

# Investigação avaliativa na regulação da saúde

## *Evaluation research in health care regulation*

### **Jorge Simões**

Professor Catedrático Convidado do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal  
Presidente do Conselho de Administração da Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal

### **César Carneiro**

Doutorado em Economia pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto  
Diretor do Departamento de Estudos e Regulação Económica, Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal

## **Resumo**

A intervenção regulatória nos mercados da saúde tem necessariamente que partir de um profundo conhecimento sobre a organização e o funcionamento do sistema de saúde, sobre os incentivos de prestadores e profissionais, sobre as preferências e a satisfação dos utentes e sobre as escolhas estratégicas dos decisores políticos. Nesse contexto, uma atividade fundamental de qualquer instituição com competências de regulação consiste em promover a investigação necessária à produção do conhecimento sobre todas aquelas questões. A Entidade Reguladora da Saúde, enquanto regulador da prestação de cuidados de saúde em Portugal, tem nas suas atividades de investigação um elemento essencial para conhecer o setor da saúde e os seus problemas, direccionar correctamente as atividades de supervisão comportamental dos regulados, desenhar intervenções regulatórias que visam moldar o comportamento dos agentes, promover a diminuição de assimetrias de informação e apoiar a decisão política.

### **Palavras Chave:**

Regulação, saúde, investigação, avaliação.

## **Abstract**

Regulatory intervention in health care markets must necessarily be based on a deep understanding of the organization and functioning of the health system, the incentives for providers and health professionals, the preferences and satisfaction of service users and the strategic choices of policy makers. In this context, a key activity for any regulator is the promotion of research to produce knowledge on all these issues. The Health Regulation Authority, as the regulator of health care in Portugal, conducts research activities as an essential starting point to properly directing the behavioural oversight activities, to design adequate regulatory interventions aimed at shaping the behaviour of agents, to promote the reduction of information asymmetries and to support policy making.

### **Key Words:**

Regulation, health, research, evaluation.

## 1. Regulação e conhecimento

A regulação, enquanto forma de intervenção pública nas atividades económicas através da imposição de regras que visam modificar o comportamento económico de indivíduos e empresas, surgiu no setor da saúde associada ao reconhecimento de que este setor tem especificidades que o distinguem de outros mercados de bens e serviços. Tais especificidades verificam-se não só ao nível do comportamento dos agentes e das relações económicas que entre eles se estabelecem, mas decorrem também da importância social conferida à saúde. Um conjunto de falhas nos mercados da saúde, tais como a assimetria de informação entre prestadores e utentes, o contexto de incerteza em que ocorre a prestação de cuidados de saúde, ou as decisões de consumo baseadas numa relação de agência entre profissional de saúde e utente, implicam que o livre funcionamento dos mecanismos de mercado não garanta resultados satisfatórios. A regulação da saúde visa, assim, compensar essas falhas através do condicionamento da conduta dos agentes económicos e de mecanismos de defesa dos direitos dos consumidores.

Para ser possível concretizar uma intervenção pública regulatória que cumpra este objetivo, o elemento-chave é o conhecimento. Com efeito, uma intervenção nos mercados que produza efeitos positivos, tem necessariamente que partir de um profundo conhecimento sobre a organização e o funcionamento do sistema de saúde (o que passa por analisar as estruturas, os processos e os resultados desse sistema), mas também os incentivos de empresas e profissionais, as preferências e a satisfação dos utentes, e não menos importante, as escolhas estratégicas dos decisores políticos. Tal conhecimento não está, *a priori*, reunido e sintetizado de forma a ser utilizado na formulação de atos de regulação. E por esse motivo, uma atividade fundamental de qualquer instituição com competências de regulação consiste em conduzir e/ou promover a investigação necessária à produção do conhecimento sobre todas aquelas questões. Acresce que a amplitude concreta desta investigação

varia grandemente de uns setores de atividade para outros, devido a diferentes graus de maturidade na produção de estatísticas oficiais e de investigação nos meios académicos. No caso particular do setor da saúde em Portugal, a entidade reguladora tem a necessidade de, relativamente a muitos dos temas investigados, efetuar a recolha de informação e a produção de estatísticas *ad novo*, o que contrasta, por exemplo,

com o setor dos serviços financeiros, sobre o qual há hoje um histórico grande de publicação de estatísticas e de produção de investigação.

