



**PARECER DA ERS SOBRE A  
OPERAÇÃO DE CONCENTRAÇÃO COM A REFERÊNCIA  
CCENT 21/2015 – LUZ SAÚDE / ATIVOS CASA DE SAÚDE DE GUIMARÃES  
(versão não confidencial)**

## **1. Introdução**

Por ofício recebido a 15 de maio de 2015, a Autoridade da Concorrência (AdC) solicitou à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) parecer sobre a operação de concentração com a referência Ccent 21/2015 – Luz Saúde / Ativos Casa de Saúde de Guimarães.

A operação consiste na aquisição pela Luz Saúde, S.A. (doravante Luz Saúde) do controlo exclusivo de um conjunto de ativos detidos pela Casa de Saúde de Guimarães, S.A. (doravante CSG): as unidades de negócio Hospital Privado de Guimarães (doravante HPG) e CliHotel de Gaia (concretamente, o “recheio das unidades, posições contratuais, licenças, inventários, etc.”, conforme descrito na página quatro da versão não confidencial da notificação prévia da operação de concentração<sup>1</sup>). As duas partes envolvidas na operação de concentração têm a seu cargo a gestão de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que se encontram sujeitos à regulação setorial da ERS.

Assim, nos termos do n.º 1 do artigo 55.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio, “sempre que uma concentração de empresas tenha incidência num mercado que seja objeto de regulação setorial, a Autoridade da Concorrência, antes de tomar uma decisão que ponha fim ao procedimento, solicita que a respetiva autoridade reguladora emita parecer sobre a operação notificada, fixando um prazo razoável para esse efeito”. No caso em apreço, a autoridade reguladora setorial é a ERS, tendo a AdC fixado um prazo de 10 dias úteis.

---

<sup>1</sup> Apresentada pela notificante JMS à AdC em 8 de maio de 2015 e recebida pela ERS em 15 de maio de 2015.

A elaboração do presente parecer, em resposta à AdC, insere-se igualmente no contexto do objetivo da ERS de “promover e defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado, em colaboração com a Autoridade da Concorrência na prossecução das suas atribuições relativas a este setor”, nos termos da alínea f) do artigo 10.º dos estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

## 2. Descrição das empresas envolvidas

Conforme se descreve na versão não confidencial da notificação prévia da operação de concentração, a parte adquirente é uma sociedade a constituir pela Luz Saúde – “NewCo” (página três da notificação). A atividade da Luz Saúde centra-se na prestação de cuidados de saúde, “através de uma rede de dezoito unidades, onde se incluem oito hospitais privados, um hospital público gerido em regime de parceria público-privada e sete clínicas privadas a operar em regime de ambulatório. Desenvolve ainda outras actividades, onde se incluem duas residências seniores concebidas para oferecer uma solução residencial integrada para cidadãos seniores independentes ou que necessitem de assistência no desempenho das suas actividades quotidianas” (página três da notificação). A Luz Saúde “está presente nas regiões Norte, Centro e Centro-Sul de Portugal” e o seu maior acionista é a Fidelidade – Companhia de Seguros, S.A. (página sete da notificação).

Os ativos dos dois estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde a serem adquiridos – HPG e CliHotel de Gaia –, pertencem à CSG, “uma empresa que desenvolve as suas actividades no segmento de prestação de cuidados de saúde privados na região do Ave, através de uma rede de três clínicas em regime de ambulatório e uma unidade hospitalar (o Hospital Privado de Guimarães), e no segmento de prestação de cuidados continuados de saúde e de residência sénior no Grande Porto, através do CliHotel de Gaia, situada em Vila Nova de Gaia” (página quatro da notificação).<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> As três clínicas em causa são os estabelecimentos com as designações de Casa de Saúde de Guimarães, Clínica Médica das Taipas e Clínica Médica de Vizela (*vide* página 20 da notificação), devendo notar-se, no entanto, que o estabelecimento Casa de Saúde de Guimarães consta no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS como uma unidade com internamento – sendo também identificada no seu *website* como ponto de oferta de consultas, meios complementares de diagnóstico, urgência, cirurgia e

### 3. Análise concorrencial

No presente parecer, o estudo do impacto da operação projetada na dinâmica concorrencial dos mercados relevantes é feito a partir da análise da estrutura dos mercados relevantes e das alterações nessa estrutura que deverão resultar da operação de concentração. A importância do estudo da estrutura dos mercados reside no facto de ela influenciar o comportamento dos operadores, dando assim uma indicação indireta sobre a provável *performance* dos mercados.

Concretizando, neste parecer simula-se o impacto da operação projetada em dois indicadores da estrutura: o grau de concentração dos mercados e a identificação de potencial dominância.

O primeiro passo para este estudo consiste na definição e caracterização dos mercados relevantes em causa.<sup>3</sup>

#### 3.1. Definição dos mercados relevantes

A noção de mercado relevante, enquanto conjunto de produtos e/ou serviços situados numa área geográfica, que exercem pressão concorrencial entre si, visa, sobretudo, identificar os condicionalismos concorrenciais que os diferentes prestadores têm de enfrentar no mercado em que se inserem e que são suscetíveis de restringir o seu comportamento.

Assim, a identificação dos mercados relevantes a estudar exige que se delimite o âmbito dos produtos/serviços dos mercados e, simultaneamente, os limites geográficos desses mercados. É do cruzamento das delimitações ao nível do produto/serviço e ao nível da área geográfica que resulta a definição de mercados relevantes.

No caso em apreço, importa desde já clarificar que a prestação de serviços de saúde, globalmente considerada, constitui um setor de atividade multifacetado e multidisciplinar, que engloba um largo e heterogéneo conjunto de serviços, entre

---

internamento –, pelo que é enquadrada no presente parecer como uma unidade prestadora de cuidados de saúde hospitalares.

<sup>3</sup> Este primeiro passo coaduna-se com o disposto na alínea a) do artigo 16.º dos estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a qual define como incumbência da ERS, para efeito do seu objetivo regulatório de defesa da concorrência, a identificação dos “mercados relevantes que apresentam características específicas setoriais”.

outros, os cuidados médicos e de enfermagem, e as técnicas de diagnóstico e de terapêutica, que visam atingir objetivos diversos (por exemplo, de diagnóstico, curativos, paliativos, etc.), que são especificamente orientados para necessidades de saúde concretas e diferenciadas, e que resultam de processos produtivos distintos.

E se, por um lado, tal multidisciplinaridade e diversidade de natureza dos serviços pode refletir-se na formação dos vários mercados de serviços de saúde, por outro lado, ela leva, na prática, ao surgimento de empresas multiproduto que abarcam um grande número e variedade de serviços, aproveitando relações de complementaridade do lado da procura e economias de gama na produção.

Daí ser necessário, como primeiro passo para se proceder à avaliação dos potenciais impactos concorrenciais de uma operação de concentração envolvendo prestadores de cuidados de saúde, proceder a uma clara identificação dos mercados de prestação de cuidados de saúde que potencialmente serão afetados, e que por isso se considera como relevantes para a análise a efetuar.

### **3.1.1. Mercado relevante do produto**

Ao nível da delimitação do conjunto de produtos e/ou serviços oferecidos num mercado, 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 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. Cada um dos cuidados de saúde está diretamente ligado ao estudo, diagnóstico ou tratamento específico a que se destina, pelo que um qualquer médico apenas deverá prescrever os cuidados que se revelem adequados às necessidades do utente, e não qualquer outro. Daqui decorre que, perante um hipotético aumento de preço (ou diminuição perceptível da qualidade, já que o raciocínio é o mesmo), a procura não se deslocaria para outro serviço, precisamente porque os serviços em causa não seriam permutáveis por outros.

No entanto, a definição do mercado relevante do produto deverá considerar também a substituíbilidade do lado da oferta. Esta diz respeito à possibilidade de os processos produtivos de diferentes produtos/serviços partilharem tecnologias semelhantes, e conseqüentemente, resultarem eficientemente de uma única estrutura produtiva. Neste

caso, todos os produtos/serviços que podem, sem esforço de adaptação da tecnologia de produção e sem qualquer aumento significativo de investimentos ou custos suplementares, ser produzidos com o mesmo processo produtivo, devem ser considerados pertencentes a um mesmo mercado de produto, mesmo que os diferentes tipos de produto/serviço não sejam substituíveis para os consumidores.

