



Ccent. 28/2016
Lusíadas / Clínica de Santa Tecla

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]

11/08/2016

**DECISÃO DE NÃO OPOSIÇÃO
DA AUTORIDADE DA CONCORRÊNCIA****Processo Ccent. 28/2016 – Lusíadas / Clínica de Santa Tecla****1. OPERAÇÃO NOTIFICADA**

1. Em 5 de julho de 2016, 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, pela Lusíadas, SGPS, S.A. (doravante “Lusíadas” ou “Notificante”), do controlo exclusivo sobre a Clínica Médico Cirúrgica de Santa Tecla, S.A. (doravante “Clínica de Santa Tecla” ou “Adquirida”), mediante a aquisição da maioria das ações representativas do respetivo capital social.
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 a condição enunciada na alínea c) do n.º 1 do artigo 37.º do mesmo diploma.

2. AS PARTES**2.1. Empresa Adquirente – Lusíadas**

3. A Notificante Lusíadas é a *holding* do Grupo Lusíadas Saúde, o qual se dedica à prestação de serviços na área da saúde, através da prestação de cuidados médicos em várias especialidades, bem como da prestação de serviços conexos ou afins, através de uma rede instalada no território nacional, incluindo cinco hospitais (um deles, o Hospital de Cascais, explorado em regime de Parceria Público-Privada) e quatro clínicas de ambulatório.^{1,2}
4. Os volumes de negócios da Notificante para o período entre 2013 e 2015, calculados nos termos do artigo 39.º da Lei da Concorrência, foram os seguintes:

Tabela 1 – Volume de negócios da Notificante, para os anos de 2013-2015

<i>Milhões Euros</i>	2013	2014	2015
Portugal	[>100]	[>100]	[>100]
EEE	[>100]	[>100]	[>100]
Mundial	[>100]	[>100]	[>100]

¹ O capital social da Notificante é detido integralmente (direta ou indiretamente) pelo grupo empresarial brasileiro AMIL Assistência Médica Internacional S.A., o qual, por sua vez, é controlado pela norte-americana UnitedHealth Group.

² A Notificante é responsável pela gestão dos seguintes estabelecimentos de cuidados de saúde: Hospital Lusíadas Lisboa, Hospital Lusíadas Faro, Hospital Lusíadas Porto, Hospital Lusíadas Albufeira, Hospital de Cascais, Clínica Lusíadas Fórum Algarve, Clínica Lusíadas Almada Fórum, Clínica Lusíadas Parque das Nações e Clínica Lusíadas Gaia.

Fonte: Notificante.

2.2. Empresa Adquirida – Clínica de Santa Tecla

5. A Adquirida Clínica de Santa Tecla dedica-se à prestação de cuidados de saúde hospitalares, por via de um estabelecimento localizado na cidade de Braga. O seu capital social é detido por um conjunto de sócios individuais, os quais detêm um total de 92,74% do capital social da sociedade, sendo os restantes 7,26% relativos a ações detidas pela própria sociedade.
6. Os volumes de negócios da Adquirida para o período entre 2013 e 2015, calculados nos termos do artigo 39.º da Lei da Concorrência, foram os seguintes:

Tabela 2 – Volume de negócios da Adquirida, para os anos de 2013-2015

<i>Milhões Euros</i>	2013	2014	2015
Portugal	[<5]	[<5]	[>5]
EEE	[<5]	[<5]	[>5]
Mundial	[<5]	[<5]	[>5]

Fonte: Notificante.

3. NATUREZA DA OPERAÇÃO

7. Conforme referido *supra*, a transação em análise consiste na aquisição, pela Lusíadas, da maioria do capital social da Clínica de Santa Tecla, passando aquela, assim, a exercer sobre esta o correspondente controlo exclusivo.
8. A transação em causa adota a natureza de uma operação de concentração para efeitos da Lei da Concorrência – em particular, nos termos da alínea b) do n.º 1 do seu artigo 36.º, conjugada com a alínea a) do n.º 3 do mesmo artigo – e encontra-se sujeita a notificação prévia por preencher a condição enunciada na alínea c) do n.º 1 do artigo 37.º do mesmo diploma.
9. Estando em causa um setor regulado, a AdC solicitou à Entidade Reguladora Setorial – *in casu*, a Entidade Reguladora da Saúde (“ERS”) – o respetivo parecer, ao abrigo do artigo 55.º da Lei da Concorrência.

