



**Ccent. 26/2014**  
**Fidelidade / Espírito Santo Saúde**

**Decisão de Não Oposição  
da Autoridade da Concorrência**

[alínea b) do n.º 1 do artigo 50.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio]

19/12/2014

**DECISÃO DE NÃO OPOSIÇÃO  
DA AUTORIDADE DA CONCORRÊNCIA**

**Processo Ccent. 26/2014 – Fidelidade / Espírito Santo Saúde**

**1. OPERAÇÃO NOTIFICADA**

1. Em 23 de setembro de 2014, com produção de efeitos a 7 de outubro de 2014, foi notificada à Autoridade da Concorrência, nos termos dos artigos 37.º e 44.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio (doravante “Lei da Concorrência”), uma operação de concentração, que consiste na aquisição do controlo exclusivo da Espírito Santo Saúde – SGPS, S.A. (“Espírito Santo Saúde” ou “ESS”) pela Fidelidade – Companhia de Seguros, S.A. (“Fidelidade”), através de uma oferta pública geral de aquisição das ações representativas do capital social daquela.
2. A operação notificada configura uma concentração de empresas na aceção da alínea b) do n.º 1 do artigo 36.º da Lei da Concorrência, conjugada com a alínea a) do n.º 3 do mesmo artigo, e está sujeita à obrigatoriedade de notificação prévia, por preencher, pelo menos, a condição enunciada na alínea c) do n.º 1 do artigo 37.º do mesmo diploma.

**2. AS PARTES**

**2.1. Empresa Adquirente**

3. A Fidelidade é uma sociedade legalmente autorizada a exercer a atividade seguradora e resseguradora, nos ramos vida e não vida, podendo, ainda, exercer as atividades conexas ou complementares da atividade de seguro e resseguro, designadamente as relativas a salvados, à reedificação e reparação de prédios, à reparação de veículos, à manutenção de postos clínicos e à aplicação de provisões.
4. No segmento dos seguros não vida, oferece, nomeadamente, os seguros de saúde Multicare, bem como seguros de acidentes de trabalho.
5. No âmbito da prestação de cuidados de saúde, a Fidelidade detém o estabelecimento “GADAC-Fidelidade” que, não obstante registado junto da Entidade Reguladora da Saúde (“ERS”), apenas presta serviços de avaliação de danos corporais sofridos por clientes da Fidelidade em consequência de sinistros cobertos por apólices de seguro de acidentes de trabalho ou de acidentes de viação, tendo em vista a determinação do grau de incapacidade resultante do sinistro. Sobre o GADAC, a Notificante refere que se trata de uma unidade interna da Fidelidade, integrada no âmbito da regularização de sinistros, que não presta qualquer ato médico a utentes, funcionários ou ao público em geral<sup>1,2</sup>

---

<sup>1</sup> Informação da ERS no respetivo parecer de 30.10.2014. *Vide* também a comunicação da Notificante de 17.11.2014.

<sup>2</sup> Verificou-se ainda que a Caixa Geral de Depósitos, S.A. (“CGD”), acionista da Fidelidade através da Caixa Seguros prestava serviços de informação e aconselhamento à distância sobre saúde – triagem, aconselhamento e encaminhamento em situação de doença, bem como aconselhamento terapêutico para esclarecimento de questões e apoio em matérias relacionadas com medicação – através da LCS Linha de Cuidados de Saúde, S.A. que gere o serviço Linha Saúde 24, serviço do Ministério da Saúde que é prestado ao abrigo de um contrato de parceria público-privada. Não obstante, para além do facto

6. Os volumes de negócios da Notificante relativos aos anos 2011 a 2013 são os constantes da tabela *infra*.

**Tabela 1 – Volume de negócios da Notificante, para os anos 2011 a 2013**

<i>Milhões Euros</i>	2011	2012	2013
<b>Portugal</b>	[>100]	[>100]	[>100]
EEE	[>100]	[>100]	[>100]
Mundial	[>100]	[>100]	[>100]

**Fonte:** Notificante.

## 2.2. Empresa Adquirida

7. A ESS é uma sociedade do Grupo Espírito Santo que opera unidades hospitalares e clínicas ambulatoriais, tais como o Hospital da Arrábida, o Hospital do Mar, o Hospital da Luz e o Hospital Beatriz Ângelo – em regime de parceria público-privada (também referido como “PPP”) – o Hospital da Misericórdia de Évora e o Hospital de Santiago, a Clipóvoa e a Cliria.
8. No âmbito da prestação de cuidados de saúde em ambulatório, a ESS detém sete clínicas que se dedicam à prestação de cuidados de saúde em ambulatório, abarcando um conjunto diverso de consultas de especialidades médicas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (também referidos como “MCDT”) e atendimento médico permanente; em alguns casos, e de acordo com a ERS<sup>3</sup>, estas clínicas de ambulatório operam de forma coordenada com as unidades hospitalares da ESS localizadas na mesma região.
9. Em concreto, pertencem à ESS as seguintes unidades: Clipóvoa – Clínica de Cerveira (Minho-Lima), Hospital da Arrábida, Clipóvoa – Hospital Privado da Póvoa de Varzim e Clipóvoa – Clínica do Porto (Grande Porto), Clipóvoa – Clínica de Amarante (Tâmega), CLIRIA – Centro Médico de Águeda, CLIRIA – Clínica de Oiã e CLIRIA – Hospital Privado de Aveiro (Baixo Vouga), Hospital da Luz, Hospital da Luz – Centro Clínico da Amadora, Instituto de Radiologia Dr. Idálio de Oliveira – Centro de Radiologia Médica e Clínica Parque dos Poetas (Grande Lisboa), Hospital da Misericórdia de Évora (Alentejo Central) e Hospital de Santiago (Setúbal). A ESS detém ainda uma oferta de residências sénior, as Casas da Cidade e a Casa dos Leões, em Lisboa.
10. No que concerne a prestação de cuidados continuados que, em Portugal, ocorre sobretudo no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a ERS indica que, com base em dados da RNCCI de agosto de 2012, a ESS tinha, nessa data, participação na RNCCI, mas com um nível de oferta em número de camas muito reduzido face à oferta total. Não obstante, atenta a descrição das atividades da ESS efetuada pela Notificante, bem como a declaração da mesma de que a ESS não se encontra presente noutros mercados relevantes<sup>4</sup>, não é este mercado definido como mercado relevante, com referência à atividade atual da ESS.

de a CGD não deter o controlo da Fidelidade, alienou este serviço em setembro de 2014. *Vide* sobre este ponto parecer da ERS de 30.10.2014 e comunicação da Notificante de 17.11.2014.

<sup>3</sup> Parecer da ERS de 30.10.2014 emitido no âmbito da presente operação de concentração.

<sup>4</sup> *Vide* resposta da Notificante de 25.11.2014 a pedido de elementos da AdC.

**Nota: indicam-se entre parêntesis retos [...] as informações cujo conteúdo exato haja sido considerado como confidencial.** 3

11. Os volumes de negócios da ESS relativos aos anos 2011 a 2013 são os constantes da tabela *infra*.

**Tabela 2 – Volume de negócios da ESS nos anos 2011 a 2013**

<i>Milhões Euros</i>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Portugal</b>	<b>272,55</b>	<b>338,96</b>	<b>371,05</b>
EEE	272,55	338,96	371,05
Mundial	272,55	338,96	371,05

**Fonte:** Notificante.

### **3. NATUREZA DA OPERAÇÃO**

12. A operação notificada configura uma concentração de empresas, decorrendo de uma oferta pública de aquisição lançada pela Fidelidade, cujo anúncio foi submetido à Comissão do Mercado dos Valores Mobiliários a 26 de setembro e cujos resultados foram apurados em sessão especial de bolsa de dia 15 de outubro de 2014, tendo a mesma sido aceite por acionistas detentores de 96,065% do capital da ESS.
13. Correspondendo a atividade da empresa a adquirir, a ESS, à prestação de serviços de saúde, encontra-se no âmbito da competência da ERS.
14. Atento o facto de a Fidelidade desenvolver a atividade seguradora no âmbito dos seguros de saúde, através da Multicare, a sua atividade encontra-se verticalmente relacionada com a da ESS enquanto prestadora de cuidados de saúde.

### **4. MERCADOS RELEVANTES**

#### **4.1. Caracterização do Setor de Cuidados de Saúde em Portugal**

15. O setor da prestação de cuidados de saúde em Portugal é um setor regulado, sendo a ERS, a entidade de regulação e supervisão do setor da prestação de cuidados de saúde, cujas atribuições se desenvolvem em áreas fundamentais relativas ao acesso aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à garantia de segurança, zelando pelo respeito das regras da concorrência entre todos os operadores, no quadro da prossecução da defesa dos direitos dos utentes<sup>5</sup>.
16. A análise do setor de cuidados de saúde em Portugal pode revelar-se complexa, na medida em que o mesmo é composto por um conjunto de entidades de natureza múltipla, por sua vez, financiadas por diferentes sistemas de saúde que coexistem entre eles.
17. Assim, o sistema de saúde português pode ser analisado sob dois ângulos: na perspetiva da natureza de quem presta cuidados de saúde (“perspetiva da natureza da prestação”) e na perspetiva de quem financia esses cuidados (“perspetiva do

<sup>5</sup> Vide artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

financiamento”)<sup>6</sup>, encontrando-se estas duas perspetivas, como se referirá adiante, de certa forma interligadas.

18. Na perspetiva da natureza da prestação, identificam-se situações de:
- (i) **Prestação Pública** – a prestação de cuidados de saúde, nos termos da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde, “LBS”) aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (“SNS”) é garantida através da Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, a qual abrange em primeira linha (i) os estabelecimentos do SNS e, em complementaridade, e em segunda linha, (ii) os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos (com o SNS)<sup>7</sup>.
  - (ii) **Prestação Social ou Privada** – o setor social inclui a prestação de cuidados de saúde por, nomeadamente, Instituições Particulares de Solidariedade Social, com valências na área da saúde, e Misericórdias<sup>8</sup>. A prestação privada de cuidados de saúde, inicialmente composta por pequenos consultórios individuais dedicados a cuidados em ambulatório, tem vindo a transformar-se num mercado organizado, dominado por grupos económicos detentores de estruturas prestadoras de grande dimensão.
19. Na perspetiva “financiamento”, o sistema de saúde português é composto pelo SNS financiador, pelos vários subsistemas de saúde públicos e privados, pelo setor segurador, assim como pelo setor privado “puro”, financiado por pagamentos diretos dos indivíduos<sup>9</sup>.
20. Note-se que estas duas perspetivas se encontram, de certa forma, interligadas. A prestação pública é financiada maioritariamente pelo próprio **SNS**, através de receitas fiscais do Estado<sup>10</sup>, enquanto a prestação social ou privada é maioritariamente financiada pelos vários subsistemas de saúde públicos e privados e pelo setor segurador<sup>11</sup>, para além do financiamento por pagamentos diretos dos indivíduos.

---

<sup>6</sup> Veja-se a este respeito o Projeto de “Carta dos Direitos dos Utentes” dos serviços de saúde da Entidade Reguladora da Saúde – Draft Preliminar de maio de 2011, disponível em: [https://www.ers.pt/pages/18?news\\_id=17](https://www.ers.pt/pages/18?news_id=17).

<sup>7</sup> O regime enquadrador da celebração de contratos (convenções) com prestadores privados encontra-se estabelecido no Decreto-lei n.º139/2013, de 9 de outubro, e das regras do mesmo decorrentes resulta que os prestadores convencionados assumem, por tal via, uma missão pública de prestação de cuidados de saúde. É assim enquadrada a regra estabelecida no art. 2.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, que determina que o Estatuto de SNS se aplica não somente “às instituições e serviços que constituem o Serviço Nacional de Saúde”, mas igualmente, “às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articuladas com o Serviço Nacional de Saúde”.

<sup>8</sup> Para efeitos da presente operação de concentração, considera-se que o setor privado em Portugal inclui o setor social.

<sup>9</sup> Veja-se igualmente, a publicação da Associação Portuguesa de Seguradoras (“APS”), Silva, S. (2009) “Os Seguros de Saúde Privados no Contexto do Sistema de Saúde Português”.

<sup>10</sup> Segundo a ERS, em 2012, e tendo por base os dados do número de doentes tratados em internamento nos hospitais do SNS, em 91% dos casos o financiamento teve origem no SNS, enquanto em apenas 9% dos casos o financiamento teve origem em outras entidades.

<sup>11</sup> Note-se que, tal como anteriormente referido, o acesso aos prestadores de cuidados de saúde privados e sociais por utentes ao abrigo do SNS se encontra limitado a um conjunto de cuidados de saúde definido nos acordos ou convenções celebrados entre os prestadores e o SNS, sendo a natureza destes prestadores neste contexto de prestação pública.

21. Refira-se, a este respeito, que os maiores grupos privados do setor da Saúde – José de Mello Saúde (também referido como “JMS”), Espírito Santo Saúde, Galilei Saúde e Lusíadas Saúde – têm acordos celebrados com os principais subsistemas e seguradoras<sup>12</sup>.
22. Os **subsistemas de saúde** permitem, assim, aos seus beneficiários, o acesso a cuidados de saúde com base em dois regimes de acesso. O regime livre, no âmbito do qual o beneficiário pode optar pelos serviços prestados por qualquer prestador de saúde, suportando, neste caso, a totalidade dos custos e sendo participado posteriormente; e o regime convencionado, através do qual o beneficiário recorre aos prestadores de cuidados de saúde contratualizados com o subsistema, custeando apenas o preço previamente definido.
23. Os subsistemas de saúde têm subjacente a pertença, por parte dos seus membros, a uma determinada categoria profissional ou ocupacional, extensível às suas famílias, representando uma cobertura adicional à proporcionada pelo SNS, beneficiando cerca de 25% da população portuguesa<sup>13</sup>.
24. O principal subsistema público de saúde é a Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (“ADSE”), que tem a responsabilidade de gerir o sistema de proteção social dos funcionários do setor público administrativo, sendo os maiores subsistemas privados os da Portugal Telecom, dos CTT e dos Serviços de Assistência Médico-Social dos Bancários do Sul e Ilhas (SAMS).
25. De acordo com informação pública, os **sistemas voluntários de seguros de saúde privados** são, por sua vez, subscritos por cerca de 18% da população portuguesa<sup>14</sup>.
26. O contrato de seguro pode ser definido como um contrato mediante o qual uma pessoa transfere para outra o risco da eventual verificação de um determinado dano (sinistro), na esfera própria ou alheia, mediante o pagamento da correspondente remuneração (prémio).
27. Nos seguros de saúde, a seguradora assume a responsabilidade de compensar o tomador de seguro ou o segurado por alterações involuntárias do seu estado de saúde que derivem de doença, acidente ou maternidade, sendo as principais garantias destes contratos o internamento hospitalar, a assistência ambulatoria, a assistência medicamentosa, próteses e ortóteses, estomatologia e a assistência na maternidade.
28. Geralmente o contrato de seguro pode ser classificado como “individual” ou de “grupo”, consoante seja celebrado relativamente a uma pessoa ou a um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao tomador do seguro por um vínculo ou interesse comum. Em 2012, de acordo com os dados da APS, cerca de 67% do total de pessoas seguras tinham um seguro de saúde de grupo<sup>15</sup>.
29. Podemos distinguir o seguro de saúde entre três modalidades distintas<sup>16</sup>:
  - (i) Regime de prestações convencionadas ou regime de rede – neste regime o segurador dispõe de uma rede de prestadores de cuidados de saúde (rede

---

<sup>12</sup> Vide, quanto à celebração de acordos, a publicação referida *supra* na nota de rodapé n.º 9.