A substituíbilidade do lado da oferta releva particularmente em setores como o da saúde, onde muitos operadores não circunscrevem o exercício da sua atividade apenas a um serviço ou produto, antes se apresentando como empresas multiproduto, abarcando serviços ou produtos em cada subcategoria ou mercado.<sup>4</sup> Esse 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 serviços, numa lógica não só de diversificação da oferta de serviços aos utentes mas também de aproveitamento de economias de gama e de prestação de serviços complementares na satisfação das necessidades dos utentes. Um exemplo paradigmático 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. Tipicamente, um estabelecimento hospitalar oferece toda esta cadeia de serviços e/ou produtos, não obstante poderem ser, todos eles, bastante específicos e insubstituíveis, quer do ponto de vista da procura, quer do da oferta.

Neste caso, é-se, então, remetido para uma definição de mercados em *cluster*<sup>5</sup>, que resulta na definição do mercado de cuidados de saúde hospitalares. Tal definição considera o mercado do produto como sendo um conjunto de diferentes produtos (*cluster*), cuja produção se justifica pelas vantagens de custos da oferta (economias de gama) e pelas preferências dos utentes, independentemente das fontes de financiamento. Considera-se, assim, essencialmente, que os utentes recorrem ao

---

<sup>4</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 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.

<sup>5</sup> Vide, por exemplo, Ergas, H. (1997), “Cluster Markets: What They Are and How to Test for Them”, *The Centre for Research in Network Economics and Communications, School of Business and Economics, The University of Auckland*; e Baker, J. B. (2007), “Market Definition: An Analytical Overview”, *Antitrust Law Journal*, 74 (1), 129-173.

conjunto de cuidados de saúde que poderá obter junto do prestador, agregando o consumo em sítios específicos (ou seja, assume-se que não há procura por itens individuais, mas sim uma procura agregada).

Atenta esta definição de mercado relevante do produto (i.e., de cuidados de saúde hospitalares), importa, contudo, referir que, além de se considerar dentro desse mercado a oferta de serviços localizada nos estabelecimentos com natureza hospitalar, inclui-se também como oferta relevante algumas unidades dos mesmos operadores que, não prestando todo o tipo de cuidados de saúde hospitalares (como partos e internamento, por exemplo), têm 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 de todo o leque de cuidados de saúde hospitalares de que necessitem.

Tal premissa leva, concretamente, à inclusão na análise, como integrantes da oferta de um mesmo operador, das unidades de ambulatório com localização geográfica relativamente próxima às unidades hospitalares e/ou que prestam cuidados de saúde de forma integrada com os hospitais, de acordo com informações disponibilizadas nos *websites* dos respetivos operadores.

### **3.1.2. Mercados geográficos relevantes**

No que se refere à determinação da dimensão geográfica de um dado mercado relevante, considera-se a área geográfica na qual as empresas intervêm na oferta dos produtos/serviços relevantes, onde as condições de concorrência são suficientemente homogêneas e, por fim, que se pode distinguir de outras áreas geográficas em virtude da diferença nas condições da concorrência existentes nestas últimas. Trata-se de determinar uma área territorial onde as condições objetivas de concorrência do produto/serviço relevante são similares para todos os operadores económicos. Possíveis mercados geográficos relevantes 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 comum que permite a identificação de áreas geográficas que refletirão os padrões de compra dos consumidores e a identificação das suas preferências é o

método das áreas de influência, em que a fronteira de cada mercado depende da distância ou do tempo de viagem máximo que a maioria dos consumidores percorre até aos pontos de oferta (considerando para efeito dos cálculos a realizar o transporte na rede viária e velocidades médias ou máximas).

Em geral, as fronteiras das áreas de influência são definidas com base no tempo máximo de viagem aceitável, pelo que, se a maioria dos clientes se localiza a  $x$  minutos de viagem de cada um dos estabelecimentos, poder-se-á definir os mercados como as áreas de influência (ou isócronas) de  $x$  minutos de cada estabelecimento.

Sem a realização de um exercício de verificação dos fluxos de consumidores, pode-se recorrer a algumas referências existentes de tempos máximos aceitáveis.<sup>6</sup> Assim, tendo em conta estas referências, conclui-se que, idealmente, os mercados geográficos relevantes de cuidados de saúde hospitalares deveriam ser definidos por áreas de influência de 90 minutos.

Por seu turno, é prática comum, sempre que tal não se mostre de todo desadequado, definir unidades geográficas de análise com referência a unidades territoriais já estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos.<sup>7</sup>

Recorde-se a este propósito que, na análise das operações de concentração com as referências da AdC Ccent 23/2014 – José de Mello Saúde / Espírito Santo Saúde e Ccent 18/2015 – José de Mello Saúde / Hospital Privado de Santarém, por exemplo, a ERS adotou as NUTS III para efeitos de delimitação do mercado geográfico relevante de cuidados de saúde hospitalares. Acresce que tal delimitação geográfica dos mercados é igualmente a sugerida pela notificante da operação aqui em apreço (*vide* páginas 42 e 48 da versão não confidencial da notificação prévia da operação de concentração).

---

<sup>6</sup> Algumas referências de tempo máximo de viagem definidas na literatura são 30 minutos para cuidados de saúde primários, serviços de urgência/emergência e cuidados médicos gerais de adultos e crianças; 45 minutos para cuidados obstétricos; 60 minutos para cuidados continuados de saúde; e 90 minutos para intervenções cirúrgicas gerais e cuidados de saúde hospitalares (*vide* Committee on Pediatric Manpower (1981), “Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee”, *Pediatrics*, 67 (5) 585-596, Fortney, J., Rost, K. e Warren, J. (2000), “Comparing Alternative Methods of Measuring Geographic Access to Health Services”, *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 1 (2) 173-184; Polzin, P., Borges, J. e Coelho, A. (2014), “An extended kernel density two-step floating catchment area method to analyze access to health care”, *Environment and Planning B: Planning and Design*, 41 (4), 717-735; e Polzin, P., Borges, J. e Coelho, A. (2014), “Validating the EKD4SFCA method using data of the long-term care sector”, *Advances in Business-Related Scientific Research Journal*, 5 (2), 135-152).

<sup>7</sup> Veja-se, por exemplo, Gaynor, M. e Vogt, W.B. (2000), “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, em A. J. Culyer e J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics* (pp. 1405-1487), Amsterdam: North Holland.

Assim, considera-se uma definição de mercados geográficos relevantes assente na delimitação das NUTS III (vide figura 1)<sup>8</sup>.

Figura 1 – NUTS III



Fonte: Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de novembro, alterado pela Lei n.º 21/2010, de 23 de agosto.

<sup>8</sup> As NUTS são Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos. Foram elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária. As NUTS III são sub-regiões estatísticas, construídas com o objetivo de agruparem municípios contíguos, com problemas, desafios e perfis socioeconómicos semelhantes.



Importa notar, contudo, que as NUTS III são, em geral, regiões com superfícies mais pequenas do que as áreas de influência de 90 minutos. Além disso, a avaliação concorrencial baseada em NUTS III apresenta as seguintes limitações:

- (i) Considera que os utentes de uma NUTS III não cruzam as suas fronteiras para recorrer a cuidados de saúde prestados por estabelecimentos localizados noutras NUTS III, pelo que ignora eventuais pressões concorrenciais de prestadores de outras regiões;
- (ii) Considera que a concorrência numa NUTS III é homogénea, sem variação intra-regional;
- (iii) Considera que a localização específica dos estabelecimentos e as distâncias a percorrer pelos utentes numa NUTS III não relevam para a avaliação concorrencial, independentemente da dimensão da superfície da região em questão; e
- (iv) Produz resultados específicos para as NUTS III, pelo que uma simples alteração das suas fronteiras ou a escolha de outra região de estudo implicarão a obtenção de resultados diferentes.

Com vista à superação destas limitações, realiza-se uma avaliação com base em áreas de influência de 90 minutos, como melhor se explica na subsecção 3.2.1, sendo certo que os resultados desta avaliação também podem ser expressos em NUTS III.

