



ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



2

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO SETOR
HOSPITALAR NÃO PÚBLICO

EDITOR

Entidade Reguladora da Saúde

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 Porto

geral@ers.pt | tlf. 222 092 350 | fax: 222 092 351

www.ers.pt

DATA

NOVEMBRO DE 2024

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2024

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).



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



3

ÍNDICE

5	SUMÁRIO EXECUTIVO
7	1 INTRODUÇÃO
16	2 DESCRIÇÃO DA OFERTA DO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO
23	3 CONCORRÊNCIA NOS MERCADOS DO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO
23	3.1 DEFINIÇÃO DOS MERCADOS RELEVANTES
28	3.2 BARREIRAS À ENTRADA NOS MERCADOS
30	3.3 MÉTODOS E CRITÉRIOS DE ANÁLISE DA ESTRUTURA DOS MERCADOS
34	3.4 ANÁLISE DA CONCENTRAÇÃO DOS MERCADOS
40	3.5 ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DA CONCENTRAÇÃO DOS MERCADOS
44	4 CONCLUSÕES



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



ABREVIATURAS

AdC | Autoridade da Concorrência

ERS | Entidade Reguladora da Saúde

IHH | Índice de Herfindahl-Hirschman

INE | Instituto Nacional de Estatística, I.P.

IPSS | Instituições Particulares de Solidariedade Social

NUTS | Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

SNS | Serviço Nacional de Saúde

SRER | Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



Sumário Executivo

O presente estudo incide sobre a análise da concorrência entre hospitais gerais de natureza privada e social em Portugal continental. São definidos os mercados relevantes, identificadas barreiras à entrada nos mercados e as regiões com elevada concentração de mercado, e sinalizada a posição potencialmente dominante de determinados operadores. Além disso, é estabelecida uma comparação com os resultados da análise efetuada em 2023.

O estudo abrange 92 unidades hospitalares gerais de natureza não pública com internamento de doentes agudos em Portugal continental, as quais estão concentradas principalmente nas regiões de saúde do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo, com cerca de 74% dos hospitais. Os 92 hospitais não públicos são detidos por 57 operadores distintos, dos quais 17 atuam no mercado de cuidados de saúde hospitalares com 113 unidades de ambatório, que contribuem para o aumento da capacidade de atração de utentes pelos operadores. Assim, o estudo considera, no total, 205 pontos de oferta.

Do estudo realizado conclui-se que, em quase todos os mercados regionais, é identificada uma elevada concentração de mercado. Foram também identificados mercados com posição potencialmente dominante por parte de operadores, e situações de monopólio.

Cerca de 61% da população residente em Portugal continental reside em 194 concelhos com resultados de nível de concentração alto, conforme definição da Comissão Europeia. No que respeita à posição dominante verifica-se que, em 104 dos 194 concelhos com resultados de concentração alta, há operadores a atuar com uma posição potencialmente dominante. Estes resultados são verificados nas regiões de saúde do Alentejo e do Algarve.

Na comparação com a análise realizada em 2023, constata-se que o número de operadores se manteve (57), mas o número de pontos de oferta reduziu-se, de 218 para 205. Além disso, verifica-se um agravamento da concentração de mercado, tanto em termos de número de concelhos e respetiva população abrangida, com nível de concentração alto e potencial dominância, como em termos de IHH. Em particular, identifica-se um aumento do nível de concentração, de médio para alto, na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

As conclusões do presente estudo permitem uma melhor perceção da situação concorrencial e da concentração no mercado dos cuidados de saúde hospitalares não públicos, permitindo a identificação de regiões que suscitem maior preocupação a nível concorrencial. Assim, a ERS continuará a monitorizar este mercado e a eventual ocorrência de efeitos negativos que possam advir da reduzida concorrência entre os operadores, designadamente ao nível do acesso e da qualidade dos cuidados prestados.



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



6

1 | INTRODUÇÃO



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



7

1 | INTRODUÇÃO

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tem monitorizado de forma contínua a evolução do setor hospitalar privado e social, tanto no que respeita ao acesso ao mercado pelos prestadores de cuidados de saúde hospitalares como no acompanhamento das alterações estruturais ocorridas ao longo do tempo. A entrada em funcionamento desses estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares não públicos está sujeita a um conjunto de obrigações, que incluem o registo junto da ERS⁽¹⁾ e a obtenção da respetiva licença de funcionamento, nos termos do regime jurídico aplicável ao licenciamento.⁽²⁾ Nesse âmbito, as entidades responsáveis pelos estabelecimentos devem assegurar o seu registo, previamente ao início da sua atividade, e a devida atualização do mesmo no Sistema de Registo de Estabelecimentos da ERS (SRER), bem como garantir o cumprimento dos requisitos mínimos exigidos, que são objeto de verificação pela ERS, no que diz respeito à organização, funcionamento, instalações técnicas e recursos humanos estabelecidos para as unidades com internamento⁽³⁾.

Por sua vez, em cumprimento do seu objetivo regulatório de promoção e defesa da concorrência nos segmentos abertos ao mercado (cf. alínea f) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto), a ERS realiza estudos em matéria de concorrência em setores que merecem a sua particular atenção, tal como o setor hospitalar, e elabora pareceres de avaliação concorrencial, designadamente em momento prévio 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⁽⁴⁾.

Em Portugal, verifica-se há mais de uma década um crescimento significativo da importância do setor hospitalar privado no sistema de saúde, o que se reflete no aumento da despesa neste setor. De acordo com os dados mais recentes da Conta Satélite da Saúde, publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE)⁽⁵⁾, a despesa corrente em saúde nos hospitais de natureza privada⁽⁶⁾ alcançou 2.507 milhões de euros em 2022, representando aproximadamente 10% de toda a despesa corrente em saúde, superando a média de 8,4% observada desde o início do milénio. A Tabela 1 apresenta a evolução da despesa corrente em saúde, total e em hospitais, nos últimos 10 anos, destacando o crescimento médio de 5,1% da despesa corrente em saúde nos hospitais privados no período em questão.

(1) Cf. o artigo 26.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

(2) Regime aprovado pelo Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, com as alterações da Retificação n.º 39/2014, de 12 de setembro, do Decreto-Lei n.º 125/2019, de 28 de agosto, e do Decreto-Lei n.º 65/2023, de 7 de agosto.

(3) Cf. Portaria n.º 90/2024/1, de 11 de março.

(4) Vide Lei n.º 19/2012, de 8 de maio.

(5) Disponíveis em <https://www.ine.pt>, consultados em 14 de outubro de 2024.

(6) Hospitais de natureza privada com fins lucrativos e de natureza social.



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



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
2014	16 168	6 633	4 908	30%	1 725	11%
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	24 033	9 904	7 486	31%	2 418	10%
2022Po	25 370	10 574	8 066	32%	2 507	10%
2023Pe	26 560	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Tx. Cresc. Média anual	5,7%	6,0%	6,5%		5,1%	

Fonte: INE (2024). Legenda: Dados provisórios (Po); Dados preliminares (Pe); Não disponível (n.d.).



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

Tendo em conta a despesa corrente em saúde total por agentes financiadores, observa-se na Tabela 2 que os pagamentos diretos das famílias⁽⁷⁾ e o financiamento por sociedades de seguros⁽⁸⁾ têm registado um aumento substancial, atingindo cerca de 34% do total da despesa corrente em saúde em 2023.

Ano	Total da despesa	Agente financiador: Famílias		Agente financiador: Sociedades de seguros	
		em valor	em % da despesa total	em valor	em % da despesa total
2014	16 168	4 743	29%	568	4%
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	24 033	7 068	29%	882	4%
2022Po	25 370	7 522	30%	977	4%
2023Pe	26 560	7 905	30%	1 142	4%
Tx. Cresc. Média anual		5,7%	6,0%	8,3%	

Fonte: INE (2024). Legenda: Dados provisórios (Po); Dados preliminares (Pe).

(7) Os pagamentos diretos das famílias referem-se à despesa em saúde que é suportada diretamente pelos cidadãos.

(8) Que dizem respeito aos seguros de saúde voluntários, não contabilizando planos de saúde.



Tabela 3

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

Relativamente aos pagamentos diretos das famílias nos hospitais privados, observa-se na Tabela 3 que estes registaram um crescimento médio de 9,2%, atingindo 1.245 milhões de euros em 2022. Assim, nesse ano, os pagamentos das famílias representaram cerca de 50% do total da despesa corrente em saúde nos hospitais privados, quando até 2020 representavam 40% ou menos.⁽⁹⁾

Ano	Despesa em hospitais privados	Despesas das famílias em hospitais privados	
	em valor	em valor	em % da despesa dos hospitais privados
2014	1 725	648	38%
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	2 418	1 092	45%
2022Po	2 507	1 245	50%
2023Pe	n.d.	n.d.	n.d.
Tx. Cresc. Média anual	5,1%	9,2%	

Fonte: INE (2024). Legenda: Dados provisórios (Po); Dados preliminares (Pe); Não disponível (n.d.).

(9) INE (2024). Conta Satélite da Saúde. Fonte consultada em 14 de outubro de 2024 (disponível em <https://www.ine.pt>).



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



Paralelamente ao incremento da importância económica do setor hospitalar privado, cumpre destacar o dinamismo que este setor tem evidenciado, particularmente no que respeita aos processos de concentração de mercado, designadamente por via de operações de concentração. Sempre que tais operações estejam sujeitas a notificação prévia da AdC, por se verificarem os pressupostos constantes do artigo 37.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio – Lei da Concorrência –, na sua redação atual, as mesmas são objeto de apreciação prévia por parte daquela Autoridade. Nos casos em que o mercado em questão seja objeto de regulação setorial por parte da ERS, a AdC solicita a emissão do respetivo parecer sobre as implicações em matéria de concorrência, conforme previsto no artigo 55.º da Lei da Concorrência. Entre outubro de 2014 e outubro de 2024, a ERS emitiu 27 pareceres de avaliação concorrencial em resposta a solicitações da AdC ao abrigo do artigo em questão, dos quais 14 envolveram operadores do setor hospitalar privado.⁽¹⁰⁾

Na maioria das avaliações realizadas relativamente a operações de concentração entre hospitais privados, a ERS não tem identificado impactos suscetíveis de gerar preocupações no mercado hospitalar privado. Não obstante, no território de Portugal continental, predominam no setor quatro grandes grupos privados de prestação de cuidados de saúde hospitalares, concentrando no seu conjunto dois terços da capacidade instalada de oferta⁽¹¹⁾.