<sup>13</sup> Cfr. Decisão da AdC no processo Ccent. 19/2009 – Cliria/Clínica de Oiã.

<sup>14</sup> De acordo com as estatísticas da APS, disponíveis em <https://segurdata.apseguradores.pt/>, em 2012 o número de pessoas seguras correspondeu a cerca de 1.886.033, sendo o total de população residente em Portugal em, segundo os dados do INE, era de 10.487.289 habitantes.

<sup>15</sup> Cfr. os dados da APS em “*Estatística do Seguro de Saúde 2011/2012*”, 12.9.2014.

<sup>16</sup> Modalidades previstas no art.123.º n.º2 do Decreto-Lei n.º 94-B/98, de 17 de Abril.

convencionada) aos quais o segurado recorre, suportando apenas parte do preço com o cuidado prestado. O remanescente fica a cargo da entidade seguradora, que o liquidará diretamente ao prestador, em prazo e montante previamente determinados na convenção celebrada entre ambos;

- (ii) Regime de reembolso – neste regime o utente escolhe livremente o prestador ao qual pretende recorrer e paga a totalidade das despesas com os cuidados de saúde recebidos, sendo posteriormente reembolsado de uma parte delas pelo segurador, mediante a apresentação dos respetivos comprovativos de pagamento. Neste caso, e ao contrário do primeiro regime, não há qualquer relação, direta ou indireta, entre o segurador e os diferentes prestadores de cuidados de saúde.
  - (iii) Sistema misto, que combina os dois regimes anteriormente descritos.
30. De acordo com a Notificante<sup>17</sup>, a partir da segunda metade dos anos 90, os seguros de saúde registaram um assinalável crescimento com a evolução do regime de reembolso para o regime de prestação direta, em resultado do aparecimento das primeiras redes de prestadores de serviços de saúde, tendo-se verificado uma maior concentração dos seguros de saúde em regimes de regularização em rede.
31. De acordo com dados de 2012, as pessoas com seguros de reembolso puro, representavam 14,4% do total do universo de pessoas com seguro de saúde, enquanto pessoas com seguros de rede e mistos representavam os restantes 85,6%<sup>18</sup>.
32. De realçar que, de acordo com os dados disponibilizados pela Notificante<sup>19</sup>, os preços praticados em regime de rede, são mais favoráveis tanto para o cliente como para a seguradora. A mesma faz notar que, uma vez que o custo suportado pela seguradora acaba por ser, de forma direta ou indireta, refletido no custo do seguro que o cliente vai pagar à seguradora, o prémio de um seguro de saúde apenas em regime de reembolso será mais caro que um seguro de saúde idêntico com regularização em regime de rede.
33. Os seguros de saúde permitem, assim, aos seus beneficiários usufruir de cuidados de saúde podendo escolher de entre os prestadores de cuidados de saúde privados, com acordos com as seguradoras, ou poderem recorrer a todo o universo de prestadores de saúde, em regime livre, suportando a totalidade dos custos e sendo posteriormente comparticipados pelo seguro respetivo, na proporção acordada com este.
34. Tendo em conta todo o *supra* exposto, resulta claro que os seguros de saúde, ao assegurarem a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários através da criação de uma rede de prestadores convencionados, estabelecem uma relação contratual, na qual vinculam um determinado prestador a uma determinada rede de seguros de saúde. Este contrato é parcialmente a favor de terceiros (utentes/beneficiários), obrigando-se o prestador a efetuar prestações em benefício de um conjunto indeterminado de pessoas e nos termos que resultam previamente definidos no contacto.

---

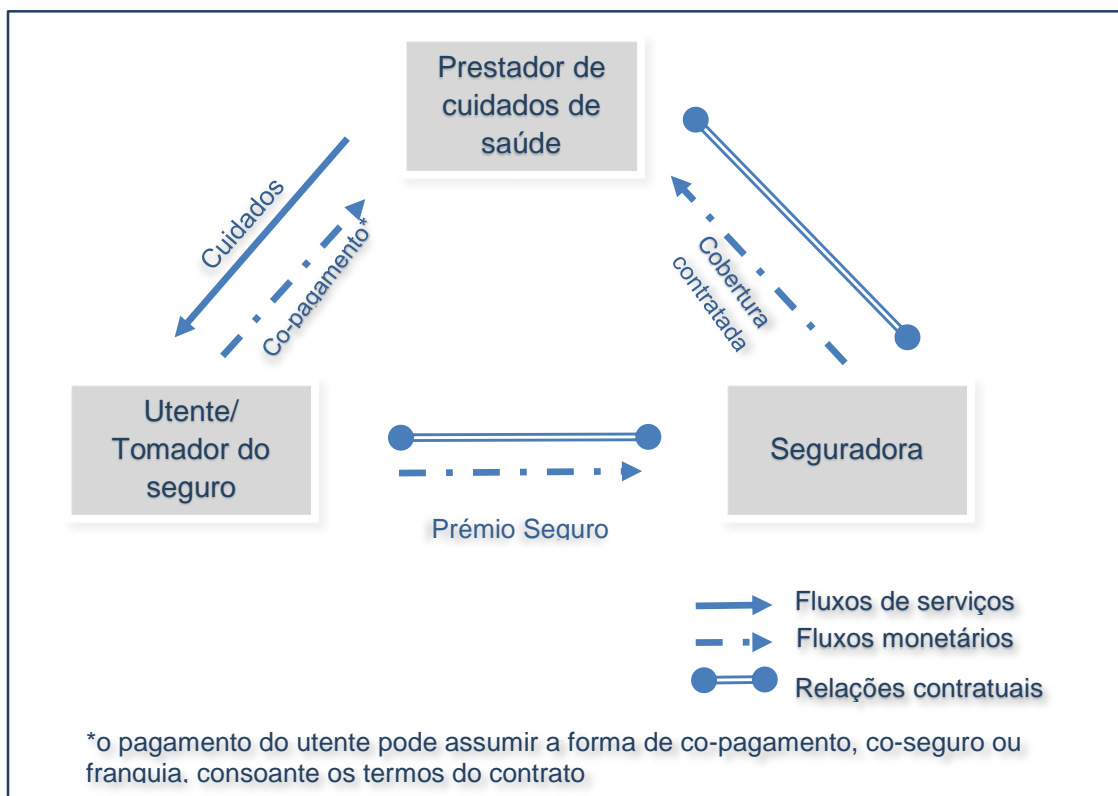
<sup>17</sup> Resposta da Notificante de 7.12.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>18</sup> Cfr. Documentos referido na nota de rodapé n.º 15.

<sup>19</sup> *Idem*.

35. Assim, o funcionamento dos seguros de saúde junta os mercados dos seguros e da prestação de cuidados de saúde numa relação triangular, tal como descreve a figura seguinte<sup>20</sup>:

**Figura 1- Funcionamento de um seguro de saúde**



## 4.2. Mercados do Produto Relevantes

### 4.2.1. Posição da Notificante

36. A Notificante, revisitando a prática decisória da AdC no que respeita ao setor de cuidados de saúde em Portugal, refere que, apesar de a AdC ter inicialmente definido o mercado do produto relevante em termos mais amplos, considerando o mercado da prestação de cuidados de saúde englobando, quer unidades públicas, quer privadas, como unidades hospitalares e ambulatórias<sup>21</sup>, a sua prática decisória recente<sup>22</sup> evoluiu no sentido de se proceder a uma maior segmentação do mercado do produto relevante,

<sup>20</sup> Cfr. parecer da ERS de 30.10.2014 e, igualmente, o estudo da mesma entidade “*Avaliação do Modelo de Contratação de Prestadores de Cuidados de Saúde pelos Subsistemas e Seguros de Saúde*”, de dezembro de 2009.

<sup>21</sup> A Notificante refere os processos Ccent. 4/2006 – ESS/Hospor, Ccent. 28/2006 – JM Saúde/Campos Costa\*Valir\*Valab.

<sup>22</sup> A Notificante refere os processos Ccent. 19/2009 – Cliria/Clínica de Oiã e Ccent. 39/2012 – Sanfil/Centro Hospital S. Francisco.

distinguindo-se: (i) o mercado das consultas médicas em ambulatório, (ii) o mercado das cirurgias e (iii) o mercado dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica<sup>23</sup>.

37. Refere a Notificante que a prática decisória mais recente da AdC tem ido ainda no sentido de equacionar uma possível segmentação do mercado do produto relevante entre o setor público e privado, atenta a possibilidade de as entidades públicas e privadas não exercerem uma pressão concorrencial suficiente entre si, o que indicaria que não estariam no mesmo mercado do produto relevante<sup>24</sup>; acrescenta, contudo, que não existe informação pública disponível que desagregue o mercado da prestação de serviços de saúde nesses termos.
38. Na sequência dos pedidos de elementos da AdC, a Notificante apresenta dados desagregados por setor<sup>25</sup> – (i) público e privado agregados, (ii) público e (iii) privado – e por segmento – (a) consultas, (b) cirurgias, (c) meios complementares de diagnóstico e terapêutica (excluindo análises clínicas) e (d) atendimentos de urgência, apresentando igualmente dados relativos ao (e) volume de negócios das empresas. Não obstante, a Notificante considera que qualquer que seja a definição do mercado do produto acolhida, a operação notificada não terá qualquer impacto na atual estrutura da concorrência no setor da prestação de serviços de saúde, pelo que a definição do mercado do produto relevante, a que se refere como mercado da prestação de serviços de saúde, pode ser deixada em aberto.
39. A Notificante vem ainda identificar o mercado da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas (residências sénior) como mercado relevante<sup>26</sup>.

#### **4.2.2. Posição da ERS**

40. A ERS, no respetivo parecer de 30.10.2014<sup>27</sup> procede à delimitação do mercado do produto relevante com referência às orientações da Comissão Europeia<sup>28</sup>, atentando no

---

<sup>23</sup> Refira-se que os mercados identificados pela Notificante não são totalmente consentâneos com a prática decisória da AdC. De facto, a AdC, no processo Ccent. 19/2009 – Cliria/Clínica de Oiã definiu como relevantes, os mercados de (i) consultas médicas em ambulatório, (ii) cirurgia, (iii) imagiologia, (iv) análises clínicas, (v) meios complementares de diagnóstico na área de cardiologia, e (vi) serviços de atendimento médico permanente. Posteriormente, no processo Ccent. 39/2012 – Sanfil/Centro Hospital S. Francisco, para além dos mercados anteriormente identificados, a AdC definiu igualmente, atenta as atividades das partes, o (vii) mercado da medicina física de reabilitação.

<sup>24</sup> Em concreto, a Notificante cita a decisão da AdC de 16.7.2009 no processo Ccent. 19/2009 – Cliria/Clínica de Oiã.

<sup>25</sup> Os dados referidos são os que resultam da última versão submetida a 18.11.2014 pela Notificante relativamente à estrutura de oferta, tendo sido completados a 9.12.2014 relativamente aos atendimentos de urgência. De facto, os dados inicialmente apresentados no Formulário de Notificação referiam-se a dados desagregados por setor – (i) público e privado agregados, (ii) público e (iii) privado – e por segmento – (i) consultas médicas em hospitais, (ii) atendimentos de urgência, (iii) cirurgias e partos e (iv) exames médicos de imagiologia.

<sup>26</sup> Resposta da Notificante de 25.11.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>27</sup> A ERS, no respetivo parecer de 30.10.2014, procede à análise da presente operação, remetendo, nomeadamente no que concerne a definição dos mercados relativos à prestação de serviços de saúde, para o parecer previamente emitido pela mesma entidade, a 7.10.2014, no âmbito do processo Ccent. 23/2014 – José de Mello Saúde / Espírito Santo Saúde.

<sup>28</sup> Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição do mercado relevante para efeitos do direito europeu da concorrência, publicada no Jornal Oficial da União Europeia, série C, n.º 372, de 9.12.1997, p. 5.

conjunto de produtos e/ou serviços oferecidos num mercado, as restrições à atuação dos operadores decorrem das condições de substituíbilidade do lado da procura e de substituíbilidade do lado da oferta.