Estando, então, afirmada a imprescindibilidade da investigação para a geração de conhecimento, importa explicar de que forma tal conhecimento pode ser usado para sustentar a intervenção regulatória. De um modo geral, o conhecimento que resulta da investigação sobre a organização, o funcionamento e os agentes dos mercados, por parte de uma entidade reguladora, é fundamental para direcionar correctamente as atividades de supervisão comportamental dos regulados, mas também para o desenho de intervenções regulatórias que visam moldar o comportamento dos agentes, como é o caso da emissão de regulamentação, instruções e recomendações. Por outro lado, as entidades reguladoras têm especiais obrigações de promover a disseminação de informação sobre o setor regulado junto dos agentes interessados e da sociedade em geral, dessa forma procurando promover a diminuição de assimetrias de informação. E finalmente, as entidades reguladoras têm um papel importante na produção de conhecimento que sirva de base à decisão política, propiciando uma ponderação de um conjunto alargado de aspetos que (quase sempre) apenas o regulador tem capacidade de apreender.

## 2. A Entidade Reguladora da Saúde

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é o organismo público com natureza de entidade administrativa independente a quem compete a regulação da prestação de cuidados de saúde em Portugal. Em conformidade com os seus estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, e as suas atribuições compreendem a supervisão desses estabelecimentos no que respeita ao cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento, incluindo o licenciamento dos

**Tabela 1** – Principais atividades de regulação da ERS, por áreas de atuação

<b>Controlo dos requisitos de funcionamento</b>
• Proceder ao registo público obrigatório dos prestadores
• Instruir e decidir os pedidos de licenciamento, realizando as vistorias necessárias
<b>Defesa dos direitos dos utentes</b>
• Tratar as reclamações dos utentes dos prestadores dos setores público, privado e social
• Prestar informação, orientação e apoio aos utentes dos serviços de saúde
<b>Supervisão da conduta dos prestadores</b>
• Investigar os indícios de má conduta dos prestadores no âmbito de processos de inquérito e de processos de contra ordenação
• Aplicar sanções por má conduta dos prestadores (admoestações, coimas e suspensão de estabelecimentos)
• Emitir instruções e recomendações aos prestadores
• Realizar ações de fiscalização e auditorias
<b>Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde</b>
• Avaliar a qualidade dos cuidados de saúde (no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde)
<b>Regulação económica do setor da saúde</b>
• Realizar estudos e pareceres sobre acesso, concorrência, qualidade, organização e eficiência do sistema de saúde
<b>Resolução de conflitos</b>
• Mediar os conflitos entre financiadores e prestadores
• Mediar os conflitos entre prestadores e utentes

estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes, e à legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.

De forma mais concreta, são objetivos da atividade reguladora da ERS: a) assegurar o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo os respeitantes ao regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos da lei; b) assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei; c) garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes; d) zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade; e) zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema; e f) promover e defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado, em colaboração com a Autoridade da Concorrência na prossecução das suas atribuições relativas a este setor.

Para concretizar todas as incumbências previstas na lei e cumprir aqueles objetivos, a ERS leva a cabo um conjunto vasto e diversificado de atividades, sucintamente descritas na tabela 1.

