

**PARECER DA ERS SOBRE A
OPERAÇÃO DE CONCENTRAÇÃO COM A REFERÊNCIA
Ccent 29/2016 – LUSÍADAS / CLISA
(versão não confidencial)¹**

1. Introdução

Por ofício recebido em 19 de julho de 2016, a Autoridade da Concorrência (AdC) solicitou à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) parecer sobre a operação de concentração com a referência Ccent 29/2016 – Lusíadas / CLISA. A operação consiste na aquisição, pela Lusíadas, SGPS, S.A. (doravante Lusíadas, adquirente ou notificante), do controlo exclusivo sobre a Clisa – Clínica Santo António, S.A. (doravante Clisa ou adquirida), mediante a aquisição da maioria das ações representativas do respetivo capital social. As duas partes envolvidas na operação de concentração têm a seu cargo a gestão de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde que se encontram sujeitos à regulação setorial da ERS.

A solicitação da AdC à ERS ocorre nos termos do n.º 1 do artigo 55.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio, segundo o qual “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”, tendo a AdC fixado um prazo de 10 dias úteis para a ERS elaborar o seu parecer.

A elaboração deste parecer vai ainda ao encontro 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

¹ A versão não confidencial deste parecer distingue-se da versão confidencial na apresentação das quotas de mercado e dos valores dos índices de concentração, substituindo-se os valores concretos por intervalos, e de algumas informações quanto à estrutura de controlo das empresas envolvidas.

setor”, nos termos da alínea f) do artigo 10.º dos seus estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

2. Descrição das empresas envolvidas

A adquirente, sociedade com número de pessoa coletiva (NIPC) 506024989, detém totalmente a entidade Lusíadas, S.A., que está registada com número 13833 no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados da ERS (SRER), desde 14 de novembro de 2006, como responsável pela gestão de nove estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde:

- Hospital Lusíadas Lisboa;
- Edifício II Hospital Lusíadas Lisboa;
- Hospital Lusíadas Faro;
- Hospital Lusíadas Porto;
- Hospital Lusíadas Albufeira;
- Clínica Lusíadas Fórum Algarve;
- Clínica Lusíadas Almada Fórum;
- Clínica Lusíadas Parque das Nações;
- Clínica Lusíadas Gaia.

Ainda de acordo com as informações registadas no SRER, a adquirente detém a entidade gestora do Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida (hospital gerido em regime de parceria público-privada) e detém também o estabelecimento de prestação de cuidados continuados Carlton Life Boavista.

Conforme se descreve na versão não confidencial da notificação prévia da operação de concentração, a adquirente constitui a *holding* do Grupo Lusíadas Saúde (www.lusiadas.pt), “grupo que se dedica à prestação de serviços na área da saúde, através da prestação de cuidados médicos em várias especialidades, bem como da prestação de serviços conexos ou afins”, sendo certo que, para tal, “detém uma rede própria de prestação de serviços de saúde no território nacional que integra cinco unidades hospitalares, uma delas em regime de parceria público privada, e quatro clínicas de saúde” (página dois da notificação). O capital social da adquirente “é detido integralmente pela [confidencial], cujo capital é, por sua vez, totalmente detido pela Amil Assistência Médica Internacional S.A. [...], que] é o maior operador privado de

planos e serviços de saúde do Brasil, oferecendo serviços clínicos e hospitalares a utentes e beneficiários de planos de saúde, individuais ou colectivos”. Por seu turno, a AMIL é controlada pela UnitedHealth Group, com sede em Minnesota, nos Estados Unidos da América, que “opera no sector de saúde e bem-estar”.

A adquirida tem como objeto social, igualmente de acordo com a versão não confidencial da notificação, “a exploração de clínica médica, cirúrgica e obstétrica, em duas unidades, sitas respectivamente na Amadora e em Sacavém”. O seu capital social é “controlado pela [confidencial], que detém cerca de [confidencial] do capital social”, encontrando-se o remanescente do capital “disperso entre [confidencial], sendo que a própria Clisa detém 10% de acções próprias” (página três da notificação).