(10) Versões não confidenciais dos pareceres disponíveis no website da ERS, em <https://www.ers.pt>.

(11) Em termos genéricos, CUF, Luz Saúde, Lusíadas e Trofa Saúde.



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



12

A relevância da avaliação concorrencial assenta na evidência de que a concorrência está associada, entre outros aspetos, a uma redução dos preços pagos pelos utentes para o acesso a cuidados de saúde, a uma maior inovação e a uma melhoria da qualidade, competindo à ERS assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, bem como zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade (cf. artigo 10.º dos Estatutos da ERS), para além do objetivo já mencionado em matéria de concorrência. Por sua vez, as fusões e aquisições de hospitais não públicos, bem como qualquer evolução no sentido de uma redução da concorrência entre os operadores, podem originar efeitos negativos, tais como a fixação de preços excessivamente elevados, a prestação de cuidados de saúde de qualidade inferior, uma menor diversidade de serviços, restrições à liberdade de escolha, limitação do acesso de novos operadores a recursos ou infraestrutura essenciais, a prática de preços predatórios e a redução da produtividade.^{(12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)}

(12) 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 que praticou os preços predatórios 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).

(13) Competition Commission (2013). *Guidelines for market investigations: Their role, procedures, assessment and remedies*.

(14) 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 18 de outubro de 2024).

(15) 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.

(16) 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

(17) OECD (2019). *Competition Assessment Toolkit - Volume I: Principles*. <http://www.oecd.org> (consultado em 15 de outubro de 2024).

(18) OECD (2012). *Policy Roundtables - Competition in Hospital Services*. <http://www.oecd.org> (consultado em 18 de outubro de 2024).

(19) OFT (2007). *Completing competition assessments in impact assessments*.

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk> (consultado em 15 de outubro de 2024).

(20) EU (2024). *Protecting competition in a changing world*. <https://competition-policy.ec.europa.eu> (consultado em 13 de novembro de 2024).



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



Deste modo, e atenta a incumbência da ERS de “elaborar estudos e emitir recomendações sobre as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde” (cf. alínea a) do artigo 15.º dos seus estatutos), importa acompanhar a evolução da concorrência no setor hospitalar não público, designadamente através da caracterização da oferta de hospitais de natureza privada e social e de uma avaliação concorrencial, com a identificação das regiões com elevada concentração de mercado ou potencial dominância por determinados operadores. Esta análise, sustentada no cálculo de quotas de mercado e índices de concentração, constitui o principal objetivo do presente estudo.

Cumprir ainda esclarecer 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. Isto porque a composição dos prestadores que, relativamente à procura concreta de um utente, se encontram em tensão concorrencial, varia em função das condições de acesso, que são diferentes nos hospitais do SNS.

De facto, o procedimento de acesso aos serviços públicos e privados é distinto, uma vez que os fluxos de utentes aos hospitais do SNS decorrem, em grande medida, da referenciação feita a partir da rede pública de cuidados de saúde primários. Em contrapartida, nos estabelecimentos hospitalares privados, existe uma multiplicidade de canais para um acesso direto pelos utentes, via financiamento por seguros de saúde, subsistemas de saúde ou pagamentos diretos dos indivíduos.

Embora os hospitais do SNS também atendam utentes ao abrigo de outros financiadores que não o próprio SNS, tais situações têm um peso diminuto. Por sua vez, no caso dos hospitais não públicos, o acesso por utentes ao abrigo de cobertura do SNS está limitado a um conjunto restrito de cuidados de saúde, conforme definido nos acordos ou convenções que os prestadores celebram com o SNS.

A própria necessidade de o Estado recorrer a tais procedimentos de contratação para incluir a prestação privada sob a cobertura do SNS, como complemento à prestação na rede pública, é demonstrativa da separação existente entre a atividade pública e privada de prestação de cuidados de saúde. Se tal separação não existisse e a concorrência entre operadores públicos e privados fosse efetiva, a complementaridade entre a primeira e a segunda linha da rede nacional de prestação de cuidados de saúde basear-se-ia na liberdade de escolha dos utentes, não restrita a acordos entre o SNS e os operadores privados.

Deste modo, no âmbito da contratação com entidades privadas ou sociais, a análise da estrutura do mercado não considera a oferta pública e afigura-se pertinente, porque graus de concentração elevados podem impactar negativamente nas condições contratuais negociadas com o SNS. Com efeito, em regiões com elevados níveis de concentração, os prestadores não públicos podem ficar numa posição negocial mais favorável para obter melhores condições contratuais, designadamente preços mais elevados para prestarem cuidados de saúde aos utentes do SNS nessas regiões.



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024



Note-se que o regime jurídico das convenções prevê a realização de avaliações concorrenciais previamente à definição da modalidade de procedimento para a contratação de convenções, que poderá ser um procedimento para uma convenção específica ou um procedimento de adesão a um clausulado tipo previamente publicado. De facto, como previsto no n.º 2 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, “A opção entre as modalidades de procedimento [...] é determinada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, [...] mediante parecer prévio não vinculativo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), atendendo às características do mercado a que se dirige a convenção, nomeadamente quanto aos níveis de concorrência, à área de prestação e à natureza dos serviços.”⁽²¹⁾ Assim, nos mercados com maior concorrência, é possível aproveitar a concorrência existente para definir preços mais baixos, através da contratação para uma convenção específica.

⁽²¹⁾ Foram já elaborados pela ERS nove pareceres em resposta a solicitações da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., ao abrigo deste artigo do regime jurídico das convenções, entre 2016 e 2023.

Outro argumento a favor da separação entre os mercados de cuidados de saúde hospitalares públicos e não públicos resulta da observação de que a atual conduta dos operadores não indicia a existência de efetiva tensão concorrencial entre as duas naturezas de operadores. De facto, se a tensão concorrencial entre públicos e privados fosse significativa, seriam esperados determinados efeitos decorrentes dos mecanismos concorrenciais, tais como uma aproximação dos níveis de preços dos operadores privados aos dos públicos, e 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, para o SNS –, que não é compatível com a lógica da prestação privada.

O estudo está organizado em três capítulos. No capítulo 2 é apresentada a descrição da oferta do setor hospitalar não público. O capítulo 3 dedica-se à análise concorrencial nos mercados do setor hospitalar não público e inclui uma secção para a comparação com os resultados obtidos no Estudo sobre a Concorrência no Setor Hospitalar Não Público de 2023.⁽²²⁾ Por último, o capítulo 4 apresenta as conclusões.

⁽²²⁾ Estudo disponível em <https://www.ers.pt>.



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



15

2 | DESCRIÇÃO DA OFERTA DO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



16

2 | DESCRIÇÃO DA OFERTA DO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO

A consideração de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde como sendo de natureza hospitalar deve atender a algumas características. Considerando a definição do INE para efeitos de produção de estatísticas sobre a saúde, segundo a qual um hospital é um “estabelecimento de saúde que presta cuidados de saúde curativos e de reabilitação em internamento e ambulatório, podendo colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica”⁽²³⁾, a existência de cuidados em internamento e em ambulatório deve estar presente.

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, considera

também, para efeitos de avaliação concorrencial, 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 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares com internamento de agudos, tendo por base os registos no SRER. Existem em Portugal continental 92 estabelecimentos hospitalares com internamento de agudos, sendo 63 deles de natureza privada (68%) e 29 Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (32%).⁽²⁴⁾ A Tabela 4 apresenta a distribuição dos estabelecimentos por natureza da entidade detentora do estabelecimento e por região de saúde⁽²⁵⁾.

⁽²³⁾ Definição do INE constante do documento Estatística da Saúde 2020, Edição de 2022, publicado em <https://www.ine.pt> (consultado em 18 de outubro de 2024).

⁽²⁴⁾ A identificação deste universo de prestadores partiu de dados extraídos do SRER da ERS em 11 de setembro de 2024, tanto do registo dos estabelecimentos como das licenças de funcionamento.

⁽²⁵⁾ Divisão territorial estabelecida no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Correspondem às áreas de influência das extintas Administrações Regionais de Saúde (*vide* Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de setembro).



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



Tabela 4

Unidades hospitalares
com internamento de
agudos por natureza
da entidade detentora
do estabelecimento e
região de saúde

N.º de hospitais

Região de Saúde	IPSS	Privados	Total	%
Norte	16	27	43	47%
Centro	6	11	17	18%
Lisboa e Vale do Tejo	6	19	25	27%
Alentejo	1	1	2	2%
Algarve	0	5	5	5%
TOTAL	29	63	92	100%

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

Observa-se, por um lado, uma concentração maior de estabelecimentos hospitalares na região de saúde do Norte (47%), sendo esta a região com o maior número de estabelecimentos de natureza privada e também social. As regiões de saúde do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo concentram cerca de 74% dos hospitais. Por outro lado, observa-se uma oferta diminuta na região de saúde do Alentejo (cerca de 2% do total).



