



PARECER DA ERS SOBRE A
OPERAÇÃO DE CONCENTRAÇÃO COM A REFERÊNCIA
CCENT N.º 6/2018 – LUZ SAÚDE / IDEALMED III * IMACENTRO * PONTE GALANTE
(versão não confidencial)¹

1. Introdução

Por ofício recebido em 31 de janeiro de 2018, a Autoridade da Concorrência (AdC) solicitou à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) parecer sobre a operação de concentração com a referência Ccent n.º 6/2018 – Luz Saúde / Idealmed III * Imacentro * Ponte Galante.

A operação consiste na aquisição indireta, pela Luz Saúde, S.A. (doravante Luz Saúde, adquirente ou notificante), do controlo das sociedades Idealmed III – Serviços de Saúde, S.A. (“Idealmed III”), Imacentro – Clínica de Imagiologia Médica do Centro, S.A. (“Imacentro”) e Idealmed Ponte Galante, S.A. (“Ponte Galante”), conjuntamente designadas por “Sociedades Idealmed”, através da aquisição de 70% do capital social e direitos de votos na Capital Criativo Health Care Investments II, S.A. (“CCHC2”), que detém o controlo direto das Sociedades Idealmed.

As 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.

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

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

que a respetiva autoridade reguladora emita parecer sobre a operação notificada, fixando um prazo razoável para esse efeito”.

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 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

Luz Saúde

A Luz Saúde é uma “empresa que se dedica a três segmentos operacionais principais: (i) o segmento de cuidados de saúde privados, onde se incluem as principais unidades hospitalares de prestação de cuidados agudos e a rede de clínicas em regime de ambulatório do grupo; (ii) segmento de cuidados de saúde públicos, que corresponde à gestão do Hospital Beatriz Ângelo, ao abrigo de um contrato de parceria público-privada; e (iii) outras atividades, 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 atividades quotidianas” (cf. p. 3 da notificação). No total, “[o] grupo presta os seus serviços através de 22 unidades (onde se incluem onze hospitais privados, um hospital integrado no Serviço Nacional de Saúde [...], oito clínicas privadas a operar em regime de ambulatório e duas residências sénior) e está presente nas regiões Norte, Centro e Centro-Sul de Portugal” (cf. p. 5 da notificação).

O maior acionista da Luz Saúde é a Fidelidade Companhia de Seguros, S.A. (“Fidelidade”), que adquiriu o seu controlo em 2014 (*vide* p. 6 da notificação). A Fidelidade “é detida a 84,986% pela Longrun Portugal, SGPS, S.A., que por sua vez é detida a 100% pela Millenium Gain Limited sediada em Hong Kong. Esta última é detida a 100% pela Fosun International Limited, empresa listada no mercado de capitais de Hong Kong. Esta é detida a 71,768% pela Fosun Holdings Limited, que por sua vez é detida pela Fosun International Holdings, Ltd., cujo último beneficiário efetivo é o senhor Guo Guangchang” (cf. pp. 13 e 14 da notificação).

Nos termos da descrição que consta da notificação da operação (cf. pp. 7 a 13), as sociedades controladas pela Luz Saúde são as seguintes:

1. Hospor – Hospitais Portugueses, S.A., explora os seguintes estabelecimentos:
 - a. Hospital da Luz – Clínica de Amarante;
 - b. Hospital da Luz – Clínica de Cerveira;
 - c. Hospital da Luz – Clínica do Porto;
 - d. Hospital da Luz – Póvoa do Varzim;
 - e. Hospital da Luz – Clínica de Vila Real; e
 - f. Hospital da Luz – Setúbal.
2. Hospital da Luz, S.A., explora os seguintes estabelecimentos:
 - a. Hospital da Luz – Lisboa; e
 - b. Hospital da Luz – Clínica de Odivelas.
3. Luz Saúde – Unidades de Saúde e de Apoio à Terceira Idade, S.A., detém os seguintes estabelecimentos:
 - a. Hospital da Luz – Lisboa; e
 - b. Casas da Cidade – Lisboa.
4. Instituto de Radiologia Dr. Idílio de Oliveira – Centro de Radiologia Médica, S.A., explora:
 - a. Instituto de Radiologia Dr. Idílio de Oliveira, que presta serviços de radioterapia ao Hospital da Luz – Lisboa.
5. Hospital da Luz – Centro Clínico da Amadora, S.A., detém e explora:
 - a. Hospital da Luz – Clínica da Amadora.
6. Clínica Parque dos Poetas, S.A., explora:
 - a. Hospital da Luz – Oeiras.
7. Surgicare – Unidades de Saúde, S.A., detém o estabelecimento:
 - a. Hospital da Luz – Oeiras.
8. Hospital da Arrábida – Gaia, S.A., explora o estabelecimento:
 - a. Hospital da Luz – Arrábida.
9. CRB – Clube Residencial da Boavista, S.A.;
10. Cliria – Hospital Privado de Aveiro, S.A., detém e explora:
 - a. Hospital da Luz – Clínica de Águeda;
 - b. Hospital da Luz – Clínica de Oia; e
 - c. Hospital da Luz – Aveiro.
11. SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A., explora, em regime de parceria público-privada o estabelecimento:
 - a. Hospital Beatriz Ângelo.

12. Casas da Cidade – Residência Sénior, S.A., explora o estabelecimento:
 - a. Casas da Cidade Residências Sénior, em Lisboa.
13. Casas da Cidade – Residências Sénior de Carnaxide, S.A., explora o estabelecimento:
 - a. Casas da Cidade Residências Sénior, em Carnaxide.
14. RML – Residência Medicalizada de Loures, SGPS, S.A., detém as sociedades:
 - a. Vila Lusitano, S.A.; e
 - b. Hospital Residencial do Mar, S.A..
15. Hospital Residencial do Mar, S.A., explora:
 - a. Hospital do Mar Cuidados Especializados Lisboa, na Bobadela.
16. Vila Lusitano – Unidades e Saúde, S.A., detém o estabelecimento:
 - a. Hospital do Mar Cuidados Especializados Lisboa, na Bobadela.
17. HME – Gestão Hospitalar, S.A., explora:
 - a. Hospital da Misericórdia de Évora, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Évora.
18. Luz Saúde – Serviços, A.C.E.;
19. Hospital da Luz Guimarães, S.A., detém:
 - a. Hospital da Luz – Guimarães; e
 - b. Hospital do Mar Cuidados Especializados Gaia.
20. GLSMED Trade, SA;
21. GLSMED Learning Health, SA;
22. British Hospital – Lisbon XXI, S.A., detém e gere o estabelecimento:
 - a. British Hospital.
23. British Hospital Management Care, S.A., detém e gere o estabelecimento clínico:
 - a. British Hospital Management Care, integrado no British Hospital.
24. Microcular – Centro de Microcirurgia, Laser e Diagnóstico, gere o estabelecimento:
 - a. British Hospital Saldanha Microcular.

