

**ERS**



## ESTUDOS

NOVEMBRO DE 2025

---

### **ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO – 2025**



## Ficha Técnica

**Título:** Estudo sobre a concorrência no setor hospitalar não público – 2025

**Editor:** Entidade Reguladora da Saúde  
Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 Porto  
e-mail: [geral@ers.pt](mailto:geral@ers.pt) | telef.: 222 092 350 | fax: 222 092 351 | *website:*  
[www.ers.pt](http://www.ers.pt)

**Elaborado por:** Departamento de Estudos e Avaliação em Saúde

**Data:** Novembro de 2025

**Versão atualizada em:** 2025

**Aprovado pelo Conselho de Administração em** 05/11/2025



## Índice

1.	Introdução.....	6
2.	Descrição da oferta do setor hospitalar não público.....	14
3.	Concorrência nos mercados do setor hospitalar não público .....	20
3.1.	Definição dos mercados relevantes .....	20
3.2.	Barreiras à entrada nos mercados.....	26
3.3.	Métodos e critérios de análise da estrutura dos mercados .....	28
3.4.	Análise da concentração dos mercados .....	32
3.5.	Análise da evolução da concentração dos mercados .....	38
4.	Conclusões.....	42



## Índice de 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 Registos de Estabelecimentos Regulados



---

## Sumário executivo

O presente estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) analisa a evolução e a estrutura do setor hospitalar não público em Portugal, com enfoque na sua dimensão concorrencial.

O setor hospitalar privado tem registado um crescimento significativo na última década, representando 11% da despesa corrente em saúde em 2023, com um aumento de cerca de 1.050 milhões de euros desde 2015.

O financiamento dos hospitais privados assenta sobretudo em pagamentos diretos das famílias e em seguros de saúde, que já representam cerca de 33% da despesa corrente em saúde em 2024.

Entre setembro de 2015 e setembro de 2025, a ERS emitiu 33 pareceres de avaliação concorrencial a pedido da Autoridade da Concorrência, dos quais 17 incidiram sobre operadores hospitalares privados.

Verifica-se elevada concentração do setor, com 59% da população residente em concelhos inseridos em mercados altamente concentrados (IHH > 2000). Foram identificadas situações de monopólio em alguns territórios, em que apenas um operador assegura a oferta hospitalar não pública.

A análise comparativa com os resultados de 2024 evidencia uma tendência agregada de crescimento da concentração, especialmente nas NUTS II do Oeste e Vale do Tejo e da Grande Lisboa.

O estudo conclui que, embora nem sempre se verifiquem necessariamente impactos concorrenciais negativos imediatos, a situação observada em determinadas regiões poderá influenciar a negociação de convenções e reduzir a diversidade de opções disponíveis para os utentes. A monitorização contínua da concorrência é, portanto, determinante para assegurar mercados eficientes, prevenir práticas restritivas e promover acesso e qualidade na prestação de cuidados.



---

## 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<sup>1</sup> e a obtenção da respetiva licença de funcionamento, nos termos do regime jurídico aplicável ao licenciamento<sup>2</sup>. Assim, as entidades responsáveis devem assegurar o registo prévio ao início da atividade, bem como a sua atualização no Sistema de Registo de Estabelecimentos da ERS (SRER), garantindo ainda o cumprimento dos requisitos mínimos exigidos. Estes requisitos, cuja verificação compete à ERS, abrangem a organização e o funcionamento das unidades, as instalações técnicas e os recursos humanos. São de cumprimento obrigatório, em particular, nas unidades com internamento.<sup>3</sup>

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 Estatutos da ERS, 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 a sua 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.<sup>4</sup>

---

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

<sup>2</sup> Regime aprovado pelo Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto.

<sup>3</sup> Cf. Portaria n.º 90/2024/1, de 11 de março.

<sup>4</sup> Vide Lei n.º 19/2012, de 8 de maio.



Em Portugal, tem-se verificado, há mais de uma década, um crescimento expressivo da importância do setor hospitalar privado no sistema de saúde, refletido no aumento da despesa neste segmento. De acordo com os dados mais recentes da Conta Satélite da Saúde, publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE), a despesa corrente em saúde nos hospitais de natureza privada<sup>5</sup> alcançou 2.905 milhões de euros<sup>6</sup> em 2023, representando aproximadamente 11% de toda a despesa corrente em saúde. Este valor supera a média de 8,5% registada entre o início do milénio e 2022.

A Tabela 1 apresenta a evolução da despesa corrente em saúde total e nos hospitais nos últimos dez anos, evidenciando o crescimento médio de 6,2% da despesa em hospitais privados no período em análise. Entre 2015 e 2023, este crescimento traduziu-se num acréscimo de cerca de 1.050 milhões de euros.<sup>7</sup>

**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.
<b>Tx. cresc. Média anual</b>	<b>6,4%</b>	<b>6,9%</b>	<b>7,3%</b>		<b>6,2%</b>	

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

<sup>5</sup> Hospitais de natureza privada com fins lucrativos e de natureza social.

<sup>6</sup> Dados provisórios disponíveis em <https://www.ine.pt> (página consultada em 22 de setembro de 2025).

<sup>7</sup> INE (2025). Conta Satélite da Saúde. Fonte consultada em 22 de setembro de 2025 (disponível em <https://www.ine.pt>).



Tendo em conta a despesa corrente em saúde total por agentes financiadores, observa-se, na Tabela 2, que os pagamentos diretos das famílias<sup>8</sup> e o financiamento por sociedades de seguros<sup>9</sup> registaram um aumento substancial, representando cerca de 33% do total da despesa corrente em saúde em 2024.

**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%
<b>Tx. cresc. Média anual</b>	<b>6,4%</b>	<b>6,0%</b>		<b>11,6%</b>	

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 cerca de 37% da despesa corrente em saúde nos hospitais privados, valor que corresponde à média anual registada desde 2015.

<sup>8</sup> Os pagamentos diretos das famílias referem-se à despesa em saúde que é suportada diretamente pelos cidadãos.

<sup>9</sup> 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)**

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.
<b>Tx. cresc. Média anual</b>	<b>6,9%</b>	<b>6,3%</b>	

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

Paralelamente ao incremento da importância 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 n.º 19/2012, de 8 de maio – Lei da Concorrência –, são objeto de apreciação prévia por parte daquela Autoridade. Nos casos em que o mercado em questão esteja sujeito a 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 setembro de 2015 e setembro de 2025, a ERS emitiu 33 pareceres de avaliação concorrencial ao abrigo deste artigo, dos quais 17 envolveram operadores do setor hospitalar privado.<sup>10</sup>

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

<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup> 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<sup>12</sup>.

A relevância da avaliação concorrencial decorre da evidência de que a concorrência está associada, 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.<sup>13,14,15,16,17,18,19,20,21</sup>

---

<sup>11</sup> No que se refere às operações de concentração horizontal, a ERS referiu a existência de alguma preocupação em termos concorrenciais em cinco pareceres.

<sup>12</sup> Em termos genéricos, CUF, Luz Saúde, Lusíadas e Trofa Saúde.

<sup>13</sup> 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).

<sup>14</sup> Competition Commission (2013). *Guidelines for market investigations: Their role, procedures, assessment and remedies*.

<sup>15</sup> 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).