### **3.1.3. Natureza dos concorrentes**

Os mercados da prestação de cuidados de saúde são regulados e enquadrados por regras de determinação prévia de formas de acesso a tais cuidados de saúde. A composição e a natureza dos prestadores de cuidados de saúde que, relativamente a um concreto serviço necessitado por um utente, em dado momento e em local específico, se encontrarão em tensão concorrencial, será variável em função das condições de acesso do utente.

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 58/2012 – AMIL Participações / HPP, e recuperada na análise à operação de concentração com a referência Ccent 18/2015 – José de Mello Saúde / Hospital Privado de Santarém. Naqueles casos, 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, nos pareceres emitidos no âmbito da análise às operações de concentração com referências Ccent 23/2014 – José de Mello Saúde / Espírito Santo Saúde e Ccent 18/2015 – José de Mello Saúde / Hospital Privado de Santarém, 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”.

Embora os hospitais do SNS não estejam impedidos de atender utentes em situações ao abrigo de outros financiadores que não o próprio SNS, tais situações têm um peso diminuto. A título exemplificativo, tendo por base dados do número de doentes tratados em internamento nos hospitais do SNS em 2012, verifica-se que em cerca de 91% dos casos o financiamento tem origem no SNS, sendo certo que o financiamento por outras entidades representa apenas 9% da produção em internamento. Já no caso dos hospitais não públicos, o acesso por utentes ao abrigo de cobertura do SNS está limitado a um conjunto de cuidados de saúde restrito e definido nos acordos ou convenções que os prestadores celebraram com o SNS.

A este respeito, importa recordar que, nos termos da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde, LBS), a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS é garantida através da rede nacional de prestação de cuidados de saúde, a qual abrange (n.º 4 da Base XII da LBS):

- (i) desde logo e em primeira linha, os estabelecimentos do SNS, enquanto “conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde” (artigo 1.º do Estatuto do SNS<sup>9</sup>); e
- (ii) numa segunda linha, em complementaridade, os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos (com o SNS).<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

<sup>10</sup> Atualmente, o regime jurídico enquadrador da celebração de contratos (convenções) com prestadores privados encontra-se estabelecido no Decreto-lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, e, das regras do mesmo decorrentes, resulta que os prestadores convencionados assumem, por tal via, uma missão pública de prestação de cuidados de saúde, sendo assim e ademais enquadrada a regra estabelecida no artigo 2.º do Decreto-lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, que

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. Refira-se que, para além disso, tais acordos são fortemente limitadores de mecanismos concorrenciais elementares, sendo habitual a fixação administrativa de preços, a dependência dos fluxos de acesso de utentes de procedimentos administrativos originados no SNS, e em alguns casos, a delimitação prévia das quantidades de atos a praticar no âmbito desses contratos.

A liberdade de escolha pelos utentes do SNS é, assim, na maior parte das situações, inexistente, e noutras, bastante restringida, e esta constatação releva, na medida em que a capacidade dos consumidores de exercerem o papel de transmissão da pressão concorrencial entre os operadores é fundamental para que a concorrência seja efetiva.

Por outro lado, o próprio procedimento de acesso aos serviços públicos e privados é marcadamente distinto, uma vez que os fluxos de utentes aos hospitais do SNS decorrem, em larga medida, da necessária referenciação feita a partir da rede pública de cuidados de saúde primários. Já no caso dos estabelecimentos hospitalares não públicos, existe uma multiplicidade de canais em que o acesso pelos utentes pode ser direto, como é o caso dos cuidados com financiamento por seguros de saúde, por subsistemas de saúde, ao abrigo de convenções do SNS ou por pagamentos diretos dos indivíduos. Ora, com a exceção dos cuidados de urgência, nenhum destes canais permite aos utentes o acesso à rede hospitalar pública em moldes similares ao que acontece nos prestadores privados, i.e., dispensando uma entrada no sistema público via cuidados primários.<sup>11</sup>

---

determina que o Estatuto do SNS se aplica não somente “às instituições e serviços que constituem o Serviço Nacional de Saúde”, mas igualmente “às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articuladas com o Serviço Nacional de Saúde”.

<sup>11</sup> O acesso direto é possível nas urgências, mas nos cuidados programados há uma referenciação prévia. Ainda assim, deve destacar-se o caso especial das situações de emergência em que se recorre ao Sistema Integrado de Emergência Médica (através de chamada telefónica para o número de emergência 112), o qual apenas orienta utentes para unidades hospitalares do SNS, não havendo por isso liberdade de escolha da parte do utente (cf. Despacho n.º 10319/2014, publicado em Diário da República em 11 de agosto).

Não fossem estas restrições no acesso bastantes para justificar uma separação entre rede hospitalar pública e privada ao nível da tensão concorrencial mutuamente exercida, verifica-se, ainda, que a substituíbilidade entre serviços de saúde prestados em hospitais públicos e não públicos é avaliada pelos utentes, tendo em conta, para além do critério da necessidade, as suas preferências ao nível de características do prestador, tais como a comodidade e o conforto das instalações, o tempo de espera no atendimento, a imagem institucional e a perceção do prestígio dos profissionais de saúde. No consumo de cuidados de saúde, devido à inerente assimetria de informação por parte dos utentes, estas características são valorizadas pelos utentes como reveladoras do nível de qualidade.

Um último argumento em favor da separação entre mercados de serviços 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.

A este respeito, refira-se que, num trabalho elaborado em 2014, “Parecer sobre os limites aos preços que os hospitais públicos podem praticar na sua relação com terceiros”, publicado em [www.ers.pt](http://www.ers.pt), a ERS analisou os preços dos serviços numa amostra de hospitais privados de média e grande dimensão, tendo encontrado preços médios por grandes tipos de serviços (consultas de especialidade e consultas de urgência, por exemplo), nas tabelas para utentes sem terceiro pagador, significativamente superiores àqueles que os utentes enfrentam nos hospitais do SNS (as taxas moderadoras). Sendo certo que os utentes que pagam por inteiro tais preços nos estabelecimentos não públicos (i.e., sem beneficiarem de uma qualquer cobertura por seguro ou subsistema) serão apenas uma fatia não maioritária da procura dos cuidados desses estabelecimentos, a verdade é que esses utentes, em face do diferencial de preços verificado, revelam na sua escolha existir uma menor substituíbilidade entre serviços hospitalares públicos e não públicos. Caso a tensão concorrencial entre hospitais públicos e não públicos existisse em grau suficiente para se justificar a sua consideração sob o mesmo mercado relevante, então tal diferencial de preços não poderia perdurar no tempo, sendo expectável uma aproximação dos preços dos não públicos aos preços pagos pelos utentes no SNS, i.e., as taxas moderadoras.