Por seu turno, no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados da ERS (SRER), são identificadas no perímetro da Luz Saúde as seguintes entidades e respetivos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde²:

² Conforme informação do registo consultada no dia 1 de fevereiro de 2018.

1. Hospor – Hospitais Portugueses, S.A., entidade com o número de identificação de pessoa coletiva (NIPC) 501245570, tem no SRER os seguintes estabelecimentos³:
 - a. Centro Ambulatório de Amarante (Hospital da Luz – Clínica de Amarante);
 - b. Centro Ambulatório de Cerveira (Hospital da Luz – Clínica de Cerveira);
 - c. Centro Ambulatório do Porto (Hospital da Luz – Clínica do Porto);
 - d. Clipóvoa (Hospital da Luz – Póvoa do Varzim);
 - e. Hospital da Luz – Clínica de Vila Real;
 - f. Hospital de Santiago (Hospital da Luz – Setúbal);
 - g. Posto de colheitas no Hospital da Luz – Guimarães;
 - h. Posto de colheitas no Hospital da Luz – Hospital Arrábida; e
 - i. Posto de colheitas no Hospital da Luz – Póvoa de Varzim.
2. Hospital da Luz, S.A., com NIPC 507485637, tem os seguintes estabelecimentos registados no SRER:
 - a. Hospital da Luz (Hospital da Luz – Lisboa);
 - b. Hospital da Luz – Clínica de Odivelas; e
 - c. Unidade de Cuidados Médicos Acidentes, uma unidade de cuidados de saúde sem internamento sita em Lisboa.
3. Instituto de Radiologia Dr. Idílio de Oliveira CRM, S.A., com NIPC 500964157, tem o seguinte estabelecimento registado:
 - a. Instituto de Radiologia Dr. Idílio de Oliveira, CRM, S.A., em Lisboa.
4. Hospital da Luz – Centro Clínico da Amadora, S.A., com NIPC 508854890, tem o seguinte estabelecimento:
 - a. Hospital da Luz – Centro Clínico da Amadora, S.A..
5. Clínica Parque dos Poetas, com NIPC 507389158, tem um estabelecimento registado:
 - a. Clínica Parque dos Poetas (Hospital da Luz – Oeiras).
6. Hospital da Arrábida-Gaia, S.A., com NIPC 501840559, tem dois estabelecimentos registados:
 - a. Fidelidade – Unidade de Cuidados Médicos Acidentes, unidade de cuidados de saúde sem internamento sita no Porto;
 - b. Hospital da Arrábida-Gaia, S.A. (Hospital da Luz – Arrábida).
7. CLIRIA – Hospital Privado de Aveiro, S.A., com NIPC 502760770, tem os seguintes estabelecimentos registados:

³ São identificadas entre parênteses as designações apresentadas na notificação correspondentes aos estabelecimentos registados no SRER.

- a. CLIRIA – Centro Médico de Águeda (Hospital da Luz – Clínica de Águeda);
 - b. Hospital da Luz Clínica de Oiã (Hospital da Luz – Clínica de Oiã); e
 - c. CLIRIA – Hospital Privado de Aveiro, S.A. (Hospital da Luz – Aveiro).
8. SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A., com NIPC 509217605, tem o seguinte estabelecimento registado:
- a. Hospital Beatriz Ângelo.
9. Hospital Residencial do Mar, S.A., com NIPC 507397495 e sócio a deter 100% da entidade RML – Residência Medicalizada de Loures, SGPS, S.A., tem o seguinte estabelecimento registado:
- a. Hospital Residencial do Mar, S.A., na Bobadela.
10. Hospital da Luz Guimarães, S.A., com NIPC 513513426, tem os seguintes estabelecimentos:
- a. Hospital da Luz Guimarães; e
 - b. Hospital do Mar Cuidados Especializados Gaia.
11. British Hospital Lisbon XXI, S.A., com NIPC 506324176, tem o seguinte estabelecimento:
- a. British Hospital Lisbon XXI, S.A..
12. BMC – British Hospital Management Care, S.A., com NIPC 509222854, tem o seguinte estabelecimento registado:
- a. BMC – British Hospital Management Care, S.A..
13. Microcular – Centro de Microcirurgia Ocular Laser e Diagnóstico, S.A., tem o seguinte estabelecimento registado:
- a. Microcular, S.A. (British Hospital Saldanha Microcular).

Para além destes, consta no SRER também o Hospital da Misericórdia de Évora, da Santa Casa da Misericórdia de Évora, com NIPC 500745846, explorado pela sociedade controlada pela Luz Saúde, conforme informado na notificação.

Sociedades Idealmed

As Sociedades Idealmed são, nos termos da notificação da operação, constituídas pela Idealmed III, a Imacentro e a Ponte Galante. A Idealmed III é uma “sociedade que se dedica à gestão e exploração de unidades de saúde, à prestação de serviços de saúde, serviços médicos, de meios complementares de diagnóstico, radiologia, análises clínicas, enfermagem e fisioterapia. Esta sociedade detém e gere as clínicas

(i) Idealmed Clínica Solum, sita [...] em Coimbra, onde são prestados serviços especializados de Gastrenterologia, Medicina Geral e Familiar, Medicina Dentária,

Psicologia e Terapia da Fala; (ii) Idealmed Clínica Pombal, [...] onde são prestados serviços especializados de Medicina Geral e Familiar, Medicina Dentária [...], Terapia da Fala e Cirurgia Vascular, e (iii) Idealmed Cantanhede, sita [...] em Cantanhede, que presta serviços de forma integrada com a rede das Sociedades Idealmed. Adicionalmente, a Idealmed III explora ainda o estabelecimento de prestação de cuidados de saúde de carácter privado denominado Idealmed – Unidade Hospitalar de Coimbra, [...] que funciona de forma integrada e agrega a generalidade das especialidades médicas e cirúrgicas, dispondo de um atendimento médico permanente, meios complementares de diagnóstico laboratoriais, blocos operatórios, salas de partos e unidades de recobro pós-operatório, unidades de internamento, unidades de cuidados especiais, entre outras áreas clínicas”. A Imacentro é uma “empresa que se dedica à prestação de serviços de imagiologia médica, detendo e gerindo a Imacentro – Clínica de Imagiologia Médica, [...] em Coimbra”. A Ponte Galante é uma “empresa que se dedica à prestação de serviços médicos, de fisioterapia, cirurgia e ortopedia, detendo e gerindo a Idealmed – Clínica Ponte Galante, uma clínica em regime de ambulatório, sita [...] na Figueira da Foz, que disponibiliza consultas de especialidades médicas e cirúrgicas, exames complementares de diagnóstico de apoio às especialidades médicas, análises clínicas e atendimento de enfermagem” (cf. pp. 3 e 4 da notificação).