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> OECD (2019). *Competition Assessment Toolkit - Volume I: Principles*. <http://www.oecd.org> (consultado em 23 de setembro de 2025).

<sup>19</sup> OECD (2012). *Policy Roundtables - Competition in Hospital Services*. <http://www.oecd.org> (consultado em 23 de setembro de 2025).

<sup>20</sup> OFT (2007). *Completing competition assessments in impact assessments*. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk> (consultado em 23 de setembro de 2025).

<sup>21</sup> EU (2024). *Protecting competition in a changing world*. <https://competition-policy.ec.europa.eu> (consultado em 23 de setembro de 2025).



Neste contexto, 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), 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 das regiões com maior concentração de mercado ou dominância por determinados operadores. Esta análise, sustentada no cálculo de quotas de mercado e de índices de concentração, constitui o principal objetivo do presente estudo.

Cumprir 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.

Com efeito, o acesso aos serviços públicos e privados segue lógicas distintas. No SNS, os fluxos de utentes decorrem, em grande medida, da referenciação proveniente da rede pública de cuidados de saúde primários. Nos estabelecimentos hospitalares privados, o acesso realiza-se diretamente, sendo financiado através de múltiplos canais, como seguros de saúde, subsistemas de saúde ou pagamentos diretos dos indivíduos.

Embora os hospitais do SNS também recebam utentes ao abrigo de outros financiadores que não o próprio SNS, tal realidade tem expressão residual. Já nos hospitais não públicos, o acesso de utentes com cobertura do SNS limita-se a um conjunto restrito de cuidados de saúde, conforme definido em acordos ou convenções celebradas entre os prestadores e o Estado.

A própria necessidade de o Estado recorrer a tais procedimentos de contratação para assegurar a prestação de cuidados de saúde privados ao abrigo da cobertura do SNS, como complemento à prestação na rede pública, demonstra a separação existente entre os mercados público e privado. 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 assentaria-se na liberdade de escolha dos utentes, não restrita a acordos formais 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 inclui a oferta pública, o que se afigura pertinente, dado que níveis elevados de concentração podem influenciar negativamente as condições contratuais negociadas com o SNS. Em regiões com elevada concentração, os prestadores não públicos podem assumir uma posição negocial mais favorável e alcançar condições contratuais mais vantajosas, nomeadamente preços mais elevados para a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS.

Note-se ainda que o regime jurídico das convenções prevê a realização de avaliações concorrenciais previamente à definição da modalidade de contratação, a qual pode assumir a forma de convenção específica ou de adesão a um clausulado tipo previamente publicado. De acordo com o 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.”.<sup>22</sup> Assim, em mercados com maior concorrência, é possível aproveitar essa dinâmica para fixar preços mais baixos, através da contratação por convenção específica.

Outro argumento a favor da separação entre os mercados público e privado resulta 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 ao do SNS ou a aplicação da tendencial gratuitidade prevista na Base 20 da Lei de

---

<sup>22</sup> Foram já elaborados pela ERS 41 pareceres em resposta a solicitações ao abrigo deste artigo do regime jurídico das convenções, entre 2013 e 2025.



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.

O presente estudo encontra-se organizado em três capítulos: o capítulo 2 apresenta a caracterização da oferta do setor hospitalar não público. O capítulo 3 procede à análise concorrencial dos respetivos mercados, incluindo uma comparação com os resultados do Estudo sobre a Concorrência no Setor Hospitalar Não Público de 2024.<sup>23</sup> Por último, o capítulo 4 apresenta as conclusões finais.

---

<sup>23</sup> Estudo disponível em <https://www.ers.pt>.



## 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, tendo por base os registos no SRER. Existem em Portugal continental 95 hospitais não públicos, sendo 64 deles de natureza privada (67%) e 31 do setor social (33%).<sup>24</sup> A Tabela 4 apresenta a distribuição dos estabelecimentos por natureza da entidade detentora do estabelecimento e por NUTS II<sup>25</sup>.

**Tabela 4 - Hospitais por natureza da entidade detentora do estabelecimento e NUTS II**

NUTS II	N.º de hospitais			%
	Setor privado	Setor social	Total	
Norte	27	16	43	45%
Centro	11	6	17	18%
Oeste e Vale do Tejo	3	3	6	6%
Grande Lisboa	14	5	19	20%
Península de Setúbal	2	0	2	2%
Alentejo	2	1	3	3%
Algarve	5	0	5	5%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>31</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>

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

<sup>24</sup> A identificação deste universo de prestadores partiu de dados extraídos do SRER da ERS entre 30 de julho e 11 de agosto de 2025, tanto do registo dos estabelecimentos como das licenças de funcionamento. Os estabelecimentos do setor social incluem as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

<sup>25</sup> 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> (consultado em 17 de setembro de 2025).