Já de acordo com as informações registadas no SRER, a entidade Clisa – Clínica de Santo António, S.A., pessoa coletiva com NIPC 500065080, com tipo de atividade de estabelecimento de saúde com internamento, está registada no SRER desde 21 de dezembro de 2006, com número de registo 15926. Tem dois estabelecimentos de mesmo nome, na Amadora e em Sacavém.

Importa notar, por último, que, conforme referido na notificação, “a Notificante e a Adquirida não se encontram presentes nos mercados a jusante e a montante do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares [...]”, pelo que a operação de concentração em causa será apenas de natureza horizontal (página cinco da versão não confidencial da notificação).

3. Análise concorrencial

Em termos de metodologia, a avaliação concorrencial da ERS segue, em linhas gerais, os princípios adotados pela Comissão Europeia, recorrendo-se à definição de mercados relevantes e ao estudo da estrutura dos mercados.² Por conseguinte, o estudo do impacto da operação projetada na dinâmica concorrencial dos mercados é feito neste parecer a partir da análise da estrutura dos mercados relevantes e das alterações nessa estrutura que deverão resultar da operação de concentração. Atenta a influência da estrutura dos mercados no comportamento dos operadores, tem-se em vista a obtenção de uma indicação indireta da provável *performance* dos mercados.

² Estes princípios são semelhantes aos de outras agências que avaliam a concorrência nos mercados e em operações de concentração, tais como a *Competition & Markets Authority* (Reino Unido) e a *Federal Trade Commission* e o *United States Department of Justice* (Estados Unidos da América).

3.1. Definição dos mercados relevantes

A prestação de serviços de saúde, globalmente considerada, constitui um setor de atividade multifacetado e multidisciplinar, que engloba um largo e heterogêneo conjunto de serviços, como, por exemplo, os cuidados de saúde, médicos e de enfermagem, e as técnicas de diagnóstico e de terapêutica, que são orientados para necessidades de saúde concretas e diferenciadas, visando atingir objetivos diversos, e que resultam de processos produtivos distintos.

Se, por um lado, a diversidade de natureza dos serviços pode refletir-se na formação dos vários mercados de serviços de saúde, por outro lado, ela leva 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 serviços de saúde, proceder a uma clara identificação dos mercados de prestação de serviços de saúde que potencialmente serão afetados e que, por isso, se deve considerar como relevantes para a análise a efetuar.³

A identificação dos mercados relevantes 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.

3.1.1. 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.

³ Este primeiro passo coaduna-se com o disposto na alínea a) do artigo 16.º dos estatutos da ERS, 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”.

Na análise da substituíbilidade da oferta, deve-se verificar se os processos produtivos de diferentes produtos/serviços partilham tecnologias semelhantes e, assim, resultam de uma única estrutura produtiva. 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.⁴

Sem prejuízo da relevância de uma análise económica detalhada às estruturas produtivas, a definição do mercado do produto pelo lado da substituíbilidade da oferta pode atender às definições que se encontram no setor ao nível contratual, que delimitam o leque de serviços a prestar pelos operadores em determinado segmento do mercado (por exemplo, clausulados das convenções, tabelas de preços, etc.). Tais enquadramentos fornecem informações sobre os métodos/processos produtivos adotados na prestação de serviços e os recursos humanos, que podem ser utilizadas com vista à definição do mercado relevante do produto.