Por seu turno, do SRER da ERS constam as seguintes informações quanto às entidades que no seu conjunto se designam aqui por Sociedades Idealmed:

1. Idealmed III – Serviços de Saúde, Lda., com NIPC 510113516, tem os seguintes estabelecimentos registados:
 - a. Idealmed – Unidade Hospitalar de Coimbra;
 - b. Idealmed Clínica Cantanhede;
 - c. Idealmed Clínica Pombal; e
 - d. Idealmed Clínica Solum.
2. Imacentro – Clínica de Imagiologia Médica do Centro, S.A., com NIPC 510113516, tem o seguinte estabelecimento:
 - a. Imacentro – Idealmed.
3. Idealmed Ponte Galante, S.A., com NIPC 502761253, tem o seguinte estabelecimento registado:
 - a. Idealmed Ponte Galante, S.A..

3. Análise concorrencial

Em termos de metodologia, a avaliação concorrencial da ERS segue os princípios adotados pela Comissão Europeia, recorrendo-se à definição de mercados relevantes e ao estudo da estrutura dos mercados.⁴ Portanto, o estudo do impacto da operação projetada na dinâmica concorrencial dos mercados é feito a partir da análise da estrutura dos mercados relevantes definidos e das alterações que deverão resultar da operação de concentração. Tem-se em vista estimar se as alterações à estrutura de mercado decorrentes da operação poderão reduzir a concorrência entre os operadores⁵, elevando assim o risco de ocorrência de efeitos negativos *ex post* associados, tais como, por exemplo, preços excessivamente altos, qualidade reduzida e redução da liberdade de escolha dos utentes.⁶

3.1. Definição dos mercados relevantes

Como primeiro passo para se avaliar os potenciais impactos concorrenciais de uma operação de concentração envolvendo prestadores de cuidados de saúde, é necessário proceder a uma identificação dos mercados de prestação de cuidados de saúde que potencialmente serão afetados e que, por isso, serão considerados relevantes para a análise a efetuar.

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.

⁴ Os princípios da Comissão Europeia estão vertidos na Comunicação 97/C 372/03, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 372/5, de 9 de dezembro de 1997 e na Comunicação 2004/C 31/03, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 31, de 5 de fevereiro de 2004.

⁵ Os operadores são as entidades ou grupos de entidades detentoras dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (empresas ou grupos empresariais do setor).

⁶ Sobre impactos concorrenciais, vejam-se, para além da referida Comunicação 2004/C 31/03: Gaynor, M., Moreno-Serra, R. e Propper, C. (2012). Can competition improve outcomes in UK health care? Lessons from the past two decades. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(1), 49-54; Ikkersheim, D. e Koolman, X. (2012). Dutch healthcare reform: did it result in better patient experiences in hospitals? A comparison of the consumer quality index over time. *BMC Health Services Research*, 12(35), 76; e Motta, M. (2004). *Competition Policy: Theory and Practice*. New York: Cambridge University Press.

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.

Na análise da substituíbilidade da oferta, verifica-se 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 ser produzidos numa linha completa, sem esforço de adaptação da tecnologia de produção e sem qualquer aumento significativo de investimentos ou custos suplementares, devem ser considerados pertencentes a um mesmo mercado de produto, mesmo que os diferentes tipos de produto/serviço não sejam substituíveis para os consumidores.⁷

A substituíbilidade do lado da oferta releva particularmente em setores como o da saúde, onde muitos operadores não circunscrevem o exercício da sua atividade a apenas um serviço ou produto, 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 cuidados de saúde, numa lógica de diversificação da oferta de cuidados aos utentes, de aproveitamento de economias de gama e de prestação de cuidados de saúde complementares⁸ na satisfação das necessidades dos utentes. Tipicamente, um estabelecimento hospitalar oferece toda uma cadeia de serviços e/ou produtos, não obstante poderem ser específicos e insubstituíveis, quer do ponto de vista da procura, quer do da oferta.

⁷ 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.

⁸ 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.

Assim, é-se remetido para uma definição de mercados em *cluster*, que resulta na definição do mercado de cuidados de saúde hospitalares. Adotam-se para esta definição as seguintes premissas: (i) O mercado do produto é um conjunto de diferentes produtos/serviços (*cluster*), cuja produção se justifica pelas vantagens de custos da oferta (economias de gama) e pelas preferências dos utentes; (ii) Os utentes recorrem ao conjunto de cuidados de saúde que poderá obter junto de um operador; e (iii) As unidades de um operador complementam-se, atuando de forma coordenada numa lógica de prestação em rede, em que os utentes podem ser referenciados entre as unidades do operador para a obtenção de todo o leque de cuidados de saúde hospitalares de que podem necessitar.

3.1.2. Mercado geográfico relevante

No que se refere à definição do mercado relevante na sua dimensão geográfica, considera-se a área geográfica na qual as empresas intervêm na oferta dos produtos/serviços relevantes, onde as condições de concorrência são suficientemente homogêneas, 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 de concorrência do produto/serviço relevante são similares para todos os operadores da região em estudo. Possíveis mercados relevantes geográficos podem ser confirmados através de uma análise das características da procura, com o intuito de se determinar se os pontos de oferta das empresas localizados em áreas diferentes são 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 viário 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 pontos de oferta, deverão ser definidas áreas de influência (ou isócronas) de x minutos de cada ponto de oferta. Assim, pode-se definir como mercado geográfico relevante as áreas de influência dos

estabelecimentos das empresas em questão na análise concorrencial. São nestas regiões que as empresas concorrem com outras pelos utentes ali residentes.⁹

Para se delimitar as fronteiras das áreas de influência, pode-se recorrer a referências existentes de tempos máximos de deslocação.¹⁰ Tendo em conta essas referências e atenta a operação de concentração em apreço, define-se como mercado geográfico relevante as áreas de influência de 90 minutos dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares dos operadores em causa.