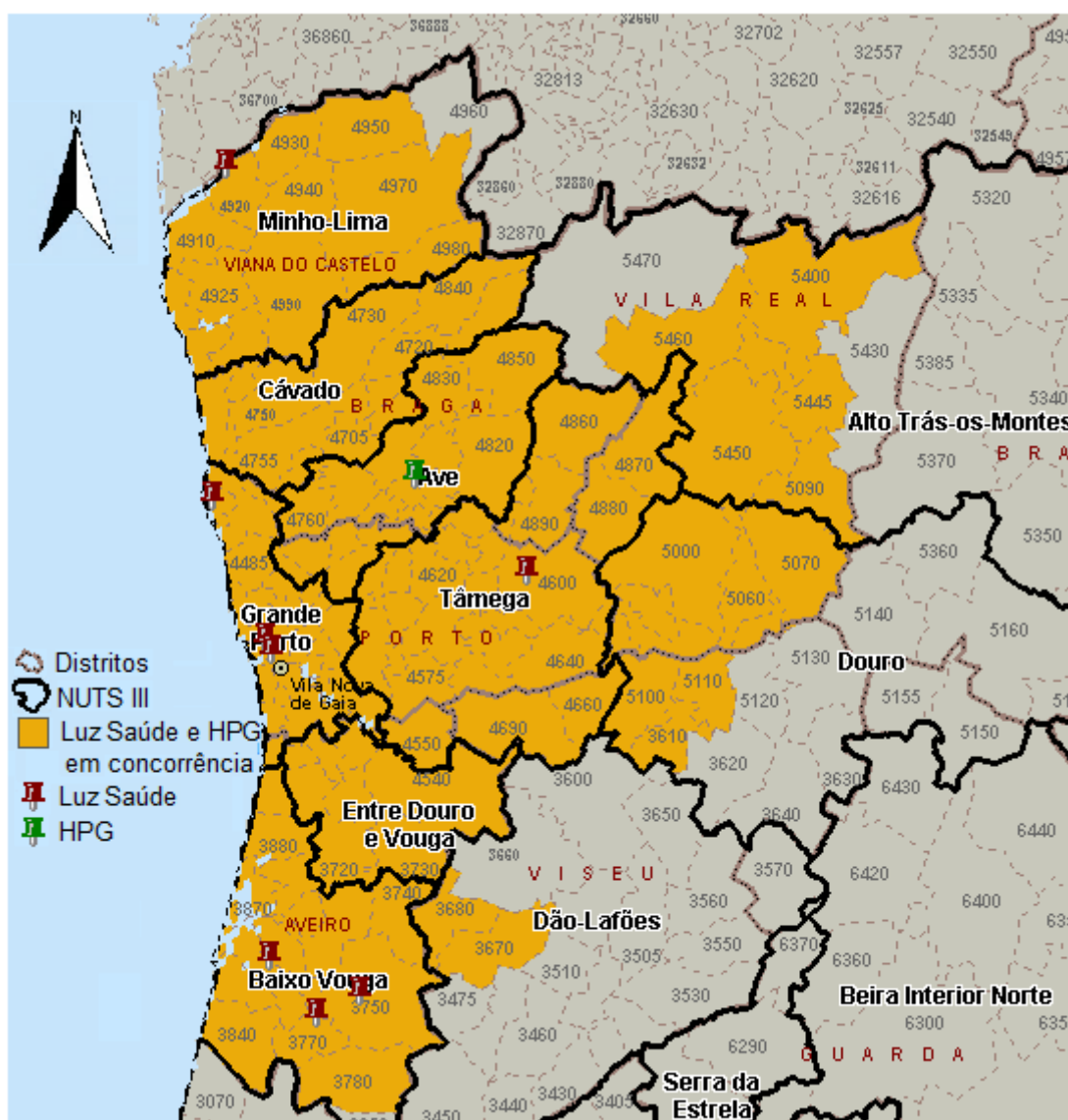
Devido a estes fatores, a ERS considera que os hospitais do SNS não estão em concorrência efetiva com os estabelecimentos hospitalares não públicos que aqui relevam para a avaliação concorrencial.

#### **3.1.4. Mercados relevantes considerados**

Em conclusão, do cruzamento da definição de mercado de serviço e mercado geográfico, resultou a seguinte definição de mercados relevantes para a análise da operação de concentração projetada: mercados de cuidados de saúde hospitalares prestados por estabelecimentos não públicos nas NUTS III do território de Portugal continental.

Especificamente no que concerne às NUTS III, tal definição de mercado relevante implica que os resultados da avaliação sejam expressos nestas regiões, mesmo que se recorra na análise às áreas de influência de 90 minutos, que, como se referiu na subsecção 3.1.2, constituem as áreas mais adequadas para cuidados de saúde hospitalares. Nesse sentido, com base nas áreas de influência de 90 minutos dos estabelecimentos da Luz Saúde e o HPG, ilustra-se na figura 2 a região onde haverá tensão concorrencial entre a Luz Saúde e o HPG, bem como a sua extensão ao longo das seguintes NUTS III: Minho-Lima, Cávado, Ave, Grande Porto, Tâmega, Alto Trás-os-Montes, Douro, Entre Douro e Vouga, Baixo Vouga e Dão Lafões.

Figura 2 – Concorrência entre Luz Saúde e HPG<sup>12</sup>



### 3.1.5. Outros mercados não analisados

A Luz Saúde opera no território de Portugal continental em ainda outros mercados de prestação de cuidados de saúde (tal como o mercado específico dos cuidados continuados), ou com ligação ao setor da saúde, mas não se tratando de prestação de cuidados de saúde (alojamento de pessoas idosas).

<sup>12</sup> Esta região resulta concretamente da interseção das áreas de influências dos estabelecimentos em questão, pela que será pelas populações residentes nesta região que, em maior ou menor medida, os estabelecimentos da Luz Saúde e o HPG concorrem entre si. Refira-se que a localização dos estabelecimentos na figura não deve ser interpretada como se todos os estabelecimentos da Luz Saúde identificados na figura estivessem a concorrer com o HPG em toda a região.

Estes mercados não foram, todavia, abrangidos pelo âmbito dos mercados relevantes analisados no presente parecer, uma vez que o HPG, como já se descreveu, tem a sua atividade circunscrita à prestação de serviços considerados no perímetro do mercado relevante dos cuidados hospitalares.

No que concerne ao CliHotel de Gaia, um prestador de cuidados continuados e igualmente envolvido como parte a adquirir pela Luz Saúde na operação de concentração notificada, deve realçar-se que a prestação de cuidados continuados em Portugal ocorre sobretudo no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).<sup>13</sup> Nesta rede, os utentes têm acesso a cuidados continuados financiados publicamente, mediante referênciação do SNS, numa rede de unidades de natureza pública e não pública, constituída por meio de contratação. Com base em dados da RNCCI de agosto de 2012, verifica-se que a Luz Saúde e o CliHotel de Gaia apresentavam um nível de oferta em número de camas reduzido face à oferta total, que é constituída maioritariamente por Instituições Particulares de Solidariedade Social. Assim, considerou-se desnecessária a análise desses mercados por ser provável a irrelevância da operação.

### **3.2. Impacto da operação: concentração dos mercados e potencial dominância**

Conforme se referiu na subsecção 3.1.2, é empreendida uma avaliação concorrencial com base em áreas de influência de 90 minutos, sendo os seus resultados expressos em NUTS III. Esta análise considera-se mais verosímil do que a avaliação restringida pelas fronteiras das NUTS III, na medida em que supera as limitações anteriormente referidas.

---

<sup>13</sup> Segundo dados do *Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e das Actividades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no 1.º semestre de 2009*, 90% dos utentes que recorreu a cuidados continuados nesse período fê-lo pela RNCCI. Dado o crescimento verificado na oferta da RNCCI desde 2009, é expectável que tal percentagem tenha aumentado (como referências para a identificação da oferta, do seu crescimento até 2012, e da sua distribuição geográfica, *vide* estudos da ERS de 2011 e 2013 “Estudo do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde” e “Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde”, disponíveis em [www.ers.pt](http://www.ers.pt)).

### 3.2.1. Métodos e critérios de análise

Acompanhando de perto a comunicação da Comissão Europeia sobre as “Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas”<sup>14</sup>, a análise realizada considera os níveis de quotas de mercado e o Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) como indicações úteis acerca da estrutura de mercado e da importância relativa, em termos de concorrência, das partes na concentração e dos seus concorrentes. Para além destes indicadores, o presente parecer inclui a avaliação da existência de posição de mercado potencialmente dominante.

#### ***Índice de Herfindahl-Hirschman***

O IHH fornece uma indicação da pressão concorrencial nos mercados, podendo concluir-se sobre a concentração nos mercados com base nos níveis absolutos do IHH (*vide* quadro 1).<sup>15</sup>

#### **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 das empresas, conforme a 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  $10.000/N$ .

Por seu turno, a ERS utiliza outra forma de cálculo do IHH para a obtenção de resultados com maior nível de detalhe geográfico na avaliação concorrencial e a superação das limitações do cálculo do IHH por NUTS III referidas na subsecção

<sup>14</sup> Comunicação 2004/C 31/03, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 31, de 5 de fevereiro de 2004.

<sup>15</sup> 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), 761-762 e Rhoades, S. A. (1993), “The Herfindahl-Hirschman Index”, *Federal Reserve Bulletin*, 79 (3), 188-189).



