

Análise às condições de concorrência na prestação de cuidados de hemodiálise em Portugal

Versão Preliminar para Consulta Pública



Novembro 2020

Índice

SUMÁRIO EXECUTIVO	4
1. INTRODUÇÃO	6
2. QUADRO LEGAL E REGULATÓRIO DA ATIVIDADE DE HEMODIÁLISE	9
2.1. Licenciamento da atividade de hemodiálise em Portugal	9
2.2. Acesso ao setor convencionado do SNS.....	11
2.3. Preços no setor convencionado de hemodiálise	13
2.4. Regulação da qualidade relativa aos tratamentos de diálise.....	15
2.5. Regulação sobre informação aos doentes e seleção do tratamento.....	17
2.6. Alocação e transporte dos pacientes às clínicas no setor convencionado do SNS.....	17
3. ANÁLISE DE CONCORRÊNCIA.....	18
3.1. Dimensões de concorrência na atividade da hemodiálise.....	19
3.2. Distribuição geográfica das unidades de hemodiálise	22
3.3. Qualidade	25
3.4. Estrutura dos mercados da hemodiálise em Portugal	27
3.5. Potenciais efeitos da evolução do grau de concentração.....	41
3.6. Barreiras na abertura e expansão de clínicas de hemodiálise	43
4. RECOMENDAÇÕES.....	46
Recomendação 1 <i>ao Governo</i>	46
Recomendação 2 <i>ao Governo</i>	48
Recomendação 3 <i>ao Governo</i>	49
Recomendação 4 <i>ao Governo</i>	52
Recomendação 5 <i>ao Governo</i>	52
Recomendação 6 <i>ao Governo</i>	53
Recomendação 7 <i>ao Governo</i>	54
5. BIBLIOGRAFIA.....	57
6. ANEXO	58
6.1. Pedido de elementos a operadores	58
6.2. IHH Modificado	59

Figuras

Figura 1 – Proporção de doentes em tratamento no setor público e no setor privado, em Portugal Continental, em março de 2020.....	8
Figura 2 – Evolução do número de unidades de hemodiálise privadas e da taxa de abertura de novas unidades em Portugal Continental	9
Figura 3 – Caracterização das unidades de hemodiálise, em Portugal Continental, em março de 2020.....	23
Figura 4 – Nº de unidades de hemodiálise e população por unidade (a azul), por NUT III, março 2020.....	24
Figura 5 – Distribuição geográfica das unidades de hemodiálise em Portugal Continental, na Área Metropolitana de Porto e na Área Metropolitana de Lisboa, em março de 2020	25
Figura 6 – Representatividade dos maiores operadores, em Portugal Continental, excluindo a opção do setor público, em março de 2020	31
Figura 7 – Quota de mercado por NUTS III da NephroCare, da Diaverum, da DaVita e da B. Braun, em Portugal Continental, excluindo a opção do setor público, em março de 2020.....	33
Figura 8 – Quota de mercado de todos os operadores por NUTS III, excluindo a opção do setor público, em março de 2020.....	34
Figura 9 – IHH e IHH Modificado, respetivamente, por NUTS III, em Portugal Continental, excluindo a opção do setor público	36
Figura 10 – Representatividade dos maiores operadores, em termos de unidades de diálise, em Portugal Continental, excluindo a opção do setor público, entre jan/1980 e abr/2020.	37
Figura 11 – Evolução do IHH, em Portugal Continental, de janeiro de 2014 a março de 2020, excluindo o setor público (a azul) e incluindo a opção do setor público (a vermelho)	38
Figura 12 – Evolução do IHHM, em Portugal Continental, de janeiro de 2014 a março de 2020, excluindo o setor público (a azul) e incluindo a opção do setor público (a vermelho)	38
Figura 13 - Barreiras na abertura e expansão de clínicas de hemodiálise	43
Figura 14 – Ilustração exemplificativa de um eventual sistema de comparação de qualidade das clínicas direcionado aos doentes	56

SUMÁRIO EXECUTIVO

Em março de 2020, havia mais de 12 000 portugueses em tratamento de hemodiálise. Esta é a modalidade terapêutica preponderante no tratamento da doença renal crónica, e é sobretudo assegurada por clínicas privadas – cerca de 93% dos doentes. A prevalência da doença renal crónica em Portugal é elevada face a outros países e o número de doentes em tratamento tem vindo a crescer (em média, cerca de 3,5% por ano, entre 1998 e 2019).

A Autoridade da Concorrência (AdC) desenvolveu uma análise às condições de abertura e expansão das clínicas e ao grau de concentração no setor, dada a importância do tratamento da hemodiálise, e no seguimento de uma exposição da Associação Nacional de Unidades de Diálise¹, identificando preocupações com as barreiras à abertura de novas clínicas e a elevada concentração do mercado. Nesse âmbito, a AdC recolheu as perspetivas de vários *stakeholders*.

A elevada concentração do mercado e a existência de barreiras desnecessárias à entrada pode ter implicações negativas para o bem-estar dos doentes renais crónicos e para o Estado, enquanto comprador dos serviços de diálise convencionados. Ainda que o preço seja regulado e o tratamento prestado esteja sujeito a um controlo da qualidade, importa mitigar as vulnerabilidades decorrentes da elevada concentração no setor, passível de afetar negativamente os doentes renais crónicos. Existem dimensões de concorrência específicas na prestação de cuidados de hemodiálise, nomeadamente a localização das clínicas e a qualidade dos serviços prestados, passíveis de resultar afetadas pelas vulnerabilidades identificadas.

A AdC identificou um elevado grau de concentração no sector da hemodiálise. Várias NUTS III são servidas por um único operador privado, excluindo a opção do setor público. Os quatro maiores operadores privados detinham, em março de 2020, cerca de 81% das unidades de hemodiálise em Portugal Continental e foram responsáveis pelo tratamento de cerca de 88% dos doentes. O grau de concentração é elevado em todas as NUTS III do país.

Entre 1990 e 2020, a representatividade agregada dos restantes operadores (excluindo a NephroCare, a Diaverum, a DaVita e a B. Braun) reduziu em cerca de 60 pp. (cerca de 78% das unidades no início de 1990 para cerca de 19% em 2020). Destaca-se, ainda, que após a entrada e estabelecimento, no mercado, destes operadores, regista-se uma elevada estabilidade das quotas dos principais prestadores privados de serviços de tratamento de hemodiálise.

Apenas 24% das unidades dos maiores operadores privados resultou da abertura de novas clínicas. As entradas *ex novo*, por abertura de novas unidades de prestação de serviços, aumentam a proximidade dos doentes às clínicas.

Adicionalmente, identificaram-se barreiras no processo de abertura de clínica, passíveis de comprometer a capilaridade da rede de clínicas de hemodiálise, com impacto negativo na qualidade de vida dos doentes ao afetar a sua escolha e proximidade em relação às clínicas. Destaca-se a elevada incerteza jurídica na regulamentação relativa ao regime de convenções e a morosidade da atribuição de convenções e do licenciamento que envolvem interação com múltiplas entidades e uma multiplicação de procedimentos. Em resultado, estes procedimentos podem demorar vários anos. O impacto da incerteza e morosidade dos procedimentos é ampliado pelo facto de exigirem investimentos prévios que podem atingir 2,5 M de euros. Estas barreiras resultam em desincentivos ao investimento de novos operadores, especialmente de menor dimensão.

A promoção da escolha dos doentes e a redução das barreiras à abertura de clínicas terá um impacto positivo no bem-estar dos doentes renais crónicos. A promoção de uma escolha *facto* efetiva e informada pelos doentes, em oposição a um modelo de alocação de doentes às clínicas, pode intensificar a concorrência pela qualidade e inovação no setor. Por sua vez, a

¹ Esta associação representa maioritariamente pequenos empresários ativos na área da hemodiálise em Portugal.

eliminação de barreiras desnecessárias à abertura de novas clínicas pode resultar numa maior proximidade entre os doentes e as clínicas, em benefício da qualidade de vida dos doentes.

Propõe-se, assim, um conjunto de recomendações ao Governo que visa promover o bem-estar dos doentes renais crónicos.

Recomendações da AdC para eliminação de barreiras desnecessárias à abertura de clínicas de hemodiálise

Recomendação 1: Publicação atempada do clausulado-tipo para a área de hemodiálise, de acordo com o previsto no regime de convenções de 2013 (Decreto-Lei n.º 139/2013), de forma a reduzir a incerteza jurídica na obtenção das convenções.

Recomendação 2: No âmbito dos procedimentos de adesão a um clausulado-tipo, (a) introduzir possibilidade de atribuição de convenção por deferimento tácito; e (b) assegurar definição de um prazo de resposta a pedidos de convenção.

Recomendação 3: Eliminar os obstáculos desnecessários que condicionem a entrada de operadores e/ou a abertura de clínicas à capacidade existente à concentração do mercado ou à rentabilização e/ou aproveitamento de meios existentes, nomeadamente:

- a) No âmbito do parecer prévio da ERS, importa que sejam ponderados os eventuais efeitos positivos da expansão da oferta decorrentes da abertura de uma nova clínica, de forma a enquadrar os efeitos de aumento de concentração que resultam da abertura de novas clínicas.
- b) Não incluir, em novo clausulado-tipo, cláusula semelhante ao n.º 5 da Cláusula 5.ª do Despacho 7001/2002.

Recomendação 4: Criação de um portal e/ou formulário únicos que, do ponto de vista dos operadores, reúna num só os procedimentos de licenciamento e os pedidos de convenção, no setor convencionado do SNS, a cargo da ERS, da ACSS e das ARS.

Recomendação 5: Assegurar que os requisitos de qualidade que constam do manual de boas práticas que rege a atividade de hemodiálise, em discussão, são tecnologicamente neutros.

Promoção da escolha efetiva dos doentes em relação à clínica de hemodiálise

Recomendação 6: No âmbito do regulamento de transporte não urgente de doentes:

- a) Introduzir um dever de comunicação das ARS aos doentes, caso várias clínicas cumpram os critérios de gestão do transporte de doentes renais crónicos no SNS.
- b) Desenvolver uma avaliação custo-benefício sobre a possibilidade de introduzir uma opção de reembolso para os doentes que assegurem o próprio transporte, limitado, para cada doente, a um determinado valor de referência.

Recomendação 7: Criação de um sistema comparativo de indicadores de qualidade e de resultados dos tratamentos, com base nas conclusões da monitorização efetuada pela CNAD.

A AdC submete o presente relatório a consulta pública, convidando todos os interessados a submeter comentários e/ou exposições à AdC, no prazo de 30 dias úteis, para o endereço eletrónico consultapublica@concorrencia.pt.

1. INTRODUÇÃO

1. O presente relatório analisa, numa ótica de promoção da concorrência, a prestação da atividade de hemodiálise em Portugal.
2. Em particular, analisa-se a distribuição geográfica das clínicas de hemodiálise, o grau de concentração no setor e as principais dimensões de concorrência entre clínicas de hemodiálise. Avaliam-se, ainda, as barreiras à abertura e expansão de clínicas privadas de hemodiálise.
3. A análise concorrencial desenvolvida tem por base informação qualitativa obtida no âmbito de reuniões entre a AdC e *stakeholders* relevantes do setor da hemodiálise em Portugal.
4. Em novembro de 2018, a Associação Nacional de Unidades de Diálise, que representa pequenos empresários ativos na área da hemodiálise em Portugal, partilhou com a AdC as suas preocupações relativas ao desenvolvimento da atividade de hemodiálise em Portugal, destacando a não abertura de novas convenções para a hemodiálise no Serviço Nacional de Saúde (SNS). No decurso da sua análise, a AdC reuniu com vários *stakeholders* do setor, nomeadamente, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR), associações de empresas no setor², operadores privados no setor convencionado³, e, a título individual, a Presidente da Comissão Nacional de Acompanhamento de Diálise (CNAD)⁴ e o Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN)⁵. A análise assenta ainda em informação quantitativa obtida tendo por base informação publicamente disponível e através de pedidos de elementos aos operadores⁶ e à ERS.
5. Destaca-se, por último, que o relatório não desenvolve uma análise mais detalhada ao setor da hemodiálise na Região Autónoma dos Açores, na medida em que a hemodiálise é providenciada apenas por hospitais públicos. Por sua vez, o relatório engloba o setor na Região Autónoma da Madeira.
6. Face às preocupações de concorrência identificadas, a AdC apresenta um conjunto de recomendações ao Governo, destinadas a promover a concorrência no setor da hemodiálise em Portugal, em benefício dos doentes renais crónicos.

Breve caracterização do setor da hemodiálise em Portugal

7. **A diálise é o procedimento de tratamento de casos graves de doença renal crónica.** Consiste na extração de produtos residuais e do excesso de água do organismo, com vista a substituir a função renal do doente renal crónico.
8. **O tratamento de diálise pode ser realizado através da hemodiálise ou através da diálise peritoneal. No tratamento de hemodiálise, o doente renal crónico é ligado a um aparelho que substitui a função renal, sendo por vezes chamado de “rim artificial”. O sangue do doente renal é bombeado para um dialisador através de um tubo ligado**

² A Associação Nacional de Unidades de Diálise e a Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL).

³ A AdC reuniu com os seguintes operadores: Caledial; Centrodial; Fundação Renal Portuguesa; Pombaldial; Tecsam; e ainda, a título pessoal, com o Dr. Fernando Sousa, sócio da Unihemo, Clirenocare e Nefropaiva.

⁴ A AdC reuniu com a Dra. Anabela Rodrigues, presidente da CNAD e nefrologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto.

⁵ A AdC reuniu com o Dr. Aníbal Ferreira, presidente da SPN e diretor clínico de uma clínica NephroCare em Vila Franca de Xira.

⁶ V. Anexo 6.1, onde constam (i) o pedido de elementos enviado aos operadores e (ii) a listagem desses operadores.

a uma fístula arteriovenosa⁷ ou a um cateter⁸, em contacto com as artérias/veias do doente renal crónico.

9. Outro tratamento para a doença renal crónica é o transplante renal. O processo de transplante renal é independente do tratamento de diálise anterior. Antes de os doentes iniciarem um determinado tratamento de diálise, o hospital de apoio tenderá, se possível, a colocar o doente em lista de espera para o transplante renal. A própria clínica de hemodiálise pode fazer este pedido ao hospital de apoio⁹.
10. Os diferentes tratamentos para a doença renal crónica não são mutuamente exclusivos. O mesmo doente pode, por exemplo, fazer a transição entre diferentes tratamentos de diálise e posteriormente realizar um transplante renal¹⁰. As opções disponíveis dependerão da condição clínica do doente, das suas necessidades específicas, assim como dos meios disponíveis, quer dos doentes, quer dos prestadores dos tratamentos.
11. Ao nível europeu, o transplante renal está associado a uma maior taxa de sobrevivência, quando comparado com a hemodiálise e a diálise peritoneal. A hemodiálise e a diálise peritoneal, por seu turno, apresentam taxas de sobrevivência semelhantes¹¹.
12. **Em Portugal, o tratamento de diálise preponderante é a hemodiálise em regime ambulatorio**, tal como se verifica na generalidade dos países de elevado rendimento, em comparação com a diálise peritoneal e a hemodiálise domiciliária¹². Em 2018, cerca de 6% dos doentes em tratamento de diálise faziam diálise peritoneal¹³. A hemodiálise domiciliária, por seu turno, tem pouca expressão em Portugal^{14,15}. Considerando a prevalência de tratamentos de diálise domiciliários, que englobam tanto a diálise peritoneal como a hemodiálise domiciliária, Portugal posiciona-se em 21.º face aos restantes países da União Europeia¹⁶.
13. **O tratamento de hemodiálise em Portugal é feito sobretudo em clínicas de hemodiálise privadas**. Em março de 2020, cerca de 93% dos doentes renais crónicos fizeram o tratamento de hemodiálise em clínicas de hemodiálise privadas e apenas 7% o fizeram em hospitais¹⁷ (Figura 1).

⁷ A sua instalação exige uma cirurgia. V. [Artigo da APIR sobre o tratamento de hemodiálise](#).

⁸ Este método é propenso a infeções, pelo que exige cuidados adicionais na prestação do serviço que podem tornar o procedimento mais moroso. Fonte: APIR.

⁹ Cfr. ata da reunião entre a AdC e, a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020).

¹⁰ Cfr. ata da reunião entre a AdC e, a título individual, a Presidente da CNAD (25/09/2020).

¹¹ Cfr. Annual Report 2017 – ERA-EDTA, pp. 32-34.

¹² Cfr. ata da reunião entre a AdC e, a título individual, a Presidente da CNAD (25/09/2020). V., igualmente, van der Tol et al. (2020). A call for harmonization of European kidney care: dialysis reimbursement and distribution of kidney transplant therapies. *Nephrol Dial Transplant*.

¹³ Relatório SPN 2018 (pp. 27).

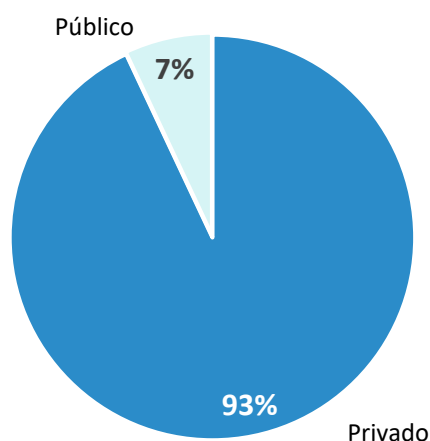
¹⁴ Cfr. ata da reunião entre a AdC e, a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020).

¹⁵ A hemodiálise domiciliária pode exigir investimentos específicos em equipamentos e canalização, bem como a formação dos doentes e/ou de pessoas de apoio que os acompanhem (e.g., familiares).

¹⁶ Cfr. Health Consumer Powerhouse. (2019). Questão “% of dialysis treatments being performed here and when it suits the patient (PD, home-HD)”. Exclui o Luxemburgo. Dados de 2014.

¹⁷ Informação calculada a partir de dados obtidos na Plataforma GID e de elementos obtidos junto de operadores e da ERS.

Figura 1 – Proporção de doentes em tratamento no setor público e no setor privado, em Portugal Continental, em março de 2020



Fontes: PGID, ERS, operadores – Tratamento AdC.

14. **Para realizar o tratamento de hemodiálise, o doente renal crónico tem que se deslocar para unidades de hemodiálise, geralmente três vezes por semana, e realizar sessões que podem durar entre 2 a 5 horas,** conforme o tipo de equipamentos utilizados e a situação específica de cada doente.
15. **A doença renal crónica afeta desproporcionalmente pessoas com idade mais avançada e homens, que representam também uma maior proporção dos doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise.** Havia, em março de 2020, 12 495 doentes em tratamento de hemodiálise em Portugal¹⁸. Destes, 34,37% tinham menos de 65 anos, 26,90% tinham entre 65 e 74 anos, e 38,74% tinham mais de 75 anos. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia¹⁹, em dezembro de 2018, os doentes tinham, em média, 68 anos de idade²⁰ e 59,51% eram homens e 40,49% eram mulheres²¹.
16. **O número de doentes renais crónicos em tratamento de hemodiálise em Portugal cresceu, em média, cerca de 3,6% por ano, entre 1998 e 2019²².** Não obstante, a taxa de crescimento tem registado uma tendência decrescente, sendo quase 8% em 1999 e cerca de 2.2% em 2019. Esse crescimento tem-se traduzido também num crescimento das unidades de hemodiálise privadas em Portugal Continental – v. Figura 2 – tendo ocorrido, maioritariamente, entre 1995 e 2000.

¹⁸ Informação retirada da [Plataforma GID, disponível no Portal Transparência do SNS](#).

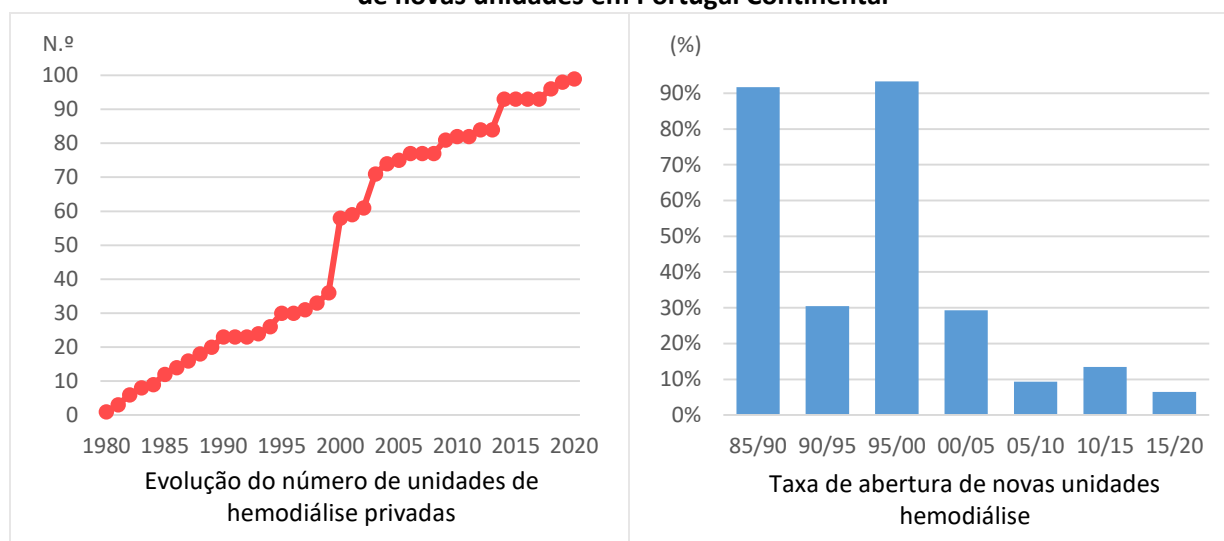
¹⁹ SPN. (2018, pp. 47). Disponível [aqui](#). [Dados de 2019 retirados da plataforma GID no Portal Transparência do SNS](#). Quebra de série em 2019.

²⁰ *Idem*, pp. 54.

²¹ *Idem*, pp. 30.

²² *Idem*, pp. 47.

Figura 2 – Evolução do número de unidades de hemodiálise privadas e da taxa de abertura de novas unidades em Portugal Continental



Fonte: PGID, ERS, operadores, APIR e DGS – Tratamento AdC.

2. QUADRO LEGAL E REGULATÓRIO DA ATIVIDADE DE HEMODIÁLISE

2.1. Licenciamento da atividade de hemodiálise em Portugal

17. **A abertura de uma clínica privada de hemodiálise exige que a mesma esteja licenciada²³.** A licença é obtida mediante procedimento de licenciamento ordinário²⁴, requerida via formulário disponível no Portal de Licenciamento da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no qual o interessado se responsabiliza pelo cumprimento integral dos requisitos de funcionamento exigíveis para a atividade.
18. O formulário deverá ser acompanhado de documentos que caracterizem e autorizem a utilização do espaço da unidade privada de diálise (*e.g.*, licença da câmara municipal)²⁵, documentos de identificação²⁶, declaração de compromisso de entrega da relação nominal²⁷ e certidão atualizada de registo comercial^{28,29}. O formulário deve

²³ O Decreto-Lei n.º 127/2014 e a Portaria n.º 347/2013 definem o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de hemodiálise. Abrange atividades terapêuticas no âmbito da hemodiálise e outras técnicas de depuração extracorporeal afins ou de diálise peritoneal crónica.

²⁴ Cfr. Artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 127/2014.

²⁵ Nomeadamente, deverá ser acompanhado de memória descritiva e justificava, bem como telas finais dos projetos de arquitetura e instalações e equipamentos do prédio ou fração utilizados. Adicionalmente, deverá incluir autorização emitida pela câmara municipal para a utilização do espaço. Por último, é necessário um parecer da Autoridade Nacional de Proteção Civil, que comprove o cumprimento do regime jurídico de segurança contra incêndios em edifícios. Cfr. n.º 3 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 127/2014.