### 3. Investigação avaliativa na ERS

#### 3.1. O conceito de investigação avaliativa

Como explica Powell (2006), investigação avaliativa não é facilmente definida, havendo quem a considere ser um método específico de avaliação, quem se foque em técnicas especiais de avaliação de programas, e ainda quem a entenda como uma atividade de investigação que emprega métodos de investigação normais com o propósito de avaliar algo. Esta última definição é aquela que no presente texto se adota, na medida em que é o conceito que melhor enquadra a investigação produzida pela ERS. Com efeito, as atividades de investigação da ERS, no geral, assentam nos métodos habituais de investigação das ciências sociais, e em certa medida, com maior especificidade, em métodos de investigação aplicados ao campo da economia da saúde. O atributo avaliativo dessa investigação decorre, pois, mais do seu objetivo do que dos métodos utilizados. E quanto ao objetivo de produzir avaliações, é útil, para compreensão da atuação da ERS, ter em conta uma definição de avaliação adequada a este contexto, a qual pode ser encontrada em Weiss (1998), que define avaliação como “the systematic assessment of the operation and/or the outcomes of a program or policy, compared to a set of explicit or implicit standards, as a means of contributing to the improvement of the program or policy” (página 4). Com efeito, as várias componentes desta definição parecem ser preenchidas pelas atividades da ERS de investigação avaliativa, na medida em que (i) são concretizadas sistematicamente, (ii) focam não só o funcionamento mas também os resultados

de políticas de saúde, formas de organização da prestação de cuidados e mercados de serviços de saúde, e (iii) qualificam os resultados com base na sua comparação com as regras e padrões legalmente instituídos (quadro legal) e/ou com validade científica (evidência científica).

#### 3.2. Os temas de investigação

Os temas tratados pela ERS nas suas atividades de investigação são, potencialmente, todos aqueles que se incluem explicitamente nas suas competências legais, ou que de forma implícita se relacionam com os seus objetivos de regulação. Os três temas que ao longo dos anos mais frequentemente têm suscitado a reflexão da ERS são o acesso, a qualidade e a concorrência. A abordagem conceptual da ERS a cada uma destas áreas de estudo é descrita seguidamente.

##### *Acesso*

Como foi referido, um dos objetivos de regulação da ERS consiste em assegurar o cumprimento, por parte das entidades reguladas, dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei (cfr. al. b) do art. 10.º dos estatutos da ERS). Para concretização desse objetivo, a ERS tem diversas incumbências específicas, nomeadamente as de assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados, de prevenir e punir as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de utentes, de prevenir e punir as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde, e finalmente, de zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde e punir a sua violação.

Sendo o acesso aos cuidados de saúde um objetivo de política comum à generalidade dos sistemas de saúde, verifica-se a necessidade de se adotar um modelo de definição conceptual e empírica do acesso, que permita não apenas a formulação de políticas de promoção de acesso adequado e equitativo aos cuidados de saúde, como também a monitorização dos resultados dessas políticas. Por outro lado, sistemas de saúde assentes em conceitos de acesso diferentes são dificilmente comparáveis em termos de *performance*.

Desde a década de 70 do século passado que vem sendo produzida literatura científica que visa a construção de um modelo teórico e de observação empírica do acesso aos cuidados de saúde. Nessa literatura têm surgido diversas teorias sobre como definir e como medir o acesso aos cuidados de saúde, que diferem substancialmente no ponto de vista adotado. Sendo certo que não existe ainda um consenso sobre uma taxionomia completa das componentes do acesso, e sobre os indicadores e métodos para medir esse acesso, verifica-se, todavia, concordância relativamente ao reconhecimento de que o acesso aos cuidados de saúde é constituído por diversas

dimensões, diferentes mas complementares, que, no seu conjunto, concorrem para transformar a procura de cuidados de saúde potencial (as necessidades de cuidados das populações) em satisfação efetiva dessa procura (a utilização de cuidados pelas populações) (Carneiro, 2013).

Em 2007, quando a ERS realizou os primeiros estudos e pareceres sobre o acesso a cuidados de saúde, procedeu-se a um detalhado levantamento das diversas definições e metodologias de análise, acabando por se adotar a abordagem multi-dimensional ao acesso proposta por Penchansky e Thomas (1981), nos EUA. Este modelo de acesso assenta no conceito do ajustamento entre as necessidades dos utentes e a capacidade do sistema de saúde em satisfazer essas necessidades. Assim, o grau de acesso aos cuidados de saúde é medido pela avaliação das barreiras à transformação de acesso potencial em acesso realizado.

No modelo, estas barreiras podem ser agrupadas nas cinco dimensões que se descrevem na tabela 2.