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

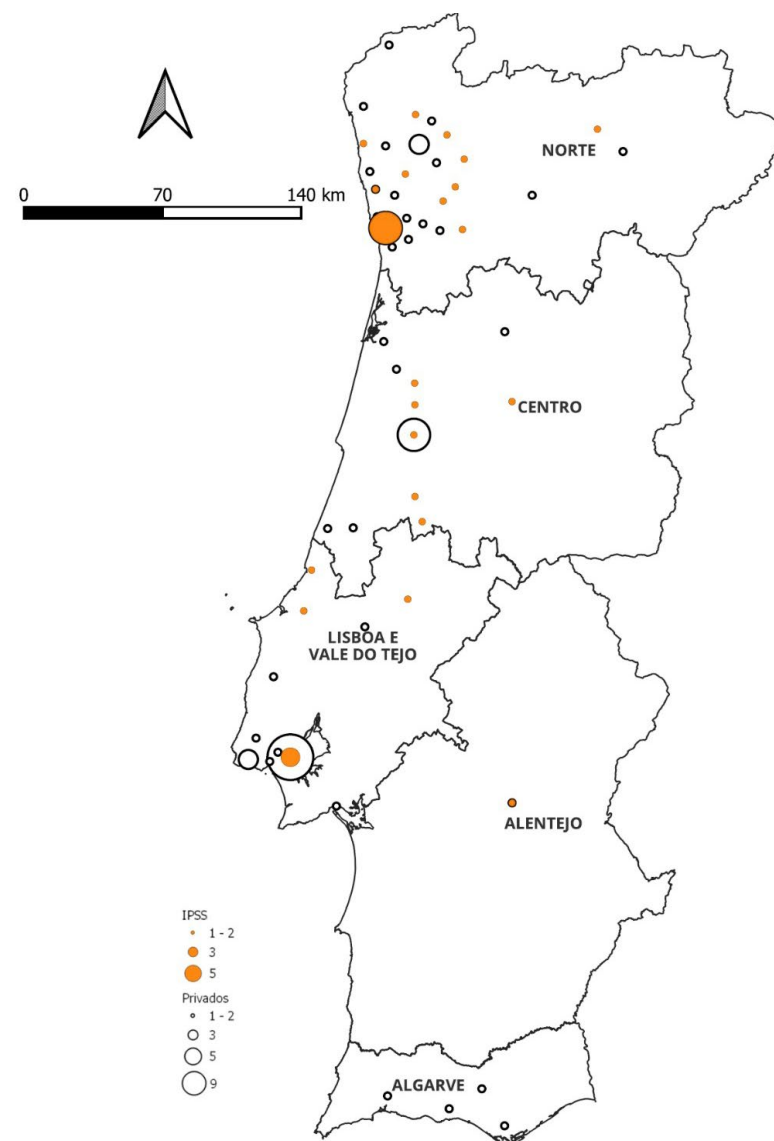
ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



18

Na Figura 1 ilustra-se a localização desses estabelecimentos hospitalares no mapa de Portugal continental, considerando a sua distribuição pelos concelhos.

Figura 1
Localização das
unidades hospitalares
com internamento de
agudos nos concelhos
de Portugal continental
por natureza



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e da Direção-Geral do Território, e recurso ao software QGIS.



Numa ótica de dotação relativa de recursos desta rede hospitalar não pública com internamento de agudos (i.e., face à população residente) e considerando as cinco regiões de saúde, verifica-se, na Tabela 5, que a oferta de profissionais médicos⁽²⁶⁾ nestes estabelecimentos hospitalares é maior na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com uma média de 1,7 médicos por mil habitantes, sendo também esta a região que concentra o maior número de médicos.

Tabela 5
Distribuição regional
da rede hospitalar
não pública com
internamento de
agudos

Região de Saúde	N.º de médicos	N.º de hospitais	Médicos por 1.000 hab.	N.º de Operadores
Norte	5 194	43	1,4	29
Centro	1 974	17	1,2	13
Lisboa e Vale do Tejo	6 529	25	1,7	16
Alentejo	204	2	0,4	2
Algarve	554	5	1,1	4
TOTAL	14 455	92	1,4	57

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e do INE. Dados da população residente do INE referente ao último período disponível à data da recolha (2023), em 9 de outubro de 2024.

Embora a região de saúde do Norte concentre o maior número de estabelecimentos hospitalares, apresenta o segundo maior rácio de médicos por mil habitantes, fixado em 1,4. Destaca-se ainda a região do Alentejo, que regista o rácio mais baixo de médicos por mil habitantes, de 0,4 (vide Tabela 5).

(26) Os números de médicos e outros profissionais de saúde considerados como oferta dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde podem, naturalmente, incluir profissionais que desenvolvem a sua atividade em mais do que um estabelecimento em simultâneo. Para a Tabela 5 e a Figura 2 foram considerados os médicos individuais por região, pelo que não foi excluída a repetição da contagem de um médico, se ele estiver a trabalhar em estabelecimentos localizados em regiões diferentes.



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



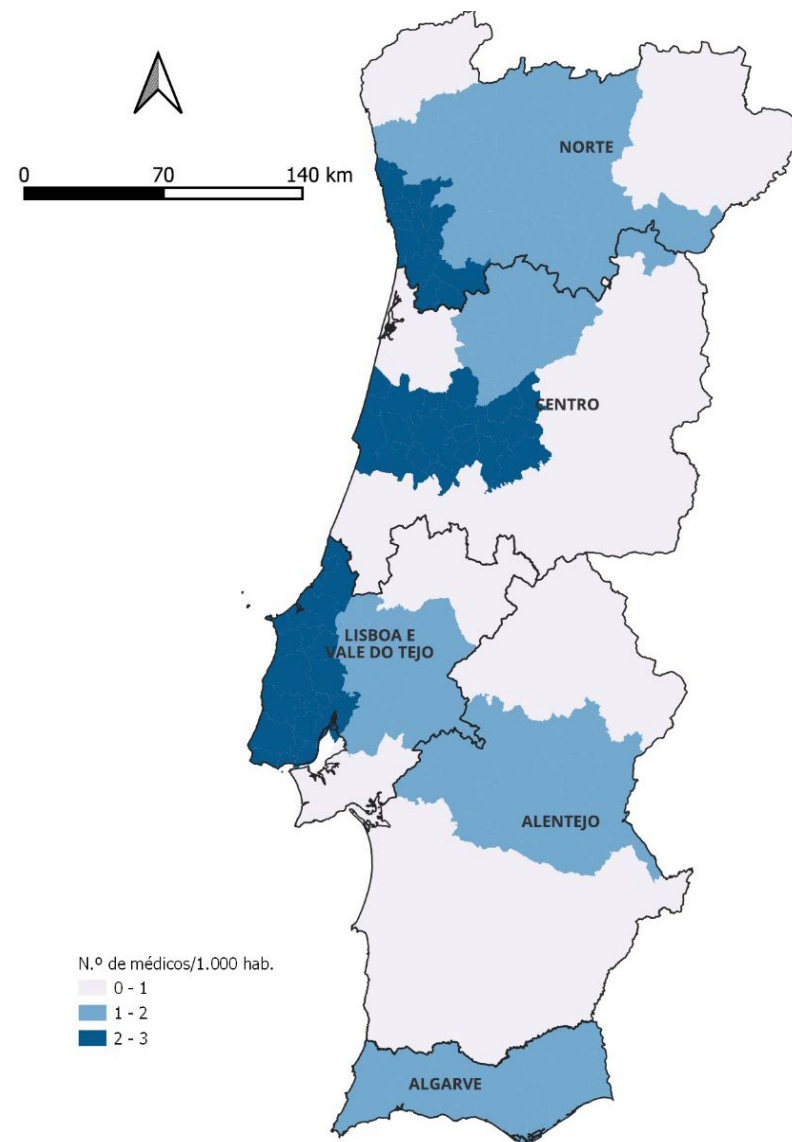
20

A Figura 2 proporciona uma visualização territorial mais detalhada dos rácios de médicos por mil habitantes, com os rácios calculados para as 23 NUTS III de Portugal continental atualmente em vigor (2024).⁽²⁷⁾ Deste modo, é possível identificar, com maior precisão, as áreas com uma maior concentração de médicos em relação à população residente em Portugal continental. Como se observa, as regiões com os rácios mais elevados, entre 2 e 3 médicos por mil habitantes, localizam-se no litoral (correspondendo aos territórios das NUTS III da Grande Lisboa, Região de Coimbra, Oeste e Área Metropolitana do Porto).

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e da Direção-Geral do Território, e recurso ao software QGIS.

⁽²⁷⁾ 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 (2024), *vide* documento do INE, disponível em <https://www.ine.pt> (consultado em 18 de outubro de 2024).

Figura 2
Número de médicos
por mil habitantes por
NUTS III de Portugal
continental





ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



21

Numa ótica de estudo da estrutura dos mercados, com o objetivo de avaliar o contexto em que ocorre a interação concorrencial entre operadores, adota-se o conceito de operador que agrega as várias entidades com relações de capital entre si, na medida em que dessa ligação resulta uma dinâmica de ausência de competição interna em cada conjunto de entidades assim agregadas.⁽²⁸⁾

Esta abordagem é sustentada na noção de empresa, conforme estabelecida para efeitos de aplicação da Lei da Concorrência, designadamente no n.º 2 do artigo 3.º, o qual 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 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”.

Assim, as entidades de natureza privada ou social, que operam no mercado e podem deter um ou mais estabelecimentos, bem como os grupos empresariais que agregam várias entidades sob um só operador económico na perspetiva aqui considerada, são designados no presente estudo por operadores. Cada operador representa um concorrente efetivo no mercado estudado.

Verifica-se, portanto, que a rede de 92 unidades hospitalares de natureza não pública, com internamento de agudos, é detida por 57 operadores distintos.

⁽²⁸⁾ 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 e dos acionistas das entidades que são objeto da avaliação concorrencial. No presente caso, estas entidades correspondem às detentoras dos estabelecimentos hospitalares em Portugal continental.



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



22

3

CONCORRÊNCIA NOS MERCADOS DO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO

3.1 Definição dos mercados relevantes

3.2 Barreiras à entrada nos mercados

3.3 Métodos e critérios de análise da estrutura dos mercados

3.4 Análise da concentração dos mercados

3.5 Análise da evolução da concentração dos mercados



3 | CONCORRÊNCIA NOS MERCADOS DO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO

O presente capítulo centra-se na análise da estrutura dos mercados e na dinâmica concorrencial dela decorrente. 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.⁽²⁹⁾ De facto, dada a influência da

estrutura dos mercados no comportamento dos operadores, pretende-se concluir sobre preocupações concorrenciais associadas a elevados níveis de concentração de mercado e seus possíveis efeitos negativos, como os referidos na Introdução, nomeadamente preços excessivamente elevados e uma redução na qualidade dos serviços.