Importa referir, por outro lado, que também é prática comum definirem-se mercados geográficos com referência a unidades territoriais já estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos.¹¹ Recorde-se a este propósito que, em análises de operações de concentração passadas, a ERS adotou as NUTS III de Portugal continental para efeito de delimitação do mercado geográfico relevante.¹² Assim, sem prejuízo de o mercado geográfico relevante ser definido com base em áreas de influência de 90 minutos, expressam-se os resultados da análise também em NUTS III, conforme melhor se explica na secção 3.2. Tal apresentação de resultados, que os associa a subdivisões de Portugal continental bem conhecidas, possibilita

⁹ Em particular, tendo em conta uma operação de concentração projetada envolvendo dois operadores, a concorrência entre os dois ocorre na intersecção das áreas de influência dos seus estabelecimentos, na medida em que esta demarca a região em que os dois operadores têm quota de mercado, conjuntamente.

¹⁰ 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 obstetria; e 90 minutos para intervenções cirúrgicas gerais ou cuidados de saúde hospitalares (*vide* Hughes, J. G., Budetti, P. P., Chapman, D. D., Cramblett, H. G., Mathies, A. W., Meyer, B. P., Seidel, H., Slungaard, R. K., Connelly, J. P., & Bornstein, S. L. (1981). Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee. *Pediatrics*, 67(5), 585-596; Fortney, J., Rost, K., & Warren, J. (2000). Comparing Alternative Methods of Measuring Geographic Access to Health Services. *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 1(2), 173-184; e Polzin, P., Borges, J., & 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).

¹¹ *Vide* Gaynor, M., & Vogt, W.B. (2000). Antitrust and Competition in Health Care Markets. Em Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (Eds.). *Handbook of Health Economics* (pp. 1405-1487). Amsterdam: North Holland.

¹² *Vide* pareceres anteriores publicados em www.ers.pt.

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.

naturalmente uma melhor perceção e visualização em termos geográficos dos eventuais impactos concorrenciais que poderão advir da concentração em causa.¹³

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. A composição dos prestadores que, relativamente à procura concreta de um utente, em dado momento e em local específico, se encontrarão em tensão concorrencial, será variável em função das condições de acesso do utente.

A este propósito, recorde-se aqui a posição tomada pela ERS no parecer emitido em resposta a solicitação pela AdC, no âmbito da análise à operação de concentração com a referência Ccent. n.º 58/2012 – AMIL Participações / HPP, e já recuperada noutros pareceres da ERS.¹⁴ Concretamente, indicou-se que “os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em que se incluem os hospitais operados em regime de Parceria Público-Privada (PPP), [foram] excluídos da análise, por se considerar poderem constituir um mercado à parte, devido essencialmente às diferentes condições de acesso aos cuidados de saúde”.

Igualmente, no parecer emitido no âmbito da análise à operação de concentração com referência Ccent. n.º 23/2014 – José de Mello Saúde / Espírito Santo Saúde, por exemplo, a ERS entendeu que “a avaliação estrutural dos mercados dev[ia] excluir os hospitais de natureza pública, por estes não exercerem uma pressão concorrencial direta sobre os operadores não públicos” – entendimento que se manteve em pareceres posteriores sobre operações em mercados com natureza similar.¹⁵

Embora os hospitais do SNS também atendam utentes 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 2016, 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

¹³ Esta forma de apresentação de resultados também já foi adotada noutros pareceres da ERS, como, por exemplo, no Parecer da ERS sobre a aquisição pela Luz Saúde das sociedades British Hospital, de 2017.

¹⁴ Vide pareceres da ERS sobre operações de concentração publicados em www.ers.pt.

¹⁵ Vide pareceres da ERS sobre operações de concentração publicados em www.ers.pt.

hospitais não públicos, o acesso por utentes ao abrigo de cobertura do SNS está limitado a um conjunto restrito de cuidados de saúde definido nos acordos ou convenções que os prestadores celebraram com o SNS.

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 SNS¹⁶); e numa segunda linha, em complementaridade,
- (ii) 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.

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 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

¹⁶ Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

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

Um último argumento em favor da separação entre mercados de cuidados de saúde hospitalares públicos e não públicos resulta da observação de que a atual conduta dos operadores não indicia a existência de efetiva tensão concorrencial entre as duas naturezas de operadores. Com efeito, numa ótica contrafactual, se a tensão concorrencial entre públicos e privados fosse significativa, seriam esperados determinados efeitos dos mecanismos concorrenciais, tais como uma aproximação dos níveis de preços dos operadores privados aos dos públicos.

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”¹⁷, 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.

Assim, 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.

¹⁷ Disponível em www.ers.pt.

3.1.4. Mercados não analisados

A Luz Saúde opera no território de Portugal continental e ainda outros mercados que não são analisados neste parecer, como o de lares de idosos – por não terem como atividade principal a prestação de cuidados de saúde – e o de cuidados continuados.

Quanto à prestação de cuidados continuados em Portugal, esta ocorre sobretudo no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).¹⁸ Nesta rede, os utentes têm acesso a cuidados continuados financiados publicamente, mediante referenciação do SNS, numa rede de unidades de natureza pública e não pública, constituída por meio de contratação. Com base em dados da RNCCI disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, à ERS em setembro de 2015, a Luz Saúde tinha, nessa data, participação na RNCCI, mas com um nível de oferta em número de camas muito reduzido face à oferta total.

Por outro lado, segundo se apurou com base quer na informação contida na notificação da operação, quer na informação constante do SRER da ERS, as Sociedades Idealmed não atuam na área dos cuidados continuados, sendo, portanto, um mercado em que não participam. Assim, considerou-se desnecessária a análise desse mercado por nele ser provável a irrelevância da operação.

Refira-se, ainda, que a Fidelidade – Companhia de Seguros, S.A., que controla a Luz Saúde, dispõe, de acordo com o SRER, de uma unidade de cuidados de saúde sem internamento, o estabelecimento “GADAC – Fidelidade”, localizado em Lisboa, com NIPC 500918880. Porém, a ERS apurou que neste estabelecimento apenas são prestados serviços de avaliações de saúde no âmbito de contratos de seguro.

¹⁸ 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 subido. Como referências para a identificação do crescimento da oferta, *vide* estudos da ERS de 2011, 2013 e 2016, “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”, disponíveis em www.ers.pt.

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” – Comunicação 2004/C 31/03 –¹⁹, a análise realizada considerou 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 seus concorrentes. Para além destes indicadores, integra-se na análise uma avaliação da criação ou do reforço de posição de mercado potencialmente dominante.