Esta abordagem foi posteriormente aperfeiçoada por outros investigadores, e usada inclusivamente em análises da Organização Mundial da Saúde, tratando-se de um modelo bastante completo, que permite acomodar a generalidade das questões relacionadas com o acesso. A sua aplicação integral ao estudo de setores em concreto enfrenta, por vezes, dificuldades práticas relacionadas, sobretudo com a recolha de informação para estudar todas as dimensões consideradas. No entanto, mesmo quando aplicado parcialmente, este modelo fornece uma conceptualização que abrange diversos aspetos importantes do processo de acesso e utilização dos cuidados de saúde.<sup>1</sup>

**Qualidade**

É também objetivo da atividade reguladora da ERS zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade (cfr. al. d) do art. 10.º dos seus Estatutos). As concretas atribuições da ERS previstas para a concretização deste objetivo são a promoção de um sistema de classificação dos estabelecimentos de saúde quanto à sua qualidade global, verificar o não cumprimento

das obrigações legais e regulamentares relativas à acreditação e certificação dos estabelecimentos, e garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade.

A definição de qualidade em saúde é, tal como no caso do acesso, um pressuposto basilar para qualquer avaliação que se faça de um sistema de saúde ao nível deste atributo. Ao longo dos anos têm surgido diversas conceptualizações de qualidade em saúde, que diferem sobretudo ao nível da maior ou menor abrangência do modelo de avaliação dos serviços de saúde, alguns focando-se estritamente nos cuidados médicos, e outros adoptando uma visão mais holística de cuidados de saúde onde se inclui, por exemplo, os cuidados de enfermagem, o atendimento administrativo e hoteleiro. (Mears et al., 2011). As definições unívocas e fechadas são geralmente consideradas redutoras, não capturando todo o espectro de realidades e dimensões de alguma forma associadas à qualidade em saúde. Existe, sim, um consenso alargado sobre a necessidade de se adotar uma abordagem multi-dimensional (Carneiro, 2013).

Na sua análise regulatória da qualidade, a ERS procura refletir exactamente essa multi-dimensionalidade ao considerar a existência de diversas dimensões de qualidade. É o que acontece, por exemplo, no modelo de avaliação global do projeto Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, em que cada dimensão da qualidade é designada por dimensão de avaliação, visando captar diferentes aspetos da prestação de cuidados de saúde, claramente distinguíveis e autonomizáveis entre si. Além de permitir captar a multi-dimensionalidade do conceito de qualidade em saúde, a construção de uma avaliação em diversas dimensões tem a vantagem de permitir a identificação de pontos fortes e pontos fracos das instituições, e áreas de atuação prioritária.

No âmbito dos estudos e pareceres realizados, para análise da qualidade a ERS tem também recorrido à clássica tipologia de Donabedian (1966) que considera estrutura, processo e resultado. A análise da estrutura retrata as condições físicas da infra-estrutura, os recursos humanos e os procedimentos organizativos do prestador de cuidados de saúde; com a análise

da qualidade dos processos avalia-se se os cuidados são prestados de acordo com as melhores práticas; e a análise dos resultados foca-se no impacto dos cuidados prestados na saúde dos utentes.<sup>2</sup> Também à semelhança do que acontece no caso do acesso, estes modelos conceptuais sobre a qualidade em saúde têm sido utilizados pela ERS em diversas atividades mas com graus de profundi-

**Tabela 2** – Dimensões do acesso de Penchansky e Thomas (1981)

Dimensão	Descrição
Dimensões espaciais	
<i>Accessibility</i>	A localização geográfica dos serviços de saúde ajusta-se à distribuição geográfica dos utentes
<i>Availability</i>	Os serviços existentes são em quantidade suficiente para atender às necessidades dos utentes
Dimensões não espaciais	
<i>Accommodation</i>	As instalações dos serviços de saúde atendem às restrições e preferências dos utentes
<i>Acceptability</i>	A organização dos cuidados de saúde vai ao encontro das necessidades e expectativas dos utentes
<i>Affordability</i>	O preço dos serviços ajusta-se à capacidade financeira dos utentes

Fonte: Adaptado de Penchansky e Thomas (1981) por Carneiro (2013)

de distintos, decorrendo essa aplicação diferenciada não só do grau de adequação das metodologias ao objeto do estudo em concreto, mas também por restrições na disponibilidade de dados e na possibilidade da sua colheita. Neste contexto, a opção do regulador tem sido a de adequar as opções metodológicas aos objetivos pretendidos com o estudo e às restrições temporais para a sua realização, ainda que procurando manter, na medida do possível, a coerência conceptual, e sempre assegurando a consistência técnica das análises levadas a efeito (Carneiro, 2013).