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 substituíbilidade do lado da procura e da oferta. A substituíbilidade do lado da procura determina que o mercado relevante do produto seja

constituído por todos os produtos e/ou serviços que os consumidores consideram substituíveis, com base nas suas características, preço ou uso pretendido.

Na análise da substituíbilidade 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 de produto, mesmo que, do ponto de vista do consumidor, os diferentes tipos de produtos ou serviços não sejam substituíveis.⁽³⁰⁾

⁽²⁹⁾ 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>, consultado em 18 de outubro de 2024), 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>, consultado em 17 de outubro de 2024).

⁽³⁰⁾ 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 substituíbilidade 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>, consultado em 18 de outubro de 2024).



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



24

A substituíbilidade do lado da oferta é particularmente relevante em setores como o da saúde, onde muitos operadores não se limitam a um único produto ou serviço, apresentando-se como empresas multiproduto que abrangem várias subcategorias de produtos e/ou serviços. Este é o caso, por exemplo, dos estabelecimentos hospitalares, que, em geral, oferecem uma ampla carteira de cuidados de saúde, numa lógica de aproveitamento de economias de gama⁽³¹⁾ e de prestação de cuidados de saúde complementares na satisfação das necessidades dos utentes⁽³²⁾. Normalmente, um hospital oferece uma vasta gama de serviços e/ou produtos, mesmo que sejam específicos e insubstituíveis.

Assim, adota-se uma lógica de mercados em “cluster”, que conduz 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: **1** | 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; **2** | os utentes procuram um conjunto de cuidados de saúde que poderá obter junto de um operador; e **3** | as unidades de um operador complementam-se, atuando de forma coordenada numa lógica de prestação em rede, onde os utentes podem ser referenciados entre as várias unidades para obter o conjunto completo de cuidados de saúde hospitalares de que necessitem.

(31) 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>, consultado em 15 de outubro de 2024).

(32) Um exemplo desta relação de complementaridade começa numa consulta de especialidade médica, em que o diagnóstico é apoiado na realização de exames complementares, resultando na prescrição de uma intervenção terapêutica (por exemplo, cirúrgica), e terminando com a concretização dessa mesma intervenção.

Atendendo a esta definição de mercado relevante do produto, isto é, de cuidados de saúde hospitalares gerais, importa salientar que, além de se considerar a oferta de serviços prestados em estabelecimentos hospitalares, também se inclui a oferta das unidades dos mesmos operadores que, não prestando todos os serviços hospitalares, operam de forma coordenada com os hospitais, numa lógica de prestação em rede. Desta forma, os utentes podem ser referenciados entre as unidades de um único operador, obtendo todo o leque de serviços hospitalares de que necessitem. 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 de delimitação dos operadores no mercado, considerando também a oferta de ambulatório que capta utentes para os hospitais, atuando deste modo de forma integrada com os hospitais.

Concretamente, estão em análise 113 estabelecimentos de ambulatório detidos por 17 dos 57 operadores identificados no setor hospitalar. Estes estabelecimentos localizam-se nas mesmas NUTS III dos estabelecimentos hospitalares com internamento, ou em NUTS III vizinhas.⁽³³⁾ A importância da sua consideração reside, sobretudo, na expansão da capacidade instalada para a prestação de serviços e no aumento da capacidade de atração de utentes, resultante da maior capilaridade da rede de serviços.

(33) Com efeito, foram selecionadas do SRER as 113 unidades sem internamento detidas pelos 17 operadores, com base no critério de proximidade relativa a unidades com internamento do mesmo operador. Sendo assim, foram consideradas apenas as unidades sem internamento que se localizam na mesma NUTS III de uma unidade com internamento do mesmo operador, ou em NUTS III vizinhas.



A Tabela 6 apresenta a distribuição dos 205 pontos de oferta dos prestadores de cuidados de saúde hospitalares pelas regiões de saúde, incluindo os 92 hospitais e as 113 unidades sem internamento.

Tabela 6
Distribuição regional
da rede hospitalar
não pública com e
sem internamento de
agudos

Região de Saúde	Internamento	Ambulatório	Total	%
Norte	43	34	77	38%
Centro	17	22	39	19%
Lisboa e Vale do Tejo	25	40	65	32%
Alentejo	2	1	3	1%
Algarve	5	16	21	10%
TOTAL	92	113	205	100%

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



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO

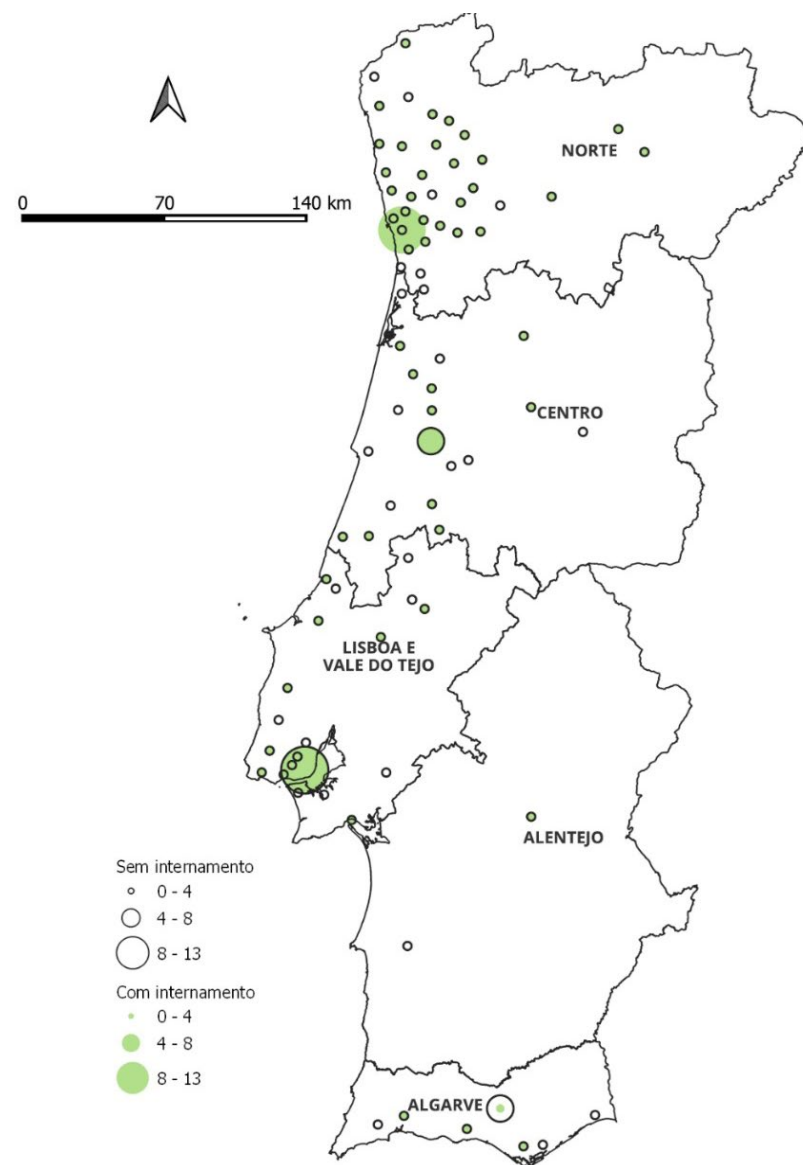


26

Observa-se que a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo concentra o maior número de unidades sem internamento (40), mas a região de saúde do Norte mantém-se com o maior número total de estabelecimentos, com e sem internamento, com 38% dos 205 pontos de oferta. Destaca-se, ainda, a região de saúde do Alentejo, com apenas 1% do número total de estabelecimentos. A Figura 3 permite a visualização da sua distribuição geográfica nos concelhos de Portugal continental.

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e da Direção-Geral do Território, e recurso ao software QGIS

Figura 3
Pontos de oferta
hospitalar não pública
nos concelhos e
regiões de saúde de
Portugal continental:
hospitais e unidades
de ambulatório com
atuação integrada





Mercado geográfico relevante

No que concerne à definição do mercado relevante na sua dimensão geográfica, considera-se a área na qual os operadores atuam na oferta de produtos ou serviços relevantes, sendo caracterizada por condições de concorrência suficientemente homogêneas e distinguível de outras áreas devido às diferenças nas condições de concorrência existentes nestas últimas. O objetivo é definir uma área territorial onde as condições objetivas de concorrência do produto ou serviço relevante sejam similares para todos os operadores económicos. Mercados relevantes geográficos podem ser identificados através de uma análise das características da procura, com o intuito de determinar se os operadores com estabelecimentos localizados em áreas diferentes constituem pontos de oferta alternativos para os consumidores. Tal análise implica a recolha de informações sobre os atuais padrões de compra dos consumidores, bem como a identificação das suas preferências regionais.

Um método que permite identificar as áreas geográficas que refletirão os padrões de compra dos consumidores e as suas preferências é o das áreas de influência, que define a fronteira de cada mercado com base na distância ou no tempo máximo de viagem em estrada que a maioria dos consumidores estará disposta a percorrer até aos pontos de oferta, considerando o transporte na rede viária e as velocidades médias. Assim, as fronteiras das áreas de influência são estabelecidas com base no tempo máximo de viagem que abrange a maioria dos clientes de cada estabelecimento.

No caso em apreço, relativo ao setor hospitalar não público, a ERS tem recorrido a referências de tempos máximos de deslocação. Considerando essas referências e tendo em conta o tipo de mercado em questão, o mercado geográfico relevante tem sido definido com base em áreas de influência de até 90 minutos de viagem, tal como já foi considerado pela ERS⁽³⁴⁾ e pela AdC, por exemplo, na operação de concentração Ccent 56/2023 – CUF/Grupo CMAS: “a AdC tem baseado a sua conclusão quanto ao âmbito geográfico do mercado em considerações do lado da procura, nomeadamente, o tempo de deslocação máximo que o utente está disposto a percorrer para receber um determinado tratamento, i.e., até 30 minutos de deslocação em automóvel para a generalidade dos serviços e até 90 minutos para cirurgias”⁽³⁵⁾.

