



ERS

ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE

ESTUDO SOBRE A CONCORRÊNCIA NO SETOR HOSPITALAR NÃO PÚBLICO

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
e-mail: geral@ers.pt | *telef.:* 222 092 350 | *fax:* 222 092 351 | *website:* www.ers.pt

Data: Julho de 2023

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2023

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).

Índice

Sumário executivo	3
1. Introdução.....	5
2. Descrição da oferta no setor hospitalar não público	11
3. Concorrência nos mercados do setor hospitalar não público	16
3.1. Definição dos mercados relevantes.....	16
3.2. Barreiras à entrada nos mercados.....	21
3.3. Métodos e critérios de análise da estrutura dos mercados	24
3.4. Análise da concentração dos mercados	28
4. Conclusões	36

Índice de Abreviaturas

AdC – Autoridade da Concorrência

ADSE – Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P.

AML – Área Metropolitana de Lisboa

ARS – Administração Regional de Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IHH – Índice de Herfindahl-Hirschman

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registos de Estabelecimentos Regulados

SRS – Serviços Regionais de Saúde

Sumário executivo

O presente estudo avalia a concorrência no setor hospitalar não público, descrevendo a oferta de hospitais gerais de natureza privada e social, em Portugal continental, definindo os mercados relevantes e sinalizando áreas regionais com elevada concentração de mercado ou potencial dominância por determinados operadores.

Constata-se que são 94 as unidades hospitalares gerais de natureza não pública com internamento de doentes agudos em Portugal continental concentradas principalmente nas NUTS III das Áreas Metropolitanas de Porto e Lisboa. Nestas duas NUTS III os rácios de profissionais médicos por mil habitantes são superiores à média de Portugal continental, o que também ocorre nas NUTS III do Ave, de Viseu Dão Lafões e da Região de Coimbra.

As 94 unidades hospitalares gerais de natureza não pública com internamento de agudos são detidas por 57 operadores distintos e 18 destes operadores atuam também no mercado de cuidados de saúde hospitalares com 124 estabelecimentos de ambulatório, os quais contribuirão para o incremento do poder de captação de utentes pela maior capilaridade da rede de serviços. São, assim, considerados no estudo 218 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 20% da população residente em Portugal continental reside em 133 concelhos com resultados de nível de concentração alto, conforme definição da Comissão Europeia. A Área Metropolitana de Lisboa é a única região NUTS II sem resultados de nível de concentração alto.

No que respeita à posição dominante verifica-se que em 88 dos 133 concelhos com resultados de concentração alta há operadores a atuar com uma posição potencialmente dominante. Estes resultados são verificados sobretudo em NUTS III das regiões Centro e Alentejo. Contrariamente, os mercados regionais que levantam uma menor preocupação concorrencial localizam-se principalmente na região Norte e na Área Metropolitana de Lisboa.

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 suscitam maior preocupação a nível concorrencial. Assim, a ERS continuará a monitorizar este mercado, com o intuito de identificar a ocorrência de eventuais efeitos

negativos que possam advir da reduzida concorrência entre os operadores, designadamente ao nível do acesso e da qualidade dos cuidados prestados.

1. Introdução

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tem acompanhado a evolução do setor hospitalar privado e social no momento de acesso ao mercado pelos prestadores de cuidados de saúde hospitalares e sempre que se afigura necessário face às alterações na respetiva estrutura, ao longo do tempo. A abertura e entrada em funcionamento de unidades de saúde privadas está sujeita às obrigações, não apenas de registo na ERS¹, mas também de obtenção de licença de funcionamento, ao abrigo do regime jurídico do licenciamento.² Nesse âmbito, os estabelecimentos hospitalares estão dependentes do cumprimento dos requisitos mínimos relativos à organização, ao funcionamento, às instalações técnicas e aos recursos humanos estabelecidos para as unidades privadas que dispõem de 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 seus estatutos), a ERS realiza pareceres de avaliação concorrencial de operações de concentração empresarial no setor hospitalar, em resposta às solicitações da Autoridade da Concorrência (AdC) nos termos do n.º 1 do artigo 55.º da Lei da Concorrência⁴, segundo o qual “[s]empre que uma concentração de empresas tenha incidência num mercado que seja objeto de regulação setorial, a AdC, antes de tomar uma decisão que ponha fim ao procedimento, solicita que a respetiva autoridade reguladora emita parecer sobre a operação notificada [...]”.

Em Portugal, tem-se observado na última década um crescimento expressivo da importância relativa do setor hospitalar privado no contexto de todo o sistema de saúde, o qual se reflete, em particular, no aumento da despesa em saúde no setor. Segundo os dados mais recentes da Conta Satélite da Saúde publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE)⁵, enquanto em 2011 a despesa corrente em saúde realizada em hospitais de natureza privada⁶ ascendeu a 1.396 milhões de euros, representando cerca de 8% de toda a despesa corrente em saúde, em 2021 este valor foi de cerca de 2.367 milhões de euros – aumento de 70% face a 2011 –, passando a representar cerca de 10% do total da despesa (*vide* Tabela 1).

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.

³ Cf. Portaria n.º 290/2012, de 24 de setembro.

⁴ Lei n.º 19/2012, de 8 de maio, na sua redação atual.

⁵ Disponíveis em <https://www.ine.pt>, consultados em 6 de julho de 2023.

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

Tabela 1 – Despesa corrente em saúde, total e em hospitais (preços correntes, 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
2011	17.135,4	6.679,3	5.283,4	31%	1.395,9	8%
2012	16.247,1	6.550,5	5.002,8	31%	1.547,6	10%
2013	16.034,6	6.592,6	4.971,9	31%	1.620,6	10%
2014	16.168,2	6.632,7	4.907,9	30%	1.724,8	11%
2015	16.742,9	6.881,7	5.026,9	30%	1.854,8	11%
2016	17.519,6	7.235,1	5.289,7	30%	1.945,4	11%
2017	18.234,5	7.537,4	5.482,6	30%	2.054,8	11%
2018	19.313,3	8.023,3	5.808,8	30%	2.214,5	11%
2019	20.395,2	8.548,2	6.215,0	30%	2.333,1	11%
2020	21.150,1	9.092,8	7.062,3	33%	2.030,5	10%
2021Po	23.915,7	9.859,2	7.489,7	31%	2.369,5	10%
2022Pe	25.417,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Tx. cresc. Média anual	3,7%	4,0%	3,7%		5,7%	

Fonte: INE (2023). Legenda: Dados provisórios (Po); Dados preliminares (Pe); Não disponível (n.d.).

Em linha com o aumento do peso relativo do setor hospitalar privado na despesa corrente e tendo em conta o seu financiamento, os pagamentos diretos pelas famílias⁷ e o financiamento por sociedades de seguros têm apresentado expressivo aumento, alcançando cerca de 33% do total da despesa corrente em saúde em 2022, que contrasta com 30% em 2011 (*vide* Tabela 2).

Tabela 2 – Despesa corrente em saúde por agentes financiadores – famílias e sociedades de seguros, total (preços correntes, 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
2011	17.135,4	4.567,3	27%	542,0	3%
2012	16.247,1	4.806,4	30%	537,9	3%
2013	16.034,6	4.617,0	29%	540,7	3%
2014	16.168,2	4.742,9	29%	567,8	4%
2015	16.742,9	4.945,0	30%	598,7	4%
2016	17.519,6	5.156,3	29%	631,0	4%
2017	18.234,5	5.413,5	30%	717,7	4%
2018	19.313,3	5.778,0	30%	771,2	4%
2019	20.395,2	6.242,4	31%	777,6	4%
2020	21.150,1	5.926,0	28%	755,3	4%
2021Po	23.915,7	6.932,8	29%	881,7	4%
2022Pe	25.417,7	7.269,0	29%	986,0	4%
Tx. cresc. Média anual	3,7%	4,5%		5,8%	

Fonte: INE (2023). Legenda: Dados provisórios (Po); Dados preliminares (Pe).

⁷ Os pagamentos diretos pelas famílias referem-se à despesa em saúde que é suportada diretamente pelos cidadãos (*vide* definição em <https://www.oecd.org/health/health-systems/1841456.pdf>).

Os pagamentos diretos pelas famílias nos hospitais privados apresentaram um crescimento médio de 2011 a 2021 de 7,9%, alcançando 1.043 milhões de euros em 2021, pelo que, naquele ano, os pagamentos das famílias representaram cerca de 44% do total da despesa corrente em saúde nos hospitais privados (*vide* tabela 3).⁸

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
2011	1.395,9	520,3	37%
2012	1.547,6	648,3	42%
2013	1.620,6	597,1	37%
2014	1.724,8	648,4	38%
2015	1.854,8	683,8	37%
2016	1.945,4	683,4	35%
2017	2.054,8	732,7	36%
2018	2.214,5	792,7	36%
2019	2.333,1	914,1	39%
2020	2.030,5	815,5	40%
2021Po	2.369,5	1.043,0	44%
Tx. cresc. Média anual	5,7%	7,9%	

Fonte: INE (2023). Legenda: Dados provisórios (Po).