3.1.2. Essa segunda versão – a versão estendida do IHH (*vide* quadro 2)<sup>16</sup> – utiliza unidades geográficas pequenas (áreas dos códigos postais de quatro dígitos) e, no caso em apreço, áreas de influência de 90 minutos, o que se justifica pelo facto de esta ser considerada uma referência adequada de tempo de viagem máximo aceitável pelos utentes para cuidados de saúde hospitalares.

**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 o índice calculado para a unidade geográfica  $i$  (no caso, uma área de código postal de quatro dígitos);
- $G$  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);
- $\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} Q_{Gl} g(d_{il}, d_{\max})$  refere-se à quota de mercado do grupo  $G$  localizado em  $l$ , com áreas de influência dos seus estabelecimentos a abranger as unidades geográficas  $i$  até um limite predeterminado de tempo de viagem em estrada  $d_{\max}$  (no caso, 90 minutos); e
- $g(d_{il}, d_{\max})$  é uma função de proximidade, aplicada para conferir maior peso às distâncias mais pequenas e menor peso às distâncias maiores, de forma a refletir a preferência dos utentes por estabelecimentos mais próximos entre um conjunto de alternativas, nomeadamente a preferência pelos estabelecimentos que implicam tempos de viagem e custos de transporte mais baixos (adota-se a função quártica, após um tempo de viagem inicial de 10 minutos, até ao qual não se considera haver uma barreira de proximidade suficientemente sensível).

Para a apreciação de concentrações horizontais, a comunicação da Comissão Europeia estabelece que “[é] pouco provável que a Comissão identifique preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal num mercado com um

<sup>16</sup> Sobre a versão estendida, *vide* Polzin, P., Borges, J. e Coelho, A. (2015), “A decision support method to identify target geographic markets for health care providers”, *Papers in Regional Science*, disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pirs.12167/abstract>; Polzin, P., Borges, J. e Coelho, A. (2014), “Validating the EKD4SFCA method using data of the long-term care sector”, *Advances in Business-Related Scientific Research Journal*, 5 (2), 135-152; e Polzin, P., Borges, J. e Coelho, A. (2013), “Identifying Target Geographic Areas for New Market Entrants”, *Advances in Business-Related Scientific Research Conference, Conference Proceedings*, ISBN 978-961-6347-52-5.

IHH, após a concentração, inferior a 1.000”, e ainda que “[é] também pouco provável que a Comissão identifique preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal numa concentração com um IHH, após a concentração, situado entre 1.000 e 2.000 e com um delta inferior a 250, ou numa concentração com um IHH, após a concentração, superior a 2.000 e com um delta inferior a 150” (*vide*, respetivamente, parágrafos 19 e 20 daquela comunicação), exceto, no que tange às quotas de mercado, quando “uma das partes na concentração possui uma quota de mercado anterior à concentração igual ou superior a 50%” (*vide* alínea f) do parágrafo 20 daquela comunicação).

Por conseguinte, isto implica que a identificação de preocupações concorrenciais com base em quotas de mercado e no IHH será mais provável nos casos em que (i) o delta for igual ou superior a 250, se o IHH após a concentração se situar entre 1.000 e 2.000; (ii) o delta for igual ou superior a 150, se o IHH após a concentração for superior a 2.000; e (iii) se, já antes da concentração, uma das partes possuir uma quota de mercado igual ou superior a 50%.<sup>17</sup>

### ***Identificação de potencial dominância***

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.<sup>18</sup>

Embora a obtenção de posição dominante não seja proibida por lei, o abuso de posição dominante é proibido, e não devem ser autorizadas “concentrações de empresas que sejam suscetíveis de criar entraves significativos à concorrência efetiva

---

<sup>17</sup> Deve referir-se, ainda, que a utilização destes critérios de análise para se concluir sobre os impactos concorrenciais da operação de concentração projetada faz-se, assumindo o pressuposto de que, para o cálculo do delta, tudo o mais se mantém constante, nomeadamente, de que o número de estabelecimentos e a sua capacidade produtiva não se alteram do momento anterior à concentração para o momento posterior, e de que não há entrada nem saída de concorrentes nos mercados.

<sup>18</sup> *Vide* Comunicação 2004/C 31/03. É possível identificar na literatura ainda outras referências de quotas de mercado indicativas de posição dominante, as quais chegam a variar entre 33,3% e 60% (*vide* Schmid, A. e Ulrich, V. (2013), “Consolidation and concentration in the German hospital market: The two sides of the coin”, *Health Policy*, 109 (3), 301-310; e Strong, N., Bollard, A. e Pickford, M. (2000), “Defining Market Dominance: A Study of Antitrust Decisions on Business Acquisitions in New Zealand”, *Review of Industrial Organization*, 17 (2), 209-227).

no mercado nacional ou numa parte substancial deste, em particular se os entraves resultarem da criação ou do reforço de uma posição dominante” (cf. n.º 1 do artigo 11.º e n.º 4 do artigo 41.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio). Por seu turno, não sendo possível aferir *ex ante* se resultarão entraves da operação de concentração em análise, apenas se pode estimar, por meio das prováveis quotas de mercado *ex post* do operador Luz Saúde, o que se designa aqui por potencial dominância, ou seja, a provável detenção de uma posição dominante, ou o seu reforço.

Sendo assim, caso se possa concluir, da análise, que a concentração em causa resulta na criação ou no reforço de potencial dominância por parte do grupo Luz Saúde, poderá concluir-se que estarão satisfeitas as condições para haver risco de entraves significativos à concorrência efetiva.

Atentas estas considerações, não estando definido legalmente um limite de quota específico a partir do qual se considera existir potencial dominância<sup>19</sup>, utiliza-se no presente parecer a fórmula de identificação de potencial dominância de Melnik et al. (2008)<sup>20</sup>. Esta fórmula 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)<sup>21</sup>.

Portanto, o que se realiza, na prática, é a comparação das maiores quotas de mercado com esses limites de potencial dominância para se determinar se, com a concentração, *ceteris paribus*, há criação ou reforço de potencial dominância por parte dos operadores.<sup>22</sup>

A forma de cálculo deste método utilizada na avaliação por meio de áreas de influência é, no entanto, a versão estendida (*vide* quadro 4), para a obtenção de resultados com maior nível de detalhe (para cada uma das áreas de códigos postais

---

<sup>19</sup> O que aliás está também patente nas próprias orientações *supra* referidas da Comissão Europeia, que indicam a possibilidade de criação ou reforço de uma posição dominante mesmo com uma quota de mercado inferior a 40% *ex post*.

<sup>20</sup> Melnik, A., Shy, O. e Stenbacka, R. (2008), “Assessing market dominance”, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 68 (1), 63-72.

<sup>21</sup> O método apresentado no quadro 3 é aplicado, por exemplo, em Hellmer, S. e Wårell, L. (2009), “On the evaluation of market power and market dominance – The Nordic electricity market”, *Energy Policy*, 37 (8), 3235-3241. A aplicação deste método, ao nível das empresas, permite complementar a análise realizada com base no IHH (que é aplicado ao nível da indústria).

<sup>22</sup> A criação de potencial dominância é identificada nos casos em que o método identifica nova potencial dominância após a concentração. O reforço de potencial dominância verifica-se quando, já havendo potencial dominância antes da concentração, a diferença entre a maior quota e o limite de quota de mercado calculado pelo método aumenta com a concentração.

de quatro dígitos da região em estudo), e com o mesmo intuito do que se considerou no caso da versão estendida do IHH.<sup>23</sup>

### Quadro 3 – Identificação de potencial dominância

O método de Melnik et al. (2008) de identificação de potencial dominância assenta no cálculo de uma quota de mercado de referência, que aumenta à medida que a intensidade da concorrência efetiva aumenta. O cálculo assenta na seguinte fórmula:

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

em que:

- $Q_d$  é o limite de quota de mercado a partir do qual o grupo empresarial com a maior quota tem posição potencialmente dominante; e
- $(Q_1^2 - Q_2^2)$  representa como a concorrência efetiva exerce pressão concorrencial sobre o grupo empresarial 1, que detém a maior quota de mercado ( $Q_1$ ). Este termo reflete, assim, a intensidade da concorrência efetiva, representando o modo como a capacidade de dominar o mercado do prestador com quota  $Q_1$  é limitada pelos demais agentes atuantes no mercado relevante.