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 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 serviços, numa lógica não só de diversificação da oferta de serviços aos utentes mas também de aproveitamento de economias de gama e prestação de serviços complementares na satisfação das necessidades dos utentes. 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. Tipicamente, um estabelecimento

⁴ 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 “mesmo 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.

hospitalar oferece toda esta cadeia de serviços e/ou produtos, não obstante poderem ser 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*, que resulta na definição do mercado de serviços 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 conjunto de serviços de saúde que poderá obter junto do prestador, agregando o consumo em prestadores específicos (ou seja, assume-se que não há procura por itens individuais, mas sim uma procura agregada).⁵

Atenta esta definição de mercado relevante do produto, ou seja, de serviços de saúde hospitalares, importa, contudo, notar que, além de se considerar dentro deste mercado a oferta de serviços localizada nos estabelecimentos com natureza hospitalar, deve incluir-se também como oferta relevante as unidades dos mesmos operadores que, não prestando todo o tipo de serviços de saúde hospitalares (como partos e internamento, por exemplo), 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.

3.1.2. Mercados geográficos relevantes

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/serviços relevantes, onde as condições de concorrência são suficientemente homogéneas, e que se pode distinguir de outras áreas geográficas em virtude de diferentes condições. Assim, trata-se de definir uma área territorial onde as condições

⁵ 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.

de concorrência do produto/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 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 geográfico com base na distância ou do tempo de viagem máximo que a maioria dos consumidores aceita viajar até aos pontos de oferta, tendo em conta o transporte na rede viária e velocidades médias.

Em geral, as fronteiras das áreas de influência são definidas com base numa referência de tempo máximo de viagem, 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. Deste modo, numa operação de concentração, pode-se definir como mercado geográfico relevante a(s) região(ões) resultante(s) das interseções das áreas de influência dos estabelecimentos dos operadores em questão. Isto porque será nesta(s) região(ões) que os operadores concorrem entre si pelos utentes ali residentes (tanto os operadores envolvidos como outros que tenham estabelecimentos com áreas de influência que também cubram a(s) região(ões) em causa).

Não sendo possível realizar um exercício de verificação dos fluxos de consumidores, para se determinar os tempos máximos de viagem e, conseqüentemente, delimitar as fronteiras das áreas de influência, pode-se recorrer a referências existentes de tempos máximos de deslocação.⁶ Tendo em conta essas referências, atenta a operação de concentração em apreço, pode concluir-se que os mercados geográficos relevantes de

⁶ Referências de tempos máximos de viagem recomendadas pelo GMENAC (*Graduate Medical Education National Advisory Committee*), comité criado pelo governo dos Estados Unidos da América, e definidas em artigos de análises de acesso na literatura, são, por exemplo, 30 minutos para cuidados de saúde primários, serviços de urgência/emergência e cuidados médicos gerais de adultos e crianças; 45 minutos para cuidados de obstetrícia; 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. e Bornstein, S. L. (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; e 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).

serviços de saúde hospitalares deveriam ser definidos com base em áreas de influência de 90 minutos.

Não obstante, é prática comum definir-se, alternativamente, mercados geográficos com referência a unidades territoriais já estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos.⁷ 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, Ccent 18/2015 – José de Mello Saúde / Hospital Privado de Santarém e Ccent 21/2015 – Luz Saúde / Ativos Casa de Saúde de Guimarães, por exemplo, a ERS adotou as NUTS III para efeito de delimitação do mercado geográfico relevante.⁸

Importa notar, contudo, relativamente à operação de concentração em apreço, 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 nestas regiões apresenta as seguintes limitações:

- (i) Não permite distinguir grandes distâncias de pequenas distâncias no interior das NUTS III, não refletindo a reconhecida preferência global dos utentes por estabelecimentos mais próximos de si, em função de tempos de viagem e custos de transporte mais baixos.
- (ii) Considera que os utentes não cruzam as fronteiras das NUTS III para recorrer a serviços de saúde prestados por estabelecimentos localizados noutras NUTS. Portanto, ignora prováveis fluxos transfronteiriços de utentes e, assim, as pressões concorrenciais de prestadores de outras regiões.
- (iii) Considera que a concorrência em cada NUTS III é homogénea, não sendo possível capturar variações intrarregionais na tensão concorrencial entre os operadores, enquanto tais variações deverão ocorrer naturalmente, devido a diferenças nos conjuntos de estabelecimentos alternativos mais próximos disponíveis para cada população residente nas localidades, freguesias, áreas de códigos postais ou concelhos que compõem cada NUTS III.