A par do incremento da importância económica do setor hospitalar privado, é de salientar que o setor hospitalar privado tem sido particularmente dinâmico no que concerne aos movimentos de concentração de mercado, nomeadamente através de operações de concentração. Sempre que as operações de concentração de empresas estejam sujeitas a notificação prévia da AdC, por preencherem as condições previstas no artigo 37.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio – Lei da Concorrência –, as mesmas são objeto de avaliação prévia por parte dessa Autoridade. Nos casos em que estiver em causa um mercado objeto de regulação setorial pela ERS, a AdC solicita-lhe o competente parecer em matéria de concorrência. Entre outubro de 2013 e julho de 2023, a ERS emitiu 25 pareceres de avaliação concorrencial em resposta a solicitações da AdC, 12 dos quais envolvendo operadores do setor hospitalar privado.⁹

Na maioria das avaliações realizadas em matéria de concorrência a operações de concentração entre hospitais privados, a ERS não tem identificado impactos que suscitem preocupações no

⁸ INE (2023). Conta Satélite da Saúde. Fonte consultada em 6 de julho de 2023. Os dados de 2021 são provisórios.

⁹ Pareceres disponíveis no *website* da ERS, em <https://www.ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/pareceres>.

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 praticamente dois terços da capacidade de oferta instalada¹⁰.

A importância da avaliação concorrencial decorre das evidências de que a concorrência está associada, designadamente, a menor preço a pagar pelo utente para acesso a cuidados de saúde, maior inovação e maior qualidade, que cumpre à ERS salvaguardar, ao abrigo das atribuições e incumbências estabelecidas nos seus estatutos (cf. artigo 14.º dos seus estatutos). Por seu turno, as fusões entre hospitais e as aquisições de hospitais, bem como qualquer evolução no sentido de uma menor concorrência entre os operadores, pode produzir efeitos negativos, tais como a fixação de preços excessivamente altos, a prestação de cuidados de saúde com menor qualidade, uma menor variedade de serviços, restrições à liberdade de escolha, restrição do acesso de novos operadores a recursos ou infraestrutura essenciais e preços predatórios.^{11,12,13,14,15,16,17,18}

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 sinalização de áreas regionais com elevada concentração de mercado ou com potencial dominância por determinados operadores.

Nesse sentido, são objetivos do presente estudo descrever a oferta de hospitais de natureza privada e social, em Portugal continental, e avaliar a concorrência no setor, incluindo o cálculo de quotas de mercado e índices de concentração.

¹⁰ Em termos genéricos, CUF, Luz Saúde, Lusíadas e Trofa Saúde. A capacidade de oferta é aqui considerada em termos de número de médicos.

¹¹ Competition Commission (2013). *Guidelines for market investigations: Their role, procedures, assessment and remedies*. <https://www.gov.uk/>.

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ 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.

¹⁵ Motta, M. (2004). *Competition Policy: Theory and Practice*. New York: Cambridge University Press.

¹⁶ OECD (2011). *Competition Assessment Toolkit - Volume I: Principles*. <http://www.oecd.org/>.

¹⁷ OECD (2012). *Policy Roundtables - Competition in Hospital Services*. <http://www.oecd.org/>.

¹⁸ OFT (2007). *Completing competition assessments in impact assessments*. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/>.

Como nota preliminar esclareça-se que os hospitais do SNS não são considerados no presente estudo por não estarem em concorrência efetiva com os estabelecimentos hospitalares não públicos que aqui se estudam.¹⁹

Com efeito, deve desde logo reconhecer-se que os mercados da prestação de cuidados de saúde são regulados e enquadrados por regras de determinação prévia de formas de acesso a tais cuidados. A composição dos prestadores que, relativamente à procura concreta de um utente, em dado momento e em local específico, se encontrarão em tensão concorrencial, será variável em função das condições de acesso do utente.

Embora os hospitais do SNS também atendam utentes ao abrigo de outros financiadores que não o próprio SNS, tais situações têm um peso diminuto. Já 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 definido nos acordos ou convenções que os prestadores celebraram com o SNS.

Ora, a própria necessidade de o Estado recorrer a tais procedimentos de contratação para poder incluir a prestação privada sob a cobertura do SNS, como complementar à prestação na rede pública, é demonstrativa da separação existente entre a atividade pública e privada de prestação de cuidados de saúde. Caso 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 na liberdade de escolha dos utentes, não restringida a acordos entre o SNS e os operadores privados.

Por outro lado, o próprio procedimento de acesso aos serviços públicos e privados é distinto, uma vez que os fluxos de utentes aos hospitais do SNS decorrem, em larga medida, da referenciação feita a partir da rede pública de cuidados de saúde primários. Já no caso dos estabelecimentos hospitalares privados, existe uma multiplicidade de canais em que o acesso pelos utentes pode ser

¹⁹ A este propósito, recorde-se aqui a posição tomada pela ERS no parecer emitido em resposta a solicitação pela AdC, no âmbito da análise à operação de concentração com a referência Ccent. n.º 58/2012 – AMIL Participações / HPP, e já recuperada noutros pareceres. Concretamente, indicou-se que “os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em que se incluem os hospitais operados em regime de Parceria Público-Privada (PPP), [foram] excluídos da análise, por se considerar poderem constituir um mercado à parte, devido essencialmente às diferentes condições de acesso aos cuidados de saúde”. Igualmente, no parecer emitido no âmbito da análise à operação de concentração com referência Ccent. n.º 23/2014 – José de Mello Saúde / Espírito Santo Saúde, por exemplo, a ERS entendeu que “a avaliação estrutural dos mercados dev[ia] excluir os hospitais de natureza pública, por estes não exercerem uma pressão concorrencial direta sobre os operadores não públicos” – entendimento que se manteve em pareceres posteriores sobre operações em mercados com natureza similar. Todos estes pareceres podem ser consultados em <https://www.ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/pareceres>.

direto, como é o caso dos cuidados com financiamento por seguros de saúde, por subsistemas de saúde ou por pagamentos diretos dos indivíduos.

Um último argumento em favor da separação entre 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. Com efeito, numa ótica contrafactual, se a tensão concorrencial entre públicos e privados fosse significativa, seriam esperados determinados efeitos dos mecanismos concorrenciais, tais como uma aproximação dos níveis de preços dos operadores privados aos dos públicos, e a aplicação do conceito da tendencial gratuidade que não é compatível com a lógica de prestação privada.

2. Descrição da oferta no setor hospitalar não público

Os estabelecimentos de natureza hospitalar caracterizam-se como prestadores de cuidados de saúde multiproduto, que incluem diferentes serviços, tais como consultas de especialidade médica, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, cirurgias e atendimento em serviço de urgência. Neste sentido, a ERS vem recorrendo, na sua abordagem aos mercados do setor, a uma definição de mercado do produto em *cluster*, o qual compreende um conjunto de diferentes produtos/serviços (*cluster*), cuja produção se justifica pelas vantagens de custos da oferta (economias de gama) e pelas preferências dos utentes.²⁰

A consideração de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde como sendo de natureza hospitalar deve atender a algumas características definidoras. Considerando a definição do Instituto Nacional de Estatística 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”²¹, 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, para efeitos de avaliação concorrencial de operações de concentração no setor, a lógica de mercado em *cluster*, com a inclusão no mercado, como integrantes da oferta de um mesmo operador, de prestadores sem internamento que prestam serviços de saúde em ambulatório de forma integrada, em rede com os hospitais, captando clientes para todas as unidades do operador.

A presente secção descreve o universo de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares no sentido mais estrito, ou seja, as unidades hospitalares com internamento de agudos, tendo por base os registos no Sistema de Registos de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS.²²

²⁰ A definição de mercado relevante é detalhada no capítulo 3 deste estudo.

²¹ Definição do INE constante do documento Estatística da Saúde 2020, Edição de 2022, publicado em <https://www.ine.pt/>.

²² A identificação deste universo de prestadores partiu de dados extraídos do SRER da ERS em agosto de 2020 e foi complementada por recolhas específicas de informação junto destes estabelecimentos já em outubro de 2020, tendo-se efetuado atualizações com base nos dados do SRER de 20 de outubro de 2022 e de 13 de junho de 2023.

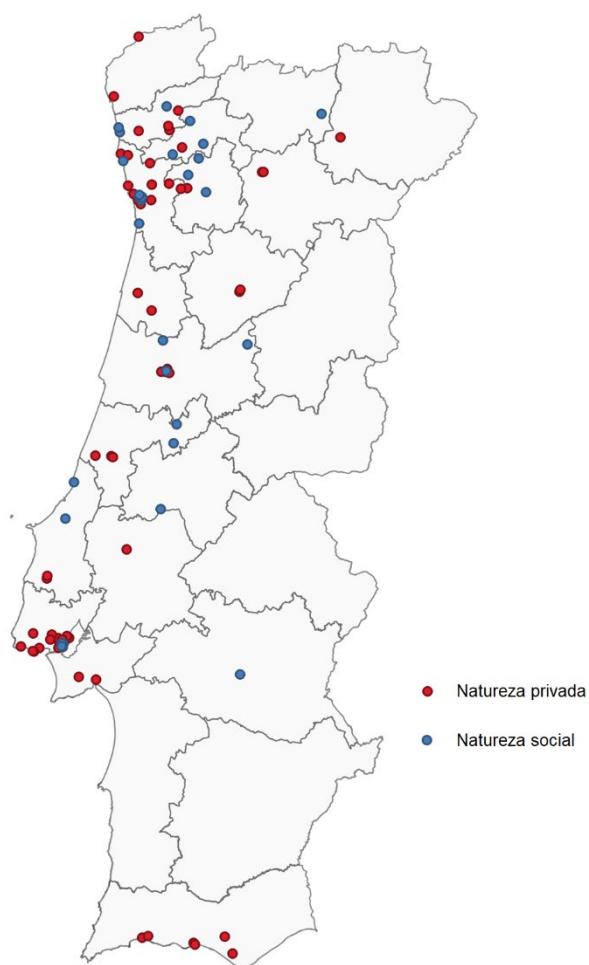
Conforme se descreve na tabela 4, existem em Portugal continental 94 estabelecimentos hospitalares com internamento de agudos, sendo 68% deles de natureza privada com fins lucrativos. Na figura 1 ilustra-se a localização geográfica dos hospitais, tornando-se evidente a elevada concentração de estabelecimentos nas regiões do litoral, particularmente nas áreas metropolitanas de Porto e Lisboa.