### Quadro 4 – Identificação de potencial dominância (versão estendida)

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

em que:

- $Q_i^{DE}$  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  $i$ , e as outras variáveis, a função de proximidade e o limite de tempo de viagem  $d_{\max}$  são os mesmos apresentados no quadro 2.

<sup>23</sup> Vide Polzin, P., Borges, J. e Coelho, A. (2015), "A decision support method to identify target geographic markets for health care providers", *Papers in Regional Science*, disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pirs.12167/abstract>; Polzin, P., Borges, J. e Coelho, A. (2014), "Validating the EKD4SFCA method using data of the long-term care sector", *Advances in Business-Related Scientific Research Journal*, 5 (2), 135-152; e Polzin, P., Borges, J. e Coelho, A. (2013), "Identifying Target Geographic Areas for New Market Entrants", *Advances in Business-Related Scientific Research Conference, Conference Proceedings*, ISBN 978-961-6347-52-5.

Em conclusão, os métodos e respetivos critérios aplicados na análise empreendida para a identificação de problemas concorrenciais decorrentes da operação de concentração, com vista a prover informação útil para uma decisão acerca da aprovação ou não da concentração, são, resumidamente, os seguintes:

**I. Grau de concentração do mercado (critérios das orientações da Comissão Europeia para apreciação de concentrações horizontais):**

- a) Verificação de delta igual ou superior a 250, se o IHH após a concentração se situar entre 1.000 e 2.000;
- b) Verificação de delta igual ou superior a 150, se o IHH após a concentração for superior a 2.000;
- c) Identificação dos casos em que, já antes da concentração, uma das partes possui uma quota de mercado igual ou superior a 50%.

**II. Potencial dominância:**

- a) Em complemento à análise com base nas quotas de mercado e no IHH, com os critérios da Comissão Europeia *supra* referidos, também é aferida a criação ou o reforço de potencial dominância com base no método de Melnik et al. (2008) e a sua versão estendida.

### **3.2.2. Resultados**

A avaliação concorrencial aplicada às NUTS III, com o IHH e o método de identificação de potencial dominância apresentados nos quadros 1 e 3, é relativamente simples, uma vez que o HPG se localiza na região do Ave e não há estabelecimentos da Luz Saúde naquela NUTS III (*vide* figura 3).

No entanto, na medida em que há ainda outros estabelecimentos da CSG na região do Ave (e outros operadores), a aquisição do HPG pela Luz Saúde produz uma redução do IHH, embora este índice se mantenha em nível superior a 2.000 pontos. A redução deve-se à entrada da Luz Saúde naquele mercado e o conseqüente efeito de redução

na quota de mercado do maior prestador com estabelecimentos ali localizados, a CSG.<sup>24</sup>

**Figura 3 – Localização das unidades da Luz Saúde e do HPG por NUTS III**



<sup>24</sup> Como se indica na secção 2 (vide nota de rodapé n.º 2), considerou-se o estabelecimento Casa de Saúde de Guimarães uma unidade hospitalar, pelo que é mantido nesta análise, assim como os outros estabelecimentos da CSG não envolvidos na operação.

Por seu turno, a avaliação por áreas de códigos postais e baseada em áreas de influência de 90 minutos, de acordo com os métodos apresentados nos quadros 2 e 4, produz resultados diferentes. Desde logo, passa a ser possível identificar regiões onde as duas partes concorrem, formadas pelas interseções entre as áreas de influência da Luz Saúde e as do HPG, tal como se ilustrou na figura 2 (*vide* subsecção 3.1.4).<sup>25</sup>

Como visto, é possível identificar que a tensão concorrencial entre as duas empresas ocorre em diferentes NUTS III, para além da região do Ave, constatando-se que as duas empresas concorrem por residentes em Minho-Lima, Cávado, Ave, Grande Porto, Tâmega, Alto Trás-os-Montes, Douro, Entre Douro e Vouga, Baixo Vouga e Dão Lafões. Estes residentes podem aceder aos cuidados de saúde hospitalares prestados pela Luz Saúde ou pelo HPG, porque ambos têm estabelecimentos localizados a menos de 90 minutos de viagem, e isto só é tido em conta com as versões estendidas do IHH e do método de Melnik et al. (2008).

Assim, aplicando as versões estendidas do IHH e do método de identificação de posição potencialmente dominante e analisando os resultados à luz dos critérios de níveis e deltas de IHH definidos na subsecção 3.2.1 (critérios I., a), b) e c)), bem como à luz do critério da potencial dominância (critério II. a)), são identificadas as regiões onde os resultados apontam para preocupações em termos concorrenciais advinentes da concentração.

Como se pode constatar na figura 4, os problemas concorrenciais estimados da operação projetada ocorrem sobretudo na NUTS III do Douro, embora também se verifiquem em menor medida nas NUTS III de Minho-Lima, Tâmega e Alto Trás-os-Montes. Na região do Douro, verificam-se todos os problemas identificáveis com os critérios de análise definidos na subsecção 3.2.1, havendo cinco classes de áreas geográficas (ilustradas na figura numa escala de cores a variar desde o amarelo até ao vermelho, respetivamente)

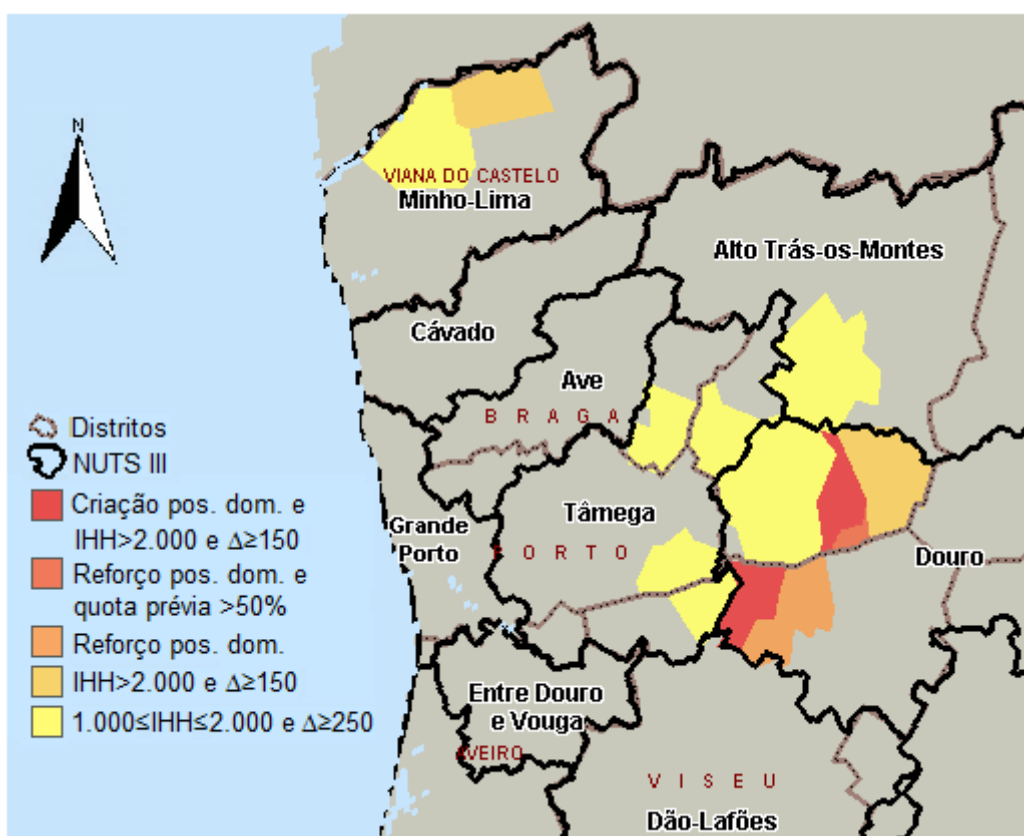
- (i) onde há um IHH entre 1.000 e 2.000 pontos com um delta superior a 250 (critério I. a));

---

<sup>25</sup> Os resultados apresentados no presente parecer têm por base informação recolhida do SRER em 4 de maio de 2015 sobre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalar, as empresas que os detêm e o número de médicos. As quotas de mercado são calculadas com base na capacidade produtiva dos prestadores, aferidas pelos números de médicos dos estabelecimentos, que constituem um elemento válido para aferição das posições relativas dos agentes económicos no mercado, como salienta a Comissão Europeia (*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 de dezembro de 1997).