41. No que respeita à substituíbilidade do lado da procura, refere que *“cada um dos cuidados de saúde está diretamente concatenado com o estudo, diagnóstico ou tratamento específico a que se destina, pelo que um qualquer médico apenas deverá prescrever os cuidados que se revelem adequados às necessidades do utente, e não qualquer outro”*. Segundo a ERS, deste facto decorre *“que, perante um hipotético aumento de preço (ou diminuição perceptível da qualidade, já que o raciocínio é o mesmo), a procura não se deslocaria para outro serviço, precisamente porque os serviços em causa não seriam permutáveis por outros”*.
42. Quanto à substituíbilidade do lado da oferta, refere a ERS que a mesma releva particularmente no setor da saúde, atendendo a que muitos operadores não circunscrevem o exercício da sua atividade apenas a um serviço, ou produto, antes oferecendo uma multiplicidade de produtos, tal como acontece com os estabelecimentos de natureza hospitalar, que, em regra, oferecem uma alargada carteira de serviços, *“numa lógica não só de diversificação da oferta de serviços aos utentes mas também de aproveitamento de economias de gama e de prestação de serviços complementares na satisfação das necessidades dos utentes”*<sup>29</sup>.
43. Atendendo a que, tipicamente, um estabelecimento hospitalar oferece toda a cadeia de serviços e/ou produtos, apesar de os mesmos poderem ser bastante específicos e insubstituíveis dos pontos de vista da procura e da oferta, procede a uma definição de mercados em *cluster*.
44. Tal definição, refere a ERS, considera o mercado do produto como correspondendo a um conjunto de produtos diversos (*cluster*), cuja produção se justifica pelas vantagens de custos da oferta (economias de gama) e pelas preferências dos utentes (complementaridade), independentemente das fontes de financiamento.
45. Na sua análise, a ERS considera, assim, que os utentes recorrem ao conjunto de cuidados de saúde que poderão *“obter junto do prestador (característica de one-stop-shopping); que a quota de mercado dos prestadores relativamente a um item do cluster poderá alterar-se quando os prestadores mudam os preços de outros itens; que os itens são similares no que se refere aos fatores que moldam as estratégias de marketing dos prestadores; e que a desagregação da utilização dos cuidados de saúde impõe custos de transação aos utentes”*.
46. Tal resulta na definição do mercado de cuidados de saúde hospitalares.
47. Refere ainda que, além de considerar dentro desse mercado a oferta de serviços localizada nos estabelecimentos com natureza hospitalar, inclui também como oferta relevante *“algumas unidades dos mesmos operadores que, não prestando todo o tipo de cuidados de saúde hospitalares (como partos e internamento, por exemplo), têm uma atividade coordenada com as unidades hospitalares numa lógica de prestação em rede, em que os utentes podem ser referenciados entre as unidades para a obtenção de todo o leque de cuidados de saúde hospitalares de que necessitem”*.
48. Nestes termos, inclui na análise que efetua, como integrantes da oferta de um mesmo operador, as unidades de ambulatório com localização geográfica relativamente

---

<sup>29</sup> A ERS exemplifica esta relação de complementaridade referindo o caso de *“uma consulta de especialidade médica, em que o diagnóstico é apoiado na realização de exames complementares, resultando na prescrição de uma intervenção terapêutica (p.e., cirúrgica), e terminando com a concretização dessa mesma intervenção”*.

próxima às unidades hospitalares, bem como as unidades de ambulatório que prestam cuidados de saúde de forma integrada com os hospitais, de acordo com informações disponibilizadas nos *websites* dos respetivos operadores.

49. Adicionalmente, a ERS considera que os hospitais do SNS, em que se incluem os hospitais operados em regime de PPP, não estão em concorrência efetiva com os estabelecimentos hospitalares não públicos, essencialmente devido às diferentes condições de acesso aos cuidados de saúde<sup>30</sup>.
50. Para tal releva o facto de os utentes ao abrigo de cobertura do SNS terem acesso aos hospitais do SNS, sendo o acesso a hospitais não públicos limitado a um conjunto de cuidados de saúde restrito e definido nos acordos ou convenções que os prestadores celebraram com o SNS<sup>31</sup>.
51. Segundo a ERS, a necessidade de o Estado recorrer a tais procedimentos de contratação para incluir a prestação privada sob a cobertura do SNS, como complementar à prestação da rede pública, demonstra a separação existente entre a atividade pública e privada de prestação de cuidados de saúde. Mais precisamente, *“[c]aso tal separação não existisse e a concorrência entre operadores públicos e privados fosse efetiva, a complementaridade entre a primeira linha e segunda linha da Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde assentaria na liberdade de escolha dos utentes, não restringidos a acordos entre o SNS e os operadores privados (...)”*.
52. Adicionalmente, refere a ERS que, para que a pressão concorrencial entre os diferentes operadores seja efetiva é necessário que os consumidores possam ter um papel de transmissão dessa pressão concorrencial assente e dependente da capacidade dos mesmos poderem fazer escolhas. Ora, a liberdade de escolha dos utentes que recorrem à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde é, na maior parte das situações inexistente e, em outras situações, bastante restrita.
53. Por outro lado, o próprio acesso aos serviços públicos e privados é claramente distinto. Se o fluxo dos utentes aos hospitais do SNS decorre, em larga medida da referenciação feita a partir da rede pública de cuidados de saúde primários<sup>32</sup>, o que limita em grande medida (se não mesmo totalmente) a escolha do doente, no caso dos estabelecimentos hospitalares não públicos, o acesso pelos utentes pode ser direto, por via de uma multiplicidade de canais, 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 o acesso à rede hospitalar pública em moldes similares ao que acontece nos prestadores privados, ou seja, dispensando uma entrada no sistema público via cuidados primários.
54. Para além das restrições de acesso, refere ainda a ERS que a substituibilidade entre os serviços de saúde prestados em hospitais públicos e não públicos é avaliada pelos

---

<sup>30</sup> Segundo a ERS, este entendimento é resultante de um exercício de análise económica positiva, *i.e.*, descrição da realidade como ela é, e não deve ser interpretado como análise normativa, ou seja, como a realidade deveria ser.

<sup>31</sup> Cfr. ponto 18 da presente decisão.

<sup>32</sup> O acesso direto é possível nas urgências mas nos cuidados programados há uma referenciação prévia. Importa, ainda, referir o caso especial das situações de emergência em que se recorre ao Sistema Integrado de Emergência Médica (através de chamada telefónica para o número de emergência 112), o qual apenas orienta utentes para unidades hospitalares do SNS, não havendo liberdade de escolha da parte do utente (cfr. Despacho n.º 10319/2014, publicado no Diário da República de 11.8.2014).

utentes, para além do estrito critério da necessidade, tendo em conta as suas preferências ao nível da (i) comodidade e conforto das instalações, (ii) tempos de espera no atendimento, (iii) a imagem institucional dos prestadores e a (iv) perceção do prestígio dos profissionais (em especial dos médicos), sendo essas variáveis distintas quando considerados os serviços prestados em hospitais públicos e privados.

55. Por fim, e como último argumento a favor da separação entre mercados de serviços hospitalares públicos e não públicos, a ERS refere 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 (...) tais como uma aproximação dos níveis de preços dos operadores privados aos dos públicos”.

#### **4.2.3. Posição da AdC**

56. Importa referir como ponto prévio que, tal como explanado no Projeto de Linhas de Orientação para Análise Económica de Operações de Concentração Horizontais da AdC<sup>33</sup>, a delimitação dos mercados relevantes apresenta um carácter instrumental para a avaliação do impacto de uma operação na concorrência, não representando, desta forma, um objetivo em si mesmo.
57. Com efeito, o objetivo último da análise de operações de concentração é o de aferir se a operação de concentração em causa é suscetível de criar entraves significativos à concorrência efetiva no mercado.
58. Neste sentido, o enquadramento das atividades das empresas envolvidas na presente operação de concentração e a forma como as mesmas se relacionam revela-se crucial para a avaliação jus concorrencial da mesma.
59. Tal como referido anteriormente, a Notificante encontra-se presente na atividade seguradora, estando a Adquirida presente na prestação de cuidados de saúde, quer no setor privado, através de oito unidades hospitalares e sete clínicas a operar em regime de ambulatório, quer no setor público, através do Hospital Beatriz Ângelo, este gerido pela ESS em regime de PPP.

#### ***Público vs. privado***

60. Assim, a presente operação de concentração reveste natureza vertical, atenta a relação existente entre os seguros de saúde e os seguros de acidentes de trabalho, onde a Fidelidade se encontra presente, e a prestação de cuidados de saúde pela ESS, no setor privado.
61. De facto, e tal como anteriormente explanado, ao contrário do que se verifica com os prestadores de cuidados de saúde de natureza pública, em que a quase totalidade do seu financiamento decorre do próprio SNS, via impostos, no caso dos prestadores de cuidados de saúde privados, parte do seu financiamento advém do setor segurador<sup>34</sup>,

---

<sup>33</sup> Projeto disponível em [http://www.concorrenca.pt/vPT/Noticias\\_Eventos/Comunicados/Paginas/Comunicado\\_AdC\\_201304.a.spx](http://www.concorrenca.pt/vPT/Noticias_Eventos/Comunicados/Paginas/Comunicado_AdC_201304.a.spx).

<sup>34</sup> Para além do setor segurador, a prestação social ou privada é maioritariamente financiada pelos vários subsistemas de saúde públicos e privados e por pagamentos diretos dos indivíduos.

através dos acordos estabelecidos, sendo as seguradoras, por essa via, clientes dos prestadores de cuidados de saúde privados<sup>35</sup>.

62. Neste sentido, considerar para efeitos de delimitação de mercado relevante, o universo de todos os prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza, poderá revelar-se pouco adequado, uma vez que apenas a atividade dos prestadores de cuidados de saúde de natureza privada e social se relaciona com a atividade da Adquirente.
63. Acresce que, tal como referido pela Notificante, a prática decisória da AdC tem evoluído no sentido de se equacionar uma possível segmentação do mercado do produto relevante entre o setor público e privado<sup>36</sup>, atenta a possibilidade de as entidades públicas e privadas não exercerem uma pressão concorrencial suficiente entre si.
64. Este entendimento tem por base as diferentes características apresentadas pelo setor público e privado, ao nível das condições de acesso aos seus cuidados de saúde.
65. De facto, e tal como igualmente sublinhado pela ERS no seu parecer de 30.10.2014, a possibilidade de acesso livre e a liberdade de escolha do prestador, apenas se verifica junto de entidades privadas, dada a necessidade de referenciação, no caso de estabelecimentos hospitalares do SNS, a partir da rede pública de cuidados de saúde primários.
66. Recorde-se, igualmente, que os utentes ao abrigo de cobertura do SNS apenas têm acesso a um conjunto limitado de serviços nos hospitais privados, definidos nos acordos ou convenções que os prestadores celebraram com o SNS. Adicionalmente, no que respeita a acessibilidade em termos de “tempo de espera”, verificam-se discrepâncias quando se tratar do setor público, ou privado.
67. Também a Comissão Europeia, no caso COMP/M.4367 APW/APSA/Nordic Capital/Capio<sup>37</sup>, considerou a existência de um mercado relevante distinto no Reino Unido, para a prestação de cuidados de saúde em unidades hospitalares de natureza pública e de natureza privada, com base nas diferentes fontes de financiamento e em fatores que relevam para a definição das preferências dos consumidores (tais como, listas de espera, resultados clínicos e conforto), tendo considerado que a procura pelos serviços em unidades hospitalares privadas era específica e diferenciada da que seria dirigida aos hospitais de natureza pública.

---

<sup>35</sup> Cfr. ponto 20 da presente decisão.

<sup>36</sup> Nos processos Ccent. 19/2009 – Cliria/Clínica de Oiã e Ccent. 39/2012 – Sanfil/Centro Hospital S. Francisco, a Autoridade considerou que a exata delimitação dos mercados relativamente à prestação por entidades públicas e privadas poderia permanecer em aberto uma vez que as conclusões jus concorrenciais não seriam distintas. Porém, para efeitos da avaliação jus concorrencial, considerou o cenário mais restrito, considerando para efeito da estrutura de oferta apenas as entidades privadas. Apenas no caso dos “serviços de atendimento médico permanente” considerou que as entidades públicas e privadas concorrem para efeitos desse mercado.

<sup>37</sup> Cfr. caso COMP/M.4367 APW/APSA/Nordic Capital/Capio, decisão da Comissão Europeia de 16.3.2007, ponto 11:“(…)There is however a number of differences between private and public health care services. Whereas private healthcare is paid for by the patient, usually through insurance with a private medical insurer operating on a national basis, public healthcare is generally partly or entirely funded through taxation and requires either a limited contribution of the patient or is offered for free, at the point of service delivery. Private acute hospitals also differentiate themselves from public acute hospitals in terms of the overall patient experience, waiting list, clinical outcomes and physical comfort”.

***Segmentação por tipo de atividade vs. mercado em cluster***

68. No que concerne uma possível segmentação do mercado por tipo de atividade, tal como proposto pela Notificante, considera-se que a mesma poderá não ser determinante para aferir os potenciais efeitos verticais da presente operação de concentração, atento o carácter multiproduto da oferta de estabelecimentos hospitalares e da respetiva contratação pelas seguradoras de um conjunto de atos médicos. Adicionalmente, e tal como melhor se verá adiante, as conclusões jus concorrenciais não se alterariam qualquer que seja a delimitação de mercado considerada.
69. Refira-se, a este propósito, que a delimitação proposta pela Notificante não se encontra totalmente consentânea com a prática decisória da AdC já identificada. De facto, a AdC não definiu como relevantes os três mercados assinalados pela Notificante, tendo, nos processos Ccent. 19/2009 – Cliria/Clínica de Oiã e Ccent. 39/2012 – Sanfil/Centro Hospital S. Francisco, definido como relevantes, os mercados de (i) consultas médicas em ambulatório, (ii) cirurgia, (iii) imagiologia, (iv) análises clínicas, (v) meios complementares de diagnóstico na área de cardiologia e (vi) serviços de atendimento médico permanente<sup>38</sup>.
70. Com efeito, em nenhum dos processos identificados foi definido um único mercado dos meios complementares de diagnóstico, nem tão pouco se considerou que o mesmo seria passível de uma segmentação adicional por tipologia (imagiologia, análises clínicas e meios complementares de diagnóstico na área de cardiologia).
71. Tal como se encontra descrito no processo Ccent. 19/2009 – Cliria/Clínica de Oiã, delimitaram-se os mercados de (iii) imagiologia, (iv) análises clínicas, e (v) meios complementares de diagnóstico na área de cardiologia, considerando-se a possibilidade de segmentação adicional de cada um daqueles, “*em função de maior especificidade que distinguisse os vários tipos de exame e/ou análises*”, tendo-se, no entanto, deixado em aberto essa possibilidade, uma vez que as conclusões jus concorrenciais não se alterariam qualquer que fosse a delimitação de mercado considerada<sup>39</sup>.
72. Adicionalmente, é inequívoca a delimitação do mercado dos serviços de atendimento médico permanente nos processos identificados.
73. A delimitação de mercado em *cluster*, tal como proposta pela ERS, define o mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares considerando, não só a oferta privada de serviços localizada nos estabelecimentos com natureza hospitalar, como a oferta de unidades dos mesmos operadores que, não prestando todo o tipo de cuidados de saúde hospitalares (como partos e internamento, por exemplo), atuam numa lógica de prestação em rede.
74. Assim, apesar de não proceder a nenhuma segmentação do mercado do produto por tipo de atividade, a delimitação de mercado em *cluster* é, de todos os cenários que a AdC teve oportunidade de analisar, aquele que se afigura o mais restrito.
75. De facto, apesar de esta delimitação incluir todo o tipo de cuidados de saúde, o que poderia sugerir uma delimitação mais ampla do mercado, ao considerar apenas a oferta dos hospitais privados e unidades de ambulatório que atuam numa lógica coordenada com os mesmos, acaba por não considerar na estrutura de oferta, tal como a Notificante,

<sup>38</sup> No processo Ccent. 39/2012 – Sanfil/Centro Hospital S. Francisco, definiu, ainda, atentas as atividades das Partes, o mercado do produto da medicina física de reabilitação.

