ERS
ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

MONITORIZAÇÃO

JUNHO DE 2026

CONCORRÊNCIA NO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO

1. Introdução

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tem vindo a monitorizar, de forma contínua, a evolução do setor hospitalar privado e social, quer no que respeita ao acesso ao mercado pelos prestadores de cuidados de saúde hospitalares, quer no acompanhamento das alterações estruturais ocorridas ao longo do tempo.

A entrada em funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares não públicos está sujeita a um conjunto de obrigações legais, que incluem o registo junto da ERS e a obtenção da respetiva licença de funcionamento, nos termos do regime jurídico aplicável ao licenciamento. Assim, as entidades responsáveis devem assegurar o registo prévio ao início da atividade, bem como a respetiva atualização no Sistema de Registo de Estabelecimentos da ERS (SRER), garantindo, ainda, o cumprimento dos requisitos mínimos. Estes requisitos, cuja verificação compete à ERS, abrangem a organização e o funcionamento das unidades, as instalações técnicas e os recursos humanos.

No âmbito do seu objetivo regulatório de promoção e defesa da concorrência nos segmentos abertos ao mercado (cf. alínea f) do artigo 10.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto), a ERS realiza igualmente estudos em matéria de concorrência em setores que justificam especial atenção, como é o caso do setor hospitalar, e emite pareceres de avaliação concorrencial. Estes pareceres são elaborados, nomeadamente, em fase prévia à concretização de operações de concentração, em resposta às solicitações da Autoridade da Concorrência (AdC), nos termos do n.º 1 do artigo 55.º da Lei da Concorrência (Lei n.º 19/2012, de 8 de maio).

Em Portugal, tem-se verificado um aumento da despesa no setor hospitalar privado. De acordo com os dados da Conta Satélite da Saúde, publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE), a despesa corrente em saúde nos

hospitais de natureza privada[1] atingiu 2.905 milhões de euros em 2023, o que representa aproximadamente 11% de toda a despesa corrente em saúde. Este valor supera a média de 8,5% registada entre o ano 2000 e 2022.

A Tabela 1 apresenta a evolução da despesa corrente em saúde total e nos hospitais nos últimos dez anos, evidenciando um crescimento médio de 6,2% na despesa em hospitais privados no período em análise. Entre 2015 e 2023, este crescimento ascendeu, em termos absolutos, a 1.050 milhões de euros.[2]

Tabela 1 – Despesa corrente em saúde, total e em hospitais (milhões de EUR)

Ano	Total da despesa	Total em hospitais	Despesa em hospitais públicos		Despesa em hospitais privados	
			em valor	em % da despesa total	em valor	em % da despesa total
2015	16 743	6 882	5 027	30%	1 855	11%
2016	17 520	7 235	5 290	30%	1 945	11%
2017	18 235	7 537	5 483	30%	2 055	11%
2018	19 313	8 023	5 809	30%	2 215	11%
2019	20 395	8 548	6 215	30%	2 333	11%
2020	21 150	9 093	7 062	33%	2 031	10%
2021	24 291	9 976	7 494	31%	2 482	10%
2022	25 736	10 710	8 158	32%	2 552	10%
2023Po	26 866	11 717	8 812	33%	2 905	11%
2024Pe	29 205	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Tx. cresc. Média anual	**6,4%**	**6,9%**	**7,3%**		**6,2%**	

Fonte: INE (2025). Legenda: dados provisórios (Po); dados preliminares (Pe); não disponível (n.d.).

Tendo em conta a despesa corrente em saúde total por agentes financiadores, observa-se, na Tabela 2, que os pagamentos diretos das famílias[3] e o financiamento por sociedades de seguros[4] registaram um aumento, representando 33% do total da despesa corrente em saúde em 2024.

[1] Hospitais de natureza privada com fins lucrativos e de natureza social.
[2] INE (2025). Conta Satélite da Saúde. Fonte consultada em 21 de maio de 2026 (disponível em https://www.ine.pt).
[3] Os pagamentos diretos das famílias referem-se à despesa com saúde, suportada diretamente pelos cidadãos.
[4] Que dizem respeito aos seguros de saúde voluntários, não contabilizando planos de saúde.

Tabela 2 – Despesa corrente em saúde por agentes financiadores – famílias e sociedades de seguros, total (milhões de EUR)

Ano	Total da despesa	Agente financiador: Famílias		Agente financiador: Sociedades de seguros	
		em valor	em % da despesa total	em valor	em % da despesa total
2015	16 743	4 945	30%	599	4%
2016	17 520	5 156	29%	631	4%
2017	18 235	5 414	30%	718	4%
2018	19 313	5 778	30%	771	4%
2019	20 395	6 242	31%	778	4%
2020	21 150	5 926	28%	755	4%
2021	24 291	7 073	29%	1 011	4%
2022	25 736	7 498	29%	1 118	4%
2023Po	26 866	7 874	29%	1 319	5%
2024Pe	29 205	8 234	28%	1 547	5%
Tx. cresc. Média anual	**6,4%**	**6,0%**		**11,6%**	

Fonte: INE (2025). Legenda: dados provisórios (Po); dados preliminares (Pe).

Relativamente aos pagamentos diretos das famílias nos hospitais privados, a Tabela 3 evidencia um crescimento médio de 6,3%, atingindo 1.087 milhões de euros em 2023. Nesse ano, os pagamentos das famílias representaram 37% da despesa corrente em saúde nos hospitais privados, um valor que corresponde à média anual registada desde 2015.