Não obstante poder considerar-se um tempo de viagem mais reduzido também para cirurgia (por exemplo, 30 minutos), tal opção resultaria em conclusões de menor abrangência territorial, ao pressupor que nenhum utente residente a mais de 30 minutos dos estabelecimentos optaria por recorrer aos cuidados de saúde neles prestados⁽³⁶⁾, dificultando também a comparabilidade com os resultados do estudo anterior, de 2023. Por outro lado, a metodologia adotada para a avaliação concorrencial já incorpora, nas suas fórmulas de cálculo, a preferência dos utentes por estabelecimentos mais próximos (vide secção 3.3).

(34) Disponível em <https://www.ers.pt>.

(35) Vide www.concorrenca.pt/, página consultada em 15 de novembro de 2024.

(36) Neste cenário, tendo em conta os dados de tempos de viagem utilizados, utentes de Santa Maria da Feira, Braga, Aveiro ou Oliveira de Azeméis nunca recorreriam a hospitais do Porto e utentes de Setúbal ou Vila Franca de Xira nunca recorreriam a hospitais de Lisboa.



Deste modo, o mercado geográfico relevante para o presente estudo é definido com base em áreas de influência correspondentes a um tempo de deslocação de até 90 minutos, medido desde os concelhos de residência dos utentes até aos respetivos estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde. A estimativa dos tempos de viagem foi obtida através do cálculo de várias combinações de distâncias entre os centroides (pontos centrais) dos concelhos de origem e de destino, considerando, portanto, a acessibilidade geográfica dos utentes aos serviços de saúde, tendo em conta as infraestruturas rodoviárias que condicionam os tempos de deslocação.⁽³⁷⁾

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 seu tipo de prestação, também de obtenção de licença de funcionamento, ao abrigo do regime jurídico do licenciamento (Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, com as alterações introduzidas pela Retificação n.º 39/2014, de 12 de setembro, pelo Decreto-Lei n.º 125/2019, de 28 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 65/2023, de 7 de agosto). Os estabelecimentos hospitalares estão particularmente dependentes do 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, que estabelece os requisitos mínimos relativos ao licenciamento, instalação, organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das unidades com internamento detidas por pessoas coletivas públicas, instituições militares, instituições particulares de solidariedade social e entidades privadas.

⁽³⁷⁾ Para tal recorreu-se ao software estatístico R, ao Open Source Routing Machine (OSRM) e ao OpenStreetMap.

Naturalmente, os regimes de registo e licenciamento constituem custos de contexto⁽³⁸⁾ para a entrada no mercado dos operadores. Trata-se de uma barreira temporal consubstanciada nos prazos de que a ERS dispõe para validação do registo e decisão do processo de licenciamento.⁽³⁹⁾ A esta barreira temporal juntam-se os custos associados à necessidade de garantir os requisitos físicos e humanos impostos pelas regras do licenciamento.

⁽³⁸⁾ 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>, acedido pela última vez a 17 de outubro de 2024).

⁽³⁹⁾ Concretamente, 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: **1** | 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, **2** | 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 **1** | e um período de 60 dias a contar do pedido de licença nos casos referidos em **2** |.



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



29

Por sua vez, em determinados ramos da atividade, o operador que pretende desenvolver a sua atividade poderá ser obrigado a realizar investimentos decorrentes de uma maior especialização exigida, bem como a cumprir requisitos suplementares aos previstos no processo de licenciamento junto da ERS. Estes requisitos adicionais podem envolver a implementação de infraestruturas específicas, a contratação de profissionais qualificados ou a adoção de determinados equipamentos e tecnologias, de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados. Isto ocorre, por exemplo, no ramo da radiologia, em que subsiste a necessidade de obtenção de licenças específicas, como sejam a licença para funcionamento de instalações radiológicas – Decreto-Lei n.º 108/2018, de 3 de dezembro, na sua atual redação, e Portaria n.º 100/2024/1, de 13 de março – ou a licença de equipamento médico pesado e a sua renovação (Decreto-Lei n.º 95/95, de 9 de maio⁽⁴⁰⁾).

Para além das exigências de licenciamento, existem ainda alguns condicionamentos quanto à instalação de determinados equipamentos, com base em rácios por número de habitantes definidos legalmente, como instituído pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho. Este diploma prevê, por exemplo, a sujeição da autorização da instalação de um equipamento de radioterapia oncológica externa ao rácio de um aparelho por cerca de 250 mil habitantes, salvo em situações onde existam condicionantes de acessibilidade, sejam elas de natureza geográfica ou de outro tipo, que possam impactar a coerência do planeamento dos serviços.

Estes trâmites administrativos, embora garantam a qualidade dos serviços prestados, podem representar um custo significativo e um desincentivo à entrada no mercado, podendo limitar a contestabilidade em regiões onde a concorrência é menos intensa e há posição dominante de operadores existentes.

Um outro fator relevante para a atratividade do mercado hospitalar privado é a existência de contratos com financiadores, como o SNS, subsistemas públicos e privados ou seguros⁽⁴¹⁾, que intermedeiam a relação económica entre prestadores e utentes. Estes contratos são responsáveis por uma parte substancial do financiamento dos hospitais privados.

(40) Prevê-se a publicação de um novo diploma (vide <https://www.portugal.gov.pt/>).

(41) A despesa dos seguros de saúde em percentagem da despesa privada em saúde disponível, em 2019, foi de 10,5% e, em 2023, aumentou para 12% (vide <https://www.ine.pt> e <https://observatoriosegurossaude.pt/>, consultados em 14 de novembro de 2024).



3.3 MÉTODOS E CRITÉRIOS DE ANÁLISE DA ESTRUTURA DOS MERCADOS

A análise da dimensão e da estrutura de um mercado constitui um dos fatores essenciais para avaliar o grau de concorrência nesse mercado. A avaliação concorrencial aqui apresentada baseia-se na medição do grau de concentração dos mercados relevantes, sendo este o principal indicador da eventual existência de poder de mercado por parte dos operadores. Assim, seguindo de perto as orientações da Comissão Europeia sobre esta matéria,⁽⁴²⁾ a análise considerou as quotas de mercado e o Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) como principais indicadores da estrutura dos mercados (vide Quadro 1).

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 dos operadores, representada matematicamente pela fórmula

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

em que:

- N é o número de operadores no mercado; e
- Q_i é a quota de mercado do operador 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 $10.000/N$.

De facto, o estudo das quotas de mercado e do IHH é uma das metodologias mais comuns para medir o grau de concentração dos mercados. Estes indicadores fornecem uma indicação da pressão concorrencial existente, permitindo avaliar a concentração com base nos valores absolutos do IHH.⁽⁴³⁾ Em concreto, de acordo com a Comissão Europeia, um IHH inferior a 1.000 pontos indica uma baixa probabilidade de preocupações concorrenciais de natureza horizontal. Em contrapartida, um IHH superior a 2.000 pontos é indicativo de uma concentração substancial no mercado.

⁽⁴²⁾ “Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas”, vertidas na Comunicação 2004/C 31/03 publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 31, de 5 de fevereiro de 2004 (vide <https://eur-lex.europa.eu>, consultado em 17 de outubro de 2024).

⁽⁴³⁾ Neste sentido vejam-se as referidas orientações da Comissão Europeia. O IHH foi desenvolvido por Hirschman e Herfindahl em 1945 e 1950, respetivamente (Hirschman, A. O. (1964). The Paternity of an Index. The American Economic Review, 54(5), 761; Rhoades, S. A. (1993). The Herfindahl-Hirschman Index. Federal Reserve Bulletin, 79(3), 188-189).



No presente estudo, é adotada a versão estendida do cálculo do IHH, que permite obter resultados com maior nível de detalhe, utilizando unidades geográficas de análise pequenas e considerando as áreas de influência que definem os mercados geográficos (vide Quadro 2).⁽⁴⁴⁾

Quadro 2 – Cálculo do IHH (versão estendida)

$$IHH_i^E = \sum_{G=1}^N \left[\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{max}\}} Q_{G|l} g(d_{il}, d_{max}) \right]^2 ;$$

em que:

- IHH_i^E é a versão estendida do IHH calculada para uma unidade geográfica pequena i (uma área de um concelho, por exemplo);
- G refere-se aos operadores detentores dos estabelecimentos (G=1 é o maior operador, G=2 é o segundo maior operador, e assim por diante, até G=N, que é o operador mais pequeno a concorrer no mercado);
- $\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{max}\}} Q_{G|l} g(d_{il}, d_{max})$ é a quota de mercado do operador G, com as áreas de influência dos seus estabelecimentos localizados em l a abrangerem a unidade geográfica i até um limite de tempo de viagem em estrada d_{max} ; e
- $g(d_{il}, d_{max})$ é uma função de proximidade (quártica), aplicada para conferir maior peso às distâncias mais pequenas e menor peso às distâncias maiores, de forma a refletir o efeito das distâncias na atração dos utentes dentro das áreas de influência.

A principal vantagem desta abordagem é que não se baseia em regiões administrativas maiores e mutuamente exclusivas, como, por exemplo, distritos ou NUTS. De facto, a análise baseada em tais regiões predefinidas apresenta limitações, nomeadamente:

1 | não considera os fluxos de utentes que atravessam as fronteiras dessas regiões, ignorando assim a pressão concorrencial entre prestadores situados em áreas distintas, mesmo que estejam geograficamente próximas;

2 | não deteta variações na concentração de mercado dentro das regiões;

3 | não distingue entre grandes e pequenas distâncias dentro das regiões, pressupondo que essas distâncias e respetivos tempos de deslocação são irrelevantes para os utentes;

4 | está particularmente suscetível ao viés MAUP (*modifiable areal unit problem*), o que implica que os resultados da análise podem ser diretamente influenciados pela escolha das unidades territoriais utilizadas.