<sup>39</sup> Cfr. pontos 59, 60 e 61 da decisão da AdC de 16.7.2009 no processo Ccent. 19/2009 – Cliria/Clínica de Oiã.

consultórios privados, clínicas médicas, laboratórios e unidades que prestam serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

76. Nestes termos, e uma vez que a avaliação jus concorrencial não seria distinta qualquer que fosse a delimitação adotada, a AdC deixa em aberto a exata delimitação do mercado do produto, considerando para efeitos da presente operação de concentração o mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas.

***Prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas e prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas***

77. Adicionalmente, e tal como referido anteriormente, a ESS encontra-se ainda presente na gestão do Hospital Beatriz Ângelo em regime de PPP e na oferta de prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas (residências sénior).
78. Atenta a atividade da Adquirente no âmbito da sua parceria público-privada, a AdC equacionou a possibilidade de autonomizar o mercado de gestão de hospitais em regime de PPP, tendo no entanto a Notificante considerado, tal hipótese “*totalmente desadequada à realidade do mercado*”<sup>40</sup>.
79. Segundo a Notificante, a forma do funcionamento e gestão do hospital em regime de PPP é em tudo semelhante à de um hospital público, referindo que, (i) os utentes gozam dos mesmos direitos quer se dirijam a um hospital gerido em PPP ou a outro hospital público gerido pelo Estado; (ii) pagam as mesmas taxas que são devidas nos demais hospitais públicos; (iii) a produção é definida pelo Estado; e (iv) os cuidados médicos a oferecer ao público são definidos pelo Estado. Nestes termos, considera para efeitos da delimitação de mercados relevantes que a atividade da Adquirida se enquadra nos mercados relevantes identificados, tendo os dados de mercado sido incluídos no segmento “público”, no que respeita a esta atividade.
80. Sobre esta matéria, entende a AdC que os serviços prestados pelo Hospital Beatriz Ângelo se enquadram no “público” e que, caso se considerasse existir um mercado da atividade de gestão de hospitais em PPP, as conclusões da análise não seriam diferentes dada a ausência de relações relevantes entre os seguros e a atividade dos hospitais públicos.
81. No que concerne a atividade de prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas (residências sénior), refere a Notificante que “*(...) as residências sénior são um segmento de negócio onde actualmente não existe cobertura por parte dos seguros de saúde*”<sup>41</sup>.
82. Uma vez que estas atividades da Adquirida não se relacionam nem a montante, nem a jusante com a atividade seguradora, na qual a Adquirente se encontra presente, considera-se que a exata delimitação dos mercados do produto poderá permanecer em aberto, uma vez que, qualquer que seja a delimitação de mercado considerada, as conclusões jus concorrenciais não se alterariam.
83. Nestes termos, a AdC define como mercados relevantes, para efeitos da presente análise, o mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas e o mercado da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas (residências sénior), cuja exata delimitação é deixada em aberto.

---

<sup>40</sup> Resposta da Notificante de 7.12.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>41</sup> Resposta da Notificante de 25.11.2014 a pedido de elementos da AdC.

### 4.3. Mercado Geográfico Relevante

#### 4.3.1. Posição da Notificante

84. A Notificante remete para a prática decisória da AdC<sup>42</sup> e indica que o mercado da prestação de serviços de saúde tem uma dimensão geográfica delimitada pelas NUTS III<sup>43</sup>, correspondendo aos seguintes mercados: Minho-Lima, Tâmega, Grande Porto, Baixo Vouga, Grande Lisboa, Península de Setúbal e Alentejo Central.
85. Atendendo a que, no seu entendimento, qualquer que seja a definição do mercado do produto relativamente à prestação de serviços de saúde acolhida, a operação notificada não terá qualquer impacto na atual estrutura da concorrência no setor da prestação de serviços de saúde, considera que a definição do mercado do geográfico relevante pode ser deixada em aberto.
86. No que concerne o mercado da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas (residências sénior), no qual a ESS apenas está presente em Lisboa, a Notificante considera como mercado relevante o mercado da NUTS de Lisboa<sup>44</sup>.

#### 4.3.2. Posição da ERS

87. Relativamente ao âmbito geográfico do mercado, a ERS releva a análise das características da procura, com o intuito de determinar se as empresas localizadas em áreas diferentes constituem pontos de oferta alternativos para os consumidores.
88. Esta análise implica reunir informação sobre os atuais padrões de compra dos consumidores e identificação das suas preferências regionais, pelo que a ERS refere como método comum que permite a identificação de áreas geográficas que refletirão os padrões de compra dos consumidores e a identificação das suas preferências, o método das áreas de influência. Segundo este último, a fronteira de cada mercado depende da distância ou do tempo de viagem máximo que a maioria dos consumidores percorre até aos pontos de oferta (considerando, para efeitos do cálculo a realizar, o transporte na rede viária e as velocidades máximas permitidas).
89. Considera, assim, a ERS, que os mercados geográficos relevantes de cuidados de saúde hospitalares deveriam idealmente ser definidos em áreas de influência de 90 minutos (tempo máximo de deslocação em estrada), considerando esta referência como suficientemente lata para abranger intervenções cirúrgicas na análise, para além de consultas e outros cuidados de saúde hospitalares programados<sup>45</sup>.

---

<sup>42</sup> Vide decisão da AdC no processo Ccent. 58/2012 – AMIL Participações/HPP.

<sup>43</sup> Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS III), cuja classificação das unidades territoriais se encontra prevista no Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de novembro, alterado pela Lei n.º 21/2010, de 23 de agosto.

<sup>44</sup> Resposta da Notificante de 25.11.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>45</sup> Tal como refere a ERS, em geral as fronteiras das áreas de influência são definidas com base no 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. Não tendo realizado um exercício de verificação dos

**Nota: indicam-se entre parêntesis retos [...] as informações cujo conteúdo exato haja sido considerado como confidencial.**

90. Não obstante, considera a ERS adequada a aplicação da definição das unidades geográficas de análise com referência a unidades territoriais já estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos<sup>46</sup>, pelo que procede a uma definição de mercados geográficos relevantes assente na delimitação das NUTS III.

#### **4.3.3. Posição da AdC**

91. No que concerne os mercados da prestação de cuidados de saúde hospitalares, a prática decisória nacional e da Comissão Europeia tem sido no sentido de considerar uma delimitação geográfica tendencialmente regional, tendo em conta considerações do lado da procura, nomeadamente, o tempo de deslocação necessário para receber um determinado tratamento.
92. Assim, a AdC considera a delimitação do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas assente na delimitação das NUTS III, analisando para efeitos da presente operação de concentração as seguintes regiões: (i) Minho-Lima, (ii) Grande Porto, (iii) Tâmega, (iv) Baixo Vouga, (v) Grande Lisboa, (vi) Alentejo Central e (vii) Península de Setúbal.
93. No que concerne o mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas e o mercado da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas (residências sénior), a AdC considera que a exata delimitação dos mercados geográficos relevantes poderá permanecer em aberto, uma vez que as conclusões jus concorrenciais não seriam distintas em função da exata delimitação do âmbito geográfico do mercado, analisando, para efeitos da presente análise, a NUTS da Grande Lisboa, na qual a ESS se encontra presente, no âmbito das referidas atividades.

#### **4.4. Mercados Relacionados**

##### **4.4.1. Mercado dos seguros de saúde**

94. A Notificante considera que o mercado dos seguros de saúde, no qual está presente com a marca Multicare, é suscetível de constituir um mercado relacionado.
95. Mais refere que, *“as companhias de seguros, ao comercializarem seguros de saúde, podem considerar-se intermediários indirectos na prestação de serviços de saúde entre o seu cliente subscritor de um seguro de saúde e uma unidade de saúde”*, na medida em que, *“[n]a generalidade, (i) a seguradora celebra um contrato de seguro de saúde com o seu cliente, (ii) a seguradora estabelece um acordo de prestação de serviços com várias unidades de saúde (em função da sua localização geográfica, das especialidades médicas que oferecem, das equipas técnicas de que dispõem, da qualidade e da reputação), (iii) o cliente, quando precisa de cuidados de saúde, escolhe e recorre a*

---

fluxos de consumidores, a ERS recorreu a referências existentes de tempos máximos de deslocação e a estudos prévios que desenvolvera.

<sup>46</sup> A ERS refere a utilização das NUTS III como critério para a delimitação geográfica do mercado de cuidados de saúde hospitalares no respetivo parecer emitido com referência ao processo Ccent. n.º 58/2012 – AMIL Participações/HPP.

*uma dessas unidades de saúde e, finalmente, (iv) a seguradora paga directamente à unidade de saúde a parte que à seguradora couber*<sup>47</sup>.

96. Nos seguros de saúde, a seguradora assume a responsabilidade de compensar o tomador de seguro ou o segurado por alterações involuntárias do seu estado de saúde que derivem de doença, acidente ou maternidade, sendo as principais garantias destes contratos o internamento hospitalar, a assistência ambulatoria, a assistência medicamentosa, próteses e ortóteses, estomatologia e assistência na maternidade. Neste tipo de seguros é usual incluir algumas coberturas de acidentes pessoais, como sejam o subsídio diário por internamento ou um capital por incapacidade permanente<sup>48</sup>.
97. Atendendo à importância da estrutura dos canais de distribuição, as relações de proximidade e confiança entre segurado e segurador, as limitações fiscais e os sistemas de regulação autónomos existentes nos diversos Estados Membros, considerou já a AdC no âmbito da sua prática decisória<sup>49</sup> que o âmbito geográfico do mercado dos seguros de saúde tem âmbito nacional.
98. Tendo em conta o exposto, considera-se que o mercado dos seguros de saúde com referência ao território nacional é um mercado relacionado para efeitos da análise da presente operação de concentração.

#### **4.4.2. Mercado dos seguros de acidentes de trabalho**

99. Atenta a atividade da Fidelidade no setor dos seguros e em consonância com a Notificante<sup>50</sup>, considera-se como mercado relacionado com a prestação de cuidados de saúde o mercado dos seguros de acidentes de trabalho, definido na esteira da prática decisória da AdC<sup>51</sup>.
100. Este mercado enquadra a prestação de serviços correspondente à procura, por parte de entidades patronais e de trabalhadores independentes de uma cedência às seguradoras, nos termos legais, da responsabilidade pela reparação dos danos resultantes de acidentes sofridos durante a atividade laboral, pelos seus trabalhadores ou pelos próprios. Esta reparação pode assumir o carácter de prestação em dinheiro (indenizações, pensões, prestações e subsídios) ou em espécie (prestações de natureza médica, farmacêutica, hospitalar e outras, que sejam tidas como necessárias e adequadas ao restabelecimento do estado de saúde e da capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado e à sua recuperação para a vida ativa), consoante se trate da perda de salário ou despesas necessárias ao restabelecimento do acidentado, que é um seguro do ramo não vida.
101. No âmbito dos seguros de acidentes de trabalho, as seguradoras estão legalmente obrigadas a recuperar o trabalhador acidentado, sem ter em conta o montante das despesas para tal necessário. Apenas cessa a respetiva responsabilidade quando o acidentado for considerado curado ou quando a recuperação não for possível, sendo-

---

<sup>47</sup> Vide notificação, p. 44.

<sup>48</sup> Cfr. decisões da AdC de 31.12.2009 no processo Ccent. 46/2009 – Rentipar / Global Seguros/Global Vida e de 15.10.2009 no processo Ccent. 35/2009 – Lusitânia/Real Seguros.

<sup>49</sup> Vide, a título de exemplo, as decisões citadas na nota de rodapé anterior.

<sup>50</sup> Na resposta de 25.11.2014 a pedido de elementos da AdC, a Notificante considera que a prestação de seguros de acidentes de trabalho é suscetível de constituir um mercado relacionado.

<sup>51</sup> Cfr. decisão da AdC de 31.12.2009 no processo Ccent. 46/2009 – Rentipar / Global Seguros/Global Vida.

lhe, por isso, atribuída uma incapacidade. Esta situação, diversa da dos demais seguros, incluindo os seguros de saúde, em que as seguradoras estão apenas obrigadas a pagar um capital seguro previamente acordado ou suportar despesas até determinado valor previamente contratado, tem como consequência o facto de as seguradoras terem a prerrogativa de encaminhar o acidentado em trabalho para as unidades de saúde que considerem mais bem preparadas para tratar e recuperar o cliente<sup>52</sup>.

102. Tal como referido relativamente ao mercado dos seguros de saúde, no que respeita ao âmbito geográfico do mercado dos seguros de acidentes de trabalho, considera-se, em linha com a prática decisória da AdC *supra* referenciada, que o mesmo tem âmbito nacional, tendo em conta a importância da estrutura dos canais de distribuição, as relações de proximidade e confiança entre segurado e segurador, as limitações fiscais e os sistemas de regulação autónomos existentes nos diversos Estados-Membros.