Tabela 3 – Despesa corrente das famílias nos hospitais privados (preços correntes, milhões de EUR)

Ano	Despesa em hospitais privados	Despesas das famílias em hospitais privados	
	em valor	em valor	em % da despesa dos hospitais privados
2015	1 855	684	37%
2016	1 945	683	35%
2017	2 055	733	36%
2018	2 215	793	36%
2019	2 333	914	39%
2020	2 031	816	40%
2021	2 482	873	35%
2022	2 552	965	38%
2023Po	2 905	1 087	37%
2024Pe	n.d.	n.d.	n.d.
Tx. cresc. Média anual	**6,9%**	**6,3%**	

Fonte: INE (2025). Legenda: dados provisórios (Po); dados preliminares (Pe); não disponível (n.d.).

Paralelamente à evolução económica do setor hospitalar privado, cumpre destacar o dinamismo que este tem vindo a evidenciar, em particular no âmbito dos processos de concentração de mercado, designadamente por via de operações de concentração. Sempre que tais operações estejam sujeitas a notificação prévia da AdC, por reunirem os pressupostos previstos no artigo 37.º da Lei da Concorrência, são objeto de apreciação prévia por parte daquela Autoridade. Nos casos em que o mercado em questão esteja sujeito à regulação setorial por parte da ERS, a AdC solicita a emissão do respetivo parecer sobre as implicações concorrenciais, conforme previsto no artigo 55.º da Lei da Concorrência. Entre janeiro de 2015 e dezembro de 2025, a ERS emitiu 34 pareceres de avaliação concorrencial ao abrigo deste artigo, dos quais 18 envolveram operadores do setor hospitalar privado.[5]

Na maioria das avaliações realizadas relativamente a operações de concentração entre hospitais privados, a ERS não identificou impactos

[5] As versões não confidenciais dos pareceres são publicadas no website da ERS, em https://www.ers.pt, depois das decisões da AdC.

suscetíveis de gerar preocupações no mercado hospitalar privado. Não obstante, no território de Portugal continental predominam quatro grandes grupos privados de prestação de cuidados de saúde hospitalares, que em conjunto concentram cerca de dois terços da capacidade instalada[6].

A relevância da avaliação concorrencial decorre da evidência de que o aumento da concorrência pode estar associado, entre outros aspetos, à redução dos preços pagos pelos utentes para o acesso a cuidados de saúde, ao estímulo da inovação e à melhoria da qualidade dos serviços. Por sua vez, as fusões e aquisições de hospitais não públicos, ou qualquer evolução que implique a redução da concorrência entre operadores, podem originar efeitos negativos, como a fixação de preços excessivamente elevados, a prestação de cuidados de saúde de qualidade inferior, a limitação da diversidade de serviços, a restrição da liberdade de escolha, a limitação do acesso de novos operadores a recursos ou infraestrutura essenciais, a prática de preços predatórios ou a redução da produtividade.[7,8,9,10,11,12,13,14,15]

Neste contexto, e atenta à incumbência da ERS de "elaborar estudos e emitir recomendações sobre as relações económicas nos vários segmentos da

[6] Em termos genéricos, CUF, Luz Saúde, Lusíadas e Trofa Saúde.
[7] A prática de preços predatórios é uma prática anticoncorrencial, em que uma empresa diminui os seus preços para um nível extremamente baixo, por vezes abaixo dos custos de produção, com o objetivo de eliminar ou enfraquecer os concorrentes. Depois da eliminação ou redução significativa da concorrência, a empresa pode aumentar os seus preços novamente, muitas vezes a um nível superior ao dos anteriores preços, aproveitando o seu poder de mercado e a ausência de concorrentes (sobre preços predatórios, vide, por exemplo, Motta, M. (2004). Competition Policy: Theory and Practice. New York: Cambridge University Press).
[8] Competition Commission (2013). Guidelines for market investigations: Their role, procedures, assessment and remedies.
[9] European Commission (2004). Guidelines on the assessment of horizontal mergers under the Council Regulation on the control of concentrations between undertakings. Official Journal of the European Union, C 31(3), 5-18 (disponível em https://eur-lex.europa.eu, consultado em 23 de setembro de 2025).
[10] Gaynor, M., Moreno-Serra, R. and Propper, C. (2012). Can competition improve outcomes in UK health care? Lessons from the past two decades. Journal of Health Services Research & Policy, 17(1), 49-54.
[11] Ikkersheim, D. and Koolman, X. (2012). Dutch healthcare reform: did it result in better patient experiences in hospitals? A comparison of the consumer quality index over time. BMC Health Services Research, 12(35), 76.
[12] OECD (2019). Competition Assessment Toolkit - Volume I: Principles. http://www.oecd.org (consultado em 23 de setembro de 2025).
[13] OECD (2012). Policy Roundtables - Competition in Hospital Services. http://www.oecd.org (consultado em 23 de setembro de 2025).
[14] OFT (2007). Completing competition assessments in impact assessments. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk (consultado em 23 de setembro de 2025).
[15] EU (2024). Protecting competition in a changing world. https://competition-policy.ec.europa.eu (consultado em 23 de setembro de 2025).

economia da saúde" (cf. alínea a) do artigo 15.º dos seus estatutos), torna-se essencial acompanhar a evolução da concorrência no setor hospitalar não público. Tal acompanhamento passa pela caracterização da oferta de hospitais de natureza privada e social e pela avaliação concorrencial, incluindo a identificação de regiões com maior concentração de mercado ou de potencial dominância de determinados operadores. Esta análise, sustentada no cálculo de quotas de mercado e de índices de concentração, constitui o principal objetivo da presente informação de monitorização.

Cumpre ainda salientar que os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) não são considerados no presente estudo, uma vez que não se encontram em concorrência efetiva com os estabelecimentos hospitalares não públicos aqui estudados. Tal exclusão justifica-se pelo facto de a composição dos prestadores em concorrência variar em função das condições de acesso, que diferem entre hospitais do SNS e hospitais não públicos.