⁷ 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.

⁸ 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.

- (iv) Produz resultados específicos para as NUTS III, pelo que uma alteração das suas fronteiras (como tem ocorrido em anos recentes) ou a escolha de outras áreas geográficas implicarão a obtenção de resultados diferentes, mesmo sem ter havido mudança nas distribuições geográficas, nas capacidades produtivas ou nos volumes de negócios dos estabelecimentos, nem qualquer concentração de empresas.

Assim, com vista à superação destas limitações, embora se mantenha neste parecer a expressão de resultados em NUTS III, por ser prática comum em avaliações concorrenciais de operações de concentração semelhantes, realiza-se a avaliação com base em áreas de influência de 90 minutos, como melhor se explica na subsecção 3.2.1.⁹

3.1.3. Natureza dos concorrentes

Os mercados da prestação de serviços de saúde são regulados e enquadrados por regras de determinação prévia de formas de acesso a tais serviços. A composição dos prestadores de serviços 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

⁹ A divisão regional em NUTS utilizada neste parecer é a que está em vigor desde 2015. Tendo sido instituída pelo Regulamento (UE) n.º 868/2014 da Comissão, de 8 de agosto de 2014, esta nova divisão compreende alterações nas NUTS de nível III que passam a ter limites territoriais no Continente coincidentes com os limites das entidades intermunicipais definidos na Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro.

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 2015, verifica-se que em cerca de 95% dos casos o financiamento tem origem no SNS, sendo certo que o financiamento por outras entidades representa apenas 5% 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 serviços 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) 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 SNS¹⁰); e
- (ii) numa segunda linha, em complementaridade, os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos (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. Importa referir que, para além disso, tais acordos são limitadores de mecanismos concorrenciais elementares, sendo

¹⁰ Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

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 de operadores privados pelos utentes do SNS é, assim, em grande parte das situações, 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 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 privados, 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.

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 privados 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 serviços 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, intitulado “Parecer sobre os limites aos preços que os hospitais públicos podem praticar na sua relação com terceiros”, publicado em www.ers.pt, a ERS analisou os preços dos serviços numa amostra de hospitais não públicos 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, 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 serviços de saúde hospitalares prestados por estabelecimentos não públicos nas NUTS III do território de Portugal continental.

3.1.5. Outros mercados não analisados

A Lusíadas opera no território de Portugal continental ainda no mercado específico dos cuidados continuados. Este mercado não foi, todavia, abrangido pelo âmbito dos mercados relevantes analisados no presente parecer, uma vez que a adquirida tem a sua atividade no setor da saúde circunscrita à prestação de serviços considerados no perímetro do mercado relevante dos serviços hospitalares.

Deve realçar-se que a prestação de cuidados continuados em Portugal ocorre sobretudo no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).¹¹ 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. Verificou-se, no entanto, que a unidade de cuidados continuados da Lusíadas não integra a RNCCI, pelo que apresentará um nível de oferta em número de camas muito reduzido face à oferta total, a qual é constituída maioritariamente por Instituições Particulares de Solidariedade Social. Assim, considerou-se desnecessária a análise deste mercado por ser provável a irrelevância da operação.

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

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”¹², 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

¹¹ 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 2015, e da sua distribuição geográfica, vide estudos da ERS de 2011, 2013 e 2015 “Estudo do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde”, “Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde” e “Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos”, respetivamente, disponíveis em www.ers.pt).

¹² Comunicação 2004/C 31/03, publicada no Jornal Oficial da União Europeia C 31, de 05/02.

além destes indicadores, este 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).

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

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

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 $10.000/n$.