Tabela 4 – Unidades hospitalares com internamento de agudos por natureza da entidade detentora do estabelecimento

<u>Natureza</u>	<u>N.º de hospitais</u>	<u>%</u>
Privada	64	68%
Social	30	32%
Total	94	100%

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

Figura 1 – Pontos de oferta hospitalar não pública com internamento de agudos



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e do INE 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), constata-se que a oferta de profissionais médicos²³ nestes estabelecimentos é maior na Área Metropolitana do Porto, com mais de 2 médicos por 1.000 habitantes, seguida da Área Metropolitana de Lisboa (AML) e da Região de Coimbra, com dois médicos por 1.000 habitantes (*vide* tabela 5).²⁴

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

NUTS II ²⁵	NUTS III	N.º de unidades hospitalares com internamento de agudos	N.º de médicos	População 2021	Médicos por 1.000 hab.	N.º de operadores
Norte	Alto Minho	2	92	231.266	0,4	2
	Alto Tâmega	1	58	84.248	0,7	1
	Área Metropolitana do Porto	20	4.182	1.736.228	2,4	14
	Ave	4	716	418.455	1,7	4
	Cávado	8	582	416.605	1,4	7
	Douro	2	265	183.875	1,4	2
	Tâmega e Sousa	4	378	408.637	0,9	4
	Terras de Trás-os-Montes	1	53	107.272	0,5	1
Centro	Beira Baixa	0	0	80.751	-	0
	Beiras e Serra da Estrela	0	0	210.602	-	0
	Viseu Dão Lafões	2	414	252.777	1,6	2
	Médio Tejo	1	36	228.581	0,2	1
	Oeste	4	516	363.511	1,4	4
	Região de Aveiro	2	245	367.403	0,7	1
	Região de Coimbra	8	867	436.862	2,0	8
	Região de Leiria	5	289	286.752	1,0	4
AML	Área Metropolitana de Lisboa	22	5.762	2.870.208	2,0	13
Alentejo	Alentejo Central	1	113	152.444	0,7	1
	Alentejo Litoral	0	0	96.442	-	0
	Alto Alentejo	0	0	104.923	-	0
	Baixo Alentejo	0	0	114.863	-	0
	Lezíria do Tejo	1	255	235.861	1,1	1
Algarve	Algarve	6	411	467.343	0,9	4
	Portugal continental	94	15.233	9.855.909	1,5	57

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

Por seu turno, não existe qualquer ponto de oferta desta rede em cinco NUTS III, duas situadas na região Centro – Beira Baixa e Beiras e Serra da Estrela –, e três situadas na região do Alentejo –

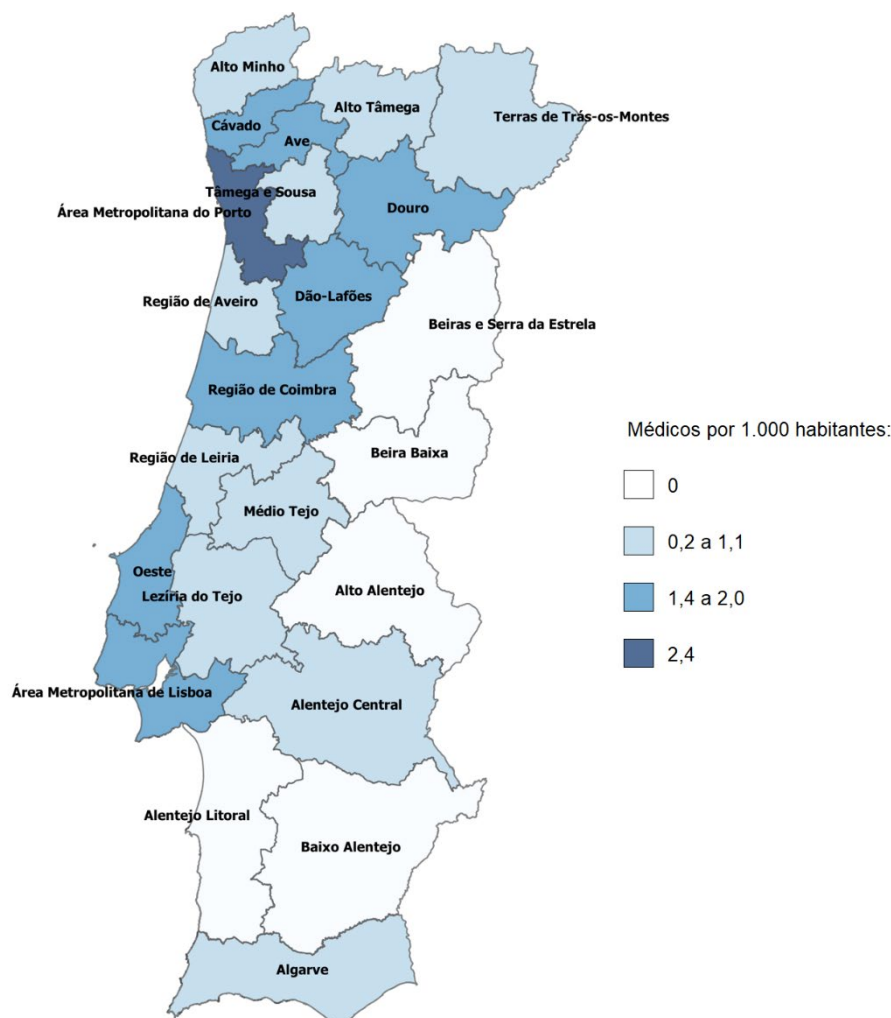
²³ Note-se que os números de médicos e outros profissionais de saúde considerados como oferta dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde podem, naturalmente, incluir profissionais que desenvolvem a sua atividade em mais do que um estabelecimento em simultâneo. Nestes casos, para uma aproximação ao número equivalente a tempo completo – evitando-se assim uma múltipla contagem de um mesmo colaborador –, foi feita uma divisão pelo número de estabelecimentos em que atua em simultâneo.

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

²⁵ Note-se que as NUTS II não têm correspondência exata com as regiões das Administrações Regionais de Saúde.

Alentejo Litoral, Alto Alentejo e Baixo Alentejo –, regiões que se localizam no interior de Portugal continental e na região do Alentejo (*vide* tabela 5 e figura 2).

Figura 2 – Médicos por habitantes na rede hospitalar não pública com internamento de agudos



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e do INE e recurso ao software QGIS.

Numa ótica de estudo da estrutura dos mercados, a fim de se avaliar o contexto em que ocorre a interação concorrencial entre operadores, é adotado aqui um conceito de operador em que se agregam não apenas todos os estabelecimentos que sejam geridos por uma mesma entidade (empresa ou instituição do setor social) mas também as várias entidades com relações de capital entre si, que partilhem uma mesma direção, que tenham uma gestão estratégica comum, ou que

tenham qualquer outra interdependência económica, na medida em que dessa ligação resulte uma dinâmica de ausência de competição interna no conjunto de entidades.²⁶

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

Assim, estas entidades, de natureza privada ou social, que operam no mercado e podem deter um ou vários estabelecimentos, bem como os grupos empresariais que agregam várias entidades sob um só operador económico na ótica aqui considerada, são designados no presente estudo por operadores. Neste sentido, cada um dos operadores representa um concorrente efetivo no mercado estudado.

Constata-se, então, que a rede de 94 unidades hospitalares de natureza não pública com internamento de agudos é detida por 57 operadores distintos.²⁷

²⁶ A constituição dos grupos empresariais não existe explicitamente na base de dados do SRER da ERS, resultando assim de uma análise detalhada das estruturas acionistas e dos corpos gerentes das entidades.

²⁷ A identificação dos operadores foi feita no SRER com base na verificação dos acionistas/sócios majoritários das 85 entidades detentoras dos 94 hospitais.

3. Concorrência nos mercados do setor hospitalar não público

O presente estudo da concorrência no setor hospitalar não público foca-se na análise da estrutura dos mercados e na dinâmica concorrencial que dessa estrutura decorre. Em termos metodológicos, esta análise estrutural segue os princípios adotados pela Comissão Europeia, designadamente ao nível da definição de mercados relevantes e ao estudo da estrutura dos mercados.²⁸ Com efeito, atenta a influência da estrutura dos mercados no comportamento dos operadores, tem-se em vista concluir sobre preocupações concorrenciais associadas a níveis de concentração de mercado elevados e seus possíveis efeitos negativos, tais como os referidos no capítulo introdutório, por exemplo, preços excessivamente altos e qualidade dos serviços reduzida.