²⁶ Deverá ser uma cópia autenticada do cartão de identificação de pessoa coletiva ou, no caso de uma pessoa singular, do Cartão de Cidadão ou, alternativamente, do bilhete de identidade do requerente e do respetivo cartão de contribuinte. Cfr. alínea a) do n.º 1 do artigo 20.º da Portaria n.º 347/2013.

²⁷ Lista de trabalhadores e sócios/acionistas. A lista deverá ser acompanhada de um mapa com a distribuição dos trabalhadores pelos diferentes grupos profissionais. A lista deve ser entregue no prazo de 60 dias a contar da data de licença de funcionamento. Cfr. alínea b) do n.º 1 do artigo 20.º da Portaria n.º 347/2013.

²⁸ Cfr. alínea c) do n.º 1 do artigo 20.º da Portaria n.º 347/2013.

²⁹ A unidade deverá ainda dispor em arquivo da seguinte documentação (cfr. n.º 2 do artigo 20.º e artigo 12.º da Portaria 347/2013): (i) Cópia do contrato com entidades certificadas para a gestão de resíduos hospitalares; (ii) Protocolo celebrado entre a unidade periférica de diálise e a unidade central com que se articula; (iii) Protocolo celebrado entre a unidade periférica de diálise e a entidade gestora do sistema de abastecimento público de água,

incluir, ainda, um certificado de cumprimento dos requisitos de licenciamento da atividade, emitido por entidade reconhecida pela ERS, ou de um pedido de realização de vistoria pela ERS³⁰.

19. A submissão do formulário referido deve ser precedida de registo na ERS³¹, que exige informação básica sobre a entidade³² e os seus estabelecimentos³³. Este registo exige o pagamento de uma taxa calculada de acordo com a fórmula:

$$TR = 900\text{€} + 25\text{€} \times NPS,$$

em que TR é a taxa de registo e NPS é o número de profissionais de saúde do estabelecimento sujeito a registo. A taxa de registo tem um limite mínimo de 1 000€ e um limite máximo de 50 000€ e é reduzida para o valor de 200€ no caso de associações de doentes legalmente reconhecidas e profissionais liberais sem colaboradores associados que prestem cuidados de saúde em estabelecimento próprio em regime de tempo parcial³⁴. Cada estabelecimento registado na ERS estará, ainda, sujeito a uma taxa anual calculada de acordo com a fórmula

$$CR = 450\text{€} + 12,50\text{€} \times NMPS,$$

sendo CR a contribuição regulatória e NMPS o número médio anual de profissionais de saúde do estabelecimento registado³⁵.

20. **Existe, igualmente, um conjunto de requisitos quanto ao pessoal das unidades privadas de diálise**³⁶. As unidades devem ser dirigidas por um diretor clínico inscrito no Colégio de Especialidades de Nefrologia da Ordem dos Médicos e dispor do pessoal técnico necessário, nomeadamente, enfermeiros, farmacêuticos, um nutricionista/dietista e um técnico do serviço social³⁷.
21. **As unidades privadas de diálise devem ainda seguir um conjunto de normas de construção, segurança e privacidade, assegurar a qualidade da água utilizada para diálise** e ainda um conjunto de especificações técnicas no que diz respeito aos compartimentos das unidades de diálise e aos requisitos mínimos de equipamentos técnicos e médicos^{38,39}.
22. Após a decisão de licença, a entidade deverá, no prazo de 10 dias, submeter um conjunto de declarações que assegurem as condições de funcionamento das unidades privadas de diálise⁴⁰, nomeadamente que garantam a idoneidade da administração,

que garanta a informação periódica das características da água fornecida; (iv) Documentação comprovativa da qualidade da água tratada, após o último passo de purificação no sistema de tratamento de água para diálise.

³⁰ Cfr. alínea d) do n.º 3 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 127/2014.

³¹ Cfr. Portaria n.º 150/2015.

³² E.g., o nome da entidade, a morada da sua sede social, contactos, NIF ou informação relativa à administração e aos sócios/acionistas da entidade, entre outros.

³³ E.g., denominação do estabelecimento, contactos, informação acerca do responsável técnico e colaboradores, entre outros.

³⁴ Cfr. artigo 1.º da Portaria n.º 150/2015.

³⁵ Cfr. artigo 2.º da Portaria n.º 150/2015.

³⁶ Cfr. Portaria n.º 347/2013.

³⁷ Cfr. artigos 23 a 30.º da Portaria n.º 347/2013.

³⁸ A referir: a) assistência médica nefrológica permanente; b) disponibilidade para apoiar e internar os doentes em diálise ambulatoria; c) apoio cirúrgico, designadamente para construção ou reparação de acessos vasculares. Cfr. artigos 33.º a 35.º da Portaria n.º 347/2013.

³⁹ E.g., condições de climatização, equipamentos de desinfeção e esterilização, equipamentos elétricos, entre outros.

⁴⁰ A entidade deverá submeter uma declaração de idoneidade do requerente, devidamente autenticada; um certificado de idoneidade profissional dos elementos da direção técnica e demais pessoal clínico e técnico, emitido pela respetiva Ordem; e uma declaração de compromisso de cumprimento dos requisitos que permitam a garantia da qualidade técnica dos exames a prestar, segundo o Manual de Boas Práticas Laboratoriais de Genética Humana,

direção técnica e pessoal clínico e técnico do estabelecimento, sob pena de caducidade da licença.

23. As unidades de diálise são classificadas em unidades centrais e unidades periféricas. As unidades centrais devem dispor de valências específicas e desenvolver um conjunto de atos médicos mais lato que as unidades periféricas, nomeadamente possibilitando a construção de acessos vasculares e o internamento dos doentes⁴¹. As unidades periféricas, por sua vez, devem celebrar protocolos com unidades centrais para as valências e atos médicos em falta⁴².
24. As unidades podem ser ainda classificadas como unidades de cuidados diferenciados e unidades de cuidados aligeirados. As unidades de cuidados aligeirados acarretam menores exigências, permitindo que os tratamentos sejam realizados apenas por enfermeiros ou pelos próprios doentes sob supervisão, e devem estar ligadas a uma unidade de cuidados diferenciados, central ou periférica, da qual fazem parte integrante. Estas centrais devem ter uma lotação máxima de 8 doentes por turno⁴³.
25. O procedimento de licenciamento das unidades de hemodiálise nas Regiões Autónomas da Madeira (RAM) e dos Açores (RAA) segue a mesma regulamentação que vigora em Portugal Continental, com as necessárias adaptações, nos termos da respetiva autonomia político-administrativa⁴⁴. Estas adaptações prendem-se, sobretudo, com a transferência de competências para o Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais (IASAÚDE)⁴⁵, que atua sob a tutela da Secretaria Regional da Saúde (SRS), na RAM⁴⁶, e para a Direção Regional da Saúde (DRS), na RAA⁴⁷.

2.2. Acesso ao setor convencionado do SNS

26. **A maioria da prestação de cuidados de hemodiálise é realizada no âmbito da rede convencionada do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo as clínicas privadas de hemodiálise compensadas diretamente, pelo SNS, pela prestação de serviços de saúde a doentes.** Em 2009, o regime de convenções foi alargado a utentes beneficiários de subsistemas de saúde públicos⁴⁸. O regime de convenções para a prestação de cuidados de saúde ao abrigo do SNS está estabelecido no Decreto-Lei n.º 139/2013.
27. **As convenções são contratos celebrados entre prestadores privados, com ou sem fins lucrativos, e uma Administração Regional de Saúde (ARS)⁴⁹ ou a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).** As convenções têm um âmbito regional, se

bem como dos equipamentos de que ficarão dotados. Cfr. artigo 21.º da Portaria n.º 347/2013 [e, por exemplo, página da Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo relativa ao licenciamento](#).

⁴¹ Cfr. N.ºs 1 a 3 do artigo 11.º e artigo 12.º da Portaria n.º 347/2013.

⁴² Cfr. Artigo 18.º da Portaria n.º 347/2013.

⁴³ Cfr. N.ºs 4 a 8 do artigo 11.º da Portaria n.º 347/2013.

⁴⁴ Cfr. Artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 127/2014.

⁴⁵ O artigo 29.º do Decreto Legislativo Regional n.º 13/2006/M menciona a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais e a Direção Regional de Planeamento e Saúde Pública. As competências destes órgãos estarão, atualmente, a cargo da IASAÚDE (Cfr. Artigo 2.º e Anexo do Decreto Legislativo Regional n.º 22/2008/M).

⁴⁶ Cfr. Artigo 29.º do Decreto Legislativo Regional n.º 13/2006/M.

⁴⁷ Cfr. Decreto Legislativo Regional n.º 17/2013/A.

⁴⁸ Nomeadamente, a ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado), a ADM (Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas), os SSMJ (Serviços Sociais do Ministério da Justiça) e os SAD da GNR e da PSP (Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana e da Polícia de Segurança Pública). Cfr. Despacho n.º 23838/2009.

⁴⁹ O território de Portugal Continental está dividido em 5 regiões de saúde, cada qual dirigida por uma ARS: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Cfr. Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, alterado pela última vez pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro.

celebradas com a ARS, e um âmbito nacional, se celebradas com a ACSS. A convenção apenas pode ser celebrada após licenciamento e registo junto da ERS⁵⁰.

28. **O regime de convenções de 2013 prevê dois procedimentos possíveis de contratação de convenções: por convenção específica ou por clausulado-tipo previamente publicado.** No procedimento de contratação para uma convenção específica, aplicam-se procedimentos previstos, com adaptações, do Código dos Contratos Públicos para a celebração de acordos-quadro. No procedimento de adesão a um clausulado-tipo, qualquer prestador que cumpra os respetivos requisitos constantes do clausulado-tipo previamente publicado pode aderir à convenção. Cabe à ACSS, em articulação com as ARS, definir os clausulados-tipo.
29. **A opção entre as diferentes modalidades é determinada pelo membro do Governo que tutela a área da saúde, sob proposta da ARS ou da ACSS, conforme o âmbito geográfico da convenção, e mediante parecer prévio não vinculativo da ERS.** Este parecer da ERS tem como objeto uma breve avaliação das características do mercado a que se dirige a convenção, *“nomeadamente quanto aos níveis de concorrência, à área de prestação e à natureza dos serviços”*⁵¹. O regime de convenções de 2013 prevê ainda um conjunto de condições que deverão constar das convenções⁵².
30. **A possibilidade de contratação de convenções por clausulado-tipo foi introduzida no Decreto-Lei n.º 97/98,** que estabeleceu o regime de convenções que vigorou até 2013. Antes desta possibilidade, todas as convenções eram contratadas através de concurso público⁵³.
31. **O procedimento de contratação por adesão a um clausulado-tipo foi adotado na área da diálise com a publicação do Despacho n.º 7001/2002,** posteriormente alterado em 2008⁵⁴ e em 2010⁵⁵, no seguimento do regime de convenções de 1998.
32. **O regime de convenções de 2013 previa a publicação posterior dos clausulados-tipo e que os contratos de adesão relativos a convenções em vigor não podiam ser renovados**⁵⁶.
33. **Contudo, à data do atual relatório, o clausulado-tipo correspondente ao regime de convenções de 2013 não havia ainda sido publicado.** Por este motivo, os contratos antigos foram sucessivamente prorrogados anualmente desde 2015. Os contratos de adesão relativos ao regime de convenções de 1998 cessam a 31 de outubro de 2021⁵⁷.

⁵⁰ São também requisitos de idoneidade para a celebração de convenções: (i) a responsabilidade técnica e a habilitação dos profissionais para a realização de prestações de saúde; e (ii) não estar abrangidos pelos impedimentos previstos no artigo 55.º do Código dos Contratos Públicos (CCP). Cfr. artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 139/2013.

⁵¹ Cfr. nº 2 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013.

⁵² Nomeadamente, as convenções devem estabelecer os direitos e obrigações dos contratantes; os códigos de nomenclatura e respetivos valores; os requisitos relativos à idoneidade técnica dos colaboradores; as normas relativas às incompatibilidades; a necessidade de licença de funcionamento, se exigível, ou de requerimento para a sua emissão; os critérios de fornecimento do serviço, incluindo a possibilidade de realização de prestações acessórias; as regras de fiscalização, controlo e acompanhamento do contrato; os níveis de serviço; o volume de serviços; e o montante máximo dos serviços a adquirir, quando aplicável. Cfr. Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 139/2013.

⁵³ Cfr. ERS (2006, pp. 12).

⁵⁴ Despacho n.º 4325/2008.

⁵⁵ Despacho n.º 4625/2010.

⁵⁶ Cfr. Número 1 do artigo 16.º do Decreto-Lei 139/2013.

⁵⁷ Cfr. Despacho n.º 9354/2015 (e Declaração de Retificação n.º 815-A/2015), Despacho n.º 12799-A/2016, Despacho n.º 9214/2017, Despacho n.º 10145-A/2018, Despacho n.º 9881/2019, Despacho n.º 10832/2020.

34. **Após a entrada em vigor do regime de convenções de 2013, e de acordo com alguns dos stakeholders⁵⁸, as convenções ou permaneceram fechadas a novos operadores ou foi adotado o clausulado-tipo anterior.** As condições aplicadas aos operadores variaram no tempo e conforme a entidade pública responsável pela celebração das convenções, nomeadamente entre as ARS⁵⁹.
35. Na RAM, o acesso ao setor convencionado rege-se por disposições análogas àquelas que constam no regime de convenções de 2013, estando a atribuição de novas convenções a cargo da IASAÚDE⁶⁰. O clausulado-tipo definido para a adesão consta da Portaria n.º 430/2017 do Governo Regional da Madeira. Por outro lado, não vigora na RAA nenhuma legislação específica no âmbito da regulamentação do regime de celebração de convenções.

2.3. Preços no setor convencionado de hemodiálise

36. **Os preços no setor convencionado de hemodiálise são determinados por despacho do Ministério da Saúde.** Apesar de poder fixar estes preços unilateralmente, o Ministério da Saúde tem encetado ciclos negociais com as entidades representativas do setor, visando a celebração de acordo relativamente aos preços no setor convencionado. Veja-se, por exemplo, o último despacho adotado em matéria de preços convencionados no setor⁶¹.
37. **Desde a publicação do clausulado-tipo em 2002, os preços no setor convencionado apresentaram diferentes modalidades, nomeadamente o preço por sessão e o preço compreensivo.** A evolução dos preços associados aos cuidados de hemodiálise, em Portugal Continental, é exibida na Tabela 1.

⁵⁸ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), e (ii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), bem como informações recolhidas através dos pedidos de elementos enviados à (i) NephroCare; (ii) Diaverum; (iii) CHOT; (iv) Nefroestremoz.

⁵⁹ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020).

⁶⁰ Cfr. Decreto Regulamentar Regional n.º 11/2017/M.

⁶¹ Cfr. Despacho n.º 12-A/2020, de 2 de janeiro, da Sra. Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, onde é referido, expressamente, no n.º 6 do despacho.

Tabela 1 – Evolução dos preços convencionados de hemodiálise em Portugal Continental

Data de publicação	Data de entrada em vigor	Data limite	Preço compreensivo (com acessos)	Preço compreensivo (sem acessos)	Preço por sessão
04/04/2002 ⁶²	Sem data	Sem data, revisão anual			104,75€
31/10/2005 ⁶³	01/11/2005	Sem data			114,79€
19/02/2008 ⁶⁴	01/02/2008	Sem data	547,94€		114,79€
27/12/2010 ⁶⁵	01/01/2011	Sem data	537,25€		
03/01/2011 ⁶⁶	01/01/2011	Sem data		515,06€	
23/08/2011 ⁶⁷	01/09/2011	Sem data	470,09€	450,68€	
28/04/2017 ^{68,69}	01/01/2017	31/12/2019	455,99€	437,16€	111,35€
30/12/2019 ^{70,71}	01/01/2020	31/12/2020	455,99€	437,16€	111,35€

38. **Até 2008, as unidades privadas de hemodiálise recebiam do SNS um montante por cada sessão de cada doente – o preço por sessão.** A modalidade de preço por sessão abrange todos os encargos relativos diretamente às sessões de diálise, ao respetivo acompanhamento médico dos doentes, seu controlo e avaliação, aos eletrocardiogramas realizados e aos medicamentos administrados durante as sessões de hemodiálise^{72,73}.
39. **Em 2008, foi acrescentada a modalidade de pagamento por preço compreensivo na rede convencionada, que estabelece um valor semanal pago às clínicas de hemodiálise por cada doente em tratamento**⁷⁴. Este modelo está associado à “gestão integrada da doença”, que engloba o estabelecimento de um valor semanal pago às clínicas de hemodiálise por cada doente em tratamento, a definição de parâmetros de resultados e de controlo de qualidade, a relação direta entre o pagamento às clínicas de hemodiálise e o cumprimento dos objetivos terapêuticos definidos e o

⁶² Despacho n.º 7001/2002, de 4 de abril.

⁶³ Cfr. Despacho n.º 22620-B/2005, de 31 de outubro, e pp. 19 do CEGEA (2017).

⁶⁴ Despacho n.º 4325/2008, de 19 de fevereiro.

⁶⁵ Despacho n.º 19109/2010, de 19 de outubro.

⁶⁶ Despacho n.º 47-A/2011, de 3 de janeiro.

⁶⁷ Despacho n.º 10569/2011, de 23 de agosto.

⁶⁸ Despacho n.º 3668-B/2017, de 28 de abril.

⁶⁹ A redução face aos preços anteriores, estabelecidos pelo Despacho n.º 10569/2011, é de 3%. Caso a despesa do SNS em tratamentos de hemodiálise seja superior a 230 milhões de euros, a redução é de 3,5%, pelo que os preços seriam, na mesma ordem: 453,64€, 434,91€, 110,77€.

⁷⁰ Despacho n.º 12-A/2020, de 30 de dezembro.

⁷¹ Tal como no despacho anterior, aplica-se uma redução de 3,5% face aos preços estabelecidos pelo Despacho n.º 10569/2011, caso a despesa do SNS em tratamentos de hemodiálise seja superior a 230 milhões de euros.

⁷² Exceto um conjunto de medicamentos definidos no Despacho n.º 9825/98, de 13 de maio.

⁷³ Cfr. alínea a) do n.º 2 da cláusula 12.ª do clausulado tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área de diálise, em anexo ao Despacho n.º 4325/2008.

⁷⁴ Com a entrada em vigor do Despacho n.º 4325/2008, de 19 de fevereiro. Este despacho foi complementado pela Circular Informativa n.º 6/DSCS/DGID, da Direção-Geral da Saúde. Esta circular informativa informa que as unidades de diálise com convenção podem alterar para a modalidade de preço compreensivo mediante uma comunicação ao Conselho de Administração da ARS com a qual têm contrato de convenção. Adicionalmente, no caso de novos contratos de convenção e de renovação de convenções, devem apenas ser celebrados contratos de convenção com a modalidade de preço compreensivo. Note-se que a cláusula 12.ª do clausulado tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise, alterada pelo Despacho n.º 4325/2008, apenas indica que as entidades convencionadas de diálise devem optar por uma das modalidades de preço, não privilegiando a modalidade de preço compreensivo sobre a de preço por sessão.

estabelecimento de mecanismos de auditoria, de informação, de monitorização, de acompanhamento e de avaliação.

40. **A modalidade de preço compreensivo abrange todos os encargos relacionados com o tratamento de diálise dos doentes renais crónicos, excetuando transportes.** Em particular, abrange todos os encargos relativos diretamente às sessões de diálise, ao respetivo acompanhamento médico dos doentes, seu controlo e avaliação, aos exames, análises e medicamentos necessários ao tratamento de insuficiência renal crónica e suas intercorrências passíveis de serem corrigidas nas clínicas de hemodiálise⁷⁵.
41. **A modalidade de preço compreensivo foi implementada com o objetivo de aproximar o financiamento dos tratamentos de diálise e serviços associados a um modelo de pagamento por resultados**⁷⁶. Antes da entrada em vigor do preço compreensivo, quaisquer consultas ou intervenções médicas adicionais (*e.g.*, análises ao sangue), bem como medicamentos⁷⁷, não estavam incluídas no tratamento contratado pelo SNS às clínicas de hemodiálise. Com o preço compreensivo, estes serviços foram incluídos no tratamento contratado pelo SNS e o seu pagamento fica sujeito ao cumprimento de parâmetros de resultados e a um controlo de qualidade⁷⁸.
42. Com a introdução da modalidade de preço compreensivo pretendeu-se ainda desincentivar o desperdício de recursos e a multiplicação de atos médicos desnecessários⁷⁹, e conferir mais incentivos às clínicas para manter o doente saudável⁸⁰.
43. Na RAM, à luz do artigo 7.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 11/2017/M, os preços do setor convencionado são iguais aos aplicáveis em Portugal Continental.

2.4. Regulação da qualidade relativa aos tratamentos de diálise

44. **Na sua atividade, as unidades privadas de diálise devem respeitar os requisitos e exigências constantes do Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica do Ministério da Saúde**⁸¹. Este manual de boas práticas tem por objetivo garantir a qualidade dos serviços de saúde prestados aos doentes, assegurando uma apropriada organização técnica e procedimental.
45. **Não obstante, alguns *stakeholders* com quem a AdC se reuniu reportaram que, para efeitos de fiscalização, tem sido também utilizado o Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos**⁸², publicado em 2017 e aprovado pelo Colégio

⁷⁵ Cfr. alínea b) do número 2 da cláusula 12.ª do clausulado tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área de diálise, em anexo ao Despacho n.º 4325/2008.

⁷⁶ Escoval et al. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental da gestão em saúde.

⁷⁷ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a Tecsam (20/01/2020).

⁷⁸ Cfr. Cláusula 11.º do Despacho n.º 4325/2008. V. secção seguinte para informação adicional acerca destes parâmetros de resultados e controlo de qualidade.

⁷⁹ Coelho et al. (2014). Adicionalmente, no âmbito das reuniões que a AdC desenvolveu com *stakeholders* do setor, a APIR referiu que, antes do preço compreensivo, os doentes eram induzidos a realizarem uma sessão de hemodiálise adicional, frequentemente desnecessária. Conferir ata de reunião entre a AdC e a APIR (27/02/2020).

⁸⁰ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a APIR (27/02/2020). V., igualmente, Coelho, et al. (2014).

⁸¹ Publicado no Despacho n.º 14391/2001, de 10 de julho. Cfr. artigo 4.º da Portaria n.º 347/2013. Note-se que, de acordo com o [Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos](#) de 2017, será publicado em breve um novo Manual de Boas Práticas pelo Ministério de Saúde para a área da diálise. Também a APIR referiu que uma nova versão do manual de boas práticas de diálise foi discutida em reunião com a CNAD, em meados de 2018. Cfr. ata de reunião entre a AdC e a APIR (27/02/2020).

⁸² Cfr. atas de reunião entre a AdC e (i) a Fundação Renal Portuguesa (23/01/2020), e (ii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020) e informação obtida através do pedido de elementos enviado à CHOT.

da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos. Também em 2006 e 2011 foram publicados manuais de boas práticas para a diálise crónica pela Ordem dos Médicos.