#### **4.4.3. Mercado dos seguros de acidentes pessoais e pessoas transportadas**

103. Atenta a atividade desenvolvida pela Fidelidade, poderia ainda equacionar-se a definição do mercado dos seguros de acidentes pessoais e pessoas transportadas enquanto mercado relacionado, o qual corresponde à oferta de seguros do ramo não vida, no que se refere aos riscos de incapacidade temporária para o trabalho causado por acidente ou doença e hospitalização<sup>53</sup>.
104. Não obstante, verifica-se que os riscos cobertos por este tipo de seguros destinam-se a garantir o pagamento de indemnizações ou prestações pré-definidas e encargos com despesas de saúde, em consequência de um acidente corporal coberto pela apólice. As principais garantias correspondem a situações de morte, invalidez permanente, despesas de tratamento e subsídio diário por internamento.
105. Como tal, no âmbito deste tipo de seguros não existe uma relação direta com os prestadores de cuidados de saúde, atento o facto de as prestações em causa serem monetárias, pelo que não se considera o mercado dos seguros de acidentes pessoais e pessoas transportadas como mercado relacionado no âmbito da presente operação.

#### **4.5. Conclusão**

106. Atento o exposto, para efeitos da presente operação de concentração, a AdC considera como mercados relevantes: os mercados da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no (i) Minho-Lima, (ii) Grande Porto, (iii) Tâmega, (iv) Baixo Vouga, (v) Grande Lisboa, (vi) Alentejo Central e (vii) Península de Setúbal, (viii) o mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas na Grande Lisboa e (ix) o mercado da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas (residências sénior) na Grande Lisboa.
107. Note-se que a exata delimitação dos mercados relevantes poderá permanecer em aberto nos termos *supra* explanados, uma vez que as conclusões jus concorrenciais não seriam distintas em função da exata delimitação dos mesmos.

---

<sup>52</sup> Resposta da Notificante de 9.12.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>53</sup> Cfr. decisões da AdC de 13.05.2011 no processo Ccent. 14/2011 – CNP\*CNP BVP / Carteira de Seguros Alico e de 31.12.2009 no processo Ccent. 46/2009 – Rentipar / Global Seguros/Global Vida.

108. A AdC considera ainda, como mercados relacionados, o mercado dos seguros de saúde e o mercado dos seguros de acidentes de trabalho, ambos com referência ao território nacional.

## **5. AVALIAÇÃO JUS CONCORRENCIAL**

### **5.1. Estrutura da oferta**

109. De acordo com os dados apresentados pela Notificante, nos vários mercados identificados pela mesma, *i.e.* mercados das consultas, cirurgias e MCDT, considerando uma possível segmentação por setores (público e privada) e áreas geográficas, os mercados em causa são largamente atomizados e, com muito limitadas exceções, as quotas de mercado da ESS nos mesmos são inferiores a 20% (na maioria dos casos, muito abaixo desse limiar).
110. Em primeiro lugar, a Notificante refere que o mercado da prestação de serviços de saúde por entidades privadas é extremamente fragmentado. Os operadores mais significativos do mercado são a Espírito Santo Saúde, a José de Mello Saúde, o Grupo Lusíadas e o Grupo Trofa. O restante mercado é partilhado por muitos operadores de pequena dimensão sobre os quais existe muito pouca informação. A Espírito Santo Saúde estima que os restantes operadores não representem individualmente uma quota de mercado superior a **[0-5]**% em termos de volume de negócios no segmento privado, visto que o quarto maior operador **[CONFIDENCIAL– Segredo de Negócio]** apresenta uma quota de apenas **[0-5]**%<sup>54</sup>.
111. Atenta a dispersão e a ausência de dados públicos, a Notificante refere que “a Espírito Santo Saúde não se encontra capacitada para elaborar uma estimativa minimamente fiável relativa à repartição do mercado pelos restantes operadores e que possa trazer uma mais-valia à análise a levar a cabo” pela AdC<sup>55</sup>.

#### **5.1.1. Estrutura dos mercados relevantes da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas**

112. Nestes termos, apresenta-se a estrutura da oferta nos mercados da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas nas NUTS III do Minho-Lima, Grande Porto, Tâmega, Baixo Vouga, Grande Lisboa, Alentejo Central e Península de Setúbal, com base em dados transmitidos pela ERS.
113. Atento o facto de a presente operação ter efeitos meramente verticais, para os quais relevará, em certa medida, a existência de economias de escala e rede, correspondentes à presença das partes no território nacional, apresenta-se também a estrutura de mercado com referência à totalidade do território português.
114. As quotas de mercado apresentadas, remetidas pela ERS, são calculadas com base no número de médicos dos estabelecimentos registados no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados da ERS (SRER)<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> Resposta da Notificante de 27.10.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>55</sup> Resposta da Notificante de 7.11.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>56</sup> Note-se que o registo de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde é obrigatório e a informação nele introduzida é da responsabilidade das entidades gestoras dos respetivos  
**Nota: indicam-se entre parêntesis retos [...] as informações cujo conteúdo exato haja sido considerado como confidencial.**

**Tabela 3 – Principais concorrentes no mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no território nacional**

Concorrentes	Quotas de mercado (%)
ESS	[10-20]
JMS	[10-20]
Lusíadas Saúde	[0-10]
Trofa Saúde	[0-10]
Outros concorrentes	[40-50]

**Fonte:** ERS (parecer de 30.10.2014, p. 12 e parecer de 7.10.2014, no âmbito do processo Ccent. 23/2014 – José de Mello Saúde / Espírito Santo Saúde, p. 26).

**Nota:** Dados de 2014 (número de médicos).

115. Como decorre da tabela *supra*, tendo por âmbito geográfico todo o território de Portugal continental, os grupos ESS e JMS detêm cerca de **[30-40]**% do mercado, ambos com cerca de **[10-20]**% de quota de mercado, enquanto os demais concorrentes têm quotas expressivamente inferiores.
116. O terceiro e quarto maiores concorrentes. Lusíadas Saúde e Trofa Saúde, por exemplo, detêm, respetivamente, cerca de **[0-10]**% e **[0-10]**% de quota de mercado.
117. Apresenta-se, em seguida, como referido, a estrutura da oferta nos mercados da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas nas NUTS III do Minho-Lima, Grande Porto, Tâmega, Baixo Vouga, Grande Lisboa, Alentejo Central e Península de Setúbal.
118. A título prévio, refira-se que, no que concerne os estabelecimentos da ESS nas NUTS III de Minho-Lima e Tâmega, sendo estas clínicas, as mesmas são consideradas na análise, na medida em que têm uma atividade coordenada com as unidades hospitalares, com base na lógica de prestação em rede/*cluster*, em que os utentes podem ser referenciados entre as unidades para a obtenção de todo o leque de cuidados de saúde hospitalares de que necessitem<sup>57</sup>.

**Tabela 4 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Minho-Lima**

Concorrentes	Quotas de mercado (%)
Hospital Particular de Viana do Castelo	[60-70]
<b>ESS: Clipóvoa – Clínica de Cerveira</b>	<b>[30-40]</b>
Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca	[0-10]

**Fonte:** ERS (comunicações de 13 e 14.11.2014).

**Nota:** Dados de 2014 (número de médicos).

estabelecimentos (cfr. artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto). Segundo informação da ERS, os dados utilizados para o parecer foram extraídos em 15.9.2014, notando-se que a atualização dos registos também é obrigatória e deve ser feita no prazo de dois meses contados da ocorrência do facto que gera o dever de atualização (cfr. artigo 7.º da Portaria n.º 52/2011, de 27 de janeiro).

<sup>57</sup> Vide pontos 43 a 45 e 73 a 76 *supra*.

**Nota: indicam-se entre parêntesis retos [...] as informações cujo conteúdo exato haja sido considerado como confidencial.** 21

**Tabela 5 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Grande Porto**

Concorrentes	Quotas de mercado (%)
<b>ESS:</b> Hospital da Arrábida Clipóvoa – Hospital Privado da Póvoa de Varzim Clipóvoa – Clínica do Porto	[20-30]
Trofa Saúde	[10-20]
JMS	[10-20]
Lusiadas Saúde	[10-20]
Congregação das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição	[0-10]
Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde	[0-10]
Venerável Irmandade de Nossa Senhora da Lapa	[0-10]
Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"	[0-10]
Celestial Ordem Terceira da Santíssima Trindade	[0-10]
Hospital de Santa Maria – Porto	[0-10]
Santa Casa da Misericórdia do Porto	[0-10]
Venerável Ordem Terceira de São Francisco	[0-10]
Venerável Irmandade de Nossa Senhora do Terço e Caridade	[0-10]
Venerável Ordem Terceira Nossa Senhora do Carmo	[0-10]
PMV – Policlínica, S.A.	[0-10]

**Fonte:** ERS (comunicações de 13 e 14.11.2014).

**Nota:** Dados de 2014 (número de médicos).

**Tabela 6 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Tâmega**

Concorrentes	Quotas de mercado (%)
Santa Casa da Misericórdia de Lousada	[30-40]
<b>ESS: Clipóvoa – Clínica de Amarante</b>	[20-30]
Santa Casa da Misericórdia de Paredes	[20-30]
Santa Casa da Misericórdia de Felgueiras	[10-20]
PMV – Policlínica, S.A.	[0-10]

**Fonte:** ERS (comunicações de 13 e 14.11.2014).

**Nota:** dados de 2014 (número de médicos).

**Tabela 7 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Baixo Vouga**

Concorrentes	Quotas de mercado (%)
<b>ESS:</b> CLIRIA – Centro Médico de Águeda CLIRIA – Clínica de Oiã CLIRIA – Hospital Privado de Aveiro	[70-80]
Idealmed	[10-20]
Santa Casa da Misericórdia da Mealhada	[0-10]

**Fonte:** ERS (comunicações de 13 e 14.11.2014).

**Nota:** Dados de 2014 (número de médicos).

**Tabela 8 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas na Grande Lisboa**

Concorrentes	Quotas de mercado (%)
JMS	[30-40]
Clisa – Clínica de Santo António, S.A.	[10-20]
<b>ESS:</b> Hospital da Luz Hospital da Luz – Centro Clínico da Amadora Instituto de Radiologia Dr. Idálio de Oliveira – Centro de Radiologia Médica Clínica Parque dos Poetas	[10-20]
Lusíadas Saúde	[10-20]
Galilei Saúde	[0-10]
Hospital dos SAMS	[0-10]
Clínica de São Cristóvão	[0-10]
Santa Casa da Misericórdia de Lisboa	[0-10]
Clínica Europa	[0-10]
Clínica de Todos-Os-Santos	[0-10]
Clínica de S. Vicente de Paulo, Lda.	[0-10]
Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa	[0-10]
CTD – Centro de Tratamento de Doentes, Lda.	[0-10]
Casa de Saúde do Senhor da Serra, Lda.	[0-10]
Venerável Ordem Terceira da Penitência de S. Francisco a Jesus	[0-10]
Société Française de Bienfaisance	[0-10]

**Nota:** indicam-se entre parêntesis retos [...] as informações cujo conteúdo exato haja sido considerado como confidencial. 23

Venerável Ordem Terceira de S. Francisco da Cidade	[0-10]
--	--------

**Fonte:** ERS (comunicações de 13 e 14.11.2014).

**Nota:** Dados de 2014 (número de médicos).

**Tabela 9 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Alentejo Central**

Concorrentes	Quotas de mercado (%)
<b>ESS: Hospital da Misericórdia de Évora</b>	<b>[60-70]</b>
Instituto S. João de Deus	[20-30]
Clinévora – Clínica Médica de Évora, Lda.	[10-20]

**Fonte:** ERS (comunicações de 13 e 14.11.2014).

**Nota:** Dados de 2014 (número de médicos).

**Tabela 10 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas na Península de Setúbal**

Concorrentes	Quotas de mercado (%)
<b>ESS: Hospital de Santiago</b>	<b>[90-100]</b>
Galilei Saúde	[0-10]
Hospital Nossa Senhora da Arrábida, S.A.	[0-10]

**Fonte:** ERS (comunicações de 13 e 14.11.2014).

**Nota:** Dados de 2014 (número de médicos).

119. Da análise da estrutura acima apresentada, retira-se que a ESS detém uma posição de destacada liderança na prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Baixo Vouga, no Alentejo Central e na Península de Setúbal, mercados que apresentam uma estrutura muito assimétrica.
120. Assim, no Baixo Vouga, a ESS tem uma quota de **[70-80]**%, tendo o segundo concorrente, a Idealmed, uma quota de apenas **[10-20]**%, acentuando-se esta assimetria no mercado da Península de Setúbal, em que a ESS/Hospital de Santiago tem **[90-100]**%, representando a Galilei Saúde menos de 10% do total do mercado. Também no Alentejo Central a assimetria é elevada, na medida em que a ESS, prestadora de serviços no Hospital da Misericórdia de Évora, detém uma quota de **[60-70]**%, representando o Instituto S. João de Deus **[20-30]**% e a Clinévora – Clínica Médica de Évora, Lda. **[10-20]**%.
121. No mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Minho-Lima existe também uma assimetria elevada, liderando o mercado o Hospital Particular de Viana do Castelo, com uma quota de **[60-70]**%, detendo a ESS, através da Clipóvoa – Clínica de Cerveira, cerca de **[30-40]**% do mercado, ambas com quotas muito destacadas do terceiro maior concorrente, a Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca, com uma quota de mercado inferior a 5%.

**Nota:** indicam-se entre parêntesis retos [...] as informações cujo conteúdo exato haja sido considerado como confidencial. 24

122. Já nos mercados da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Grande Porto, no Tâmega e na Grande Lisboa a simetria é maior, verificando-se a presença de mais operadores no mercado com quotas próximas dos 20%.
123. Assim, no mercado do Grande Porto a ESS, presente através do Hospital da Arrábida, da Clipóvoa – Hospital Privado da Póvoa de Varzim e da Clipóvoa – Clínica do Porto, é o operador com quota de mercado mais elevada, detendo **[20-30]**% do mercado. Não obstante, encontram-se presentes outros três operadores com quotas entre os 10 e os 20%, os grupos Trofa Saúde, José de Mello Saúde e Lusíadas Saúde, bem como vários operadores com quotas inferiores a 10%.
124. No mercado do Tâmega existe uma elevada simetria entre as posições da Santa Casa da Misericórdia de Lousada e da ESS/ Clipóvoa – Clínica de Amarante, ambas com quotas relativamente próximas, ainda que detendo Santa Casa da Misericórdia quota superior.
125. O elevado nível de concentração nos mercados relevantes analisados, que resulta bem patente nos valores das quotas indicadas, e a elevada representatividade da ESS nos mercados relevantes do Baixo Vouga, Alentejo Central e Península de Setúbal, são os primeiros indicadores úteis para aferir do poder de mercado da ESS nos mercados relevantes em causa.