### Concorrência

Nos termos da al. f) do art. 10.º dos seus Estatutos, um dos objetivos de regulação da ERS consiste em promover e defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado, em colaboração com a Autoridade da Concorrência, na prossecução das suas atribuições relativas a este setor.

Para esse efeito, incumbe-lhe identificar os mercados relevantes que apresentam características específicas setoriais, designadamente definir os mercados geográficos, em conformidade com os princípios do direito da concorrência, no âmbito da sua atividade de regulação, realizar estudos de mercado e inquéritos por áreas de atividade que se revelem necessários para a prossecução da sua missão, designadamente para supervisão e acompanhamento de mercados e verificação de circunstâncias que indiciem distorções ou restrições à concorrência, zelar pelo respeito da concorrência nas atividades abertas ao mercado sujeitas à sua regulação e, finalmente, colaborar na aplicação da legislação da concorrência.

A abordagem da ERS ao nível da análise do funcionamento dos mecanismos concorrenciais nos mercados da saúde é grandemente alicerçada no paradigma Estrutura-Comportamento-Performance, o qual se encontra na base do estudo da economia industrial.<sup>3</sup> Isto é feito, por exemplo, no caso particular de uma das atuações mais importantes da ERS na área da concorrência, a qual consiste na emissão de pareceres sobre as operações de concentração de operadores dos mercados da saúde que sejam, nos termos da Lei da Concorrência, notificadas à Autoridade da Concorrência.<sup>4</sup> Com efeito, o estudo pela ERS do impacto das operações de concentração projetadas na dinâmica concorrenciais dos mercados relevantes é feito a partir da análise da estrutura dos mercados relevantes e das alterações nessa estrutura que deverão resultar da operação de concentração.<sup>5</sup> A importância do estudo da estrutura dos mercados reside no facto de ela influenciar o comportamento dos operadores, dando assim uma indicação indireta sobre a provável *performance* dos mercados.

Os dois indicadores de estrutura de mercado habitualmente estudados pela ERS são o grau de concentração dos mercados e a identificação de potencial dominância. O primeiro e necessário passo para este estudo consiste na definição e caracterização dos mercados relevantes em causa.<sup>6</sup> O conceito de mercado relevante consiste no conjunto de produtos ou serviços situados numa área geográfica, que exercem pressão

concorrencial entre si, sendo necessário para se identificar os condicionalismos concorrenciais que os diferentes prestadores têm de enfrentar no mercado em que se inserem e que são suscetíveis de restringir o seu comportamento.

Assim, a identificação dos mercados relevantes a estudar exige que se delimite o âmbito dos produtos ou serviços dos mercados e, simultaneamente, os limites geográficos desses mercados. Do cruzamento das delimitações ao nível do produto ou serviço e ao nível da área geográfica resulta a definição de mercados relevantes, e a consequente identificação dos concorrentes.

Quanto à medição quantificada do grau de concentração dos mercados, e à qualificação dessa medição, a ERS tem seguido as “Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas”, expressas numa comunicação da Comissão Europeia<sup>7</sup>. Nos termos dessas orientações, a análise do impacto das operações de concentração incide inicialmente sobre os níveis de quotas de mercado e do Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH)<sup>8</sup>, considerando que tais medidas dão indicações úteis acerca da estrutura de mercado e da importância relativa, em termos de concorrência, das partes na concentração e dos seus concorrentes.