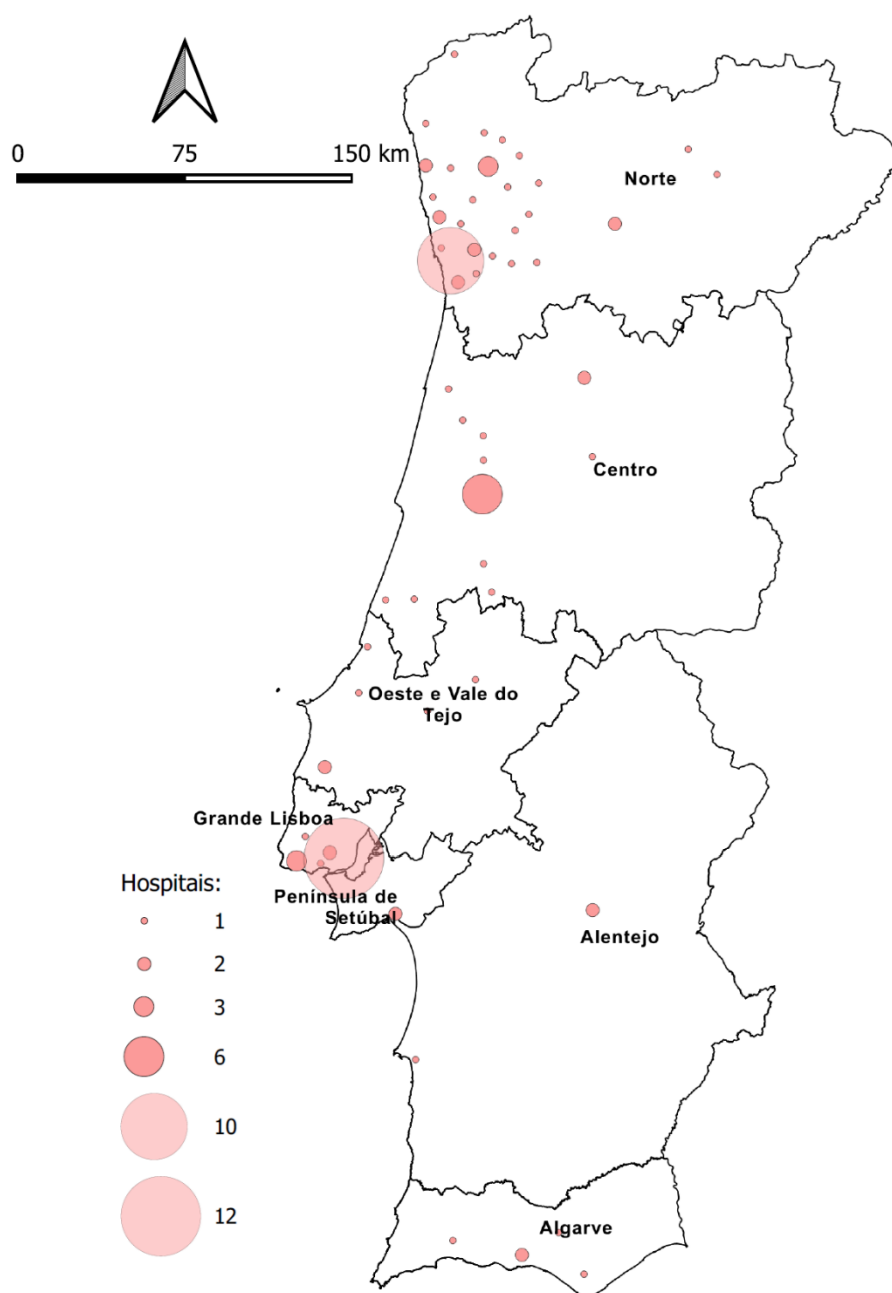


Observa-se, por um lado, uma concentração maior de estabelecimentos hospitalares na NUTS II do Norte (45%), sendo esta a região com o maior número de estabelecimentos de natureza privada e também social. As NUTS II Norte, da Grande Lisboa e do Centro concentram cerca de 83% dos hospitais. Por outro lado, observa-se uma oferta diminuta nas NUTS II do Alentejo (3%) e da Península de Setúbal (2%).

Na Figura 1 ilustra-se a localização desses estabelecimentos hospitalares no mapa de Portugal continental, considerando a sua distribuição pelos concelhos na área geográfica de cada NUTS II.

A maior densidade de hospitais não públicos está localizada na NUTS II da Grande Lisboa, com destaque para os núcleos urbanos, onde o número de unidades atinge os valores mais elevados. Também se observa uma concentração significativa no Centro e em algumas áreas do Norte, embora com menor intensidade.

No Norte, apesar de existir alguma dispersão de unidades, a concentração máxima por concelho é menor do que na NUTS II da Grande Lisboa, indicando uma oferta hospitalar privada mais distribuída e menos centralizada.



**Figura 1 - Localização dos hospitais não públicos 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.

Numa ótica de dotação relativa de recursos desta rede hospitalar não pública (i.e., face à população residente) e considerando as sete NUTS II, verifica-se, na

Tabela 5, que a oferta de profissionais médicos<sup>26</sup> nestes estabelecimentos hospitalares é maior na NUTS II da Grande Lisboa, com 2,7 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**

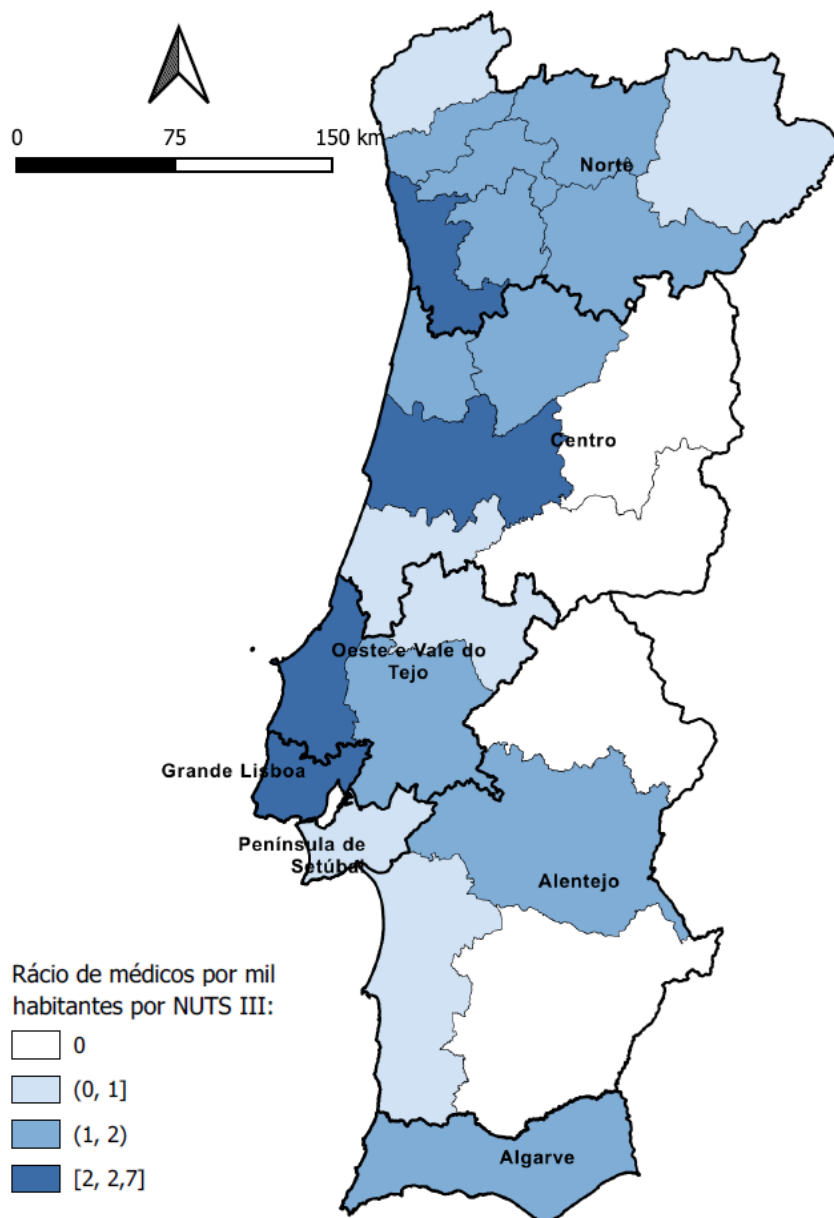
<b>NUTS II</b>	<b>N.º de hospitais</b>	<b>N.º de médicos</b>	<b>Médicos por 1.000 hab.</b>	<b>N.º de operadores</b>
Norte	43	5 514	1,5	28
Centro	17	1 967	1,1	13
Oeste e Vale do Tejo	6	1 161	1,3	5
Grande Lisboa	19	5 911	2,7	12
Península de Setúbal	2	300	0,4	2
Alentejo	3	257	0,5	3
Algarve	5	579	1,2	4
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>14 340</b>	<b>1,4</b>	<b>57</b>

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 (2024), em 24 de setembro de 2025.

Embora a NUTS II do Norte concentre o maior número de estabelecimentos hospitalares, apresenta o segundo maior rácio de médicos por mil habitantes, fixado em 1,5. Destacam-se ainda as NUTS II do Alentejo e da Península de Setúbal, que registam os rácios mais baixos, de 0,5 e 0,4 médicos por mil habitantes, respetivamente (*vide* Tabela 5).

A Figura 2 apresenta uma visualização territorial mais detalhada dos rácios de médicos por mil habitantes, calculados para as 24 NUTS III de Portugal continental atualmente em vigor (2025). Esta representação permite identificar, com maior precisão, as áreas com maior concentração de médicos em relação à população residente.