#### **5.1.2. Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas na Grande Lisboa**

126. A ESS apenas se encontra presente no mercado relevante da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas na Grande Lisboa, através do Hospital Beatriz Ângelo, gerido em regime de PPP.
127. Trata-se de um mercado em que se encontram presentes os grandes grupos hospitalares públicos, tais como as entidades públicas empresariais (“EPE”), correspondentes aos Centros Hospitalares Lisboa Central, Norte e Ocidental.
128. Relativamente a este mercado, a Notificante remeteu à AdC quotas de mercado nos termos da delimitação que concretiza, distinguindo entre consultas, cirurgias e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)<sup>58</sup>.

**Tabela 11 – Prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas (percentagem de consultas, cirurgias e MCDT) na Grande Lisboa em 2013**

<b>Concorrentes</b>	<b>Consultas</b>	<b>Cirurgias</b>	<b>MCDT</b>
<b>ESS</b>	<b>[0-10]%</b>	<b>[0-10]%</b>	<b>[0-10]%</b>
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	[10-20]%	[30-40]%	[10-20]%
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	[0-10]%	[20-30]%	[10-20]%
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Hospital Fernando da Fonseca EPE	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
IPO de Lisboa	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%

<sup>58</sup> A ERS não se pronunciou sobre a atividade da ESS enquanto gestora do Hospital Beatriz Ângelo em parceira PPP, motivo pelo qual se considera, para efeitos da análise do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas na Grande Lisboa, a estrutura da oferta apresentada pela Notificante.

Outros	[60-70]%	[0-10]%	[40-50]%
Total	100%	100%	100%

**Fonte:** Notificante (comunicação de 18.11.2014, anexo I).

**Nota:** Dados apresentados em volume/atos médicos.

129. Relativamente ao mesmo mercado, a Notificante remeteu ainda à AdC quotas de mercado com base em volume de negócios, o que se aproxima mais das posições relativas dos operadores no mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas tal como definido pela AdC, ainda que em termos não totalmente fechados<sup>59</sup>.
130. As quotas de mercado calculadas com base no volume de negócios dos operadores entre 2011 e 2013 são as apresentadas na tabela seguinte.

**Tabela 12 – Prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas  
- volume de negócios entre 2011 e 2013**

Concorrentes	2011	2012	2013
<b>ESS</b>	<b>[0-10]%</b>	<b>[0-10]%</b>	<b>[0-10]%</b>
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Hospital Fernando da Fonseca EPE	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
IPO de Lisboa	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Outros	[40-50]%	[40-50]%	[40-50]%
Total	100%	100%	100%

**Fonte:** Notificante (comunicação de 18.11.2014, anexo I).

**Nota:** Dados apresentados em valor.

131. Note-se que a posição da ESS no mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas na Grande Lisboa é inferior a 5%.
132. Adicionalmente, a atividade da ESS neste mercado não se encontra relacionada com a da Fidelidade, do que decorre que a operação, no que concerne o mesmo, não será de molde a suscitar problemas jus concorrenciais.

### **5.1.3. Estrutura do mercado relevante da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas (residências sénior) na Grande Lisboa**

133. Segundo a Notificante, o mercado relevante da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas (residências sénior) na Grande Lisboa é um mercado muito disperso, qualificando a posição da ESS como “*absolutamente marginal*”<sup>60</sup>.
134. A estrutura deste mercado, calculada com base no número de camas, tal como apresentada pela Notificante, corresponde à apresentada nas tabelas *infra*.

<sup>59</sup> Vide ponto 107 *supra*.

<sup>60</sup> Resposta da Notificante de 25.11.2014 a pedido de elementos da AdC.

**Nota: indicam-se entre parêntesis retos [...] as informações cujo conteúdo exato haja sido considerado como confidencial.** 26

**Tabela 13 – Número de camas no âmbito da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas de 2011 a 2013**

<b>Concorrentes</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>ESS</b>	[CONFIDENCIAL]	[CONFIDENCIAL]	[CONFIDENCIAL]
Residências Montepio	[CONFIDENCIAL]	[CONFIDENCIAL]	[CONFIDENCIAL]
Domus Vida (JMS)	[CONFIDENCIAL]	[CONFIDENCIAL]	[CONFIDENCIAL]
SCM de Cascais	[CONFIDENCIAL]	[CONFIDENCIAL]	[CONFIDENCIAL]
SCM de Azeitão	[CONFIDENCIAL]	[CONFIDENCIAL]	[CONFIDENCIAL]
Amera – Residência Sénior	[CONFIDENCIAL]	[CONFIDENCIAL]	[CONFIDENCIAL]
<b>Total</b>	15.282	15.806	16.301

**Fonte:** Notificante (comunicação de 25.11.2014).

**Tabela 14 – Estrutura do mercado da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas de 2011 a 2013**

<b>Concorrentes</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>ESS</b>	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Residências Montepio	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Domus Vida (JMS)	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
SCM de Cascais	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
SCM de Azeitão	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Amera – Residência Sénior	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
<b>Total</b>	100%	100%	100%

**Fonte:** Notificante (comunicação de 25.11.2014).

135. Atenta a dispersão revelada pela estrutura de mercado acima apresentada, a posição da ESS no mercado da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas não será de molde a suscitar problemas jus concorrenciais em resultado da presente operação de concentração.
136. Note-se que, não obstante a elevada dispersão de operadores, correspondente à oferta de camas para prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas, podem, segundo a Notificante, ser identificadas como barreiras à entrada de novos concorrentes no mercado o (i) licenciamento da atividade e (ii) investimento inicial.

137. Assim, no que o concerne o licenciamento necessário para abertura de uma residência sénior, é necessária a obtenção de um alvará para que uma entidade possa operar uma unidade, estando a atribuição desse mesmo alvará dependente do cumprimento de um conjunto de regras estabelecidas pela Segurança Social. Estas regras incidem tipicamente sobre as características das instalações e condições necessárias ao seu funcionamento normal.
138. Acresce que, em relação ao investimento inicial, o seu valor é, segundo a Notificante, tipicamente elevado devido à necessidade de localizações centrais ou em zonas de maior valor e às necessidades específicas das instalações para que possam cumprir com os critérios associados à concessão do alvará.
139. Acrescenta ainda a Notificante que, nos últimos 5 anos, o único movimento relevante neste mercado foi a expansão das Residências Montepio em Lisboa, por aquisição de uma unidade ao Grupo José de Mello Saúde (92 vagas).
140. Mais refere que, no futuro próximo e tendo em conta a informação pública disponível, não existirão potenciais novos concorrentes de grande dimensão a entrar no mercado. Não obstante, informa que dois dos maiores concorrentes no mercado anunciaram aberturas de capacidade adicional na região da Grande Lisboa. As Residências Montepio anunciaram a abertura em finais de 2015 de duas novas residências: uma adjacente à residência que este grupo detém na zona da Parede e outra no centro de Lisboa, constituindo um aumento de capacidade de mais de 100 vagas. Adicionalmente a Amera Residências Assistidas anunciou a abertura em 2017 de uma nova unidade no Estoril, com 90 vagas.
141. Não obstante a contraposição entre a dispersão da oferta e a existência de barreiras relevantes à entrada do mercado, não se justifica uma análise mais aprofundada desta questão nesta sede, atento o carácter conglomeral da operação neste mercado.
142. Efetivamente, atendendo a que esta atividade não se encontra relacionada com a atividade seguradora, uma vez que as residências para idosos da ESS não têm contratos com seguradoras<sup>61</sup>, considera-se que a operação de concentração não terá impacto na estrutura do mercado da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas, pelo que não se desenvolverá a análise relativamente ao mesmo.

#### **5.1.4. Estrutura dos mercados relacionados dos seguros de saúde e dos seguros de acidentes de trabalho**

143. Os fatores *supra* descritos quanto à estrutura de mercado relativa à prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas, e em particular a dimensão da representatividade da ESS, constituem condições necessárias, mas não suficientes, para verificar a existência de um prejuízo para a concorrência decorrente da integração vertical que resulta da operação.
144. Importará, assim, verificar qual a posição da Fidelidade nos mercados de seguros relacionados com a prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas, o mercado dos seguros de saúde e o mercado dos seguros de acidentes de trabalho, ambos com referência ao território nacional.

---

<sup>61</sup> Esclarece, a Notificante que “ (...) as residências sénior são um segmento de negócio onde atualmente não existe cobertura por parte dos seguros de saúde” – resposta da Notificante de 25.11.2014 a pedido de elementos da AdC.

145. Para esse efeito, indica-se, nas tabelas *infra*, a estrutura apurada quanto a estes mercados.

**Tabela 15 – Estrutura do mercado dos seguros de saúde a nível nacional de 2011 a 2013**

<b>Concorrentes</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Fidelidade</b>	<b>[30-40]%</b>	<b>[30-40]%</b>	<b>[30-40]%</b>
Ocidental	[20-30]%	[20-30]%	[20-30]%
Tranquilidade	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%
Allianz/BPI Vida	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Victoria	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Axa	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Estimativas da Notificante (notificação, p. 40).

**Tabela 16 – Estrutura do mercado dos seguros de acidentes de trabalho a nível nacional de 2011 a 2013**

<b>Concorrentes</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Fidelidade</b>	<b>[20-30]%</b>	<b>[20-30]%</b>	<b>[20-30]%</b>
Açoreana	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%
Tranquilidade	[0-10]%	[10-20]%	[10-20]%
Axa	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Allianz/BPI Vida	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Zurich	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Notificante (comunicação de 25.11.2014, p. 13).

146. Do exposto resulta que a presente operação de concentração envolve a integração da ESS com a Fidelidade, que é uma das principais seguradoras a nível nacional, sendo, como tal, necessário aferir da suscetibilidade de emergirem preocupações jus concorrenciais com o encerramento do mercado a concorrentes.

## **5.2. Avaliação jus concorrencial**

147. A presente operação de concentração assume uma natureza vertical atenta a relação existente entre os seguros de saúde e os seguros de acidente de trabalho, onde a

**Nota:** indicam-se entre parêntesis retos [...] as informações cujo conteúdo exato haja sido considerado como confidencial. 29

Fidelidade se encontra presente, e a prestação de cuidados de saúde no setor privado, onde se encontra ativa a ESS.

148. A presente integração vertical não é, todavia, linear, uma vez que, tal como anteriormente descrito, o funcionamento da atividade seguradora junta numa relação triangular os prestadores de cuidados de saúde, as seguradoras e o utente/tomador de seguro (cfr. Figura 1).
149. Assim, a relação existente entre um prestador de cuidados de saúde e uma seguradora poder-se-á assemelhar a uma relação de produtor/cliente, considerando-se o prestador de cuidados de saúde a montante (prestador de serviços de saúde) e a seguradora a jusante (cliente).
150. Em resultado dessa integração vertical poderiam equacionar-se dois efeitos hipotéticos: (i) um efeito de encerramento dos mercados em que se insere a atividade seguradora da Fidelidade relacionada com a prestação de serviços de saúde (nomeadamente, com a oferta de seguros de doença, seguros de acidentes de trabalho) e (ii) um efeito de encerramento do mercado em que se insere a prestação de serviços de saúde pela ESS.

#### **5.2.1. Efeito de encerramento dos mercados de seguros**

151. O efeito de encerramento dos mercados de seguros pode surgir na sequência da presente operação de concentração, caso a nova entidade, após a operação, tenha a capacidade e o incentivo para restringir a oferta aos seus concorrentes de seguros relacionados com a prestação de serviços de saúde às demais seguradoras, nomeadamente fazendo com que as suas unidades hospitalares privilegiem a prestação de cuidados de saúde cobertos pelo seu próprio seguro de saúde (Multicare).
152. De acordo com as Linhas de Orientação da Comissão Europeia para apreciação das concentrações não horizontais<sup>62</sup>, estes efeitos serão de considerar, na medida em que a quota de mercado da Fidelidade no mercado dos seguros de saúde correspondeu, em 2013, a **[30-40]%**, tendo correspondido já a menos de 30% (**[20-30]%**) no mercado dos seguros de acidentes de trabalho.
153. Esta estratégia, a existir, teria como propósito reduzir a colocação no mercado dos demais seguros dos concorrentes da Fidelidade, mormente seguros de saúde e de acidentes de trabalho, diminuindo ou eliminando, desta forma, a pressão concorrencial exercida sobre a empresa verticalmente integrada nos mercados de seguro, a Fidelidade, numa estratégia de maximização do lucro da mesma.
154. A análise subjacente a este efeito é de avaliar a suscetibilidade de, após a operação de concentração, a Fidelidade dificultar a prestação de serviços pelos seus concorrentes (seguradoras/seguros de saúde), nomeadamente discriminando os montantes de participação exigidos às próprias seguradoras.
155. Para aferir da probabilidade de verificação deste efeito de encerramento no mercado dos seguros relacionados com a prestação de serviços de saúde, é necessário analisar (i) a capacidade da ESS para, após a operação de concentração, proceder ao encerramento do mercado a jusante, dos seguros de saúde, de forma parcial ou total,

---

<sup>62</sup> Linhas de Orientação da Comissão Europeia para apreciação das concentrações não horizontais nos termos do Regulamento do Conselho relativo ao controlo de concentrações de empresas, publicada no Jornal Oficial da União Europeia, série C 265, de 18.10.2008, p. 6. *Vide* pontos 23 e seguintes.

