U.PORTO

FEP FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

APLICAÇÃO DO MODELO ESTRUTURA COMPORTAMENTO PERFORMANCE AO MERCADO DE CUIDADOS DE SAÚDE ORAL EM PORTUGAL.

Ricardo Picão Fernandes

Dissertação
Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientado por
Professora Doutora Susana Maria Sampaio Pacheco Pereira de Oliveira

2020

Agradecimentos

Aqui expresso os meus mais sinceros agradecimentos a todas as pessoas que me acompanharam durante o desenvolvimento desta dissertação de mestrado e, que de alguma forma, tornaram possível a conclusão de mais uma etapa da minha vida.

Começo por agradecer à Professora Susana Oliveira pela orientação, dedicação, apoio e disponibilidade incansável. Por todos os momentos de partilha, enriquecimento e alargamento de horizontes.

Aos meus pais, por serem um dos meus maiores pilares, por todo o apoio de sempre, por toda a determinação, compreensão, carinho e todo o amor com que sempre me abraçam.

Aos meus irmãos, por me acompanharem ao longo desta caminhada, por todos os vossos sorrisos, afetos, motivação e persistência que me vão fazendo ultrapassar cada nova etapa.

À minha família, por toda a vossa animação, compreensão e partilha que aos longos dos anos me deram e me fazem crescer cada vez mais.

Aos meus amigos, um muito obrigado por estarem sempre nos momentos mais importantes, por toda a vossa diversão, companheirismo e apoio.

Agradeço, por fim, à Faculdade de Economia da Universidade do Porto e a todos os professores que, durantes estes dois últimos anos, contribuíram para a minha formação e crescimento pessoal.

A ti...

Resumo

Nos últimos anos o mercado de cuidados de saúde oral tem apresentado um contínuo crescimento, apesar da saúde oral em Portugal ainda ser vista como uma das especialidades médicas mais caras e apenas 49,0% da população recorrer a estes cuidados.

Este estudo surge, portanto, com o propósito de estabelecer uma caracterização dinâmica da estrutura, do comportamento e da performance do mercado, aplicando o modelo teórico do paradigma ECP e, ainda, executar uma análise regional da realidade portuguesa bem como uma comparação desta com a de seis países da União Europeia, no período de 2014 a 2018.

Para atingir este objetivo, recorreu-se às Base de Dados SABI e ORBIS através das quais se obtiveram dados relativos à evolução do número de empresas, de trabalhadores, do Volume de Negócios e de EBITDA, de 6583 empresas portuguesas, assim como, de 16.999 empresas de seis países europeus, prestadoras de cuidados de saúde oral.

De acordo com os dados obtidos, concluiu-se que o mercado é bastante concorrencial. O valor de IHH a nível nacional, em 2018, é de 34 pontos (H<1000) tendo-se mantido relativamente estável ao longo do período em análise. A nível regional, três NUTSIII apresentam uma concentração do mercado elevada ou intermédia.

No que reporta ao VN das empresas, há um aumento do volume de negócios médio por empresa de 33.610€, durantes estes 5 anos. Quanto ao EBITDA médio por empresa este tem-se mantido estável na ordem dos 23.000€. Por sua vez, a MEBITDA tem vindo a decrescer 1% ao ano.

O número de empresas por 10.000 habitantes em Portugal é de 4,2, o maior valor encontrado diz respeito à Área Metropolitana do Porto (6,1) e o menor ao Alentejo Litoral (2,7). Já no que respeita ao número médio de empregados o valor médio é de 3,0 por clínica, verificando-se um valor superior na zona Oeste (4,3) e inferior no Alentejo Central (2,1).

Quando comparando o cenário do mercado de cuidados de saúde oral português com o de outros países europeus, confirma-se que a concentração empresarial é igualmente baixa nestes países e que Portugal apenas apresenta valores abaixo da média dos seis países quer para o número de empregados médio que é de 5,1, quer para o número empresas por 10.000 habitantes de 5,9.

Abstract

In the last few years, the oral health care market has shown a continuous growth, although the oral health is still seen as one of the most expensive medical specialties in Portugal and only 49,0% of the population have access to it.

This study appears, therefore, with the purpose of establishing a dynamic characterization of the structure, conduct and performance of the market, applying the theoretical model of the SCP paradigm, and to perform a regional analysis of the situation in Portugal, comparing it to another six European Union member states, in the time period between 2014 and 2018.

In order to achieve this objective, we used the SABI and ORBIS databases, that helped us to obtain the data on the evolution of the number of companies, workers, turnover and EBITDA of 6.583 Portuguese companies, as well as of 16.999 companies from six European countries, all of them providers of oral health care.

Based on this data, it was concluded that the market is quite competitive. The national IHH value in 2018 was 34 points (H < 1000) and it has remained relatively stable throughout the period under review. At the regional level, three NUTSIII show a high or intermediate market concentration.

Regarding the companies turnover, there was an increase in the average turnover per company of 33.610 € in the last 5 years. As for the average EBITDA per company, it has remained stable at around 23.000 €. On the other hand, MEBITDA has been decreasing 1% per year.

The number of companies in Portugal per 10.000 inhabitants is 4.2, the highest value was found in the Metropolitan Area of Porto (6.1) and the lowest in the Alentejo Litoral region (2.7). Regarding the average number of employees, the average value is 3.0 per clinic, with higher values in the West (4.3) and lower values in the Alentejo Central (2.1).

When comparing the situation of the Portuguese oral health care market with the situation in other European countries, it's been confirmed that business concentration is also low in these countries and that Portugal only presents values below the average of these six countries when it comes to the average number of employees, which is 5.1, and the number of companies per 10.000 inhabitants, which is 5.9.

Índice Geral

Agradecimentos i

Resumo ii

Abstract iii

Índice de Figuras vi

Índice de Gráficos vi

Índice de Tabelas vii

Lista de Acrónimos e Siglas viii

1. Introdução 1

2. Determinantes da Saúde Oral 3

2.1 Conceito de Saúde Oral 3

2.2 Determinantes de Saúde Oral 3

2.3 Saúde Oral: Uma necessidade não satisfeita em Portugal? 5

3. O Mercado de Cuidados de Saúde Oral em Portugal 7

3.1 Evolução das Políticas Saúde Oral em Portugal 7

3.2 Projeto "Saúde Oral para Todos" – Medicina Dentária no SNS 10

3.3 Acesso aos cuidados de Saúde Oral em Portugal 11

3.4 Distribuição de recursos humanos no mercado de cuidados de saúde oral 13

3.5 Despesas e Financiamento dos Cuidados de Saúde Oral em Portugal 17

4. Metodologia 19

4.1 O Paradigma ECP 19

4.1.1 Estrutura 20

4.1.2 Comportamento 20

4.1.3 Performance 20

4.2 Recolha e análise de Dados 21

5. O modelo ECP no mercado de cuidados de Saúde Oral em Portugal 24

5.1 Estrutura do Mercado Cuidados Saúde Oral em Portugal 24

5.1.1 Concentração dos Prestadores saúde oral 24

5.1.2 Concentração dos consumidores/compradores 28

5.1.3 Diferenciação do Produto 30

5.1.4 Barreiras à Entrada 31

5.2 Comportamento das empresas no Mercado de Cuidados de Saúde Oral em Portugal 36

5.2.1 Publicidade 36

5.2.2 Estratégias de preços 38

5.2.3 Fusões e Aquisições 40

5.3 Performance do Mercado de Cuidados de Saúde Oral em Portugal 40

5.3.1 Rentabilidade 40

5.3.2 Progresso Económico 42

6. Comparação da dimensão tipo das clínicas em Portugal com as clínicas de outros países europeus 44

6.1 Comparação regional da dimensão tipo das clínicas em Portugal 44

6.2 Comparação da dimensão tipo das clínicas em Portugal com as clínicas de outros países 47

7. Conclusão 50

8. Bibliografia 52

Índice de Figuras

Figura 1. Número de Habitantes por médico dentistas no ativo 16
Figura 2. O paradigma ECP – Fatores Condicionantes do paradigma 21
Figura 3. Campanha publicitária com demonstração de atos médicos gratuitos 38
Figura 4. Concentração nos mercados de serviços de saúde oral 46

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Rácio do número de habitantes por médico dentista 2
Gráfico 2. Percentagem de população com 16 ou mais anos que reporta necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral 6
Gráfico 3. Percentagem da população com 16 ou mais anos que reporta necessidades não satisfeitas de exames ou tratamentos dentários por serem muito caros, distantes ou demorados dado existirem listas de espera 6
Gráfico 4. Evolução de utentes atendidos nos CSP no âmbito da saúde oral no período de 2016 a 2019 11
Gráfico 5. Percentagem de pessoas que visitaram o dentista , por nível de rendimento, em 2014 13
Gráfico 6. Número de Médicos Dentistas por 1000 habitantes em 2018 15
Gráfico 7. Evolução do Índice Herfindahl–Hirschman 2014-2018 27

Índice de Tabelas

Tabela 1. Quadro resumo dos programas de saúde oral vigentes desde 1985 9
Tabela 2. Acesso aos cheques-dentista, por grupo-alvo 2008-2016 10
Tabela 3. Número empresas em estudo após critérios inclusão e exclusão. 23
Tabela 4. Valores críticos do índice H (Adaptado de Varum et al. (2016)) 25
Tabela 5. Elementos estudo de concentração de mercado 26
Tabela 6. Análise das 25 empresas com maior quota de mercado no ano de 2018. 28
Tabela 7. Custo associado à operacionalização de dois gabinetes para prestação de cuidados de saúde oral (PJPE, 2011) 34
Tabela 8. Demonstração resultados Empresa Sorrisos Bonitos, LDA. (Retirado de Castro (2015)) 35
Tabela 9. Cálculo anual dos valores de EBITDA das empresas de 2014 a 2018 41
Tabela 10. Valores de EBTIDA relativos ao ano de 2018 de 25 empresas com o maior valor registad 43
Tabela 11. Indicadores de análise da dimensão tipo das empresas de saúde oral, por NUTSIII 45
Tabela 12. Países da União Europeia e respetivos indicadores relativos ao ano de 2018 47

Lista de Acrónimos e Siglas

APMD Associação Profissional dos Médicos Dentistas

CAE Código de Atividade Económica

CECDO Council of European Chief Dental Officers

CSP Cuidados de Saúde Primários

EBITDA Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization

ECP Estrutura-Comportamento-Performance

ERS Entidade Reguladora da Saúde

ESMDL Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa

FDI Federação Dentária Internacional

IHH Índice de Herfindahl-Hirschman

MEBITDA Margem de EBITDA

NUTS Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMD Ordem dos Médicos Dentistas

OMS Organização Mundial de Saúde

PNPSO Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

QM Quota de Mercado

RC_n Rácio de Concentração

SNS Serviço Nacional de Saúde

VN Volume de Negócios

1. Introdução

Os cuidados de saúde oral definem-se como o estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas (ERS, 2009).

Em Portugal, a promoção da saúde oral nunca foi uma prioridade para os sucessivos Governos constitucionais e, até 2005, era de prática quase exclusivamente privada. A aposta na saúde oral, apesar de não ter sido devidamente valorizada, é importante para o desenvolvimento da população já que a patologia oral pode ter efeitos nefastos nos mais diversos sistemas orgânicos que asseguram a sobrevivência dos indivíduos.

Observando a evolução da medicina dentária em Portugal, vemos que até ao século XIX, a medicina dentária, era praticada pelos designados *arrancadores de dentes, barbeiros, cirurgiões e alguns odontologistas*. Houve espaço para artistas ambulantes percorrerem constantemente o país e ainda outros curiosos nacionais fazerem das suas habilidades, até à criação da Especialidade de Estomatologia (em 1911)(Carvalho, 1938). As condições de acesso a essa nova classe foram melhorando e a prática da estomatologia no nosso país passou a ser vista como uma área da medicina de igual importância, no acesso aos cuidados de saúde.

Em 1975, é criada a primeira Escola Superior de Medicina Dentária (ESMDL) em Lisboa, onde se formaram seis anos mais tarde, em 1981, os primeiros médicos dentistas portugueses. Começa então a surgir um novo olhar sobre a prestação de cuidados de saúde oral em Portugal, com a formação de novos especialistas totalmente dedicados às patologias da cavidade oral, especialistas estes que na sua maioria não são integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, dedicando-se exclusivamente a exercer a sua atividade no setor privado.

A prestação de serviços de medicina dentária no setor privado até 1991 não era regulada mas, nesse mesmo ano, é criado um órgão de regulação da profissão denominado Associação Profissional dos Médicos Dentistas (APMD) que obrigava todos os profissionais à sua inscrição nesta instituição, para o exercício legal da profissão (Diário da República, 1991). Oito anos mais tarde, em 1998, a APMD sofre uma alteração estatutária passando a designar-se Ordem dos Médicos Dentistas, pela Lei n.º 82/98 (Diário da República, 1998).

De 1975 a 1998, são criadas sete instituições de ensino de medicina dentária em Portugal, três delas em universidades públicas e as restantes quatro em universidades

privadas. Este aumento do número de estabelecimentos de ensino de saúde oral conduziu, claro está, a um aumento do número de médicos dentistas no nosso país, fazendo inverter um rácio de população por médico dentista, que outrora estava em défice (Gráfico1).

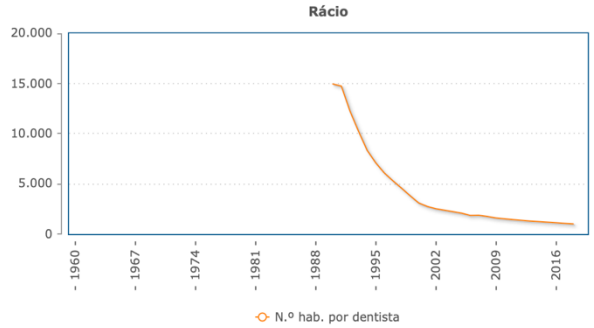


Gráfico 1. Rácio do número de habitantes por médico dentista – Retirado de PORDATA-
(https://www.pordata.pt/Portugal/Número+de+habitantes+por+médico+e+por+outro+pessoal+de+saúde-640-4177)

Com isto, o número de profissionais a exercer no setor privado aumentou muito significativamente, levando, previsivelmente, a uma menor concentração do mercado de cuidados de saúde oral em Portugal e, concludentemente, a um aumento concorrencial.

Neste sentido, tendo em conta tal mudança na estrutura da oferta, questiona-se qual será a situação concorrencial verificada entre os agentes atuantes no mercado de serviços de saúde oral. Torna-se, por isso, importante estabelecer uma caracterização do mercado de cuidados de saúde oral em Portugal e a evolução deste ao longo de um período de cinco anos (2014 a 2018).

Este estudo surge, assim, com o propósito de estabelecer uma caracterização da dinâmica deste mercado e, ainda, executar uma análise regional da realidade portuguesa bem como uma comparação desta com a de seis países da União Europeia.

O modelo teórico que serviu de base à análise desta realidade foi o paradigma Estrutura-Comportamento-Performance (ECP).

Seguidamente, no capítulo 2 e 3, são descritos os determinantes de saúde oral e a evolução de políticas de saúde oral em Portugal, a distribuição de recursos humanos e também as despesas e o modo de financiamento destes cuidados. No capítulo 4, está descrita a metodologia do trabalho, a explicação do paradigma e os critérios de inclusão e exclusão usados na realização deste estudo. O capítulo 5 aplica o paradigma ECP ao mercado de cuidados de saúde oral em Portugal. Além disso, no capítulo 6 encontra-se uma análise comparativa da dimensão tipo das empresas atuantes por NUTS e um confronto dos mesmos indicadores com o das empresas de seis países europeus selecionados. Finalmente, no capítulo 7, apresentam-se as conclusões do estudo.

2. Determinantes da Saúde Oral

2.1 Conceito de Saúde Oral

Segundo a OMS, a saúde oral é um indicador-chave da saúde geral, bem-estar e qualidade de vida. Abrange uma gama de doenças e condições onde se incluem: cárie dentária, doença periodontal, perda de peças dentárias, lesões da mucosa e ainda o cancro oral, podendo originar um grave problema para a saúde pública. Estas doenças de caráter infecioso, podem ser responsáveis pela origem de grandes focos de disseminação de microrganismos em todo o organismo, podendo afetar a saúde geral de cada um (WHO, 2020).

O *Global Burden of Disease Study 2017* estimou que as doenças orais afetam 3,5 mil milhões de pessoas em todo o mundo com a cárie dentária não tratada entre as doenças não transmissíveis mais prevalentes. O impacto destas sobre a população traduz-se não só em dor e sofrimento, mas também em menor qualidade de vida, redução de produtividade e, consequentemente, em piores resultados económicos. A prevalência de doenças orais está intimamente associada a grupos populacionais mais desfavorecidos e com rendimentos baixos, bem como à população mais idosa (Dye, 2017).

No entanto, estas podem ser evitadas ou reduzidas, através da adoção de medidas baseadas na inovação em termos de prevenção, promoção da saúde oral ou ainda com base em abordagens multidisciplinares na prestação de cuidados de saúde oral a nível individual e populacional (Cruz, 2014).

O conceito de saúde oral significa, então, ausência de qualquer tipo de doença oral, seja ela, dor facial, cancro da garganta e/ou boca, de infeções orais, periodontais ou úlceras, cáries, perda dentária, entre outro género de doenças e/ou distúrbios que possam afetar e limitar as capacidades funcionais (morder, mastigar, sorrir e falar) e o bem-estar psicossocial de um indivíduo, pelo que ninguém pode ser considerado plenamente sadio, se possuir alguma doença na sua cavidade oral (WHO, 2020).

2.2 Determinantes de Saúde Oral

A saúde oral é subjetiva e dinâmica, permitindo comer, falar, sorrir e socializar, sem desconforto, dor ou vergonha. Apesar de amplamente evitáveis, as doenças orais são altamente prevalentes ao longo da vida e têm efeitos negativos substanciais em indivíduos, comunidades e na sociedade em geral. As doenças orais são de natureza crónica e progressiva.

Por exemplo, a cárie dentária afeta crianças em idade precoce, mas é uma condição ao longo da vida que acompanha a adolescência até a vida adulta.