<sup>26</sup> 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 estiver a trabalhar em estabelecimentos localizados em regiões diferentes.



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

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

Verifica-se que os rácios mais elevados – superiores a 2 médicos por mil habitantes – se localizam predominantemente no litoral, abrangendo regiões das NUTS II do Norte, Centro, Oeste e Vale do Tejo e Grande Lisboa, correspondendo, respetivamente, às NUTS III da Área Metropolitana do Porto, da Região de Coimbra, do Oeste e da Grande Lisboa.



Importa ainda referir que, segundo dados do INE, 66% dos médicos residem nas NUTS II do Norte e da Grande Lisboa, onde se concentra 57% da população. Considerando também a NUTS II do Centro, observa-se que 85% dos médicos residem nestas três regiões, face a 74% da população. Conclui-se, assim, que a concentração de médicos nas regiões mais populosas é ainda mais acentuada do que a própria distribuição populacional.<sup>27</sup>

Por último, note-se que as 95 unidades hospitalares de natureza não pública são detidas por 57 operadores distintos, ou seja 57 entidades ou grupos empresariais que agregam várias entidades. Adota-se o conceito de operador para designar as entidades individuais e as entidades agrupadas, com relações de capital entre si, na medida em que dessa ligação resulta uma ausência de competição interna no seio de cada grupo<sup>28</sup>. Cada operador é, assim, um concorrente efetivo no mercado analisado.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Vide <https://www.ine.pt>, consultado em 1 de outubro de 2025.

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> 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 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”.



---

### 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.<sup>30</sup> Atendendo à 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 no capítulo introdutório, 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

---

<sup>30</sup> 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 24 de setembro de 2025), 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 24 de setembro de 2025).



substituibilidade do lado da procura e 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 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.<sup>31</sup>

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<sup>32</sup> e prestação de cuidados de saúde complementares na satisfação das necessidades dos utentes<sup>33</sup>. 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

---

<sup>31</sup> 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>, consultado em 24 de setembro de 2025).

<sup>32</sup> 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 24 de setembro de 2025).

<sup>33</sup> 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.



tem seguido, nas suas análises do setor (nomeadamente em pareceres sobre operações de concentração), uma definição baseada nas seguintes premissas:

- (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. Desta forma, os utentes podem ser referenciados entre as unidades de um único operador, obtendo todo o leque de serviços hospitalares 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 capta utentes para os hospitais, atuando de forma integrada com estes. Concretamente, estão em análise 146 estabelecimentos sem internamento detidos por 15 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.<sup>34</sup> 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.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos 241 pontos de oferta dos prestadores de cuidados de saúde hospitalares pelas NUTS II, incluindo os 95 hospitais e as 146 unidades sem internamento.

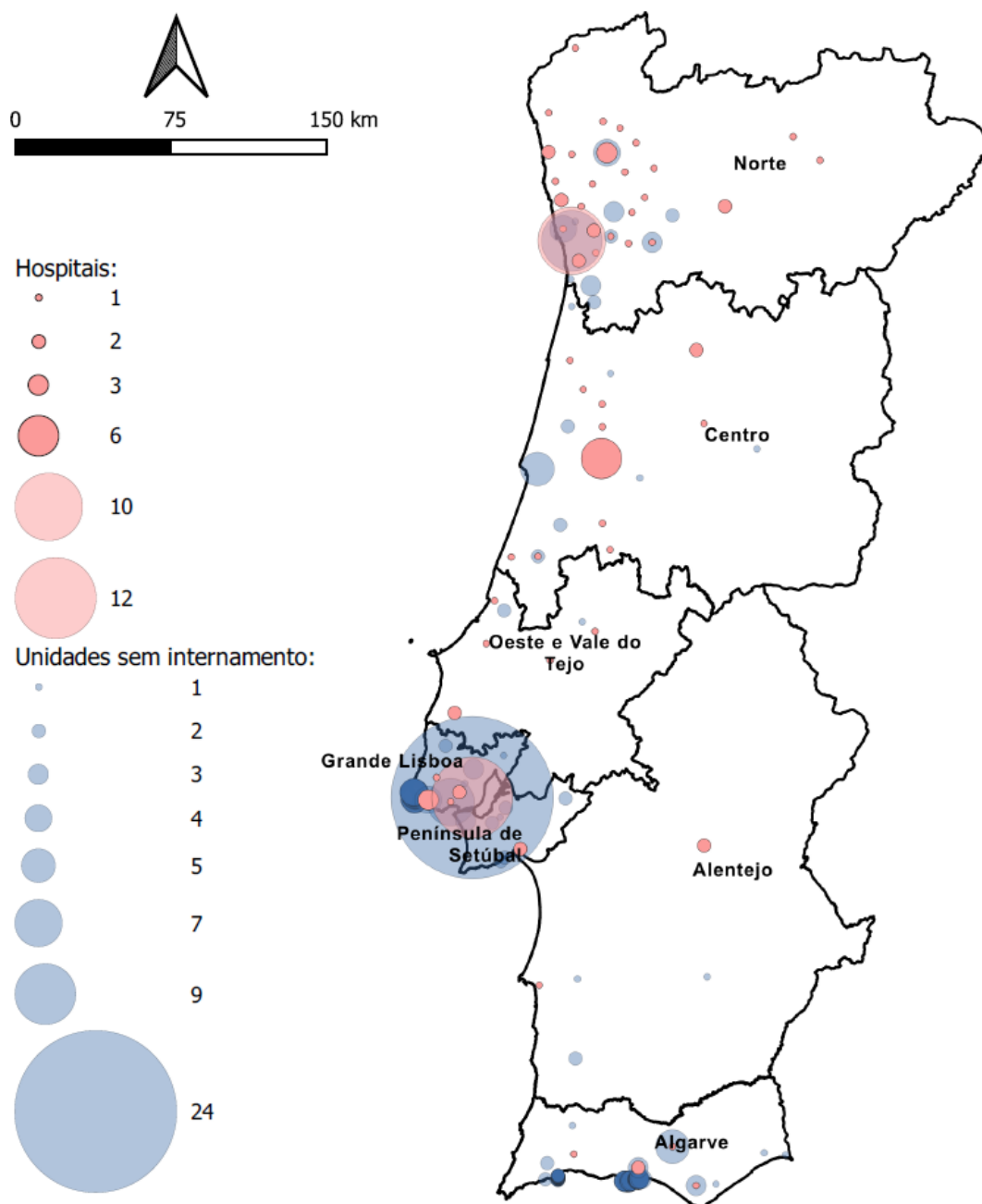
**Tabela 6 - Distribuição regional da rede hospitalar não pública com e sem internamento de agudos**

<b>NUTS II</b>	<b>Internamento</b>	<b>Ambulatório</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Norte	43	43	86	36%
Centro	17	21	38	16%
Oeste e Vale do Tejo	6	5	11	5%
Grande Lisboa	19	45	64	27%
Península de Setúbal	2	10	12	5%
Alentejo	3	5	8	3%
Algarve	5	17	22	9%
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>146</b>	<b>241</b>	<b>100%</b>

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 (2024), em 24 de setembro de 2025.