3.1. Definição dos mercados relevantes

Como primeiro passo para se estudar a estrutura dos mercados, é necessário proceder a uma identificação dos mercados relevantes. Esta identificação exige que se delimite o âmbito dos produtos ou serviços dos mercados e, simultaneamente, os limites geográficos desses mercados. É do cruzamento das delimitações ao nível do produto ou serviço e ao nível da área geográfica que resulta a definição de mercados relevantes.

Mercado relevante do produto

Para efeitos de definição de mercado relevante do produto, importa reconhecer que as restrições à atuação dos operadores decorrem das condições de substituíbilidade do lado da procura e de substituíbilidade do lado da oferta.

A substituíbilidade do lado da procura dita que se defina o mercado relevante do produto como o conjunto de todos os produtos e/ou serviços que o consumidor considera substituíveis em virtude das suas características, preço ou uso pretendido.

Na análise da substituíbilidade da oferta, verifica-se se os processos produtivos de diferentes produtos ou serviços partilham tecnologias semelhantes e, assim, podem resultar de uma única estrutura produtiva. Todos os produtos ou serviços que podem ser produzidos sem esforço

²⁸ 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, 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.

significativo de adaptação da tecnologia de produção e sem qualquer aumento significativo de investimentos ou custos suplementares, devem ser considerados pertencentes a um mesmo mercado de produto, mesmo que os diferentes tipos de produto ou serviço não sejam substituíveis para os consumidores.²⁹

A substituíbilidade do lado da oferta releva particularmente em setores como o da saúde, onde muitos operadores não circunscrevem o exercício da sua atividade a apenas um serviço ou produto, apresentando-se como empresas multiproduto, abarcando serviços e/ou produtos em cada subcategoria ou mercado. Este é particularmente o caso dos estabelecimentos de natureza hospitalar, que, por regra, dispõem, com maior ou menor grau de diferenciação, de uma alargada carteira de cuidados de saúde, numa lógica de diversificação da oferta de cuidados aos utentes, de aproveitamento de economias de gama e de prestação de cuidados de saúde complementares³⁰ na satisfação das necessidades dos utentes. Tipicamente, um estabelecimento hospitalar oferece uma cadeia alargada de serviços e/ou produtos, não obstante poderem ser específicos e insubstituíveis, quer do ponto de vista da procura, quer do da oferta.

Assim, é-se remetido para uma lógica de mercados em *cluster*, que resulta na definição do mercado de cuidados de saúde hospitalares gerais. Neste sentido, a ERS tem adotado, nas análises que vem fazendo ao setor (designadamente no âmbito de pareceres sobre operações de concentração) uma definição assente nas seguintes premissas: (i) o mercado do produto é um conjunto de diferentes produtos/serviços (*cluster*), cuja produção se justifica pelas vantagens de custos da oferta (economias de gama) e pelas preferências dos utentes; (ii) os utentes recorrem ao 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, em que os utentes podem ser referenciados entre as unidades do operador para a obtenção de todo o leque de cuidados de saúde hospitalares de que podem necessitar.

Atenta esta definição de mercado relevante do produto, ou seja, de cuidados de saúde hospitalares gerais, importa, contudo, notar que, além de se considerar dentro deste mercado a oferta de

²⁹ 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.

³⁰ 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.

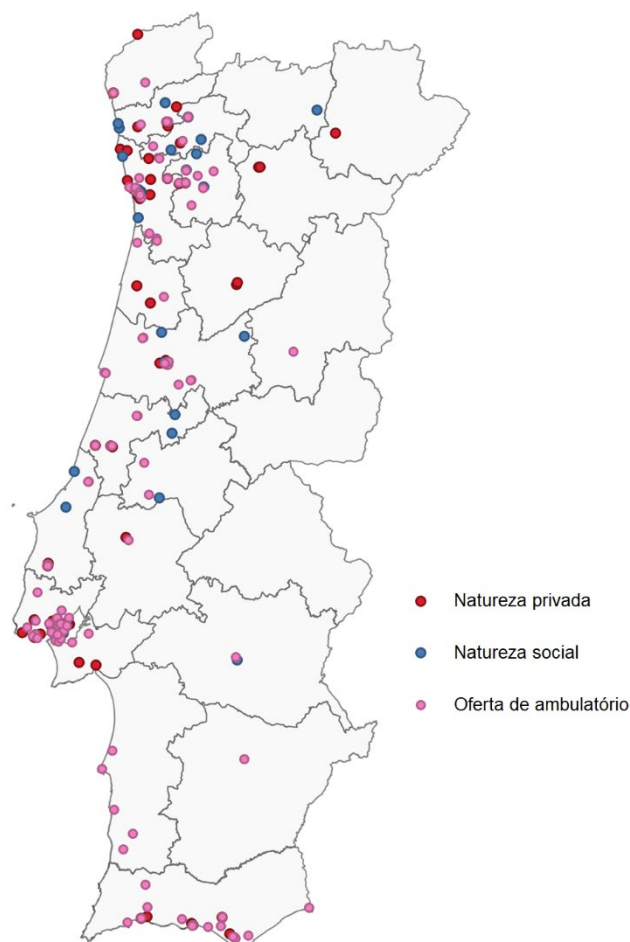
serviços localizada nos estabelecimentos com natureza hospitalar, inclui-se também como oferta relevante as unidades dos mesmos operadores que, não prestando todo o tipo de serviços de saúde hospitalares, tenham uma atividade coordenada com as unidades hospitalares numa lógica de prestação em rede, em que os utentes podem ser referenciados entre as unidades para a obtenção, num único operador, de todo o leque de serviços de saúde hospitalares de que necessitem. Tal premissa leva, concretamente, à inclusão na análise, como integrantes da oferta de um mesmo operador, das unidades sem internamento que prestam serviços de saúde de forma integrada com os hospitais, captando clientes para todas as unidades do operador. Sendo assim, as avaliações concorrenciais realizadas e apresentadas neste estudo seguem esta ótica de delimitação dos operadores no mercado, em que se considera também a oferta de ambulatório que possa atuar de forma integrada com os hospitais, seguindo a prática adotada pela ERS nos seus pareceres sobre operações de concentração no sector emitidos a pedido da AdC.

Concretamente, estão em causa 124 estabelecimentos de ambulatório detidos por 18 dos 57 operadores identificados no sector hospitalar. Estes estabelecimentos localizam-se nas mesmas regiões (NUTS III) do país dos estabelecimentos hospitalares com internamento, ou em regiões vizinhas.³¹ Assim, a importância da sua consideração reside sobretudo na expansão da capacidade instalada para oferta de serviços, e no incremento do poder de captação de consumidores pela maior capilaridade da rede de serviços.

A figura 3 apresenta os 218 pontos de oferta dos prestadores de cuidados de saúde hospitalares, incluindo os 94 hospitais e as 124 unidades sem internamento.

³¹ Com efeito, foram selecionadas do SRER as 124 unidades sem internamento detidas pelos 18 grupos com base no critério de proximidade relativa a unidades com internamento do mesmo grupo. Sendo assim, foram consideradas apenas as unidades sem internamento que se localizam na mesma NUTS III de uma unidade com internamento do mesmo grupo, ou em NUTS III vizinhas.

Figura 3 – Pontos de oferta hospitalar não pública: hospitais e estabelecimentos de ambulatório com atuação integrada



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

Mercado geográfico relevante

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

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

No caso em apreço, do sector hospitalar não público, a ERS tem recorrido a referências existentes de tempos máximos de deslocação.³² Tendo em conta essas referências e atento o tipo de mercado em causa, o mercado geográfico relevante tem sido definido com base em áreas de influência de até 90 minutos de tempos de viagem dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares, tal como também já considerou a AdC, por exemplo, na operação de concentração Ccent/2017/21 - Luz Saúde/British Hospital: “o mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares tem uma delimitação geográfica tendencialmente regional, atendendo a considerações do lado da procura, nomeadamente, o tempo de deslocação máximo que o utente está disposto a percorrer para receber um determinado tratamento: até 30 minutos em estrada para a generalidade dos serviços e até 90 minutos para cirurgias”.³³

Sendo assim, é considerada neste estudo a definição de mercado geográfico relevante com base em áreas de influência de 90 minutos.