De acordo com a OMS, para além dos determinantes sociais em saúde, também a região geográfica, a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde oral, influenciam a prevalência das doenças orais. Pelo que se conclui que, uma maior incidência de doenças orais está intimamente associada aos membros da sociedade mais pobres e socialmente desfavorecidos. Existe um gradiente social forte e consistente entre o status socioeconómico e a prevalência e gravidade das doenças orais (Dye, 2017; Peres et al., 2019).

Alguns determinantes de saúde como o rendimento, educação ou nível socioeconómico são fatores que influenciam quer a saúde geral, quer a saúde ao nível da cavidade oral. De um modo geral a saúde oral é determinada por todos os fatores que influenciam a saúde como um todo.

Para que ocorra a redução da carga de doença ou para que haja a promoção da saúde de uma população em geral é necessário ter em atenção os principais determinantes de saúde. Existem vários determinantes sociais da saúde, que podem ser categorizados da seguinte forma: comportamentos de cariz pessoal e estilo de vida, influência da comunidade, condições de vida/trabalho, acesso aos serviços de saúde, condição socioeconómica, cultural e ambiental.

Perante isto, surge a necessidade de identificar e avaliar os determinantes de saúde que influenciam a saúde oral e, naturalmente, a qualidade de vida dos indivíduos.

A Federação Dentária Internacional (FDI) estabelece alguns determinantes que podem influenciar severamente a boa saúde oral da população. Abrangem hábitos alimentares nocivos (dieta insalubre, ingestão excessiva de açúcares, consumo de tabaco, consumo excessivo de álcool), maus hábitos de higiene oral (associados a diferentes perfis de risco, culturas e estilos de vida distintos), deficientes condições de vida e meio ambiente (associado a diferentes fatores socioecónomicos e ambientais), (não) administração de fluoretos e, inclusivamente, o próprio sistema de saúde (associado a iniquidades de acesso aos serviços e produtos de saúde oral) (FDI, 2015).

O estatuto socioeconómico pode influenciar a saúde pelas circunstâncias em que as pessoas vivem, trabalham, envelhecem e os seus riscos de doenças. Esses determinantes intermediários incluem condições de trabalho, capital social, fatores psicossociais como stress e apoio social, e acesso a cuidados de saúde (Peres et al., 2019).

Segundo o estudo realizado pela FDI (2015), uma dieta pobre e desequilibrada está intimamente relacionada com desigualdades socioeconómicas, traduzindo-se em hábitos alimentares muito diferentes entre a mesma população. Jovens provenientes de classes sociais altas tendem a consumir mais fruta e uma menor quantidade de açúcar. O consumo de açúcar está diretamente relacionado com o aparecimento de cáries dentárias, com o desenvolvimento de diabetes tipo 2 e obesidade. O consumo de tabaco é igualmente considerado um fator de risco altamente significativo no desenvolvimento de doenças orais. Por sua vez, o consumo de álcool em quantidades elevadas conduz a uma deterioração da saúde oral, resultando em caries dentárias significativas, gengivites, alterações dos tecidos moles, erosão dos dentes e ainda aumento do risco de doença periodontal (Peres et al., 2019).

2.3 Saúde Oral: Uma necessidade não satisfeita em Portugal?

A OMS definiu como um direito fundamental do ser humano, a obtenção do mais alto nível de saúde possível. Como tal, torna-se necessário exigir um conjunto de critérios sociais, úteis para a saúde de toda a população, como a disponibilidade de serviços de saúde, condições de trabalho seguras e condições de habitação e alimentação adequadas. Por isso, o direito à saúde inclui o acesso a cuidados em tempo útil, aceitável e acessível, com a qualidade adequada (WHO, 2017).

Um dos meios de promoção do direito à saúde é a cobertura universal. Porém, os grupos mais vulneráveis e marginalizados nas sociedades tendem a ostentar uma proporção elevada de problemas de saúde, como é o exemplo da saúde oral. A má distribuição de poder, rendimentos e mesmo de bens e serviços, limita o acesso a cuidados de saúde, levando muitas vezes a população a recorrer aos serviços de saúde oral apenas em situação de dor emergente, desconsiderando as ações preventivas (Patel, 2012).

Dados do Eurostat (2018) (Gráfico 2) permitem-nos aferir que, em 2018, cerca de 4,1% da população com 16 anos ou mais de idade na EU-28 afirma ter necessidades não satisfeitas no que diz respeito ao exame ou tratamentos dentários. Em Portugal, essa percentagem ascendia a 14,3%. A maioria das razões deve-se a questões relacionadas com a organização do sistema de saúde oral, apontadas por 10,9% da população, abrangendo o facto de os cuidados terem custos demasiado elevados (10,7%), ficarem distantes (0,1%) ou existirem tempos de espera (0,1%) (Gráfico 3). Há ainda quem aponte razões externas à organização do sistema, tais como: medo (1,3%), falta de tempo (0,9%), preferência em aguardar para ver se o problema melhora (0,5%) e outras (0,6%).

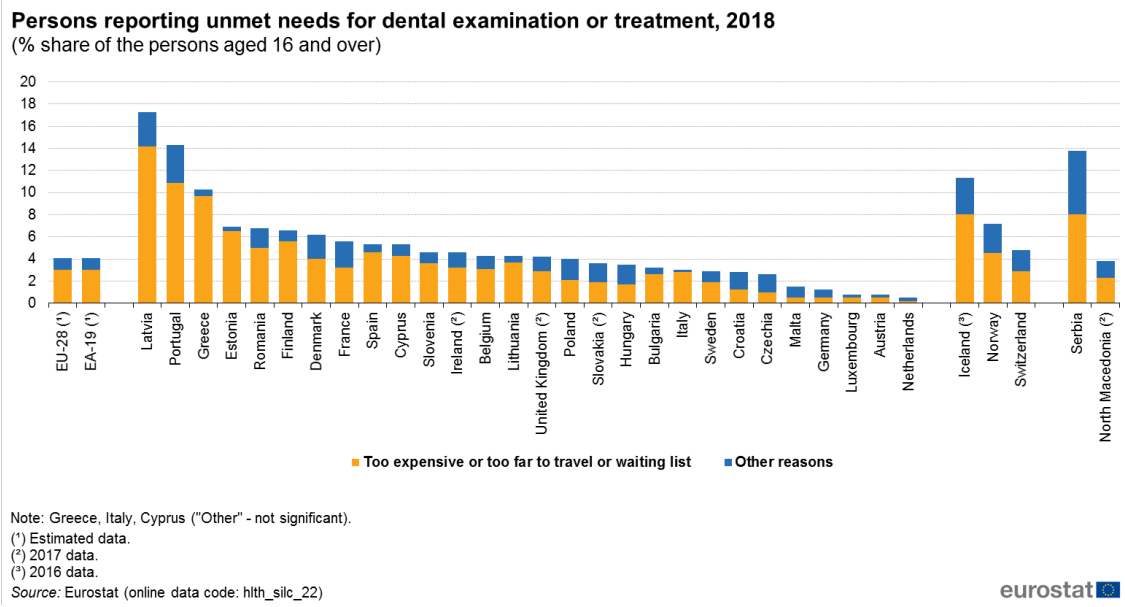


Gráfico 2. Percentagem de população com 16 ou mais anos que reporta necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral – 2018

Analisando a questão relacionada com o nível de educação, verifica-se que um menor nível de educação está associado a uma maior indicação de necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral. Este cenário é extremamente evidente em Portugal, mas também é comum à maior parte dos países da EU-28 (Eurostat, 2018).

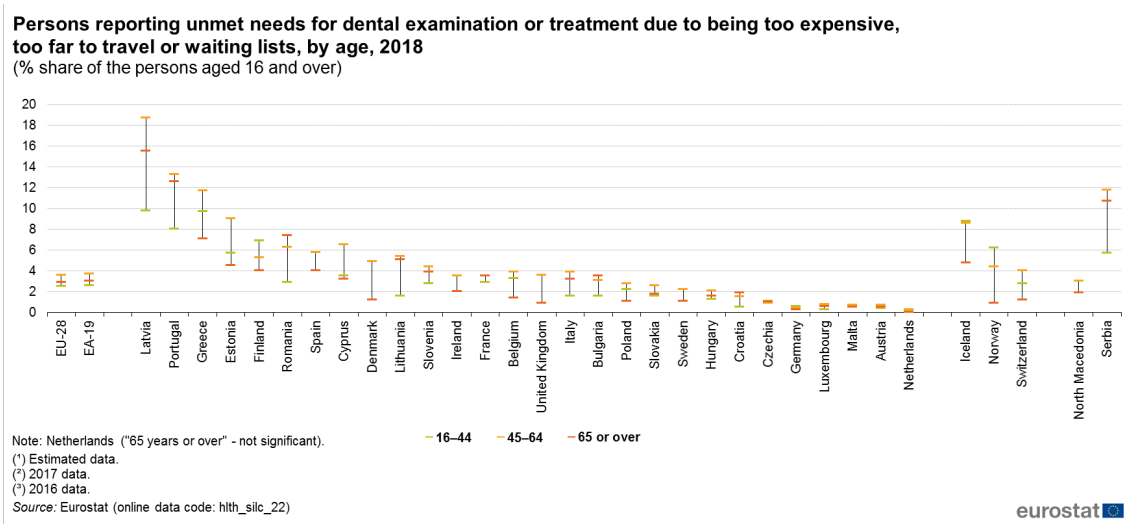


Gráfico 3. Percentagem da população com 16 ou mais anos que reporta necessidades não satisfeitas de exames ou tratamentos dentários por serem muito caros, distantes ou demorados dado existirem listas de espera

3. O Mercado de Cuidados de Saúde Oral em Portugal

3.1 Evolução das Políticas Saúde Oral em Portugal

Nunes et al. (2018) afirmam que, em Portugal, a promoção da saúde oral nunca foi uma prioridade para os sucessivos Governos. Nos serviços prestados pelo SNS, a saúde oral ficou sempre fragilizada. Os médicos dentistas não foram integrados nem em número suficiente, nem na carreira adequada, para fazer face às necessidades dos portugueses, cuja prevalência da patologia oral era elevada na população com dificuldade económica e com baixa literacia. Devido à escassez de recursos humanos especializados, a intervenção pública privilegiou a formação de profissionais nos Centros de Saúde, educadores de infância e professores do 1º ciclo do ensino básico, responsáveis pela multiplicação das ações de formação em todos os distritos do continente (DGS, 2019). No período entre 1985 e 1999, foi dada grande ênfase à intervenção em meio escolar. Além das crianças serem uma população com carências no que diz respeito à saúde oral, os ganhos da intervenção podem ser ampliados com a alteração de comportamentos e a aquisição de hábitos de saúde oral.

Este primeiro passo foi a base para a implementação do Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar (PSOSE), através do qual foi difundida à comunidade educativa informação específica focalizada na adequação de comportamentos nas áreas da alimentação e higiene oral e foram administrados suplementos de flúor aos alunos dos jardins de infância e do ensino básico. Este programa PSOSE, que se desenvolvia em Portugal desde 1986, foi revisto em 1999, tendo passado a designar-se Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes (PPSOCA) e vigorou até 2005. Um ano antes tinha sido criado o PAMDIA – Programa de Assistência Médico Dentária para a Infância e Adolescência, que limitava a uns milhares de jovens, a possibilidade de beneficiarem do programa de prevenção e tratamentos no âmbito da Saúde Oral – mais propriamente, no âmbito dentário

Além da criação destes programas, no início da década de 90, começaram a ser integrados nas equipas multiprofissionais de Centros de Saúde, embora em número reduzido, higienistas orais, médicos dentistas e estomatologistas. Estes profissionais contribuíram para um incremento na qualidade do desempenho dos serviços públicos e para um significativo conjunto de benefícios adicionais para os utentes, entre os quais uma significativa diminuição e resolução de problemas dentários nas crianças e jovens em idade escolar.

No entanto, apesar de alguns médicos dentistas estarem integrados nas unidades do SNS, a realidade é que a prestação de cuidados de saúde oral era, até 2005, uma atividade

predominantemente desenvolvida no setor privado. Esta situação levava a que apenas conseguissem aceder a estes cuidados aqueles que tinham capacidade económica, não estando assegurados os cuidados a todos os membros de alguns grupos de risco como grávidas, crianças ou idosos. No sentido de colmatar esta situação foi desenvolvido um Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), que desenhou uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais e que se desenvolve ao longo do ciclo de vida (Min.Saúde, 2005). Com a implementação deste programa, foi possível definir o conceito de cuidados básicos de saúde oral, contemplando a integração de intervenções de promoção, prevenção primária e tratamento, dirigidas a diferentes grupos populacionais.

O PNPSO foi integrado no Plano Nacional de Saúde e tinha como principais objetivos:

- Reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes;
- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral;
- Promover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidade de saúde especiais.

Porém, em maio de 2005, por proposta ministerial, é criado um novo modelo de intervenção para a saúde oral, envolvendo diferentes estruturas do sistema de saúde, num processo de aproveitamento da capacidade instalada de prestação de cuidados de saúde oral, quer no setor público, quer no privado (Lourenço et al., 2016). Os utentes do SNS passam a ser beneficiários de cuidados de prevenção primária e secundária ministrados em consultórios privados, mediante acordos estabelecidos com os prestadores, suportados financeiramente pelo denominado "cheque-dentista". Uma reforma, considerada inovadora, que permite a livre escolha dos médicos dentistas e estomatologistas pelos utentes e responde à necessidade de aumentar o acesso a cuidados de saúde oral da população. A implementação e expansão do PNPSO com cheques-dentista aumentou a cobertura dos cuidados de saúde oral das populações, apesar de ainda ficar muito aquém do acesso universal e da equidade da prestação pública de saúde (Nunes et al., 2018). A cobertura destes cheques foi ampliada ao longo dos anos incidindo principalmente em grupos mais vulneráveis. No ano de 2005, o programa implementado era concebido para crianças desde o nascimento até aos 16 anos e apresentava como estratégias de intervenção a promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar, a prevenção das doenças orais, o diagnóstico precoce e o tratamento dentário. Os

cheques-dentista foram alvo de mudanças ao longo destes anos tendo sido alargados a grupos de risco, de modo a avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais nestes grupos, através da prestação de um conjunto de cuidados de medicina dentária, nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Na tabela 1 apresenta-se um quadro resumo dos programas de saúde oral vigentes desde 1985 e na tabela 2, a evolução do acesso aos cheques-dentista por grupo-alvo ao longo destes últimos anos.

Período	Programa	Grupos-alvo e especificações
1985 - 1999	Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar (PSOSE)	Ensino pré-escolar e 1º ciclo
1998-1999	Programa de Assistência Médico Dentária para a Infância e Adolescência (PAMDIA)	Limitado a alguns jovens, para beneficiar do programa de prevenção e tratamentos no âmbito da Saúde Oral
1999 - 2005	Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes (PPSOCA)	Grupos acima referidos e adolescentes até 16 anos
2005 – atual	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO)	Concebido para crianças desde o nascimento até aos 16 anos; Criação de cheques-dentista (2008) e sucessivas alterações até 2015

Tabela 1. Quadro resumo dos programas de saúde oral vigentes desde 1985 (Elaboração própria)

Projeto	Data entrada em vigor	Grupo-Alvo	Número máximo cheques por paciente
Grávidas	27 Fevereiro 2008	Mulheres grávidas acompanhadas no SNS (por indicação do médico de família)	3 por gravidez (primeiro cheque oferecido a todas as mulheres grávidas; os próximos dois cheques são oferecidos apenas para aquelas que precisam de tratamento adicional)
Idosos	7 Fevereiro 2008	Idosos que recebem complemento social (por indicação do médico de família)	2 por ano (primeiro oferecido a todos os idosos, o segundo voucher é oferecido apenas para aqueles que precisam de tratamento posterior)
Saúde Infantil	09 Janeiro 2009	Crianças de 6 anos (por encaminhamento do médico família em situações agudas)	1 por ano (máximo de 20.000 crianças por ano)
Crianças e Adolescentes (7, 10 e 13 anos)	09 Janeiro 2009	Crianças e adolescentes de 7, 10 e 13 anos que frequentam escolas públicas ou instituição social	2 (7 e 10 anos) 1 (13 anos)
Crianças e Adolescentes (idades intermediárias)	20 Abril 2010	Crianças e adolescentes de 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos (por encaminhamento de GP em situações agudas)	1 por ano
Pacientes com HIV / SIDA	27 de outubro de 2010 (1ª fase) 01 de março de 2016 (2ª fase)	1ª Fase: Pacientes infetados por HIV / SIDA 2ª Fase: Pacientes infetados por HIV / SIDA	6 por paciente 2 a cada 2 anos
Crianças e Adolescentes (16 anos)	01 Agosto 2013	Adolescentes de 16 anos que concluíram o plano de tratamento aos 13 anos	1 por ano
Intervenção precoce para cancro oral	01 Março 2014	Grupo de risco (triagem oportunista): homens fumantes com idade ≥ 40 anos e com hábitos de beber e pacientes com lesões na boca identificados pelo clínico geral, estomatologista, dentista ou paciente	2 cheques de diagnóstico e 2 cheques de biópsia por ano
Crianças e Adolescentes (18 anos)	01 Março 2016	Adolescentes com 18 anos que concluíram o plano de tratamento aos 16	1 por ano
Crianças e adolescentes com necessidades especiais	01 Março 2016	Crianças e adolescentes com necessidades especiais, doenças mentais, paralisia cerebral, síndrome de Down, entre outros, que não foram alcançados pelo PNPSO	2 (7 e 10 anos) 3 (13 anos)

Tabela 2. Acesso aos cheques-dentista, por grupo-alvo 2008-2016 (Elaboração própria)

3.2 Projeto "Saúde Oral para Todos" – Medicina Dentária no SNS

Onze anos após a introdução do PNPSO, em 2016, surge uma mudança no Plano Nacional de Saúde português, no qual se define como prioritária a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde, com especial atenção às pessoas mais vulneráveis. É com base neste princípio, que o XXI Governo de Portugal promoveu a expansão da rede de cuidados primários com a ampliação da cobertura do SNS na área da Saúde Oral (Min. Saúde, 2016). O objetivo desta medida visou alargar a cobertura para outros casos, que não se encontravam previstos no PNPSO, levando assim a uma diminuição progressiva do vínculo dos profissionais com o setor privado.