Observa-se que a NUTS II da Grande Lisboa concentra o maior número de unidades sem internamento (45), enquanto a NUTS II do Norte mantém o maior número total de estabelecimentos, com e sem internamento, representando 36% dos 241 pontos de oferta. Destaca-se ainda a NUTS II do Alentejo, com apenas 3% do número total de estabelecimentos. A Figura 3 permite visualizar a sua distribuição geográfica pelos concelhos de Portugal continental.

<sup>34</sup> Com efeito, foram selecionadas do SRER as 146 unidades sem internamento detidas pelos 15 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.



**Figura 3 - Pontos de oferta hospitalar não pública nos concelhos e NUTS II de Portugal continental: hospitais e unidades sem internamento com atuação integrada**

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

### ***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. Essa área é 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.

Os mercados relevantes geográficos podem ser identificados através de uma análise da procura, visando determinar se operadores com estabelecimentos em áreas diferentes constituem pontos de oferta alternativos para os consumidores. Esta análise implica a recolha de informações sobre os atuais padrões de compra e sobre as preferências regionais dos consumidores.

Um método utilizado para identificar áreas geográficas que refletem os padrões de compra e preferências dos consumidores é o das áreas de influência. Este método 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 a rede viária e as velocidades médias.

No caso em apreço, relativo ao setor hospitalar não público, a ERS recorre a referências de tempos máximos de deslocação. Considerando essas referências e o tipo de mercado, o mercado geográfico relevante tem sido definido com base em áreas de influência de até 90 minutos de viagem. Este critério já foi adotado pela ERS<sup>35</sup> e pela AdC, por exemplo, na operação de concentração Ccent 56/2023 – CUF/Grupo CMAS, em que a AdC baseou a conclusão sobre o âmbito geográfico do mercado nas considerações do lado da procura, nomeadamente o tempo máximo de deslocação que o utente está disposto a percorrer: até 30 minutos em automóvel para a generalidade dos serviços e até 90 minutos para cirurgias<sup>36</sup>.

Poder-se-ia considerar tempos de viagem mais curtos, como identificou um estudo da ERS em 2024 sobre a proveniência geográfica de 20.920 utentes atendidos em internamento entre 30 de outubro e 3 de novembro de 2023. Este

---

<sup>35</sup> Disponível em <https://www.ers.pt>.

<sup>36</sup> Vide [www.concorrenca.pt/](http://www.concorrenca.pt/), página consultada em 25 de setembro de 2025.



estudo, que também considerou dados de atendimentos nos serviços de urgência e consultas externas, eliminou dados relativos a tempos de viagem muito elevados em dois passos: (i) remoção de *outliers* com base na amplitude interquartil; (ii) exclusão de 20% dos dados remanescentes correspondentes aos tempos de viagem mais longos. Os tempos máximos obtidos foram: 20 minutos para serviços de urgência, 25 minutos para consultas externas e 30 minutos para internamento.

Não obstante, a metodologia adotada no presente estudo para a avaliação concorrencial incorpora, nas suas fórmulas de cálculo, a preferência dos utentes por estabelecimentos mais próximos (*vide* secção 3.3), ajustando a capacidade dos estabelecimentos à distância percorrida, pelo que 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 estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde.

A estimativa dos tempos de viagem foi obtida calculando várias combinações de distâncias entre os centroides (pontos centrais) dos concelhos de origem e de destino, considerando a acessibilidade geográfica dos utentes e as infraestruturas rodoviárias que condicionam os tempos de deslocação.<sup>37</sup>

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

---

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



Os hospitais dependem particularmente 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.

Estes trâmites, embora assegurem a qualidade dos serviços, constituem custos de contexto<sup>38</sup> e barreiras temporais à entrada no mercado, tanto pelos prazos de registo e licenciamento<sup>39</sup> 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, contratação de profissionais qualificados 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, enquanto a instalação de um aparelho PET, utilizado para tomografias por emissão de positrões, exige um rácio de um aparelho por 400 mil habitantes.

---

<sup>38</sup> 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>, acessado pela última vez a 25 de setembro de 2025).

<sup>39</sup> 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).



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.<sup>40</sup>

### 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, 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,<sup>41</sup> a análise considerou as quotas de mercado e o Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) como os principais indicadores da estrutura dos mercados (*vide* Quadro 1).

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

O IHH é uma medida absoluta da concentração dos mercados, calculada com base nas quotas de mercado dos operadores, conforme a fórmula

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

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 (assintótico) e 10.000.

<sup>40</sup> Vide <https://www.ine.pt>, consultado em 25 de setembro de 2025 (os dados de 2024 são preliminares).

<sup>41</sup> "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 24 de setembro de 2025).

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.<sup>42</sup> 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.

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).<sup>43</sup>

**Quadro 2 – Cálculo do IHH (versão estendida)**

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

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);
- $\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{max}\}} Q_{Gl} g(d_{il}, d_{max})$  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.

<sup>42</sup> 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).

<sup>43</sup> *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 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:

- (i) não considera os fluxos de utentes que atravessam as fronteiras dessas regiões, ignorando a pressão concorrencial entre prestadores situados em áreas distintas, mesmo que geograficamente próximas;
- (ii) não deteta variações na concentração de mercado dentro das regiões;
- (iii) não distingue entre grandes e pequenas distâncias dentro das regiões, pressupondo que essas distâncias e respetivos tempos de deslocação são irrelevantes para os utentes;
- (iv) está particularmente suscetível ao viés MAUP (*modifiable areal unit problem*), o que implica que os resultados da análise são diretamente influenciados pela escolha das unidades territoriais utilizadas.

A identificação de uma posição dominante por parte de um operador num mercado é também importante numa avaliação concorrencial, na medida em que essa posição 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”.<sup>44</sup>

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

---

<sup>44</sup> Vide <https://eur-lex.europa.eu>, consultado em 24 de setembro de 2025.

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 dominante (*vide* Quadro 3).<sup>45</sup>

**Quadro 3 – Identificação de posição dominante**

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

em que:

- $Q_i^{D^E}$  é o limite de quota de mercado, a partir do qual o operador de maior quota tem posição 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.

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

<sup>45</sup> 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 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).



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.<sup>46</sup>

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.

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, calculado com base nos registos dos médicos no SRER, em que cada contagem individual de médico é dividida pelo número de estabelecimentos em que o respetivo médico trabalha.<sup>47</sup>

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.

### 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

---

<sup>46</sup> 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).

<sup>47</sup> 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.



mercados, identificadas as situações de dominância e classificados os mercados de acordo com a sua estrutura.

A análise engloba os 57 operadores dos 95 hospitais e das 146 unidades sem internamento que atuam de forma integrada com os hospitais, conforme o critério explicado no capítulo 2. Os dados utilizados para a análise foram recolhidos entre 30 de julho e 11 de agosto de 2025.