⁽⁴⁴⁾ Vide Polzin, P., Borges, J., & Coelho, A. (2016). A decision support method to identify target geographic markets for health care providers. *Papers in Regional Science*, 95(4), 843-863.



A identificação de uma posição potencialmente dominante por parte de um operador num mercado também é importante numa avaliação concorrencial, na medida em que a posição dominante pode resultar em entraves significativos à concorrência efetiva. De acordo com as orientações da Comissão Europeia, “uma quota de mercado especialmente elevada – 50% ou mais – pode, em si mesma, constituir um elemento de prova de existência de uma posição dominante”. Por sua vez, em diversos processos da Comissão concluiu-se que “as concentrações que levam a quotas de mercado situadas entre 40% e 50% e, nalguns casos, inferiores a 40%, conduzem à criação ou reforço de uma posição dominante”.⁽⁴⁵⁾

Neste sentido, o n.º 1 do artigo 11.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio, estabelece que “é proibida a exploração abusiva, por uma ou mais

empresas, de uma posição dominante no mercado nacional ou numa parte substancial deste” e o n.º 4 do artigo 41.º da mesma lei dispõe que não são autorizadas “as concentrações de empresas que sejam suscetíveis de criar entraves significativos à concorrência efetiva no mercado nacional ou numa parte substancial deste, em particular se os entraves resultarem da criação ou do reforço de uma posição dominante”.

Deste modo, um segundo indicador utilizado para avaliar a estrutura concorrencial dos mercados relevantes consiste no cálculo do limite de quota de mercado a partir do qual se determina se o operador com a maior quota num mercado relevante detém uma posição potencialmente dominante (*vide* Quadro 3).⁽⁴⁶⁾

Quadro 3 – Identificação de potencial dominância

$$Q_i^{DE} = \frac{1}{2} \left\{ 1 - \left[\sum_{l \in \{d_l : d_l \leq d_{max}\}} Q_{1l} g(d_{il}, d_{max}) \right]^2 - \left[\sum_{l \in \{d_l : d_l \leq d_{max}\}} Q_{2l} g(d_{il}, d_{max}) \right]^2 \right\};$$

em que:

- Q_i^{DE} é o limite de quota de mercado, a partir do qual o operador de maior quota tem posição potencialmente dominante, calculado para a unidade geográfica i ;
- Q_{1l} refere-se à quota de mercado do operador de maior quota, calculada para a unidade geográfica i ;
- Q_{2l} refere-se à quota de mercado do operador com a segunda maior quota, calculada para a unidade geográfica i ;
- $g(d_{il}, d_{max})$ é a mesma função de proximidade apresentada no quadro 2, com d_{il} a representar a distância em termos de tempo de viagem em estrada da unidade geográfica i até aos estabelecimentos localizados em l e d_{max} o tempo máximo de viagem que define as fronteiras das áreas de influência dos estabelecimentos.

⁽⁴⁶⁾ No âmbito da avaliação do impacto de operações de concentração, a ERS tem recorrido a um critério que resulta da conjugação dos métodos apresentados, em que se considera o IHH superior a 2.000 pontos e a deteção de potencial dominância como condições necessárias para a identificação de potenciais problemas concorrenciais (cf. Polzin, P., Borges, J., & Coelho, A. (2016). A decision support method to identify target geographic markets for health care providers. *Papers in Regional Science*, 95(4), 843-863).

⁽⁴⁵⁾ Vide <https://eur-lex.europa.eu>, consultado em 17 de outubro de 2024



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



33

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 elemento válido para a aferição das posições relativas dos agentes económicos no mercado.⁽⁴⁷⁾

Neste contexto, a ERS tem utilizado, nas suas análises, predominantemente informações referentes à capacidade produtiva dos estabelecimentos, nomeadamente o número de médicos ou o número 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 de prestadores de cuidados de saúde.

⁽⁴⁷⁾ 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 18 de outubro de 2024).

Para o presente estudo, foi adotado o número de médicos como indicador representativo da capacidade produtiva dos estabelecimentos, com vista ao cálculo das quotas de mercado dos operadores. Concretamente, considera-se o número aproximado de médicos equivalentes a tempo completo, por meio de um cálculo que tem por base os registos dos médicos no SRER, em que cada contagem individual de médico é dividida pelo número de estabelecimentos em que o respetivo médico trabalha.⁽⁴⁸⁾

A principal vantagem desta metodologia reside em evitar a contagem múltipla de médicos, que poderia distorcer significativamente as quotas de mercado dos operadores, em especial daqueles que contratam muitos médicos a exercer a sua atividade em vários estabelecimentos.

⁽⁴⁸⁾ O número resultante é uma aproximação, uma vez que se baseia nos seguintes pressupostos: todos os profissionais de saúde em questão trabalham a tempo inteiro e os profissionais que trabalham em dois ou mais estabelecimentos repartem o seu tempo de trabalho nesses estabelecimentos de forma igual.



3.4 ANÁLISE DA CONCENTRAÇÃO 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 potencial dominância e classificados os mercados de acordo com a sua estrutura. A análise engloba os 57 operadores dos 92 hospitais e dos 113 estabelecimentos de ambulatório que atuam de forma integrada com os hospitais, conforme o critério explicado no capítulo 2. Os dados utilizados para a análise foram recolhidos entre setembro e outubro de 2024.⁽⁴⁹⁾

Tendo em consideração as definições de mercado relevante identificadas na secção 3.1, a metodologia apresentada na secção 3.3 e as áreas de influência de 90 minutos dos 205 pontos de oferta de cuidados de saúde hospitalares gerais, foram efetuados os cálculos do IHH e do indicador de potencial dominância nos concelhos de Portugal continental cobertos pelas áreas de influência.⁽⁵⁰⁾

Na Tabela 7 apresentam-se os resultados obtidos dos cálculos do IHH, que são apresentados por região de saúde, incluindo a distribuição em termos percentuais da cobertura dos concelhos e das populações residentes dos resultados correspondentes ao nível de concentração alto, ou seja, com IHH superior a 2.000. É identificado também, para cada região de saúde, o número de operadores concorrentes efetivos nos mercados.

⁽⁴⁹⁾ O universo de prestadores foi identificado com base nos registos do SRER à data de 11 de setembro de 2024. Os registos dos profissionais médicos foram extraídos a 2 de outubro de 2024.

⁽⁵⁰⁾ Note-se que o ajustamento decorrente da aplicação da função de proximidade foi realizado apenas para tempos de viagem entre 10 e 90 minutos, considerando que, até aos 10 minutos de viagem, não haverá barreiras de mobilidade que possam afetar a deslocação dos utentes e será indiferente para o utente a escolha do ponto de oferta em termos de distância a percorrer (*vide* Polzin, P., Borges, J., & Coelho, A. (2016). A decision support method to identify target geographic markets for health care providers. *Papers in Regional Science*, 95(4), 843-863.).



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



Tabela 7
Níveis de concentração
medidos pelo IHH

Região de Saúde	N.º de Operadores	N.º de concelhos			% concelhos cobertos com nível de concentração alto	% população coberta com nível de concentração alto
		Nível de concentração				
		Médio	Alto (IHH > 2.000)			
		1.000 ≤ IHH ≤ 2.000	2.000 < IHH < 10.000	IHH = 10.000		
Norte	29	52	28	3	36%	10%
Centro	14	21	52	3	71%	68%
Lisboa e Vale do Tejo	17	0	52	0	100%	100%
Alentejo	3	0	36	4	85%	86%
Algarve	4	0	16	0	100%	100%
Portugal Continental	57	73	184	10	70%	61%

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

Constata-se que 61% da população de Portugal continental, residente em 194 concelhos (70% dos concelhos de Portugal continental), tem acesso a cuidados de saúde hospitalares em mercados substancialmente concentrados.

Importa salientar que não se verifica, em nenhum concelho, um IHH inferior a 1.000, sendo todos os valores registados superiores a esse limiar.⁽⁵¹⁾ Além disso, sublinha-se que, nas regiões de saúde de Lisboa

e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, os IHH registados em cada um dos concelhos correspondem exclusivamente a um nível de concentração alto, acima de 2.000. Por sua vez, situações de monopólio (IHH igual a 10.000), em que apenas um operador está disponível para os utentes no mercado geográfico relevante (considerado como até 90 minutos de viagem por estrada), são observadas nas regiões de saúde do Norte, do Centro e do Alentejo (vide Tabela 7).

(51) O IHH mínimo, de 1.167, é registado no concelho da Póvoa de Lanhoso, no distrito de Braga, na região de saúde do Norte.