Outro argumento a favor da separação entre os mercados público e privado decorre da observação de que a atual conduta dos operadores não revela indícios de efetiva tensão concorrencial entre ambos. Caso essa tensão existisse e fosse significativa, seria expectável observar efeitos típicos de mercados concorrenciais, como a aproximação dos preços praticados pelos privados aos do SNS ou a aplicação da tendencial gratuitidade prevista na Base 20 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, princípio que não é compatível com a lógica da prestação privada.

2. Descrição da oferta do setor hospitalar não público

A definição de hospital, considerada pela ERS no âmbito dos seus estudos e pareceres, assenta na existência de cuidados de internamento de doentes agudos como condição essencial. Por sua vez, para efeitos de avaliação concorrencial, considera também os prestadores sem internamento que prestam serviços de saúde em ambulatório de forma integrada, em rede com os hospitais, captando clientes para os hospitais geograficamente mais próximos do operador.

O presente capítulo descreve o universo de hospitais não públicos, com base nos registos no SRER. Existem em Portugal continental 108 hospitais não públicos, dos quais 69 de natureza privada (63,9%) e 39 do setor social (36,1%).[16] A Tabela 4 apresenta a distribuição dos estabelecimentos por natureza da entidade e por NUTS III[17].

Tabela 4 – Hospitais por natureza da entidade detentora do estabelecimento e NUTS III

NUTS III	N.º de hospitais			
	Setor privado	Setor social	Total	%
Alentejo Central	1	2	3	2,78%
Alentejo Litoral	1	0	1	0,93%
Algarve	6	0	6	5,56%
Alto Alentejo	0	0	0	0,0%
Alto Minho	2	0	2	1,85%
Alto Tâmega e Barroso	0	1	1	0,93%
Área Metropolitana do Porto	15	7	22	20,37%
Ave	1	3	4	3,70%
Baixo Alentejo	0	1	1	0,93%
Beira Baixa	0	0	0	0,0%
Beiras e Serra da Estrela	0	0	0	0,0%
Cávado	5	3	8	7,41%
Douro	2	0	2	1,85%
Grande Lisboa	16	6	22	20,37%

[16] A identificação deste universo de prestadores partiu de dados extraídos do SRER da ERS em 6 de maio de 2026, tanto do registo dos estabelecimentos como das licenças de funcionamento. Os estabelecimentos do setor social incluem as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).
17 As NUTS são Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos, elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária. Sobre as NUTS atualmente em vigor (2025), vide documento do INE, disponível em https://www.ine.pt

NUTS III	N.º de hospitais			
	Setor privado	Setor social	Total	%
Lezíria do Tejo	1	0	1	0,93%
Médio Tejo	0	2	2	1,85%
Oeste	2	2	4	3,70%
Península de Setúbal	2	0	2	1,85%
Região de Aveiro	2	1	3	2,78%
Região de Coimbra	5	4	9	8,33%
Região de Leiria	3	2	5	4,63%
Tâmega e Sousa	2	5	7	6,48%
Terras de Trás-os-Montes	1	0	1	0,93%
Viseu Dão-Lafões	2	0	2	1,85%
Portugal continental	69	39	108	100%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER.

No que se refere à distribuição territorial, as NUTS III Área Metropolitana do Porto e Grande Lisboa apresentam maior número de hospitais, representando cada uma 20,37% do total, com 22 hospitais em cada região. Na Área Metropolitana do Porto, identificam-se 15 hospitais privados e 7 do setor social; na Grande Lisboa, 16 hospitais privados e 6 do setor social. Seguem-se a NUTS III Região de Coimbra, com 9 hospitais e 8,33% do total, Cávado, com 8 hospitais e 7,41%, e o Tâmega e Sousa, com 7 hospitais e 6,48%. Em sentido oposto, as NUTS III Alto Alentejo, Beira Baixa e Beiras e Serra da Estrela não apresentam hospitais não públicos registados.

Os 108 hospitais de natureza não pública são detidos por 66 operadores distintos, entendidos como entidades individuais ou grupos empresariais que agregam várias entidades. Adota-se o conceito de operador para designar estas situações, na medida em que as relações de capital entre entidades podem implicar a ausência de concorrência interna no seio do mesmo grupo[18]. Cada operador é, assim, considerado um concorrente efetivo no mercado analisado.[19]

[18] A constituição dos grupos empresariais não se encontra explicitamente identificada na base de dados do SRER da ERS, resultando, assim, de uma análise das estruturas societárias, dos acionistas e dos corpos gerentes das entidades objeto da avaliação concorrencial. No presente caso, estas entidades correspondem às detentoras dos estabelecimentos hospitalares em Portugal continental.

[19] Esta definição de operador é necessária na ótica do estudo da estrutura dos mercados, tendo em conta o disposto na Lei da Concorrência, designadamente no n.º 2 do artigo 3.º, que dispõe que se considera "como uma única empresa […] o conjunto de entidades que, embora juridicamente distintas, constituem uma unidade económica ou mantêm entre si laços de interdependência decorrentes, nomeadamente: a) De

3. Concorrência nos mercados do setor hospitalar não público

O presente capítulo centra-se na análise da estrutura dos mercados e da dinâmica concorrencial decorrente dela. Do ponto de vista metodológico, esta análise estrutural segue os princípios adotados pela Comissão Europeia, nomeadamente na definição de mercados relevantes e no estudo da estrutura dos mesmos.[20] Atendendo à influência da estrutura dos mercados no comportamento dos operadores, pretende-se concluir sobre eventuais preocupações concorrenciais associadas a elevados níveis de concentração de mercado e seus possíveis efeitos negativos, como os referidos no capítulo introdutório.

3.1. Definição dos mercados relevantes

Como primeiro passo para o estudo da estrutura dos mercados, é necessário proceder à identificação dos mercados relevantes, o que implica delimitar o âmbito dos produtos ou serviços e, simultaneamente, os limites geográficos desses mercados. A definição dos mercados relevantes resulta da conjugação destas duas delimitações, tanto ao nível do produto (ou serviço) como da área geográfica.