- (ii) o incentivo da empresa para o fazer e, ainda, (iii) o impacto na concorrência nos mercados a montante decorrente deste mecanismo.
156. Note-se que, até à data, o principal cliente da ESS em termos de seguros de saúde era a Tranquilidade/AdvanceCare, empresa do Grupo Espírito Santo, sendo de antecipar uma possível alteração na carteira de fornecedores no sentido do reforço da posição da Multicare.
157. No que concerne a capacidade da ESS poder, após a presente operação de concentração, encetar uma estratégia de encerramento de mercado às seguradoras concorrentes da Fidelidade, importa ter em conta que, a nível nacional, a ESS representa [10-20]% do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares em unidades privadas, podendo as seguradoras, num cenário limite em que se vissem privadas de estabelecer acordos com a ESS, continuar a contratar com os restantes operadores privados de natureza hospitalar, que representam [80-90]% do mercado<sup>63</sup>.
158. Adicionalmente, importa referir que a quota de mercado da Adquirida tem por referência os dados relativos à estrutura de oferta apresentada pelo Regulador, na qual apenas foram incluídos hospitais privados e unidades de ambulatório que atuam numa lógica coordenada com os mesmos. No entanto, não poderemos ignorar que as seguradoras têm acordos de prestação de serviços para os seus clientes de seguros de saúde com uma multiplicidade de entidades de natureza distinta da hospitalar (consultórios privados, clínicas, clínicas de meios complementares de diagnóstico, entre outros).
159. Assim, considera-se pouco provável que a entidade resultante da presente operação de concentração tenha capacidade para encerrar o mercado da prestação de cuidados hospitalares às suas concorrentes seguradoras, atendendo a que, mesmo que a ESS reduzisse o acesso aos seus serviços, dificilmente afetaria de forma significativa a possibilidade de as restantes seguradoras atuarem no mercado oferecendo seguros de saúde e de acidentes de trabalho.
160. Acresce que, mesmo que se considerasse que a ESS teria capacidade para encerrar o mercado a nível regional, sobretudo no Baixo Vouga, no Alentejo Central e na Península de Setúbal, a análise dos incentivos, desenvolvida infra, aplicável tanto ao cenário nacional como ao cenário regional, leva à não identificação de problemas jus concorrenciais.
161. Efetivamente, considera-se pouco provável que, após a presente operação de concentração, a ESS tenha igualmente incentivo para proceder ao encerramento do mercado a jusante dos seguros de saúde.
162. Como referido anteriormente, os prestadores de cuidados de saúde privados, acordam simultaneamente a prestação dos seus serviços com várias redes de subsistemas e seguros de saúde.
163. Esta realidade decorre do facto de haver um interesse, por parte dos prestadores de cuidados de saúde, em pertencer ao maior número de redes de entidades convencionadas<sup>64</sup>.
164. Tal como refere a ERS “(...) as entidades prestadoras dos serviços de saúde, numa dada área geográfica, concorrem igualmente entre si, (i) pela obtenção e manutenção

---

<sup>63</sup> Vide Tabela 3 supra.

<sup>64</sup> De acordo com a APS, muitos prestadores privados dependem, em larga medida, dos contratos com as seguradoras para a sua sobrevivência, cfr. Silva, S. (2009) “Os Seguros de Saúde Privados no Contexto do Sistema de Saúde Português” Publicação da Associação Portuguesa de Seguradoras (“APS”), página 46.

*da convenção ou acordo com um concreto subsistema ou seguradora e (ii) pela prestação de cuidados de saúde aos beneficiários/segurados de um subsistema ou seguradora, enquanto prestadores convencionados. (...) Consequentemente um qualquer prestador apresentará ab initio um natural interesse em pertencer ao maior número de redes de entidades convencionadas, isto é, à do próprio SNS, à dos subsistemas e às dos seguros de saúde”<sup>65</sup>.*

165. Segundo a Notificante, após a presente operação de concentração, a ESS tem todo o interesse em manter e aprofundar a relação existente com as demais seguradoras concorrentes da Fidelidade, **[CONFIDENCIAL- Segredo de Negócio]**<sup>66</sup>.
166. De acordo com os dados apresentados<sup>67</sup>, **[CONFIDENCIAL- Segredo de Negócio]**.
167. A título de exemplo, refira-se que **[CONFIDENCIAL- Segredo de Negócio]**<sup>68</sup>. Por seu turno, **[CONFIDENCIAL- Segredo de Negócio]**<sup>69</sup>.
168. Também no que concerne a comparação **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**<sup>70,71</sup>.
169. Adicionalmente, ressalva a Notificante que, não obstante o exercício efetuado, atento o princípio de liberdade de escolha do utente, **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**, salientando, ainda, que **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**.
170. Tendo em conta todo o *supra* exposto, considera-se que, atento o facto de a quota no mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas concorrentes da ESS ser superior a 80%, existindo ainda, para além desta, a oferta de serviços de cuidados de saúde por entidades não incluídas neste mercado<sup>72</sup>, as seguradoras concorrentes mantêm a possibilidade de assegurar a oferta de seguros relacionada com a prestação de cuidados de saúde, sendo pouco provável que a entidade resultante da operação tenha capacidade para proceder ao encerramento do mercado. À ausência provável de capacidade acresce a improbabilidade de a mesma ter incentivo para o fazer, atento o **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]** da ESS.
171. Assim, considera-se pouco provável que da presente operação de concentração resultem quaisquer efeitos de encerramento dos mercados de seguros.

---

<sup>65</sup> Cfr. Estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2009) “*Avaliação do Modelo de Contratação de Prestadores de Cuidados de Saúde pelos Subsistemas e Seguros de Saúde*”, página 84 e 85.

<sup>66</sup> Resposta da Notificante de 7.11.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>67</sup> A Notificante apresentou dados relativos à capacidade instalada da Espírito Santo Saúde em consultas e cirurgias e com o número de atos médicos relativamente aos quais foi acionada uma apólice na qual a Fidelidade é parte contratante, em 2013.

<sup>68</sup> A Notificante apresentou **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**.

<sup>69</sup> A Notificante apresentou **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**.

<sup>70</sup> A Notificante refere que **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**, **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**.

<sup>71</sup> A Notificante apresentou **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**.

<sup>72</sup> Tendo o mercado relevante da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas sido definido com base na lógica de *cluster*, integrando os estabelecimentos com natureza hospitalar e as *unidades dos mesmos operadores que, não prestando todo o tipo de cuidados de saúde hospitalares, têm uma atividade coordenada com aqueles estabelecimentos, ficam de fora os demais prestadores de cuidados de saúde de natureza privada e social (clínicas, consultórios, entre outros)*.

**5.2.2. Efeito de encerramento dos mercados de prestação de serviços de saúde**

172. O efeito de encerramento dos mercados de prestação de serviços de saúde poderá ocorrer caso a nova entidade, após a operação, por via da sua relação como cliente, tenha a capacidade e o incentivo para restringir a atividade da prestação de cuidados de saúde aos seus concorrentes, através do controlo do fluxo de utentes que acedem a cuidados de saúde, ao abrigo da cobertura assegurada pela Multicare (encerramento como cliente) e pelos seguros de acidente de trabalho da Fidelidade.
173. Esta estratégia, a existir, teria como propósito reduzir a capacidade concorrencial dos prestadores de cuidados de saúde concorrentes da ESS, eliminando, desta forma, a pressão concorrencial exercida sobre a empresa verticalmente integrada nos mercados correspondentes, numa estratégia de maximização do lucro da mesma.
174. Poderá verificar-se um encerramento como cliente quando se está perante a integração entre um fornecedor e um cliente importante no mercado a jusante. De facto, a presença a jusante poderá conferir à entidade resultante da concentração possibilidade de encerrar o acesso aos seus concorrentes no mercado a montante, a uma base de clientes suficiente, reduzindo a sua capacidade para concorrer.
175. Sendo a quota de mercado da Fidelidade no mercado de acidentes de trabalho inferior a 30% e representando o número de atos médicos decorrentes do acionamento de seguros de acidentes de trabalho, uma percentagem pouco significativa do total de atos médicos que resultam de toda a atividade seguradora<sup>73</sup>, considera-se que a Fidelidade não será um cliente importante com um grau significativo de poder de mercado a jusante.
176. Assim, considera-se pouco provável que a Fidelidade, enquanto cliente por via dos seguros de acidentes de trabalho, tenha a capacidade para encerrar o mercado aos prestadores de cuidados de saúde, pelo que se afastam eventuais preocupações jus concorrenciais por esse motivo<sup>74</sup>.
177. No que concerne o mercado dos seguros de saúde e tal como decorre da estrutura de oferta do mercado dos seguros de saúde apresentada, nos últimos três anos, a Fidelidade foi líder de mercado, apresentado quotas superiores a 30%.
178. Neste contexto, para aferir da probabilidade de encerramento dos mercados relativos à prestação de serviços de saúde será necessário analisar (i) a capacidade da Fidelidade para, após a operação de concentração, proceder ao encerramento do mercado dos cuidados de saúde hospitalares, de forma parcial ou total, (ii) o incentivo da empresa para o fazer e, ainda, (iii) o impacto na concorrência, nos mercados a jusante, decorrente deste mecanismo.
179. Segundo a Notificante, após a presente operação de concentração, a Fidelidade não teria capacidade para encerrar o mercado a outras unidades de saúde concorrentes da ESS, uma vez que atenta a liberdade de escolha do utente, não seria capaz de forçar os seus clientes, atuais ou futuros, a utilizar as unidades da ESS, em detrimento das respetivas concorrentes.

---

<sup>73</sup> A título de exemplo, refira-se que, no caso da Fidelidade, em 2013, o número de atos médicos decorrentes de seguros de acidentes de trabalho representaram menos de 5% do total dos atos médicos resultantes da totalidade da sua atividade seguradora (seguros de acidentes de trabalho e seguros de saúde).

<sup>74</sup> Vide ponto 61 das Linhas de Orientação da Comissão Europeia para apreciação das concentrações não horizontais nos termos do Regulamento do Conselho relativo ao controlo de concentrações de empresas (JO C 265, de 18.10.2008, p. 6).

180. Atento o princípio da liberdade de escolha do utente, uma eventual estratégia de encerramento de mercado, em que a Fidelidade alterasse as condições de acesso aos seus segurados a um determinado prestador de cuidados de saúde (retirando-o da rede de prestadores convencionados ou aumentando o custo de acesso aos mesmos), estaria votada ao insucesso, colocando a Fidelidade em risco de perder uma boa parte dos clientes.
181. Tal deve-se ao facto do utente ter *“uma ligação mais forte ao prestador de serviços de saúde por apreciar a conveniência da localização do mesmo, a panóplia de serviços disponíveis, um profissional determinado, etc.”*<sup>75</sup>.
182. Também a ERS, no seu parecer, refere que *“(…) deve admitir-se que, havendo liberdade de escolha no mercado de seguros de saúde, a mudança de seguro será a resposta mais provável de uma parcela dos utentes à estratégia de customer foreclosure”,* atenta a existência de custos significativos à mudança que recaem sobre os utentes nos mercados de cuidados de saúde, *“em que se incluem custos administrativos e económicos da transferência do processo do utente, bem como custos psicológicos resultantes da cessação de uma relação de confiança entre o utente e prestador”*.
183. Em contrapartida, os custos decorrentes da mudança de um seguro são, segundo a Notificante, pouco significativos e a liberdade para resolver esses seguros, total, uma vez que (i) as apólices de seguro têm vigência anual, não estando a resolução das mesmas por parte dos segurados, sujeita à concessão de qualquer pré-aviso por parte destes e (ii) o segurado pode reaver o montante da apólice correspondente ao período de seguro não utilizado<sup>76</sup>.
184. A AdC, para analisar a capacidade da entidade resultante da presente operação de concentração de encerrar o acesso aos seguros de saúde, deverá avaliar em que medida é que existem alternativas suficientes no mercado a jusante para os concorrentes (atuais ou potenciais) no mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares de natureza privada.
185. Ora, no que concerne a avaliação da base disponível de clientes suscetíveis de recorrer a prestadores de cuidados de saúde concorrentes da ESS, importa ter em conta dois aspetos que se expõem seguidamente.
186. Em primeiro lugar importa recordar que, para além das várias seguradoras com quem celebram acordos, os prestadores de cuidados de saúde têm como principais clientes os subsistemas públicos e privados, sendo que estabelecem acordos simultaneamente com todos os operadores. Assim, a importância da Fidelidade, enquanto cliente será menor do que o seu peso relativo na atividade seguradora na área da saúde.
187. De facto, a título comparativo, e tendo apenas por base os dados apresentados relativamente aos clientes da ESS, em 2013, o peso dos clientes dos subsistemas públicos e privados representaram cerca de **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**<sup>77</sup>, representando as seguradoras, como um todo, **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]** e a Multicare,**[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**.

---

<sup>75</sup> Resposta da Notificante de 9.12.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>76</sup> A título de exemplo, refere a Notificante que, caso um segurado liquide o prémio da respetiva apólice anualmente, decida resolver a mesma um mês após a sua contratação, ou renovação, o mesmo tem direito a que lhe sejam estornados onze doze avos do montante do prémio (cfr. resposta de 9.12.2014 a pedido de elementos da AdC).

<sup>77</sup> **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**.