Como se verá de seguida, os métodos adotados envolvem cálculos que se baseiam em áreas de influência, atenta a definição de mercado geográfico relevante apresentada na subsecção 3.1.2. Sem prejuízo de os resultados serem expressos em NUTS III, conforme também se indicou naquela subsecção, os cálculos baseados nas áreas de influência permitem que se evitem as seguintes deficiências inerentes a uma análise baseada diretamente nas NUTS III, como a que se propõe na notificação:

- (i) As NUTS III são, em geral, regiões com superfícies mais pequenas do que as áreas de influência de 90 minutos, que melhor representarão os fluxos dos utentes até aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares;
- (ii) As fronteiras das NUTS III têm sofrido diversas alterações ao longo do tempo desde a sua definição na legislação portuguesa pelo Decreto-Lei n.º 46/89, de 15 de fevereiro, sujeitando os resultados de uma análise concorrencial baseada nestas regiões a possíveis alterações repentinas, mesmo sem a ocorrência de qualquer alteração real na estrutura de mercado;²⁰ e
- (iii) Uma avaliação realizada com base em NUTS III (ou outras regiões para fins estatísticos ou administrativos)

¹⁹ Comunicação publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 31, de 5 de fevereiro de 2004.

²⁰ Refira-se que a divisão regional em NUTS atual 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.

- a. ignora fluxos de utentes que cruzam as suas fronteiras, desconsiderando assim pressões concorrenciais exercidas entre prestadores localizados em regiões distintas, mesmo que estejam muito próximos entre si; e
- b. ignora qualquer variação intrarregional na tensão concorrencial entre os operadores, decorrente das diferenças de distância que os utentes precisam de percorrer no interior das regiões, tendo em conta a localização das suas residências e dos prestadores. Com efeito, avaliações realizadas com base em regiões administrativas ou para fins estatísticos não permitem a distinção entre grandes e pequenas distâncias no interior das regiões, 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.

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-Hirschmann (IHH)

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

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

em que:

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

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

A versão estendida do IHH, que se apresenta no quadro 2 e cujos cálculos se baseiam em áreas de influência, permite o cálculo do IHH para unidades geográficas pequenas (áreas dos códigos postais) e, conseqüentemente, a obtenção de resultados com maior nível de detalhe geográfico na avaliação concorrencial. A utilização desta versão

faz mais sentido em setores – como o da prestação de cuidados de saúde –, 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 consequente manutenção ou ganho de quota de mercado.²¹

Quadro 2 – Cálculo do IHH (versão estendida)

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

em que:

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

De acordo com as referidas orientações da Comissão Europeia, 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 2004/C 31/03 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

²¹ Sobre a versão estendida do IHH, vide Polzin, P., Borges, J., & Coelho, A. (2016). A decision support method to identify target geographic markets for health care providers. *Papers in Regional Science*, 95(4), 843-863.

inferior a 150”²² (*vide*, respetivamente, parágrafos 19 e 20 da 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%.²³

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). Sendo assim, para se estimar o risco de entraves resultantes da criação ou do reforço de uma posição dominante, e na ausência de uma definição legal de uma quota de mercado de referência que permita a identificação de uma posição dominante, recorre-se a um método que calcula um limite de quota de mercado a partir do qual se pode determinar se a empresa de maior quota no mercado relevante tem posição potencialmente dominante

²² O delta refere-se à variação no IHH e constitui um valor aproximado da variação na concentração do mercado resultante da operação de concentração.

²³ 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 resto 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. Este pressuposto também é adotado na avaliação da identificação de potencial dominância.

(ou potencial dominância). Esta identificação é feita com base nas duas maiores quotas de mercado, como descrito no quadro 3.

Quadro 3 – Identificação de potencial dominância

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

em que:

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

Concretamente, aplica-se a fórmula indica no quadro 3 para as situações *ex ante* e *ex post* e, de seguida, faz-se uma comparação entre a maior quota identificada em cada uma das duas situações e a respetiva quota de referência identificada com o método. Deste modo, a criação de posição potencialmente dominante é verificada quando a maior quota de mercado é inferior à quota de referência na situação anterior à concentração, mas passa a ser superior à referência na situação posterior. Por sua vez, há reforço de posição potencialmente dominante quando nas duas situações há identificação de posição potencialmente dominante, mas na situação posterior a diferença entre a maior quota de mercado e a quota de referência aumenta face ao que se verifica na situação inicial.²⁴

Em conclusão, os métodos e respetivos critérios aplicados na análise empreendida para a identificação de problemas concorrenciais decorrentes da operação de concentração são, resumidamente, os seguintes:

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

²⁴ Vide Polzin et al. (2016).

- 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, quanto ao cálculo das quotas de mercado, a informação relativa à capacidade produtiva – que se pode aferir pelo número de profissionais de saúde, disponível no SRER –, domina sobre o recurso aos volumes de negócios, por indisponibilidade de dados atuais, completos e homogêneos de volumes de negócios dos prestadores de cuidados de saúde. Sendo assim, adota-se a informação sobre a capacidade produtiva (número de médicos) para se calcular as quotas de mercado, devendo ressaltar-se que, de acordo com a Comissão Europeia, esta constitui elemento igualmente válido para aferição das posições relativas dos agentes económicos no mercado.²⁵