Dados da DGS relativos a 2019, presentes no gráfico 4, indicam que, nesse ano, foram atendidos cerca 275.817 utentes pelos 159 centros de saúde com médico dentista distribuídos pelo país. Deste total, 126.582 (46%) utentes atendidos pertencem à região de

Lisboa e Vale do Tejo e ainda, 75.418 (27,3%) desses atendimentos foram prestados a portugueses com mais de 65 anos (SNS, 2019).

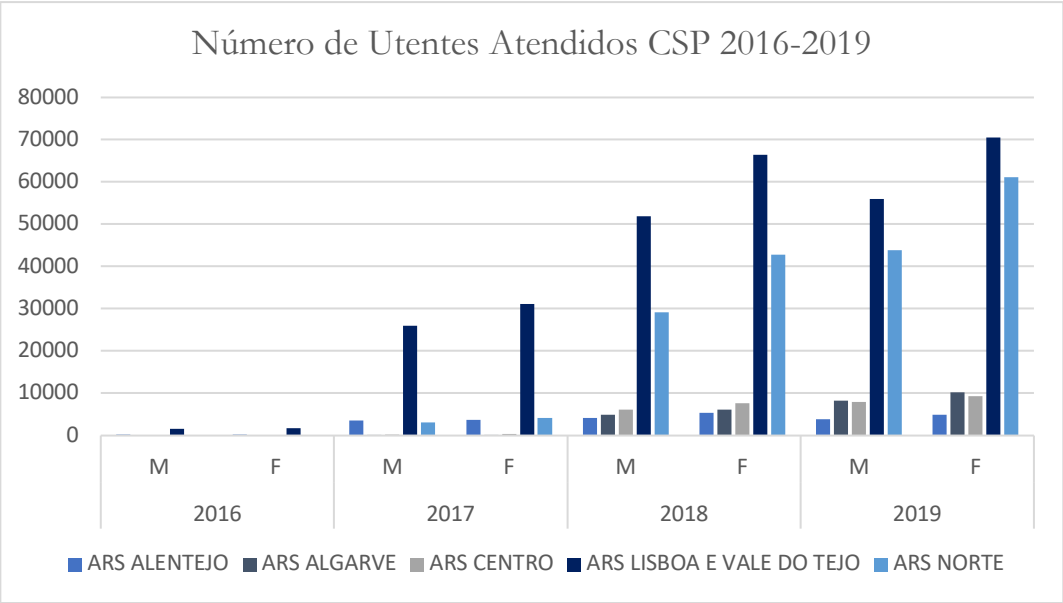


Gráfico 4. Evolução de utentes atendidos nos CSP no âmbito da saúde oral no período de 2016 a 2019 (Dados DGS: https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-atendidos-nos-centros-de-saude-no-ambito-da-soep/table/?disjunctive.ars&disjunctive.aces&sort=periodo)

3.3 Acesso aos cuidados de Saúde Oral em Portugal

Nos países da União Europeia, o acesso aos cuidados de saúde oral apresenta diferenças significativas que estão intimamente relacionadas com o estatuto socioeconómico, nível de educação, o género, idade ou estado geral de saúde da população. As iniquidades mais profundas verificam-se nas populações mais vulneráveis e de mais baixos rendimentos como pessoas sem-abrigo, residentes em hospitais psiquiátricos, idosos, refugiados, grupos étnicos, presidiários, etc. Todos estes grupos apresentam um baixo nível de saúde oral e dificuldades de acesso aos cuidados de saúde dentários. Ainda assim, o acesso a este tipo de cuidados da maioria da população europeia é determinado por critérios de proximidade geográfica, valor cobrado pelos tratamentos e o acesso a determinados grupos da população (Kravitz et al., 2015).

Em Portugal, a procura de cuidados de saúde oral era, até 2016, condicionada pela diminuta e escassa cobertura do SNS e pelos custos elevados dos serviços prestados no setor privado.

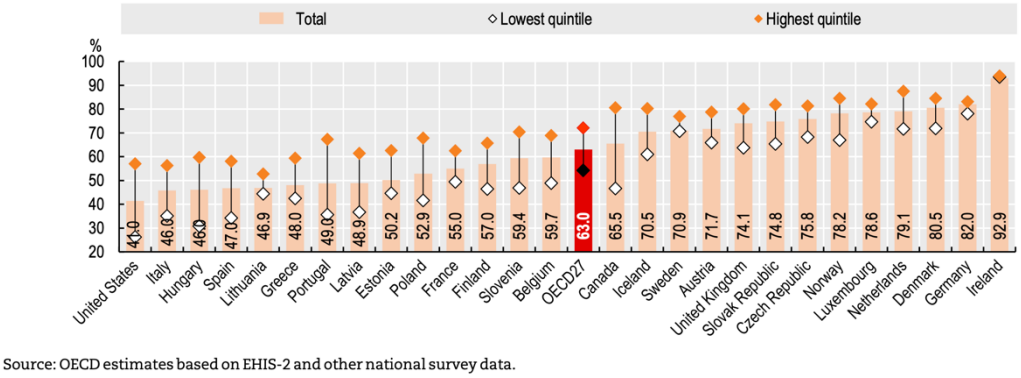
Dados da OMD (2019a), indicam que 31,6% dos portugueses nunca visitam o médico dentista ou apenas o fazem em caso de urgência, destes 22,8% afirmaram não ter dinheiro para suportar os custos das consultas. 53,8% revelam que percecionam a medicina dentária como sendo a área médica mais cara.

Pode dizer-se que o acesso a cuidados de saúde oral para o cidadão português no âmbito do SNS é extremamente restrito. Apesar do acesso a serviços de CSP ser universal, a inclusão da prestação de cuidados de saúde oral para crianças e jovens iniciou-se apenas no ano 2000 dentro dos CSP, através de um sistema de contratualização.

Os acessos aos cuidados de saúde oral estão, assim, dependentes quer da oferta de serviços quer da utilização que o utente lhes dá. Por outro lado, esta utilização é claramente influenciada por fatores predisponentes, que afetam as opiniões e necessidades em saúde, bem como por fatores de capacitação, que determinam os meios necessários para se aceder aos serviços de saúde. Neste sentido, a despesa com serviços e tratamentos é considerada uma barreira no acesso aos cuidados de saúde, com maior impacto em grupos mais vulneráveis e mais desfavorecidos, como já referido anteriormente. Contrariamente, os grupos de nível socioeconómico mais elevado e com maior nível de escolaridade, tendem a ter maior e melhor acesso a consultas de especialidade, tais como as de medicina dentária. Perante isto, é possível reconhecer que desde sempre existiram desigualdades em termos de acesso aos cuidados de saúde, quer em termos gerais, quer em termos de saúde oral.

Contudo, apesar de existirem medidas para amenizar as iniquidades nos cuidados de saúde oral, como é o caso dos cheques-dentista, que permitem recorrer ao setor privado, estas ainda não são suficientes para satisfazer as necessidades existentes (Firmino, 2014). Para melhorar o acesso a estes cuidados e promover a redução das despesas, para estes utentes do grupo de risco, é necessária a intervenção do SNS neste âmbito, no sentido de reduzir as barreiras (financeiras e não financeiras) e promover uma oferta adequada de médicos dentistas e outros profissionais de saúde oral de forma a responder à procura e assim permitir um acesso mais equitativo.

Dados da OECD (2019) (Gráfico 5) refletem que menos de metade da população (49,0%) acederam a serviços de saúde oral em 2014. Isto reflete, claramente, as desigualdades da população em aceder a este tipo de cuidados.



Source: OECD estimates based on EHIS-2 and other national survey data.

Gráfico 5. Percentagem de pessoas que visitaram o dentista , por nível de rendimento, em 2014 (Retirado de (OECD, 2019)

3.4 Distribuição de recursos humanos no mercado de cuidados de saúde oral

Os recursos em saúde devem ser aplicados de forma racional, independentemente do país ou do sistema de saúde em vigor. Os recursos são escassos e as necessidades ilimitadas, pelo que, na definição de estratégias e na tomada de decisão, qualquer país deve procurar a melhor utilização possível dos seus recursos humanos e materiais.

Existem, atualmente, em Portugal, quatro classe de profissionais dedicados à prestação cuidados de saúde oral: Médicos Dentistas, Médicos Estomatologistas, Higienistas Orais e Odontologistas.

1) O Médico Dentista exerce a sua atividade essencialmente no setor privado, uma vez que não dispõe de qualquer tipo de carreira profissional definida no âmbito do SNS. Todavia, existem alguns profissionais integrados em serviços do SNS;
2) O Médico Estomatologista é um profissional licenciado em Medicina e especializado em Estomatologia, incluído na Carreira Médica Hospitalar, podendo exercer a sua função em hospitais, centros de saúde e clínicas privadas;
3) O Odontologista tem um enquadramento muito particular, uma vez que não possui nenhuma formação académica. O exercício profissional foi legalizado através da Lei 4/99 de 27 de janeiro, onde praticamente se igualava a prática dos Odontologistas à dos Médicos Dentistas. No entanto, devido às consequentes questões levantadas pela Comissão Europeia em relação à prática destes profissionais no setor dos cuidados de saúde oral, a anterior Lei foi alterada pela Lei 466/VIII, que restringiu a prática dos Odontologistas a atos bastante limitados;

4) O Higienista Oral está integrado na carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, com o exercício profissional definido pelo Decreto-Lei 564/99 de 21 de dezembro. Estes profissionais desempenham funções no SNS e no setor privado, de forma autónoma, mas sob orientação de um Médico Dentista (APHO, 2020);

Existe ainda um outro profissional, o Técnico de Prótese Dentária, que está integrado na carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica e que tem com principal atividade o desenho, preparação, fabrico, modificação e reparação de próteses dentárias, mediante a utilização de produtos, técnicas e procedimentos adequados (Min.Saúde, 1999).

Segundo o estudo *"Números da Ordem 2019"* da OMD, a taxa média anual de crescimento de médicos dentistas em Portugal nos últimos dez anos é de 5,49%, equivalendo a 585 novos profissionais por ano. A OMD conta atualmente com 10.653 membros ativos, dos quais 60,2% são do sexo feminino e 11,6% encontram-se suspensos, estando a maior destes últimos a exercer em países estrangeiros (OMD, 2019b).

Por outro lado, dados de 2019 da Ordem do Médicos (OM) referem existir, atualmente, 584 médicos estomatologistas no ativo, dos quais 72,7% são do sexo masculino e cerca de 44,2% encontram-se na faixa etária mais de 65 anos (OM, 2020).

Kravitz et al. (2015) referem que, em Portugal, existem 1153 habitantes por cada Médico Dentista ou Estomatologista ou Odontologista no ativo, um dos valores mais baixos da Europa, sendo que com rácios inferiores apenas estão a Noruega, a Dinamarca, o Chipre, a Bulgária, a Lituânia e o Liechtenstein. Por sua vez, no estudo da OMD, em 2019, é apresentado um rácio de 1058 habitantes por médico dentista, um valor muito abaixo das recomendações da OMS, que defende um rácio de um médico dentista para 1500 a 2000 habitantes, para a Europa Ocidental (OMD, 2019b).

Dados da OECD.Stat (2020), representados no gráfico 6, demonstram a evolução do número de médicos dentistas por 1000 habitantes dos países constituintes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) nos últimos oito anos. Neste gráfico é possível visualizar que Portugal, se encontra na média da OCDE dispondo em 2018 de 1,06 profissionais por cada mil habitantes.

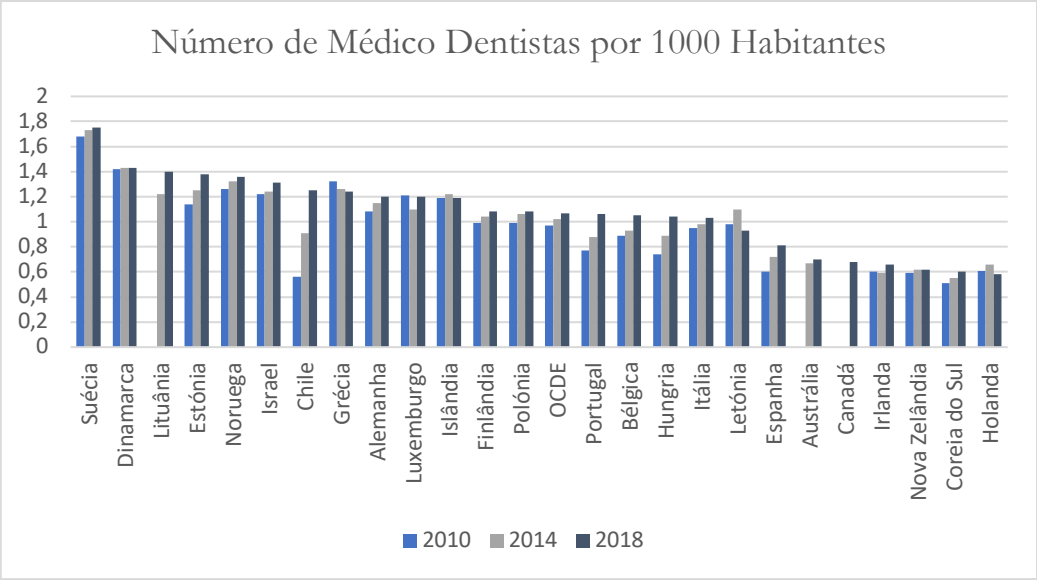


Gráfico 6. Número de Médicos Dentistas por 1000 habitantes em 2018 – Adaptado da base de dados (OECD.Stat, 2020)

No que concerne à distribuição destes profissionais de saúde oral pelo território nacional, verificamos que esta está muito desequilibrada. Apesar de termos um número de médicos dentistas por 1000 habitantes dentro da média da OCDE, a distribuição destes pelo país é desigual, como se pode verificar na figura 1. Em termos relativos, os locais com menos médicos dentistas com inscrição ativa por habitante são o Baixo Alentejo e o Alentejo Litoral, uma vez que o rácio população/médico dentista é mais alto. As regiões com um menor rácio de número de habitantes por médico dentista com inscrição ativa são a Área Metropolitana do Porto, Viseu Dão-Lafões, Região de Coimbra, Terras de Trás-os-Montes, Cávado e Área Metropolitana de Lisboa (OMD, 2019b).

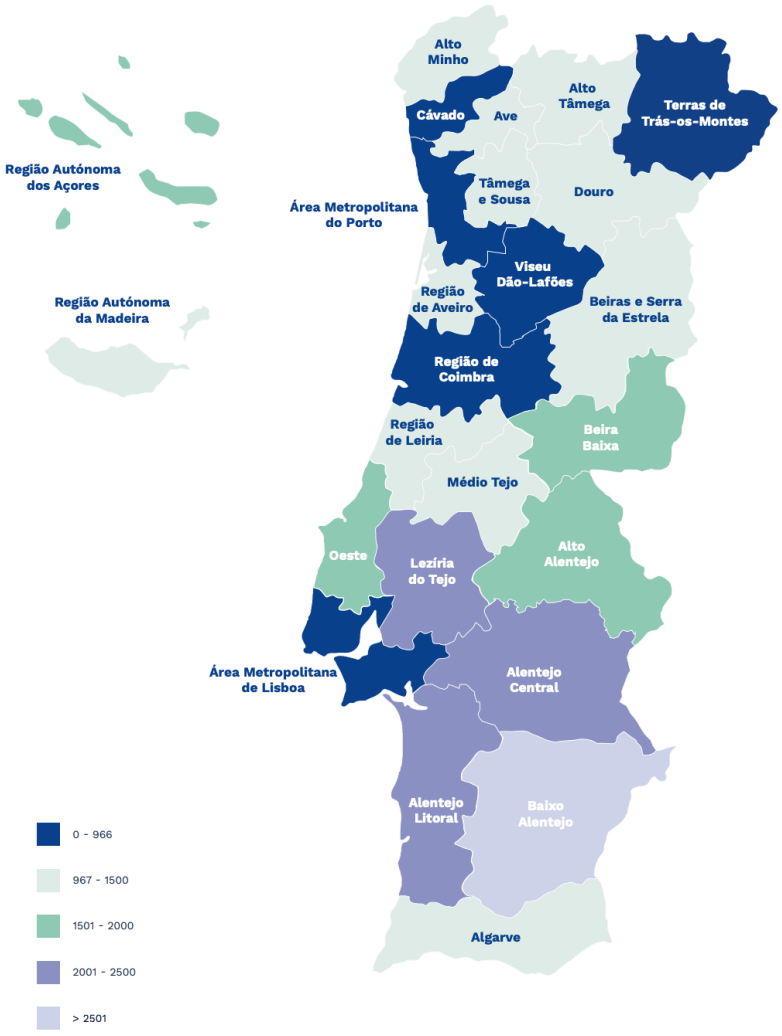


Figura 1. Número de Habitantes por médico dentistas no ativo (OMD, 2019).

O mesmo estudo da OMD (2019b) estima que o total de médicos dentistas a exercerem a profissão exclusivamente em Portugal seja de 9.385 profissionais. Juntando os que exercem em Portugal e no estrangeiro, temos um total de 9.712 médicos dentistas a exercerem. Projeta-se ainda que 2 356 membros da OMD não exerçam a profissão em Portugal. Deste universo, 1509 exercerá a profissão apenas no estrangeiro e 847 não estarão a exercer. Prevê-se ainda que, em 2022, o número de médicos dentistas ativos cresça para 11.274 membros, a uma taxa de crescimento anual de médicos dentistas a exercer a profissão em Portugal de 4,3%.

3.5 Despesas e Financiamento dos Cuidados de Saúde Oral em Portugal

Kravitz et al. (2015) confirmam no seu estudo que a maioria dos custos associados aos cuidados de saúde oral são financiados através de pagamentos diretos pelo utilizador. Expõem ainda, que o valor destes pagamentos só é ultrapassado pelos pagamentos diretos em medicamentos ou serviços de optometria.