46. **O controlo de qualidade e segurança dos cuidados prestados nas unidades de diálise compete à Direção-Geral de Saúde (DGS)⁸³, à ARS territorialmente competente, em articulação com a ACSS⁸⁴, e à ERS⁸⁵.** A DGS monitoriza a qualidade através da Comissão Nacional de Acompanhamento de Diálise (CNAD) utilizando a Plataforma de Gestão Integrada da Doença Renal Crónica (PGID). As ARS, por sua vez, têm poderes de vistoria e inspeção através das Comissões de Vistoria para as Unidades de Diálise (CVUD). As CVUD têm o dever de comunicar qualquer infração que comprometa a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à CNAD⁸⁶.
47. **A CNAD foi constituída em 2008⁸⁷ e visa, entre outros objetivos, “acompanhar e avaliar a prestação de cuidados de saúde à pessoa com doença renal crónica, designadamente no que diz respeito ao acesso e oferta de cuidados específicos de saúde, à qualidade dos cuidados e segurança dos doentes, ao grau de satisfação dos doentes em diálise crónica, aos modelos de financiamento dos cuidados e aos resultados da prestação de cuidados de saúde”⁸⁸.** A CNAD é constituída, nomeadamente, por representantes da DGS, da ACSS, de cada ARS, de ordens profissionais, de associações de clínicas, de associações de doentes, da SPN, entre outros.
48. **No modelo de preço compreensivo, os pagamentos por parte do SNS ao setor convencionado estão sujeitos ao cumprimento de parâmetros de resultados e a um controlo de qualidade⁸⁹.** As metas e objetivos de monitorização de resultados, bem como o sistema para o registo dos resultados, foram definidos em circulares normativas pela DGS e pela ACSS⁹⁰. No caso de incumprimento, os pagamentos por parte do SNS são suspensos após notificação de incumprimento pela DGS, não aceitação da justificação técnica para o desvio verificado por parte da DGS e não correção ou normalização das metas em questão.
49. **No contexto de saúde pública da pandemia da COVID-19, o setor da hemodiálise foi ainda sujeito a regulamentação adicional,** que obriga à adoção de medidas de prevenção e controlo nas unidades de hemodiálise, estipula a organização de circuitos separados de tratamento e transporte dos doentes COVID-19 face aos restantes, e define a abordagem clínica para doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19⁹¹.
50. **Na RAM, a avaliação da qualidade do serviço prestado pelas clínicas de hemodiálise convencionadas cabe à IASAÚDE, em articulação com o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM)⁹². Na RAA, a monitorização da qualidade dos serviços prestados compete à Direção Regional da Saúde (DRS), em articulação com as autoridades de saúde de âmbito concelhio⁹³.**

⁸³ Cfr. Alínea a) do número 1 do artigo 8.º da Portaria n.º 347/2013.

⁸⁴ Cfr. Alínea b) do número 1 do artigo 8.º da Portaria n.º 347/2013.

⁸⁵ Cfr. Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 127/2014.

⁸⁶ Cfr. Número 1, alínea b), do artigo 7.º da Portaria n.º 347/2013.

⁸⁷ Cfr. Despacho 3789/2008, de 14 de fevereiro.

⁸⁸ Cfr. Despacho n.º 2289/2020 de 10 de fevereiro.

⁸⁹ Cfr. Cláusula 11.º do Despacho n.º 4325/2008.

⁹⁰ Cfr. Circular Normativa n.º 03/DSCS/DGID de 22/02/2008, da DGS; Circular Normativa n.º 04/DSCS/DGID de 28/02/2008, da DGS; e Circular Normativa n.º 12/2013/DPS, da ACSS.

⁹¹ Cfr. a Norma 008/2020 da DGS, inicialmente publicada a 28 de março, e atualizada a 26 de maio.

⁹² Cfr. Artigo 12.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 11/2017/M.

⁹³ Cfr. Artigo 20.º do Decreto Legislativo Regional n.º 17/2013/A.

2.5. Regulação sobre informação aos doentes e seleção do tratamento

51. O esclarecimento acerca dos diferentes tratamentos da doença renal crónica é obrigatório para todos os doentes cuja função renal seja residual (*i.e.*, estágio 5). Em cada serviço hospitalar de nefrologia deve existir uma consulta de esclarecimento ao doente acerca das diferentes modalidades de tratamento. Esta consulta deverá obedecer aos seguintes requisitos:
- a) *“ter o objetivo de contribuir para o esclarecimento pleno do doente acerca das diferentes modalidades de tratamento e técnicas respetivas;*
 - b) *ser funcionalmente individualizada e dispor de registo próprio;*
 - c) *integrar uma equipa multidisciplinar constituída, pelo menos, por nefrologista assistente, enfermeiro, técnico do serviço social e nutricionista;*
 - d) *dispor de apoio de material informativo adequado”⁹⁴.*
52. **O esclarecimento inclui um folheto com informação relativa às modalidades terapêuticas, nomeadamente a hemodiálise, a diálise peritoneal, a transplantação renal e a terapêutica conservadora⁹⁵**, de forma a facultar ao doente os conhecimentos necessários para uma opção informada e consciente. Nesse folheto consta também um quadro comparativo das modalidades terapêuticas da doença renal crónica. Esta informação não dispensa o médico de informar adequadamente o doente e, se necessário, aconselhar o doente.
53. **O esclarecimento exige ainda o preenchimento e assinatura pelo doente da declaração de esclarecimento e de opção por modalidade de terapêutica da insuficiência renal crónica avançada e de unidade de tratamento.** A opção pela modalidade terapêutica e o consentimento informado não são vinculativos e podem ser, a qualquer momento, alterados. Adicionalmente, a declaração deverá ficar apenas ao processo clínico do doente.
54. **Esta consulta de esclarecimento visa, assim, diminuir a significativa assimetria de informação entre o doente e os profissionais de saúde, assegurando que a opção pela modalidade terapêutica pelo doente é devidamente informada.**
55. **A escolha da forma de tratamento a seguir cabe ao doente, após a consulta de esclarecimento. Contudo, conforme referido pela APIR⁹⁶, tenderá a verificar-se, pelo menos em alguns casos, uma delegação da decisão do doente para profissionais de saúde**, como sejam médicos ou enfermeiros. As opções disponíveis dependerão das condições clínicas do doente, das necessidades específicas do doente, assim como dos meios disponíveis, quer dos doentes, quer dos prestadores de tratamentos.

2.6. Alocação e transporte dos pacientes às clínicas no setor convencionado do SNS

56. **O SNS assegura gratuitamente o transporte dos doentes do seu domicílio para as clínicas de hemodiálise e vice-versa, bem como o transporte necessário à realização de atos clínicos associados à condição do doente renal, como sejam exames médicos⁹⁷.**

⁹⁴ [Norma nº 017/2011](#) de 28/09/2011 atualizada a 14/06/2012, emitida pela DGS, relativa ao tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5.

⁹⁵ Cfr. Anexo II da [Norma nº 017/2011](#).

⁹⁶ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a APIR (27/02/2020).

⁹⁷ Cfr. Portaria n.º 83/2016, de 12 de abril, que procede à quarta alteração da Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio, que introduzira um sistema de copagamento, com um limite máximo de 30 euros mensais.

Este transporte é organizado pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), correspondente ao domicílio do doente renal e associado a uma ARS⁹⁸.

57. **O transporte de doentes providenciado no âmbito do SNS está sujeito a critérios de gestão de transporte**⁹⁹. Em particular, deve ser privilegiada a clínica mais próxima do local de residência do doente renal, e o transporte de doentes deve ser agrupado tendo em conta os horários dos tratamentos de hemodiálise e de acordo com um princípio de desvio máximo no percurso, em termos de distância e tempo¹⁰⁰. Por outras palavras, os doentes podem ser agrupados desde que não exista um desvio superior a 10 km ou 30 minutos inerente a cada recolha de doentes para o transporte único em apreço¹⁰¹.
58. **Os doentes renais crónicos podem escolher em que clínica realizam o tratamento de hemodiálise, desde que tal não implique custos acrescidos para o SNS e a clínica tenha capacidade disponível**¹⁰².
59. **No que diz respeito à mudança de clínica após o início de tratamento de hemodiálise, os doentes são sujeitos aos mesmos critérios de alocação a clínicas que no início do tratamento.** Nessa medida, e conforme foi referido à AdC no âmbito das reuniões desenvolvidas, as mudanças de clínicas ocorrem sobretudo quando os doentes mudam de residência¹⁰³ ou quando se tornam doentes em trânsito, por exemplo por motivo de férias¹⁰⁴.

3. ANÁLISE ÀS CONDIÇÕES DE CONCORRÊNCIA

60. Nesta secção, desenvolve-se uma análise concorrencial ao setor da hemodiálise em Portugal, focada nas barreiras à abertura e expansão de clínicas de hemodiálise, nas dimensões de concorrência relevantes para o setor, bem como na distribuição geográfica e indicadores de concentração.
61. Para além das reuniões desenvolvidas com vários *stakeholders* do setor, a AdC enviou pedidos de elementos aos operadores. Nesses pedidos, a AdC solicitou informação relativa à estrutura de propriedade dos operadores ao longo do tempo e à visão dos operadores quanto às barreiras à entrada e expansão no setor¹⁰⁵.
62. A AdC também solicitou à ERS informação relativa à listagem de estabelecimentos licenciados, incluindo as suas características e estrutura de propriedade. Esta lista de estabelecimentos foi complementada com a informação sobre as unidades de tratamento de hemodiálise no setor público, publicamente disponível no site da APIR¹⁰⁶ e no Portal de Transparência do SNS, retirada da Plataforma de Gestão Integrada da Doença (PGID)¹⁰⁷. Adicionalmente, utiliza-se informação constante do

⁹⁸ Veja-se, por exemplo, a Circular Normativa n.º 2-CD/2010 da ARS Centro, relativa ao regulamento de transporte de doentes; bem como atas de reuniões entre a AdC e (i) a Caledial (28/01/2020), (ii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), (iii) a Pombaldial (28/01/2020), (iv) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), e (v) a Centrodial (22/01/2020).

⁹⁹ Referidos na legislação como “critérios de racionalidade económica”. Cfr. n.º 3 do artigo 3.º e n.º 5 do artigo 7.º do Despacho n.º 7702-C/2012.

¹⁰⁰ Artigos 4.º e 7.º do Despacho n.º 7702-C/2012, de 1 de junho.

¹⁰¹ Cfr. n.º 7 do artigo 4.º do Despacho n.º 7702-C/2012.

¹⁰² Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), (ii) a Pombaldial (28/01/2020), (iii) a Centrodial (22/01/2020), (iv) a FRP (23/01/2020), e (v) a APIR (27/02/2020).

¹⁰³ Cfr. ata de reunião entre a AdC e, a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020).

¹⁰⁴ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a APIR (27/02/2020).

¹⁰⁵ Os operadores visados e as questões que lhes foram colocadas no pedido de elementos encontram-se elencados no Anexo 6.1.

¹⁰⁶ V. [Página da APIR sobre centros e unidades de diálise](#).

¹⁰⁷ V. Base de dados da [Plataforma de Gestão Integrada da Doença \(PGID\)](#), disponível no Portal Transparência do SNS.

Portal de Transparência¹⁰⁸ relativa ao número de doentes e de tratamentos nas unidades de hemodiálise públicas e privadas a operar em Portugal Continental.

63. Todos os dados apresentados referem-se, salvo menção em contrário, a março de 2020, o último período para o qual os dados da PGID estão disponíveis à data de publicação deste relatório.

3.1. Dimensões de concorrência na atividade da hemodiálise

64. Conforme descrito *supra*, o serviço nas clínicas de hemodiálise e o transporte dos doentes são prestados gratuitamente aos doentes renais crónicos no âmbito do SNS. O tratamento de hemodiálise é prestado sobretudo por uma rede convencionada de prestadores privados e residualmente por centros hospitalares públicos¹⁰⁹. Por outro lado, o transporte dos doentes é assegurado pelos ACES, que integram as ARS¹¹⁰.
65. **O serviço prestado nas clínicas de hemodiálise apresenta dimensões de concorrência específicas.** A procura pelos tratamentos de hemodiálise no setor convencionado é representada pelo Estado, através de pagamentos do SNS às clínicas de hemodiálise, com preços fixados pelo Ministério da Saúde (v. secção 2.3). Ao mesmo tempo, os tratamentos de hemodiálise têm uma forte componente de qualidade (v. secção 2.4). Por fim, a escolha da clínica de tratamento por parte dos doentes é fortemente condicionada pelo transporte gratuito disponibilizado pelo SNS (v. secção 2.6).
66. **A concorrência entre clínicas de hemodiálise realiza-se, assim, por via de fatores não-preço, nomeadamente a localização das clínicas e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes renais, tomando o preço como um dado adquirido no mercado**¹¹¹. A qualidade do serviço prestado aos doentes renais inclui, entre outros, o tratamento de hemodiálise *per se*, a disponibilidade de horários e serviços¹¹², eventuais tempos de espera na clínica ou no decurso dos transportes, a atenção prestada aos doentes pelos profissionais de saúde¹¹³, a relação de confiança entre o doente renal e os profissionais de saúde e a familiaridade do doente com a clínica¹¹⁴.
67. **Não obstante a existência de um preço regulado, as clínicas de hemodiálise, através das entidades representativas do setor, podem exercer um determinado grau de influência nos preços convencionados** – v. parágrafo 36.

Concorrência pela localização

68. **A atividade de hemodiálise é caracterizada por economias de escala**, cujo retorno aumenta em função da maior dimensão das clínicas. Vários *stakeholders* informaram acerca da escala mínima que assegura a viabilidade de uma clínica, indicando dimensões entre os 30 e os 70 doentes, tendo sido ainda referido que a taxa de retorno aumenta com a dimensão das clínicas¹¹⁵.

¹⁰⁸ *Idem*.

¹⁰⁹ V. Secção 3.4 sobre índices de concentração no setor.

¹¹⁰ Cfr. Secção 2.6.

¹¹¹ Para mais informação sobre concorrência em mercados de saúde com preços tabulados, v. Gaynor & Town. (2012).

¹¹² ERS. (2013, pp. 113).

¹¹³ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Caledial (28/01/2020), (ii) a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020), e (iii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020).

¹¹⁴ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a APIR (27/02/2020), e (ii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020).

¹¹⁵ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Anadial (20/05/2020), (ii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), (iii) a Caledial (28/01/2020), (iv) a FRP (23/01/2020), (v) a Pombaldial (28/01/2020), e (vi) a APIR (27/02/2020), bem como informação obtida através do pedido de elementos enviado à Nefropinhal.

69. **A localização das clínicas é a principal variável de concorrência entre clínicas de hemodiálise.** Na maioria dos casos, os ACES alocam os doentes às clínicas de hemodiálise, sendo que o principal critério de alocação é a distância entre o local de residência do doente e a clínica¹¹⁶. Mesmo considerando os casos em que o transporte não é assegurado pelos ACES¹¹⁷, menores distâncias entre o local de residência dos doentes e a clínica reduzem o tempo de deslocação médio. Assim, a concorrência entre clínicas de hemodiálise é de natureza local, nomeadamente ao nível de cada ARS ou de cada ACES, ao invés de ter um escopo nacional.
70. **Na abertura de uma nova clínica de hemodiálise, as variáveis de concorrência mais importantes consideradas pelos operadores são a localização e a capacidade da nova clínica.** Os operadores avaliam a população residente e a presença de outras clínicas de hemodiálise na zona envolvente da nova clínica. Recorrendo a informação respeitante à prevalência de doentes renais em Portugal, os operadores estimam o número de doentes que poderão ser alocados à clínica. O facto de esta estimativa estar acima da dimensão mínima de rendibilidade é um dos fatores considerados pelos operadores quando avaliam uma nova clínica¹¹⁸. Na decisão de abertura de uma nova clínica são tidos ainda em consideração aspetos como a propriedade ou arrendamento do espaço da clínica, o preço do terreno onde se situa a clínica ou o tipo de instalações/valências a disponibilizar aos utentes.
71. **A proximidade dos doentes renais crónicos às clínicas é uma dimensão importante na qualidade de vida dos doentes.** Alguns *stakeholders*, e em particular a APIR, identificaram que a distância e a duração do transporte dos doentes do seu local de residência para a clínica de hemodiálise têm um impacto significativo na qualidade de vida¹¹⁹. Neste contexto, vários *stakeholders* sugeriram que o setor se devia aproximar de um modelo de clínicas de menor dimensão e maior proximidade¹²⁰.
72. **Ainda que a informação disponível quanto à distância e duração do transporte dos doentes seja limitada, permite identificar que a maior parte dos doentes demorará até 2 horas entre local de residência e a clínica (ida e volta).** O questionário relativo à duração do transporte com uma amostra significativa mais recente foi realizado em 2009 pela DGS. Seguiram-se a estes dois questionários, de amostra mais limitada, realizados em 2013 e 2015, no âmbito de teses de mestrado¹²¹. Ainda que existam várias limitações associadas a uma comparação entre diferentes questionários¹²², as respostas obtidas parecem indicar uma convergência da duração do transporte para tempo de deslocação entre 30 minutos e 1 hora (v. Tabela 2).

¹¹⁶ Cfr. secção 2.6 e parágrafo 75 *infra*.

¹¹⁷ E.g pelo doente ou pela clínica de hemodiálise, conforme parágrafo 76.

¹¹⁸ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a Caledial (28/01/2020).

¹¹⁹ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a APIR (27/02/2020), (ii) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), (iii) a Centrodial (22/01/2020), e (iv) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020).

¹²⁰ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020), (ii) a Caledial (28/01/2020), (iii) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), e (iv) a APIR (27/02/2020).

¹²¹ V. DGS. (2009); Francisco. (2013); e Silva (2015).

¹²² Nos três questionários foi feita a mesma pergunta aos doentes: “Quanto tempo demora em média na deslocação para o tratamento (ida e volta)?”

Tabela 2 – Tempo de deslocação para o tratamento de hemodiálise (ida e volta)

Opções	2009	2013	2015
Até 15 minutos	13%	4%	11%
Entre 15 e 30 minutos	26%	17%	14%
Entre 30 minutos e 1 hora	37%	37%	47%
Entre 1 hora e 2 horas	14%	30%	27%
Entre 2 horas e 3 horas	5%	9%	1%
Mais de 3 horas	5%	2%	0%
N.º total de inquiridos	2902	187	104

Fonte: DGS (2009), Francisco (2013) e Silva (2015).

Concorrência pela qualidade do serviço prestado nas clínicas de hemodiálise

73. **Apenas existirá concorrência entre clínicas pela qualidade na medida em que os doentes renais possam escolher as clínicas onde fazem o tratamento de hemodiálise.** Na ausência de escolha dos doentes, a preocupação acerca da qualidade do serviço prestado nas clínicas de hemodiálise tratar-se-ia maioritariamente de cariz regulatório. Introduzindo-se alguns elementos de escolha do doente relativamente à clínica poderá adicionar-se a esta dimensão de controlo de qualidade regulatória, também incentivos à concorrência em qualidade.
74. **A regulamentação relativa ao transporte de doentes contempla, ainda que de forma limitada, alguma flexibilidade na organização dos transportes¹²³.**
75. **Em primeiro lugar, o leque de escolha de novos doentes estará condicionado sobretudo às carreiras de transporte já existentes.** Em locais com maior densidade de clínicas, pode ser aplicada uma tolerância de alguns quilómetros na definição da clínica de tratamento face à clínica mais próxima. Adicionalmente, em vez de se considerar o domicílio do doente renal como local de referência, pode considerar-se o seu local de trabalho¹²⁴.
76. **Em segundo lugar, os doentes poderão escolher a clínica onde realizam o tratamento de hemodiálise caso tal não implique custos acrescidos para o SNS. Esta condição verifica-se em três situações:**
 - a) **O doente assegura o seu próprio transporte**, suportando a respetiva despesa;
 - b) **A clínica de hemodiálise assegura o transporte do doente¹²⁵**, suportando a respetiva despesa; e
 - c) **Existe mais que uma clínica de hemodiálise que satisfaça os critérios de gestão do transporte** não urgente de doentes no âmbito do SNS.

¹²³ V. secção 2.6.

¹²⁴ Cfr. atas de reunião entre a AdC e (i) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), (ii) a FRP (23/01/2020); (iii) a APIR (27/02/2020); e (iv) a Caledial (28/01/2020).

¹²⁵ Cfr. atas de reunião entre a AdC e (i) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), e (ii) a Caledial (28/01/2020). A partir das respostas dos *stakeholders*, não é possível avaliar a prevalência desta prática no mercado nacional.

77. **Os três fatores listados *supra* promovem o grau de escolha dos doentes renais, embora possam apresentar algumas limitações.** A opção em que o doente assegura o próprio transporte poderá, à partida, ser dispendiosa e, por vezes, impraticável para o doente, caso esteja numa situação de dependência ou seja necessário um transporte especializado. Alguns *stakeholders* reportaram que as clínicas poderão ter interesse em assegurar o transporte de alguns dos seus doentes, referindo, contudo, que tal não acontecerá com frequência. Por fim, é expectável que apenas em locais com elevada densidade populacional e de clínicas de hemodiálise haja mais que uma clínica de hemodiálise que satisfaça os critérios de gestão do transporte de doentes.
78. **Adicionalmente, pode existir uma forte relação de confiança entre o doente renal e os profissionais de saúde que o tratam, nomeadamente o primeiro médico nefrologista, segundo alguns *stakeholders***¹²⁶. Grande parte dos nefrologistas que trabalham nos hospitais públicos e diagnosticam os doentes renais exercem também funções nas clínicas de hemodiálise¹²⁷. Assim sendo, as clínicas de hemodiálise onde o primeiro médico nefrologista exerce funções podem ser privilegiadas pelos doentes. Adicionalmente, devido a esta relação de confiança, os doentes renais já em tratamento podem optar por permanecer na mesma clínica caso abra uma clínica de hemodiálise mais próxima do seu local de residência.
79. **Devido a estas condicionantes quanto ao transporte, será mais correto afirmar que existe uma *alocação* dos doentes às clínicas, ao invés de uma *escolha* dos doentes.** A maioria dos doentes tenderá a optar pelo transporte gratuito do SNS¹²⁸. Considerando os critérios de gestão do transporte, a escolha de uma clínica dependerá diretamente das condições de transporte e da capacidade disponível das clínicas, o que poderá resultar, no limite, na ausência de um exercício de escolha efetiva de clínicas por parte do doente.
80. **Com efeito, as condicionantes ao grau de escolha dos doentes limitam, por sua vez, a concorrência pela qualidade entre as clínicas**¹²⁹. Veja-se que uma qualidade de serviço prestado superior não irá gerar, à partida, uma mudança de clínica por parte dos doentes.

3.2. Distribuição geográfica das unidades de hemodiálise

81. **Em março de 2020, existiam 124 unidades de hemodiálise em Portugal Continental, 80% (99) das quais privadas e 20% (25) públicas.** Cerca de 73% das unidades de hemodiálise em Portugal Continental localizam-se em NUT III litorais (Figura 3), e aproximadamente metade está localizada na Área Metropolitana de Lisboa (37) e na Área Metropolitana do Porto (24). Todas as NUT III de Portugal Continental têm pelo menos uma unidade de hemodiálise, sendo que as NUT III Alto Tâmega, Lezíria do Tejo, Beira Baixa e Baixo Alentejo têm apenas uma unidade. Destas quatro NUT III, as NUT III Alto Tâmega e Beira Baixa não são servidas por qualquer estabelecimento de hemodiálise privado (Figura 4, Figura 5 e Tabela 3).

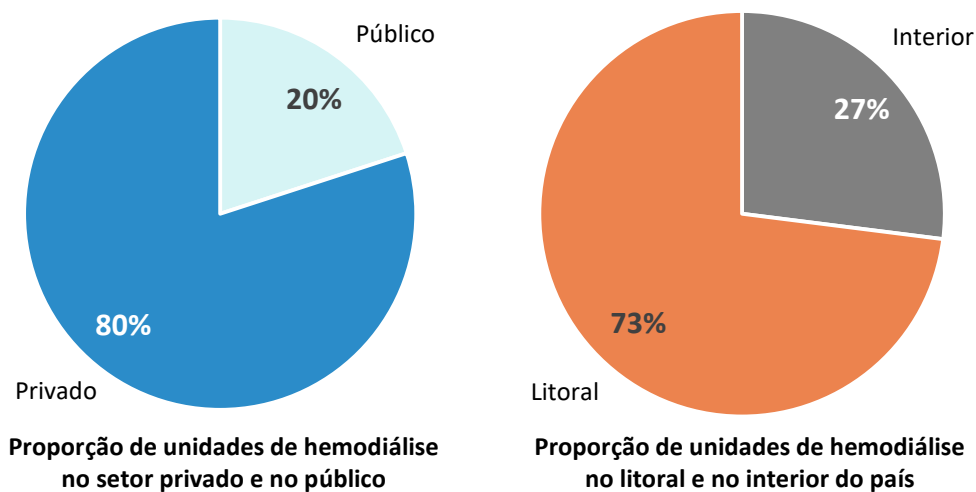
¹²⁶ Cfr. ata de reunião entre a AdC e, a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), bem como informação recolhida através do pedido de elementos enviado à B. Braun.