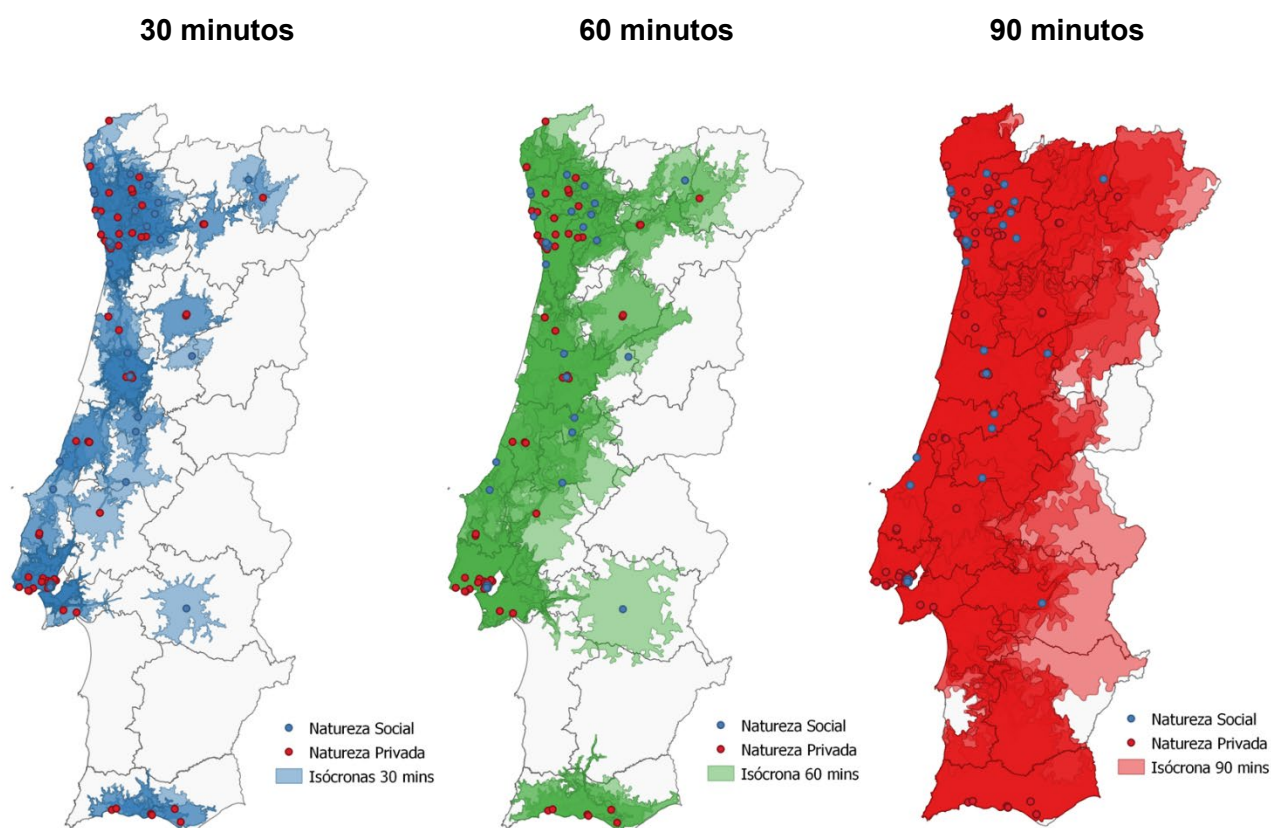
A figura 4 apresenta um exercício de comparação da abrangência das áreas de influência dos 96 hospitais para constatação das diferenças consoante a definição dos seus limites em termos de tempos de viagem: 30 minutos, 60 minutos e 90 minutos. Constata-se que, nas regiões de maior aglomerado de estabelecimentos, a diferença relativa na capacidade de atração de utentes será

³² Concretamente, a ERS tem adotado as referências de tempos máximos de viagem recomendadas pelo GMENAC (*Graduate Medical Education National Advisory Committee*, comité criado nos anos 80 do século passado pelo governo dos Estados Unidos da América para aconselhamento do *Department of Health and Human Services*), de 30 minutos para cuidados de saúde primários, serviços de urgência/emergência e cuidados médicos gerais de adultos e crianças, 45 minutos para cuidados de obstetria e 90 minutos para intervenções cirúrgicas gerais ou cuidados de saúde hospitalares (*vide* Hughes, J. G., Budetti, P. P., Chapman, D. D., Cramblett, H. G., Mathies, A. W., Meyer, B. P., Seidel, H., Slungaard, R. K., Connelly, J. P., & Bornstein, S. L. (1981), Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee, *Pediatrics*, 67(5), 585-596 e Fortney, J., Rost, K., & Warren, J. (2000), Comparing Alternative Methods of Measuring Geographic Access to Health Services, *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 1(2), 173-184.

³³ Toda a informação pública sobre a operação de concentração pode ser consultada em https://extranet.concorrencia.pt/PesquisAdC/CCENT_Page.aspx?Ref=Ccent_2017_21.

reduzida dada a proximidade dos concorrentes, sendo mais expressivas em regiões do interior do território.

Figura 4 – Isócronas à rede de hospitais não públicos



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e com recurso ao QGIS.

3.2. Barreiras à entrada nos mercados

A abertura e entrada em funcionamento de unidades de saúde privadas 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 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 pelo Decreto-Lei n.º 125/2019, de 28 de agosto), estando os estabelecimentos hospitalares particularmente dependentes do cumprimento dos requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas estabelecidos na Portaria n.º 290/2012, de 24 de setembro, para as unidades privadas que dispõem de internamento.

Todavia, importa realçar que apesar do regime jurídico do licenciamento prever, no n.º 1 do seu artigo 1.º, que o licenciamento incide sobre “[...] os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração”, na prática existe um regime distinto para os prestadores públicos e sociais. Para os prestadores sociais abrangidos pelo artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro (i.e. os hospitais que foram devolvidos às Misericórdias mediante a celebração de acordo de cooperação), a verificação dos requisitos de funcionamento é titulada por declaração de conformidade e não por licença, sendo certo que esta declaração de conformidade “[...] é obtida mediante procedimento próprio, a definir por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, a qual fixa também os requisitos técnicos de funcionamento para os estabelecimentos prestadores em causa”. Por último, para as restantes Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), bem como para as instituições militares, “[...] as condições de abertura e funcionamento, bem como os termos da declaração de conformidade, são definidos por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e, respetivamente, da segurança social ou da defesa nacional” (cf. n.º 5 do artigo 2.º da Portaria n.º 127/2014, de 22 de agosto), regime que carece de concretização.

Naturalmente, os regimes de registo e licenciamento constituem custos de contexto para entrada no mercado por parte dos operadores. Trata-se de uma barreira temporal consubstanciada nos prazos de que a ERS dispõe para decisão do processo de licenciamento.³⁴ A esta barreira temporal juntam-se os custos associados à necessidade de garantir os requisitos físicos e humanos impostos pelas regras do licenciamento.

Por outro lado, em determinados ramos da atividade do sector da saúde, a empresa que pretende desenvolver a sua atividade poderá ter de observar requisitos acrescidos aos do licenciamento junto da ERS. Em determinadas áreas, como é o caso, por exemplo, da radiologia, subsiste a necessidade de, para além dos investimentos acrescidos que a maior especialização possa acarretar, obtenção de licenças específicas de licenciamento, como sejam a licença para funcionamento de instalações radiológicas (Decreto-Lei n.º 108/2018, de 3 de dezembro) e a licença de equipamento médico pesado e sua renovação (Decreto-Lei n.º 95/95, de 9 de maio).

Para além das imposições em termos de licenças existem ainda alguns condicionamentos quanto à instalação de determinados equipamentos, com base em rácios por número de habitantes

³⁴ Concretamente, nos termos do n.º 1 do artigo 9.º do regime jurídico do licenciamento, a ERS deve decidir 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).

definidos legalmente, como instituído pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho.

Os trâmites administrativos agora identificados, embora possam ser vistos como algo positivo para a garantia do cumprimento de requisitos que beneficiarão a qualidade na prestação de cuidados de saúde, impõem custos de acesso ao mercado diretos (custos de investimento) e indiretos (tempo para acesso ao mercado), podendo dessa forma representar um desincentivo à entrada no mercado por parte de alguns operadores. Por sua vez, este desincentivo pode limitar a contestabilidade dos mercados, especialmente nas regiões onde o nível de concentração de quota de mercado seja maior e onde existam posições dominantes por parte de operadores presentes.

Numa outra ótica, um importante fator condicionante dos mercados do sector hospitalar privado que, não constituindo em si uma barreira à entrada no mercado, dita de forma relevante a atratividade desse mercado e, dessa forma, a permanência no mercado por parte dos operadores, é a detenção de contratos com agentes financiadores que intermedeiem a relação económica entre prestadores e utentes.

Com efeito, no sistema de saúde português predomina o financiamento do consumo de cuidados de saúde através de terceiro pagador, seja ele público (como o SNS e os subsistemas públicos) seja privado (como os subsistemas privados e os seguros de saúde privados voluntários ou obrigatórios). Verifica-se que tais fontes de financiamento representam cerca de 62% da despesa nos hospitais privados.³⁵

Certo é que em alguns dos casos, a contratação direta entre financiador e prestador não é a única via de financiamento, podendo os beneficiários usufruir do financiamento através de regimes de reembolso (veja-se, por exemplo, o regime livre da ADSE). Nestes casos, o atendimento de beneficiários não exige a detenção de contratos com as entidades gestoras.

No entanto, os dados disponíveis revelam que a maior parte do volume de negócios decorrente do atendimento de utentes com terceiro pagador, seja ele público ou privado, ocorre em contexto de contratação entre financiador e prestador. Veja-se, por exemplo, o caso da ADSE, o mais representativo dos subsistemas públicos. Segundo os dados do relatório de atividades mais recente da ADSE, em 2021, a faturação de regime convencionado entrada e aceite na ADSE totalizou 392,2

³⁵ Percentagem estimada com base na média de dados de 2011 a 2021 do INE, disponíveis em <https://www.ine.pt> na Conta Satélite da Saúde, consultados em 6 de julho de 2023. Os dados de 2021 são provisórios.

milhões de euros decorrentes do recurso por mais de 860.000 dos 1.279.090 beneficiários aos 1.476 prestadores convencionados registados no final do ano.³⁶

Já no caso do SNS, não existem, por regra, esquemas de reembolso aos utentes, estando a prestação de serviços a utentes ao abrigo do financiamento do SNS dependente da contratação dos operadores com o Estado, seja no regime de convenções (nos termos do regime jurídico aprovado pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro), seja por meio de contratos de parceria público-privada para a gestão de unidades do SNS ou acordos de gestão ou cooperação com instituições particulares de solidariedade social (nos termos do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro).