A OMS estima que as doenças orais são a quarta doença mais cara para tratar e que os gastos em saúde oral nos 27 Estados-Membros da União Europeia ascendem a 79 mil milhões € por ano (média entre 2008 e 2012), enquanto somente nos EUA se gastaram mais de 110 mil milhões de dólares. Nos países da OCDE, os pagamentos *out-of-pocket* representam cerca de 55% do total das despesas com consultas dentárias, em comparação com uma média de 20% dos gastos diretos com saúde geral.

De acordo com os dados publicados pelo *Council of European Chief Dental Officers* (CECDO), em 2016, os países da UE que dedicaram uma maior percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) dedicaram para a saúde oral foram a Grécia (1,10%), a Itália (0.82%) e Alemanha (0,80%). Contrariamente, a Polónia (0.20%), a Roménia (0.18%), a Hungria (0.16%) e o Chipre (0,06%) foram os países que menor percentagem do PIB afetaram para a saúde oral (CECDO, 2017).

Por sua vez, em Portugal, o *Health at Glance (*2019) mostra que, no ano de 2018, a percentagem de PIB alocada à saúde era de 9,1%, e que aproximadamente 65,0% da despesa total em saúde era financiada pelo governo (OECD, 2019). O *EU Manual of Dental Practice* (2015) indica que a percentagem de PIB português alocada a cuidados de saúde oral era de cerca de 0,36%, e 40% dessa despesa, no nosso país, era de natureza privada (Kravitz et al., 2015).

Em termos de valor, em Portugal, a despesa em saúde oral em 2010 e 2012 foi de 720 e 750 milhões de euros, respetivamente tendo em conta uma taxa de crescimento anual de 2% na despesa em cuidados de saúde oral, em 2020 a despesa tenderá a aumentar para 880 milhões de euros(Patel, 2012).

Analisando apenas a despesa associada ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), verifica-se que em 2010 este representou 3% da despesa em saúde oral, correspondendo a aproximadamente 20 milhões de euros, e apenas 2% em 2012, correspondendo a cerca de 16 milhões de euros (ERS, 2014a).

Um outro fator a ter em conta no que se refere às despesas e financiamento de cuidados de saúde oral depreende-se com a existência de seguros de saúde ou subsistemas de saúde ao qual o consumidor tem acesso.

Simões et al. (2017) afirmam que além da cobertura de seguro saúde fornecida pelo SNS, aproximadamente 25% da população é coberta por um subsistema de saúde ou por um seguro de saúde privado voluntário. Cerca de 16% da população está coberta por um subsistema de saúde e mais de 2,7 milhões de indivíduos (25,8% da população) estavam cobertos por seguro saúde privado individual ou coletivo. Dados mais recentes da OECD (2019) constatam que atualmente 26,6% da população portuguesa dispõem de um seguro de saúde privado pessoal ou coletivo.

Por sua vez, quanto aos subsistemas de saúde, o relatório de atividades da ADSE (2018a) relata que cerca de 1.204.964 indivíduos são beneficiários deste subsistema. Referencia ainda que em 2018 existiam 458 prestadores convencionados em Medicina Dentária e que, em saúde oral os reembolsos atingiram cerca de 13M€, sendo a despesa maioritariamente direcionada para a restaurações (5M€), controlo de ortodontia (1,8M€) e destartarizações (1,6M€). A estes valores acrescem cerca de 15,6M€ de próteses estomatológicas.

Simões et al. (2017) conclui que a maior parte do atendimento em saúde oral é pago por *out-of-pocket* e que cerca de 92% das consultas Medicina Dentária são realizadas no privado. Tendo em conta tal estrutura da oferta, torna-se importante avaliar qual será a situação concorrencial verificada entre os agentes atuantes no mercado de cuidados de saúde oral, estabelecendo uma caracterização do mercado em Portugal e a evolução deste ao longo de um período de cinco anos, como analisaremos nos próximos capítulos.

4. Metodologia

Este trabalho debruça-se sobre o mercado de cuidados de saúde oral e procura analisar a evolução do setor em Portugal no período entre 2014 e 2018, focando essencialmente na estrutura de mercado, o comportamento das empresas e a sua performance/desempenho. Pretende-se ainda, fazer uma análise das diferenças ao nível regional bem como uma comparação das estruturas de mercado em Portugal com países europeus. Para atingir este objetivo, recorreu-se ao paradigma Estrutura-Comportamento-Performance (ECP) e às Base de Dados SABI e ORBIS através das quais foi possível obter dados de 6583 empresas portuguesas prestadoras de cuidados de saúde oral, assim como de 16.999 empresas de seis países europeus.

4.1 O Paradigma ECP

O paradigma Estrutura-Comportamento-Performance (ECP) foi a abordagem dominante para a pesquisa empírica em Economia Industrial entre os anos 50 e o início dos anos 80. O modelo surgiu quando Edward Mason e o seu aluno de doutoramento Joe Bain sentiram a necessidade de perceber como eram determinadas as políticas de produção e de preço das empresas, principalmente nas de maior dimensão (Ferguson et al., 1994). A hipótese central do paradigma ECP é que as características estruturais observáveis de um mercado determinam o comportamento das empresas dentro desse mercado e que o comportamento destas determina a performance mensurável do mercado (Lee, 2007). Com este modelo, os autores pretendiam relacionar os três elementos numa única só direção, ou seja, no seu ponto de vista, a estrutura influenciava o comportamento e este, por sua vez, influenciava a performance do mercado.

Como esclarecem Scherer et al. (1990),o objetivo do modelo é estudar as variáveis que influenciam o desempenho económico, sendo construídas teorias que detalham a ligação entre essas variáveis e o desempenho do mercado. Este paradigma segue a microeconomia neoclássica, fazendo uma análise comparativa entre o caso monopolístico e o de concorrência perfeita.

Antes da aplicação do paradigma ao setor em estudo, é importante compreender melhor cada um dos seus elementos.

4.1.1 Estrutura

Este elemento descreve o "ambiente" em que as empresas de um determinado mercado operam (Ferguson et al., 1994; Scherer et al., 1990). Corresponde a um conjunto de condições comparativamente estáveis onde os vendedores atuam. A literatura é consensual quanto às características mais importantes da estrutura, sendo estas: a concentração dos vendedores e consumidores/compradores, o grau de diferenciação do produto e as barreiras à entrada no mercado (Pisanie, 2013; Scherer et al., 1990).

Além disso, a estrutura de mercado é determinada por vários outros fatores que podem ser classificados como fatores de procura ou de oferta. Os fatores de oferta incluem a localização e a disponibilidade de matérias-primas essenciais, a natureza da tecnologia de produção, o grau de sindicalização da força de trabalho, a durabilidade do produto etc. Os fatores de procura incluem a elasticidade preço da procura, a disponibilidade de substitutos, o crescimento e a variabilidade da procura, entre outros (Ferguson et al., 1994; Lee, 2007; Pisanie, 2013; Scherer et al., 1990).

4.1.2 Comportamento

Refere-se ao comportamento (ações) das empresas num mercado; às decisões que essas empresas tomam e também ao processo como são tomadas. As variáveis usadas para perceber o comportamento da empresa incluem estratégias de preços, conluio, publicidade, investigação e desenvolvimento e o investimento em capacidade. Estes fatores são, geralmente, mais difíceis de identificar empiricamente do que as características estruturais ou de performance (Lee, 2007).

4.1.3 Performance

Por fim, a performance caracteriza-se pela forma como as empresas de um determinado mercado contribuem para os objetivos económicos da sociedade, como eficiência no uso de recursos, pleno emprego desses recursos, equidade na distribuição de receitas e riqueza, bem-estar social, estabilidade ao nível de preços e progresso, incluindo a inovação (introdução de novos produtos e processos) (Pisanie, 2013).

O paradigma ECP, na sua versão inicial, postulava então relações causais específicas entre estrutura, comportamento e performance do mercado. Na figura 2, estão descritos fatores condicionantes do paradigma ECP.

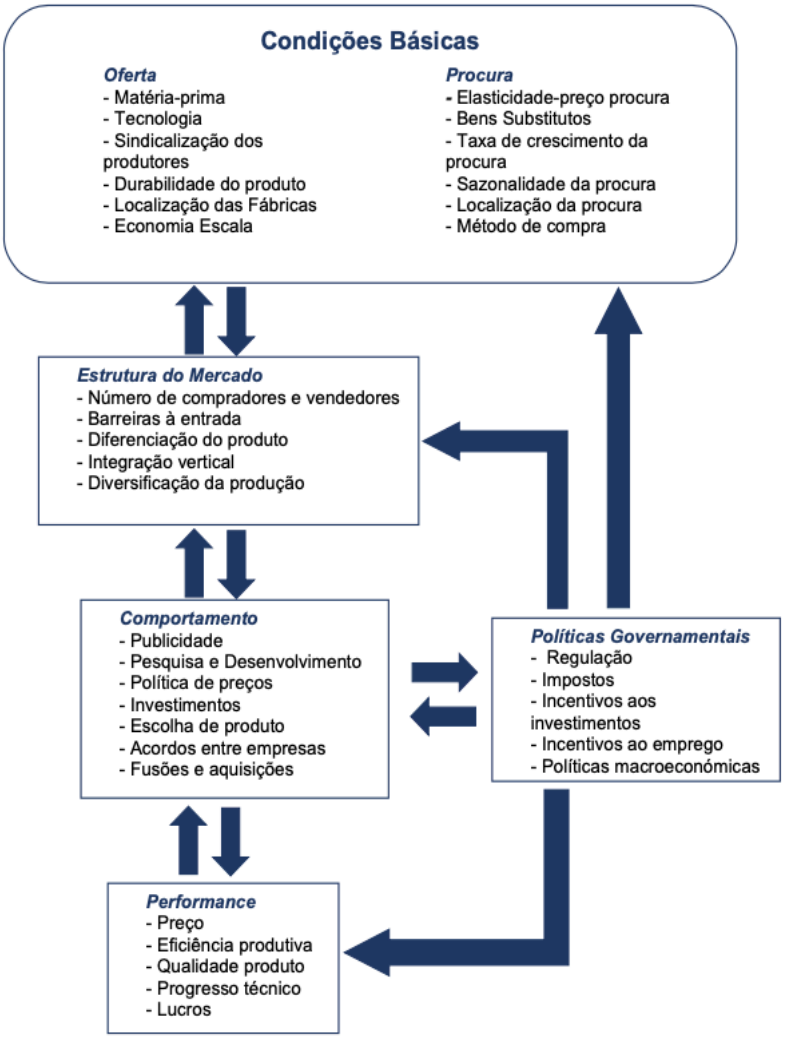


Figura 2. O paradigma ECP – Fatores Condicionantes do paradigma –(Adaptado de Scherer et al. (1990))

4.2 Recolha e análise de Dados

Para conseguir os objetivos propostos, a recolha de informação e dos dados para o estudo foi realizada através de um conjunto de base de dados como a SABI, ORBIS e PORDATA. De salientar que estas bases apenas dispõem de dados de empresas a operar no setor privado. Todavia, também foram recolhidas informações de fontes secundárias (revisões de literatura, artigos científicos, relatórios, estatísticas, entre outros).

Posteriormente, foi necessário definir a população em estudo, que, neste caso, diz respeito às clínicas prestadoras de cuidados de saúde oral privadas. Foi efetuada uma pesquisa na base de dados SABI, de clínicas de medicina dentária portuguesas ativas através do Código de Atividade Económica (CAE) correspondente a 86230 - Atividades de medicina dentária e odontologia.

Nesta mesma base, obtiveram-se dados relativos ao Volume de Negócios (VN), *Earnings Before Interest, Tax, Depreciation, and Amortization* (EBIDTA) e Número de Empregados (NE), no período de 2014 a 2018.

Desta análise inicial, foi obtido um total de 6583 clínicas às quais foram posteriormente aplicados os seguintes **critérios de inclusão:**

a) Empresas ativas no período de 2014 a 2018 (neste incluem-se as novas empresas);
b) Dados disponíveis relativos ao Volume de Negócios de 2014 a 2018;
c) Dados disponíveis relativos ao Número de empregados de 2014 a 2018;
d) Dados disponíveis relativos ao EBITDA de 2014 a 2018.

Como **critérios de exclusão** foram definidos os seguintes:

a) Empresas que não apresentassem os dados acima mencionados;
b) Empresas que embora ativas, não apresentassem a totalidade dos indicadores em estudo;
c) Empresas que embora ativas, apresentassem valores na descrição de *"n.a." (nada a apresentar).*

Os mesmos critérios foram aplicados na base de dados ORBIS para as clínicas europeias em estudo.

Seguidamente, todos estes dados foram organizados sobre forma de tabelas anuais, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018, a partir das quais foram calculados:

a) Número total de empresas anual;
b) Volume de negócios/Número de empregados/ EBITDA anuais;
c) Volume médio de negócios/ Número de empregados médio/ EBITDA médio anuais;
d) A quota de mercado relativa a cada uma das empresas;
e) O Índice de Herfindahl-Hirschman;
f) Rácio-Concentração 4 (RC_4);

g) Rácio-Concentração 8 (RC_8);
h) Desvio padrão.

De ressalvar que, após a submissão das 6583 empresas a estes critérios de inclusão e exclusão, ao longo dos anos 2014 a 2018, obteve-se os resultados referente ao número empresas anuais que constam na tabela abaixo.

Número empresas em estudo após critérios inclusão e exclusão					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
Número Empresas	4389	4579	4673	4865	4978

Tabela 3. Número empresas em estudo após critérios inclusão e exclusão.

No que concerne aos dados de distribuição do setor ao nível das NUTS III, foram retiradas da base de dados SABI, informações relativas ao distrito e localidade de cada uma das empresas. Os dados populacionais foram conseguidos na base de dados PORDATA.

Seguidamente, procedeu-se ao cálculo do índice de Herfindahl-Hirschman (IHH), número de empresas total, número empresas por 10.000 habitantes e o número médio de empregados por NUTS III. O mesmo processo foi realizado para calcular a distribuição do setor pelos países europeus, embora esses dados tenham sido obtidos da base ORBIS.

5. O modelo ECP no Mercado de Cuidados de Saúde Oral em Portugal

5.1 Estrutura do Mercado Cuidados Saúde Oral em Portugal

5.1.1 Concentração dos Prestadores saúde oral

A concentração de prestadores de saúde oral diz respeito ao número de empresas que operam neste mercado, à sua dimensão média e às diferenças de dimensão entre as empresas. Este é o elemento mais utilizado para a caracterização da estrutura de um mercado, devido à sua influência no comportamento estratégico.

Para a análise da concentração de prestadores, recorreu-se aos métodos mais usados para este efeito: rácio de concentração (RC_n) e o Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) (Ferguson et al., 1994; Lee, 2007; Pisanie, 2013).

O rácio de concentração (RC_n), corresponde ao somatório da quota de mercado das N maiores empresas a operar num dado mercado:

$$RC_n = \sum_{i=1}^{n} S_i$$

Sabendo que o mercado é constituído por *N empresas, i = 1, ..., n* e designando por *Si* a quota de mercado da empresa *i*. Este rácio varia entre 0 e 100, ou seja, se RC_n estiver perto de 0, então estamos perante um mercado pouco concentrado, se RC_n estiver perto de 100 o mercado é concentrado, uma vez que as maiores empresas detêm uma grande parte do mercado.

Já o índice Herfindahl- Hirschman (IHH) mede a estrutura de mercado utilizando a soma do quadrado das quotas de mercado de todas as empresas da indústria tendo a seguinte definição:

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

O índice IHH assume valores no intervalo $\frac{1}{n} \leq H \leq 1$ quando o cálculo é realizado com a quota de mercado em número decimal ou no intervalo n $\frac{1}{n} \leq H \leq 10\,000$ quando o cálculo é realizado com a quota de mercado em percentagem (Varum et al., 2016).

Valores críticos do índice *H*

Valor de *H*	Interpretação (EUA)
H < 0,1(ou 1000)	Elevada concorrência
0,1 < *H* < 0,18 (ou 1000-1800)	Concentração moderada
H > 0,18 (ou 1800)	Elevada concentração

Tabela 4. Valores críticos do índice H (Adaptado de Varum et al. (2016))

A elevação das quotas de mercado ao quadrado leva a que este método dê um maior peso às grandes empresas, assumindo um valor mais elevado em indústrias com empresas que servem uma parte substancial do mercado. Se os valores estiverem próximos de 0 exprimem que as empresas se repartem equitativamente no mercado, ou seja, este limite corresponde à situação de concorrência perfeita. Por outro lado, se o índice H for igual a 10.000 estamos perante o caso de monopólio em que existe apenas uma empresa. Uma das suas dificuldades é que IHH muitas vezes é difícil de obter, na medida em que requer informação sobre todas as empresas a atuar num determinado mercado (Ferguson et al., 1994; Varum et al., 2016).

Com os valores do VN de cada empresa e com o VN total do mercado foi possível calcular a quota de mercado de cada uma delas. Com estes campos apurados, procedeu-se ao cálculo do rácio de concentração das quatro/oito maiores empresas e ao índice de Herfindahl- Hirschman (IHH). Na tabela 5, apresenta-se um resumo anual de cada um dos elementos em estudo.

Volume de Negócios					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
Número Empresas	4389	4579	4673	4865	4978
Volume de Negócios Total	643.956.460 €	691.758.814 €	748.342.195€	823.751.077€	897.685.871€
Volume Negócios Médio	146.720€	151.072€	160.141 €	169.321€	180.330 €
Desvio Padrão	537.112 €	537.762 €	610.555 €	648.858 €	721.064 €
Índice Herfindahl–Hirschman (IHH)	32,812	29,856	33,246	32,240	34,127
RC4	0,0859	0,0791	0,0929	0,0966	0,0997
RC8	0,1044	0,0954	0,1095	0,1200	0,1289

Tabela 5. Elementos estudo de concentração de mercado - Elaboração Própria de acordo com a base de dados SABI

Na impossibilidade de analisar detalhadamente cada ano, optou-se por fazer uma análise comparativa da evolução do setor comparando o primeiro ano em estudo de 2014 e o último de 2018. Quanto ao VN Total verifica-se que há um aumento de mais de 253 mil milhões euros entre 2014 e 2018, o mesmo se verifica no VN médio com um aumento médio de 33.610€ da faturação das empresas.