O IHH fornece uma indicação da pressão concorrenciais nos mercados, podendo concluir-se sobre a concentração nos mercados com base nos níveis absolutos do IHH. Concretamente, para a apreciação de concentrações horizontais, a comunicação da Comissão Europeia estabelece que “[é] pouco provável que a Comissão identifique preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal num mercado

<sup>1</sup> Alguns exemplos de estudos em que a ERS aplicou esta abordagem para estudar o acesso a cuidados de saúde incluem o “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS” ([https://www.ers.pt/pages/18?news\\_id=57](https://www.ers.pt/pages/18?news_id=57)), ou o estudo de “Caraterização do Acesso dos Utentes a Consultas de Medicina Geral e Familiar” ([https://www.ers.pt/pages/18?news\\_id=45](https://www.ers.pt/pages/18?news_id=45)).

<sup>2</sup> O quadro conceptual de Donabedian (1966) foi utilizado pela ERS, por exemplo, no estudo de “Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde” ([https://www.ers.pt/pages/18?news\\_id=620](https://www.ers.pt/pages/18?news_id=620)).

<sup>3</sup> Este paradigma é hoje reconhecidamente insuficiente para uma análise minuciosa de mercados complexos. No entanto, continua a revelar-se, na prática, como uma forma adequada de organizar a abordagem e o estudo dos mercados, passível de acomodar outras estratégias analíticas mais específicas.

<sup>4</sup> Nos termos do n.º 1 do artigo 55.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio (Lei da Concorrência), “sempre que uma concentração de empresas tenha incidência num mercado que seja objeto de regulação sectorial, a Autoridade da Concorrência, antes de tomar uma decisão que ponha fim ao procedimento, solicita que a respectiva autoridade reguladora emita parecer sobre a operação notificada, fixando um prazo razoável para esse efeito”.

<sup>5</sup> Um exemplo recente desta intervenção da ERS consiste nos pareceres emitidos a pedido da Autoridade da Concorrência sobre a aquisição da Espírito Santo Saúde, realizados em Outubro de 2014 e publicados em Janeiro de 2015 no website da ERS ([https://www.ers.pt/pages/64?news\\_id=1062](https://www.ers.pt/pages/64?news_id=1062)).

<sup>6</sup> A alínea a) do artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, estabelece que é incumbência da ERS, para efeitos do objetivo de defesa da concorrência, “identificar os mercados relevantes que apresentam características específicas setoriais”.

<sup>7</sup> Comunicação 2004/C 31/03, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 31, de 5 de fevereiro de 2004.

<sup>8</sup> O IHH foi desenvolvido por Hirschman e Herfindahl em 1945 e 1950, respetivamente (Hirschman, 1964).

com um IHH, após a concentração, inferior a 1.000”, e ainda que “[é] também pouco provável que a Comissão identifique preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal numa concentração com um IHH, após a concentração, situado entre 1.000 e 2.000 e com um delta inferior a 250, ou numa concentração com um IHH, após a concentração, superior a 2.000 e com um delta inferior a 150” (veja-se, respetivamente, os parágrafos 19 e 20 daquela comunicação), excepto, no que toca às quotas de mercado, quando “uma das partes na concentração possui uma quota de mercado anterior à concentração igual ou superior a 50%” (veja-se a alínea f) do parágrafo 20 da comunicação).

Quanto à identificação de potencial dominância, as orientações da Comissão Europeia não vão tão longe na concretização, quer na quantificação, quer na qualificação, sendo por isso menos operacionalizáveis em avaliações de operações de concentração. Com efeito, de acordo com tais orientações, “uma quota de mercado especialmente elevada – 50% ou mais – pode, em si mesma, constituir um elemento de prova de existência de uma posição dominante”, embora também se possa determinar que “as concentrações que levam a quotas de mercado situadas entre 40% e 50% e, nalguns casos, inferiores a 40%, conduzem à criação ou reforço de uma posição dominante”, podendo resultar em entraves significativos à concorrência efectiva<sup>9</sup>. Embora a obtenção de posição dominante não seja proibida por lei, o abuso de posição dominante é proibido, e não devem ser autorizadas “concentrações de empresas que sejam suscetíveis de criar entraves significativos à concorrência efetiva no mercado nacional ou numa parte substancial deste, em particular se os entraves resultarem da criação ou do reforço de uma posição dominante” (cfr. n.º 1 do artigo 11.º e n.º 4 do artigo 41.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio).