¹²⁷ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a FRP (23/01/2020), bem como informação obtida através dos pedidos de elementos enviados à (i) Caledial, (ii) B. Braun.

¹²⁸ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a Anadial (20/05/2020).

¹²⁹ Cfr. ata de reunião entre a AdC e, a título individual, a Presidente da CNAD (25/09/2020).

Figura 3 – Caracterização das unidades de hemodiálise, em Portugal Continental, em março de 2020



Fontes: PGID, ERS, operadores – Tratamento AdC.

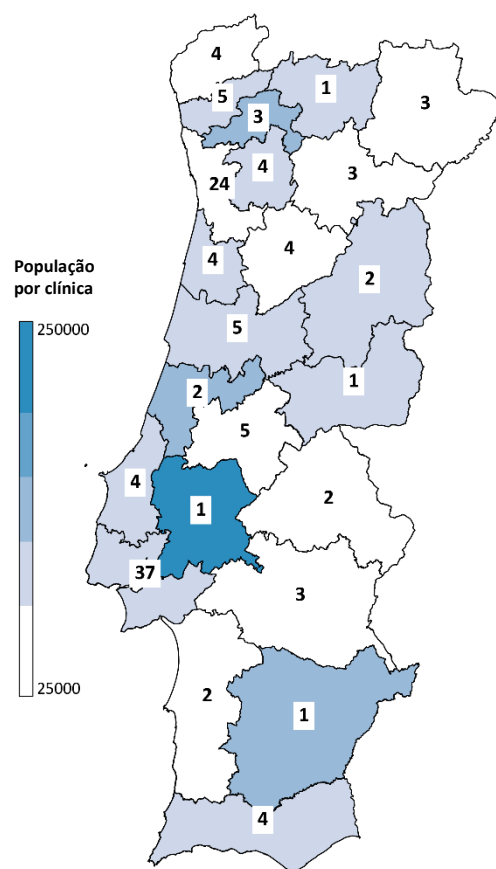
82. **As assimetrias regionais na distribuição de unidades de hemodiálise deixam de ser evidentes quando se compara, em cada NUT III, o número de unidades de hemodiálise com a população** (Figura 4). Assim, a distribuição de unidades de hemodiálise aparenta acompanhar a distribuição populacional em Portugal Continental. Veja-se, por exemplo, o caso da NUT III Beira Baixa que tem cerca de 81 mil habitantes por cada unidade de hemodiálise, um valor próximo da NUT III Área Metropolitana de Lisboa com cerca de 79 mil habitantes por unidade de hemodiálise. Nesta medida, destaca-se a NUT III Lezíria do Tejo, com aproximadamente 240 mil habitantes por cada unidade de hemodiálise.

Tabela 3 – Nº de unidades de hemodiálise por NUT III, março 2020

	Privado	Público	Total
Alentejo Central	2	1	3
Alentejo Litoral	2	0	2
Algarve	3	1	4
Alto Alentejo	2	0	2
Alto Minho	4	0	4
Alto Tâmega	0	1	1
Área Metropolitana De Lisboa	28	9	37
Área Metropolitana Do Porto	19	5	24
Ave	3	0	3
Baixo Alentejo	1	0	1
Beira Baixa	0	1	1
Beiras E Serra Da Estrela	2	0	2
Cávado	4	1	5
Douro	2	1	3
Lezíria Do Tejo	1	0	1
Médio Tejo	4	1	5
Oeste	4	0	4
Região De Aveiro	3	1	4
Região De Coimbra	4	1	5
Região De Leiria	2	0	2
Terras De Trás-Os-Montes	2	1	3
Tâmega E Sousa	4	0	4
Viseu Dão Lafões	3	1	4

Fonte: PGID, ERS, operadores – Tratamento AdC.

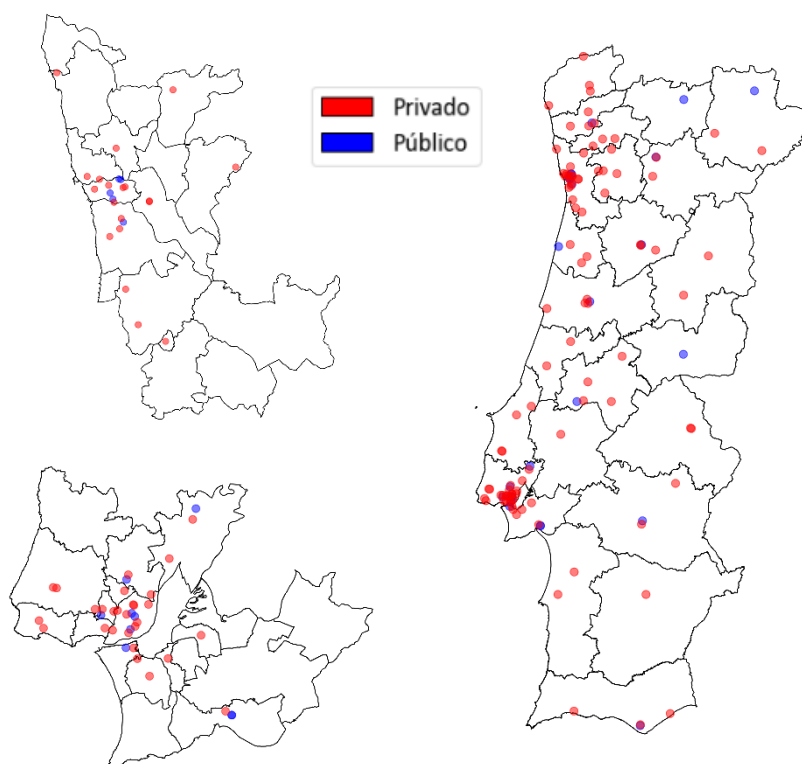
Figura 4 – Nº de unidades de hemodiálise e população por unidade (a azul), por NUT III, março 2020



Nota: Os valores indicam o número de unidades de hemodiálise. As cores das NUT III indicam o rácio de população/unidade de hemodiálise. As regiões mais escuras indicam menor número de clínicas *per capita*.

Fonte: PGID, ERS, operadores, INE – Tratamento AdC.

Figura 5 – Distribuição geográfica das unidades de hemodiálise em Portugal Continental, na Área Metropolitana de Porto e na Área Metropolitana de Lisboa, em março de 2020



Fonte: PGID, ERS, operadores – Tratamento AdC.

83. Na RAM existiam, em março de 2020, quatro unidades de hemodiálise, três das quais na ilha da Madeira e uma na ilha de Porto Santo. Entre estas unidades, metade integra o setor privado e a outra metade integra o setor público. Por seu turno, na RAA, existem três unidades de hemodiálise, todas públicas, nas ilhas de São Miguel, da Terceira e do Faial¹³⁰.

3.3. Qualidade

84. A qualidade de vida do doente renal crónico inclui não só a qualidade do tratamento de hemodiálise em si, mas também outros aspetos, como sejam a duração do transporte entre o local de residência e a clínica.
85. **No que diz respeito à qualidade do tratamento de hemodiálise, vários stakeholders¹³¹ referiram que a qualidade do tratamento de hemodiálise em Portugal é elevada face a outros países¹³².** Foi referido, inclusive, que os indicadores de qualidade do tratamento de hemodiálise em Portugal comparam favoravelmente com outros países¹³³, nomeadamente considerando a taxa de mortalidade no primeiro

¹³⁰ Fonte: PGID, APIR, operadores.

¹³¹ Entre os quais, a APIR e a, título individual, a atual presidente da CNAD.

¹³² Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Caledial (28/01/2020), (ii) a Centrodial (22/01/2020), (iii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), (iv) a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020), (v) a Pombaldial (28/01/2020), (vi) a APIR (27/02/2020), (vii) a Anadial (20/05/2020), e (viii) a título individual, a Presidente da CNAD (25/09/2020).

¹³³ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Centrodial (22/01/2020), (ii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), (iii) a Pombaldial (28/01/2020), (iv) a Anadial (20/05/2020), e (v) a título individual, a Presidente da CNAD (25/09/2020).

e segundo anos¹³⁴. Alguns *stakeholders* referiram ainda que os grupos multinacionais fazem comparação da qualidade de tratamento entre clínicas do mesmo grupo e que, nessas comparações, as clínicas portuguesas de cada grupo se posicionam favoravelmente face às clínicas do mesmo grupo noutros países¹³⁵.

86. **Vários *stakeholders* apontaram os requisitos de controlo de qualidade no setor para explicar a qualidade do tratamento de hemodiálise em Portugal.** Para além dos requisitos de qualidade na legislação nacional, as clínicas de hemodiálise podem também ter certificação internacional ou adotar *guidelines* internos específicos a cada grupo¹³⁶.
87. **Alguns *stakeholders* destacaram o papel positivo do preço compreensivo na qualidade do tratamento de hemodiálise e na qualidade de vida dos doentes**¹³⁷. A APIR referiu que a introdução do preço compreensivo em 2008, com enfoque na gestão integrada da doença, terá tido um impacto positivo na qualidade prestada nas clínicas de hemodiálise ao eliminar eventuais incentivos à indução da procura por parte dos prestadores¹³⁸.
88. **Com efeito, o preço compreensivo aumenta as responsabilidades dos operadores em termos da qualidade do tratamento, medicamentos, exames e acessos (v. secção 2.4), o que, segundo alguns *stakeholders*, terá conferido incentivos às clínicas para manter os doentes saudáveis**¹³⁹. Alguns *stakeholders* destacaram, no entanto, que, aliada ao aumento de responsabilidades das clínicas, tem havido uma diminuição do preço compreensivo pago pelo SNS¹⁴⁰.
89. **A relação entre a qualidade do serviço prestado nas clínicas de hemodiálise e a capacidade das clínicas é ambígua.** Alguns *stakeholders* destacaram os seguintes pontos:
 - a) Nas clínicas de menor dimensão existe um ambiente mais familiar, que promove o convívio entre doentes, os doentes têm mais atenção e são acompanhados de forma mais próxima pelos profissionais de saúde. Por este motivo, alguns *stakeholders* indicaram que idealmente as clínicas de hemodiálise não deveriam exceder uma determinada capacidade. As sugestões de capacidade máxima variaram entre 80 e 150 doentes¹⁴¹. Contudo, alguns *stakeholders* também referiram que as clínicas de maior

¹³⁴ Almeida et al. (2020). Incidence, prevalence and crude survival of patients starting dialysis in Portugal.

¹³⁵ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020), (ii) a Pombaldial (28/01/2020), e (iii) a Anadial (20/05/2020).

¹³⁶ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) Caledial (28/01/2020), (ii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), (iii) a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020), (iv) a Pombaldial (28/01/2020), (v) a Anadial (20/05/2020), (vi) a título individual, a Presidente da CNAD (25/09/2020), e (vii) a APIR (27/02/2020). A título individual, a atual presidente da CNAD, também apontou a qualidade dos profissionais de saúde em Portugal como fator explicativo da qualidade do tratamento de hemodiálise.

¹³⁷ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Anadial (20/05/2020), (ii) a APIR (27/02/2020), (iii) a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020), e (iv) a título individual, a Presidente da CNAD (25/09/2020).

¹³⁸ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a APIR (27/02/2020).

¹³⁹ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020), e (ii) a APIR (27/02/2020).

¹⁴⁰ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Anadial (20/05/2020), e (ii) a Pombaldial (28/01/2020), bem como informações recolhidas através dos pedidos de elementos enviados à (i) Caledial; (ii) CHOT; (iii) DaVita; (iv) Nefroestremoz.

¹⁴¹ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), (ii) a Caledial (28/01/2020), (iii) a título individual, a Presidente da CNAD (25/09/2020), e (iv) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), bem como informações recolhidas através dos pedidos de elementos enviados à (i) CHOT e (ii) Clirenocare. a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020). Associação Nacional de Unidades de Diálise

dimensão podem dispor de maior capacidade técnica, ter valências fora do alcance das mais pequenas, como seja um bloco para construção de acessos ou estarem mais capacitados para lidar com os desafios colocados por situações como a pandemia Covid-19¹⁴².

- b) Houve ainda *stakeholders* que referiram não haver diferenças na qualidade de tratamento de clínicas de menor ou maior dimensão¹⁴³, nomeadamente a APIR que considera indiferente a dimensão das clínicas ou o operador que presta cuidados de hemodiálise, desde que sejam cumpridas as normas de qualidade previstas no quadro regulatório.

90. **No que diz respeito aos transportes, alguns *stakeholders* reportaram diferenças significativas na organização dos transportes entre ACES, mesmo em casos em que estas integram a mesma ARS, e entre ARS.** Tal dever-se-á a diferenças na interpretação das normas relativas ao transporte. Assim, num ACES, por exemplo, a clínica de tratamento pode ser indicada pelo hospital público que diagnosticou o doente, ao passo que noutra ACES, na mesma ARS, a clínica é selecionada recorrendo à aplicação Google Maps. Por outro lado, em regiões transfronteiriças entre diferentes ACES e diferentes ARS, os critérios de gestão de transporte podem ser ou não aplicados conforme a coordenação existente entre ACES e ARS¹⁴⁴.

3.4. Estrutura dos mercados da hemodiálise em Portugal

Definição de mercados relevantes

Mercado de produto relevante

91. **O tratamento de diálise pode ser realizado através da hemodiálise ou através da diálise peritoneal.** Este tratamento pode ser permanente ou temporário, dependendo do caso de cada doente. Em casos menos graves, o doente renal crónico pode seguir o chamado tratamento conservador, que combina alterações de dieta com medicação específica. Os casos de maior gravidade, por seu turno, podem exigir um transplante de rim, embora os doentes renais crónicos possam pedir para integrar numa lista de espera de transplante de rim noutras circunstâncias.
92. A diálise peritoneal, ao contrário da hemodiálise, é feita no organismo do doente, utilizando a sua membrana peritoneal (ou peritóneu)¹⁴⁵ como filtro. Este procedimento exige uma cirurgia para a instalação do cateter de diálise peritoneal, parte do qual fica exposto fora do abdómen do doente. O cateter serve para transportar o líquido de diálise, que purifica o sangue, para dentro e fora do organismo do doente.
93. **A diálise peritoneal permite uma maior flexibilidade de horários para o tratamento de diálise, que pode ser realizado ao longo de todo o dia, e aumenta a mobilidade do doente.** A diálise peritoneal pode ser realizada pelo doente no seu domicílio ou no seu local de trabalho. O tratamento de diálise peritoneal é acompanhado da

¹⁴² Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Centrodial (22/01/2020), (ii) a título individual, a Presidente da CNAD (25/09/2020), e (iii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), bem como informações recolhidas através do pedido de elementos enviado à CHOT.

¹⁴³ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a Anadial (20/05/2020).

¹⁴⁴ Cfr. ata de reunião entre a AdC e (i) a Pombaldial (28/01/2020); (ii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020); (iii) e a APIR (27/03/2020).

¹⁴⁵ Membrana com um elevado número de vasos sanguíneos que reveste e sustenta os órgãos do abdómen. V. CEGEA. (2007).

supervisão de uma unidade de diálise de referência. Existem 25 unidades de diálise peritoneal em Portugal¹⁴⁶, em hospitais que integram o SNS.

94. **O tratamento de diálise peritoneal exige, contudo, alguns requisitos que podem reduzir a sua prevalência entre os doentes renais.** Para recorrer à diálise peritoneal, os doentes renais devem ter ainda uma função renal residual (entre 5 a 7%) e não podem ter realizado um transplante renal no passado¹⁴⁷. Adicionalmente, a diálise peritoneal é um tratamento eficaz apenas por um período entre 3 a 5 anos, segundo os *stakeholders*¹⁴⁸. A diálise peritoneal acarreta ainda riscos de hemorragias e de infeções, pelo que exige formação específica e um elevado grau de autossuficiência do doente¹⁴⁹. Esta barreira poderá ser significativa considerando que os doentes podem não estar dispostos a aceitar responsabilidades acrescidas¹⁵⁰ e o perfil dos doentes renais em Portugal¹⁵¹, sobretudo de idade avançada e em estado de dependência¹⁵².
95. **Embora tanto a hemodiálise como a diálise peritoneal sejam tratamentos de doença renal crónica e, nessa medida, possam, à partida, apresentar algum grau de substituíbilidade, a AdC, na sua prática decisória¹⁵³, tem considerado que os dois tratamentos integram mercados relevantes distintos.**
96. No lado da procura, a AdC identificou um conjunto de fatores que indiciam que a hemodiálise e a diálise peritoneal constituem mercados distintos. Entre os fatores que indiciam que a hemodiálise e a diálise peritoneal constituem mercados distintos, incluem-se:
- a) Diferenças no modo de administração;
 - b) O facto de nem todos os doentes poderem ser sujeitos aos dois tratamentos alternativamente;
 - c) Mesmo nos casos em que os doentes possam recorrer aos dois tratamentos, existem custos significativos de mudança de tratamento, nomeadamente quanto ao estilo de vida do doente e ao processo de aprendizagem do doente; e
 - d) As especialidades farmacêuticas para a diálise peritoneal serem classificadas de forma distinta das especialidades relacionadas com hemodiálise.
97. **Assim, nem todos os doentes sujeitos a hemodiálise podem ser sujeitos a diálise peritoneal**, e vice-versa, pelo que a substituíbilidade entre os dois tratamentos pode ser limitada ou inexistente para determinados doentes.
98. No lado da oferta, a AdC destacou que a hemodiálise e a diálise peritoneal recorrem a equipamentos e dispositivos médicos, bem como produtos farmacêuticos, diferentes. Adicionalmente, a hemodiálise pode ser realizada tanto em hospitais como em clínicas privadas, ao passo que a diálise peritoneal apenas pode ser feita mediante a supervisão do hospital de referência.

¹⁴⁶ SPN. (2018).

¹⁴⁷ Cfr. ata de reunião entre a AdC e, a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020).

¹⁴⁸ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Associação Nacional de Unidades de Diálise, e (ii) a Pombaldial. Os valores mencionados foram, respetivamente: (i) 4 anos; (ii) 3-5 anos.

¹⁴⁹ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020), e (ii) a Pombaldial (28/01/2020). APIR (site).

¹⁵⁰ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a APIR (27/02/2020).

¹⁵¹ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a Anadial (20/05/2020).

¹⁵² Cfr. ata de reunião entre a AdC e, a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020).

¹⁵³ V. Ccent. 42/2010 – Fresenius/Negócio de Diálise Peritoneal (Gambro Lundia); Ccent. 3/2011 – Fresenius/International Dialysis Centers; e Ccent. 51/2012 – DaVita International/International Dialysis Centers. V. igualmente a Caixa 2 para uma listagem das operações de concentração no setor da hemodiálise em Portugal.

99. **Esta análise está em linha com um parecer emitido pela ERS**, a 7 de fevereiro de 2011, a pedido da AdC, nos termos do artigo 39.º da Lei da Concorrência¹⁵⁴. Neste parecer, a ERS considerou os mercados de hemodiálise e diálise peritoneal distintos, considerando tanto argumentos do lado da procura como da oferta.
100. **Atento o exposto, conclui-se que a hemodiálise e a diálise peritoneal integram mercados relevantes distintos**. Entre os tratamentos de hemodiálise, considera-se especificamente a prestação de serviços continuados de hemodiálise a doentes em ambulatório, dada a prevalência diminuta da hemodiálise domiciliária em Portugal¹⁵⁵.

Mercado geográfico relevante

101. **No que respeita ao mercado geográfico relevante, a concorrência entre clínicas de hemodiálise é de natureza local**, nomeadamente ao nível de cada ARS ou de cada ACES (§56-57).
102. **A prática decisória mais recente da AdC considerou as unidades correspondentes às NUTS III para efeitos de delimitação do mercado geográfico relevante**. Em decisões de operações de concentração mais de 2011 e 2012 referentes ao setor da hemodiálise, a AdC delimitou três mercados geográficos individuais às NUTS III do Grande Porto, do Pinhal Litoral e Oeste^{156,157}.
103. A ERS, num estudo de 2013¹⁵⁸, também delimitou os mercados geográficos relevantes na prestação de serviços continuados de hemodiálise em ambulatório às NUTS III. A ERS procedeu do mesmo modo num estudo de 2006¹⁵⁹. Por outro lado, num estudo de 2007 do Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada da Universidade Católica Portuguesa, encomendado pela ERS, os mercados geográficos relevantes na hemodiálise também foram delimitados às NUTS III¹⁶⁰.
104. **Atento o exposto, considera-se nesta secção que cada NUTS III¹⁶¹ em Portugal constitui um mercado geográfico distinto de prestação de serviços continuados de hemodiálise a doentes em ambulatório**.

Quotas de mercado

105. As quotas de mercado de cada NUTS III apresentadas são calculadas tendo por base o número de doentes em tratamento em cada estabelecimento de hemodiálise¹⁶². A informação de cada estabelecimento é posteriormente agregada com outros estabelecimentos do mesmo grupo empresarial ou IPSS, ou agregados no setor público, caso se tratando de estabelecimentos associados ao SNS ou aos estabelecimentos de saúde das Forças Armadas.

¹⁵⁴ Parecer emitido pela ERS no âmbito do processo Ccent. 03/2011, Fresenius – International Dialysis Centers. Clarifica-se que o parecer da ERS constante do processo administrativo é um documento administrativo e não confidencial.

¹⁵⁵ Cfr. ata de reunião entre a AdC e, a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020).

¹⁵⁶ Cfr. decisões da AdC nos processos de concentração Ccent. 51/2012 DaVita/ International Dialysis Centers, 29/11/2012; e Ccent. 03/2011 Fresenius/ International Dialysis Centers, 27/10/2011.

¹⁵⁷ No processo de concentração Ccent. 42/2010 Fresenius/Negócio de Diálise Peritoneal (Gambro Lundia), de 22/10/2010, a AdC considerou que o mercado geográfico correspondia ao território nacional.

¹⁵⁸ ERS. (2013). Acesso, Concorrência e Qualidade no Setor Convencionado do SNS.

¹⁵⁹ ERS. (2006). Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS.

¹⁶⁰ CEGEA (2007). Estrutura de Mercado e Performance nos Serviços de Hemodiálise em Portugal.

¹⁶¹ Cfr. definidas na [Carta Administrativa Oficial de Portugal \(CAOP\) de 2019, da Direção-Geral do Território](#).

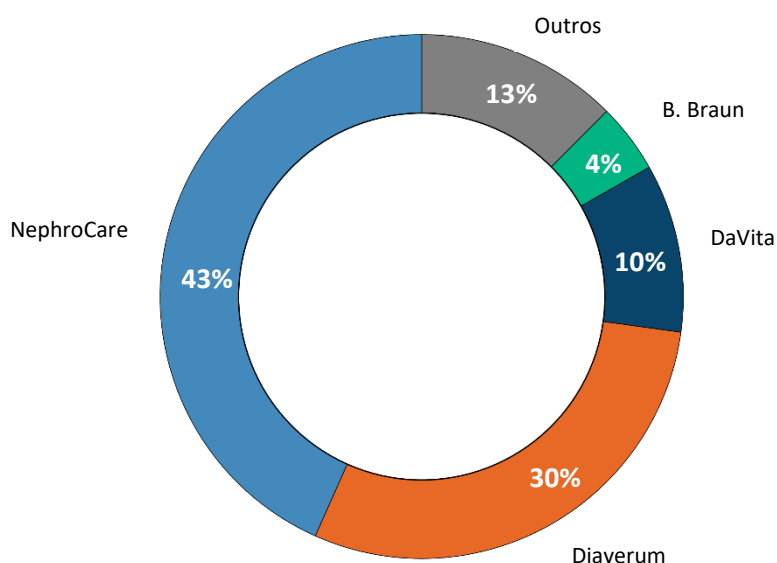
¹⁶² Esta abordagem foi também utilizada na Decisão da AdC de 21.10.2011 no processo Ccent. 03/2011 Fresenius/IDC e no estudo CEGEA (2007). Veja-se, contudo, que o estudo ERS (2013) recorre ao Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS, e avalia a concentração de mercado com base no número de colaboradores em cada unidade de hemodiálise.