É ainda possível observar que em 2014, as quatro maiores empresas do setor (RC_4), detinham cerca de 9% (0,0859) da quota de mercado enquanto que as oito maiores empresas (RC_8) cerca de 10% (0,1044) deste. Ao longo dos cinco anos de estudo ambos os rácios vão evoluindo de forma gradual até que em 2018 as quatro maiores empresas possuíam 10% (0,0997) do mercado e as oito maiores 13% (0,1289).

Todavia, dadas as limitações deste método torna-se essencial calcular o índice IHH, de modo a aprofundar a distribuição das quotas de mercado de todas as empresas. Assim, aplicando o somatório dos quadrados das quotas de mercado temos o valor do índice IHH, em 2014, que é igual a 32 pontos e, em 2018, 34 pontos. Este indicador manteve-se relativamente estável ao longo do período em análise (Gráfico 7).

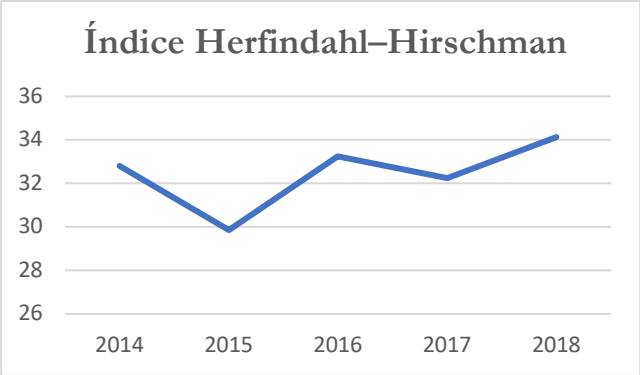


Gráfico 7. Evolução do Índice Herfindahl–Hirschman 2014-2018

Como o IHH se encontra abaixo de 1000 durante o período de estudo, tal indica que existe uma baixa concentração do mercado de cuidados de saúde oral em Portugal, significando a existência de uma elevada concorrência no setor.

Na tabela 6, temos a demonstração do VN, percentagem de quota de mercado (QM) e os rankings do posicionamento (2014 e 2018) das 25 maiores empresas das 4978 analisadas no ano de 2018. O mesmo processo foi realizado para os cinco anos em estudo.

Fazendo uma análise comparativa dos *rankings* das empresas entre 2014 e 2018, podemos, desde logo, tirar algumas conclusões sobre o posicionamento das grandes empresas nesta descritas. O primeiro e o segundo lugar dos rankings ao longo destes anos pouco se alterou, a CLÍNICA MÉDICA E DENTÁRIA DE SANTA MADALENA, LDA e a MALÓ CLINIC, S.A. vão alternando o entre si os dois primeiros lugares do ranking durante este período. Todavia, existem empresas que, surpreendentemente, no ano de 2014 ocupavam lugares de menor relevo e que, em apenas cinco anos, sobem aos dez primeiros lugares. Um dos exemplos mais claros é a SAUDÁVEL REPETIÇÃO- GESTÃO E SERVIÇOS, LDA, que em 2014 se encontrava em centésimo quarto lugar e, em 2018, sobe ao terceiro lugar deste ranking. O mesmo se pode dizer da empresa 1013, LDA que em 2014 se posicionava em trecentésimo nonagésimo segundo lugar e chega a 2018 ao décimo lugar. Perante isto, poder-se-á afirmar que o mercado de cuidados de saúde oral se caracteriza como um mercado de grande expansão e de elevada concorrência pois, neste ambiente, estas empresas conseguiram alcançar estas posições em apenas cinco anos.

Nome	Localidade	Volume de Negócios 2018	QM	Ranking 2014	Ranking 2018
CLÍNICA MÉDICA E DENTÁRIA DE SANTA MADALENA, LDA	Lisboa	27.714.567 €	3,087%	2º	1º
MALÓ CLINIC, S.A.	Lisboa	26.417.075 €	2,943%	1º	2º
SAUDÁVEL REPETIÇÃO - GESTÃO E SERVIÇOS, LDA	Cascais	21.213.942€	2,363%	104º	3º
SMILE UP, S.A.	Porto	14.138.982 €	1,575%	4º	4º
SMILE UP V - DENTAL CLINICS, S.A.	Benedita	7.480.786 €	0,833%	134º	5º
RISOS CARINHOSOS - MEDICINA DENTÁRIA, LDA	Santarém	6.857.687 €	0,764%	41º	6º
SDS - PORTUGAL SOCIEDADE SUIÇA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS, LDA	Porto	6.088.811 €	0,678%	47	7º
MARINA DE PRAETERE E ALEXANDRA MARQUES - MD CLÍNICA, LDA	Lisboa	5.844.538 €	0,651%	5	8º
1013, LDA	Lisboa	4.861.735 €	0,542%	392º	9º
MCCARE - SERVIÇOS DE SAÚDE, S.A.	Senhora da Hora	3.950.380 €	0,440%	*	10º
FAMÍLIA SORRIDENTE, LDA	Ermesinde	3.539.503 €	0,394%	13º	11º
CLÍNICA ANTÓNIO ALBERTO DENTE, S.A.	Mirandela	3.507.433 €	0,391%	28º	12º
ORTOARRIAGA - SOCIEDADE MÉDICA, LDA	Funchal	3.225.572 €	0,359%	18º	13º
TERVIS CLINIC, UNIPESSOAL, LDA	Lisboa	3.181.409 €	0,354%	10º	14º
CLÍNICA DE PROFILÁXIA E REABILITAÇÃO ORAL DA AVENIDA DE GAIA, LDA	Vila Nova de Gaia	3.145.579 €	0,350%	8º	15º
CLÍNICA MÉDICA E DENTÁRIA DA PRAÇA DE ESPANHA, LDA	Lisboa	2.992.988 €	0,333%	7º	16º
ADE - ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS, UNIPESSOAL, LDA	Lisboa	2.629.422 €	0,293%	40º	17º
CLÍNICA MÉDICO-DENTÁRIA NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, LDA	Lisboa	2.621.025 €	0,292%	60º	18º
CLÍNICA DE SERVIÇOS DENTÁRIOS DR. CAUTELA, LDA	Lisboa	2.450.738 €	0,273%	24º	19º
CLÍNICA PATRÃO - CLÍNICA MÉDICA, LDA	Amadora	2.353.355 €	0,262%	14º	20º
CLÍNICA MÉDICO - DENTÁRIA ORTO-M, LDA	Póvoa de Varzim	2.298.250 €	0,256%	16º	21º
MIGUEL PENIN & HENRIQUE SANTOS REIS, LDA	Matosinhos	2.220.675 €	0,247%	11º	22º
CLÍNICA DE MEDICINA DENTÁRIA DR.RUI MONTERROSO, LDA	Mondim de Basto	2.195.686 €	0,245%	70º	23º
MEGA SMILE - CLÍNICA DENTÁRIA, LDA	Casal de Cambra	2.103.634 €	0,234%	23º	24º
DENTORAL - CLÍNICA DE MEDICINA DENTÁRIA, LDA	Almada	2.061.166 €	0,230%	22º	25º

Tabela 6. Análise das 25 empresas com maior quota de mercado no ano de 2018 (Elaboração Própria de acordo com a base de dados SABI) *Clínica constituída a 28/09/2016, sem dados relativos a 2014.

5.1.2 Concentração dos consumidores/compradores

A concentração dos consumidores/compradores está relacionada com o seu número e dimensão. Em grande parte dos mercados, se houver uma elevada concentração de consumidores/compradores, estes conseguem exercer influência no mercado, conseguindo por exemplo que sejam praticados preços mais baixos. Contudo, é necessário avaliarmos alguns fatores que possam condicionar esta influência.

Um pressuposto principal do mercado competitivo é a soberania do consumidor. No entanto, como a maioria dos consumidores desconhece as suas necessidades estomatológicas, não sabe se poderia beneficiar de um serviço estomatológico específico. Devido ao desconhecimento do consumidor e à sensibilidade dos pacientes ao preço num mercado privado, os dentistas que não estão totalmente ocupados podem induzir a procura e definir seus próprios preços para atingir um valor pretendido (Grembowski et al., 1988).

Os produtos ou serviços considerados nos serviços de saúde oral são prestados com a finalidade de satisfazer as necessidades do utente, que exerce a sua procura deslocando-se a um consultório dentário quando precisa de satisfazer pelo menos um de três tipos básicos de necessidades (ERS, 2009): (i) necessidade de prevenção, higiene ou profilaxia; (ii) necessidade de correção de algum problema originador de incómodo ou dor nos dentes; e (iii) necessidade estética.

Logo, um utente que necessite de recorrer a um profissional para satisfazer uma destas três necessidades não tem possibilidade de conhecer com rigor a formação do profissional específico que o irá tratar, nem qual será o ato, nomeadamente o tipo de exame e/ou tratamento, de que necessita. É, portanto, a finalidade de utilização do serviço que mais releva ao utente quando este se depara com um dos três tipos de necessidades básicas supra referidos (ERS, 2009; Grembowski et al., 1988).

Um fator que exerce influência junto da escolha do consumidor é o acesso deste a seguros de saúde ou a subsistemas de saúde, como a ADSE (Instituto de Proteção e Assistência na Doença). Estas entidades influenciam diretamente o mercado no sentido da diminuição do valor do ato estomatológico efetuado. Com o aumento da percentagem da população coberta por estes, isto permitirá aos consumidores acederem a um maior leque de prestadores de serviços, com preços por ato mais baixos. Haverá, então, uma maior franja de população com capacidade e disposição para adquirir estes tipos de serviços. Contudo, um aumento progressivo de população com cobertura de seguros fará, consequentemente, com que os seguros de saúde ou subsistemas possuam um maior poder negocial junto dos prestadores de serviço conseguindo contratualizar com estes valores mais baixos dos preços dos atos dentários do que os inicialmente praticados.

Em Portugal, cerca de 27% da população possui de seguro privado pessoal ou coletivo e 16% está abrangida por um subsistema de saúde (Simões et al., 2017). De modo a compreender o efeito que estes seguros podem exercer junto dos consumidores, abordaremos o caso da ADSE.

A ERS (2009) indica que uma consulta de medicina dentária em Portugal tinha, em média, o valor de 34,38€ no setor privado. O valor das consultas desta especialidade pagas pela ADSE é atualmente de 18,46 euros, sendo 14,47 euros pagos pela ADSE e 3,99 euros pelo beneficiário (ADSE, 2018b). Admitindo que o preço médio da consulta não sofreu alterações na última década, o prestador perde com esta convenção 15,92€. Neste exemplo, vemos o poder que o subsistema exerce sobre o prestador, onde este acaba por praticar um valor bastante abaixo do habitual, procurando aumentar o número de utentes atendidos e, no global, a sua receita total.

Nos dados conseguidos não se obteve referência à percentagem de população com seguro privado e com cobertura para a medicina dentária. Nem todos os seguros privados incluem serviços de estomatologia na sua cobertura pois, muitas vezes, estes serviços traduzem-se num aumento significativo do prémio do seguro para o consumidor.

5.1.3 Diferenciação do Produto

A diferenciação do produto passa pela distinção de um produto ou serviço de outros tornando-o mais competitivo (Spencer et al., 2009). Esta diferenciação acrescenta valor na perspetiva dos consumidores finais e, portanto, leva a um aumento da procura. Porém, gera também uma segmentação de mercado a jusante, com efeitos positivos nos lucros, gerando aumento nos preços finais (Zanchettin et al., 2017).

A criação de um produto ou serviço inovador e único em algum aspeto, é o que leva o consumidor a valorizá-lo particularmente pois, as suas necessidades de momento já se encontram satisfeitas.

A medida usada para avaliar esta substituibilidade é a elasticidade preço cruzada da procura que mede as alterações nas vendas de um produto tendo em conta as alterações no preço de outro produto. A diferenciação de um produto ou serviço pode ser feita através do *design* ou da qualidade, podendo esta ser fomentada através de atividades de promoção ou mesmo através de publicidade (Bain, 1968; Spencer et al., 2009).

No mercado de cuidados de saúde oral, a estratégia de diferenciação de produto passa precisamente pelas medidas acima descritas. A publicidade e as atividades de promoção de serviços de atendimento individualizado e focado exclusivamente no consumidor são, cada vez mais, a estratégia primordial das empresas deste setor.

Nos cuidados de saúde oral, há a distinguir dois tipos de cuidados. Por um lado, existem cuidados onde a diferenciação do prestador não é particularmente relevante, tais

como: extrações dentárias, tratamentos endodônticos (desvitalizações), restaurações, destartarizações e próteses dentárias fixas ou removíveis. Nestas situações as empresas não podem diversificar a sua oferta, pois o âmbito de atuação não pode ser ultrapassado para além destes. Então, o foco empresarial, passa pela oferta e diferenciação dos cuidados em saúde oral, através da criação de serviços *premium* focados diretamente nas necessidades do consumidor, a elaboração de um plano de tratamento diferenciado e facilidades de pagamento deste, a oferta de cuidados orais num horários pós-laboral, a individualização no atendimento ao consumidor (através da marcação de consulta *online* e explicação do tratamento detalhado e as suas implicações na sua saúde oral).

Por outro lado, existem cuidados onde diferenciação do prestador é bastante relevante como a colocação de implantes dentários e os tratamentos ortodônticos. Estes tipos de cuidados exigem uma formação diferenciada ao prestador e permitem uma diferenciação do produto, levando com que os consumidores possam escolher estes tipos de cuidados de acordo com a oferta de diferenciação.

A concorrência monopolística em que se encontra este setor é elevada, e de modo a conquistar mais utentes, as empresas que nele atuam procuram cada vez mais o publicitar de casos clínicos de sucesso, através de vídeos e testemunhos de utentes satisfeitos com o seu resultado, de modo a conseguirem despertar o interesse noutros potenciais clientes. Uma outra estratégia comumente utilizada no nosso país, maioritariamente por empresas de grande dimensão, é a criação de afiliações com os pacientes que vão desde cartões de afiliação com descontos ou até mesmo criação de créditos ao consumo de modo a que este fique ligado à instituição, por um longo período. Todavia, a diferenciação do produto pode depender da região onde se encontra a empresa, dependendo do grau de substituibilidade dos serviços oferecidos e da existência (ou não) de muitos concorrentes nessa região.

O mercado de cuidados de saúde oral é competitivo e a diferenciação pode ser fulcral para que as empresas consigam ganhar quota de mercado.

5.1.4 Barreiras à Entrada

As barreiras à entrada são elementos que dificultam a entrada de novas empresas no mercado. O conceito de "barreiras à entrada" foi apresentado por Bain em 1956. É tudo aquilo que coloca potenciais participantes em desvantagem competitiva em comparação com as empresas estabelecidas e que, portanto, permite às já estabelecidas obter lucros anormais a longo prazo (Ferguson et al., 1994). A dimensão da barreira à entrada determina a

magnitude dos lucros. Quanto maiores as barreiras, maior a possibilidade de praticarem preços elevados. Bain (1968), definiu o "preço limite" como o limiar, acima do custo médio mínimo, que podia ser praticado, a longo prazo, pelas empresas estabelecidas no mercado "sem induzir potenciais participantes a ingressar num mercado (1968, p. 252)".

De acordo com Lee (2007), existem dois tipos de barreiras à entrada, as estruturais e as estratégicas. A primeiras podem ser classificadas em duas classes, a saber:

a) Variáveis estruturais intrínsecas – aquelas que são determinadas pela natureza dos produtos e pelas tecnologias disponíveis de produção e marketing;
b) Variáveis estruturais derivadas – aquelas que são determinadas pelas empresas e pelo Governo, como barreiras de entrada legais, concentração de vendedores e compradores e diferenciação de produtos.

Deste modo, a existência e o grau de importância de eventuais barreiras à entrada serão indicadores indiretos da maior ou menor pressão concorrencial exercida pelos concorrentes potenciais(Lee, 2007).

Foram identificadas como principais barreiras à entrada no setor em estudo, de prestação de cuidados de saúde oral, as seguintes:

a) Necessidade de autorização de funcionamento (licenciamento) e montante das respetivas quotas anuais a pagar à ERS;
b) Necessidade de obtenção de acordos com entidades seguradoras ou subsistemas de saúde para salvaguardar uma determinada dimensão mínima;
c) Custos associados ao arrendamento de uma clínica ou consultório dentário;
d) Custos associados à aquisição do equipamento especializado necessário à prestação do serviço, designadamente; a cadeira dentária, equipamento de radiologia e de esterilização.
e) Elevados encargos associados à manutenção da empresa em atividade.

No que diz respeito à necessidade de autorização de funcionamento o vulgo licenciamento, este é obrigatório, segundo n.º 4 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto. Este traduz-se por ser uma barreira facilmente ultrapassável uma vez que, procedimento de licenciamento é simplificado por mera comunicação prévia à ERS e inicia-se com o preenchimento eletrónico de uma declaração disponível no Portal de Licenciamento desta entidade. Nesta declaração, o declarante responsabiliza-se pelo cumprimento integral dos requisitos de funcionamento exigíveis para a atividade que se

propõem a exercer ou que exercem. No entanto, existem algumas complicações associadas ao licenciamento como o caso da obrigação da disponibilização de infraestruturas sanitárias adaptada a pessoas com mobilidade condicionada. Esta obrigação foi emitida em 2006 pelo Decreto-Lei n.º 163/2006, o que levou a uma reestruturação das clínicas e consultórios, potenciando assim com que as clínicas dispusessem deste tipo de instalações mesmo que não atendam pessoas com mobilidade reduzida.

Por conseguinte, quanto à obtenção de acordos com seguradoras ou subsistemas de saúde, podem surgir algumas dificuldades, porque muitos destes acordos fazem exigências às clínicas que podem ser considerados intoleráveis. Se, por um lado, a prática de preços tabelados por estas seguradoras pode levar a um aumento da afluência de utentes à clínica com acordo, por outro, poderá levar a uma situação difícil do ponto de vista financeiro. Os valores acordados, na maioria dos casos, encontram-se muito abaixo dos praticados numa consulta privada. Outra dificuldade surge com a ADSE, com quem é muito difícil estabelecer acordos, devido à limitação do número de convencionados estabelecida por esta entidade. A ADSE não permite o acesso facilitado a todos os prestadores, apenas a alguns por estes selecionados, o que se torna desde logo uma barreira. No documento da ADSE (2018a) é descrito que nos últimos anos não se têm praticamente efetuado novas convenções com os prestadores, situação que se pretende inverter no futuro. A procura, por parte dos prestadores, de novas convenções com a ADSE mantém-se elevada, tendo dado entrada, em média, cerca de 280 novos pedidos/ano nos últimos três anos.