188. Em segundo lugar, importa referir que, para além dos argumentos já apresentados anteriormente, *i.e.* a liberdade de escolha dos utentes, aliada a uma maior fidelização aos prestadores de cuidados de saúde<sup>78</sup>, a própria tipologia dos seguros de saúde (seguros em regime de prestação de rede/ de reembolso/mistos) pode, igualmente, mitigar os potenciais efeitos de uma eventual estratégia de encerramento de mercado.
189. De facto, num cenário hipotético em que a Fidelidade, no limite, cessasse o acordo com um concorrente na ESS, apenas os clientes com um seguro exclusivo de rede, que representam **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**% dos clientes de seguros de saúde da Fidelidade<sup>79</sup>, seriam confrontados com a impossibilidade de recorrer ao prestador de cuidados de saúde, nos termos das regras definidas na sua apólice, tendo, no limite que optar entre a mudança de seguradora (ou tipo de seguro) ou a mudança de prestador de cuidados de saúde.
190. Os restantes clientes, ao terem seguros que contemplam a possibilidade de recorrer a prestadores fora da rede, continuariam a ter acesso ao mesmo prestador de cuidados de saúde, sem terem, necessariamente que optar entre seguradoras e prestador de cuidados de saúde.
191. De facto, de acordo com os dados transmitidos<sup>80</sup>, no caso dos seguros de reembolso, nada seria alterado na forma de financiamento ao contrato de seguro em vigor.
192. No caso dos seguros mistos, que representam **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**% dos clientes de seguros de saúde da Fidelidade, tal implicaria um custo acrescido face à situação em que o prestador pertencia à rede, de acordo com as regras definidas na sua apólice. Nestes termos, e pressupondo um maior grau de fidelização dos utentes ao prestador de cuidados de saúde face à seguradora contratada, considera-se que ou o cliente muda efetivamente para outra seguradora, ou mantém o seu seguro, estando disposto a pagar um preço mais elevado por tratamento.
193. Note-se que igualmente neste cenário, de acordo com os dados apresentados pela Notificante, também a seguradora enfrentaria custos acrescidos, caso o utente pretendesse manter o mesmo prestador de cuidados de saúde<sup>81</sup>.
194. Assim, pressupondo um maior grau de fidelização dos utentes ao prestador de cuidados de saúde face à seguradora contratada, esta estratégia poderia, não só resultar numa perda de clientes para a Fidelidade, como num acréscimo de custo para seguradora, o que, atenta a representatividade dos clientes com seguros mistos da Fidelidade, poderia reduzir, em grande medida, os incentivos para a mesma encetar este tipo de estratégia.
195. Tendo em conta o *supra* exposto, nomeadamente, atenta a existência de uma base suficientemente ampla de clientes suscetíveis de recorrer a prestadores de cuidados de saúde independentes, considera-se pouco provável que a entidade resultante da presente operação de concentração tenha capacidade para encerrar o mercado aos seus concorrentes na prestação de cuidados de saúde.
196. No que concerne a avaliação de incentivos, a Notificante refere que também não teria incentivos em limitar a abrangência da sua rede, encerrando o mercado a prestadores de cuidados de saúde concorrentes da ESS, uma vez que a cobertura da rede se afigura

---

<sup>78</sup> Cfr. pontos 179 a 183 da presente decisão.

<sup>79</sup> Resposta da Notificante de 9.12.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>80</sup> *Vide* resposta da Notificante mencionada na nota de rodapé anterior.

<sup>81</sup> **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]** - Resposta da Notificante de 9.12.2014 a pedido de elementos da AdC. Cfr. ainda ponto 32 da presente decisão.

como critério fundamental na contratação de uma seguradora por parte dos respetivos clientes.

197. Também a ERS, sublinha a importância da cobertura da rede, no jogo concorrencial entre as seguradoras: “ (...) a seguradora (...) procurará colocar as suas apólices de seguro junto de um maior número possível de clientes (tomadores de seguros). (...) Mas tal entidade seguradora – que não presta diretamente serviços ou cuidados de saúde – sabe de antemão que apenas logrará ser bem sucedida nesse jogo competitivo se garantir aos seus clientes atuais e potenciais a existência de uma rede de prestadores convenionados de reputação, dimensão e dispersão adequada. Ou seja, a entidade seguradora igualmente competirá com outras entidades seguradoras atuantes no mercado pela contratação dos prestadores com a reputação, valências e características necessárias”<sup>82</sup>.
198. Segundo a Notificante, o estudo efetuado junto dos clientes da Multicare<sup>83</sup>, revela a **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**.
199. Adicionalmente, **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**<sup>84</sup>.
200. Ora, **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]**<sup>85</sup>, uma alteração à composição da rede de convenionados da Multicare, poderia ter um impacto na escolha destes operadores, podendo implicar uma mudança dos mesmos para outras seguradoras.
201. Por fim, refira-se que, no passado, ocorreram outros casos de integração vertical entre empresas seguradoras e prestadores de cuidados de saúde. Com efeito, a Fidelidade e a HPP, atualmente Grupo Lusíadas, fizeram parte do mesmo grupo até 2013, pertencendo a ESS ao mesmo grupo económico da Tranquilidade até à concretização da presente operação de concentração e tendo a José de Mello Saúde pertencido ao mesmo grupo económico da Império Bonança até 2004.
202. Defende a Notificante que “Com efeito, entre outros exemplos, a própria Fidelidade já se encontrou no passado em relação de grupo com a HPP. Durante grande parte do período no qual essa relação societária existiu, a ESS e a José de Mello Saúde, e não a HPP, foram as maiores clientes da Fidelidade. Não existiu, desde então, qualquer alteração no funcionamento do mercado que conduzisse a que no futuro seja verosímil um cenário de foreclosure de concorrentes da ESS”, concluindo, ainda que, “A ausência de incentivo ao foreclosure de concorrentes da ESS não é, assim, apenas uma mera asserção teórica da Notificante, mas antes uma realidade baseada em dados passados e presentes absolutamente objectivos e tangíveis”<sup>86</sup>.
203. Refira-se, ainda, que nos últimos quatro anos, observaram-se, aberturas de novas de unidades de prestação de cuidados de saúde em Portugal<sup>87</sup>, o que evidencia um certo

---

<sup>82</sup> Cfr. Estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2009) “Avaliação do Modelo de Contratação de Prestadores de Cuidados de Saúde pelos Subsistemas e Seguros de Saúde”, página 82.

<sup>83</sup> Inquérito “Avaliação da Satisfação com a Multicare 2014”- Resposta da Notificante de 25.11.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>84</sup> A Notificante apresentou documentos relativos aos concursos públicos **[CONFIDENCIAL – Segredo de Negócio]** – Resposta da Notificante de 25.11.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>85</sup> Resposta da Notificante de 9.12.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>86</sup> Resposta da Notificante de 9.12.2014 a pedido de elementos da AdC.

<sup>87</sup> A Notificante apresentou os seguintes exemplos: (i) Lusíadas Saúde: Clínica Lusíadas Parque das Nações (2014); (ii) Fundação Champalimaud: Unidade de Técnicas Invasivas e de Cirurgia de Ambulatório (2014) e Centro Clínico da Fundação Champalimaud (2010), (iii) Hospital Particular do Algarve: Clínica de Vilamoura (2013); (iv) Soerad: Hospital Soerad, em Torres Vedras (2013); (v) Trofa: **Nota: indicam-se entre parêntesis retos [...] as informações cujo conteúdo exato haja sido considerado como confidencial.**

dinamismo concorrencial dos mercados da saúde, não tendo a integração vertical entre seguradoras e prestadores de cuidados de saúde, aparentemente, limitado a expansão dos concorrentes no mercado.

204. Tendo em conta o *supra* exposto, nomeadamente atento facto da cobertura da rede se afigurar como critério fundamental na contratação de uma seguradora por parte dos respetivos clientes, considera-se pouco provável que a entidade resultante da presente operação de concentração tenha incentivos para encerrar o mercado aos seus concorrentes na prestação de cuidados de saúde.
205. Atenta a inexistência de capacidade e incentivo para encerrar o mercado aos seus concorrentes na prestação de cuidados de saúde considera-se pouco provável que da presente operação de concentração resultem preocupações jus concorrenciais no que concerne a um potencial encerramento de mercado a prestadores de cuidados de saúde.

## **6. PARECER DA ENTIDADE REGULADORA**

206. Estando em causa um setor regulado, a AdC solicitou, ao abrigo do artigo 55.º da Lei da Concorrência, parecer da ERS e do Instituto de Seguros de Portugal (ISP).
207. No respetivo parecer, emitido a 30 de outubro de 2014, a ERS procede à análise da operação, enquanto operação vertical, com referência ao facto de a Fidelidade operar no mercado dos seguros de saúde enquanto mercado relacionado com o da prestação de cuidados de saúde hospitalares, em que a ESS desenvolve atividade.
208. A ERS desenvolve uma análise da operação, efetuando referência à metodologia seguida pela Comissão Europeia, considerando a ocorrência hipotética de uma estratégia de *customer foreclosure* pela Fidelidade, através da Multicare, sobre utentes de cuidados de saúde hospitalares que serão clientes de estabelecimentos do grupo JMS. O objetivo da análise, refere, consistiu na identificação do potencial impacto máximo desta ação sobre a estrutura dos mercados geográficos de cuidados de saúde hospitalar em que os grupos ESS e JMS concorrem.
209. Neste cenário, a ERS pressupôs a mudança de prestador por parte de todos os segurados da Multicare que serão atualmente clientes de estabelecimentos do grupo JMS, e que a mudança ocorreria inteiramente para estabelecimentos do grupo ESS.
210. A ERS concluiu que não são identificadas NUTS III com resultados que suscitem preocupações em termos concorrenciais, referindo que, apesar de ter identificado uma pequena Região no Alentejo Litoral com alterações sinalizadoras de preocupações em termos concorrenciais, o efeito é diminuto, não sendo este resultado atribuível a toda a NUTS III do Alentejo Litoral.
211. Sublinha ainda que “[N]a medida em que é conhecida a existência de significativos custos de mudança que podem recair sobre os utentes nos mercados de cuidados de saúde, em que se incluem custos administrativos e económicos da transferência do

---

Hospital Privado de Alfena (2012); (vi) AMI: Hospital Privado de Guimarães (2010). Referiu ainda que se encontra prevista a abertura, ainda durante o ano de 2014, do Hospital de Gaia (Grupo Trofa), tendo igualmente sido demonstrada a intenção por parte do grupo Auchan de entrar no setor da prestação de cuidados de saúde (<http://www.publico.pt/economia/noticia/auchan-testa-clinicas-medicas-ao-lado-dos-hipermercados-1668185>).

*processo do utente, bem como custos psicológicos resultantes da cessação de uma relação de confiança entre utente e prestador, deve admitir-se que, havendo liberdade de escolha no mercado de seguros de saúde, a mudança de seguro será a resposta provável de uma parcela dos utentes a uma estratégia de customer foreclosing. Isto diminuiria o efeito aqui considerado, o que levaria a resultados ainda menos relevantes na estrutura de mercado”.*

212. Com base na análise descrita, a ERS conclui que da operação não resultam preocupações regulatórias de âmbito concorrencial no setor da prestação de cuidados de saúde.
213. O ISP, no respetivo parecer de 16 de dezembro de 2014, pronuncia-se também no sentido de a operação de concentração não merecer qualquer objeção por parte do Instituto.

## **7. AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS**

214. Nos termos do n.º 3 do artigo 54.º da Lei da Concorrência, foi dispensada a audição prévia dos autores da notificação, dada a ausência de contrainteressados e o sentido da decisão, que é de não oposição.

## **8. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO**

215. Face ao exposto, o Conselho da Autoridade da Concorrência, no uso da competência que lhe é conferida pela alínea d) do n.º 1 do artigo 19.º dos Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 125/2014, de 18 de agosto, delibera adotar uma decisão de não oposição à presente operação de concentração, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 50.º da Lei da Concorrência, uma vez que a mesma não é suscetível de criar entraves significativos à concorrência efetiva nos mercados da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no (i) Minho-Lima, (ii) Grande Porto, (iii) Tâmega, (iv) Baixo Vouga, (v) Grande Lisboa, (vi) Alentejo Central e (vii) Península de Setúbal, (viii), no mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas na Grande Lisboa e (ix) no mercado da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas (residências sénior) na Grande Lisboa, bem como nos mercados dos seguros de saúde e dos seguros de acidentes de trabalho, ambos com referência ao território nacional.

Lisboa, 19 de dezembro de 2014

O Conselho da Autoridade da Concorrência,

**X**

---

António Ferreira Gomes  
Presidente

**X**

---

Nuno Rocha de Carvalho  
Vogal

**X**

---

Maria João Melícias  
Vogal

**Índice**

1. OPERAÇÃO NOTIFICADA.....	2
2. AS PARTES .....	2
2.1. Empresa Adquirente.....	2
2.2. Empresa Adquirida.....	3
3. NATUREZA DA OPERAÇÃO .....	4
4. MERCADOS RELEVANTES.....	4
4.1. Caracterização do Setor de Cuidados de Saúde em Portugal.....	4
4.2. Mercados do Produto Relevantes .....	8
4.2.1. Posição da Notificante .....	8
4.2.2. Posição da ERS .....	9
4.2.3. Posição da AdC.....	12
4.3. Mercado Geográfico Relevante.....	16
4.3.1. Posição da Notificante .....	16
4.3.2. Posição da ERS .....	16
4.4. Mercados Relacionados.....	17
4.4.1. Mercado dos seguros de saúde.....	17
4.4.2. Mercado dos seguros de acidentes de trabalho.....	18
4.4.3. Mercado dos seguros de acidentes pessoais e pessoas transportadas.....	19
4.5. Conclusão .....	19
5. AVALIAÇÃO JUS-CONCORRENCIAL .....	20
5.1. Estrutura da oferta .....	20
5.1.1. Estrutura dos mercados relevantes da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas.....	20
5.1.2. Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas na Grande Lisboa.....	25
5.1.3. Estrutura do mercado relevante da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas (residências sénior) na Grande Lisboa .....	26
5.1.4. Estrutura dos mercados relacionados dos seguros de saúde e dos seguros de acidentes de trabalho.....	28
5.2. Avaliação jus-concorrencial.....	29
5.2.1. Efeito de encerramento dos mercados de seguros .....	30
5.2.2. Efeito de encerramento dos mercados de prestação de serviços de saúde.....	33
6. PARECER DA ENTIDADE REGULADORA.....	37
7. AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS.....	38
8. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO .....	39

**Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Volume de negócios da Notificante, para os anos 2011 a 2013 .....	3
Tabela 2 – Volume de negócios da ESS nos anos 2011 a 2013.....	4
Tabela 3 – Principais concorrentes no mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no território nacional.....	21
Tabela 4 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Minho-Lima .....	21
Tabela 5 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Grande Porto.....	22
Tabela 6 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Tâmega.....	22
Tabela 7 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Baixo Vouga.....	23
Tabela 8 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas na Grande Lisboa.....	23
Tabela 9 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas no Alentejo Central.....	24
Tabela 10 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas na Península de Setúbal .....	24
Tabela 11 – Prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas (percentagem de consultas, cirurgias e MCDT) na Grande Lisboa em 2013 .....	25
Tabela 12 – Prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades públicas .....	26
Tabela 13 – Número de camas no âmbito da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas de 2011 a 2013.....	27
Tabela 14 – Estrutura do mercado da prestação de serviços de alojamento a pessoas idosas de 2011 a 2013.....	27
Tabela 15 – Estrutura do mercado dos seguros de saúde a nível nacional de 2011 a 2013	29
Tabela 16 – Estrutura do mercado dos seguros de acidentes de trabalho a nível nacional de 2011 a 2013.....	29