Tendo em consideração as definições de mercado relevante identificadas na secção 3.1, a metodologia da secção 3.3 e as áreas de influência de 90 minutos dos 241 pontos de oferta de cuidados de saúde hospitalares gerais, foram efetuados os cálculos do IHH e do indicador de dominância nos concelhos de Portugal continental cobertos pelas áreas de influência.<sup>48</sup>

Na Tabela 7 apresentam-se os resultados do IHH, por NUTS II, incluindo a distribuição percentual da cobertura dos concelhos e das populações residentes correspondentes ao nível de concentração alto, ou seja, com IHH superior a 2.000. É indicado também, para cada NUTS II, o número de operadores concorrentes efetivos nos mercados. Constata-se que 59% da população de Portugal continental, residente em 181 concelhos (65% dos concelhos), 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 superiores a esse limiar.<sup>49</sup> Além disso, nas NUTS II da Grande Lisboa, Península de Setúbal, Alentejo e Algarve, os IHH registados correspondem exclusivamente a um nível de concentração alto, acima de 2.000.

Situações de monopólio (IHH igual a 10.000), em que apenas um operador está disponível para os utentes no mercado geográfico relevante (até 90 minutos de

---

<sup>48</sup> 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 existem barreiras de mobilidade capazes de afetar a deslocação dos utentes, tornando indiferente para estes 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.).

<sup>49</sup> O IHH mínimo, de 1.122, é registado no concelho da Póvoa de Lanhoso, no distrito de Braga, na NUTS II do Norte.



viagem por estrada), são observadas nas NUTS II do Norte, do Centro e do Alentejo (*vide* Tabela 7).

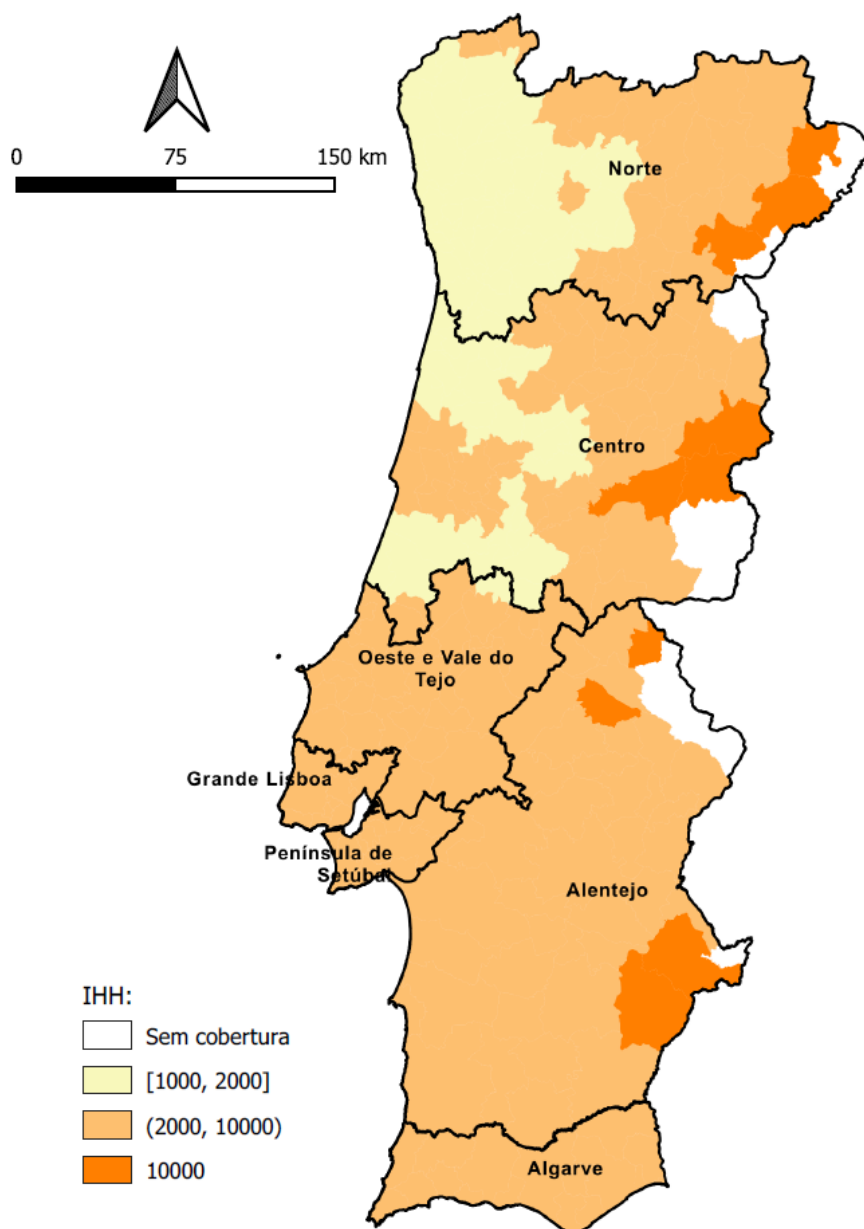
**Tabela 7 - Níveis de concentração medidos pelo IHH**

NUTS II	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)			
		$1.000 \leq \text{IHH} \leq 2.000$	$2.000 < \text{IHH} < 10.000$	IHH = 10.000		
Norte	28	56	25	3	33%	8%
Centro	13	31	41	3	57%	53%
Oeste e Vale do Tejo	5	1	33	0	97%	99%
Grande Lisboa	12	0	9	0	100%	100%
Península de Setúbal	2	0	9	0	100%	100%
Alentejo	3	0	38	4	89%	92%
Algarve	4	0	16	0	100%	100%
<b>Portugal continental</b>	<b>57</b>	<b>88</b>	<b>171</b>	<b>10</b>	<b>65%</b>	<b>59%</b>

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

Deve-se igualmente notar que, nas três NUTS II referidas – Norte, Centro e Alentejo –, 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, definidas como até 90 minutos de viagem, não abrangem toda a população nem todos os concelhos de residência.

Em concreto, foram identificados nove concelhos não incluídos nas áreas de influência: cinco na NUTS II do Alentejo, dois na NUTS II do Norte e dois na NUTS II do Centro. Assim, esses concelhos não estão integrados nos mercados relevantes definidos e, conseqüentemente, 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).



**Figura 4 - Níveis de concentração medidos pelo IHH por concelho e NUTS II**

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e da Direção-Geral do Território, e recurso ao software QGIS. O intervalo [1000, 2000] corresponde a um nível de concentração médio. O intervalo (2000, 10000) e o valor 10000 correspondem a um nível de concentração elevado, sendo este último indicativo de uma situação de monopólio.

Reconhece-se que, na prática, parte dos utentes residentes nos nove concelhos não 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 (i) a distância constitui uma barreira significativa para os utentes, (ii) o número de concelhos em questão é reduzido e (iii) a população residente nesses concelhos representa



apenas 0,6% da população total de Portugal continental, não se justifica alargar os mercados geográficos relevantes nas respetivas regiões.