3.3. Métodos e critérios de análise da estrutura dos mercados

A apreciação da dimensão de um mercado e da sua estrutura releva como um dos fatores indicativos do funcionamento mais ou menos concorrencial desse mercado. A avaliação concorrencial aqui apresentada assenta na aferição do grau de concentração dos mercados relevantes como indicador principal da existência (ou inexistência) de poder de mercado por parte dos operadores. Assim, acompanhando de perto as orientações da Comissão Europeia nesta matéria,³⁷ a análise realizada considerou os níveis de quotas de mercado e o Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) como indicadores da estrutura dos mercados (*vide* quadro 1).

Com efeito, o estudo das quotas de mercado e do IHH é uma das formas mais comuns de aferir o grau de concentração dos mercados. Estas métricas fornecem uma indicação da pressão concorrencial nos mercados, podendo concluir-se sobre a concentração nos mercados com base nos níveis absolutos do IHH.³⁸

Em concreto, de acordo com a Comissão Europeia, um IHH inferior a 1.000 pontos indica que é pouco provável a identificação de preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal no

³⁶ No final de 2021, eram 1.187.253 os beneficiários da ADSE em Portugal continental. Por sua vez, enquanto os 1.476 prestadores convencionados atuavam em 3.403 locais de prestação, 3.329 situavam-se em Portugal continental.

³⁷ “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.

³⁸ 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).

mercado. Por outro lado, um IHH superior a 2.000 pontos já seria indicativo de uma concentração substancial no mercado.

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

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

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

em que:

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

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

Nas suas análises concorrenciais, a ERS vem utilizando uma versão estendida do cálculo do IHH para a obtenção de resultados com maior nível de detalhe, por meio do uso de unidades geográficas de análise pequenas e das áreas de influência que constituem os mercados geográficos (*vide* quadro 2).³⁹ A utilização desta versão, que também se adota no presente estudo, apresenta como vantagem face à anterior o facto de não produzir resultados para regiões previamente definidas, ou seja, regiões administrativas ou para fins estatísticos, como os distritos ou as NUTS, por exemplo. De facto, a análise que se baseia em regiões predefinidas:

- (i) não considera os fluxos de utentes que cruzam as suas fronteiras, desconsiderando assim pressões concorrenciais exercidas entre prestadores localizados em regiões distintas, mesmo que estejam muito próximos entre si;
- (ii) não identifica variações na concentração de mercado no interior das grandes áreas geográficas das regiões;

³⁹ *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.

- (iii) não diferencia as distâncias grandes das pequenas no interior das grandes áreas geográficas, considerando assim que são indiferentes para os utentes, quando precisam de recorrer a pontos de oferta dessas regiões;⁴⁰
- (iv) é mais vulnerável ao erro MAUP (*modifiable areal unit problem*): a escolha das regiões e suas fronteiras determina o resultado de uma determinada área geográfica.⁴¹

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 código postal de quatro dígitos, por exemplo);
- G refere-se aos grupos empresariais detentores dos estabelecimentos ($G = 1$ é o maior grupo, $G = 2$ é o segundo maior grupo, e assim por diante, até $G = N$, que é o grupo 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 grupo 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 no interior das áreas de influência.

Ainda 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”, embora também se possa determinar 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”, podendo resultar em entraves significativos à concorrência efetiva.

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

⁴⁰ Portanto, se as regiões forem muito grandes, podem considerar, por exemplo, que, para os utentes que residem ali uma viagem de uma hora seria equivalente a uma viagem de cinco minutos.

⁴¹ Sobre o erro MAUP, *vide* Polzin et al. (2016).

ou numa parte substancial deste”, e o n.º 4 do artigo 41.º da mesma lei dispõe que não devem ser autorizadas “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”.

Assim, uma segunda medida da estrutura concorrencial dos mercados relevantes habitualmente utilizada pela ERS nas suas avaliações de mercado e que também é adotada no presente estudo consiste no cálculo do limite de quota de mercado a partir do qual se pode determinar se a empresa de maior quota num mercado relevante tem posição potencialmente dominante (*vide* quadro 3).⁴²

Quadro 3 – Identificação de potencial dominância

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

em que:

- $Q_i^{D^E}$ é o limite de quota de mercado, a partir do qual o prestador de maior quota tem posição potencialmente dominante, calculado para a unidade geográfica i ;
- Q_{1l} refere-se à quota de mercado do grupo empresarial de maior quota, calculada para a unidade geográfica i ;
- Q_{2l} refere-se à quota de mercado do grupo empresarial 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.

Finalmente, note-se que o cálculo das quotas de mercado pode ser efetuado com base em diversos parâmetros da atividade das empresas presentes nos mercados. Como salienta a Comissão Europeia, para além do volume de negócios, a capacidade produtiva das empresas constitui

⁴² No âmbito da avaliação do impacto de operações de concentração, a ERS tem recorrido a um critério que resulta da conjugação dos métodos apresentados nos quadros 2 e 3, segundo a proposta de Polzin et al. (2016), 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. Isto significa que os problemas potenciais em termos concorrenciais verificar-se-ão nos mercados em que o IHH é superior a 2.000 e há potencial dominância, enquanto se conclui pela inexistência de preocupação imediata quanto a problemas concorrenciais nos mercados em que estas duas condições não se verifiquem conjuntamente.

igualmente elemento válido para aferição das posições relativas dos agentes económicos no mercado.⁴³

Neste sentido, a ERS tem recorrido, nas suas análises, primordialmente a informação sobre a capacidade produtiva dos estabelecimentos, designadamente o número de médicos ou o número total de profissionais de saúde, essencialmente por um imperativo de exequibilidade, na medida em que essa é a informação que permite aferir as quotas de mercado que presentemente recolhe de forma sistemática e completa através do SRER que suporta o registo público de prestadores de cuidados de saúde. Neste estudo adota-se o número de médicos como representativo da capacidade produtiva dos estabelecimentos e para efeito do cálculo das quotas de mercado dos operadores.⁴⁴

3.4. Análise da concentração dos mercados

Na presente secção são apresentados os resultados das avaliações concorrenciais realizadas, sendo 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 considera os 57 operadores dos 94 hospitais e dos 124 estabelecimentos de ambulatório que se consideraram atuar de forma integrada com os hospitais, segundo o critério adotado, da localização desses estabelecimentos na mesma NUTS III ou em NUTS III vizinha de unidade de internamento do mesmo grupo.

Tendo em conta as definições de mercado relevante identificadas na secção 3.1 e considerando, assim, as áreas de influência de 90 minutos dos 218 pontos de oferta de cuidados de saúde hospitalares gerais, foram efetuados os cálculos dos IHH e para identificação de potencial dominância para os concelhos de Portugal continental cobertos pelas áreas de influência.⁴⁵ A tabela

⁴³ 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.

⁴⁴ Por curiosidade, refira-se que, em exercício feito anteriormente na ERS por meio da adoção do número de camas para uma avaliação concorrencial que considerou apenas as unidades com internamento, constatou-se que os resultados foram um pouco menos concentrados do que os resultados das avaliações com base no número de médicos.

⁴⁵ Foi definido um ponto de referência por concelho para o cálculo dos tempos de viagem até 90 minutos que definiriam as áreas de influência, concretamente o ponto de referência da área de código postal mais populosa. 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 a escolha do prestador em termos de distância a percorrer (*vide* Polzin et al., 2016). Os tempos de viagem foram obtidos através do Google Maps.

6 exprime os resultados obtidos, apresentados por NUTS III de Portugal continental, notando-se que não se obteve qualquer resultado de baixa concentração de mercado (IHH < 1.000).