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO

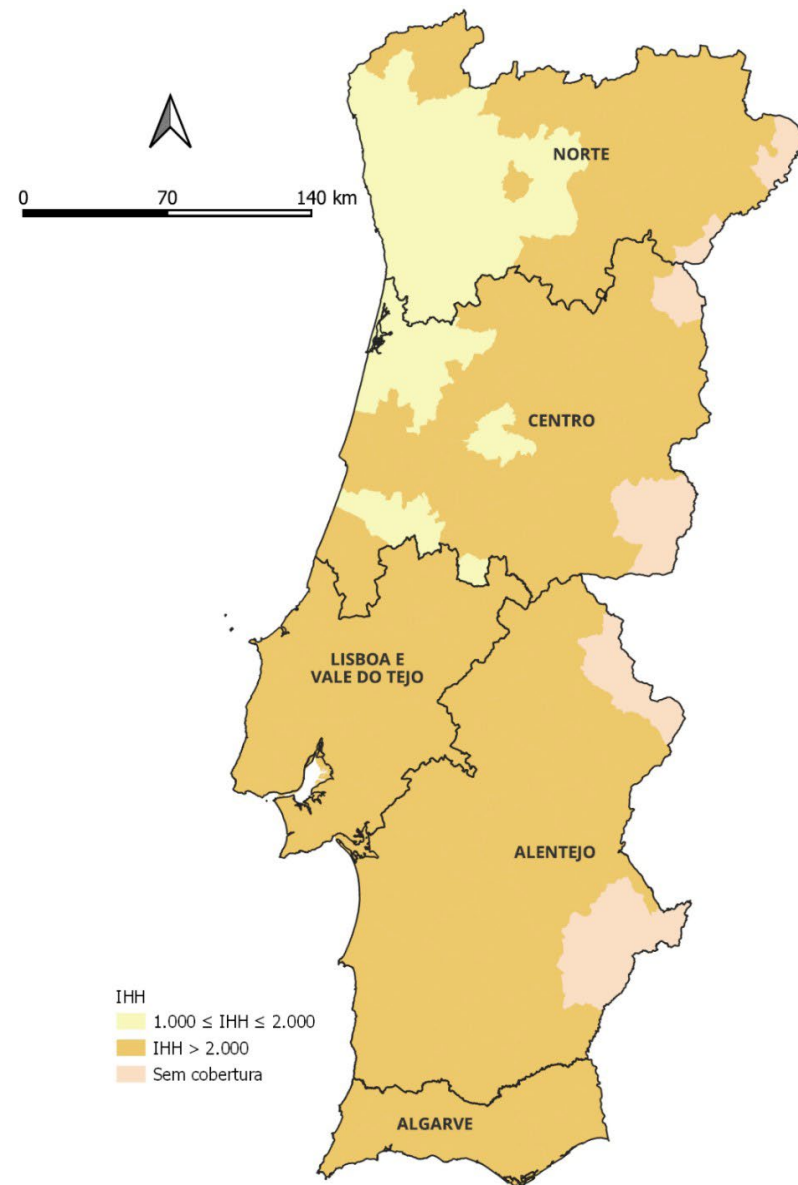


36

Deve-se igualmente notar que, nas regiões de saúde do Alentejo, Norte e Centro, não se regista uma cobertura total da população residente por pontos de oferta hospitalar não pública, uma vez que as áreas de influência dos estabelecimentos, definidos como até 90 minutos de viagem, não abrangem toda a população e os respetivos concelhos de residência. Em concreto, foram identificados 11 os concelhos não incluídos nas áreas de influência: sete na região de saúde do Alentejo, dois na região de saúde do Norte e dois na região de saúde do Centro. Assim, esses concelhos não estão integrados nos mercados relevantes definidos e, consequentemente, não lhes é atribuído qualquer valor de IHH. Considera-se que os utentes residentes nesses concelhos recorrem exclusivamente a hospitais do SNS, não constituindo, assim, um mercado para os prestadores de cuidados de saúde hospitalares não públicos (Figura 4).

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e da Direção-Geral do Território, e recurso ao software QGIS. IHH > 2.000 representa o nível de concentração alto; $1.000 \leq \text{IHH} \leq 2.000$ representa o nível de concentração médio.

Figura 4
Níveis de concentração
medidos pelo IHH por
concelho e região de
saúde





ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



Reconhece-se que, na prática, parte dos utentes residentes nos 11 concelhos que não são abrangidos pelas áreas de influência de 90 minutos poderia recorrer a prestadores de cuidados de saúde não públicos em Portugal continental, apesar da barreira imposta pela distância. Contudo, tendo em conta que **1** | a distância constitui efetivamente uma barreira significativa para os utentes **2** | o número de concelhos em questão é reduzido e **3** | a população residente nesses concelhos representa uma fração diminuta da população total de Portugal continental (0,9%), não se justifica um alargamento dos mercados geográficos relevantes nas respetivas regiões.

Além disso, se os mercados geográficos relevantes fossem expandidos de modo a incluir esses concelhos, os resultados permaneceriam representativos de um elevado nível de concentração, semelhante ao registado nos concelhos vizinhos que estão cobertos pelas áreas de influência de 90 minutos, uma vez que os concorrentes efetivos seriam, em grande medida, os mesmos, embora localizados a uma maior distância.

Admite-se, ainda, a possibilidade de que os pontos de oferta de prestadores não públicos localizados em Espanha possam constituir uma alternativa para os utentes residentes nos concelhos não abrangidos pelas áreas de influência de 90 minutos dos estabelecimentos em Portugal, dado que esses concelhos se situam nas proximidades da fronteira com o país vizinho (*vide* Figura 4). Contudo, considerando que a ausência de cobertura reflete a inexistência de exploração do mercado por parte dos prestadores de cuidados de saúde hospitalares localizados em Portugal continental, os resultados da análise não se alteram.



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



Na Tabela 8 e na Figura 5 encontram-se os resultados da análise à posição potencialmente dominante por parte de um operador, resultante da aplicação do método apresentado no Quadro 3 da secção anterior.

Tabela 8
Identificação de
posição dominante

Região de Saúde	N.º de operadores	N.º de concelhos		% concelhos cobertos com posição dominante	% população coberta com posição dominante
		Posição dominante			
		Não	Sim		
Norte	29	67	16	19%	4%
Centro	14	48	28	36%	27%
Lisboa e Vale do Tejo	17	38	14	27%	6%
Alentejo	3	7	33	70%	66%
Algarve	4	3	13	81%	76%
Portugal Continental	57	163	104	37%	15%

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



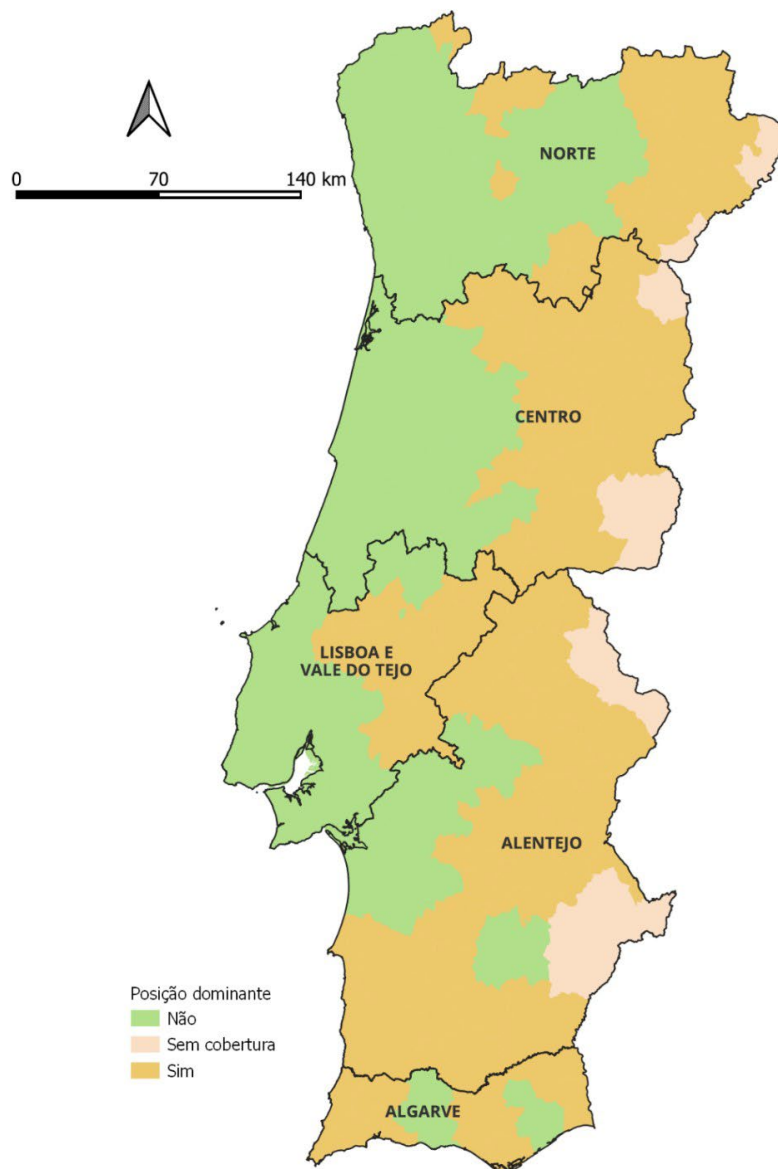
ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



Figura 5

Identificação de
posição dominante por
concelho e região de
saúde



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e da Direção-Geral do Território, e recurso ao software QGIS.

Finalmente, ao considerar em conjunto os resultados dos níveis de concentração de mercado e os resultados da identificação de posição potencialmente dominante, verifica-se que todas as regiões onde é identificada uma potencial dominância por parte de um operador são também regiões com um nível de concentração elevado (104 dos 194 concelhos com concentração elevada), pelo que são estas as regiões mais suscetíveis de apresentar problemas concorrenciais.

As regiões que apresentam maiores preocupações em termos concorrenciais nos mercados de prestação de cuidados de saúde hospitalares não públicos localizam-se nas regiões de saúde do Alentejo e do Algarve (Figura 5), considerando a potencial dominância identificada em maior percentagem de concelhos, e que afeta maior percentagem de população. Enquanto em 37% dos concelhos de Portugal continental foram identificadas situações de potencial dominância do mercado, representando 15% da população total, nas regiões de saúde do Algarve e do Alentejo, 81% e 70% dos concelhos, respetivamente, apresentam resultados que poderão suscitar preocupações concorrenciais, abrangendo 76% e 66% das suas populações (vide Tabela 8).



3.5 ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DA CONCENTRAÇÃO DOS MERCADOS

Nesta secção, procede-se a uma comparação entre os resultados do presente estudo e os dados do “Estudo sobre a concorrência no setor hospitalar não público”, publicado em agosto de 2023, com o objetivo de avaliar a evolução da concentração dos mercados.⁽⁵²⁾

O estudo de 2023 identificou 57 operadores a competir nos mercados de cuidados de saúde hospitalares não públicos, operando com 94 hospitais e 124 unidades de ambulatório. As principais conclusões desse estudo, com base nos níveis de concentração de mercado nos concelhos de Portugal continental, podem ser resumidas como segue:

1 | Cerca de 20% da população residente em Portugal continental vivia em 133 concelhos associados ao nível de concentração alto;

2 | Em 88 dos 133 concelhos com elevada concentração de mercado, atuavam operadores com uma posição potencialmente dominante, abrangendo 11% da população de Portugal continental.