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

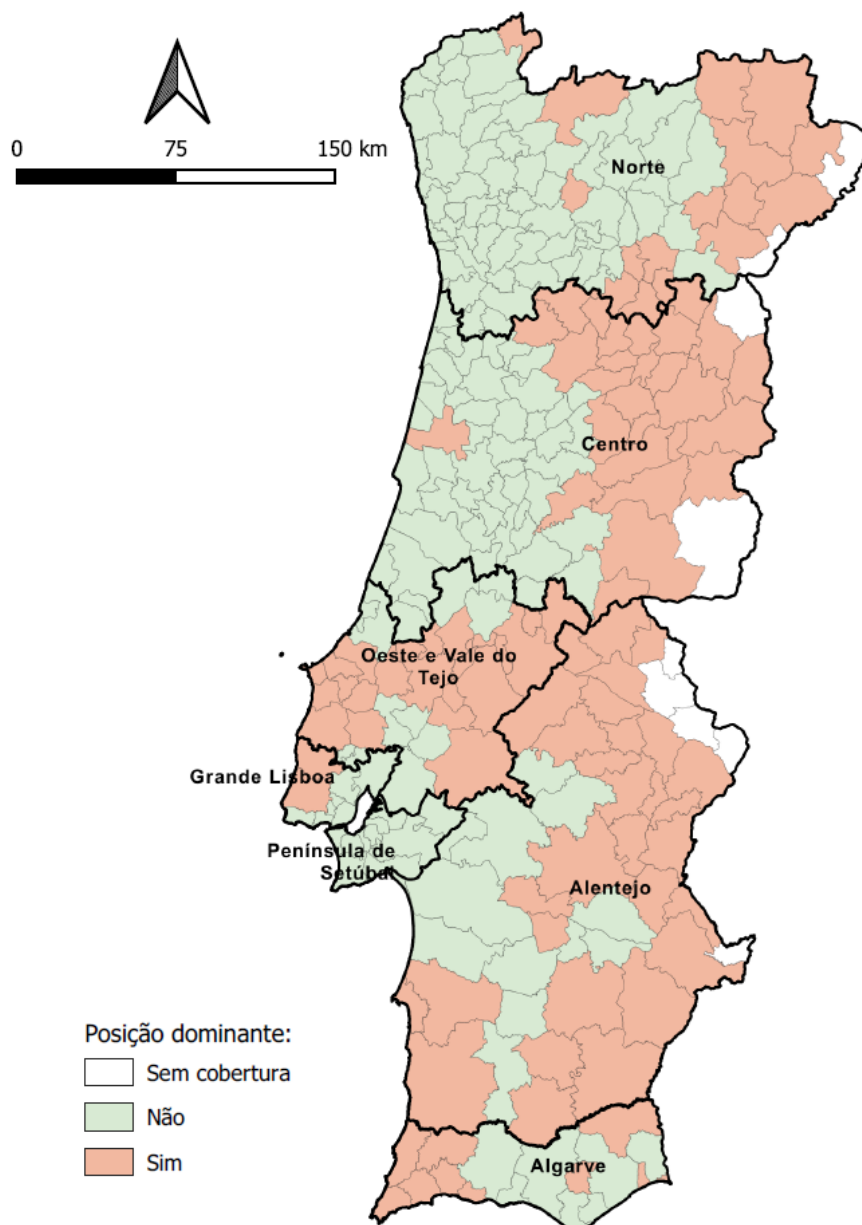
Admite-se ainda a possibilidade de que os pontos de oferta de prestadores não públicos localizados em Espanha possam constituir uma alternativa para os utentes residentes nos concelhos não abrangidos, dado que estes se situam nas proximidades da fronteira com o país vizinho (*vide* Figura 4). Contudo,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

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

**Tabela 8 - Identificação de posição dominante**

NUTS II	N.º de operadores	N.º de concelhos		% concelhos cobertos com posição dominante	% população coberta com posição dominante
		Posição dominante			
		Sim	Não		
Norte	28	16	70	19%	4%
Centro	13	27	50	35%	28%
Oeste e Vale do Tejo	5	23	11	68%	65%
Grande Lisboa	12	2	7	22%	23%
Península de Setúbal	2	0	9	0%	0%
Alentejo	3	30	17	64%	71%
Algarve	4	9	7	56%	36%
<b>Portugal continental</b>	<b>57</b>	<b>107</b>	<b>171</b>	<b>38%</b>	<b>21%</b>

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



**Figura 5 - Identificação de posição dominante por concelho e NUTS II**

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

As regiões mais suscetíveis de apresentar problemas concorrenciais correspondem às regiões com elevado nível de concentração e posição dominante por parte do maior operador, o que acontece em 107 dos 181 concelhos com concentração elevada.

Neste sentido, as regiões que apresentam maiores preocupações em termos concorrenciais localizam-se nas NUTS II do Oeste e Vale do Tejo e do Alentejo



(Figura 5), considerando a dominância identificada em maior percentagem de concelhos, afetando também maior percentagem de população.

Enquanto em 38% dos concelhos de Portugal continental foram identificadas situações de dominância do mercado, representando 21% da população total, nas NUTS II do Oeste e Vale do Tejo e do Alentejo, 68% e 64% dos concelhos, respetivamente, apresentam resultados que poderão suscitar maiores preocupações concorrenciais, abrangendo 65% e 71% 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 2024, com o objetivo de avaliar a evolução da concentração dos mercados.<sup>50</sup>

O estudo de 2024 identificou 57 operadores a competir nos mercados de cuidados de saúde hospitalares não públicos, operando com 92 hospitais e 113 unidades sem internamento. As principais conclusões desse estudo, com base nos níveis de concentração de mercado nos concelhos de Portugal continental, podem ser resumidas da seguinte forma:

- i. Cerca de 61% da população residente em Portugal continental vivia em 194 concelhos associados ao nível de concentração alto;
- ii. Em 104 dos 194 concelhos com elevada concentração de mercado, atuavam operadores com uma posição dominante, abrangendo 15% da população de Portugal continental.

A comparação entre o estudo de 2024 e o atual evidencia o seguinte:

---

<sup>50</sup> O estudo de 2024 está disponível em <https://www.ers.pt>.



- i. O número de pontos de oferta aumentou de 205 para 241 (mais três hospitais e mais 33 unidades de ambulatório), embora o número de operadores se mantenha;
- ii. Em 2024, 61% da população residente em Portugal continental residia em regiões com elevada concentração de mercado; em 2025, essa percentagem reduziu para 59%;
- iii. Em 2024, 194 concelhos apresentavam elevada concentração de mercado, enquanto em 2025 foram identificados 181 concelhos com concentração elevada;
- iv. Em 2024, a dominância de mercado foi verificada em 104 concelhos, correspondendo a 15% da população; em 2025, este número subiu para 107 concelhos, abrangendo 21% da população residente;
- v. De um modo geral, as medianas dos IHH registaram aumentos, destacando-se:
  - a. A mediana do IHH aumentou em três das sete NUTS II;
  - b. A mediana global do IHH para Portugal continental também aumentou (de 2.299 para 2.502, cf. Tabela 9);