- (ii) onde há um IHH superior a 2.000 pontos com um delta superior a 150 (critério I. b));
- (iii) onde há um reforço de posição potencialmente dominante por parte da Luz Saúde (critério II. a));
- (iv) onde, para além de haver um reforço de posição potencialmente dominante, há um aumento da quota de mercado da Luz Saúde, a qual já era superior a 50% antes da concentração (critérios I. c) e II. a)); e
- (v) onde, para além de haver um IHH superior a 2.000 pontos com um delta superior a 150, há criação de posição potencialmente dominante (critérios I. b) e II. a)).

**Figura 4 – Identificações de preocupações em termos concorrenciais**



Acresce que estes resultados afetam áreas onde se concentra a maior parte da população residente na NUTS III do Douro (cerca de 66% da população total, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística), pelo que a definição de um resultado global para a região aponta para a identificação de preocupações em termos concorrenciais.



### ***Impacto de âmbito nacional***

Não obstante a definição de âmbito geográfico do mercado adotada na presente análise ser regional, releva também como importante perceber que dimensão relativa terá o operador que resultar da operação projetada ao nível dos cuidados hospitalares não públicos em Portugal continental.

Um fortalecimento muito significativo do novo operador num contexto geográfico mais alargado poderá determinar uma afetação das condições de concorrência entre os operadores porquanto um tal fortalecimento se possa repercutir em vantagens competitivas para todas as unidades desse operador em cada mercado local, por exemplo, ao nível de melhores condições de compra a fornecedores (reforço de *buyer power*), maior disponibilidade financeira para investimento em inovação tecnológica, melhor posicionamento em mercados organizados sob a forma de leilão pelo comprador, entre outras.

Assim, tendo por âmbito geográfico todo o território de Portugal continental, verifica-se que a concentração projetada produz um pequeno aumento de IHH (embora mantendo-se inferior a 1.000 pontos) e da quota de mercado do maior operador, a Luz Saúde, mas, de acordo com os critérios da Comissão Europeia, a operação não suscitaria preocupações.

### **3.3. Outras considerações sobre o impacto concorrencial da operação**

Além dos impactos diretos esperados sobre a estrutura dos mercados, em termos de quotas de mercado e potencial dominância, da operação de concentração projetada poderão resultar outras dinâmicas, com possível relevância no âmbito jusconcorrencial.

Tais dinâmicas decorrem sobretudo de características da organização do setor da saúde em Portugal, designadamente pela posição central que o SNS tem como financiador dos cuidados de saúde às populações, e como concretiza essa cobertura,

quer por prestação integrada de serviços, quer por contratação da prestação de operadores não públicos.<sup>26</sup>

### **3.3.1. Convenções com o SNS no âmbito do SIGIC**

O acesso dos utentes aos serviços de cirurgia no SNS faz-se, em primeira linha, nos hospitais da rede do SNS. Nesta primeira linha, apenas operam os hospitais públicos e protocolados, não havendo intervenção dos prestadores não públicos convencionados.

O surgimento da parte do mercado em que operam os prestadores com convenção para serviços cirúrgicos no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) implica a verificação de incapacidade do hospital daquela primeira linha de dar resposta nos tempos máximos de resposta definidos, e da consequente emissão de um vale-cirurgia que habilita o utente a escolher um hospital de destino, que pode ser convencionado ou do SNS.

Nesta segunda linha, além dos prestadores convencionados, do setor privado ou social, operam também os prestadores públicos. A coexistência de operadores privados e sociais nesta parte do mercado, e destes com os hospitais públicos, ocorre num contexto com limitações significativas aos mecanismos concorrenciais, como se descreve em detalhe no estudo recentemente publicado pela ERS sobre a “Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia no SNS”<sup>27</sup> (genericamente, estão em causa as regras de referência do SNS e a reduzida liberdade de escolha pelos utentes).

Quanto à eventual concorrência pelo mercado, importa recordar que o SIGIC, a par das áreas da cirurgia e da diálise, foi uma das poucas áreas em que se publicou o clausulado tipo que permitiu a implementação do regime de celebração das convenções estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, não padecendo, dessa forma, da generalizada situação de fecho das convenções do SNS que até agora se tem verificado. Assim, até outubro de 2013, o acesso a convenção para o SIGIC por parte dos operadores não públicos habilitados a prestar os cuidados de saúde em causa, podia considerar-se livre.

---

<sup>26</sup> Relativamente a possíveis impactos concorrenciais decorrentes de uma eventual estratégia de *customer foreclosure* por parte da Fidelidade – Companhia de Seguros, S.A., maior acionista da Luz Saúde, remete-se para as considerações da análise da operação de concentração com a referência Ccent 26/2014 – Fidelidade / Espírito Santo Saúde e, no que concretamente diz respeito aos seguros de saúde, ao relatório da ERS “Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos Cuidados de Saúde”, disponível em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

<sup>27</sup> Estudo disponível em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

Acontece que no novo regime das convenções do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, foram introduzidas alterações que, em princípio, deverão gerar interação concorrencial no acesso aos mercados convencionados. Concretamente, o n.º 1 do artigo 4.º deste regime dispõe que a celebração das convenções pode assentar num procedimento de adesão a um clausulado tipo previamente publicado (i.e., de forma similar ao que até aqui tem acontecido) ou num procedimento de contratação para uma convenção específica, o qual pode assumir características de um concurso em que os prestadores concorrem por preço.

Este espaço de escolha do procedimento de contratação visa, assim, permitir o aproveitamento dos mecanismos de concorrência pelos mercados, através de contratação por concurso público – onde estejam reunidas condições para tal – para se conseguir condições de prestação mais vantajosas para o Estado (mormente, preços mais baixos). Nesta data o novo regime das convenções ainda não foi implementado na área do SIGIC, porquanto não foi iniciado qualquer procedimento de contratação, não sendo, por isso, ainda claro se serão lançados concursos na área do SIGIC, e se esses concursos irão contemplar o preço como variável concorrencial.

No entanto, em todo o caso, a tensão concorrencial entre os operadores, no âmbito de um concurso, poderá passar a concentrar-se no momento anterior à entrada no mercado do SIGIC, ou seja, quando os concorrentes apresentarem as suas propostas de preço dos serviços e de quaisquer outras condições que sejam colocadas a concurso (por exemplo, quantidade, diversidade ou qualidade dos serviços). O que aqui interessa é, pois, saber se da operação de concentração decorrem riscos para a concorrência no momento de acesso ao mercado, ou seja, para a concorrência pelo mercado.

Nestes casos, importa realçar que a AdC<sup>28</sup> alerta para o facto de o “exercício de poder de mercado unilateral [ser] também suscetível de emergir em leilões”, devendo “a análise do impacto de operações que ocorram em mercados organizados sob a forma de leilões assenta[r], primordialmente, na relevância para o resultado do leilão da eliminação da concorrência entre as partes, por via da operação [de concentração]”.

A título apenas de reflexão adicional sobre este tema, deve ter-se em conta que, em 2013, apenas 3% de todas as cirurgias no âmbito do SNS foram realizadas na

---

<sup>28</sup> Vide documento da AdC com as “Linhas de Orientação para a Análise Económica de Operações de Concentração Horizontais”, publicado em fevereiro de 2013.

segunda linha do SIGIC e que, nesta segunda linha, os hospitais convencionados asseguraram 99% daqueles 3% de cirurgias.

### **3.3.2. Convenções da ADSE**

A ADSE – Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, assegura a comparticipação de cuidados de saúde aos seus beneficiários de três formas: i) como responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados em serviços e estabelecimentos integrados no SNS; ii) através de uma rede de prestadores não públicos com quem celebrou acordos ou convenções (regime convencionado); e iii) mediante um mecanismo de reembolso de despesas com a aquisição de serviços em entidades privadas não convencionadas (regime livre).