De acordo com as referidas orientações, um IHH inferior a 1.000 indica que é pouco provável a identificação de preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal no mercado. Por outro lado, um IHH superior a 2.000 já seria indicativo de uma concentração substancial no mercado. Para a apreciação de concentrações horizontais, a comunicação estabelece que “[é] pouco provável que a Comissão identifique preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal num mercado com um 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).

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%.¹³

Importa notar, no entanto, que a ERS utiliza uma versão estendida do IHH para a obtenção de resultados com maior nível de detalhe na avaliação concorrencial, por meio do uso de unidades geográficas de análise pequenas (áreas dos códigos postais) e das áreas de influência dos estabelecimentos (*vide* quadro 2).¹⁴

Quadro 2 – Cálculo do IHH (versão estendida)

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

em que

- HHI_i^E é o índice calculado para a unidade geográfica i ;
- G refere-se aos grupos empresariais ($G=1$ 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 cobrir as localizações i definidas até um limite predeterminado de tempo de viagem em estrada d_{\max} ;
- $g(d_{il}, d_{\max})$ é a função de proximidade, aplicada para conferir maior peso às distâncias mais pequenas e menor peso às distâncias maiores, refletindo o pressuposto de que os utentes preferem viajar aos estabelecimentos mais próximos entre um conjunto de alternativas.

A utilização da versão estendida faz mais sentido em setores em que os consumidores precisam de se deslocar até aos pontos de oferta para obter os produtos/serviços que desejam ou necessitam, ou seja, nos setores em que a localização dos pontos de oferta é uma importante variável concorrencial para atração de consumidores e

¹³ A utilização destes critérios 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, ou seja, o número de estabelecimentos e a sua capacidade produtiva não se alteram, e não há entrada nem saída de concorrentes nos mercados.

¹⁴ 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*, doi: 10.1111/pirs.12167.

consequente manutenção ou ganho de quota de mercado. Assim, ultrapassam-se as limitações da avaliação por NUTS III referidas na subsecção 3.1.2.

Identificação de potencial dominância

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.

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 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). 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 Lusíadas, 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 conclua, da análise, que a concentração em causa resulta na criação ou no reforço de potencial dominância por parte da adquirente, isto será um indicativo de que a concentração implica um aumento do risco de ocorrência de entraves significativos à concorrência efetiva.

Não estando definido legalmente um limite de quota específico a partir do qual se considera existir potencial dominância¹⁵, utiliza-se a versão estendida do método de identificação de potencial dominância de Melnik et al. (2008)¹⁶. Com este método calcula-se o limite de quota de mercado a partir do qual se pode determinar se a empresa de maior quota num mercado tem posição potencialmente dominante (*vide* quadro 3, com a forma de cálculo estendida de Polzin et al., 2015).

¹⁵ 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*.

¹⁶ Melnik, A., Shy, O. e Stenbacka, R. (2008), “Assessing market dominance”, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 68 (1), 63-72.

Quadro 3 – Identificação de potencial dominância (versão estendida)

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

em que:

- $Q_i^{D^E}$ é o limite de quota de mercado, a partir do qual o operador de maior quota tem posição potencialmente dominante, calculada para a unidade geográfica i ; e as outras variáveis, a função e o limite de tempo de viagem são os mesmos apresentados no quadro 2.

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.

Finalmente, relativamente ao cálculo das quotas de mercado, considerando que a informação sobre a capacidade produtiva domina sobre o recurso aos volumes de negócios por um imperativo de exequibilidade, na medida em que não existe, presentemente, recolha sistemática, completa e homogénea de informação sobre

volumes de negócios dos prestadores de cuidados de saúde, esta é a informação considerada pela ERS para este cálculo.¹⁷