**Tabela 9 - Evolução da concentração dos mercados de cuidados de saúde hospitalares não públicos entre 2024 e 2025**

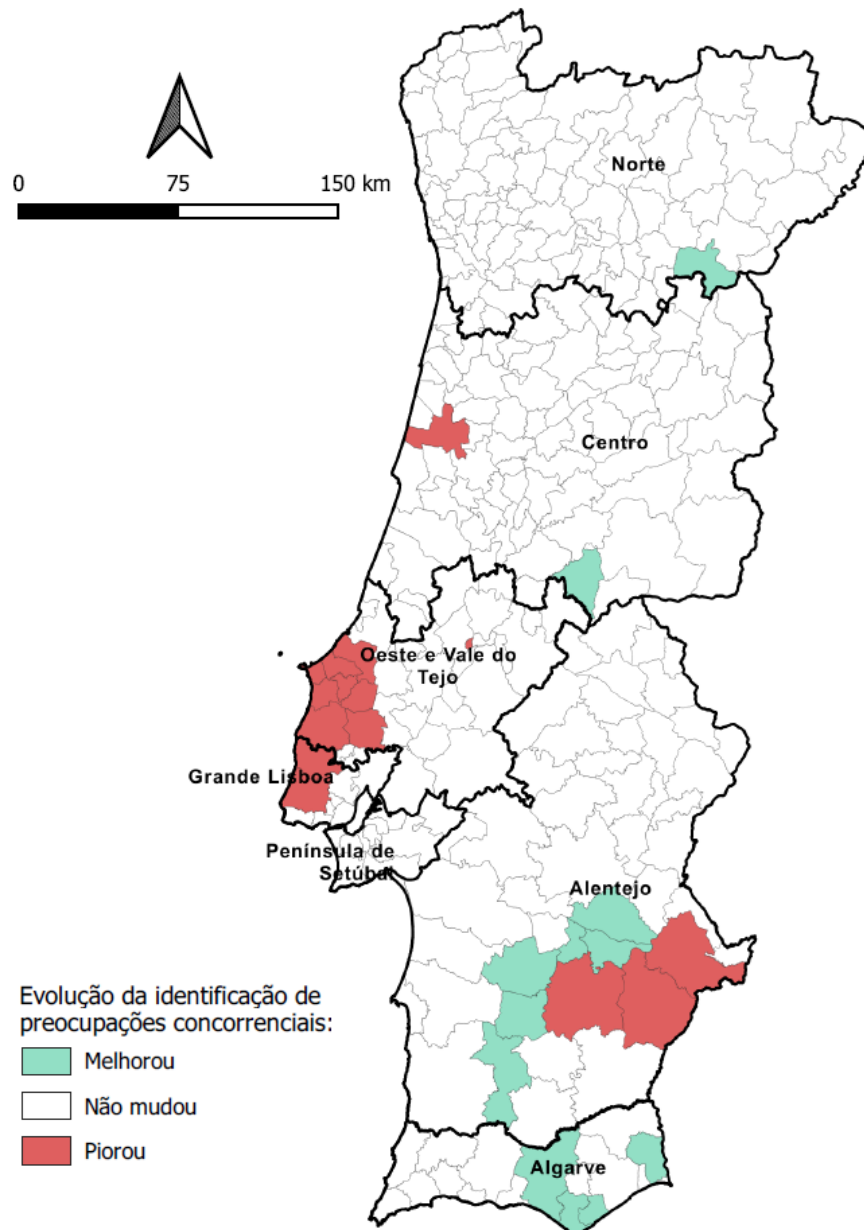
NUTS II	Medianas dos IHH		
	2024	2025	Var.
Norte	1 472	1 441	-31
Centro	2 159	2 079	-80
Oeste e Vale do Tejo	2 290	2 511	221
Grande Lisboa	2 286	2 510	224
Península de Setúbal	2 291	2 501	210
Alentejo	5 030	5 006	-24
Algarve	3 843	3 688	-156
<b>Portugal continental</b>	<b>2 299</b>	<b>2 502</b>	<b>203</b>

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

- vi. Verificou-se um agravamento da situação concorrencial, com 15 concelhos a passarem a apresentar simultaneamente elevado nível de



concentração e presença de dominância, enquanto em 12 concelhos, esta combinação deixou de se verificar (*vide* Figura 6).



**Figura 6 - Evolução da identificação de preocupações concorrenciais nos 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.



A análise da Tabela 9 e da Figura 6 evidencia, de forma agregada, um aumento da concentração no setor hospitalar não público, especialmente nas NUTS II do Oeste e Vale do Tejo e da Grande Lisboa, com a mediana global do IHH a subir cerca de 200 pontos, refletindo uma tendência geral de crescimento da concentração em Portugal continental.

No entanto, importa referir que esta tendência agregada não se verifica de forma uniforme em todos os concelhos. Embora o mapa e a Tabela 9 mostrem aumentos significativos em determinadas regiões, muitos concelhos registaram reduções ligeiras de IHH; em concreto, 160 concelhos apresentaram diminuições.

A análise estatística concelho a concelho<sup>51</sup> confirma que estas diminuições locais são significativas, evidenciando que o aumento global da mediana resulta sobretudo de um número reduzido de mercados com crescimentos mais acentuados. Assim, a evolução da estrutura concorrencial apresenta padrões heterogéneos, combinando pequenas reduções na maioria dos concelhos com aumentos marcados em poucos mercados.

---

<sup>51</sup> O teste dos sinais foi aplicado no software R, uma vez que as diferenças entre os IHH de 2024 e 2025 não seguiam uma distribuição normal nem apresentavam simetria.



---

## 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 como de capacidade instalada. A análise evidencia uma forte concentração da oferta em poucos grupos privados, com impactos potenciais relevantes ao nível da concorrência.

1. **Crescimento económico e relevância setorial** – A despesa corrente em saúde nos hospitais privados cresceu de forma sustentada, refletindo uma maior procura por este tipo de serviços e a diversificação das fontes de financiamento, nomeadamente através de seguros e pagamentos diretos.
2. **Concentração geográfica e empresarial** – A oferta hospitalar não pública encontra-se fortemente concentrada nalgumas regiões (Norte, Grande Lisboa e Centro), sendo detida maioritariamente por quatro grandes grupos privados, o que limita a diversidade concorrencial.
3. **Mercados altamente concentrados** – Em 65% dos concelhos de Portugal continental, onde reside 59% da população, os mercados apresentam índices de concentração elevados ( $IHH > 2.000$ ), incluindo situações de monopólio local. A análise comparativa com os resultados de 2024 evidencia que o aumento global da mediana do IHH, de cerca de 200 pontos, deve-se principalmente a um número reduzido de mercados com crescimentos mais acentuados, particularmente nas NUTS II do Oeste e Vale do Tejo e da Grande Lisboa.
4. **Barreiras à entrada** – O quadro regulatório e os custos de investimento associados a requisitos técnicos e de licenciamento constituem barreiras, reduzindo a contestabilidade e favorecendo os operadores incumbentes.
5. **Implicações para o SNS e para os utentes** – Em regiões de maior concentração, os operadores privados encontram-se em posição negocial



mais favorável para a celebração de convenções, o que pode traduzir-se em preços mais elevados e menor margem de escolha para os utentes.

6. **Reforço do papel regulatório da ERS** – Face aos riscos decorrentes da elevada concentração, mantém-se essencial o acompanhamento contínuo da dinâmica concorrencial, bem como a emissão de pareceres e recomendações que assegurem equilíbrio entre a qualidade dos cuidados e a proteção dos utentes.

Assim, e considerando, em particular, a heterogeneidade observada na evolução da concentração, conclui-se que a monitorização permanente, pela ERS, da concorrência no setor hospitalar não público é determinante para assegurar o funcionamento eficiente dos mercados, prevenir práticas restritivas e promover condições mais favoráveis de acesso e de qualidade para os cidadãos.

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto,  
Portugal, 2025

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).



Rua S. João de Brito, 621 L32  
4100-455 PORTO - Portugal  
T +351 222 092 350  
geral@ers.pt  
[www.ers.pt](http://www.ers.pt)