuidados de saúde tem sido um tema que detém uma importância elevada, visto a quantidade de prestadores privados ter aumentado ao longo dos anos, e por consequente a concorrência entre o privado e o oficial ter sofrido alterações significativas.

O desenvolvimento desta tese propõe uma análise ainda exploratória deste vasto tema, visto não se encontrarem estudos desenvolvidos, o que no entanto consegue retirar algumas conclusões chave e importantes.

Actualmente o sector público ainda detém uma porção significativa da quota de mercado, no entanto, devido aparecimento de melhores ofertas pelos serviços privados, ocorrerá uma redistribuição desta.

O intervalo de tempo analisado nesta tese (2000 a 2005) traduz o facto de que o decréscimo no sector público existe, sendo no entanto ainda ligeiro, demonstrando o enfraquecimento do poder do mercado pelo sector público.

Espera-se que esta tese fomente nas entidades responsáveis a preocupação e determinação para promover a realização de novos estudos relacionados com a concorrência na prestação de cuidados de saúde.

O trabalho realizado nesta tese poderá ter desenvolvimentos adicionais em múltiplas vertentes. Termina-se este ensaio apresentando um conjunto de sugestões para trabalho no futuro:

- Utilizaram-se neste estudo vários indicadores assistenciais para o período 2000 a 2005. Sugere-se assim uma abordagem similar ao tema com recurso a dados provenientes de um período mais recente.
- Como foi referido ao longo desta tese os dados referentes ao sector privado são bastante vagos e pouco claros. Poder-se-ia efectuar um estudo mais abrangente, capaz de permitir a condução de uma análise mais coerente e fidedigna da realidade neste sector e do seu papel efectivo no universo da prestação de cuidados de saúde em Portugal.

Para além de todas estas propostas para desenvolver num trabalho futuro, há que procurar dados com mais qualidade sobre os sectores públicos e privados, para que no futuro se obtenham resultados mais fidedignos da aplicação deste método de análise da concorrência.

Em suma, os métodos apresentados de apoio ao estudo da concorrência poderão ser melhorados de forma a incluir toda a informação indispensável aos principais operadores. Espera-se, desde já, que a metodologia desenvolvida nesta tese possa auxiliar as entidades reguladoras a definir estratégias para elaboração de estudos sobre a concorrência no mercado da saúde.

Para finalizar, propõe-se ainda que no futuro se desenvolvam métodos de estudo à concorrência semelhantes aos implementados nesta tese, mas com aplicação a uma maior diversidade de indicadores assistenciais, com o intuito de se obter um melhor conhecimento da concorrência na saúde.

Referências Bibliográficas

Arrow, K., 1963, "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, 53: 941-973.

Barros, P. P., 2000, *A economia dos Serviços de Saúde: Sector Público e Sector Privado na Prestação*.

Barros, P. P., 2009, *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*, 2ª Edição, Almedina.

Barros, P. P. e J. Simões, 2007, Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 9 No. 5 2007.

Bonet M., 2000, "Health Care: Private and/or public provision", *European Journal of Political Economy*, 16: 469-489.

Busse, R., 2001, "Expenditure on health care in the EU: making projections for the future based on the past", *European Observatory on Health Care Systems*, Madrid, Spain, 2: 158-161.

Cabiedes, L. A, Guillén, 2001, "Adpting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe", *Social Science & medicine* 52 (2001) 1205-1217.

Cabral L., 1994, *Economia Industrial*, McGraw-Hill Portugal.

Autoridade da Concorrência
<http://www.concorrenca.pt>

Dinis, A., 2008, "Saúde privada, integração sofisticada", IP Espaços, edifícios e empresas.

Erreygers, G., 2006, "Beyond the health concentration index: An Atkinson alternative for the measurement of the socioeconomic inequality of health" University of Antwerp, Faculty of Applied Economics / Working Papers.

Erreygers, G., 2009, "Correcting the concentration index", *Journal of health economics*, 28 504-515.

ERS - Entidade Reguladora da Saúde
<http://www.ers.pt>

Figueras, J. et al., 2004, "Snapshots of health systems", European Observatory on Health Systems and Policies.

Folland, S. and M. Stano, 2004, *Economics of Health and Health Care*, 4ª Edição, Pearson Prentice-Hall.

Gaynor, M. and W. B. Vogt, 2000, "Antitrust and competition in health care markets", capítulo 27 em A.J. Culyer e J.P. Newhouse, editores, *Handbook of Health Economics*, North-Holland.

Getzen, T., 2005, *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, 2ª Edição, Wiley.

INE – Instituto Nacional de Estatística, 2005, *Conta Satélite da Saúde*.

INE – Instituto Nacional de Estatística, 2000 - 2007, *Anuário Estatístico de Portugal*.

INE – Instituto Nacional de Estatística, 2000 - 2005, *Estatísticas da Saúde*.

INE – Instituto Nacional de Estatística, 2006, Inquérito Nacional de Saúde.

Jones, A., 2006, *The Elgar Companion to Health Economics*, 1ª Edição, Edward Elgar Publishing.

Koolman, X e Eddy van Doorslaer, 2003, "On the interpretation of a concentration index of inequality", *Health economics* 13(7): 649-56.

Korn, D. e H. Shaffer, 1999, "Gambling and the health of the public: adopting a public health perspective", *Journal of Gambling Studies* Vol. 15, No. 4.

Mata J., 2002, *Economia da Empresa*, 2ª Edição, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Matias, A., 1995, "O mercado de cuidados de saúde", Documento de Trabalho 5/95, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

Multicare

http://www.multicare.pt/PresentationLayer/Multicare_searchrede_00.aspx?localid=56&modo=76

Newhouse, J., 1992, "Medical care costs: How much welfare loss?", *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 6, No.3: 3-21.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2001-2008, *Relatório de Primavera*, Lisboa.

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

<http://www.observaport.org/>

Oliveira, M. e C. G. Pinto, 2005, "Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience", *Health Economics*, 14: S203-S220.

Pinto, G. e F. Aragão, 2003, "Health care rationing in Portugal a retrospective analysis", Documento de Trabalho 1/2003, Associação Portuguesa de Economia de Saúde.

Portal da Saúde

<http://www.portaldasaude.pt/>

Senterre, R. e S. Neun, 1996, *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies*, 1ª Edição, Irwin.

Simões, J., 2004, "As parcerias público-privadas no sector de saúde em Portugal", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, 4: 79-90.

Simões, J. et al., Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde – Relatório final, Fevereiro 2007.

Ziegenfuss, J. e Bentley J., 2000, "Implementing Cost control in health care: Strategies driven by an organizational systems approach", *Systemic Practice and Action Research*, Vol. 13 No. 4.