No que concerne aos acordos com seguradoras, há uma maior facilidade de acesso dos prestadores, bastando ao diretor clínico assinar um protocolo com a entidade. De notar, porém, que no caso de algumas seguradoras, o acesso ao protocolo é mais dificultado, existindo apenas uma convenção primordialmente por concelho, como é o caso da MÉDIS, Serviços sociais da Caixa Geral de Depósitos ou até mesmo da EDP. Tudo isto se traduz por ser uma barreira à entrada. Os acordos, apesar de permitirem atender mais utentes, implicam uma redução de preço e uma eventual redução da receita total.

Outra barreira à entrada de novos prestadores é o custo associado à criação de uma clínica ou consultório dentário. Os dados que se seguem, na tabela 7, foram baseados na informação apresentada pela Associação Nacional de Jovens Empresários, no documento "Guia Prático: Como criar uma Clínica Dentária"(PJPE, 2011). Os elevados custos para a criação de um consultório de raiz (cerca de 83 mil euros), podem constituir uma das maiores

barreiras à entrada, uma vez que nem todos médicos dentistas dispõem de recursos financeiros próprios para a implementação de um consultório.

Rubricas	***Qtd.***	***C.unit.***	***Valores em euros***
Equipamento:			
Cadeiras	*11*	*100,00€*	*1.100,00€*
Mesas	*1*	*150,00€*	*150,00€*
Armários Completos	*3*	*1.000,00€*	*3.000,00€*
Outros Armários	*2*	*200,00€*	*400,00€*
Balcão da recepção	*1*	*300,00€*	*300,00€*
Equipamento Básico:			
Cadeiras e equipamento Básico	*2*	*20.000,00€*	*40.000,00€*
Compressores	*2*	*2.000,00€*	*4.000,00€*
Raio-x-ortopantomografo	*1*	*10.000,00€*	*10.000,00€*
Reveladora	*1*	*1.000,00€*	*1.000,00€*
Seladora	*1*	*400,00€*	*400,00€*
Autoclave	*1*	*2.000,00€*	*2.000,00€*
Cuba ultra sons	*1*	*450,00€*	*450,00€*
Aparelho de raio-x/ Consultório	*2*	*5.000,00€*	*10.000,00€*
Vibrador de amalgama/Consultório	*2*	*200,00€*	*400,00€*
Fotopolimerizador/Consultório	*2*	*300,00€*	*600,00€*
Negatoscópio/ consultório	*2*	*100,00€*	*200,00€*
Equipamento Informático (1PC e impressora	*1*	*1.250,00€*	*1.250,00€*
Material dentário básico			*5.000,00€*
Outros custos e imprevistos			*2.500,00€*
TOTAL			***82.750,00€***

Tabela 7. Custo associado à operacionalização de dois gabinetes para prestação de cuidados de saúde oral (PJPE, 2011)

Porém, a somar a todas estas barreiras descritas, devem ser considerados os encargos associados à manutenção da empresa em atividade, como sejam: os custos associados aos registos em entidades de licenciamento de raio-x, custos associados à contabilidade organizada e custos das cadeiras estomatológicas. Um caso prático desenvolvido por Castro (2015), permite-nos perceber os elevados custos envolvidos na manutenção de uma empresa em atividade neste mercado. Castro (2015) descreve uma empresa denominada "*Sorrisos Bonitos, Lda.*", constituída há um ano, composta por dois sócios médicos dentistas generalistas, ambos com atividade na clínica, um especialista em cirurgia oral, uma assistente dentária e uma rececionista. Neste exemplo (Tabela 8), a autora afirma que a empresa apresentou um "*Resultado Líquido* "do período positivo de 28.878, 91€, ou seja, gerou lucro, resultantes da diferença dos proveitos e dos gastos do ano corrente. Os proveitos, exclusivamente provenientes das prestações de serviços, foram de 130.500,00€ neste ano. A autora afirma que uma empresa com cinco funcionários, pode apresentar gastos com pessoal

na ordem dos 54.596,68€ - incluindo remunerações dos órgãos sociais (sócios), remuneração pessoal e os encargos com segurança social. No que toca ao fornecimentos e serviços externos (41.062,00€) estão comtemplados – honorários com técnico de prótese, subcontratação de uma especialista cirurgia oral, renda do imóvel, trabalhos especializados (contabilidade, gestão de resíduos, higiene e segurança) e ferramentas e utensílios de desgaste rápido (luvas, seringas, máscaras, algodão, etc.)

Neste breve exemplo, verificamos que os custos associados à manutenção de uma empresa em atividade no mercado em estudo são elevados, constituindo por isso uma importante barreira à entrada.

SORRISOS BONITOS, LDA

Moeda: EUR
Contribuinte: 999999999

Demonstração de resultados por naturezas er 13 de 2015

(modelo para ME)

Conta Pos	Conta Neg	Rendimentos e Gastos	Notas	2015	2014
71/72		Vendas e serviços prestados		130.500,00	0,00
75		Subsídios à exploração		0,00	0,00
73		Variação de Inventários na produção		0,00	0,00
74		Trabalhos para a própria entidade		0,00	0,00
	61	Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas		0,00	0,00
	62	Fornecimentos e serviços externos		-41.062,00	0,00
	63	Gastos com pessoal		-54.596,68	0,00
762	65	Imparidades (perdas/reversões)		0,00	0,00
763	67	Provisões (aumentos/reduções)		0,00	0,00
78		Outros rendimentos e ganhos		0,00	0,00
	68	Outros gastos e perdas		0,00	0,00
		Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos		34.841,32	0,00
761	64	Gastos / reversões de depreciação e de amortização		-5.962,41	0,00
		Resultado operacional (antes de gastos de financiamento e impostos)		28.878,91	0,00
79	69	Gasto Líquido de Financiamento		0,00	0,00
		Resultado antes de impostos		28.878,91	0,00
	812	Impostos sobre o rendimento do periodo		0,00	0,00
		Resultado liquido do periodo		28.878,91	0,00

Contabilidade - (c) Primavera BSS

Tabela 8. Demonstração resultados Empresa Sorrisos Bonitos, LDA. (Retirado de Castro (2015))

5.2 Comportamento das empresas no Mercado de Cuidados de Saúde Oral em Portugal

O comportamento de uma empresa refere-se às suas ações e decisões e o modo como estas decisões são tomadas, com o propósito de atingir determinados objetivos organizacionais (Ferguson et al., 1994). Portanto, concentra-se na forma como as empresas fazem as suas escolhas relativamente a variáveis-chave como o preço, a publicidade, a capacidade e a qualidade.

Lee (2007) preconiza que as variáveis usadas para capturar o comportamento da empresa incluem: estratégias de preços, conluio, publicidade, investigação e desenvolvimento e investimento em capacidade.

Neste ponto, apenas iremos analisar algumas destas variáveis que se consideram de especial interesse para o setor em estudo, nomeadamente: a publicidade, estratégias de preços e fusões e aquisições.

5.2.1 Publicidade

A visão tradicional da publicidade é que esta induz as pessoas a comprar o produto/serviço de uma empresa, aumentando assim o poder de mercado desta. A publicidade não distorce apenas a escolha do consumidor como também usa recursos que poderiam ter sido melhor alocados pela empresa. O bem-estar da sociedade é reduzido e as empresas aumentam os seus lucros às custas dos consumidores.

A publicidade é normalmente usada quando o público-alvo é de grande dimensão. E pode assumir várias formas: anúncios nos meios de comunicação, emails, redes sociais, folhetos, patrocínios, entre outros (Madhu et al., 2020). O conteúdo de um anúncio pode variar consideravelmente, pode apenas exibir o nome do produto ou pode comparar o produto com o de concorrentes. O pressuposto é o de que não só trará benefícios para a empresa, sob a forma de vendas acrescidas, mas também terá um impacto no ambiente em que a empresa opera e nos preços cobrados aos consumidores.

A visão da publicidade como meio persuasivo pressupõe, implicitamente, que a publicidade distorce as preferências dos consumidores. Isto pode fazer com que os consumidores façam escolhas erradas, selecionando os produtos/serviços anunciados em vez daqueles que lhes dariam maior satisfação. Ao alterar as preferências dos consumidores em favor do produto/serviço anunciado, a publicidade torna a procura pelo produto/serviço menos sensível às mudanças de preço.

A publicidade em medicina dentária tem aumentado constantemente desde a década de 70 para se tornar a principal escolha de muitos dentistas para promover suas práticas. A maneira como a publicidade aumenta na profissão afeta todos os dentistas e a forma como os pacientes percebem a medicina dentária como profissão (Graskemper, 2009).

Em Portugal, o recurso à publicitação dos atos clínicos é bastante comum no seio da medicina dentária. Porém, de acordo com a OMD (2019a), 72,5% dos cidadãos ainda se desloca ao médico dentista por recomendação de outro concidadão (principalmente amigos e familiares), e a importância da experiência vivenciada pelo outro é ainda o fator mais tido em conta na escolha do profissional e não a publicidade feita pela clínica em si. Os mesmos dados apontam que 12,0% dos clientes se deslocam à clínica pelo seu aspeto visual, 6,8% porque o dentista é seu amigo pessoal, 3,1% por recomendação de outro médico, 1,2% pela internet/website e apenas 0,8% recorre a clínicas pelos métodos de publicidade tradicionais (distribuição folhetos, emails correntes, publicitação via postal).

Como tal, apesar da publicidade não ser o principal meio de obtenção de utentes, como o inquérito realizado pela OMD constata, o médico dentista português recorre ainda assim a algumas estratégias de publicidade e marketing. Uma destas estratégias é a divulgação dos seus casos de sucesso em diversas plataformas (nomeadamente redes sociais como Facebook ou Instagram), de modo a que estes gerem um efeito de "desejo" no cidadão que procura o serviço, pois ambiciona um resultado semelhante.

Um ato publicitário muito comum no mercado em questão é a publicitação de atos ou tratamentos "gratuitos" que transmitem uma mensagem incorreta ao utente. Este tipo de prática, como se exemplifica na figura 3, é ilegal e explícita a realização de um ato médico como o diagnóstico e avaliação do utente como sendo gratuito. Daí que a publicidade em medicina dentária seja alvo de uma avaliação criteriosa e muitas das empresas optem pela publicitação de resultados clínicos em vez de publicitação de valores dos atos, como meio de acréscimo de clientes.



Figura 3. Campanha publicitária com demonstração de atos médicos gratuitos (Retirado de https://www.facebook.com/ccesf/photos/a.788428524551148/788428504551150)

Neste sentido, o fator que inviabiliza as prática publicitária por parte de grande parte das empresas é a legislação da prática de publicidade em saúde. O Decreto-Lei n.º 238/2015 que estabelece o regime jurídico das práticas de publicidade em saúde, nos seus pontos b) e f) do artigo 7º refere que publicidades que *"Aconselhem ou incitem à aquisição de atos e serviços de saúde, sem atender aos requisitos da necessidade, às reais propriedades dos mesmos ou a necessidade de avaliação ou de diagnóstico individual prévio"* ou que *"Descrevam o ato ou serviço como «grátis», «gratuito», «sem encargos», ou «com desconto» ou «promoção», se o utente tiver de pagar mais do que o custo inevitável de responder à prática de publicidade em saúde"* são práticas de publicidade em saúde proibidas.

A publicidade em saúde oral poderá permitir aumentar o número de utentes, mas, deverá ter em conta a legislação em vigor e não deverá transmitir uma mensagem de promessa ou garantias de cura.

5.2.2 Estratégias de preços

Num setor primordialmente privado e perfeitamente competitivo, pacientes e prestadores têm incentivos para minimizar os seus custos (de compra e prestação de assistência médica, respetivamente). Os médicos dentistas, no entanto, não estão interessados apenas em maximizar o lucro; estes preocupam-se também em minimizar os custos de oportunidade em relação à sua carga de trabalho e em maximizar o tempo de lazer e outros fatores (Grembowski et al., 1988). Neste mercado, a concorrência é reconhecida por todas as empresas e há diferenças de preços entre os prestadores.

A falta de informação sobre preços e qualidade dos prestadores pode implicar que a entrada de mais prestadores (aumento da concorrência) dê origem a preços mais elevados e não mais baixos (como seria previsto pela teoria económica tradicional). O estudo de

Satterthwaite (1979) mostrou que se uma indústria caracterizada por concorrência monopolística que vende um bem de reputação, então um aumento do número de empresas (médicos dentistas) leva a um aumento de preço de mercado e não a uma diminuição. Então, um aumento no número de profissionais pode levar a um aumento no preço dos serviços médicos. A menor informação possuída pelos consumidores dá a cada médico um maior poder de mercado.

Crane (1996) realizou uma pesquisa sobre a estratégia de preços no mercado de saúde oral que revelou que os prestadores de serviços de saúde oral que praticavam um preço mais elevado eram percebidos pelos participantes, como sendo mais competentes e os consumidores apresentaram maiores probabilidades de adquirir serviços a estes prestadores. Assim, os resultados deste estudo sugerem que uma estratégia preço elevado pode ser apropriado para transmitir uma imagem de qualidade elevada, aumentando a probabilidade de compra. No entanto, o fornecedor de serviços deve primeiro identificar a "faixa de preço aceitável" que os consumidores estão dispostos a pagar por serviços. Seguidamente, deve efetuar uma análise dos preços praticados pelos concorrentes e, em terceiro lugar, deve procurar avaliar se o consumidor "percebe" as diferenças de preços entre os fornecedores, especialmente no limite superior da faixa de preço aceitável. Se essas condições forem atendidas, o prestador pode ser aconselhado a definir um preço na extremidade mais alta do *continuum*, uma vez que é altamente provável que o consumidor infira que o preço mais alto significa maior competência.

No mercado português, a estratégia de preços vai de encontro as variáveis acima descritas. Barros (2017) descreve que um serviço específico em que se desenvolveu a competição entre prestadores privados é o de medicina dentária, que é principalmente prestado de forma privada. Pequenos prestadores de saúde do setor privado competem no mercado, geralmente por localização e qualidade de serviço (incluindo conveniência de agendamento para pacientes). A inexistência de uma provisão destes serviços no setor público em quantidade adequada cria um limite natural de poder de mercado em regiões com um pequeno número de fornecedores privados.

Muitos dos prestadores acabam por praticar honorários mais elevados tentando sinalizar uma qualidade superior, levando com que os consumidores sejam induzidos a reconhecer que quanto maior o preço, melhor o atendimento.

Por outro lado, temos o reverso da moeda, num mercado reconhecido pelos portugueses como a área da medicina mais cara, outros prestadores acabam por ir em busca

de uma franja da população com menos recursos financeiros, estabelecendo preços mais reduzidos. Uma destas estratégias é comummente utlizada pelas grandes empresas do setor pois, devido às suas capacidades financeiras, estas empresas tornam os preços mais baixos, fazendo com os seus concorrentes diretos também o façam para conseguirem atrair consumidores.

5.2.3 Fusões e Aquisições

Relativamente a este ponto, não se obtiveram quaisquer referências nos dados recolhidos das empresas portuguesas no que concerne a fusões e aquisições. No entanto, à semelhança de tantos outros mercados o mercado de cuidados de saúde oral é, claramente, alvo de fusões e aquisições por parte de grandes empresas com vista a alcançar uma maior quota de mercado.

5.3 Performance do Mercado de Cuidados de Saúde Oral em Portugal

A definição mais prática e simples de performance refere-se à capacidade do mercado de fazer chegar benefícios aos consumidores com sucesso. A abordagem ECP argumenta que esta é determinada pelo comportamento das empresas, que por sua vez é determinado pelas características estruturais do mercado. Genericamente a performance permite perceber a competitividade do mercado (Scherer et al., 1990).

No decorrer deste último ponto relativo à aplicação do paradigma ECP ao mercado de cuidados de saúde oral, esta secção irá incidir particularmente no estudo da rentabilidade como um ponto-chave para uma boa performance no mercado.

5.3.1 Rentabilidade

A rentabilidade concerta valores relativos às receitas, sendo que existem ainda outras como a de produção, a financeira e a do ativo.

Quanto aos indicadores de rentabilidade um dos indicadores mais comumente usado para avaliar a rentabilidade é o EBITDA, a sigla em inglês para *Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization*, em português, "Lucros antes de juros, impostos, depreciação e amortização".

Soares (2012) afirma que o EBITDA se trata de um indicador financeiro utilizado pela maioria das empresas no sentido da avaliação do seu desempenho, nomeadamente no que diz respeito à capacidade de geração de recursos a partir da atividade operacional. A

capacidade de gerar recursos no âmbito dessa atividade, é que permite às empresas solver os seus compromissos, sendo mesmo a principal fonte de remuneração dos financiamentos externos e internos.

Na tabela 9, é possível verificar o somatório dos valores anuais de EBITDA das empresas portuguesas analisadas. Aqui constata-se que o EBITDA TOTAL das empresas portuguesas aumentou dezassete milhões de euros, no decorrer destes cinco anos. O mesmo não se poderá afirmar relativamente ao EBITDA médio e a MARGEM DE EBITDA (MEBTIDA). A MEBITDA descreve-se como o indicador de lucratividade operacional de uma empresa. Neste caso de estudo, verifica-se que a MEBITDA tem vindo a decrescer ao longo destes anos, exprimindo que a lucratividade das empresas que operam neste mercado está em decréscimo 1,0 pontos percentuais ao ano.

EBITDA					
Ano	2014	2015	2016	2017	2018
Número Empresas	4389	4579	4673	4865	4978
EBITDA TOTAL	101.120.788€	105.790.953 €	107.440.913€	117.771.861€	118.410.471€
EBITDA MÉDIO	23.039 €	23.103 €	22.991 €	24.207 €	23.786 €
Desvio Padrão	62.622 €	107.717 €	144.724 €	131.091 €	189.340 €
Margem EBTIDA	16%	15%	14%	14%	13%

Tabela 9. Cálculo anual dos valores de EBITDA das empresas de 2014 a 2018

Na tabela 10 é possível retirar conclusões mais detalhadas sobre a situação das empresas portuguesas quanto a este índice de rentabilidade, tendo sido selecionadas as 25 empresas com o maior valor de EBITDA registado no ano de 2018.