Mercado relevante do produto

Para definir o mercado relevante do produto, importa reconhecer que as restrições à atuação dos operadores decorrem das condições de substituibilidade tanto do lado da procura como do lado da oferta. A substituibilidade do lado da procura determina que o mercado relevante do produto seja constituído por todos os produtos e/ou serviços que os

uma participação maioritária no capital; b) Da detenção de mais de metade dos votos atribuídos pela detenção de participações sociais; c) Da possibilidade de designar mais de metade dos membros do órgão de administração ou de fiscalização; d) Do poder de gerir os respetivos negócios".

[20] Os princípios da Comissão Europeia estão vertidos na Comunicação 97/C 372/03, relativa à definição de mercado relevante, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 372/5, de 9 de dezembro de 1997 (disponível em https://eur-lex.europa.eu), e na Comunicação 2004/C 31/03, sobre orientações para a apreciação das concentrações horizontais, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 31, de 5 de fevereiro de 2004 (vide https://eur-lex.europa.eu,).

consumidores consideram substituíveis, com base nas suas características, preço ou uso pretendido.

Na análise da substituibilidade do lado da oferta, avalia-se se os processos produtivos de diferentes produtos ou serviços utilizam tecnologias semelhantes e, assim, podem ser produzidos numa única estrutura produtiva. Todos os produtos ou serviços que possam ser produzidos sem um esforço significativo de adaptação tecnológica ou sem aumentos substanciais de investimento ou custos devem ser considerados parte do mesmo mercado, mesmo que, do ponto de vista do consumidor, não sejam substituíveis.[21]

A substituibilidade do lado da oferta é particularmente relevante em setores como a saúde, onde muitos operadores são multiproduto, abrangendo várias subcategorias de produtos e serviços. Este é o caso, por exemplo, dos estabelecimentos hospitalares, que geralmente oferecem uma ampla carteira de cuidados de saúde, numa lógica de aproveitamento de economias de gama[22] e prestação de cuidados de saúde complementares na satisfação das necessidades dos utentes[23]. Normalmente, um hospital oferece uma vasta gama de serviços, mesmo que alguns sejam específicos e insubstituíveis.

Assim, adota-se uma lógica de mercados em "*cluster*", conduzindo à definição do mercado de cuidados de saúde hospitalares gerais. Neste contexto, a ERS tem seguido, nas suas análises do setor (nomeadamente em pareceres sobre operações de concentração), uma definição baseada nas seguintes premissas:

[21] Neste sentido, veja-se, por exemplo, a comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes, nos termos da qual se refere sobre a substituibilidade do lado da oferta que "[m]esmo se, para um determinado cliente final ou grupo de consumidores, as diferentes qualidades [do produto] não forem substituíveis, essas diferentes qualidades serão reunidas no âmbito de um único mercado do produto, desde que a maioria dos fornecedores esteja em condições de oferecer e vender as diversas qualidades de imediato e na ausência de qualquer aumento significativo dos custos […]" – cf. parágrafo 21 da Comunicação 97/C 372/03, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 372/5, de 9 de dezembro de 1997 (vide https://eur-lex.europa.eu).

[22] Economias de gama, ou de escopo, ocorrem quando a produção de dois ou mais produtos custa menos do que a produção separada dos produtos, devido ao aproveitamento de sinergias entre os recursos e ou atividades na produção (vide, por exemplo, Competition Commission (2013), em https://www.gov.uk).

[23] Um exemplo desta complementaridade inicia-se numa consulta de especialidade médica, em que o diagnóstico é apoiado pela realização de exames complementares, conduzindo à prescrição de uma intervenção terapêutica (por exemplo, cirúrgica) e culminando na concretização dessa mesma intervenção.

(i) o mercado do produto é constituído por um conjunto de diferentes produtos/serviços (*cluster*), cuja produção se justifica pelas vantagens de custos (economias de gama) e pelas preferências dos utentes;

(ii) os utentes procuram um conjunto de cuidados de saúde que poderá obter junto de um operador; e

(iii) as unidades de um operador complementam-se, atuando de forma coordenada numa lógica de prestação em rede, permitindo que os utentes sejam referenciados ou escolham entre as várias unidades para obter o conjunto completo de cuidados hospitalares de que necessitam.

Atendendo a esta definição, considera-se não só a oferta de serviços prestados em estabelecimentos hospitalares, mas também a oferta das unidades do mesmo operador que, não prestando todos os serviços hospitalares, operam de forma coordenada numa lógica de rede, podendo os utentes ser referenciados entre as unidades de um mesmo operador, para obtenção dos cuidados de que necessitam. Esta abordagem leva à inclusão, na análise, das unidades sem internamento que prestam serviços de saúde de forma integrada com os hospitais.

Assim, as avaliações concorrenciais realizadas e apresentadas neste estudo seguem esta ótica, considerando também a oferta de unidades sem internamento de doentes agudos que podem captar utentes para os hospitais dos operadores respetivos, atuando de forma integrada com estes. Em concreto, consideram-se os estabelecimentos localizados nas mesmas NUTS III dos estabelecimentos hospitalares com internamento *supra* identificados, de um mesmo operador, entendendo-se que o fator localização é essencial para a prestação de cuidados de saúde em rede. Concretamente, são considerados 152 estabelecimentos sem internamento detidos por 23 dos 66 operadores identificados no setor hospitalar. A importância da sua inclusão reside,

sobretudo, na expansão da capacidade instalada e no aumento da capacidade de atração de utentes, resultante da maior capilaridade da rede de serviços.