Tabela 6 – Níveis de concentração IHH

NUTS II	NUTS III	N.º de operadores	N.º de concelhos			% população coberta com nível de concentração alto
			Nível de concentração			
			Médio 1.000 ≤ IHH ≤ 2.000	Alto (IHH > 2.000) 2.000 < IHH < 10000	IHH = 10.000 (monopólio)	
Norte	Alto Minho	2	8	2	0	11%
	Alto Tâmega	1	2	4	0	79%
	Área Metropolitana do Porto	15	17	0	0	0%
	Ave	5	7	1	0	2%
	Cávado	8	6	0	0	0%
	Douro	2	7	10	2	38%
	Tâmega e Sousa	9	10	1	0	4%
	Terras de Trás-os-Montes	2	0	8	0	94%
Centro	Beira Baixa	0	2	2	2	85%
	Beiras e Serra da Estrela	1	0	15	0	100%
	Viseu Dão Lafões	4	4	10	0	85%
	Médio Tejo	2	9	4	0	21%
	Oeste	6	12	0	0	0%
	Região de Aveiro	2	11	0	0	0%
	Região de Coimbra	8	9	10	0	44%
	Região de Leiria	5	8	2	0	10%
AML	Área Metropolitana de Lisboa	13	18	0	0	0%
Alentejo	Alentejo Central	2	3	11	0	78%
	Alentejo Litoral	2	2	3	0	74%
	Alto Alentejo	0	0	14	0	97%
	Baixo Alentejo	1	1	11	1	93%
	Lezíria do Tejo	2	7	4	0	23%
Algarve	Algarve	5	0	16	0	100%
Portugal continental		57	143	128	5	20%

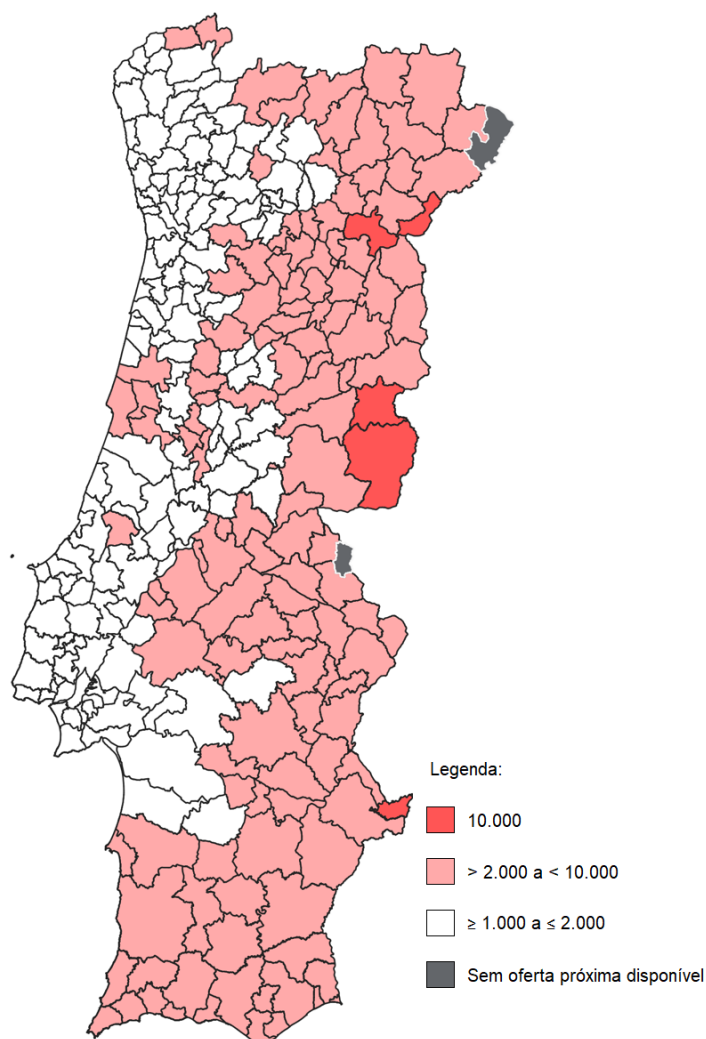
Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER, do INE e do Google Maps.

A coluna da percentagem da população coberta com nível de concentração alto na tabela 6 refere-se à população residente em áreas com concentração substancial de mercado, conforme definição da Comissão Europeia (IHH > 2.000). Assim, é possível verificar que 20% da população de Portugal continental, residente em 133 concelhos, tem acesso a cuidados de saúde hospitalares em mercados substancialmente concentrados, portanto, mais suscetíveis de gerar situações indesejáveis para o utente, tais como preços excessivamente altos, prestação de cuidados de saúde

com menor qualidade, menor variedade de serviços e restrições à liberdade de escolha. Também será nesses concelhos que potenciais novos operadores poderão enfrentar restrições de acesso ao mercado, nomeadamente a recursos ou infraestrutura essenciais, e será também mais provável nesses mercados a prática de preços predatórios. Por outro lado, elevados níveis de concentração poderão também impactar negativamente nas contratações a realizar no âmbito do SNS (designadamente ao abrigo de contratos de convenção). Com efeito, em regiões com elevados níveis de concentração, os prestadores privados podem exigir condições contratuais mais favoráveis, designadamente preço mais elevado a pagar pelo SNS, sob pena da não adesão à convenção e da não prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS nessas regiões.

Da análise da tabela 6 resulta que a NUTS II da Área Metropolitana de Lisboa é a única que não tem nível de concentração alto, em nenhum dos seus concelhos. Na região Norte, há duas NUTS III – Alto Tâmega e Terras de Trás-os-Montes – em que a maioria da população reside em concelhos com nível de concentração alto. Na região Centro, em três NUTS III a maioria da população reside em concelhos com nível de concentração alto: Beira Baixa, Beiras e Serra da Estrela e Viseu Dão Lafões. Na Área Metropolitana de Lisboa, com 13 operadores que concorrem entre si, não é identificado um nível de concentração alto. Quanto ao Alentejo, a maioria da população reside em concelhos com nível concentração alto nas NUTS III Alentejo Central, Alentejo Litoral, Alto Alentejo e Baixo Alentejo. Na região do Algarve, o resultado de nível de concentração alto ocorre em todos os concelhos. Estes resultados são visíveis no mapa da figura 5, onde se destacam os resultados com IHH igual a 10.000, que abrangem cinco concelhos, e também os concelhos sem oferta disponível, tendo em conta as áreas de influência de 90 minutos de tempo de viagem.⁴⁶

⁴⁶ O resultado de IHH igual a 10.000, identificado nos concelhos representa a situação do monopólio, pelo que a maioria da população residente naqueles concelhos tem apenas um operador disponível em até 90 minutos de viagem. Os concelhos de Marvão e Miranda do Douro não apresentaram disponibilidade de acesso a este tipo de cuidados, no tempo de viagem considerado. Recorde-se que o critério de abrangência adotado considerou como ponto de referência do concelho a sua área de código postal com maior população residente.

Figura 5 – Resultados dos níveis de concentração por concelho

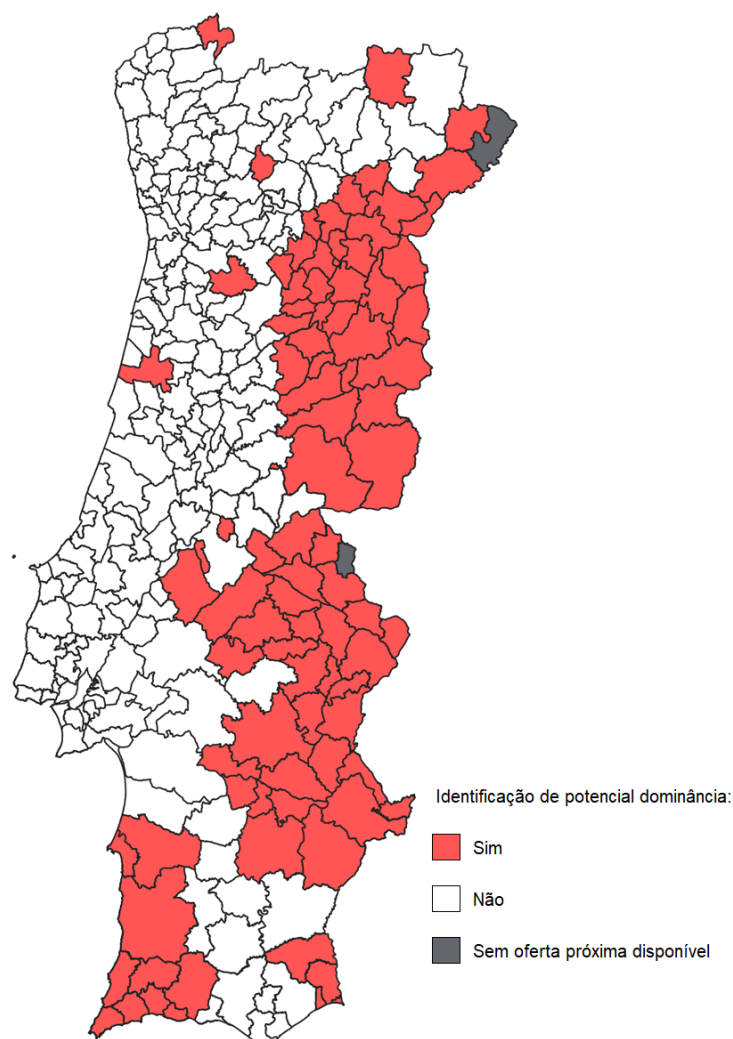
Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER, do INE e do Google Maps, e com recurso ao QGIS.

Por seu turno, na tabela 7 e na figura 6 encontram-se os resultados da análise à potencial posição dominante por parte de um operador, segundo o método adotado (*vide* quadro 3 na secção anterior), da qual resulta que 11% da população reside em mercados cujo maior operador detém posição de potencial dominância. Como se pode notar, embora a Área Metropolitana de Lisboa seja a única em que não foi identificada posição dominante, apenas nas regiões Centro e Alentejo há NUTS III em que mais de 50% da população coberta reside em concelhos com identificação de posição dominante (*vide* tabela 7).