3.2.2. Resultados

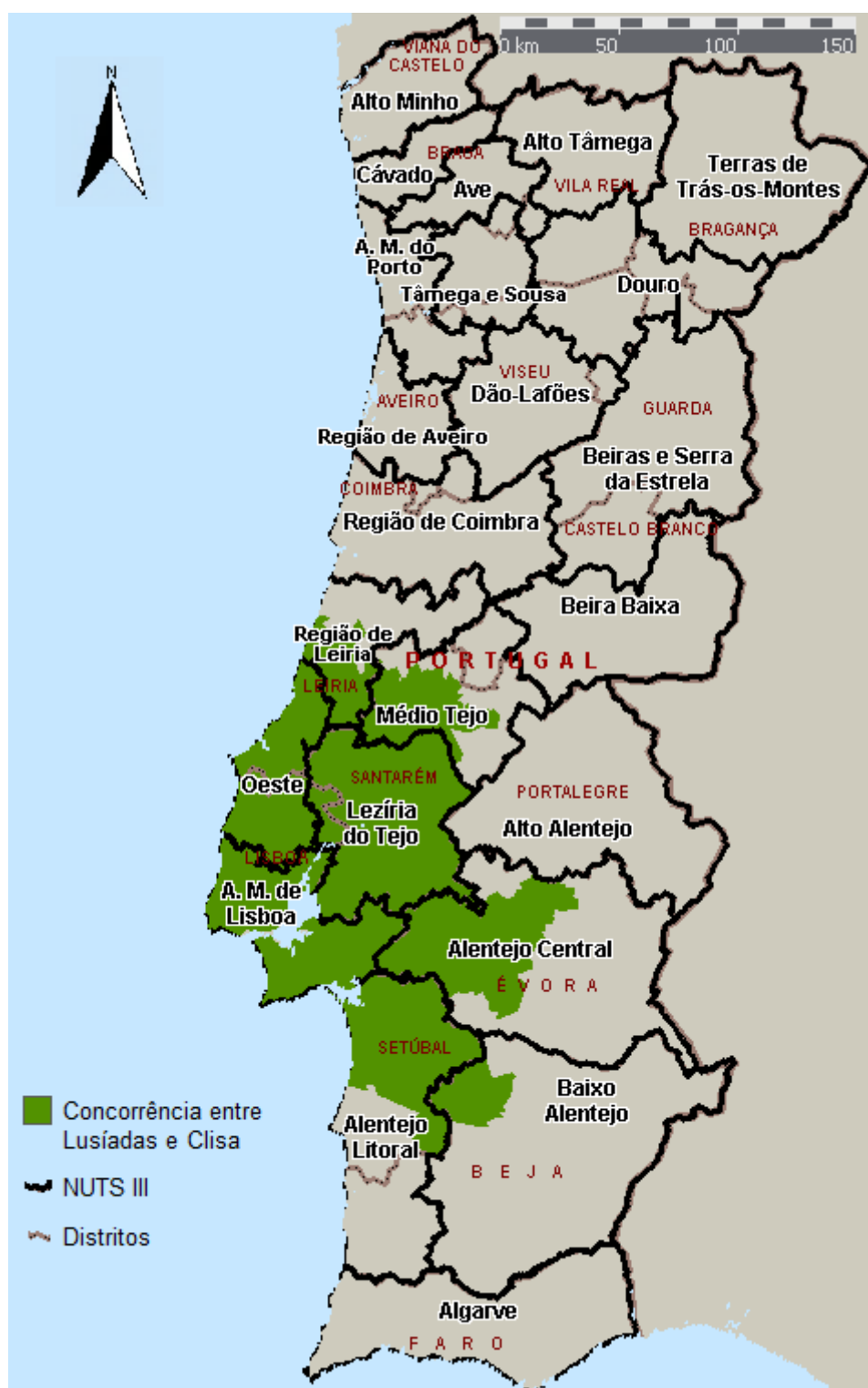
Foram primeiramente recolhidos dados do SRER, em 17 de julho de 2016, de 137 estabelecimentos prestadores de serviços hospitalares não públicos localizados em Portugal continental, detidos por 78 operadores (entidades ou grupos empresariais).