3.2.2. Resultados

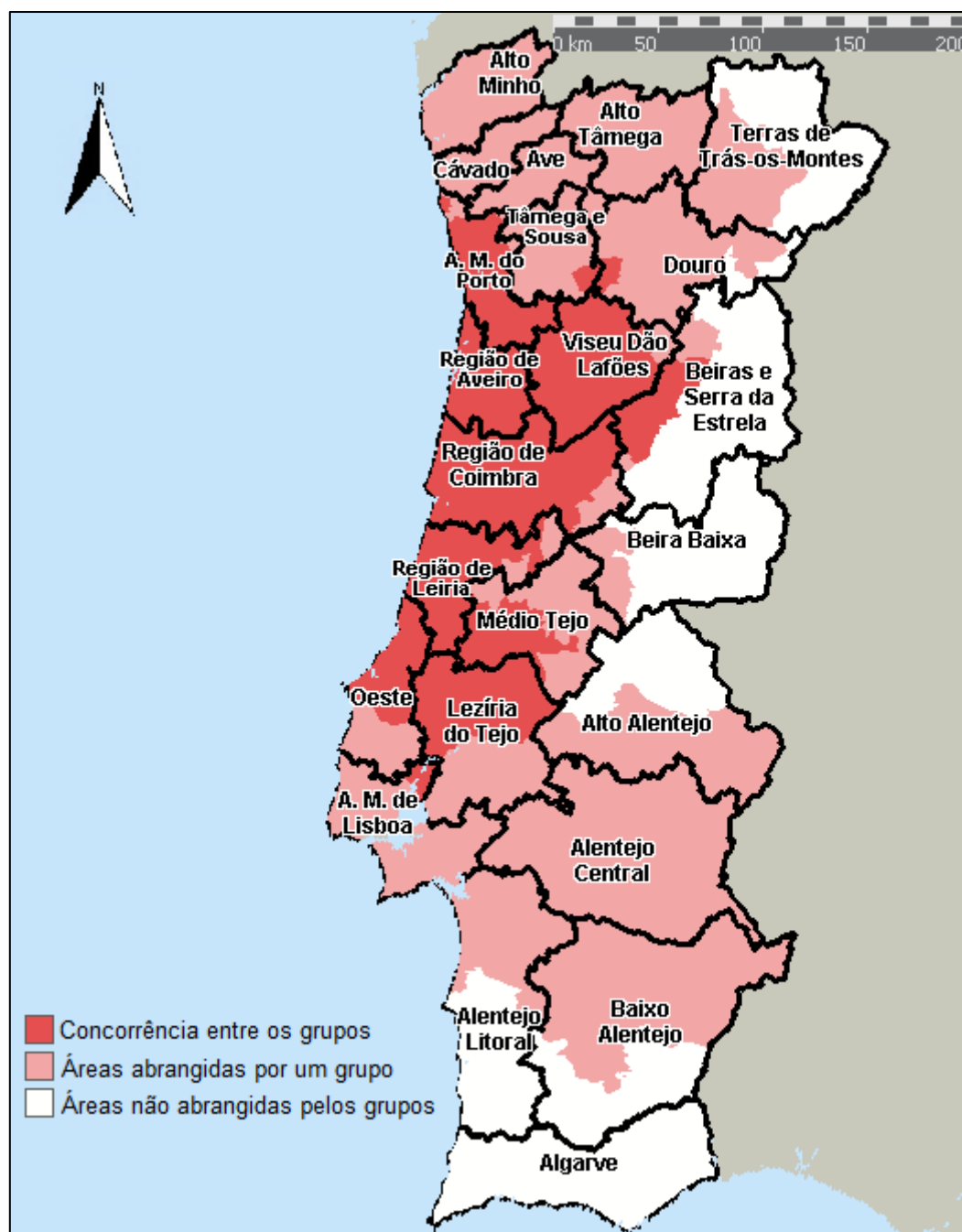
Com base em dados do SRER, foram identificados 175 estabelecimentos não públicos prestadores de cuidados de saúde detidos por 67 operadores que atuam nos mercados relevantes considerados. Foram considerados integrantes da Luz Saúde 20 estabelecimentos identificados no SRER e das Sociedades Idealmed os seis estabelecimentos indicados na secção 2.

A figura 1 apresenta regiões a vermelho e rosa no mapa, que identificam, conjuntamente, as áreas de códigos postais cobertas pelas áreas de influência de 90 minutos dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares dos

²⁵ Cf. parágrafo 54 da Comunicação 97/C 372/03.

dois operadores em causa – Luz Saúde e Sociedades Idealmed –, ou seja, o mercado geográfico relevante (*vide* subsecção 3.1.2).

Figura 1 – Mercado geográfico relevante



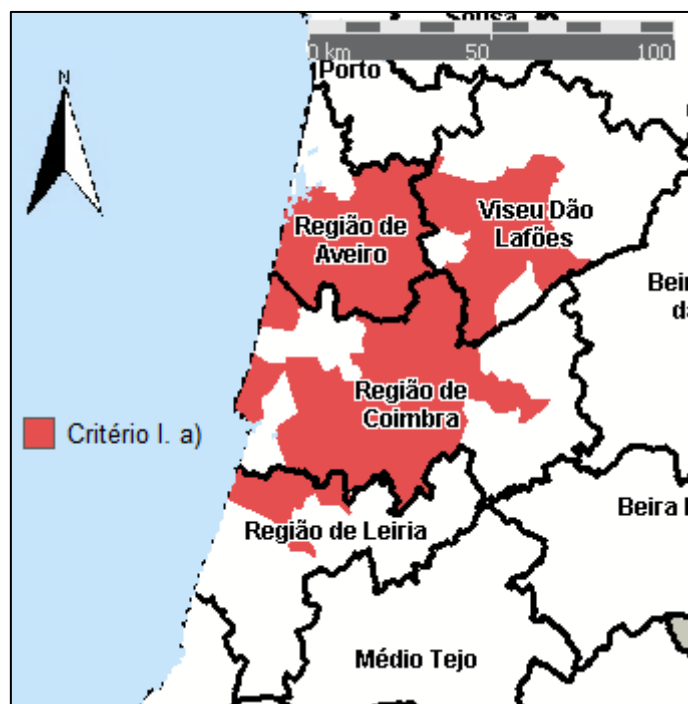
Fonte: Elaboração própria.

Em particular, a região a vermelho representa a união das áreas de códigos postais que são abrangidas pelas áreas de influência de estabelecimentos dos dois operadores ao mesmo tempo. Nesta região, que se dispersa por 12 NUTS III – Área Metropolitana de Lisboa, Área Metropolitana do Porto, Beiras e Serra da Estrela, Dão-

Lafões, Douro, Lezíria do Tejo, Médio Tejo, Oeste, Região de Aveiro, Região de Coimbra, Região de Leiria e Tâmega e Sousa –, há concorrência efetiva entre os dois grupos empresariais, o que significa que será ali que os resultados em termos de quotas de mercado, IHH e identificação de posição potencialmente dominante se devem alterar com a concentração projetada.

Os mapas que se apresentam de seguida permitem visualizar a alteração dos resultados obtidos com a aplicação dos métodos adotados, tendo em conta os critérios que se definiram, tanto em termos de grau de concentração do mercado – critérios I. a), b) e c) – como em termos de potencial dominância – critério II. a).

Figura 2 – Critério I. a): Verificação de delta igual ou superior a 250, quando o IHH após a concentração se situa entre 1.000 e 2.000