106. **O setor público, através do SNS e dos estabelecimentos de saúde das Forças Armadas, tem algumas unidades de hemodiálise em Portugal.** No que diz respeito à relação entre o setor público e o setor privado, importa referir que a prestação de serviços de hemodiálise nas clínicas privadas pode, em alguns aspetos específicos, ter um cariz complementar ao setor público, nomeadamente para suprir as necessidades do SNS sempre que este, de forma permanente ou esporádica, não tenha capacidade para as suprir (cfr. al. b) do n.º 1 do artigo 2.º do DL 139/2013). Desde logo, a primeira sessão de hemodiálise é da responsabilidade dos hospitais públicos de referência. Esta primeira sessão envolve a construção do primeiro acesso vascular definitivo funcionante para hemodiálise¹⁶³. No desenvolver da caracterização do mercado, refere-se, quando aplicável, a opção de tratamento de hemodiálise no setor público face à oferta dos operadores privados e sua representatividade.
107. **Em março de 2020, os quatro operadores privados no mercado com o maior número de unidades de hemodiálise em Portugal Continental eram a NephroCare (40), a Diaverum (26), a DaVita (9) e a B. Braun (5)¹⁶⁴. Excluindo a opção do setor público, estes operadores englobam cerca de 81% do total de unidades de hemodiálise em Portugal Continental.** O setor público, por sua vez, tem 24 unidades que representam cerca de 20% das unidades de hemodiálise em Portugal Continental.
108. **A nível nacional, estes quatro operadores foram responsáveis pelo tratamento de cerca de 88% dos doentes (excluindo o setor público), a março de 2020.** Cerca de 43% dos doentes renais, em Portugal Continental, realizou o tratamento de hemodiálise em clínicas sob gestão da NephroCare. Por sua vez, aproximadamente 30% são tratados em unidades da Diaverum, ao passo que cerca de 10% dos doentes são tratados em clínicas administradas pela DaVita e cerca de 4% em unidades da B. Braun (v. Figura 6).

¹⁶³ Adicionalmente, os hospitais públicos não podem transferir doentes com acessos vasculares provisórios para unidades de hemodiálise convencionadas. As unidades de diálise onde o doente recebe o tratamento de hemodiálise são responsáveis pela “*manutenção do acesso vascular primário, bem como pela construção e manutenção de acessos vasculares subsequentes*”. Cfr. Norma n.º 023/2011, de 09/06/2011, do Departamento da Qualidade na Saúde, da DGS. A APIR também informou a AdC de que a primeira sessão do tratamento é realizada num hospital (cfr. ata da reunião entre a AdC e a APIR (27/02/2020).

¹⁶⁴ Cfr. informação constante da resposta da ERS ao pedido de elementos da AdC (n/ ref.ª E-AdC/2020/411), das respostas dos operadores aos pedidos de elementos da AdC e da informação constante publicamente dos sítios de internet dos operadores.

Figura 6 – Representatividade dos maiores operadores, em Portugal Continental, excluindo a opção do setor público, em março de 2020



Fonte: PGID, ERS, operadores – Tratamento AdC.

109. **A NephroCare tem representatividade em todo o território de Portugal Continental (16 em 23 NUTS III), com maior preponderância no sul e interior, e é o maior operador no mercado da hemodiálise em 11 das 23 NUTS III de Portugal Continental** – Tabela 4 e Figura 7. A quota da NephroCare, em termos de doentes tratados, é de 100% em cinco NUTS III (Beiras e Serra da Estrela, Médio Tejo, Lezíria do Tejo, Alentejo Litoral e Algarve), quando se excluem as unidades do setor público – Figura 8. Mesmo levando em consideração a opção do setor público, a NephroCare tem uma quota de mercado superior a 80% nas NUTS III do Médio Tejo e Algarve e é o único operador nas NUTS III Beiras e Serra da Estrela, Lezíria do Tejo e Alentejo Litoral.
110. **A Diaverum está presente em 9 das 23 NUTS III de Portugal Continental, com maior representatividade em regiões litorais mais a norte de Portugal Continental e na Área Metropolitana de Lisboa e regiões limítrofes.** Ao mesmo tempo, não tem qualquer unidade a operar no sul de Portugal Continental – Tabela 4 e Figura 7. A Diaverum é a maior operadora em 5 das 23 NUTS III de Portugal Continental. Excluindo o setor público, a Diaverum tem uma quota de mercado superior a 70% em duas NUTS III (Região de Aveiro, e Tâmega e Sousa)¹⁶⁵ e uma quota superior a 60% na NUTS III do Douro – Figura 8.
111. **A DaVita está presente em 5 das 23 NUTS III de Portugal Continental, com maior representatividade em regiões litorais e no Baixo Alentejo** – Tabela 4 e Figura 7. A DaVita é a maior operadora em três NUTS III (Região de Leiria, Oeste e Baixo Alentejo). Adicionalmente, a DaVita atua como monopólio na NUTS III do Baixo Alentejo e tem uma quota de mercado de cerca de 65% na NUTS III da Região de Leiria (Figura 8). Note-se que, nestas regiões, não existe oferta de hemodiálise no setor público.
112. **A B. Braun está presente em 3 das 23 NUTS III de Portugal Continental, nomeadamente nas NUTS III de Ave, da Área Metropolitana do Porto e de Viseu Dão-Lafões.** A B. Braun não é, ainda assim, a maior operadora em nenhuma das NUTS III de Portugal Continental – Tabela 4 e Figura 7.

¹⁶⁵ As quotas são as mesmas caso se inclua o setor público.

113. A Tabela 4 resume a informação relativa à presença dos quatro maiores operadores privados nas várias NUTS III do território continental.

Tabela 4 – Prevalência dos quatro maiores operadores privados no setor, em Portugal Continental

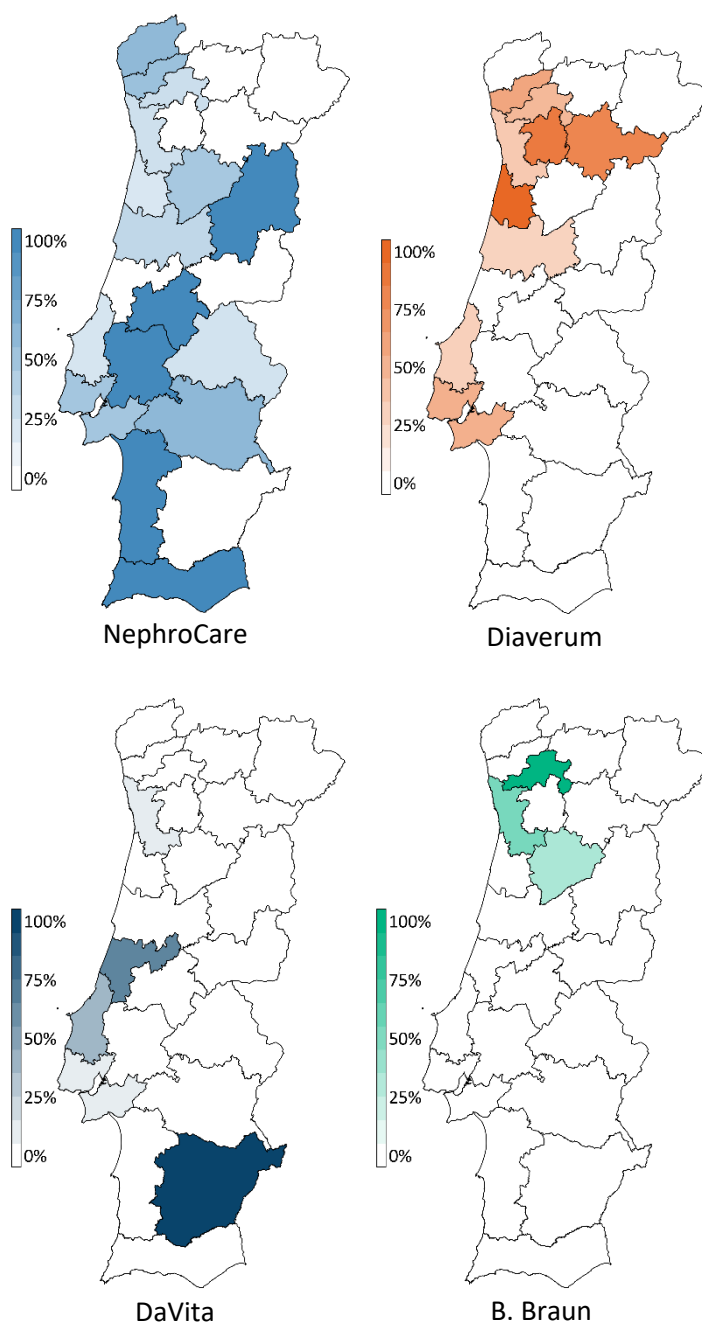
<i>Operador</i>	Cobertura Geográfica em Portugal Continental	NUTS III como Maior Operador	NUTS III com um único operador privado
<i>NephroCare</i>	16 NUTS III (em 23)	11 NUTS III (em 23)	5 NUTS III (em 23)
<i>Diaverum</i>	9 NUTS III (em 23)	5 NUTS III (em 23)	0 NUTS III (em 23)
<i>DaVita</i>	5 NUTS III (em 23)	3 NUTS III (em 23)	1 NUTS III (em 23)
<i>B. Braun</i>	3 NUTS III (em 23)	0 NUTS III (em 23)	0 NUTS III (em 23)

114. Existem ainda outros operadores com quotas de mercado significativas ao nível de NUTS III, nomeadamente a Sanfil¹⁶⁶, na NUTS III da Região de Coimbra, e a Tecsam, na NUTS III das Terras de Trás-os-Montes, representando 43% e 100%, respetivamente, nas NUTS III referidas, excluindo o setor público – Figura 8.

115. Quanto às regiões autónomas, não se dispõe de informação quanto ao número de doentes em tratamento por unidade de hemodiálise que permita calcular quotas de mercado. Ainda assim, na RAM, a NephroCare é o único operador privado, existindo, ainda, a opção do setor público. Por outro lado, na RAA, o tratamento de hemodiálise é todo efetuado pelo setor público.

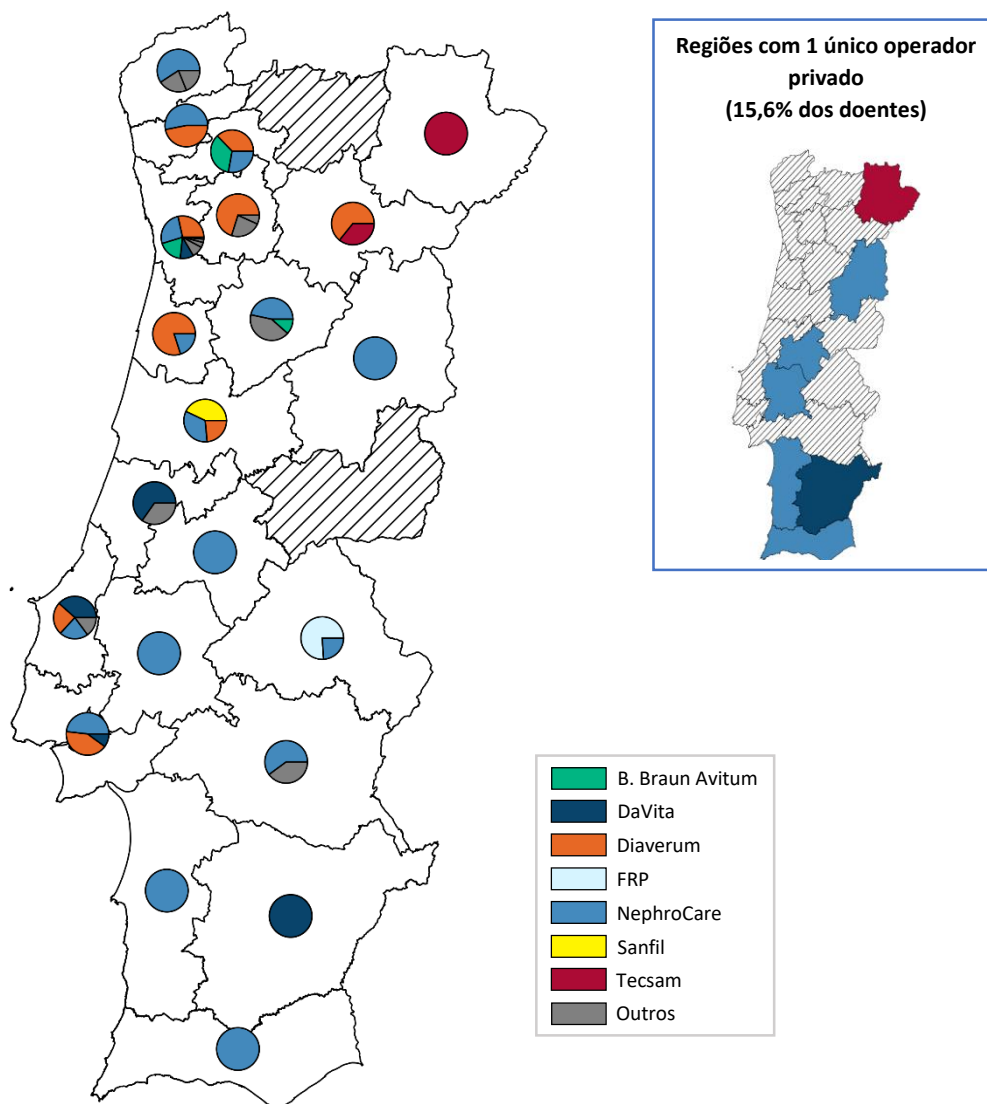
¹⁶⁶ Para efeitos de avaliação da concentração no setor da hemodiálise, considera-se o grupo Sanfil independente.

Figura 7 – Quota de mercado por NUTS III da NephroCare, da Diaverum, da DaVita e da B. Braun, em Portugal Continental, excluindo a opção do setor público, em março de 2020



Fonte: PGID, ERS, operadores – Tratamento AdC.

Figura 8 – Quota de mercado de todos os operadores por NUTS III, excluindo a opção do setor público, em março de 2020



Fonte: PGID, ERS, operadores – Tratamento AdC.

Índice de Herfindahl-Hirschman

116. O grau de concentração no setor da hemodiálise é avaliado de acordo com o Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH). Uma vez que foram identificadas, no decurso das reuniões da AdC com *stakeholders*, várias empresas com participações cruzadas e com acionistas comuns, a AdC procedeu ainda à avaliação do grau de concentração através do Índice de Herfindahl-Hirschman Modificado (IHHM), seguindo a metodologia adotada em Azar, Raina e Schmalz (2019)¹⁶⁷. O IHHM incorpora o impacto das participações cruzadas e acionistas comuns nas decisões dos operadores no setor de hemodiálise.

¹⁶⁷ Azar et al. (2019). Disponível [aqui](#).

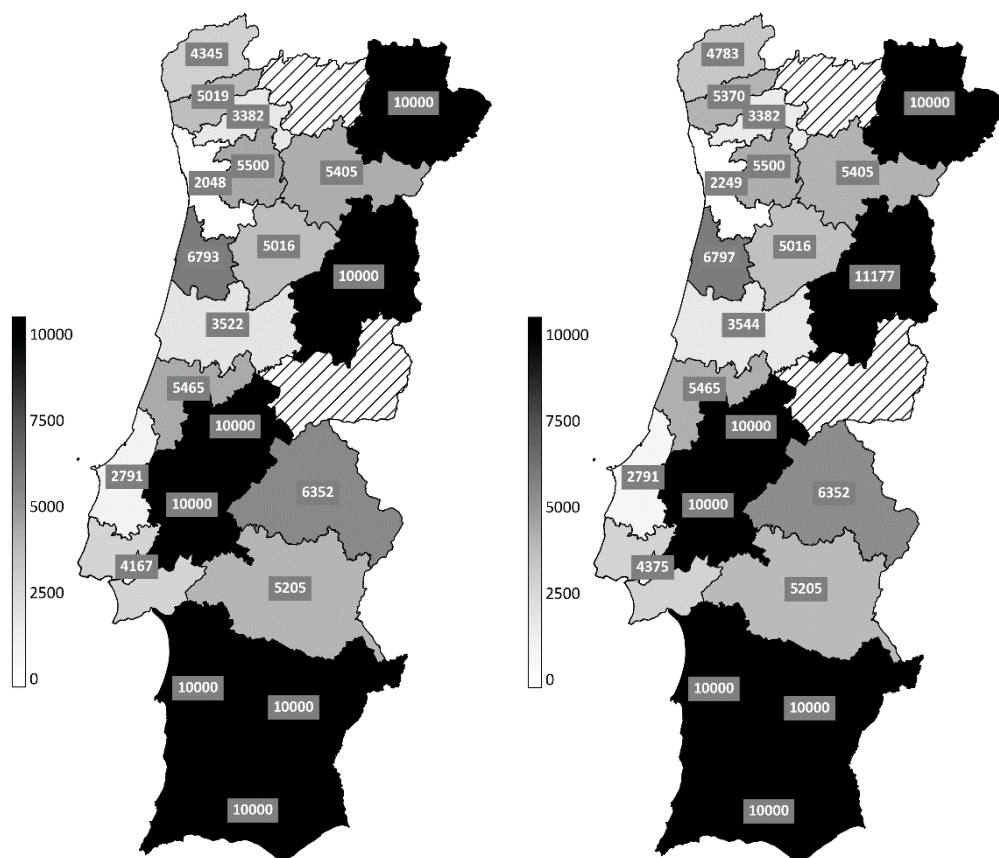
117. **A existência de participações cruzadas ou acionistas comuns entre empresas pode alinhar interesses entre empresas e reduzir os ganhos que auferem – e como tal os incentivos – associados a eventuais estratégias competitivas.** O IHHM incorpora o impacto das participações cruzadas e acionistas comuns nas decisões dos operadores no setor de hemodiálise¹⁶⁸.
118. **O grau de concentração, ajustado ou não às participações cruzadas e acionistas comuns, no setor da hemodiálise em Portugal Continental é elevado.** Excluindo o setor público, em março de 2020, o IHH era de cerca de 2904 (*i.e.*, superior a 2000¹⁶⁹). Por seu turno, o IHHM no mesmo período foi de 3073. Incluindo o setor público no mesmo período, os valores do IHH e do IHHM foram, respetivamente, cerca de 2549 e 2643.
119. **O grau de concentração no setor de hemodiálise em Portugal Continental era, em março de 2020, elevado em todas as NUTS III** (excluindo o setor público na análise) – *v.* Figura 9. Adicionalmente, excluindo o setor público, nas NUTS III das Terras de Trás-os-Montes, Beiras e Serra da Estrela, Médio Tejo, Lezíria do Tejo, Alentejo Litoral, Baixo Alentejo e Algarve, o IHH atinge o seu valor máximo de 10 000, uma vez que existe um único operador privado. Incluindo o setor público, apenas a Área Metropolitana do Porto apresenta um grau de concentração moderado, e as restantes NUTS III têm um grau de concentração elevado.
120. Pode concluir-se, ainda, que o IHH e o IHHM não diferem substancialmente entre as diferentes NUTS III de Portugal Continental. Excluindo o setor público, as principais exceções são, por ordem, as NUTS III do Alto Minho, do Cávado, da Área Metropolitana de Lisboa, da Área Metropolitana do Porto e das Beiras e Serra da Estrela, onde a diferença é superior a 100 pontos¹⁷⁰.

¹⁶⁸ *V.* Anexo 6.2 para mais informação relativamente ao IHH Modificado.

¹⁶⁹ De acordo com os limiares definidos nas [Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas, 2004/C 31/03, da Comissão Europeia](#), considera-se que um IHH inferior a 1000 seja reduzido, um IHH entre 1000 e 2000 seja moderado e um IHH superior a 2000 seja elevado. Esta classificação é também utilizada em ERS (2013).

¹⁷⁰ Excluindo o setor público, a diferença é de cerca de 438, 351, 208, 201 e 177, respetivamente. Incluindo o setor público, a diferença é de cerca de 438, 284, 188, 173 e 177, respetivamente.

Figura 9 – IHH e IHH Modificado, respetivamente, por NUTS III, em Portugal Continental, excluindo a opção do setor público



Nota 1: Concentração reduzida, $IHH < 1000$; moderada, $1000 < IHH < 2000$; e elevada, $IHH > 2000$.

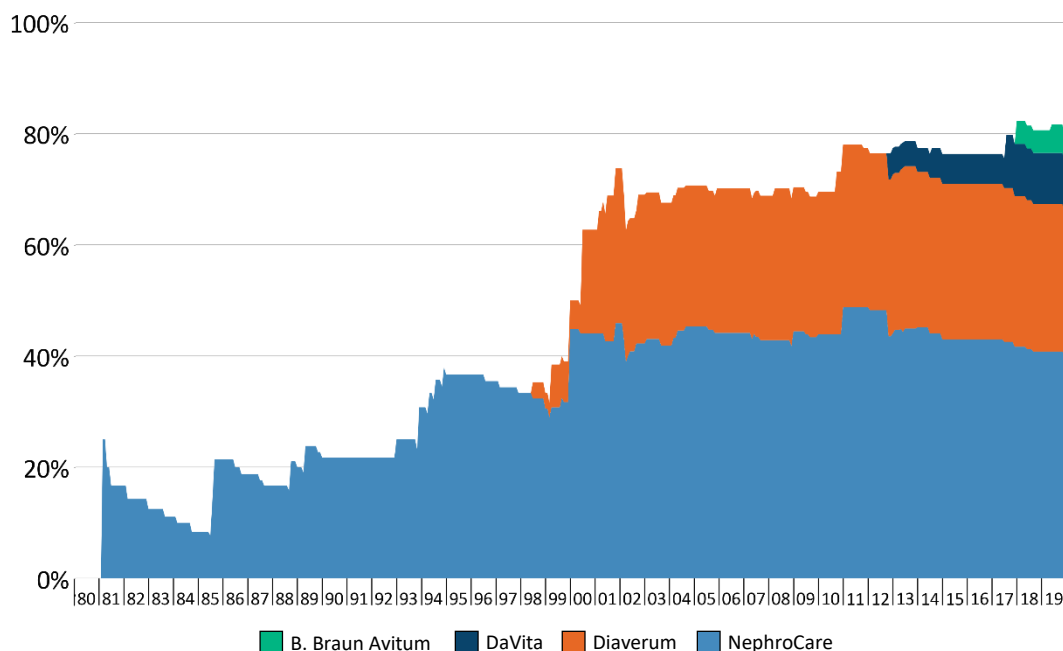
Nota 2: O IHHM, ao contrário do IHH, não tem um limite superior de 10000.

Fonte: PGID, ERS, operadores – Tratamento AdC.

Evolução do grau de concentração no mercado

121. Considerando a representatividade nacional em termos de unidades de hemodiálise, verifica-se, desde 1980, uma tendência progressiva para a concentração de unidades de hemodiálise num número reduzido de operadores, em particular na NephroCare e na Diaverum – v. Figura 10. Esta tendência foi particularmente acentuada no decurso da década de 90 até ao final de 2002, período em que a NephroCare e a Diaverum entraram no mercado, em Portugal. A partir de 2002, esta tendência atenuou-se.
122. Entre 1990 e 2020, a representatividade agregada dos restantes operadores (excluindo a NephroCare, a Diaverum, a DaVita e a B. Braun) reduziu em cerca de 60 pp.. Com efeito, os outros operadores representavam, no início de 1990, cerca de 78% das unidades, divididas entre 17 grupos. No início de 2020, os restantes operadores representavam cerca de 19% das unidades, divididas entre 19 grupos.

Figura 10 – Representatividade dos maiores operadores, em termos de unidades de diálise, em Portugal Continental, excluindo a opção do setor público, entre jan/1980 e abr/2020¹⁷¹.