Mercado geográfico relevante

No que se refere à definição do mercado relevante na sua dimensão geográfica, considera-se a área geográfica na qual as empresas intervêm na oferta dos produtos ou serviços relevantes, onde as condições de concorrência são suficientemente homogéneas, e que se pode distinguir de outras áreas geográficas em virtude da diferença nas condições de concorrência existentes nestas últimas. Trata-se de definir uma área territorial em que as condições objetivas de concorrência do produto ou serviço relevante são similares para todos os operadores económicos. Possíveis mercados relevantes geográficos podem ser confirmados através de uma análise das características da procura, com o intuito de se determinar se as empresas localizadas em áreas diferentes constituem pontos de oferta alternativos para os consumidores. Tal análise implica reunir informação sobre os atuais padrões de compra dos consumidores e identificação das suas preferências regionais.

Um método que permite a identificação de áreas geográficas que refletirão os padrões de compra dos consumidores e a identificação das suas preferências é o das áreas de influência, que define a fronteira de cada mercado, a qual depende da distância ou do tempo de viagem máximo que a maioria dos consumidores aceita viajar até aos pontos de oferta (considerando-se para efeito do cálculo a realizar o transporte na rede viária e velocidades médias). Assim, as fronteiras das áreas de influência são definidas com base no tempo máximo de viagem que abrange a maioria dos clientes de cada um dos estabelecimentos.

No caso em apreço, do sector hospitalar não público, a ERS tem recorrido a referências existentes de tempos máximos de deslocação. Tendo em conta essas referências e atento o tipo de mercado em causa, o mercado geográfico relevante tem sido definido com base em áreas de influência de 90 minutos dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares.

Em Portugal a prática decisória da AdC no âmbito de controlo de concentrações no sector hospitalar privado tem ido no sentido de considerar mercados geográficos com referência às áreas das NUTS III[24], porquanto esta matriz regional permitirá uma aproximação às referidas áreas de influência de 90 minutos.[25] Com efeito, veja-se, a título de exemplo, que na operação de concentração com a referência Ccent 56/2023 – CUF/CMAS, a AdC considerou como relevantes os mercados da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas nas NUTS III de Área Metropolitana do Porto e de Tâmega e Sousa[26].

Assim, mantendo-se no essencial as definições que vêm sendo adotadas pela ERS nas análises aos mercados do sector hospitalar privado, e em consonância com a prática decisória da AdC, o estudo da estrutura e grau de concentração dos mercados apresentado assenta numa delimitação geográfica dos mercados associada às NUTS III do território continental.

3.2. Barreiras à entrada nos mercados

A abertura e entrada em funcionamento de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde está sujeita às obrigações de registo na ERS (cf. o artigo 26.º dos estatutos da ERS aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto) e, consoante o tipo de prestação, à obtenção de licença de funcionamento, ao

[24] As NUTS são Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos. Foram elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária.

[25] Havendo métodos e técnicas alternativas de levar em consideração estas áreas de influência no cômputo de índices de concentração de mercado, da análise comparativa entre tais diferentes abordagens sobressai a existência de um trade-off em que técnicas mais complexas e com maior suporte teórico são, não obstante, frequentemente inexequíveis face a restrições de disponibilidade de dados ou de tempo para aplicação em contextos práticos. Este trade-off resulta numa tendência para a adoção, por parte das agências públicas de política da concorrência, dos métodos mais simples e exequíveis (Oxera (2011), "Techniques for Defining Markets for Private Healthcare in the UK: Literature Review", preparado para o Office of Fair Trade (OFT) do Reino Unido, disponível em www.oxera.com). Com efeito, a literatura académica e institucional sobre as técnicas de definição dos mercados geográficos diferencia as técnicas mais tradicionais e simples, desenvolvidas nos anos 80 e 90 do século passado (p.e., Elzinga-Hogarty, isócronas de raio fixo, áreas de abrangência, etc.), das técnicas mais recentes e complexas (p.e., elasticidade-tempo, *willingness-to-pay*, etc.). Esta diferenciação assenta não apenas no nível de complexidade, mas também em critérios de sustentação teórica, exigência de dados e validação empírica. Neste contexto, algumas das críticas aos métodos mais simples são o facto de agregarem tipos de cuidados ou grupos de utentes com disponibilidades para viajar sistematicamente diferentes, e não refletirem a heterogeneidade dos hospitais em termos de dimensão e grau de diferenciação.

[26] Toda a informação pública sobre a operação de concentração pode ser consultada em https://extranet.concorrencia.pt/PesquisAdC/CCENT.aspx?REf=Ccent_2023_56&isEnglish=False.

abrigo do regime jurídico do licenciamento (Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto).

Os hospitais estão obrigados ao cumprimento dos requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas definidos na Portaria n.º 90/2024/1, de 11 de março.

Estes trâmites, embora assegurem a qualidade dos serviços, constituem custos de contexto[27] e barreiras temporais à entrada no mercado, tanto pelos prazos de registo e licenciamento[28] quanto pelos investimentos necessários para cumprir os requisitos físicos e humanos, podendo limitar a contestabilidade, particularmente em regiões onde há posição dominante de operadores existentes e seria desejável maior concorrência.

Em determinados ramos de atividade, o operador pode ainda ser obrigado a investimentos adicionais decorrentes de maior especialização ou requisitos suplementares ao licenciamento da ERS, envolvendo infraestruturas específicas ou aquisição de determinados equipamentos e tecnologias. Isto ocorre, por exemplo, na radiologia, que exige licenças específicas para funcionamento de instalações radiológicas (Decreto-Lei n.º 108/2018, de 3 de dezembro, e Portaria n.º 100/2024/1, de 13 de março) ou equipamentos médicos pesados (Decreto-Lei n.º 110/2024, de 19 de dezembro).