Tabela 7 – Identificação de posição potencialmente dominante

NUTS II	NUTS III	N.º de operadores	N.º de concelhos		% população coberta com identificação de posição dominante
			Posição dominante		
			Não	Sim	
Norte	Alto Minho	2	9	1	3%
	Alto Tâmega	1	6	0	0%
	Área Metropolitana do Porto	15	17	0	0%
	Ave	5	7	1	2%
	Cávado	8	6	0	0%
	Douro	2	10	9	28%
	Tâmega e Sousa	9	11	0	0%
	Terras de Trás-os-Montes	2	4	4	24%
Centro	Beira Baixa	0	3	3	81%
	Beiras e Serra da Estrela	1	0	15	100%
	Viseu Dão Lafões	4	8	6	24%
	Médio Tejo	2	11	2	3%
	Oeste	6	12	0	16%
	Região de Aveiro	2	11	0	0%
	Região de Coimbra	8	18	1	8%
	Região de Leiria	5	10	0	0%
AML	Área Metropolitana de Lisboa	13	18	0	0%
Alentejo	Alentejo Central	2	3	11	78%
	Alentejo Litoral	2	2	3	74%
	Alto Alentejo	0	0	14	97%
	Baixo Alentejo	1	6	7	64%
	Lezíria do Tejo	2	10	1	4%
Algarve	Algarve	5	6	10	43%
Portugal continental		57	188	88	11%

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

Figura 6 – Resultados da identificação de posição potencialmente dominante por concelho

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

Finalmente, expressa-se na tabela 8 e na figura 7 os resultados de forma conjunta, para destacar as regiões em que, para além de haver uma concentração de mercado refletida num IHH superior a 2.000, há também a identificação de posição potencialmente dominante. Estes serão os resultados que mais denotam preocupações concorrenciais, identificando as regiões com maior suscetibilidade de ocorrência dos efeitos negativos para o utente, para os outros operadores, e para o SNS, anteriormente referidos.

Todos os concelhos com resultados de identificação de posição potencialmente dominante têm resultados com IHH superior a 2.000. Por seu turno, é possível distinguir nesta apresentação de resultados aqueles mercados geográficos com um IHH superior a 2.000, mas que não têm operadores com posição potencialmente dominante (45 concelhos, no total). As zonas associadas

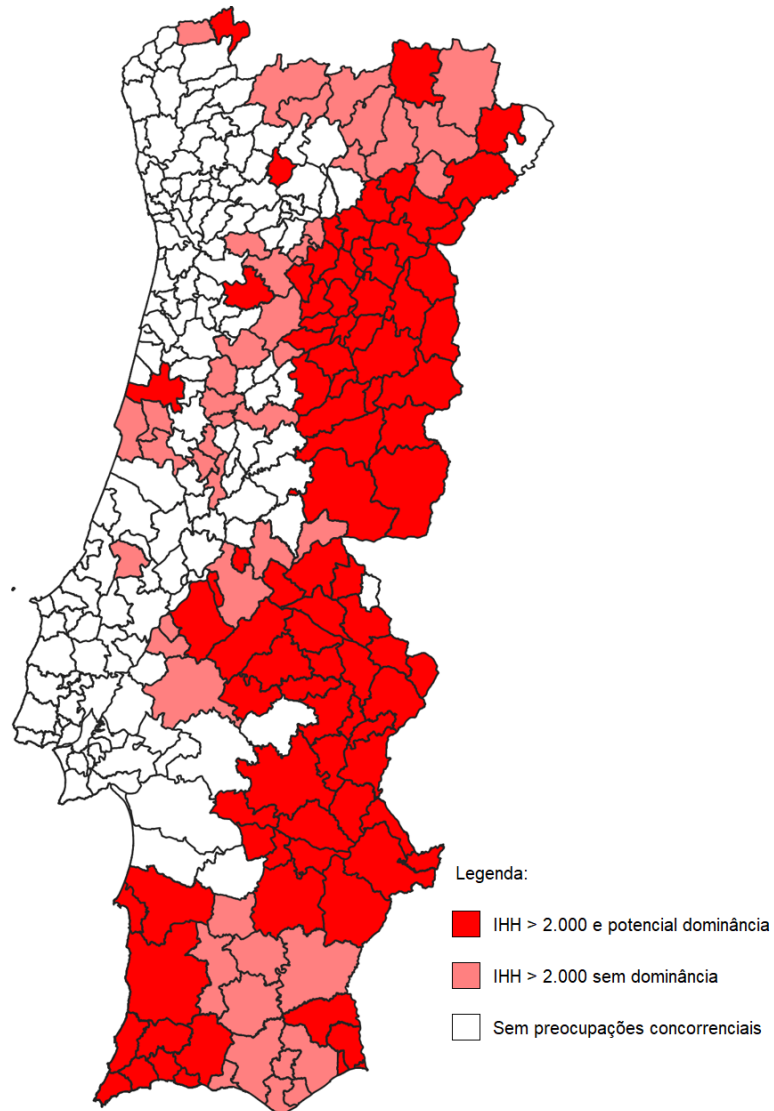
a resultados que expressam uma menor preocupação concorrencial encontram-se, sobretudo, na região Norte e na Área Metropolitana de Lisboa.

Tabela 8 – Resultados dos IHH e da identificação de posição potencialmente dominante

NUTS II	NUTS III	N.º de operadores	N.º de concelhos		
			Posição dominante e IHH		
			Não, IHH ≤ 2000	Não, IHH > 2.000	Sim, IHH > 2.000
Norte	Alto Minho	2	8	1	1
	Alto Tâmega	1	2	4	0
	Área Metropolitana do Porto	15	17	0	0
	Ave	5	7	0	1
	Cávado	8	6	0	0
	Douro	2	7	3	9
	Tâmega e Sousa	9	10	1	0
	Terras de Trás-os-Montes	2	0	4	4
Centro	Beira Baixa	0	2	1	3
	Beiras e Serra da Estrela	1	0	0	15
	Viseu Dão Lafões	4	4	4	6
	Médio Tejo	2	9	2	2
	Oeste	6	12	0	0
	Região de Aveiro	2	11	0	0
	Região de Coimbra	8	9	9	1
	Região de Leiria	5	8	2	0
AML	Área Metropolitana de Lisboa	13	18	0	0
Alentejo	Alentejo Central	2	3	0	11
	Alentejo Litoral	2	2	0	3
	Alto Alentejo	0	0	0	14
	Baixo Alentejo	1	1	5	7
	Lezíria do Tejo	2	7	3	1
Algarve	Algarve	5	0	6	10
	Portugal continental	57	143	45	88

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER, do INE e do Google Maps; na tabela, “Não” representa a não identificação de posição dominante; “Sim” significa a identificação de posição dominante.

Figura 7 – Conjugação dos resultados dos IHH e da identificação de posição potencialmente dominante por concelho



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SRER e com recurso ao QGIS.

4. Conclusões

Na última década observou-se em Portugal o crescimento da importância relativa do sector hospitalar não público no contexto do sistema de saúde, com a despesa corrente em saúde a aumentar rapidamente nos hospitais privados: 70% entre 2011 e 2021.

A despesa corrente em saúde nos hospitais privados é crescentemente suportada pelos pagamentos diretos das famílias, identificando-se um crescimento médio de 7,9% destes pagamentos entre 2011 e 2021, mantendo-se, contudo, predominante o financiamento através de terceiro pagador (mormente SNS, subsistemas públicos, subsistemas privados e seguros).

Alguns grandes grupos empresariais privados têm ganhado relevo no setor dos cuidados hospitalares, em parte através de uma dinâmica de fusões e aquisições de operadores. Identificam-se 57 operadores que detêm 94 hospitais, ou seja, unidades de saúde prestadores de cuidados de saúde hospitalares gerais com internamento, e 124 unidades sem internamento, que complementam a sua oferta hospitalar. Foram estes 218 estabelecimentos, detidos por 57 operadores, que foram considerados no presente estudo.

Do estudo realizado, conclui-se, globalmente, que os mercados regionais são muito concentrados, considerando os níveis dos índices de concentração, calculados com base nas quotas de mercado. Com efeito, não se identificou qualquer resultado de baixa concentração de mercado e nalguns mercados foram identificados operadores com posição potencialmente dominante, bem como situação de monopólio.

Os seguintes resultados podem ser resumidos de forma destacada:

- i. Cerca de 20% da população residente em Portugal continental reside em 133 concelhos a que estão associados ao nível de concentração alto, conforme definição da Comissão Europeia;
- ii. Com exceção da Área Metropolitana de Lisboa, em todas as outras regiões NUTS II de Portugal continental há regiões NUTS III em que a maioria da população reside em concelhos com resultados de nível de concentração alto.
- iii. Em 88 dos 133 concelhos com resultados de concentração alta há operadores a atuar com uma posição potencialmente dominante; estes resultados englobam 11% da população residente em Portugal continental.
- iv. Os resultados identificativos de uma posição potencialmente dominante abrangem sobretudo NUTS III das regiões Centro e Alentejo.

- v. Os mercados regionais menos concentrados (com um nível de concentração considerado moderado) e que levantam uma menor preocupação concorrencial localizam-se principalmente nas regiões Norte e Área Metropolitana de Lisboa.

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 suscitam maior preocupação a nível concorrencial. Assim, a ERS continuará a monitorizar este mercado, com o intuito de identificar a ocorrência de eventuais efeitos negativos que possam advir dos elevados níveis de concentração e de eventual abuso de posição dominante, designadamente ao nível do acesso e da qualidade dos cuidados prestados.



ERS

ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE

RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 L32
4100-455 PORTO - PORTUGAL
T +351 222 092 350
GERAL@ERS.PT
WWW.ERS.PT