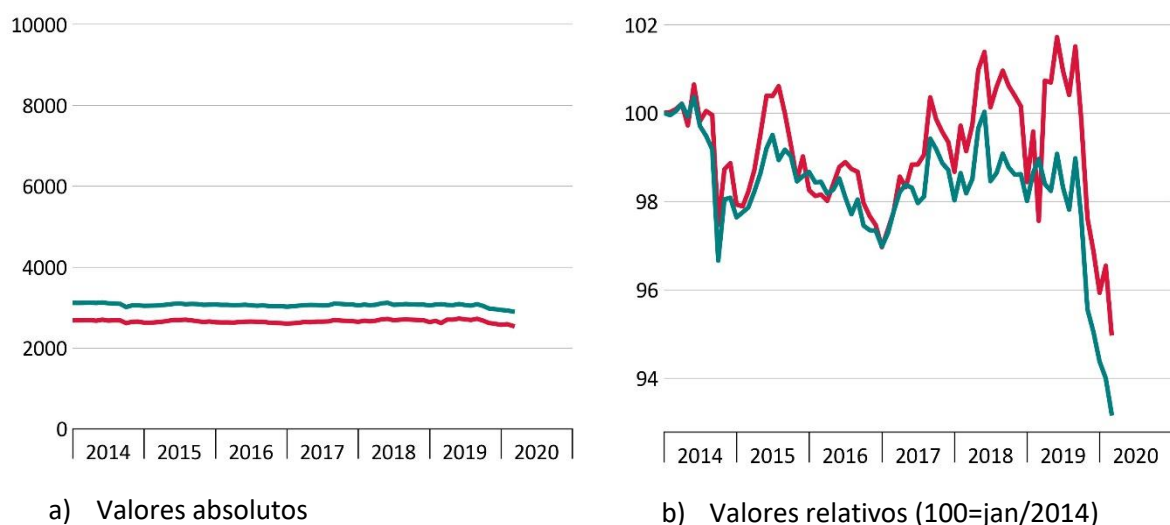
Fonte: PGID, ERS, operadores, APIR e DGS – Tratamento AdC.

123. **Analisando a evolução do IHH e do IHM, entre janeiro de 2014 e março de 2020, evidencia-se uma elevada estabilidade**, embora aparente existir uma ligeira tendência decrescente, sobretudo desde 2019 – v. Figura 11 e Figura 12. Esta evolução dever-se-á, particularmente, à abertura de novas clínicas de hemodiálise independentes nas NUTS III do Alentejo Central, do Alto Minho, do Oeste, e do Tâmega e Sousa¹⁷².

¹⁷¹ Cfr. informação baseada nas respostas dos operadores aos pedidos de elementos da AdC; na base de dados de clínicas da ERS; na base de dados da PGID; numa lista de clínicas de 2002 da APIR (v. Processo n.º 4/02 – Parecer proferido sobre operação de concentração notificada por NMC- Centro Médico Nacional, Lda., no [Relatório n.º 9/2003 do Conselho da Concorrência](#)); e numa [lista de clínicas privadas de 2007 feita pela DGS](#)). Foram, adicionalmente, considerados um conjunto de pressupostos, nomeadamente: a) Quando a data mais antiga é a da aquisição da clínica por parte de um grupo, coloca-se a data mais antiga como sendo o mês anterior à data de aquisição, altura em que a clínica era detida pelo proprietário anterior; b) Assume-se que, antes de uma aquisição, a clínica foi apenas propriedade de um grupo; c) A data de abertura pode incluir anos em que a clínica não realizou tratamentos. Pode haver um período de espera de vários anos entre a data de abertura e o primeiro tratamento de hemodiálise; d) Em vários casos, as datas de abertura das clínicas referem-se à data mais antiga encontrada associada à clínica, nomeadamente se constam da lista da APIR de 2002, ou se constam na lista da DGS de 2007. Caso constem na lista da DGS de 2007, é tido em conta a data do despacho ministerial associado ao licenciamento da clínica referida na lista; e) Exceto no caso de duas clínicas que abriram recentemente, para as clínicas *ex novo* da NephroCare, assume-se que abriram em jan/00, da ERS, porque é a data mais antiga registada.

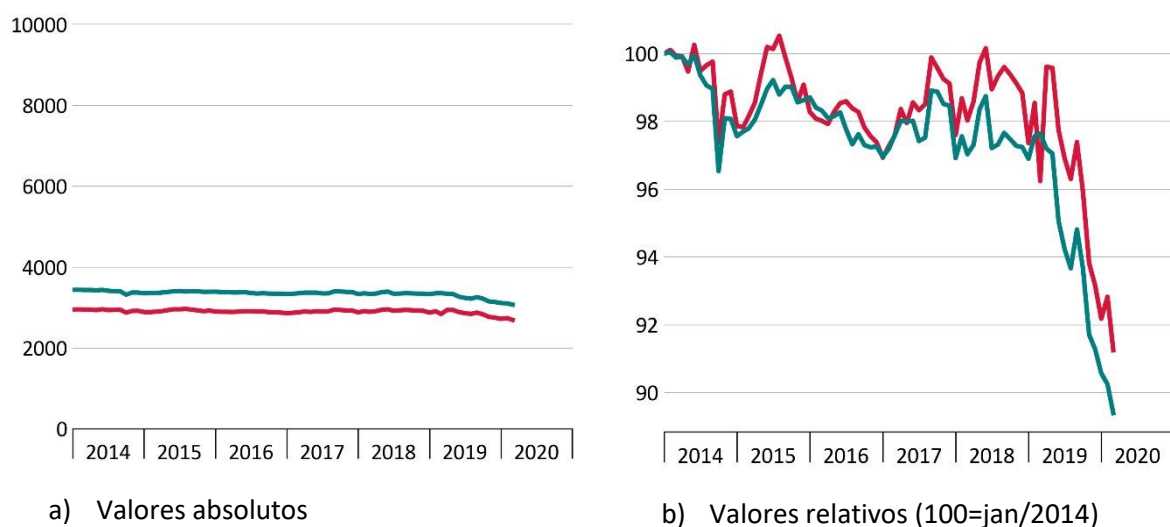
¹⁷² Alentejo Central: Nefroestremoz; Alto Minho: Clirenocare; Oeste: CMD Benedita; Tâmega e Sousa: Nefropaiva.

Figura 11 – Evolução do IHH, em Portugal Continental, de janeiro de 2014 a março de 2020, excluindo o setor público (a azul) e incluindo a opção do setor público (a vermelho)



Fonte: PGID, ERS, operadores – Tratamento AdC.

Figura 12 – Evolução do IHHM, em Portugal Continental, de janeiro de 2014 a março de 2020, excluindo o setor público (a azul) e incluindo a opção do setor público (a vermelho)



Fonte: PGID, ERS, operadores – Tratamento AdC.

124. Durante o período de análise, entre agosto de 1985 e abril de 2020, a entrada dos quatro principais operadores decorreu, maioritariamente, através de aquisições de clínicas já existentes. Com efeito, neste período temporal, a expansão da rede de clínicas dos quatro maiores operadores privados em Portugal Continental apenas ocorreu por via de abertura de novas clínicas em cerca de 24% dos casos.

125. Foi também identificado por *stakeholders* que os operadores ativos no setor, por vezes, procuram celebrar contratos de gestão de exploração de clínicas de hemodiálise¹⁷³.
126. Os contratos de gestão, enquanto mecanismo contratual, podem, em determinadas circunstâncias, proporcionar uma influência determinante sobre decisões estratégicas e comerciais de uma empresa, como seja, por exemplo, através da aquisição de direitos de uso ou fruição sobre a totalidade ou parte dos ativos de uma empresa. Assim sendo, este tipo de contrato pode, em determinadas circunstâncias, consubstanciar uma operação de concentração, sendo essa análise sempre aferida de forma casuística, em face dos factos em causa. Ademais, no caso de preenchimento dos critérios de notificação prévia, estar sujeito à obrigatoriedade de notificação à AdC (v. Caixa 1).

Caixa 1. Operações de concentração e obrigatoriedade de notificação à AdC

De acordo com a Lei da Concorrência (LdC)¹⁷⁴, uma operação de concentração constitui uma mudança duradoura de controlo sobre a totalidade ou parte de uma ou mais empresas (art.º 36.º da LdC).

O controlo decorre de qualquer ato, independentemente da forma que este assuma, que implique (i) a possibilidade de exercer uma influência determinante sobre a atividade de uma empresa, (ii) isoladamente ou em conjunto; e (iii) tendo em conta as circunstâncias de facto ou de direito, através da aquisição de, por exemplo, direitos de propriedade, de uso ou de fruição sobre a totalidade ou parte dos ativos de uma empresa (n.º 3 do art.º 36.º da LdC).

Operações de concentração sujeitas a notificação prévia devem ser notificadas à AdC quando preenchem, pelo menos, um dos limiares de notificação prévia, em consequência da sua realização. A notificação prévia à AdC deve ser feita após a conclusão do acordo mas antes de a concentração ser realizada (art.ºs 37.º e 38.º da LdC). As operações de concentração projetadas podem ser objeto de avaliação prévia pela AdC (n.º 5 do art.º 37 da LdC). Este é um procedimento facultativo e de natureza informal e confidencial, a que as empresas podem recorrer em caso de dúvidas sobre os contornos da transação.

127. No âmbito dos seus poderes de supervisão em sede de controlo de concentrações de empresas, a AdC já analisou várias operações de concentração, sujeitas a notificação prévia, no setor da hemodiálise. Existem também decisões do Conselho da Concorrência da Direcção-Geral de Concorrência e Preço (entidade competente até à criação da AdC e à adoção da Lei da Concorrência e dos Estatutos da AdC¹⁷⁵). A Caixa 2 *infra* sumaria a informação relativa a estas análises.

Caixa 2. Operações de concentração no setor da hemodiálise analisadas em sede de controlo de concentrações em Portugal

Em 2002, o Conselho da Concorrência analisou a aquisição pela NMC – Centro Médico Nacional, S.A. (NMC) da totalidade capital social da Tagus Dial - Unidade de Tratamento de Doenças Renais, S.A.. O mesmo Conselho, no mesmo ano, analisou a aquisição pela NMC da totalidade do capital social da Nefromar — Centro Nefrológico da Madeira. Em ambas as decisões, o Conselho da Concorrência entendeu que as operações de concentração não permitiam à NMC reforçar uma

¹⁷³ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), e a Caledial (28/01/2020).

¹⁷⁴ Lei n.º 19/2012, de 8 de maio.

¹⁷⁵ Respetivamente, Lei n.º 18/2003, de 11 de junho, e Decreto-Lei n.º 10/2003, de 18 de janeiro.

posição dominante suscetível de impedir, falsear ou restringir a concorrência no mercado nacional da prestação de serviços de hemodiálise¹⁷⁶.

Em 2003, a AdC não se opôs à aquisição pela NMC – Centro Médico Nacional, S.A. das ações representativas da totalidade do capital social da empresa Dinefro – Diálises e Nefrologia, S.A. (processo Ccent. 22/2003 – NMC/Dinefro).

Em 2010, a AdC não se opôs à aquisição pela empresa Fresenius Medical Portugal, S.A. do controlo exclusivo de um conjunto de ativos que constituem o negócio de Diálise Peritoneal da empresa Gambro Lundia AB – sucursal em Portugal (processo Ccent. 42/2010 – Fresenius Medical Portugal/Negócio de Diálise Peritoneal - Gambro Lundia).

Em 2011, a AdC analisou a aquisição, pela Fresenius, do controlo exclusivo da International Dialysis Centers B.V. e, consequentemente, da sua subsidiária em Portugal International Dialysis Centers, Lda. Esta operação foi objeto de uma Decisão de Passagem a Investigação Aprofundada, por ser suscetível de criar ou reforçar uma posição dominante, da qual poderiam resultar entraves significativos à concorrência efetiva, nos mercados da prestação de serviços continuados de hemodiálise a doentes em ambulatório nas regiões do Grande Porto, do Pinhal Litoral e do Oeste¹⁷⁷. Posteriormente, o processo foi extinto em resultado da desistência do procedimento por parte da Notificante (processo Ccent.3/2011 – Fresenius/International Dialysis Centers).

Em 2012, a AdC não se opôs à aquisição pela empresa DaVita Inc., do controlo exclusivo da IDC – International Dialysis Centers, Lda., por considerar que da operação de notificação não resultariam preocupações de natureza jusconcorrencial.

128. **Cumprе, ainda, notar que o aumento de concentração em termos de representatividade dos operadores privados a nível nacional não se traduz necessariamente num aumento de concentração ao nível de todas as NUTS III – i.e., dos mercados geográficos relevantes, no período reportado.**
129. **Num subconjunto de NUTS III, e sem prejuízo das limitações dos dados, não se identifica um reforço de concentração** no período de janeiro de 1980 até abril de 2020. Note-se que, várias destas NUTS III correspondem a mercados onde está presente apenas um mesmo operador privado no período temporal referido (*e.g.*, NUTS III das Beiras e Serra da Estrela, da Lezíria do Tejo, do Médio Tejo, e das Terras de Trás-os-Montes). Adicionalmente, de entre as NUTS III em que não se regista um aumento de concentração, em algumas ocorre entrada de um operador privado alterando o controlo das clínicas existentes (*e.g.*, NUTS III do Baixo Alentejo, do Ave e do Cávado), sem que se registre um aumento de concentração ao nível do mercado local, por não haver reforço da presença do operador adquirente.
130. **Identificam-se, ainda, mercados locais onde ocorreu um reforço de concentração decorrente de encerramentos de clínicas.** Tal é o caso nas NUTS III do Alentejo Litoral e do Algarve, onde o encerramento de uma unidade de hemodiálise, em cada uma das NUTS III, reforçou a quota de mercado da NephroCare, que passou a ser monopolista em ambos os mercados.
131. **Já num subconjunto de NUTS III – das quais se destacam a Área Metropolitana de Lisboa e a Área Metropolitana do Porto – as aquisições de clínicas independentes pelos principais operadores privados contribuíram para um aumento do grau de concentração.** Note-se que estas NUTS III concentram uma parte importante, quer do número de clínicas, quer do número de doentes existentes em Portugal Continental.
132. O reforço da posição de alguns operadores nestes mercados já esteve na base de preocupações jusconcorrenciais identificadas pela AdC no exercício dos seus poderes

¹⁷⁶ Cfr. informação constante publicados no Relatório de Atividades de 2002, disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/1498704>

¹⁷⁷ V. [ficha relativa ao processo Ccent. 3/2011, na página da AdC.](#)

de controlo de concentrações. Note-se, por exemplo, o caso da aquisição, pela Fresenius, do controlo exclusivo da International Dialysis Centers (Ccent. 03/2011 na Caixa 2), em que a AdC conclui que a operação levaria ao reforço da posição dominante da Fresenius nas regiões do Grande Porto, Pinhal Litoral e Oeste (antiga definição de NUTS III), tendo esta operação sido posteriormente retirada pela parte Notificante.

3.5. Potenciais efeitos da evolução do grau de concentração

133. **O setor da hemodiálise regista um elevado nível de concentração e uma elevada estabilidade da representatividade de cada operador.** Estas características são, usualmente, associadas a mercados com uma dinâmica concorrencial limitada.
134. **O aumento de concentração é passível de conferir, aos operadores de hemodiálise, maior poder de mercado nos mercados geográficos em que operam.**
135. A tendência de concentração decorrente, em grande medida, de aquisições de clínicas independentes geridas por médicos por parte de grupos multinacionais tem-se verificado também em outros países, nomeadamente nos Estados Unidos onde cerca de 60% das unidades clínicas são da propriedade da DaVita e da Fresenius¹⁷⁸.
136. Para o caso dos EUA, alguns estudos empíricos sugerem que este aumento da concentração tem resultado em impactos negativos em determinados aspetos relacionados com a qualidade prestada nas clínicas de hemodiálise nos EUA (e.g., qualificação de técnicos)¹⁷⁹. Na discussão da literatura interessa ter em consideração que as especificidades do setor da hemodiálise noutros países são distintas das do setor em Portugal, o que limita a informação passível de ser retirada desta literatura para a realidade portuguesa.
137. **Não se pode deixar de referir que existem ainda alguns aspetos regulamentares em Portugal que podem, em certa medida, mitigar alguns dos efeitos.** Por exemplo, a nível nacional, o Manual de Boas Práticas de Diálise¹⁸⁰ estipula um rácio máximo de 5 doentes por enfermeiro, bem como a presença de um médico durante o tempo de realização do tratamento dialítico¹⁸¹. Adicionalmente, embora as clínicas privadas possam efetuar pedidos de colocação de doentes em lista de espera para transplante renal, a sua gestão compete ao setor público¹⁸².
138. **Por outro lado, em Portugal, em resultado da adoção do preço compreensivo, não existe uma estrutura de incentivos equiparável à dos EUA (v. secção 2.3).** Veja-se, por exemplo, que a evidência de aumento de doses de medicamentos reembolsados em resultado do aumento de concentração poderá estar relacionada com o desenho dos

¹⁷⁸ Cfr. Eliason et al. (2020).

¹⁷⁹ Eliason et al. (2020) avalia o impacto das aquisições de clínicas independentes de diálise por empresas multinacionais, entre 1998 e 2010, nos EUA. Os autores identificam que, após as aquisições, o comportamento das clínicas adquiridas converge para o das adquirentes, com impacto adverso na qualidade do tratamento de hemodiálise prestado aos doentes. Em particular, após as aquisições, concluem que ocorreu (i) um aumento de medicamentos reembolsados e, em resultado, da despesa pública de saúde; (ii) uma substituição de enfermeiros qualificados por técnicos menos qualificados; e (iii) um menor número de doentes renais crónicos colocados na lista de espera para transplante renal. Os autores identificam, ainda, que após as aquisições a probabilidade de um doente renal crónico ser hospitalizado é maior, em cerca de 4%. Erickson et al. (2019) avalia o impacto de aquisições de clínicas de hemodiálise independentes por parte de empresas multinacionais, entre 2001 e 2015, nos EUA. Os autores identificam que, nesse período, a taxa de mortalidade e a taxa de hospitalização decresceu mais lentamente nas clínicas adquiridas.

¹⁸⁰ V. secção 2.4.

¹⁸¹ Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos, de 2017, pp. 57.

¹⁸² Cfr. ata de reunião entre a AdC e, a título individual, Presidente da SPN (12/03/2020).

incentivos nos EUA, nomeadamente, por criarem as condições a que haja uma indução da procura por parte dos prestadores privados de cuidados de hemodiálise.

139. **No que diz respeito à qualidade da prestação do tratamento médico, da interação com *stakeholders* não resultaram preocupações a esse respeito.** Vários *stakeholders*, entre os quais a APIR e a presidente da CNAD, não manifestaram preocupações com a qualidade do tratamento de hemodiálise em Portugal, em particular face a outros países¹⁸³.
140. **Ainda assim, o elevado grau de concentração pode limitar os incentivos a concorrer pela qualidade e pela proximidade,** num cenário em que os doentes tenham maior capacidade de escolha.
141. **A exiguidade de opções para os consumidores, num determinado mercado geográfico, reduz os incentivos dos operadores neles instalados à abertura de novas clínicas.**
142. **Ademais, não se pode excluir que a ausência de incentivos a concorrer pela localização das clínicas possa também levar ao encerramento de clínicas de um mesmo grupo de forma a usufruir de maior rendibilidade via economias de escala.** Ainda que, desde 1980, apenas se tenham identificado quatro unidades de hemodiálise privadas que tenham sido encerradas, duas dessas clínicas foram encerradas após a sua aquisição pela empresa adquirente¹⁸⁴. As restantes duas clínicas dizem respeito a dois grupos independentes nas NUTS III Alentejo Litoral e Algarve e não ocorreram no seguimento de aquisições dos grupos em causa.
143. Não existindo opções disponíveis aos doentes num determinado mercado geográfico, a concentração de serviços em menos unidades oferece oportunidades aos operadores de realização de economias de escala, sem o correspondente risco de perda de doentes que resultaria numa situação de concorrência (i.e., com mais alternativas em termos de localização).
144. **Por fim, importa destacar que o elevado grau de concentração e a estabilidade de quotas ao longo do tempo são características que tornam os mercados mais suscetíveis a comportamentos coordenados.** No contexto de mercados onde o papel da localização geográfica é uma das principais dimensões de concorrência, a coordenação de comportamentos pode ocorrer, por exemplo, por via da segmentação geográfica de mercados. A redução da concorrência e a coordenação de comportamentos pode traduzir-se numa menor variedade de opções disponíveis ao consumidor.
145. **Adicionalmente, ainda que o preço convencionado seja fixado pelo Ministério da Saúde, o aumento de concentração no mercado é passível de se traduzir num maior poder negocial, face ao Estado,** dos prestadores de serviços de hemodiálise em Portugal, via as entidades representativas do setor, em sede do processo negocial relativo ao preço convencionado – v. parágrafo 36. Este reforço do poder negocial dos prestadores privados face ao Estado é passível de se traduzir, a prazo, num aumento do nível do preço compreensivo.

¹⁸³ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Caledial (28/01/2020), (ii) a Centrodial (22/01/2020), (iii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), (iv) a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020), (v) a Pombaldial (28/01/2020), (vi) a APIR (27/02/2020), (vii) a Anadial (20/05/2020), e (viii) a Presidente da CNAD (25/09/2020).

¹⁸⁴ Importa, todavia, notar que não se tem informação detalhada sobre as razões que levaram ao encerramento dessas duas clínicas.

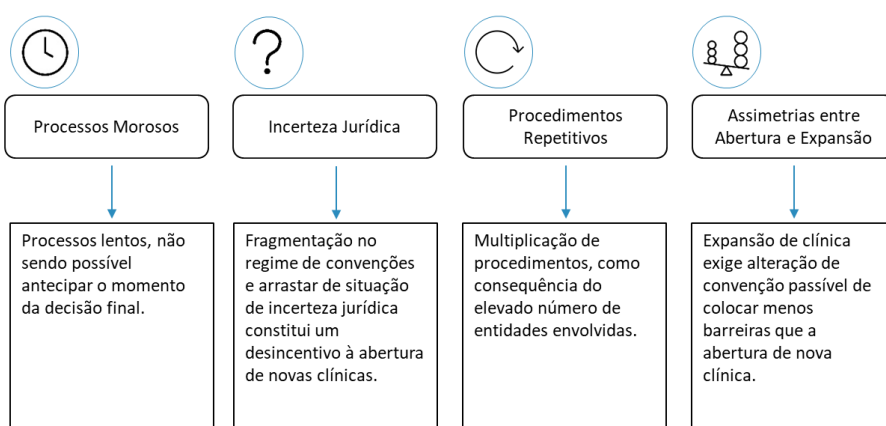
3.6. Barreiras na abertura e expansão de clínicas de hemodiálise

146. Os *stakeholders* do setor da hemodiálise, em particular os operadores com quem a AdC reuniu, identificaram diversas barreiras no processo de abertura de nova clínica, relacionadas com os processos de licenciamento e de obtenção de convenção, bem como barreiras após a abertura de nova clínica de hemodiálise (v. Figura 13).

Figura 13 - Barreiras na abertura e expansão de clínicas de hemodiálise

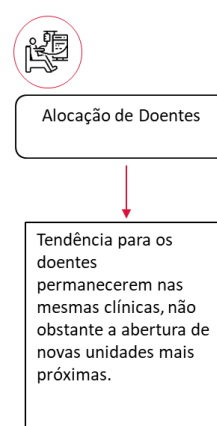
No Processo de Abertura

No processo de abertura de nova clínica, as principais barreiras identificadas pelos operadores relacionam-se com os processos de licenciamento e de obtenção de convenção:



Após a Abertura

Após abertura, a principal barreira é a alocação de doentes à clínica:



Fonte: AdC com base na informação prestada pelos *stakeholders* durante reuniões, e que constam das atas documentadas no processo de supervisão em causa (EPR/2019/7), bem como das respostas aos pedidos de elementos a vários operadores.