A comparação entre o estudo de 2023 e o atual evidencia o seguinte:

1 | O número de pontos de oferta reduziu-se de 218 para 205 (menos dois hospitais e menos 11 unidades de ambulatório), apesar de o número de operadores se manter.

2 | Em 2023, 20% da população residente em Portugal continental residia em regiões com uma elevada concentração de mercado; em 2024, essa percentagem aumentou para 61%.

3 | Em 2023, 133 concelhos apresentavam elevada concentração de mercado, tendo sido identificados 194 concelhos com concentração elevada em 2024;

4 | Em 2023, a dominância potencial foi verificada em 88 concelhos, correspondendo a 11% da população; em 2024, este número subiu para 104 concelhos, abrangendo 15% da população residente.

5 | De um modo geral, as medianas dos IHH registaram aumentos, destacando-se:

a | A mediana do IHH aumentou em quatro das cinco regiões de saúde, resultando numa alteração do nível de concentração de médio para alto na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo;

(52) O estudo de 2023 está disponível em <https://www.ers.pt>.



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



b | A mediana global do IHH para Portugal continental também aumentou, refletindo igualmente uma mudança do nível de concentração de médio para alto (de 1.965 para 2.299, cf. Tabela 9).

Tabela 9

Evolução da concentração
dos mercados de cuidados
de saúde hospitalares não
públicos entre 2023 e 2024

Região de Saúde	Medianas dos IHH		N.º de concelhos			% concelhos cobertos com agravamento da situação concorrencial ⁽⁵³⁾	% população coberta com agravamento da situação concorrencial ⁽⁵⁴⁾
	Preocupações concorrenciais, mudança de 2023 para 2024						
	2023	2024	Var.	Melhoria	Agravamento		
Norte	1 198	1 432	19%	1	4	5%	2%
Centro	2 051	2 170	6%	1	5	6%	8%
Lisboa e Vale do Tejo	1 856	2 290	23%	0	11	21%	6%
Alentejo	7 011	5 030	-28%	2	6	13%	9%
Algarve	3 721	3 843	3%	1	4	25%	41%
Portugal Continental	1 965	2 299	17%	5	30	11%	7%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER, do INE, do Google Maps e do OpenStreetMap.

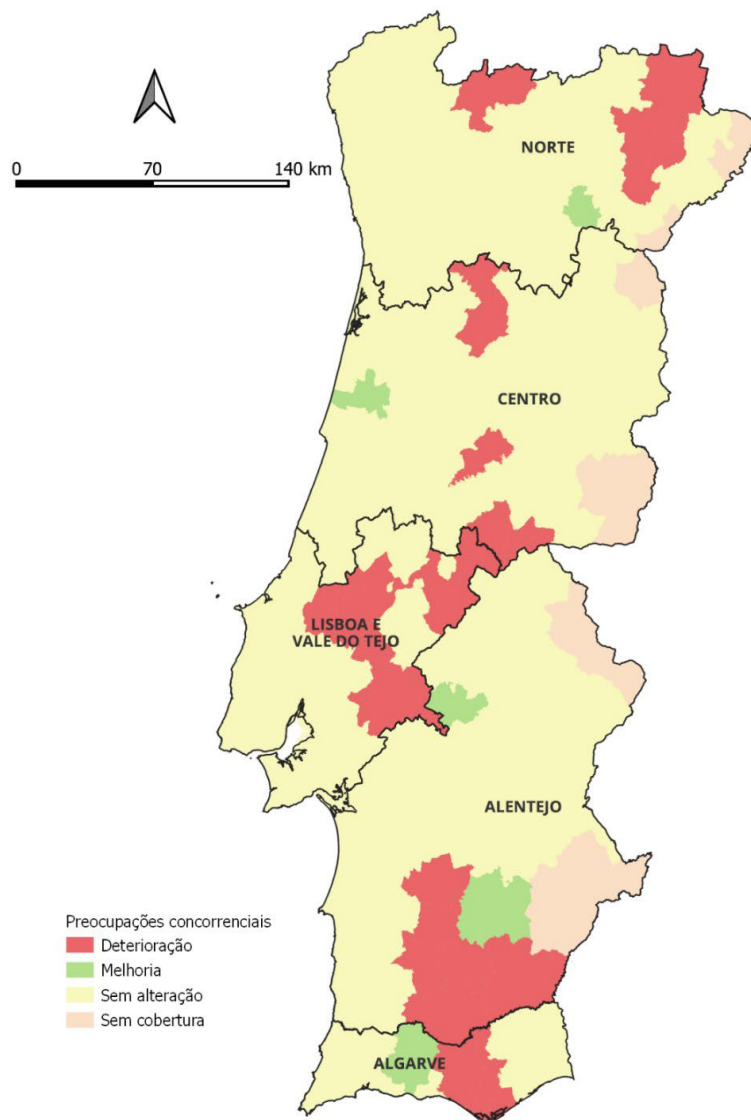
(53) Concelhos que passaram a apresentar, cumulativamente, índices de concentração elevados com situação de potencial dominância do maior operador.

(54) População residente nos concelhos que passaram a apresentar, cumulativamente, índices de concentração elevados com situação de potencial dominância do maior operador.



6 | Verificou-se um agravamento nos resultados que combinam um nível de concentração elevado com a identificação de dominância potencial, com um maior número de concelhos em Portugal continental a apresentarem este padrão, indiciando preocupações concorrenciais. Conforme demonstrado na Tabela 9 e na Figura 6, este agravamento da situação concorrencial ocorreu nas cinco regiões de saúde, abrangendo 30 concelhos (11% dos concelhos), onde reside 7% da população de Portugal continental.

Figura 6
Evolução da
concentração dos
mercados de cuidados
de saúde hospitalares



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e da Direção-Geral do Território, e recurso ao software QGIS.

É importante salientar que as diferenças entre 2023 e 2024 são significativas, tendo-se confirmado a existência de evidência estatística da diferença entre as medianas dos IHH⁽⁵⁵⁾.

(55) Foi aplicado o teste estatístico de Wilcoxon (Mann-Whitney), realizado no *software* R, após a constatação de que a diferença entre os dois conjuntos de IHH seguia uma distribuição não normal (via teste de Kolmogorov-Smirnov) e simétrica (via teste para inferência de simetria).



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



43

4 | CONCLUSÕES



4 | CONCLUSÕES

Em Portugal, verifica-se há mais de uma década um crescimento significativo da importância do setor hospitalar privado no sistema de saúde, o que se reflete no aumento da despesa neste setor, que, em 2022, representou aproximadamente 10% de toda a despesa corrente em saúde.

A despesa corrente em saúde nos hospitais privados é cada vez mais suportada por pagamentos diretos das famílias, tendo-se registado um crescimento médio anual de 9,2% desses pagamentos entre 2014 e 2022, tendo representado, em 2022, cerca de metade da despesa corrente em saúde nos hospitais privados.

Foram identificados, em setembro de 2024, com base nos dados do SRER da ERS, 57 operadores que detêm 92 hospitais e 113 unidades de ambulatório, que complementam a sua oferta hospitalar, num total de 205 estabelecimentos considerados no presente estudo.

Globalmente, conclui-se que os mercados regionais apresentam graus de concentração elevados, não se tendo identificado qualquer resultado de baixa concentração de mercado. Em alguns casos, foram detetados operadores com posição potencialmente dominante, assim como situações de monopólio.

Os principais resultados podem ser sintetizados da seguinte forma:

- 1 |** Em nenhuma das regiões foi registado um nível de concentração baixo.
- 2 |** Cerca de 61% da população residente em Portugal continental reside em 194 concelhos que estão associados ao nível de concentração alto, conforme os parâmetros da Comissão Europeia.
- 3 |** Em todas as cinco regiões de saúde, a maioria da população reside em concelhos com elevada concentração de mercado.
- 4 |** Em 104 dos 194 concelhos com elevada concentração, há operadores com posição potencialmente dominante, abrangendo 15% da população de Portugal continental.
- 5 |** A potencial dominância é mais frequente nas regiões de saúde do Alentejo e do Algarve.



ESTUDO
NOVEMBRO DE
2024

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO
SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO



Comparando os resultados com o estudo de 2023, observa-se o seguinte:

1 | Entre 2023 e 2024, o número de pontos de oferta reduziu-se de 218 para 205, não obstante ter-se mantido o número de operadores.

2 | Em 2023, 20% da população vivia em 133 concelhos com elevada concentração; em 2024, essa percentagem subiu para 61%, abrangendo 194 concelhos.

3 | Em 2023, a dominância potencial foi identificada em 88 concelhos (11% da população); em 2024, este número aumentou para 104 concelhos (15% da população).

4 | As medianas dos IHH registaram aumentos gerais, nomeadamente:

a | A mediana do IHH aumentou em quatro das cinco regiões de saúde, resultando numa alteração do nível de concentração de médio para alto na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo;

b | A mediana global do IHH para Portugal continental também aumentou, refletindo uma mudança do nível de concentração de médio para alto (de 1.965 para 2.299).

5 | Houve um agravamento no número de concelhos que combinam uma elevada concentração de mercado com situação de potencial dominância, afetando 30 concelhos (11% do total) nas cinco regiões de saúde, onde reside 7% da população de Portugal continental.

As conclusões deste estudo proporcionam uma melhor perceção da situação concorrencial e da concentração no mercado dos cuidados de saúde hospitalares não públicos de Portugal continental, permitindo a identificação de regiões que suscitam maior preocupação a nível concorrencial. A ERS continuará a monitorizar este mercado, bem como a eventual ocorrência de efeitos negativos que possam advir da elevada concentração e de eventuais abusos de posição dominante, especialmente em termos de acesso e qualidade dos cuidados prestados.



ERS

ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE

20

A N O S

Rua S. João de Brito, 621 L32

4100-455 Porto

tlf. 222 092 350 | fax: 222 092 351

geral@ers.pt | www.ers.pt