A hipótese inicial do investigador de que as empresas com maior quota de mercado seriam aquelas que se apresentariam nesta tabela com os maiores valores de EBITDA registados para o ano em causa, não se concretizou.

Se for realizada uma comparação da tabela 10 (Valores de EBITDA relativos ao ano 2018) com a tabela 6 (Valores QM e VN , página 28), vemos que dez das empresas que apresentavam volumes de negócio e QM elevados e que as colocavam na tabela das vinte e cinco maiores empresas do setor, não se apresentam na tabela 10, o que poderá inferir que o

seu desempenho e os lucros obtidos antes de juros, impostos, depreciações e amortizações não foi favorável.

Um caso particularmente interessante é o da empresa MALÓ CLINIC, S.A. que se apresenta em segundo lugar da tabela 6, com uma QM de 2,94% e com um VN na ordem de 26 milhões de euros. Curiosamente, na posição relativa ao valor de EBITA, esta empresa apresenta-se na última posição com o lugar 4978 e com um valor de EBITDA negativo de (-)11.006.336 €.

Um outro aspeto a ter em conta prende-se com facto de uma empresa poder diminuir os preços com o objetivo de ganhar uma posição dominante de mercado, para depois os voltar a aumentar. Obviamente quando pratica os preços mais baixos poderá apresentar resultados piores. Esta condição pode ser observada mediante os rankings de EBITDA que estão presentes na tabela 10. Se tomarmos como exemplo a empresa SAUDÁVEL REPETIÇÃO, S.A. em 2014 esta aparece na posição 4383 de 4389 com o valor negativo de (-)168.706 €, por sua vez, em 2018 apresenta-se em segundo lugar com o valor de 2.319.465 € de EBITDA. Ora, uma empresa que em 2014 se encontrava num lugar tão baixo deste ranking e em cinco anos sobe ao quinto, isto significa, que a sua rentabilidade e os lucros foram aumentando ao longo deste período. Se fizermos uma análise comparativa com o VN da tabela 6, confirmamos que esta empresa em 2014 assumia a posição 104 de ranking no VN e com uma quota de mercado na ordem dos 0,1%, já em 2018 coloca-se em 3º lugar com uma quota de mercado cerca de 2,4%.

Contudo, deve ressalvar-se que a análise do desempenho de um empresa focado meramente nos valores de EBITDA é errada. O EBITDA é um indicador financeiro que pode ser muito útil para conhecer a rentabilidade de um projeto, mas é importante observar que este não deve ser analisado isoladamente, pois pode levar a erros de interpretação.

5.3.2 Progresso Económico

O progresso, a aposta na inovação, na I&D e nas aquisições são a chave para a consolidação do crescimento e para que este se torne sustentável a longo prazo. A inovação e a I&D estão diretamente relacionadas pois a inovação em produtos novos e a penetração nos mercados emergentes requerem uma investigação e pesquisa cuidadosa. Todavia, não foram conseguidas quaisquer informações sobre o investimento e na aposta em inovação por parte das empresas deste mercado.

Ranking 2018	Nome	Localidade	EBITDA (€) 2018	Ranking EBITDA2014
1	CLÍNICA MÉDICA E DENTÁRIA DE SANTA MADALENA, LDA	Lisboa	3.709.480 €	1º 1.965.577 €
2	SAUDÁVEL REPETIÇÃO - GESTÃO E SERVIÇOS, LDA	Cascais	2.319.465 €	4383º (168.706 €)
3	ADE - ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS, UNIPESSOAL, LDA	Lisboa	2.049.520 €	3º 1.063.084 €
4	RISOS CARINHOSOS - MEDICINA DENTÁRIA, LDA	Santarém	1.883.891 €	221º 85.589 €
5	SMILE UP, S.A.	Porto	1.441.576 €	4389º (884.157 €)
6	TERVIS CLINIC, UNIPESSOAL, LDA	Lisboa	1.201.474 €	4º 829.684 €
7	MARINA DE PRAETERE E ALEXANDRA MARQUES - MD CLÍNICA, LDA	Lisboa	1.070.028 €	10º 516.998,97 €
8	SMILE UP V - DENTAL CLINICS, S.A.	Benedita	834.576 €	4258º (13.128 €)
9	1013, LDA	Lisboa	760.744 €	2039º 13.613 €
10	ORTOARRIAGA - SOCIEDADE MÉDICA, LDA	Funchal	676.180 €	7º 542.654 €
11	FAMÍLIA SORRIDENTE, LDA	Ermesinde	594.797 €	25º 299.757€
12	CLÍNICA MOTA - CLÍNICA DE MEDICINA DENTÁRIA DE LEIRIA, S.A.	Leiria	492.530 €	14º 437.379 €
13	CLÍNICA DENTÁRIA PROF. DR. FERNANDO ALMEIDA, LDA	Pedroso	473.312 €	9º 529.983 €
14	JUBILASORRISO - CLÍNICA DENTÁRIA, LDA	Cascais	444.997 €	*
15	DENTAVIS - CLÍNICA DE AVIS, LDA	Avis	432.546 €	197º 92.401 €
16	SDS - PORTUGAL SOCIEDADE SUIÇA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS, LDA	Porto	427.845 €	108º 127.793 €
17	CLÍNICA DENTÁRIA INFANTE SAGRES, LDA	Lisboa	422.630 €	32º 240.286 €
18	CLÍNICA MÉDICA E DENTÁRIA DA PRAÇA DE ESPANHA, LDA	Lisboa	420.235 €	18º 356.815 €
19	ORTOGNÁTICA - ORTOPEDIA DENTOFACIAL - MEDICINA DENTÁRIA, LDA	Lisboa	415.204 €	11º 477.424 €
20	CLÍNICA DE MEDICINA DENTÁRIA DR.RUI MONTERROSO, LDA	Mondim de Basto	415.096 €	70º 170.224 €
21	CLÍNICA DO MONTE - ALENTEJO, LDA	Beja	410.720 €	22º 306.593 €
22	SUPER DENTE - CLÍNICAS DENTÁRIAS, LDA	Lisboa	409.927 €	590º 46.712 €
23	CLÍNICA MÉDICO - DENTÁRIA ORTO-M, LDA	Póvoa de Varzim	398.428 €	12º 473740 €
24	CLÍNICA MEDICINA DENTÁRIA INTEGRADA LÚCIO FARIA, LDA	Portimão	389.966 €	224º 84.850 €
25	MALÓ CLINIC, S.A.	Lisboa	(11.006.336) €	5º 686.410 €

Tabela 10. Valores de EBTIDA relativos ao ano de 2018 de 25 empresas com o maior valor registado* Sem dados relativos a 2014

6. Comparação da dimensão tipo das clínicas em Portugal com as clínicas de outros países europeus

6.1 Comparação regional da dimensão tipo das clínicas em Portugal

De modo a estabelecer uma comparação regional da dimensão e avaliar a concentração de mercado nos vários mercados de saúde oral em Portugal, procedeu-se a uma análise comparativa do número de empresas por 10.00 habitantes, número médio de empregados e do IHH por NUTSIII (Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos).

Para este trabalho, foi selecionada a NUTSIII, composta por vinte e cinco unidades territoriais.

A tabela 11 apresenta a distribuição do número de empresas por NUTSIII, o valor do índice de concentração IHH, número de empresas por 10.000 habitantes e o número médio de empregados dessas empresas na unidade territorial correspondente.

Nos valores apresentados, para o IHH, apercebemo-nos que a maioria das NUTSIII dispõem de valores abaixo dos 1000 (H<1000), existindo uma baixa concentração o que indica uma elevada concorrência das empresas nessas regiões.

Há três NUTS que aqui se destacam: Terras de Trás-os-Montes, Lezíria do Tejo e Alentejo Litoral. As duas primeiras, exibem valores acima dos 1800 (H>1800), correspondendo a uma alta concentração do setor. Já a de Alentejo Litoral, apresenta um valor intermédio (1000 <H<1800), representando uma concentração moderada nesta zona.

Quanto ao número de empresas por 10.000 habitantes em Portugal registam-se em média cerca de 4,2 empresas, o maior valor encontrado diz respeito à Área Metropolitana do Porto (6,1) e o menor ao Alentejo Litoral (2,7). Já no que reporta ao número médio de empregados existem em média 3,0 empregados nas empresas portuguesas, sendo que o maior número se centra na NUT do Oeste (4,3) e o menor no Alentejo Central (2,1).

Relativamente aos valores de VN e EBITDA médios por empresas, constata-se que é na região do Alentejo Central que as empresas apresentam um menor volume de negócios (116.536€), por sua vez, é na NUT do Oeste onde este valor é o mais elevado (255.391€). Quanto ao índice EBITDA médio, as empresas da Área Metropolitana do Porto possuem uma menor rentabilidade (18.593 €) face às restantes, já na NUT de Lezíria do Tejo, onde a concentração do mercado é elevada, as empresas apresentam a maior rentabilidade média registada na ordem dos 53.533€.

NUTS III	Número Total Empresas	Número Habitantes*	Número empresas por 10.000 habitntes	Nº médio de empregados /clínica	EBITDA Médio por Empresa 2018	Volume de Negócios Médio por Empresa 2018	IHH
CÁVADO	207	403.922	5,1	2,9	21.860 €	154.980 €	114,456
ÁREA METROPOLITANDA PORTO (AMP)	1044	1.721.038	6,1	3,0	18.593 €	164.632 €	115,684
ALGARVE	189	439.241	4,3	3,3	34.741 €	192.521 €	124,061
REGIÃO DE COIMBRA	244	435.482	5,6	2,9	20.909 €	149.303 €	126,126
AVE	200	413.262	4,8	3,0	24.351 €	149.110 €	140,182
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA(AML)	1508	2.840.006	5,3	3,4	23.883 €	220.157 €	145,977
VISEEU DÃO LAFÕES	127	253.426	5,0	2,8	22.746 €	134.467 €	170,703
TÂMEGA E SOUSA	140	418.018	3,4	3,1	21.919 €	138.110 €	174,065
REGIÃO DE AVEIRO	146	362.598	4,0	2,8	24.607 €	152.258 €	190,357
BEIRAS E SERRA DA ESTRELA	103	214.757	4,8	2,8	23.996 €	144.981 €	201,216
REGIÃO DE LEIRIA	148	285.401	5,2	2,9	24.501 €	161.130 €	248,806
MÉDIO TEJO	95	233.752	4,1	3,0	27.595 €	176.208 €	292,716
ALTO MINHO	104	231.566	4,5	3,1	20.422 €	137.968 €	293,609
REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES	92	243.354	3,8	3,0	26.298 €	169.351 €	342,036
ALENTEJO CENTRAL	63	153.701	4,1	2,1	22.444 €	116.536 €	342,438
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA	107	254.157	4,2	3,0	30.669 €	184.476 €	409,53
DOURO	71	191.574	3,7	2,8	22.302 €	148.549 €	411,159
ALTO TÂMEGA	38	86.812	4,4	3,3	19.074 €	138.278 €	577,213
BEIRA BAIXA	31	81.298	3,8	3,0	29.128 €	162.682 €	717,202
BAIXO ALENTEJO	35	117.213	3,0	2,6	33.330 €	136.426 €	743,76
OESTE	112	357.246	3,1	4,3	34.621 €	255.391 €	811,192
ALTO ALENTEJO	37	106.268	3,5	2,8	27.051 €	135.217 €	955,806
ALENTEJO LITORAL	25	93.517	2,7	2,7	19.516 €	143.431 €	1028,18
TERRAS DE TRÁS-OS-MONTES	47	108.204	4,3	3,4	25.274 €	185.116 €	1812,971
LEZIRIA DO TEJO	65	238.017	2,7	3,7	53.533 €	252.450 €	1841,432
TOTAL| MÉDIAS	4978	10.283.830	4,2	3,0	26.135 €	164.149 €	-

Tabela 11. Indicadores de análise da dimensão tipo das empresas de saúde oral, por NUTSIII (Elaboração própria) * Dados obtidos da base de dados PORDATA

*

Perante estes dados, comprova-se que nas regiões de maior densidade de empresas como a AMP ou AML estas apresentam volumes de negócios mais baixos, face a regiões com menor densidade como o a NUT do OESTE. O mesmo se pode afirmar quanto à rentabilidade das empresas, nas regiões onde a concentração do mercado é alta encontram-se os maiores valores de EBITDA médio das empresas, que para aquelas onde a concentração é menor. Significando isto, que onde o mercado é mais concentrado as empresas aparentam ter uma maior rentabilidade.

Todavia, no Alentejo Litoral a concentração é intermédia, o número de empresas por 10.000 habitantes é o menor encontrado, mas o VN e EBITDA não é superior à de empresas onde o mercado é menos concentrado.

Na figura 4, podemos ter uma visão infográfica das variações de concentrações acima descritas por NUTSIII.

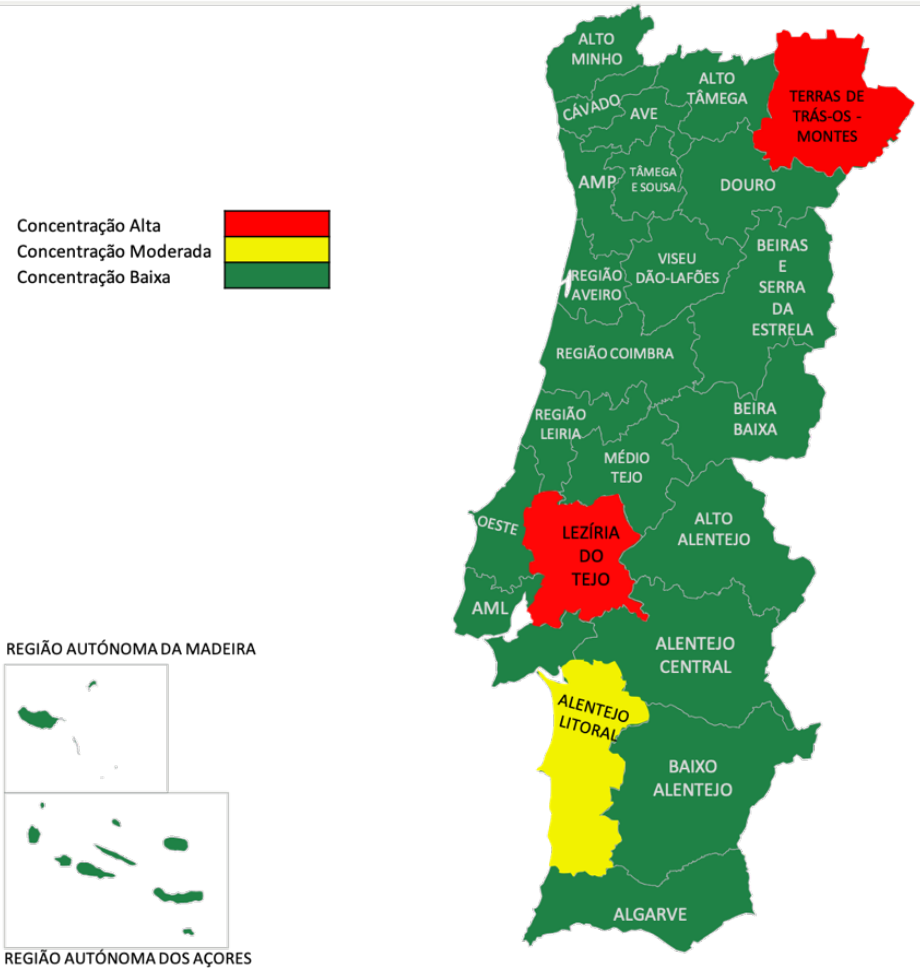


Figura 4. Concentração nos mercados de serviços de saúde oral (Elaboração própria)

6.2 Comparação da dimensão tipo das clínicas em Portugal com as clínicas de outros países

Nesta secção pretende-se avaliar a situação do mercado de cuidados de saúde oral de alguns países da união europeia, recorrendo aos mesmos indicadores aplicados ao caso português. Estes dados em baixo apresentados são relativos ao ano de 2018, tendo sido recolhidos na base de dados ORBIS e posteriormente submetidos aos critérios de inclusão e exclusão descritos. De um total de vinte e um países disponíveis nesta base obtiveram-se dados para seis países representados na tabela 12. Uma vez mais se salienta que apenas se obtiveram dados relativos ao setor privado de cada um destes países, à semelhança de Portugal.

PAÍSES	ESLOVÁQUIA	ESPANHA	FINLÂNIDA	REP. CHECA	ROMÉNIA	SUÉCIA	PORTUGAL
Número Empresas	1230	4961	1302	1414	5988	2104	4978
Volume de Negócios	193.962.485€	3.335.728.204€	671.962.296€	187.524.019€	381.612.517€	1.338.478.673€	897.685.871€
Volume Médio Negócios	157.690€	672.390€	516.100€	132.61€	63.729€	636.159€	180.330 €
EBITDA TOTAL	41.520.049€	391.379.422€	70.484.910 €	20.997.850€	96.796.104€	182.128.978€	118.410.471€
EBITDA MÉDIO	33.756€	78.891€	54.135€	14.849€	16.165€	86.563€	23.786€
Margem EBITDA	21%	12%	10%	11%	25%	14%	13%
Índice Herfindahl–Hirschman	28,843	159,966	658,730	28,431	18,300	305,418	34,127
RC4	0,0639	0,2164	0,4798	0,0611	0,0550	0,3018	0,0997
RC8	0,0961	0,2924	0,5155	0,0915	0,0825	0,3871	0,1289
Número Habitantes*	5.446.771	46.797.754	5.515.525	10.629.928	19.472.545	10.175.214	10.283.830
Número Médio Empregados	3,9	7,4	5,9	4,9	2,2	6,3	3
Número Empresas 10.000 Habitantes	2,26	1,1	25,3	1,33	3,1	2,1	4,2

Tabela 12. Países da União Europeia e respetivos indicadores relativos ao ano de 2018 (Elaboração própria) Dados obtidos da base de dados ORBIS | * De acordo com valores OCDE em 2018.