Existem ainda condicionamentos legais quanto à instalação de determinados equipamentos, com base em rácios por número de habitantes (Portaria n.º 93/2025/1, de 11 de março). Por exemplo, a autorização para a instalação de um acelerador linear depende de um rácio de um aparelho por 150 mil habitantes,

[27] Os custos de contexto podem ser definidos como ações ou omissões que prejudicam a atividade das empresas do setor saúde, público, privado e social, e que não são imputáveis ao investidor, ao seu negócio ou à sua organização (vide estudo da ERS sobre custos de contexto, em https://www.ers.pt).

[28] Nos termos do n.º 1 do artigo 9.º do regime jurídico do licenciamento (Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto), a ERS decide o pedido de licença no prazo de 30 dias: (i) nos casos em que se junte o certificado de cumprimento dos requisitos de licenciamento a que se refere a alínea d) do n.º 3 do artigo 5.º daquele regime jurídico, (ii) ou a contar da data da realização da vistoria. E considera-se tacitamente deferido o pedido de licença quando tenha decorrido o prazo para a decisão nos casos referidos em (i) e um período de 60 dias a contar do pedido de licença nos casos referidos em (ii).

enquanto a instalação de um aparelho PET, utilizado para tomografias por emissão de positrões, exige um rácio de um aparelho por 400 mil habitantes.

Um outro fator relevante, que pode afetar a atratividade do mercado hospitalar privado e constituir uma barreira à entrada, é a capacidade de um operador celebrar contratos com financiadores, como o SNS, subsistemas públicos e privados ou seguros, que intermedeiam a relação económica entre prestadores e utentes. Estes contratos representam uma parte substancial do financiamento dos hospitais privados. Refira-se que a despesa dos seguros de saúde, em percentagem da despesa corrente privada em saúde, foi de 11,8% em 2021 e aumentou para 15,0% em 2024.[29]

3.3. Métodos e critérios de análise da estrutura dos mercados

Acompanhando de perto as "Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas" da Comissão Europeia – Comunicação 2004/C 31/03[30], a análise realizada considerou o Índice de *Herfindahl-Hirschman* (IHH) como uma indicação útil acerca da estrutura de mercado, em termos de concorrência. Com efeito, o IHH (*vide* quadro 1) fornece uma indicação da pressão concorrencial nos mercados, podendo concluir-se sobre a concentração nos mercados com base nos seus níveis absolutos.

De acordo com as referidas orientações da Comissão Europeia, um IHH inferior a 1.000 indica que é pouco provável a identificação de preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal no mercado. Por outro lado, um IHH superior a 2.000 já seria indicativo de uma concentração substancial no mercado.

[29] Vide https://www.ine.pt, consultado em 25 de setembro de 2025 (os dados de 2024 são preliminares).
[30] Comunicação publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 31, de 5 de fevereiro de 2004.

Quadro 1 – Cálculo do Índice de Herfindahl-Hirschmann (IHH)

O IHH é uma medida absoluta da concentração dos mercados, calculada com base nas quotas de mercado das empresas, representada matematicamente pela fórmula

$$IHH = \sum_{i=1}^{N} Q_i^2 \ ;$$

em que:

- N é o número de empresas a operar no mercado; e
- Q_i é a quota de mercado da empresa i.

Teoricamente, este índice varia entre 0, mercado perfeitamente concorrencial, e 1, monopólio (habitualmente, este índice é apresentado como resultado do cálculo com quotas de mercado na base 100, variando assim entre 0 e 10.000). Na prática, o valor mínimo, dada a estrutura do mercado, é $1/N$, ou $10.000/N$.

Uma segunda medida que a ERS vem utilizando em avaliações concorrenciais consiste no cálculo do limite de quota de mercado a partir do qual se considera que a empresa de maior quota num mercado relevante tem posição potencialmente dominante (*vide* quadro 2)[31].

Quadro 2 – Identificação de potencial dominância

O método de Melnik et al. (2008) de identificação de potencial dominância assenta no cálculo de uma quota de mercado de referência Q_d que representa o limite de quota de mercado a partir do qual o grupo empresarial com a maior quota tem posição potencialmente dominante. Esta referência aumenta à medida que a intensidade da concorrência efetiva aumenta. O cálculo assenta na seguinte fórmula:

$$Q_d = \frac{1}{2}\left[1-(Q_1-Q_2)\left(1-\sum_{i=3}^{n} Q_i\right)\right] = \frac{1}{2}\left[1-\left(Q_1^2-Q_2^2\right)\right],$$

em que $\left({Q_1}^2-{Q_2}^2\right)$ mede a pressão concorrencial da concorrência efetiva sobre o grupo empresarial 1, que detém a maior quota de mercado (Q_1).

[31] Vide Melnik, A., Shy, O., & Stenbacka, R. (2008), "Assessing market dominance", Journal of Economic Behavior & Organization, 68(1), 63-72; e Hellmer, S., & Wårell, L. (2009), "On the evaluation of market power and market dominance - The Nordic electricity market", Energy Policy, 37(8), 3235-3241.

Assim, com base na aplicação conjugada dos métodos apresentados nos quadros 1 e 2, é possível identificar, por um lado, os mercados geográficos de serviços hospitalares não públicos com problemas concorrenciais potenciais, definidos como sendo as áreas geográficas com um IHH superior a 2.000 pontos e, simultaneamente, com posição potencialmente dominante pelo grupo empresarial que detém maior quota de mercado e, por outro lado, os mercados geográficos que não apresentam problemas concorrenciais.

Importa, por fim, salientar que o cálculo das quotas de mercado pode ser realizado com base em diferentes parâmetros relativos à atividade dos operadores presentes nos mercados. Conforme sublinhado pela Comissão Europeia, para além do volume de negócios, a capacidade produtiva dos operadores constitui igualmente um elemento válido para aferir as posições relativas dos agentes económicos no mercado.[32]

Neste contexto, a ERS tem utilizado, nas suas análises, predominantemente informações relativas à capacidade produtiva dos estabelecimentos, nomeadamente o número de médicos ou o total de profissionais de saúde. Esta abordagem decorre sobretudo de um imperativo de viabilidade, dado que essa informação pode ser recolhida de forma sistemática e completa através do SRER, que suporta o registo público dos prestadores de cuidados de saúde.