147. **A incerteza associada à obtenção de convenção representa uma barreira significativa à abertura de novas clínicas de hemodiálise.** A fragmentação na regulamentação relativa ao regime de convenções e o arrastar de uma situação de incerteza jurídica constitui um desincentivo à abertura de novas clínicas, podendo, inclusive, afetar decisões de expansão de capacidade de clínicas já em operação.
148. **Com efeito, a maioria dos operadores destacou as dificuldades na obtenção de convenções como uma barreira significativa à abertura de novas clínicas de hemodiálise.** Vários *stakeholders* referiram que, no processo de obtenção de convenção, não é possível antecipar o momento da decisão final ao respetivo pedido. Em particular, alguns operadores relataram que, no seu processo de obtenção de convenção para as suas clínicas, não obtiveram resposta das ARS e que a decisão de atribuição de convenção por parte da ARS dependeu de aval do Ministério da Saúde. Alguns *stakeholders* referiram ainda que a duração na atribuição da convenção pode ser variável, podendo demorar 1 a 4 anos¹⁸⁵.
149. **Neste contexto, alguns operadores identificaram que houve um período após a entrada em vigor do regime de convenções de 2013 em que a abertura de novas**

¹⁸⁵ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Anadial (20/05/2020), (ii) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), (iii) a Caledial (28/01/2020), (iv) a Centrodial (22/01/2020), (v) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), (vi) a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020), (vii) a FRP (23/01/2020) e (viii) a Pombaldial (28/01/2020), bem como informações recolhidas através dos pedidos de elementos enviados à bem como informações recolhidas através dos pedidos de elementos enviados à (i) Beirodial; (ii) NephroCare; (iii) Diaverum; (iv) Nefropaiva; (v) DaVita; (vi) Sanfil; (vii) Caledial; (viii) Centrodial; (ix) CHOT; (x) Clirenocare; (xi) CMD Benedita; (xii) B. Braun; (xiii) Nefroestremoz; (xiv) Nefropinhal; (xv) Sanfil; (xvi) Tecsam; (xvii) Unihemo.

clínicas de hemodiálise em Portugal Continental não foi possível (cfr. secção 2.2). O regime de convenções de 2013 previa a publicação de um novo clausulado-tipo para a área de hemodiálise e revogou o clausulado-tipo anterior. Operadores que pretendessem abrir novas clínicas de hemodiálise não tinham base legal para o fazer até à publicação do novo clausulado-tipo. Numa fase posterior, de acordo com os *stakeholders*, passou a ser utilizado o clausulado-tipo do regime de convenções anterior para as novas clínicas¹⁸⁶.

150. **Não obstante a incerteza associada à fragmentação na regulamentação, alguns operadores identificaram que as dificuldades precedem o regime de convenções de 2013¹⁸⁷ e que tal poderá ter tido impacto distinto conforme a dimensão dos operadores.** Ainda que a maioria dos operadores tenha identificado que as dificuldades na obtenção da convenção se aplicam tanto a grandes como a pequenos operadores, bem como a empresas nacionais e multinacionais, alguns *stakeholders* referiram que os grandes operadores multinacionais dispõem de melhores meios (e.g. capacidade financeira) para lidar com estas dificuldades.
151. **A morosidade e a complexidade do procedimento de licenciamento de uma clínica constituem uma barreira à abertura de novas clínicas, especialmente para os operadores de menor dimensão.** O licenciamento é importante para assegurar um conjunto de requisitos mínimos na prestação de serviços de hemodiálise. Importará, contudo, assegurar que não cria incerteza e morosidade desnecessária e desproporcional à abertura de novas clínicas.
152. **Diversos operadores reportaram que, devido a procedimentos de licenciamento e de obtenção de convenção morosos, as clínicas podem demorar mais de 5 anos a iniciar atividade, desde a sua conceção até à sua abertura.** Quanto ao licenciamento, os operadores referiram especificamente a morosidade na obtenção de licença municipal para o local de clínica, mas também os tempos de espera longos associados à vistoria da ERS e a diligências junto de delegados de saúde e da Autoridade Nacional de Proteção Civil. Um *stakeholder* identificou morosidade semelhante na recolocação de clínicas, por exigir novo licenciamento e alteração de convenção¹⁸⁸.
153. **Nesse contexto, foi identificado que a morosidade do processo de licenciamento das clínicas poderá, em parte, ser explicada pelo envolvimento de um número elevado de entidades distintas¹⁸⁹, o que tende a atrasar e dificultar o licenciamento, pelo trabalho administrativo e burocrático que implica.**
154. **A morosidade e a incerteza associadas aos procedimentos de licenciamento e obtenção de convenção podem criar fortes desincentivos ao investimento de novos operadores, especialmente de menor dimensão.** Os *stakeholders* referiram que os vários procedimentos de licenciamento e de atribuição de convenção são sequenciais,

¹⁸⁶ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), e (ii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), bem como informações recolhidas através do pedido de elementos enviado à (i) NephroCare; (ii) Diaverum; (iii) CHOT; e (iv) Nefroestremoz.

¹⁸⁷ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), (ii) a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020), (iii) a Caledial (28/01/2020), e (iv) a Pombaldial (28/01/2020), bem como informações recolhidas através do pedido de elementos enviado à Beirodial.

¹⁸⁸ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Anadial (20/05/2020), (ii) a Caledial (28/01/2020), (iii) a Centrodial (22/01/2020), (iv) a título individual, o Presidente da SPN (12/03/2020), e (v) a Pombaldial (28/01/2020), (vi) a Tecsam (20/01/2020), (vii) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), (viii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020) e informações recolhidas através dos pedidos de elementos enviados à (i) Beirodial; (ii) NephroCare; (iii) Diaverum; (iv) CHOT; (v) Clirenocare; (vi) DaVita; (vii) CMD Benedita; (viii) B. Braun; (ix) Nefroestremoz; (x) Nefropinhal; (xi) Tecsam; (xii) Unihemo; (xiii) Caledial; (xiv) Centrodial; e (xv) Sanfil.

¹⁸⁹ Cfr. ata de reunião entre a AdC e a Centrodial (22/01/2020), bem como informações recolhidas através dos pedidos de elementos enviados à (i) Beirodial; (ii) NephroCare.

exigindo que se mantenham operacionais alguns equipamentos (e.g., tratamento de águas), durante a espera, e também documentação semelhante. Referiram, ainda, que a abertura de novas clínicas implica investimentos entre 1 e 2,5 milhões de euros, conforme a dimensão das clínicas, e que o tempo de espera exige capacidade financeira das clínicas. A dificuldade na obtenção de convenção foi também identificada enquanto fator explicativo para o aumento das aquisições de clínicas independentes por parte das empresas multinacionais. A possibilidade de rescisão da convenção após 5 anos foi ainda mencionada como um fator de incerteza jurídica face aos investimentos dos operadores. Um dos operadores referiu que ponderou abrir uma nova clínica, mas não o fez devido à incerteza associada ao processo¹⁹⁰.

155. **Alguns operadores indicaram, também, assimetrias entre a abertura e a expansão de clínicas de hemodiálise, o que favorecerá operadores já presentes num dado local**¹⁹¹. A expansão de uma clínica exige uma alteração de convenção que, na visão de alguns operadores, colocará menos barreiras a operadores com clínicas já estabelecidas que a abertura de uma nova clínica.
156. **Após a sua abertura, as clínicas podem ter dificuldade na alocação de doentes para tratamento.** Embora novos doentes renais possam ser encaminhados para as novas clínicas, os doentes já em tratamento poderão preferir permanecer nas mesmas clínicas de hemodiálise¹⁹². Adicionalmente, e conforme explicitado na secção 3.1, a escolha dos doentes de uma clínica é limitada e dependerá da flexibilidade na organização dos transportes e da possibilidade de as clínicas ou os próprios doentes assegurarem o transporte.
157. Os operadores identificaram ainda outras barreiras, como sejam a dificuldade de contratar médicos nefrologistas, o carácter excessivo dos requisitos de licenciamento ou a sua alteração frequente, a dificuldade na coordenação com hospitais de apoio e demoras no pagamento dos serviços convencionados às clínicas por parte do SNS¹⁹³.
158. Por fim, alguns *stakeholders* referiram que está em discussão um novo manual de boas práticas para a área de hemodiálise, tendo sido realçada a importância da neutralidade tecnológica no que diz respeito a equipamentos e consumíveis necessários para a atividade de hemodiálise¹⁹⁴.
159. **As dificuldades sentidas pelos *stakeholders* descritas nesta secção parecem depender bastante das instituições que os tutelam**, como sejam câmaras municipais ou ARS. Não só as experiências relatadas variam conforme o local da clínica, como os *stakeholders* que operam em vários locais apontam estas diferenças¹⁹⁵.
160. **O conjunto das várias barreiras *supra* identificadas, quer no processo de abertura de clínica, quer após a abertura de clínica, podem traduzir-se numa rede menos capilar de clínicas de hemodiálise** ao longo do território nacional, com impacto negativo na

¹⁹⁰ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), (ii) a Caledial (28/01/2020), (iii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020), (iv) a FRP (23/01/2020), e (v) a Pombaldial (28/01/2020), bem como informações recolhidas através dos pedidos de elementos enviado à (i) NephroCare; (ii) Clirenocare; (iii) B. Braun; (iv) Unihemo; (v) Nefrodouro; (vi) Nefroestremoz; (vii) CMD Benedita; (viii) Unihemo; (ix) CHOT. V. §120-121.

¹⁹¹ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), (ii) a FRP (23/01/2020), e (iii) a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020).

¹⁹² Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), (ii) a Caledial (28/01/2020).

¹⁹³ Cfr. informações recolhidas através dos pedidos de elementos enviados às empresas, bem como informações constantes das atas das reuniões com os *stakeholders*.

¹⁹⁴ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), (ii) a FRP (23/01/2020), e (iii) a APIR (27/02/2020).

¹⁹⁵ Cfr. ata de reunião entre a AdC e, a título individual, o Dr. Fernando Sousa, empresário do setor (11/02/2020).

qualidade de vida dos doentes renais crónicos, ao afetar as opções disponíveis e a proximidade em relação às clínicas de hemodiálise.

4. RECOMENDAÇÕES

161. Nos termos dos seus Estatutos¹⁹⁶, entre outras atribuições da AdC, inclui-se a de *“contribuir para o aperfeiçoamento do sistema normativo português em todos os domínios que possam afetar a livre concorrência, por sua iniciativa ou a pedido da Assembleia da República ou do Governo”*, podendo *“formular ou propostas com vista à criação ou revisão do quadro legal e regulatório”*.
162. Na secção anterior, foi desenvolvida uma análise das dimensões de concorrência que caracterizam a atividade de hemodiálise, bem como identificadas as principais barreiras à entrada e à expansão de clínicas de hemodiálise em Portugal Continental.
163. **Atento o exposto, pretende-se nesta secção propor um conjunto de recomendações que visa, por um lado, eliminar barreiras desnecessárias e desproporcionais à entrada de novas clínicas de hemodiálise e, por outro lado, promover a escolha dos doentes relativamente às clínicas de hemodiálise.** A conjugação da eliminação de barreiras desnecessárias e promoção da escolha visam intensificar a concorrência entre clínicas de hemodiálise, que, por sua vez, deverá resultar em benefícios para os doentes renais crónicos, considerando o controlo já existente da qualidade dos cuidados de hemodiálise.
164. **A remoção de barreiras à entrada desnecessárias permite a coexistência de um maior número de clínicas no mercado e a consequente redução de distâncias e duração do transporte de doentes**, com impactos positivos e diretos na sua qualidade de vida.
165. **Adicionalmente, a maior proximidade de clínicas alargará o leque de clínicas à escolha dos doentes, intensificando a concorrência entre clínicas pela qualidade do serviço prestado.** O regime atual de transporte de doentes renais crónicos a clínicas de hemodiálise permite, ainda que de forma limitada, algum grau de escolha dos doentes quanto à clínica onde realizam o tratamento. Assim sendo, um maior número de clínicas na proximidade dos doentes poderá aumentar o leque de clínicas à sua escolha, com potenciais impactos positivos na qualidade dos cuidados de hemodiálise.
166. **O conjunto das recomendações da AdC constitui um todo, com vínculos de interdependência entre si**, razão pela qual deve ser ponderada a sua implementação conjunta, com vista à maximização da sua eficácia. As relações de interdependência entre as recomendações serão explicitadas nas respetivas notas de implementação.
167. As recomendações listadas *infra* aplicam-se igualmente à R.A. dos Açores e à R.A. da Madeira, na medida em que a sua legislação para o setor da hemodiálise nestas regiões autónomas é semelhante à que vigora em Portugal Continental (v. secção 2).

Recomendação 1 | ao Governo

Publicar atempadamente o clausulado-tipo para a área de hemodiálise, de acordo com o previsto nos artigos 4.º e 6.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro (regime de convenções de 2013).

Nota de implementação

168. Conforme descrito na secção 2.2, o Decreto-Lei n.º 139/2013 estabelece o regime jurídico de convenções que tenham por objeto a realização de prestações de saúde

¹⁹⁶ Aprovados pelo Decreto-Lei, n.º 125/2014, de 18 de agosto.

aos utentes do SNS no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Este regime de convenções de 2013 prevê dois procedimentos para a contratação de convenções: por contratação específica ou por clausulado-tipo previamente publicado¹⁹⁷.

169. Na área de hemodiálise foi adotado o procedimento de contratação por clausulado-tipo em 2002, com o Despacho n.º 7001/2002.
170. **Entende-se que se deve manter o procedimento de contratação por clausulado-tipo**, nomeadamente por impor menos barreiras à abertura de novas clínicas de hemodiálise, em comparação com o procedimento por contratação específica. A contratação por adesão a um clausulado-tipo exige aos operadores que cumpram os requisitos considerados necessários e estipulados no clausulado-tipo, e um procedimento de adesão de iniciativa do próprio operador. A contratação específica, por outro lado, seria feita apenas por iniciativa do membro do Governo que tutela a área da saúde.
171. **Contudo, conforme detalhado nas secções 2.2 e 3.1, o clausulado-tipo para a área de hemodiálise que estaria previsto no regime de convenções de 2013 não foi ainda publicado.** Esta situação impossibilitou, numa fase inicial, que os operadores abrissem novas clínicas de hemodiálise, encerrando o mercado. Os *stakeholders* reportaram que atualmente se utiliza o clausulado-tipo do regime de convenções anterior.
172. **Não obstante a utilização do regime de convenções anterior a 2013, a não publicação do novo clausulado-tipo, a utilização do clausulado-tipo do regime anterior para novas clínicas e a prorrogação de contratos de convenção referentes ao regime anterior são fontes de incerteza jurídica significativas para os operadores**, e são passíveis de inibir o investimento no setor, com impacto negativo na abertura de novas clínicas.
173. Acresce ainda que a não publicação do novo clausulado-tipo pode comprometer os objetivos que justificaram a redação do novo regime de convenções, no qual se afirma, em preâmbulo, ser *“necessário definir um novo modelo de convenções mais consonante com a atual realidade de prestação de cuidados de saúde”*.
174. Assim sendo, **a AdC recomenda ao Governo a publicação atempada do clausulado-tipo** respeitante à área de hemodiálise.

¹⁹⁷ Cfr. n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013.

Recomendação 2 | ao Governo

- a) **Introduzir a possibilidade de atribuição de convenção por deferimento tácito, no âmbito dos procedimentos de adesão a clausulado-tipo**, uma vez não cumprido o prazo de resposta por parte das ARS ou da ACSS, no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013 (regime de convenções de 2013).
- b) **Assegurar a definição de um prazo de resposta a pedidos de convenção, no âmbito dos procedimentos de adesão a um clausulado-tipo, aquando da publicação do novo clausulado-tipo**, no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013 (regime de convenções de 2013). A decisão de não atribuição de convenção na resposta deverá ser fundamentada de acordo com os requisitos para a celebração de convenções.

Nota de implementação

- 175. A generalidade dos operadores sinalizou à AdC que o procedimento de obtenção de convenção é excessivamente moroso, podendo durar até vários anos. Esta realidade constitui um forte desincentivo ao investimento e consubstancia, por isso, uma barreira significativa à entrada e à expansão dos operadores (v. secção 145).
- 176. Os operadores com quem a AdC reuniu referiram, inclusive, que a abertura de novas clínicas está associada a investimentos significativos, entre 1 a 2,5 milhões de euros conforme a dimensão das clínicas, e que, enquanto aguardam a atribuição da convenção, lhes é requerido que mantenham operacionais equipamentos que podem implicar custos operacionais significativos.
- 177. Estas dificuldades foram reportadas por todo o tipo de operadores, independentemente da dimensão dos grupos que integram, da origem do seu capital, ou da dimensão e localização das suas clínicas. Adicionalmente, de acordo com os operadores, estas dificuldades reportadas precedem a indefinição legislativa suscitada pela não publicação de novo clausulado-tipo para o setor de hemodiálise no seguimento do regime de convenções de 2013.
- 178. Note-se que o clausulado-tipo de 2002 para o setor da hemodiálise prevê que a decisão de aceitação ou rejeição do aderente deve ser proferida no prazo máximo de 90 dias¹⁹⁸. O clausulado-tipo de 2002 não define resposta tácita de deferimento ou indeferimento, uma vez ultrapassado o prazo.
- 179. Assim sendo, recomenda-se que seja introduzida, no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, a possibilidade de resposta de deferimento tácito, uma vez excedido o prazo de resposta a um pedido de convenção no âmbito dos procedimentos de adesão a um clausulado-tipo.
- 180. A este respeito, importa destacar os requisitos para celebração de convenções no âmbito do Decreto-Lei n.º 139/2013 (artigo 5.º):
 - “1 - São requisitos de idoneidade para a celebração de convenções:*
 - a) A responsabilidade técnica e a habilitação dos profissionais para a realização das prestações de saúde;*
 - b) A titularidade de licenciamento, sempre que exigido nos termos da lei;*
 - c) Registo na ERS;*
 - d) Não estar abrangido pelos impedimentos previstos no artigo 55.º do CCP.*

¹⁹⁸ Cfr. N.º 4 da Cláusula 5.ª do Despacho 7001/2002, de 4 de abril.

2 - Os profissionais vinculados ao SNS não podem celebrar convenções, deter funções de gerência ou a titularidade de capital superior a 10 % de entidades convencionadas, por si mesmos, pelos seus cônjuges e pelos seus ascendentes ou descendentes do 1.º grau.

3 - Os trabalhadores com funções de direção e chefia no âmbito dos estabelecimentos e serviços do SNS não podem exercer funções de direção técnica em entidades convencionadas.”

181. A possibilidade de deferimento tácito não deverá, assim, suscitar preocupações de saúde pública uma vez que o pedido de convenção no âmbito do procedimento de adesão a clausulado-tipo é feito apenas mediante licenciamento prévio junto da ERS, em que são acauteladas essas preocupações, conforme alíneas b) e c) do n.º 1 *supra*.
182. Já no que diz respeito à alínea a) *supra*, importa referir que, no âmbito do licenciamento e registo junto da ERS, existe um conjunto de requisitos quanto ao pessoal das unidades privadas de diálise¹⁹⁹. Em particular, as unidades devem ser dirigidas por um diretor clínico inscrito no Colégio de Especialidades de Nefrologia da Ordem dos Médicos e dispor do pessoal técnico necessário, nomeadamente, enfermeiros, farmacêuticos, um nutricionista/ dietista e um técnico do serviço social²⁰⁰.
183. Já no que diz respeito aos restantes requisitos, não relacionados com aspetos de saúde, e em caso de deferimento tácito, a sua verificação poderá ser realizada *a posteriori* pela ARS correspondente ou pela ACSS, com a devida responsabilização da entidade convencionada em caso de incumprimento. Numa primeira fase, essa avaliação poderia ser efetuada previamente à alocação de doentes renais crónicos a uma clínica que tenha obtido uma convenção decorrente de um deferimento tácito.
184. Adicionalmente, recomenda-se que, no mesmo artigo 4.º do regime de convenções de 2013, seja assegurada a definição de prazo de resposta a pedidos de convenção, no âmbito dos procedimentos de adesão a um clausulado-tipo, nos respetivos clausulados-tipo para a área convencionada.
185. O prazo de resposta a definir para resposta a pedidos de convenção, no âmbito de procedimentos de adesão a clausulado-tipo, deverá ser o necessário, adequado e proporcional às diligências e ao encargo administrativo impostos às ARS ou à ACSS pela análise do pedido de convenção dos operadores.
186. A decisão de rejeição do aderente deverá ser fundamentada de acordo com os requisitos ou critérios para a celebração das convenções, sejam aqueles previstos no artigo 5.º do regime de convenções de 2013 ou os definidos nos respetivos clausulados-tipo.

Recomendação 3 | ao Governo

Eliminar os obstáculos desnecessários à entrada e expansão no mercado, que decorram de provisões que condicionem a abertura de clínicas à capacidade existente, à concentração do mercado, ou à rentabilização e/ou aproveitamento de meios existentes, nomeadamente:

- a) No âmbito do parecer prévio não vinculativo da ERS, que consta do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013 (regime de convenções de 2013), importa que sejam ponderados os efeitos da expansão da oferta decorrentes da abertura de uma nova clínica e enquadrados

¹⁹⁹ Cfr. Portaria n.º 347/2013.

²⁰⁰ Cfr. artigos 23 a 30.º da Portaria n.º 347/2013.

os efeitos de aumento de concentração que resultam da abertura de novas clínicas, de forma a não colocar obstáculos desnecessários à entrada e expansão de operadores.

- b) Eliminação do n.º 5 da Cláusula 5.ª do Despacho 7001/2002 (clausulado-tipo) ou, se aplicável, não inclusão de cláusula semelhante em novo clausulado-tipo.

Nota de implementação

187. O artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013 (regime de convenções de 2013) estipula que a opção entre as diferentes modalidades de procedimento para a contratação de convenções é feita mediante parecer prévio não vinculativo da ERS. Este parecer deve ser emitido no prazo de 15 dias, e o procedimento de contratação apenas pode ser iniciado após este prazo.
188. O parecer da ERS deve ter em consideração as características do mercado a que se dirige a convenção, nomeadamente quanto aos níveis de concorrência, à área de prestação e à natureza dos serviços prestados.
189. De acordo com as informações recolhidas pela AdC junto da ERS, este parecer é emitido para todos os pedidos de convenção realizados pelos operadores no setor de hemodiálise. Entre 2013 e 2019, a ERS emitiu 16 pareceres relativos a procedimentos de contratação de convenção na área da hemodiálise.
190. Neste contexto, desenvolvem-se algumas considerações importantes sobre o grau de concentração, e a forma como se enquadra na apreciação de pedidos de abertura de novas clínicas.
191. **Ainda que num determinado mercado geográfico a abertura de uma clínica por um operador já instalado no mercado possa resultar num aumento de concentração haverá também uma expansão da oferta no mercado.** Em particular, a nova clínica poderá contribuir para uma maior proximidade dos doentes aos locais de tratamento, com potencial impacto positivo na qualidade de vida dos doentes em causa. Note-se que tal já não acontece quando a entrada e expansão ocorre por aquisição, por um operador ativo no mercado geográfico em causa, de uma clínica já existente – nesse caso há um aumento de concentração sem expansão da oferta por abertura de novas unidades.
192. Considere-se, a título ilustrativo, uma NUTS III com dois operadores com quotas de mercado idênticas. Caso um destes operadores abra uma segunda clínica, tal que passe a deter 66,7% da quota de mercado e o seu concorrente 33,3%, haverá um aumento da concentração, mas, simultaneamente, um aumento da oferta de clínicas. Sendo esta nova clínica mais atrativa para alguns doentes, fruto, por exemplo, da sua localização, a abertura da nova clínica pode traduzir-se num aumento da qualidade de vida dos doentes, apesar do aumento de concentração. Neste caso, a entrada da clínica no mercado não deverá ser vedada.
193. **Será, por esse motivo, importante distinguir entre aumentos de concentração que decorram de abertura de novas clínicas e aumentos de concentração que resultem da aquisição de clínicas existentes.** No primeiro cenário, o aumento de concentração pode acarretar benefícios para os doentes. No segundo cenário, por outro lado, a questão quanto aos possíveis efeitos negativos do aumento de concentração poderá ser pertinente. Neste cenário importa ainda recordar que, no âmbito, dos seus poderes de supervisão a AdC avalia operações de concentração de empresas, sujeitas a notificação prévia, nos termos da Lei da Concorrência²⁰¹ (v. Caixa 1).