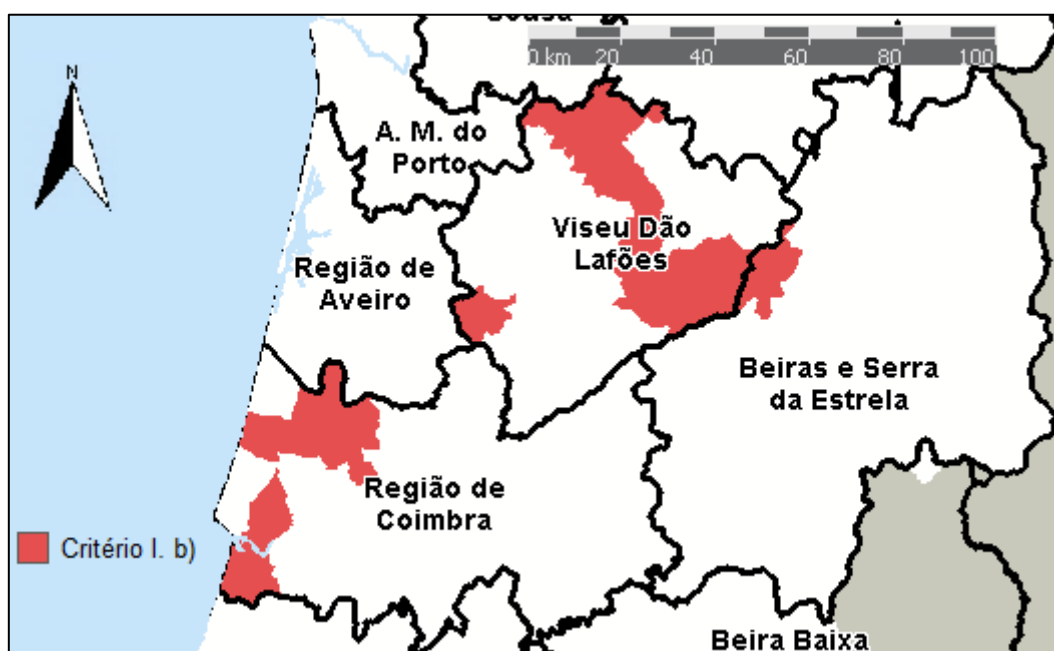


Fonte: Elaboração própria.

Como se ilustra na figura 2 acima, verifica-se um IHH *ex post* entre 1.000 e 2.000 com um delta igual ou superior a 250 numa região que se dispersa pelas NUTS III de Região de Aveiro, Viseu Dão Lafões, Região de Coimbra e Região de Leiria (região a vermelho no mapa). A região é formada por 38 áreas de códigos postais, notando-se que, enquanto a Luz Saúde detém no momento a maior quota de mercado em 20 destas 38 áreas, este operador passa a deter a maior quota em 37 das 38 áreas depois da concentração projetada.

Por seu turno, na figura 3 as regiões a vermelho indicam onde há um IHH *ex post* superior a 2.000 com um delta igual ou superior a 150. Atenta a operação de concentração projetada, isto verificar-se-ia em áreas de oito códigos postais nas NUTS III de Viseu Dão Lafões, Região de Coimbra e Beiras e Serra da Estrela. Além disso, enquanto na situação *ex ante* a Luz Saúde tem a maior quota de mercado em duas destas oito áreas, passaria a ser o operador com maior quota em cinco destas áreas depois da concentração.

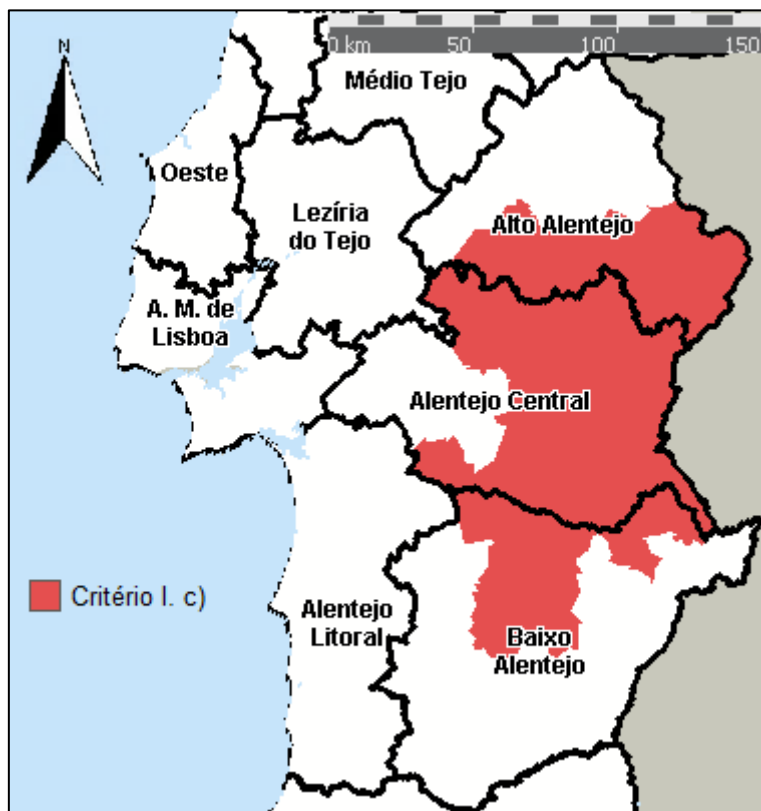
Figura 3 – Critério I. b): Verificação de delta igual ou superior a 150, quando o IHH após a concentração é superior a 2.000



Fonte: Elaboração própria.

É possível identificar também uma região em que a Luz Saúde já detém uma quota de mercado superior a 50%, conforme se ilustra na figura 4. No entanto, nesta região, formada por 25 áreas de códigos postais, a Luz Saúde não concorre com as Sociedades Idealmed, pelo que não há qualquer alteração das suas quotas de mercado com a operação projetada.

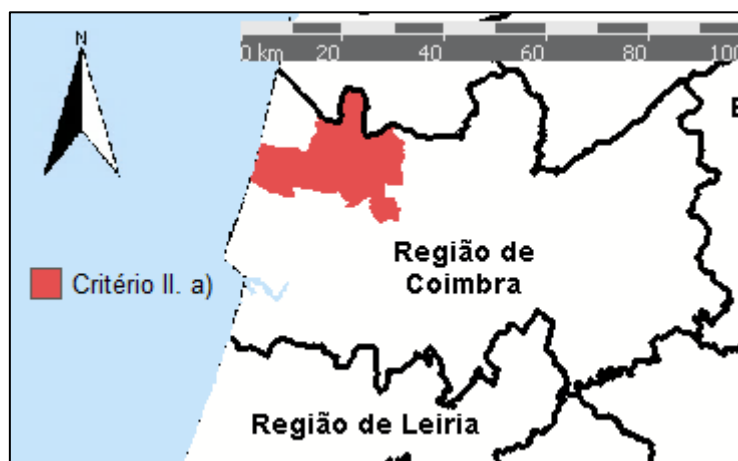
Figura 4 – Critério I. c): Identificação dos casos em que, antes da concentração, uma das partes possui uma quota de mercado igual ou superior a 50%



Fonte: Elaboração própria.

A figura 5 identifica a região onde é possível aferir a criação de uma posição potencialmente dominante por parte da Luz Saúde, formada por apenas uma área de código postal, cujo resultado também permitiu a verificação do critério I. b) (delta igual ou superior a 150, quando o IHH após a concentração é superior a 2.000), pelo que coincide com uma das regiões identificadas na figura 3.