Como se observa na Figura 1, as curvas de concentração de capacidade instalada obtidas com base nestas duas medidas são praticamente coincidentes, pelo que a escolha entre o número de médicos e o número total de profissionais não altera de forma material a leitura dos resultados. Para o presente estudo, considerou-se o número de médicos como indicador representativo da capacidade produtiva dos estabelecimentos, para efeitos de cálculo das quotas de mercado dos operadores.

[32] Vide parágrafo 54 da Comunicação 97/C 372/03 da Comissão Europeia, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 372/5 de 9/12/1997 (disponível em https://eur-lex.europa.eu, consultado em 24 de setembro de 2025).

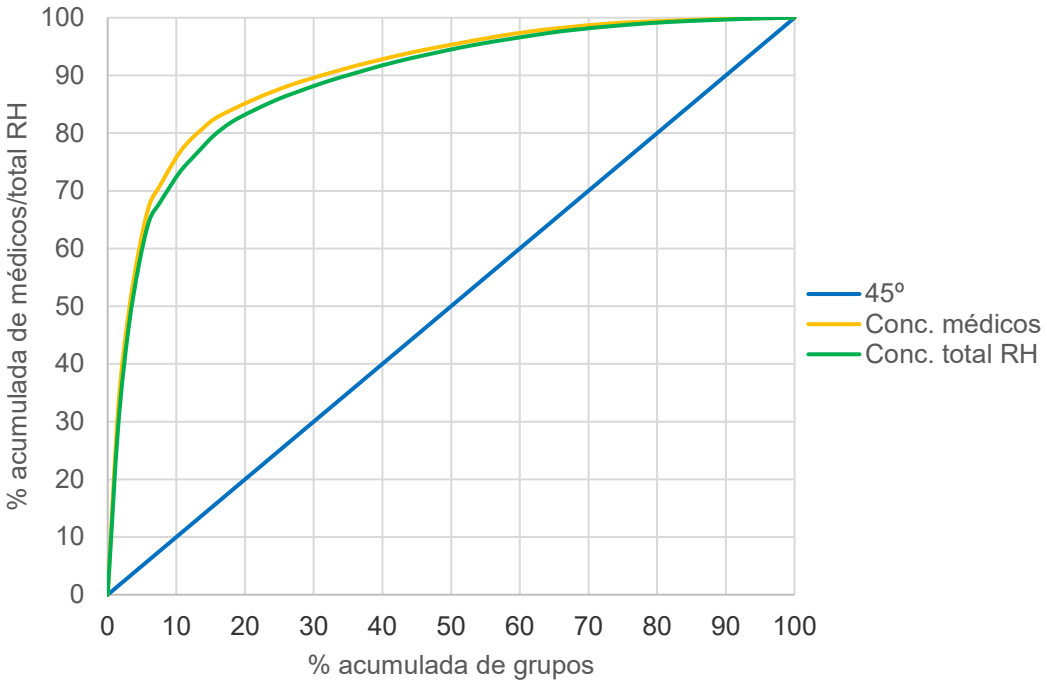

Figura 1 – Curva de concentração de médicos e recursos humanos (RH) por grupo empresarial

3.4. Análise da estrutura dos mercados

Na presente secção, apresentam-se os resultados das avaliações concorrenciais realizadas. Concretamente, são apresentados os graus de concentração dos mercados, identificadas as situações de dominância e classificados os mercados de acordo com a sua estrutura.

A análise engloba os 66 operadores dos 108 hospitais e das 152 unidades sem internamento que atuam de forma integrada com os hospitais, conforme o critério explicado no capítulo 2.

Tendo em consideração as definições de mercado relevante apresentadas na secção 3.1 e a metodologia descrita na secção 3.3, foram calculados o IHH e o indicador de dominância para as NUTS III de Portugal continental.

Na Tabela 5 apresentam-se os resultados do IHH por mercado relevante, definido ao nível da NUTS III. A tabela inclui, para cada NUTS III de Portugal continental com oferta hospitalar não pública, o nível de concentração observado, a existência de situações de monopólio ou duopólio, a identificação de potencial dominância e a percentagem da população residente correspondente.

Constata-se que a maioria da população de Portugal continental encontra-se em mercados hospitalares não públicos, com níveis elevados de concentração. Em concreto, 78% da população residente em Portugal continental encontra-se em NUTS III com IHH superior a 2.000, limiar a partir do qual o mercado é classificado como apresentando concentração elevada.

As situações de monopólio, correspondentes a um IHH igual a 10.000, verificam-se em cinco NUTS III: Alentejo Litoral, Alto Tâmega e Barroso, Baixo Alentejo, Lezíria do Tejo e Terras de Trás-os-Montes. Nestes mercados, apenas um operador é considerado no cálculo das quotas de mercado, o que reflete a ausência de concorrência efetiva no mercado relevante definido.

Por sua vez, as situações de duopólio são observadas no Alto Minho, no Douro, no Médio Tejo, na Península de Setúbal, na Região de Aveiro e em Viseu Dão Lafões. Embora nestes mercados haja mais do que um operador, a estrutura concorrencial permanece limitada, o que se traduz em valores elevados de IHH.

A Área Metropolitana do Porto constitui a única NUTS III com concentração moderada, apresentando um IHH de 1.633. Todas as restantes NUTS III analisadas apresentam concentração elevada, com valores de IHH superiores a 2.000. Importa salientar que nenhuma NUTS III apresenta IHH inferior a 1.000. Ao nível de Portugal continental, foi estimado um IHH de 1.532, valor que corresponde a um nível de concentração moderado.