Com base nas áreas de influência dos nove estabelecimentos da notificante e dos dois da Clisa, foi identificada uma região formada por 144 áreas de códigos postais onde haverá tensão concorrencial entre os dois operadores, ou seja, a região onde há interseção das áreas de influência dos dois operadores, que perpassa as seguintes oito NUTS III: Alentejo Central, Alentejo Litoral, Área Metropolitana de Lisboa, Baixo Alentejo, Lezíria do Tejo, Médio Tejo, Oeste e Região de Leiria (*vide* figura 1, devendo referir-se que apenas os estabelecimentos Clínica Lusíadas Almada Fórum, Clínica Lusíadas Forum Algarve, Clínica Lusíadas Parque das Nações, Edifício II Hospital Lusíadas Lisboa, Hospital Lusíadas Albufeira, Hospital Lusíadas Faro e Hospital Lusíadas Lisboa concorrem, em maior ou menor medida, com a Clisa por utentes da área geográfica ilustrada a verde).

No Anexo I apresenta-se a lista completa de operadores que concorrem em toda ou parte da região identificada na figura 1, juntamente com a indicação do número de estabelecimentos, a sua localização em termos de NUTS III e o número de médicos [anexo omitido nesta versão não confidencial do parecer].

¹⁷ Concretamente, as quotas de mercado dos operadores foram calculadas com base nas suas capacidades produtivas, aferidas pelos seus números de médicos registados no SRER. Como salienta a Comissão Europeia, para além do volume de negócios, a capacidade produtiva das empresas constitui igualmente elemento válido para aferição das posições relativas dos agentes económicos no mercado (*vide* parágrafo 54 da Comunicação 97/C 372/03).

Figura 1 – Concorrência entre Lusíadas e Clisa nas NUTS III



Fonte: Elaboração própria com dados do SRER e aplicação MapPoint 2013.

Assim, tendo em conta uma subdivisão de Portugal continental em áreas de códigos postais, foi possível obter, num primeiro momento, 459 resultados de IHH e potencial dominância *ex ante*. Num segundo momento, no cenário pós-concentração, foram

computados mais 459 resultados de IHH e potencial dominância. Finalmente, numa comparação entre os dois conjuntos de resultados, foi possível concluir o seguinte:

- Foram identificadas variações positivas de IHH na região onde os dois operadores concorrem (região a verde na figura 1), composta por 144 áreas de códigos postais, identificando-se em quase 20% destas áreas preocupações em termos concorrenciais, de acordo com os critérios da Comissão Europeia (mais especificamente, IHH pós-concentração superiores a 2.000 pontos e deltas maiores que 150 pontos). Estes resultados são identificados nas NUTS III Alentejo Central, Alentejo Litoral, Área Metropolitana de Lisboa, Lezíria do Tejo e Oeste, embora atingindo apenas 18%, 26%, 17%, 37% e 16% das respetivas populações. Ora, tendo em conta todas as áreas de códigos postais onde há concorrência naquelas cinco NUTS III, a comparação das médias dos IHH *ex ante* e *ex post*, simples e ponderadas pelas populações residentes, revela valores de deltas não preocupantes, tendo em conta os critérios da Comissão Europeia (*vide* tabela 1).¹⁸

Tabela 1 – Evolução do IHH nas NUTS III com resultados preocupantes

NUTS III	Médias simples		Delta	Médias ponderadas		Delta
	IHH antes	IHH depois		IHH antes	IHH depois	
Alentejo Central	[6000;7000]	[6000;7000]	<50	[5000;6000]	[6000;7000]	<100
Alentejo Litoral	[4000;5000]	[4000;5000]	<100	[5000;6000]	[5000;6000]	<100
Área Metropolitana de Lisboa	[1000;2000]	[1000;2000]	<250	[1000;2000]	[1000;2000]	<250
Lezíria do Tejo	[2000;3000]	[2000;3000]	<200	[2000;3000]	[2000;3000]	<200
Oeste	[1000;2000]	[1000;2000]	<200	[1000;2000]	[1000;2000]	<200

Da análise empreendida foi ainda possível extrair outras conclusões:

- Antes da concentração projetada nenhuma das partes possui uma quota de mercado igual ou superior a 50%, tendo-se identificado uma quota máxima superior a 10% por parte da adquirente e inferior a 10% por parte da adquirida;
- Nenhum dos operadores tem posição potencialmente dominante antes, nem passa a tê-la depois da concentração projetada, pelo que não há reforço ou criação de posição potencialmente dominante com a concentração.