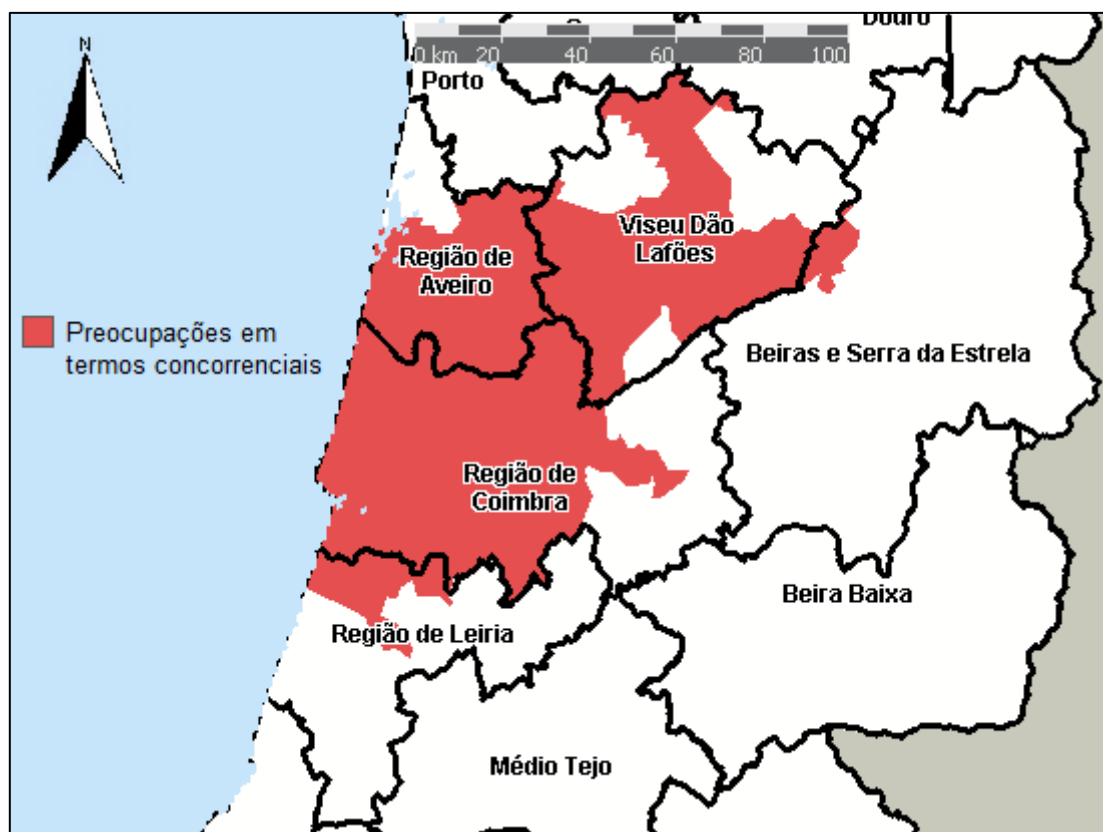
Figura 5 – Critério II. a): Aferição da criação ou reforço de potencial dominância



Fonte: Elaboração própria.

Finalmente, a figura 6 identifica, conclusivamente, toda a região afetada pela operação projetada, resultante da união das regiões a vermelho nas figuras 2 e 3 acima. Esta é a região em que se verifica, concomitantemente, (i) concorrência efetiva entre os operadores envolvidos na concentração; e (ii) alteração no sentido de identificação de preocupações concorrenciais, tendo em conta os critérios adotados.

Figura 6 – Região onde se identificam preocupações em termos concorrenciais



Fonte: Elaboração própria.

A tabela 1 resume os resultados subsumidos nas cinco NUTS III em que a região a vermelho identificada na figura 6 se dispersa, com uma apresentação dos IHH médios, ponderados pela população²⁶. Tem-se assim uma ideia do impacto da operação nos resultados por NUTS.

²⁶ População dos Censos de 2011, do Instituto Nacional de Estatística.

Tabela 1 – Resultados por NUTS III – IHH e delta

NUTS III	IHH antes	IHH depois	Delta
Beiras e Serra da Estrela	[4.000; 5.000]	[4.000; 5.000]	<50
Região de Aveiro	[1.000; 2.000]	[1.000; 2.000]	>250
Região de Coimbra	[1.000; 2.000]	[1.000; 2.000]	>250
Região de Leiria	[1.000; 2.000]	[1.000; 2.000]	<100
Viseu Dão Lafões	<1.000	[2.000; 3.000]	>250

Como se pode notar, os resultados das áreas de códigos postais que revelam preocupações em termos concorrenciais nas NUTS III de Beiras e Serra da Estrela e Região de Leiria (*vide* região a vermelho na figura 6) não parecem ser preocupantes quando vistos em conjunto com os outros resultados das respetivas NUTS (*vide* região a branco). Com efeito, o delta é substancialmente inferior a 150 nas duas NUTS, o que se deve ao facto de a grande maioria das áreas de códigos postais das duas regiões não apresentar resultados indicativos de preocupações concorrenciais, o que termina por prevalecer na média.

Por outro lado, os resultados que suscitam preocupação nas outras três NUTS III que também são abrangidas pela região a vermelho – Região de Aveiro, Região de Coimbra e Viseu Dão Lafões (*vide* figura 6) – mantêm a indicação de aumento significativo do grau de concentração quando subsumidos nas NUTS, o que era expectável, na medida em que se constata uma maior abrangência dos resultados preocupantes. Assim, nas três NUTS verifica-se um delta superior a 250, destacando-se, em especial, o caso da NUTS de Viseu Dão Lafões, cujo IHH é inferior a 1.000 na situação anterior à concentração, passando a ser superior a 2.000 na situação *ex post*.

4. Conclusões

Por ofício recebido em 31 de janeiro de 2018, a AdC solicitou à ERS parecer sobre a operação de concentração com a referência Ccent n.º 6/2018 – Luz Saúde / Idealmed III * Imacentro * Ponte Galante. Tendo-se analisado a estrutura dos mercados relevantes e as alterações nessa estrutura que deverão resultar da operação projetada, destaca-se o impacto estimado no sentido de um aumento significativo do grau de concentração numa região que abrange cinco NUTS III: Beiras e Serra da Estrela, Região de Aveiro, Região de Coimbra, Região de Leiria e Viseu Dão Lafões.

Salientam-se, em especial, as alterações estimadas mais significativas nas NUTS III de Região de Aveiro, Região de Coimbra e Viseu Dão Lafões.