A análise do indicador de potencial dominância reforça esta leitura. Em várias NUTS III com concentração elevada, identifica-se também potencial dominância de um operador, designadamente nas NUTS III Alentejo Central, Alentejo Litoral, Algarve, Alto Minho, Alto Tâmega e Barroso, Baixo Alentejo, Cávado, Douro,

Lezíria do Tejo, Médio Tejo, Oeste, Península de Setúbal, Região de Aveiro, Região de Leiria, Tâmega e Sousa, Terras de Trás-os-Montes e Viseu Dão-Lafões.

Tabela 5 – Níveis de concentração medidos pelo IHH[33]

NUTS III	IHH	Nível de concentração	Monopólio	Duopólio	Potencial dominância	% população
Alentejo Central	4 596	Alto	Não	Não	Sim	1%
Alentejo Litoral	10 000	Alto	Sim	Não	Sim	1%
Algarve	3 848	Alto	Não	Não	Sim	5%
Alto Minho	6 465	Alto	Não	Sim	Sim	2%
Alto Tâmega e Barroso	10 000	Alto	Sim	Não	Sim	1%
Área Metropolitana do Porto	1 633	Moderado	Não	Não	Não	18%
Ave	2 613	Alto	Não	Não	Não	4%
Baixo Alentejo	10 000	Alto	Sim	Não	Sim	1%
Cávado	3 347	Alto	Não	Não	Sim	4%
Douro	5 136	Alto	Não	Sim	Sim	2%
Grande Lisboa	2 348	Alto	Não	Não	Não	21%
Lezíria do Tejo	10 000	Alto	Sim	Não	Sim	2%
Médio Tejo	7 288	Alto	Não	Sim	Sim	2%
Oeste	4 187	Alto	Não	Não	Sim	4%
Península de Setúbal	8 424	Alto	Não	Sim	Sim	8%
Região de Aveiro	6 980	Alto	Não	Sim	Sim	4%
Região de Coimbra	2 129	Alto	Não	Não	Não	4%
Região de Leiria	3 835	Alto	Não	Não	Sim	3%
Tâmega e Sousa	5 261	Alto	Não	Não	Sim	4%
Terras de Trás-os-Montes	10 000	Alto	Sim	Não	Sim	1%
Viseu Dão-Lafões	5 831	Alto	Não	Sim	Sim	3%
Portugal continental	**1 532**	**Moderado**	**Não**	**Não**	**Não**	**NA**

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e do INE.[34]

[33] A metodologia adotada difere da utilizada no Estudo sobre a Concorrência no Setor Hospitalar Não Público – 2025, da ERS, no qual é aplicada uma versão estendida do IHH, assente em áreas de influência geográfica de 90 minutos e numa função de proximidade que pondera a capacidade dos estabelecimentos em função da distância, medida por tempo de deslocação estimada dos utentes residentes. A presente informação de monitorização teve em consideração o IHH calculado na sua formulação tradicional, com base nas quotas relativas ao número de médicos por operador, sem ajustamento por distância. Esta opção metodológica decorre da adoção, pela ERS e pela AdC, em avaliações concorrenciais anteriores, de critérios de delimitação geográfica assentes em tempos máximos de deslocação, incluindo áreas de influência de até 90 minutos, as quais, em termos práticos, tendem a aproximar-se de delimitações territoriais de escala regional, como as NUTS III, embora não coincidam necessariamente com estas em termos formais ou metodológicos.

[34] INE (2025). População residente. Fonte consultada em 4 de maio de 2026 (disponível em https://www.ine.pt).

4. Conclusões

O setor hospitalar não público em Portugal tem vindo a assumir um peso crescente no sistema de saúde, quer em termos de despesa corrente em saúde do país, quer de capacidade instalada. A análise evidencia uma forte concentração da oferta em poucos grupos privados, com potenciais impactos relevantes na concorrência.

Da análise realizada às condições do mercado em 2026, foi possível concluir o seguinte:

- A despesa corrente em saúde nos hospitais privados tem vindo a crescer de forma sustentada, registando um aumento de 56,6% entre 2015 e 2023, correspondente a um acréscimo absoluto de 1.050 milhões de euros. Esta evolução reflete a relevância económica do setor hospitalar privado e a crescente importância de fontes de financiamento como os pagamentos diretos das famílias e os seguros de saúde.

- A oferta hospitalar não pública encontra-se maioritariamente localizada nas regiões NUTS III Área Metropolitana do Porto, Grande Lisboa e Região de Coimbra, que em conjunto abrangem 43% da população, sendo detida maioritariamente por quatro grandes grupos privados, o que limita a diversidade concorrencial.

- Os mercados definidos com base nas NUTS III, com exceção da Área Metropolitana do Porto, apresentam elevados níveis de concentração, com IHH superior a 2.000, abrangendo cerca de 78% da população considerada na análise.

- Em várias NUTS III com concentração elevada, identifica-se também potencial dominância de um operador, designadamente na NUTS III Alentejo Central, Alentejo Litoral, Algarve, Alto Minho, Alto Tâmega e Barroso, Baixo Alentejo, Cávado, Douro, Lezíria do Tejo, Médio Tejo, Oeste, Península de Setúbal, Região de Aveiro, Região de Leiria, Tâmega e Sousa, Terras de Trás-os-Montes e Viseu Dão-Lafões.

Considerando os resultados da análise empreendida, e os elevados níveis de concentração na grande maioria dos mercados relevantes considerados, a ERS continuará a acompanhar a evolução concorrencial no setor hospitalar privado, ao abrigo das atribuições previstas nos seus Estatutos.

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2026

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência "Porto, Portugal".

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de dados (RGPD).

ERS
ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32
4100-455 PORTO - Portugal
T +351 222 092 350
geral@ers.pt
www.ers.pt