¹⁸ Foram utilizados dados de população residente dos Censos de 2011, do Instituto Nacional de Estatística, IP.

Refira-se, no entanto, que, numa avaliação concorrencial tradicional por NUTS III, sem áreas de influência e com base nas localizações dos estabelecimentos, constatar-se-ia que os operadores concorreriam apenas na NUTS III da Área Metropolitana de Lisboa, na medida em que é a única em que as duas partes têm estabelecimentos ali situados, conjuntamente: quatro estabelecimentos da Lusíadas e os dois da Clisa. A tabela 2 resume os resultados desta outra análise, comparando a situação anterior à concentração projetada com a situação posterior.

Tabela 2 – Evolução da situação concorrencial na Área Metropolitana de Lisboa com a concentração (apenas com estabelecimentos localizados na NUTS III)

[confidencial]

Os IHH *ex ante* e *ex post* neste caso seriam de [1000;2000] e [2000;3000] pontos, respetivamente, pelo que o delta seria de [200;250] pontos, indicando uma variação preocupante em termos concorrenciais. Esta avaliação padece, no entanto, das limitações referidas na subsecção 3.1.2.

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, na medida em que pode 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, 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, antes da concentração, o IHH é inferior a 1.000 pontos e a quota de mercado do grupo Lusíadas é inferior a 10%. Depois da concentração, o IHH continua inferior a 1.000 pontos e a adquirente fica com uma quota de mercado inferior a 15%, pelo que, neste nível de análise e segundo os critérios da Comissão Europeia, a operação não suscitaria preocupações.

5. Conclusões

Por ofício recebido a 19 de julho de 2016, a AdC solicitou à ERS parecer sobre a operação de concentração com a referência Ccent 29/2016 – Lusíadas / CLISA. Analisando a estrutura dos mercados relevantes e das alterações nessa estrutura que deverão resultar da operação projetada, destaca-se o seguinte:

- (i) Os mercados relevantes foram definidos como sendo mercados de serviços 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 serviços de saúde hospitalares em rede.
- (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.
- (iv) Numa avaliação concorrencial tradicional por NUTS III, com base nas localizações dos estabelecimentos, constatar-se-ia que os operadores concorreriam apenas na Área Metropolitana de Lisboa. Neste caso, verificar-se-ia um aumento preocupante do grau de concentração de mercado, segundo os critérios da Comissão Europeia. Esta avaliação padece, no entanto, de um conjunto de limitações identificado no parecer.
- (v) Recorrendo à avaliação com áreas de influência, identifica-se concorrência entre os dois operadores por utentes residentes em oito NUTS III: Alentejo Central, Alentejo Litoral, Área Metropolitana de Lisboa, Baixo Alentejo, Lezíria do Tejo, Médio Tejo, Oeste e Região de Leiria. Foram identificados resultados preocupantes em partes das NUTS III Alentejo Central, Alentejo Litoral, Área Metropolitana de Lisboa, Lezíria do Tejo e Oeste, mas com abrangência territorial e populacional pequena e sem impacto significativo nos graus de concentração médios calculados para cada uma das regiões.
- (vi) Além disso, verificou-se, nos resultados *ex ante* e *ex post*, que os operadores em causa nunca apresentam quota de mercado igual ou superior a 50% ou posição potencialmente dominante.

- (vii) Por último, tendo por âmbito geográfico todo o território de Portugal continental, verifica-se que também neste nível de análise a operação não suscitaria preocupações.

Porto, 27 de julho de 2016