4. MERCADOS RELEVANTES

4.1. Caracterização do Setor de Cuidados de Saúde em Portugal

10. Tal como referido pela AdC na sua prática decisória³, a análise do setor da prestação de cuidados de saúde em Portugal pode revelar-se complexa, na medida em que o

³ Vide, nomeadamente, os processos, Ccent. 26/2014 – *Fidelidade/Espírito Santo Saúde* (decisão de não oposição de 19.12.2014), Ccent. 21/2015 – *Luz Saúde/Activos Casa de Saúde de Guimarães* (decisão de não oposição de 12.06.2015) e Ccent. 18/2015 – *JMS/HPS* (decisão de não oposição de 26.06.2015).

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

mesmo é composto por um conjunto de entidades de natureza múltipla, as quais são, por sua vez, financiadas por diferentes sistemas de saúde que coexistem entre si.

11. Desta forma, o sistema de saúde português pode ser analisado sob dois ângulos: na perspetiva da natureza de quem presta os cuidados de saúde (“perspetiva da natureza da prestação”) e na perspetiva de quem financia esses cuidados (“perspetiva do financiamento”), encontrando-se estas duas perspetivas, como se referirá adiante, de certa forma interligadas.
12. Na perspetiva da natureza da prestação, identificam-se as seguintes situações:
 - (i) **Prestação Pública** – nos termos da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde, “LBS”), a prestação de cuidados de saúde aos utentes do 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, em segunda linha, (ii) os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos (com o SNS)⁴.
 - (ii) **Prestação Social ou Privada** – o setor social inclui a prestação de cuidados de saúde por, nomeadamente, Instituições Particulares de Solidariedade Social e por Misericórdias que apresentem valências na área da saúde⁵. 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.
13. Na perspetiva do “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, perspetivas que se encontram interligadas.
14. De facto, a prestação pública é financiada maioritariamente pelo próprio SNS, através de receitas fiscais do Estado⁶, enquanto a prestação social ou privada é maioritariamente financiada pelos vários subsistemas de saúde públicos e privados e pelo setor segurador⁷, para além do financiamento por pagamentos diretos dos indivíduos.

⁴ O regime de enquadramento da celebração de contratos (convenções) com prestadores privados encontra-se estabelecido no Decreto-lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, resultando do mesmo 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”.

⁵ Para efeitos da presente operação de concentração, considera-se que o setor privado em Portugal inclui o setor social.

⁶ 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 que em apenas 9% dos casos o financiamento teve origem em outras entidades.

⁷ 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

15. Uma vez que a atividade da Adquirida, bem como a da Notificante, se enquadra na referida prestação privada de serviços de cuidados de saúde (não obstante a Notificante ser também, como acima mencionado, gestora do Hospital de Cascais em regime de PPP), a AdC incidirá a sua análise na perspetiva da natureza dos prestadores de cuidados de saúde.

4.2. Mercado do Produto Relevante

4.2.1. Posição da Notificante

16. A Notificante, muito embora saliente que existem vários argumentos que poderiam justificar uma delimitação de mercado ampla que incluísse o sector público e os operadores privados, concede que o mercado do produto relevante seja analisado por referência à oferta dos operadores de natureza privada, na senda da mais recente prática decisória da AdC⁸ e atenta a natureza *privada* da atividade da Adquirida.
17. Adicionalmente refere que, tanto a oferta dos Lusíadas como a oferta da Clínica de Santa Tecla incluem um leque de serviços bastante variado⁹, sendo que a Notificante exerce a sua atividade quer através de hospitais, quer através de clínicas, desempenhando estas últimas uma atividade coordenada com as unidades hospitalares.
18. Neste sentido, e em linha com a prática decisória da AdC *supra* citada, considera que o mercado do produto relevante deverá ser definido sob uma lógica de “*prestação em rede*” ou de *cluster*, considerando desnecessária uma eventual segmentação do mercado por tipo de atividade.
19. Assim, a Notificante propõe, como mercado do produto relevante, o *mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades de natureza privada*.

4.2.2. Posição da ERS

20. No seu parecer de 26 de julho de 2016, a ERS reafirma a sua posição exalada no âmbito dos processos Ccent. 26/2014 – Fidelidade / Espírito Santo Saúde, Ccent. 21/2015 – Luz Saúde / Ativos Casa de Saúde de Guimarães e Ccent. 18/2015 – JMS/HPS, considerando que o mercado do produto relevante corresponde ao

saúde definido nos acordos ou convenções celebrados entre os prestadores e o SNS, sendo a natureza destes prestadores neste contexto de prestação pública.