O primeiro destes mecanismos não suscita qualquer questão relevante para o presente parecer, na medida em que não envolve os operadores considerados nos mercados relevantes aqui estudados. O terceiro, por seu turno, é subsumível à análise geral apresentada na secção 3.2, porquanto a ADSE, nesse caso, assegura uma comparticipação ao utente, que é independente da entidade concreta que presta os cuidados, dispondo o utente da liberdade de escolher qualquer prestador.

É, pois, sobre o segundo destes mecanismos (do regime convencionado), que interessa refletir aqui. E neste caso, pode falar-se, quer de concorrência pelo mercado, quer de concorrência no mercado, pelos motivos que seguidamente se apresentam.

Em 2009, a ERS realizou um estudo de “Avaliação do Modelo de Contratação de Prestadores de Cuidados de Saúde pelos Subsistemas e Seguros de Saúde”<sup>29</sup> onde concluiu que, apesar de no Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro (que regulamenta o funcionamento e o esquema de benefícios da ADSE), não haver uma posição expressa sobre o modelo de contratação que deveria ser adotado pela ADSE na constituição da rede de convencionados, a verdade é que as minutas de convenção destinadas à celebração de acordos ou convenções com os prestadores privados de cuidados de saúde se apresentavam com a natureza de um contrato de adesão.

No entanto, conforme foi entretanto apurado pela ERS, a forma de contratação de prestadores pela ADSE para o seu regime convencionado obedece a procedimentos pouco transparentes, sendo claro o poder arbitrário que a ADSE reserva a si própria

---

<sup>29</sup> Estudo disponível em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

no processo de decisão. Com efeito, se, por um lado, qualquer prestador de cuidados de saúde é livre de manifestar junto da ADSE a sua intenção de celebrar convenção, por outro lado, a própria ADSE reconhece que “não basta o cumprimento dos requisitos formais [...]” sendo a candidatura “também analisada fazendo confronto entre a atividade que o prestador mostrou interesse em convencionar e o interesse da rede de convencionados para determinada valência”.<sup>30</sup>

Isto significa que, embora num contexto de pouca transparência, no acesso à rede de convencionados da ADSE existe tensão concorrencial entre os prestadores que manifestem interesse nessa adesão, na medida em que a decisão de aceitação da adesão pela ADSE atende a critérios analisados individualmente, i.e., candidato a candidato. Não é, todavia, conhecida a verdadeira concretização de tais critérios de análise em variáveis pelas quais os operadores possam competir, sendo apenas certo que se, por um lado, o preço parece não estar sujeito a negociação entre as partes (é fixado unilateralmente pela ADSE), por outro lado, a localização da prestação dos serviços parece ser uma variável central para a decisão de contratação.

Em todo o caso, os riscos decorrentes da operação de concentração num contexto de negociação bilateral entre fornecedores e compradores são reconhecidos pela AdC nas já referidas linhas de orientação. Em concreto, a AdC afirma que “uma operação de concentração envolvendo fornecedores do mesmo mercado relevante pode originar efeitos unilaterais se a entidade resultante tiver a capacidade para obter da negociação um resultado que lhe é mais favorável, via a deterioração dos termos de troca para os compradores, em resultado da redução das alternativas de fornecimento disponíveis para aqueles últimos”.<sup>31</sup>

Já no caso da concorrência no mercado, o que interessa reter é que não é correto falar-se em mercado de convenções da ADSE, na medida em que, no setor convencionado do subsistema, existe a prestação de uma grande variedade de cuidados de saúde, o que potencialmente levaria a vários mercados relevantes do produto. Acresce que, na verdade, a rede de convencionados da ADSE não está afastada da concorrência pelos mesmos utentes por parte de outros operadores não convencionados, desde logo porque os beneficiários da ADSE dispõem da alternativa de recurso a qualquer prestador não convencionado ao abrigo do regime livre.

---

<sup>30</sup> Conforme ofício da ADSE de 28 de abril de 2014, em resposta a pedido de informação no âmbito do processo de inquérito da ERS com o número ERS/003/14.

<sup>31</sup> Vide documento da AdC com as “Linhas de Orientação para a Análise Económica de Operações de Concentração Horizontais”, publicado em fevereiro de 2013.

Por outro lado, também não é aplicável aqui o raciocínio do qual decorre a separação entre a prestação de serviços no âmbito do SNS da prestação ao abrigo de outras formas de financiamento, na medida em que, quer no regime livre, quer na rede de convencionados, os beneficiários da ADSE não estão sujeitos aos condicionalismos de referência para aceder a cuidados tal como acontece no SNS.

#### **4. Objetivos regulatórios da ERS**

No quadro de atribuições da ERS, definidas nos seus estatutos, e com particular relevância para as questões aqui em apreço, são objetivos da regulação da ERS, em geral, assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei; garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes; zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade; e promover e defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado, em colaboração com a AdC na prossecução das suas atribuições relativas a este setor (cf. alíneas b), c), d) e f) do artigo 10.º dos referidos estatutos).

Especificamente ao nível do objetivo de acesso aos cuidados de saúde nos estabelecimentos de saúde privados, são incumbências concretas da ERS assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados e zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados (cf. alíneas a) e d) do artigo 12.º dos estatutos).

Nesse sentido, e na medida em que o encerramento do HPG é um cenário possível se a sua aquisição pela Luz Saúde não se concretizar, dada a situação de insolvência da CSG, e sendo previsível, neste cenário, um efeito negativo sobre o acesso das populações residentes na área de influência do hospital, a ERS estimou o impacto desse encerramento sobre o acesso. Recorreu-se, para tal, à aplicação do método EKD2SFCA a todo Portugal continental, para o cálculo de *scores* com base em rácios de médicos por população e o agrupamento desses *scores* em níveis de acesso: alto, médio e baixo.<sup>32</sup>

Em resultado, estima-se que o maior impacto neste cenário de encerramento do hospital recairia sobre cerca de 10% da população da NUTS III do Cávado e

---

<sup>32</sup> Vide Polzin, P., Borges, J. e Coelho, A. (2014), “An extended kernel density two-step floating catchment area method to analyze access to health care”, *Environment and Planning B: Planning and Design*, 41 (4), 717-735.

aproximadamente 1% da população do Grande Porto, cujo nível de acesso diminuiria de alto para médio.<sup>33</sup>

## 5. Conclusões

Por ofício recebido a 15 de maio de 2015, a AdC solicitou à ERS parecer sobre a operação de concentração com a referência Ccent 21/2015 – Luz Saúde / Ativos Casa de Saúde de Guimarães. O presente parecer contém uma análise da estrutura dos mercados relevantes e das alterações nessa estrutura que deverão resultar da operação projetada, importando destacar, conclusivamente, o seguinte:

- (i) Os mercados relevantes foram definidos como sendo mercados de cuidados de saúde hospitalares prestados nas NUTS III do território de Portugal continental.
- (ii) São identificados como concorrentes efetivos nestes mercados os operadores não públicos detentores de unidades hospitalares e de unidades de ambulatório integradas numa lógica de prestação de cuidados de saúde hospitalares em rede, em que os utentes podem ser referenciados entre as unidades para a obtenção de todo o leque de cuidados de saúde hospitalares de que necessitem.
- (iii) A avaliação concorrencial realizada acompanha de perto as orientações da Comissão Europeia para a apreciação de concentrações horizontais, incidindo primordialmente sobre os níveis de quotas de mercado e do IHH. São calculadas as quotas de mercado e o IHH antes da concentração, bem como depois da operação projetada. Também se afere da criação ou do reforço de potencial dominância nos mercados.
- (iv) Identifica-se que a Luz Saúde e o HPG concorrem por residentes em Minho-Lima, Cávado, Ave, Grande Porto, Tâmega, Alto Trás-os-Montes, Douro, Entre Douro e Vouga, Baixo Vouga e Dão Lafões;
- (v) De acordo com os critérios de análise adotados, a avaliação concorrencial produziu resultados que apontam para preocupações em termos concorrenciais na região do Douro.

Porto, 25 de maio de 2015

---

<sup>33</sup> Note-se que também se realizou uma avaliação concorrencial tendo por base este cenário de encerramento do HPG, a qual não produziu resultados significativos.