²⁰¹ Cfr. N.º 1 do Artigo 1.º da Lei da Concorrência.

194. **No âmbito do parecer prévio da ERS, e no que diz respeito às matérias de avaliação do grau de concentração do mercado, importa que sejam ponderados os efeitos da expansão da oferta decorrentes da abertura de uma nova clínica e enquadrados os efeitos de aumento de concentração que resultam da abertura de novas clínicas por operadores já instalados nesse mercado geográfico.**
195. Adicionalmente, o n.º 5 da Cláusula 5.ª do Despacho 7001/2002 (clausulado-tipo de 2002), prevê que *“a aceitação ou rejeição do aderente basear-se-á, entre outros fatores, na avaliação da correta rentabilização dos meios existentes e da boa articulação entre instituições de saúde públicas e privadas”*. Não é clarificado o que se entende por *“avaliação da correta rentabilização dos meios existentes”*.
196. Considera-se, contudo, que aceitar ou rejeitar um aderente com base na capacidade instalada no mercado, na concentração do mercado, na avaliação da rentabilização ou retorno da capacidade instalada, e/ou no aproveitamento de meios existentes é passível de limitar o grau de concorrência no mercado na medida que pode limitar a entrada ou a expansão de operadores.
197. Nota-se que esta recomendação não coloca em causa a preocupação com o *racional aproveitamento da capacidade instalada no sector público*, que já era um dos objetivos do regime de convenções de 1998 (n.º 2, art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 97/98)²⁰². Nos termos do disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, um dos princípios a que deve obedecer a contratação de convenções é o da complementaridade, *“destinando-se a sua celebração a colmatar as necessidades do SNS quando este, de forma permanente ou esporádica, não tem capacidade para as suprir”*.
198. O atual regime de convenções, conforme referido *supra*²⁰³, inclui dois tipos de procedimentos de contratação: (i) o procedimento de contratação específico ou concurso público e (ii) o contrato de adesão. O regime refere, ainda, que o contrato de adesão será mais adequado para mercados com graus de concorrência reduzidos e, *“em mercados que registem um nível de concorrência significativo poderá revelar-se mais adequado o procedimento de contratação específico”*²⁰⁴. A opção entre estes procedimentos é determinada pelo membro do Governo que tutela a área da saúde, sob proposta da ARS ou da ACSS, conforme o âmbito geográfico da convenção, e mediante parecer prévio não vinculativo da ERS.
199. Neste contexto e sem prejuízo da já referida complementaridade da celebração de convenções face à falta de capacidade do SNS para suprir as suas necessidades, a inclusão, no clausulado-tipo, da possibilidade de rejeição de um pedido de adesão com base em fatores relacionados com a rentabilização dos meios existentes ou da capacidade instalada, consubstancia uma barreira desnecessária à entrada ou expansão de operadores. Em particular, redundaria numa tomada de decisão já estabelecida no âmbito do atual regime de convenções aquando da decisão do tipo de procedimento a implementar no âmbito geográfico da convenção.
200. **Nessa medida, e em linha com o espírito do procedimento do contrato de adesão do regime de convenções de 2013, recomenda-se a não inclusão de uma provisão semelhante ao n.º 5 da Cláusula 5.ª do Despacho 7001/2002 (clausulado-tipo) que**

²⁰² No âmbito do n.º 2, art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 97/98, “[o] recurso aos serviços prestados através de convenção não pode pôr em causa o racional aproveitamento da capacidade instalada no sector público, avaliada em sede da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde, nem prejudicar a garantia da acessibilidade, nos termos do disposto no artigo anterior”.

²⁰³ V. parágrafos 28 e 29.

²⁰⁴ Cfr. considerandos do Decreto-Lei n.º 139/2013 (regime de convenções de 2013).

condicione a entrada de operadores, a abertura ou a expansão de clínicas à capacidade instalada no mercado, à avaliação da rentabilização ou ao retorno da capacidade instalada, e/ou ao aproveitamento de meios existentes.

Recomendação 4 | ao Governo

Criação de um portal e/ou formulário únicos que, do ponto de vista dos operadores, reúna num só os procedimentos de licenciamento e os pedidos de convenção, no setor convencionado do SNS, a cargo das ARS, da ACSS e da ERS.

Nota de implementação

201. Vários operadores reportaram que os procedimentos de licenciamento e de obtenção de convenções são morosos e que tal dever-se-á, em parte, à necessidade de interagirem com um elevado número de entidades no decurso destes procedimentos (cfr. secção 145). Os operadores referiram ainda que estes procedimentos são, em parte, sequenciais, pelo que só é possível avançar para uma etapa seguinte dos mesmos após completadas as etapas anteriores. Por fim, destacaram que, em várias etapas destes procedimentos, lhes é exigida documentação semelhante.
202. A necessidade de interação com múltiplas entidades, a sequencialidade de etapas dos procedimentos e a duplicação de requisitos entre as diferentes etapas e procedimentos são fatores que dificultam e atrasam a entrada de novos operadores no mercado e a abertura de novas clínicas, além de constituírem um desincentivo ao investimento no setor.
203. Atento o exposto, recomenda-se a criação de um portal e/ou formulário únicos que, do ponto de vista do operador, funda num só os procedimentos de licenciamento e os pedidos de convenção, no setor convencionado do SNS, a cargo das ARS, da ACSS e da ERS.
204. No âmbito deste portal/formulário único, os procedimentos de licenciamento e de atribuição de convenção continuariam sob a alçada, respetivamente, da ERS e da das ARS ou da ACSS. Contudo, os operadores poderiam solicitar o licenciamento da sua atividade e realizar o pedido de convenção em simultâneo, e teriam de enviar a documentação exigida em ambos os procedimentos uma única vez, criando-se, paralelamente, uma forma de partilha da informação entre as entidades relevantes.

Recomendação 5 | ao Governo

Assegurar que os requisitos de qualidade que constam do manual de boas práticas que rege a atividade de hemodiálise, em discussão, são tecnologicamente neutros, não privilegiando injustificadamente os produtos de alguns operadores em detrimento de outros.

Nota de implementação

205. Alguns *stakeholders* referiram à AdC que se encontrará em discussão um novo manual de boas práticas para a área de hemodiálise²⁰⁵, a ser futuramente publicado em despacho ministerial.
206. Neste sentido, a AdC destaca a importância do princípio transversal de que a regulação se deve nortear por um princípio de neutralidade tecnológica.

²⁰⁵ Cfr. atas de reuniões entre a AdC e (i) a Associação Nacional de Unidades de Diálise (21/01/2020), (ii) a FRP (23/01/2020), e (iii) a APIR (27/02/2020).

207. Assim, recomenda-se que os requisitos de qualidade a constar no manual de boas práticas para a diálise em discussão sejam tecnologicamente neutros, no sentido de minimizar eventuais barreiras à entrada de operadores nos mercados de produtos intermédios necessários para a atividade de hemodiálise.

Recomendação 6 | ao Governo

Permitir um maior grau de escolha dos doentes em relação à clínica onde realizam o tratamento de hemodiálise, de acordo com os critérios de gestão do transporte de doentes renais crónicos no SNS, nomeadamente:

- a) Introduzir, no artigo 7.º do Despacho n.º 7702-C/2012 (regulamento de transporte não urgente de doentes) de um dever de comunicação das ARS aos doentes, caso várias clínicas cumpram os critérios de gestão do transporte de doentes.
- b) Desenvolver uma avaliação custo-benefício sobre a possibilidade de introduzir, no mesmo artigo, a opção de reembolso para os doentes que assegurem o próprio transporte, tendo como limite máximo um valor de referência para cada doente.

Nota de implementação

208. Apenas existirá concorrência entre clínicas pela qualidade na medida em que os doentes renais crónicos possam escolher as clínicas onde realizam o tratamento de hemodiálise (cfr. §73).
209. Esta escolha é já atualmente possível, desde que tal não implique custos acrescidos para o SNS, e a clínica tenha capacidade disponível (v. secção 2.5). Tal verifica-se nos casos em que o doente assegura o seu próprio transporte, a clínica assegura o transporte do doente, ou existe mais que uma clínica que satisfaça os critérios de gestão do transporte de doentes.
210. Ainda assim, o grau de escolha dos doentes é bastante limitado, pelo que, devido à complementaridade entre o transporte de doentes e o tratamento nas clínicas, será mais correto afirmar que existe uma alocação dos doentes às clínicas ao invés de uma escolha dos doentes.
211. Um maior grau de escolha dos doentes confere incentivos acrescidos às clínicas para aumentar a qualidade da sua oferta, bem como para oferecer serviços adicionais (e.g. fisioterapia), para lá do estipulado no manual de boas práticas do setor e outros normativos legislativos, com potencial impacto positivo na qualidade de vida dos doentes.
212. Esta recomendação visa, assim, adaptar o regulamento de transporte não urgente de doentes no âmbito do SNS, atualmente em vigor, para aproximar o setor convencionado de hemodiálise a um modelo de escolha dos doentes ao invés de alocação dos doentes, aprofundando os mecanismos que atualmente já conferem alguma escolha aos doentes.
213. Assim, aproveitando a flexibilidade já existente na organização do transporte não urgente de doentes (v. §74 a 77), recomenda-se que se introduza no artigo 7.º do Despacho n.º 7702-C/2012 (regulamento de transporte não urgente de doentes) um dever de comunicação das ARS aos doentes, caso várias clínicas cumpram os critérios de gestão do transporte de doentes renais crónicos.
214. Entre as clínicas apresentadas nessa *shortlist*, deve ser dada aos doentes renais a possibilidade de escolher uma.

215. Os potenciais efeitos desta medida deverão fazer-se sentir sobretudo em regiões de maior densidade populacional, onde se situa um maior número de clínicas, na medida em que a maior proximidade de clínicas implica uma maior flexibilidade no transporte de doentes, e consequentemente uma maior escolha dos doentes.
216. Importa realçar que, garantido o cumprimento dos critérios de gestão do transporte de doentes, o risco de custos acrescidos para o Estado deverá ser minimizado, dado que os doentes não poderão optar por clínicas que impliquem custos acrescidos.
217. Acresce ainda que, para alguns doentes, a sua situação clínica permite que assegurem o próprio transporte. Nesses casos, o seu grau de escolha poderá ser reforçado, expandindo as suas possibilidades de assegurar o seu próprio transporte, nomeadamente recorrendo a viatura própria ou a transportes públicos.
218. Nesse sentido, recomenda-se que se desenvolva uma avaliação custo (e.g., administrativos) – benefício (e.g., maior escolha do doente) sobre a possibilidade de introdução, também no artigo 7.º do regulamento de transporte não urgente de doentes, de uma opção que permita o reembolso das despesas de transporte destes doentes.
219. De forma a minimizar o risco de custos acrescidos para o SNS, o valor máximo do reembolso do transporte dos doentes poderá ser limitado, por cada doente, a um determinado valor de referência. Este poderá ser definido, por exemplo, por quilómetro, desde o local de residência do doente até à clínica onde realiza o tratamento. Idealmente, o valor de referência deverá ser definido tal que o custo de reembolso do transporte não excederá àquele que o SNS suportaria se o doente fosse transportado no âmbito dos serviços de transporte não urgente de doentes providenciado pelo Estado.
220. O valor de referência poderá também ser definido por despacho ministerial ou por cada ARS, conforme o balanço que se considere apropriado entre a necessidade de reembolsos específicos a cada local e os custos administrativos adicionais que a medida exija às ARS.
221. Note-se que a possibilidade de reembolso para a generalidade dos doentes vigorou até 2011²⁰⁶, altura em que passou a aplicar-se apenas a situações excecionais em que a ARS não tenha conseguido garantir transporte ou o doente tenha indicação clínica para fazer transporte individual. Note-se, contudo, que face ao sistema de reembolso anterior, a medida ora recomendada difere na medida em que são sugeridos limites máximos para os valores a reembolsar (conforme *supra*).
222. A possibilidade de os doentes escolherem uma clínica entre uma *shortlist* de clínicas e a possibilidade de reembolso são passíveis de aumentar significativamente o grau de escolha dos doentes. Existe, por isso, a necessidade que tenham acesso a informação de boa qualidade e independente, que compare a qualidade e os resultados entre tratamentos e clínicas. Esta recomendação deve, assim, ser implementada conjuntamente com **Recomendação 7 | ao Governo**, que recomenda a publicação das conclusões da monitorização num formato simplificado direcionado para os doentes.

Recomendação 7 | ao Governo

Criação de um sistema comparativo de indicadores de qualidade e de resultados dos tratamentos de diálise, que sumarie as conclusões da monitorização efetuada pela CNAD, direcionado tanto para doentes, como para a comunidade médica, académica e decisores públicos.

²⁰⁶ V. Circular Normativa n.º 22/2011 da ACSS, complementada pela Circular Informativa n.º 28/2011 da ACSS.

Nota de implementação

223. Na medida em que os doentes renais têm algum grau de escolha relativamente ao tipo de tratamento de diálise e ao prestador de tratamento e, em particular, no contexto da **Recomendação 6** | ao Governo que aprofundaria esse grau de escolha, a publicação de informação comparativa relativa à qualidade e aos resultados dos diferentes tratamentos e prestadores é passível de intensificar a concorrência no setor.
224. Assim sendo, recomenda-se a criação de um sistema comparativo de qualidade e de resultados entre clínicas de hemodiálise, que sumarie as conclusões da monitorização efetuada pela CNAD.
225. Conforme referido na secção 3, a qualidade deve ser entendida num sentido lato, incluindo, entre outros, e na medida do possível, o tratamento de hemodiálise *per se*, tempos e distâncias de transporte, disponibilidade de horários e de serviços, eventuais tempos de espera na clínica ou por transportes, a atenção prestada aos doentes pelos profissionais de saúde, a relação de confiança entre o doente renal e os profissionais de saúde, ou o convívio entre os doentes no decurso do tratamento.
226. A informação considerada no sistema comparativo poderá incluir tanto variáveis medidas sobre os doentes no decurso de todas as fases do tratamento, mas também informação reportada pelos próprios doentes, seja por via de questionários, seja por reporte espontâneo (*e.g.* portal dedicado para o efeito), ou informação reportada por profissionais de saúde.
227. Este sistema comparativo deverá ser direcionado tanto para os doentes renais, dado que se pretende informar a escolha dos doentes; como para médicos, académicos e decisores públicos, com vista a apoiar a decisão dos doentes, a promover a monitorização da qualidade e dos resultados dos tratamentos, e a melhorar as decisões de política pública de saúde. Este sistema criará incentivos à concorrência pela qualidade, reforçando o sistema atual de controlo regulamentar dos níveis de qualidade no tratamento de hemodiálise.
228. A informação disponibilizada aos doentes deverá, simultaneamente, ser de fácil compreensão para os doentes e incluir um número restrito de indicadores que sintetizem a informação que a CNAD considerar relevante para avaliar a qualidade e os resultados dos tratamentos. Neste sentido, as clínicas podem ser classificadas de acordo com pontuações ou índices, elaborados a partir de uma metodologia pública, transparente e sujeita ao escrutínio dos elementos que constituem a CNAD – v. Figura 14 para um exemplo.
229. Na eventualidade de as pontuações das diferentes clínicas serem demasiado semelhantes e, por isso, de mais difícil comparação, poder-se-á avaliar a pertinência de utilizar *rankings* ao invés de meras pontuações – *e.g.* clínica listada como sendo uma das 10% melhores em comparação com a média nacional ou local.

Figura 14 – Ilustração exemplificativa de um eventual sistema de comparação de qualidade das clínicas direcionado aos doentes



Fonte: Ilustração exemplificativa AdC.

230. O sistema comparativo, direcionado aos profissionais de saúde, poderá incluir outros tratamentos para além da hemodiálise, como a diálise peritoneal ou o tratamento conservador não dialítico, e comparar os resultados dos doentes renais sob os diferentes tratamentos. Esta avaliação poderá beneficiar de uma discriminação de acordo com o perfil dos doentes, com base, por exemplo, na sua idade, sexo ou conforme padeçam de outras doenças.
231. Sistemas comparativos semelhantes ao recomendado foram implementados, por exemplo, nos EUA, para os tratamentos de diálise²⁰⁷, bem como no Reino Unido para um conjunto alargado de atos médicos e para hospitais²⁰⁸.

²⁰⁷ V. O [Medicare Dialysis Facility Compare](#) que, entre outras informações, classifica as clínicas com uma pontuação por estrelas. Veja-se, em particular, [o guia explicativo do portal](#).

²⁰⁸ V. A [funcionalidade de pesquisa de serviços médicos do National Health Service do Reino Unido](#), que inclui indicadores simplificados relativos a inspeções de qualidade, de tempos de espera e duração dos tratamentos ou a opinião de profissionais de saúde.

5. BIBLIOGRAFIA

- Almeida, Raimundo, e Anabela Coelho. (2020). Incidence, Prevalence and Crude Survival of Patients Starting Dialysis in Portugal. *Clinical Kidney Journal*.
- Azar, Raina, e Schmalz. (2019). Ultimate Ownership and Bank Competition. *SSRN Electronic Journal*.
- Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada (CEGEA). (2007). Estrutura de Mercado e Performance nos Serviços de Hemodiálise em Portugal.
- Coelho, Diniz, Hartz, e Dussault. (2014). Gestão Integrada da Doença Renal Crónica: Análise de uma Política Inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Coelho, Sá, Diniz, e Dussault. (2014). The Integrated Management for Renal Replacement Therapy in Portugal. *Hemodialysis International*.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2009). Questionário à Satisfação dos Doentes Em Diálise.
- Eliason, Heebsh, McDevitt, e Roberts. (2020). How Acquisitions Affect Firm Behavior and Performance: Evidence from the Dialysis Industry. *The Quarterly Journal of Economics*.
- European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA). (2019). Annual Report 2017.
- Erickson, Zhao, Niu, Winkelmayr, Bhattacharya, Chertow, e Ho. (2019). Association of Hospitalization and Mortality among Patients Initiating Dialysis with Hemodialysis Facility Ownership and Acquisitions. *JAMA Network Open*.
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2006). Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS.
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2013). Acesso, Concorrência e Qualidade no Setor Convencionado com o SNS.
- Escoval, Coelho, Diniz, Rodrigues, Moreira e Espiga. (2010). Gestão Integrada da Doença: Uma Abordagem Experimental da Gestão em Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Francisco, Joana. (2013). Satisfação dos Doentes Renais Submetidos a Hemodiálise. Tese de Mestrado.
- Gaynor & Town. (2012). Competition in Health Care Markets. *Handbook of Health Economics*.
- Health Consumer Powerhouse. (2019). Eurohealth Consumer Index 2018.
- Ho & Hamilton. (2000). Hospital Mergers and Acquisitions: Does Market Consolidation Harm Patients?. *Journal of Health Economics*.
- Ordem dos Médicos. (2017). Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos.
- Silva, Mónica Tavares. (2015). Questionário à Satisfação dos Doentes em Diálise. Tese de Mestrado.
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN). (2019). Portuguese Registry of Dialysis and Transportation 2018.

6. ANEXO

6.1. Pedido de elementos a operadores

Empresas visadas

Beirodial, Caledial, C.C. Bonfim, CDBI, Centrodial, CHD, CHOT, CHP, Clirenocare, CMD Benedita, CMDR, Diálises do Vouga, Dialverca, Diaverum, Eurodial, Hemo-Atlântico, IDTDR, Nefrodouro, Nefroestremoz, Nefropaiva, Nefropinhal, Nefroserve, Nefrovaes, NephroCare, Pluribus Diálise – Benfica, Pluribus Diálise – Cascais, Pluribus Diálise – Sacavém, Pombaldial, Sanfil, SCM Felgueiras, SPD, Suldíalise, Tecsam, Uninefro Guimarães, Uninefro Matosinhos, Uninefro Santo Tirso, Uninefro Viseu, Unihemo

Questões

1. Queira identificar as principais barreiras à entrada e à expansão na prestação de cuidados de hemodiálise.
2. Queira transmitir a sua perspetiva quanto à forma como o atual regime de atribuição de convenções para a prestação de cuidados de hemodiálise ao abrigo do Serviço Nacional de Saúde pode impactar a entrada e/ou expansão na prestação de cuidados de hemodiálise.
3. Queira juntar organograma, mais recente, do grupo empresarial em que a V/empresa se insira.
4. Queira enviar uma listagem de todas as unidades de tratamento de hemodiálise que se inserem atualmente na V/empresa, indicando, para cada unidade, se foram adquiridas, cedida a sua exploração ou constituídas *ex-novo* (i.e., por crescimento orgânico). No caso de terem sido adquiridas ou cedida a sua exploração, queira indicar, para cada unidade, as datas e os proprietários/contratantes envolvidos.
5. Queira identificar, relativamente à estrutura de controlo²⁰⁹ atual da V/empresa:
 - 5.1. Os proprietários, respetivas participações no capital social e/ou de quotas da V/empresa e respetivos direitos de voto; e
 - 5.2. Os proprietários que exercem um controlo, exclusivo ou conjunto, de direito ou de facto, sobre a V/empresa.
6. Queira informar sobre alterações de propriedade da V/empresa, para o período temporal de jan/2009 a abril/2020, identificando, para cada alteração:
 - 6.1. A data da alteração;
 - 6.2. Os proprietários, respetivas participações no capital social e/ou de quotas da V/empresa e respetivos direitos de voto no momento anterior e posterior à alteração; e
 - 6.3. Os proprietários com controlo, exclusivo ou conjunto, de direito ou de facto, sobre a V/empresa, no momento anterior e posterior à alteração.
7. Queira informar se a V/empresa celebrou com outras empresas acordos de gestão no âmbito da atividade de hemodiálise. Em caso afirmativo, queira para cada acordo, e para o período temporal de jan/2009 a abril/2020:

²⁰⁹ Cfr. Lei da Concorrência, artigo 36.º, o controlo decorre de qualquer ato, independentemente da forma que este assuma, que implique a possibilidade de exercer, com carácter duradouro, isoladamente ou em conjunto, e tendo em conta as circunstâncias de facto ou de direito, uma influência determinante sobre a atividade de uma empresa.

7.1. Identificar a(s) empresa(s); e

7.2. Identificar as datas de início e de termo, assim como eventuais renovações do acordo.

6.2. IHH Modificado

Para o cálculo do IHH Modificado, é seguida de perto a metodologia adotada em Azar et al. (2019).

Nesta metodologia, são distinguidos i) o universo de empresas que atuam no mercado (e que poderão deter participações em empresas concorrentes) – doravante “empresas” – e ii) o universo de proprietários que detêm participação nas “empresas”, não atuando diretamente no mercado (e que poderão deter participações em mais que uma empresa).

O modelo, que pressupõe concorrência *à la Cournot*, distingue-se da formulação tradicional do IHH por considerar os potenciais efeitos que participações cruzadas no mercado possam ter na concentração do mesmo.

Nomeadamente, cada empresa internaliza as externalidades que um comportamento concorrencialmente agressivo poderá ter em i) outras empresas nas quais detém participação e ii) outras empresas com proprietários em comum.

Em termos matemáticos, a formulação do IHH Modificado proposta por Azar et al. (2019) é dada por:

$$GHHI = \sum_j \sum_k \frac{\sum_i \gamma_{ij} \beta_{ik}}{\sum_i \gamma_{ij} \beta_{ij}} s_j s_k$$

Em que:

γ_{ij} é o controlo (direto + indireto) do proprietário/empresa i na empresa j.

β_{ij} é a participação financeira (direta + indireta) no capital da empresa j pelo proprietário/empresa i.

Para determinar o controlo foram assumidos dois cenários:

- (i) O controlo é proporcional ao interesse financeiro/capital com direito de voto.
- (ii) O controlo é de 100% (“real”) caso a participação social do proprietário/empresa ultrapasse 50%, ou a empresa tenha referido deter esse controlo ou ser controlada por outra empresa, em resposta ao pedido de elementos da AdC.

Os mapas apresentados apresentam os resultados apenas do segundo cenário.