No que concerne aos valores de VN, VN médio e EBITDA TOTAL, Espanha apresenta-se com os maiores valores registados destes oito países. Por conseguinte, no que toca a EBITA MÉDIO a Suécia surge com o maior valor.

Contudo, se nos debruçarmos sobre os valores do RC_4 e RC_8 a Finlândia aparece com a maior percentagem nestes indicadores, onde as quatro maiores empresas do mercado possuem cerca de 48% de quota de mercado e as oito maiores 52% , isto significa que das mil trezentas e duas empresas assinaladas mais de metade da quota de mercado está atribuído às oito maiores empresas do país.

Por fim, dois dos indicadores que devem ser analisados são o IHH e o MEDBITDA. Os valores do IHH para todos os países na tabela encontram-se todos abaixo dos 1000 (IHH<1000), exprimindo que todos estes países apresentam uma elevada concorrência e, concomitantemente, uma baixa concentração empresarial para o mercado em estudo. Um dos países para o qual este valor é extremamente baixo é a Roménia onde o IHH é de 18 pontos o que indica um grau de concentração extremamente baixo. Por último, quanto às percentagens de MEBITDA neste campo poderemos avaliar que Finlândia descreve a menor percentagem de lucratividade (10%) e a Roménia aparece com o maior valor 25%, neste sentido podem ser retiradas algumas conclusões: a Roménia apresenta o menor valor de IHH, logo com uma elevada concorrência visível e seria de esperar que a MEBITDA fosse consequentemente a mais baixa, mas isso não ocorre. Significando isto, que as empresas Romenas apesar de elevada concorrência setorial, ainda conseguem ter uma rentabilidade profícua e das mais elevadas dos países europeus.

Estabelecendo uma comparação da realidade portuguesa com os países acima exibidos, as empresas portuguesas demonstram ter um maior VN e EBITDA que Espanha, Finlândia, República Checa e Roménia. Por sua vez, o EBITA médio e VN médio só se sobrepõe ao valor da República Checa. Quanto à MEBITDA, a margem de lucro das empresas de portuguesas (13%) encontra-se abaixo da Eslováquia, Roménia e Suécia.

Quanto IHH, o nosso país (34 pontos) encontra-se na média dos países acima representados, apenas a Espanha, Finlândia e Suécia mostram valores superiores. Já quanto ao número médio de empregados, só a Roménia dispõe de números inferiores ao nosso (3,03), referente ao número médio de empresas por 10.000 habitantes, a Finlândia (25,3) apresenta o maior valor e a Espanha (1,1) o menor. Portugal, salvo as exceções mencionadas, encontra-se abaixo da média dos seis países quer para o número de empregados médio que é de 5,1, quer para o número empresas por 10.000 habitantes de 5,9.

Em conclusão, os valores encontrados para a realidade portuguesa vão de encontro com a maioria dos dados encontrados para os países em análise.

Todavia, deve- se ter em conta que esta análise se baseou apenas em dados obtidos da base de dados ORBIS com os critérios de exclusão e inclusão podendo, no entanto, não representar a verdadeira realidade dos países. Uma outra nota depreende-se com a dimensão do número de empresas em análise, onde existem números com dimensões diferentes levando à indução de conclusões muitas vezes erróneas.

7. Conclusão

Nos últimos cinco anos, o mercado de cuidados de saúde oral tem apresentado um contínuo crescimento caracterizando-se como um mercado onde existe uma reduzida concentração indicando, por isso, uma elevada concorrência. Apesar da saúde oral em Portugal ainda ser vista como uma das especialidades médicas mais caras em que apenas 49,0% da população recorre a estes cuidados, o crescimento e expansão do mercado não deixou de ocorrer ao longo dos anos. O número de empresas cresceu a uma taxa anual de 3%, nestes últimos cinco anos analisados.

Este estudo procurou caracterizar a dinâmica deste mercado, assim como efetuar uma análise regional da realidade portuguesa, aliada a uma comparação da realidade nacional com a de seis países da União Europeia.

Nesta dissertação, a análise do mercado foi efetuada aplicando o paradigma ECP às bases de dados SABI e ORBIS das quais se obtiveram 6583 empresas do mercado nacional e 16.999 empresas de seis países europeus, no período de 2014 a 2018.

Da análise da estrutura ficou claro que existe um grupo de 4 empresas com uma quota de mercado que se destaca das outras e uma ampla franja de pequenas empresas. Este mercado é bastante concorrencial e de baixa concentração, com um IHH <1000 nos cinco anos e com algumas barreiras à entrada. Quanto à concentração dos consumidores, cerca de 27% da população dispõe de um seguro privado pessoal ou coletivo e 16% está abrangida por um subsistema de saúde. Com o aumento da percentagem da população coberta por estes, os consumidores podem assim aceder a um maior leque de prestadores de serviços, com preços por ato mais baixos.

No comportamento das empresas do mercado, foram analisadas algumas estratégias de aposta em publicidade, bem como distintas estratégias de preço usadas pelas empresas no sentido de procurarem obter uma maior quota de mercado. A publicidade em saúde oral poderá permitir aumentar o número de utentes, porém, deverá ter em conta a legislação em vigor e não deverá transmitir uma mensagem de promessa ou garantias de cura. Num setor primordialmente privado e competitivo, pacientes e prestadores têm incentivos para minimizar os seus custos (de compra e prestação de assistência médica, respetivamente).

O estudo da performance demonstrou que as empresas aumentaram as suas receitas em dezassete milhões de euros, no decorrer deste período. Porém, o indicador de lucratividade operacional das empresas (MEBITDA) encontra-se em decréscimo.

Na avaliação dos *rankings* empresariais constatou-se que existem empresas com rentabilidade reduzida em determinados anos e que conseguiram aumentar a sua quota de mercado e rentabilidade nos anos seguintes. Esta situação poderá eventualmente indicar uma prática deliberada de preços inferiores com o intuito de ganhar quota de mercado.

No que concerne à concentração do setor, esta é baixa na maioria das regiões, embora existam NUTS como Terras de Trás-os-Montes e Lezíria do Tejo onde essa concentração é elevada e no Alentejo Litoral que é intermédia.

Quanto ao número de empresas por 10.000 habitantes em Portugal registam-se em média cerca de 4,2 empresas, o maior valor encontrado diz respeito à Área Metropolitana do Porto (6,1 clínicas) e o menor ao Alentejo Litoral (2,7). No entanto, o nosso país encontra-se abaixo dos valores médios dos países europeus, sendo esta média o indicador é de 5,9 empresas. Já no que respeita ao número médio de empregados os valores europeus situa-se nos 5,1 empregados e os nosso no valor médio de 3, ligeiramente abaixo aos valores europeus.

À semelhança da análise efetuada para o mercado nacional, todos os países europeus apresentam valores de IHH <1000. Significando isto que a concentração do setor nos países europeus estudados é igualmente reduzida.

A aplicação do paradigma neste mercado evidencia que as relações entre os diferentes elementos dos modelos não são necessariamente unidirecionais como pensavam os autores que inicialmente o apresentaram. A reflexão realizada mostrou que as estratégias comportamentais podem ter por objetivo o aumento da quota de mercado e influenciar a estrutura. Para além disso, podem aumentar as barreiras à entrada, pois a diferenciação do produto via publicidade/ou marketing faz com que as possíveis entrantes precisem de maior capital para investir e tornarem os seus serviços suficientemente competitivos com os já oferecido no mercado. Relativamente à performance, quanto maior a rentabilidade, maior será a liquidez disponível para investir (por exemplo, em aquisições) e, consequentemente ganhar quota de mercado e influenciar a estrutura, aumentando as barreiras à entrada.

Finalmente, de forma a complementar a análise elaborada, propõem-se para estudos futuros, o estudo de dados de empresas mais recentes procurando avaliar as alterações nestes últimos anos de 2018 a 2020.

8. Bibliografia

ADSE, Instituto de Proteção e Assistência na Doença. (2018a). *Relatório Atividades*. Disponível em: https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2019/06/ADSE_Relatorio_Atividades_2018.pdf Acedido a: 20/08/2020

ADSE, Instituto de Proteção e Assistência na Doença. (2018b). TABELA DE MEDICINA DENTÁRIA. Disponível em: https://www2.adse.pt/rede-adse/documentos-uteis/ Acedido a: 20/08/2020

APHO, Associação Portuguesa Higienistas Orais-. (2020). O HIGIENISTA ORAL. Disponível em: https://www.apho.pt/node/52. Acedido a: 02/06/2020

Bain, S. J. (1968). *Industrial Organization*: John Wiley & Sons. Acedido a: 02/03/2020

Barros, Pedro Pita. (2017). Competition policy for health care provision in Portugal. *Health Policy, 121*(2), 141-148. Acedido a: 25/05/2020

Carvalho, Augusto da Silva. (1938). História da Estomatologia, Dentes, Dentistas e Odontólogos. *Rev. Port. Est*(7), 45-56. Acedido a: 25/04/2020

Castro, Andreia Sofia Freitas de. (2015). *A GESTÃO NA MEDICINA DENTÁRIA*. (Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Repositório Universidade Fernando Pessoa. Disponível em:https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5116/1/PPG_23292.pdf Acedido a: 23/08/2020

CECDO, Council of European Chief Dental Officers (2017). CECDO EU & EEA DATABASE Disponível em: https://cecdo.org/oral-healthcare/cecdo-database/. Acedido a: 25/07/2020

Crane, F. G. (1996). The Relative Effect of Price and Personal Referral Cues on Consumers' Perception of Dental Services. *Health Marketing Quarterly, 13*(4), 91-105. doi:10.1300/J026v13n04_08. Acedido a: 25/04/2020

Cruz, Gustavo D. (2014). Oral health disparities: Opportunities and challenges for policy communication. *Journal of Communication in Healthcare, 7*(2), 74-76. doi:10.1179/1753807614Y.0000000049. Acedido a: 25/04/2020

DGS, Direção-Geral da Saúde. (2019). PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL. *DGS*. Acedido a: 23/05/2020

Diário da República, Diário da República (1991). *Lei n.º 110/91 - Associação Profissional dos Médicos Dentistas* Retirado de: https://data.dre.pt/eli/lei/110/1991/08/29/p/dre/pt/html Acedido a : 23/05/2020

Diário da República, Diário da República (1998). Lei n.º 82/98 - Constituição Ordem Médicos Dentistas. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/221168/details/normal?q=cria%C3%A7%C3%A3o+OMD Acedido a: 23/06/2020

Dye, B. A. (2017). The Global Burden of Oral Disease: Research and Public Health Significance. *J Dent Res, 96*(4), 361-363. doi:10.1177/0022034517693567. Acedido 23/05/2020

ERS, Entidade Reguladora da Saúde. (2009). ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO SECTOR DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ORAL. Disponível em:https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/159/Relatorio_Concorrencia_Prestacao_de_Servicos_de_Saude_Oral.pdf Acedido a: 14/07/2020

Eurostat. (2018). Unmet needs for dental examination and treatment. Disponível em:https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_dental_examination_and_treatment. Acedido a: 02/04/2010

FDI, World Dental Federation. (2015). THE CHALLENGE OF ORAL DISEASE- A call for global action *FDI-World Dental Federation*. Disponível em:https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf Acedido a23/04/2020

Ferguson, Paul R, & Ferguson, Glenys. (1994). *Industrial economics: issues and perspectives* (2ª Edição ed.): MACMILLAN EDUCATION LTD. Acedido a: 23/03/2020

Firmino, Ana Margarida Primor. (2014). Comparação entre sistemas de saúde oral de 8 países da união europeia e intervenções por estes desenvolvidas no seguimento das linhas de atuação definidas pela organização mundial de saúde para o ano 2020. *ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA*. Acedido a: 23/03/2020

Graskemper, Joseph P. (2009). Ethical advertising in dentistry. *The Journal of the American College of Dentists, 76*(1), 44-49. Disponível em:http://europepmc.org/abstract/MED/19537484 Acedido a: 23/03/2020

Grembowski, David, Conrad, Douglas, Weaver, Marcia, & Milgrom, Peter. (1988). The structure and function of dental-care markets: a review and agenda for research. *Medical Care*, 132-147. Acedido a : 25/04/2020

Kravitz, Anthony S, Bullock, Alison, Cowpe, Jon, & Barnes, E. (2015). Manual of dental practice 2015. *The Council of European Dentists, Ed, 5*. Acedido a: 24/04/2020

Lee, Cassey. (2007). SCP, NEIO and beyond. *Nottingham: Nottingham University Business School, Working Paper Series, 2007*, 05. Acedido a: 14/07/2020

Lourenço, A, & Barros, P. (2016). Cuidados de saúde oral-universalização. *Lisboa: Nova Healthcare Initiative Research*. Acedido a: 14/06/2020

Madhu, Mr, Kumar, Ankit, Sanjay, Archit, Sharma, Ankit, & Ranjan, Abhishek. (2020). Marketing via Advertisement. *IJRAR-International Journal of Research and Analytical Reviews (IJRAR), E-ISSN*, 2348-1269. Acedido a: 23/06/2020

Min. Saúde, Ministério da Saúde (2016). *Despacho n.º 8591-A/2016*. Diário da República, 2.ª série. Acedido a: 26/04/2020

Min.Saúde, Ministério da Saúde. (1999). *Decreto-Lei n.º 564/99*. Diário da República Disponível em:https://dre.pt/pesquisa/-/search/661768/details/maximized. Acedido a: 12/06/2020

Min.Saúde, Ministério da Saúde (2005). Despacho nº 153/2005 (2ª série). *Diário da República*, 97. Disponível em: https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/despacho-153-2005.pdf Acedido a: 26/04/2020

Nunes, Alexandre Morais, & Nunes, Manuel Lourenço. (2018). Avanços na Política de Saúde Bucal em Portugal. *Tempus Actas de Saúde Coletiva, 11*(4), 25-39. Acedido 26/04/2020

OECD, Organisation de Coopération et de Séveloppement Économiques. (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. . *OECD Publishing*. Disponível em:https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf Acedido a: 03/07/2020

OECD.Stat, Organisation de Coopération et de Séveloppement Économiques. (2020). Health Care Resources : Dentists. Disponível em:https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30177. Acedido a: 10/08/2020

OM, Ordem dos Médicos-. (2020). Estatísticas 2019. *2020*. Disponível em:https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/01/ESTATISTICAS_ESPECIALIDADES_2019.pdf Acedido a: 12/06/2020

OMD, Ordem dos Médicos Dentistas-. (2019a). BARÓMETRO DA SAÚDE ORAL. *Ordem Médicos Dentistas*, 51. Acedido 02/06/2020

OMD, Ordem dos Médicos Dentistas-. (2019b). Números da Ordem. *Ordem Médicos Dentistas* Disponível em: https://www.omd.pt/content/uploads/2019/09/no2019pt.pdf Acedido a: 02/06/2020

Patel, Reena. (2012). The State of Oral Health in Europe. *Better Oral Health- European Platform*. Retirado de: http://www.oralhealthplatform.eu/our-work/the-state-of-oral-health-in-europe/ Acedido a: 02/07/2020

Peres, Marco A., Macpherson, Lorna M. D., Weyant, Robert J., Daly, Blánaid, Venturelli, Renato, Mathur, Manu R., . . . Watt, Richard G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet, 394*(10194), 249-260. Disponível em:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8. Acedido a:02/06/2020

Pisanie, Johann du. (2013). Concentration measures as an element in testing the structure-conduct-performance paradigm. *Economic Research Southern Africa, 345*(2013), 130. Acedido 09/03/202

PJPE, Projecto Jovem Pro-Empreendedor. (2011). Guia Prático: Como criar uma Clínica Dentária. *APEITE, Manuais do Empreendedor*. Disponível em:http://tecempreende.anje.pt/system/files/items/354/original/guia_pratico_clinica_dentaria_web.pdf Acedido 02/07/2020

Satterthwaite, Mark A. (1979). Consumer information, equilibrium industry price, and the number of sellers. *The Bell Journal of Economics*, 483-502. Disponível em:https://www.jstor.org/stable/3003348?casa_token=GavyHGItvDAAAAAA%3AZ0nuSFeECBKDHwDVqYeGIDnp-O360O5YrNSLDuQHAXVmQFeiubTxCNryyA13oG2rliv8Z0SR3aelaS_xXsXBGK9-IfATrmSz0hqNq0VTawmRjOPKJ7Kn&seq=1#metadata_info_tab_contents Acedido a: 20/09/2020

Scherer, Frederic M, & Ross, David. (1990). Industrial market structure and economic performance. *University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for entrepreneurial leadership historical research reference in entrepreneurship*. Acedido a: 23/03/2020

Simões, Jorge de Almeida , Augusto, Gonçalo Figueiredo, Fronteira, Inês, & Hernández-Quevedo, Cristina. (2017). Portugal. *Health systems in transition, 19*(2), p. 1-184. Acedido a: 23/06/2020

SNS, Serviço Nacional de Saúde. (2019). Saúde Oral - Cuidados Primários - Medicina Dentária. Disponível em:https://www.sns.gov.pt/cidadao/saude-oral/#. Acedido a: 14/07/2020

Soares, Hugo Miguel Monteiro. (2012). *EBITDA, um estudo exploratório-as cotadas PSI-20 e IBEX-35*. (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto Acedido a: 14/07/2020

Spencer, X Sarah Yang, Joiner, Therese A, & Salmon, Suzanne. (2009). Differentiation strategy, performance measurement systems and organizational performance: Evidence from Australia. *International Journal of Business, 14*(1), 83. Acedido a: 23/06/2020

Varum, Celeste, Valente, Hélder, & Resende, Joana. (2016). *Economia Industrial–Teoria e Exercícios Práticos* (1ª Edição ed.): Edições Silabo. Acedido a: 14/03/2020

WHO, World Health Organization. (2017). Human rights and health. *World Health Organization*. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health Acedido a: 10/07/2020

WHO, World Health Organization. (2020). ORAL HEALTH. Disponível em:https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab_1 Acedido a: 01/04/2020

Zanchettin, Piercarlo, & Mukherjee, Arijit. (2017). Vertical integration and product differentiation. *International Journal of Industrial Organization, 55*, 25-57. Acedido a: 02/06/2020