### 3.3. Os métodos de investigação

No que concerne aos métodos de recolha de dados e de análise quantitativa e qualitativa, e mais genericamente, de abordagem das realidades em estudo, a investigação realizada pela ERS é diversificada. As opções metodológicas são influenciadas por diversos fatores, nos quais se incluem a validade científica dos métodos, a sua adequação às realidades em estudo, a disponibilidade de dados, o domínio técnico e experiência dos investigadores da ERS e a disponibilidade de ferramentas instrumentais à aplicação dos métodos (sobretudo *software*). Sem preocupação de exaustividade, e de uma forma sintética, os métodos utilizados pela ERS com maior frequência incluem: (i) para análise quantitativa e qualitativa, a construção de indicadores de acesso, de qualidade, de eficiência e de *performance* económico-financeira, o recurso a métodos de estatística geral e de econometria aplicada à economia da saúde, a utilização de métodos de análise geográfica, para análises

de acesso e de concorrência; e (ii) para conhecimento da realidade para além das estatísticas oficiais, os pedidos de informação focados em realidades concretas e bem definidas, as ações de fiscalização e recolha de elementos *in loco*, a realização de inquéritos junto dos públicos de relevo, a auscultação de utentes dos serviços de saúde, ou associações suas representantes, profissionais de saúde, responsáveis pela gestão de unidades de saúde, responsáveis de instituições públicas do setor da saúde ou com afinidade ao tema em análise, e outros peritos, e a análise da casuística das reclamações tratadas pela ERS e dos processos de investigação conduzidos.

Finalmente, importa recordar que nos termos da definição de Weiss (1998), acima referida, a avaliação implica conhecer os padrões implícitos ou explícitos que devem ser o termo de comparação dos resultados da análise. Sobre esta matéria, a doutrina da ERS é desde logo claramente marcada pelas suas incumbências legais, das quais decorre, com maior ou menor especificidade, que a atuação da ERS visa monitorizar e assegurar o cumprimento de todo o quadro legal e normativo do setor da saúde, ou com afinidade a este, mormente no que concerne aos direitos dos utentes e às regras de acesso aos mercados da saúde. E como tal, a ERS procura, sempre que possível, confrontar os resultados da investigação que realiza com esse quadro legal e normativo, daí extraindo avaliações. Adicionalmente, e de uma forma supletiva, o termo de comparação pode ser encontrado em normas ou recomendações sem força legal mas que traduzam *standards* de âmbito nacional e internacional. Paralelamente, a ERS procura incorporar nas avaliações que produz um confronto com a evidência científica de relevo para as questões em apreço, a qual com maior frequência não é o foco da avaliação mas revela-se instrumental nas análises.

## Bibliografia

1. Carneiro, CS (2013), “Acesso e qualidade em saúde e a sua regulação em Portugal”, in: *Textos de Regulação da Saúde: Ano 2012*, Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal.
2. Donabedian, A (1966), “Evaluating the quality of medical care”, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, No. 3, pp. 166–203.
3. Hirschman, AO (1964), “The Paternity of an Index”, *The American Economic Review*, Vol. 54, No. 5, pp. 761–762.
4. Mears et al. (2011), “Classifying indicators of quality: a collaboration between Dutch and English regulators”, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 23, No. 6, pp. 637–644.
5. Penchansky, R, Thomas, JW (1981), “The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”, *Medical Care*, Vol. 19, No. 2, pp. 127–140.
6. Powell, RR (2006), “Evaluation research: An overview”, *Library Trends*, Vol. 55, No. 1, (“Research Methods,” edited by Lynda M. Baker), pp. 102–120.
7. Weiss, CH (1998), “Evaluation: Methods for studying programs and policies (2nd ed.)”, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, USA.

<sup>9</sup>Veja-se a Comunicação 2004/C 31/03.