⁸ Ccent. 26/2014 – *Fidelidade/Espírito Santo Saúde* (decisão de não oposição de 19.12.2014), Ccent. 21/2015 – *Luz Saúde/Activos Casa de Saúde de Guimarães* (decisão de não oposição de 12.06.2015) e Ccent. 18/2015 – *JMS/HPS* (decisão de não oposição de 26.06.2015).

⁹ Segundo a Notificante “(...) todos os operadores [reúnem] um conjunto comum de especialidades e serviços médicos hospitalares, nomeadamente: Andrologia, Anestesiologia, Braquiterapia, Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica Reconstrutiva, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vasculuar, Dermatologia, Diabetologia, Dietista, Endocrinologia, Gastroenterologia, Genética Médica, Ginecologia, Hematologia, Imagiologia, Imunoalergologia, Medicina Dentária, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Nutrição, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psicologia, Psiquiatria, Radioterapia, Reumatologia, Terapia da Fala, Urologia, Urologia Neurológica e Urologia Pediátrica”.

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

mercado dos serviços de saúde hospitalares prestados por estabelecimentos não públicos.

21. Assim, a ERS procede a uma delimitação do mercado do produto em *cluster*, tendo em conta que um estabelecimento hospitalar oferece tipicamente toda a cadeia de serviços e/ou produtos, apesar de os mesmos poderem ser bastante específicos e insubstituíveis entre si, tanto do ponto de vista da procura como da oferta¹⁰.
22. De acordo com a ERS, esta definição leva a considerar o mercado do produto como correspondendo a um conjunto de diferentes produtos ou uma oferta multi-produto (*cluster*), cuja produção é justificada pelas vantagens de custos de oferta (economias de gama) e pelas preferências dos utentes (complementaridade), independentemente das fontes de financiamento.
23. Na sua análise, e em linha com a posição que adotou nos processos *supra* referidos, a ERS considera como integrante do mercado do produto relevante não só a oferta de serviços dos estabelecimentos com natureza hospitalar, como a oferta das unidades dos mesmos operadores que, não prestando todo o tipo de serviços de saúde hospitalares (como partos e internamento, por exemplo), tenham uma atividade coordenada com as unidades hospitalares numa lógica de prestação em rede, em que os utentes podem ser referenciados entre as unidades para obtenção, num único operador, de todo o leque de serviços de saúde hospitalares de que necessitem.
24. Adicionalmente, a ERS considera que os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (“SNS”), em que se incluem os hospitais operados em regime de Parceria Público-Privada (“PPP”), não exercem uma pressão concorrencial direta sobre os estabelecimentos hospitalares não públicos, essencialmente devido às diferentes condições de acesso aos cuidados de saúde.
25. De acordo com a ERS, embora os hospitais no SNS não estejam impedidos de atender utentes ao abrigo de outros financiadores que não o próprio SNS, tais situações têm um peso diminuto¹¹. Já no caso dos hospitais não públicos, o acesso por utentes ao abrigo do SNS encontra-se limitado a um conjunto de cuidados de saúde restrito e definido nos acordos ou convenções que os prestadores celebraram com o SNS.
26. 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, é, no entender da ERS, demonstrativo da separação existente entre a atividade pública e privada de prestação de cuidados de saúde. Mais precisamente, *“Caso tal separação não existisse e a concorrência entre operadores públicos e privados fosse efetiva, a complementaridade entre a primeira linha e segunda linha da*

¹⁰ Como refere a ERS, os estabelecimentos de natureza hospitalar, em regra, dispõem de uma alargada carteira de serviços, numa lógica não só de diversificação da oferta de serviços aos utentes mas também de aproveitamento de economias de gama e prestação de serviços complementares na satisfação das necessidades dos utentes. A título de exemplo, refere que a relação de complementaridade entre serviços inicia-se numa consulta de especialidade médica, em que o diagnóstico é apoiado na realização de exames complementares, resultando na prescrição de uma intervenção terapêutica (por exemplo, cirúrgica), e terminando com a concretização dessa mesma intervenção.

¹¹ De forma a ilustrar esta situação a ERS refere que, tendo por base o número de doentes tratados em internamento nos hospitais do SNS em 2015, verifica-se que em cerca de 95% dos casos o financiamento tem origem no SNS, representando o financiamento por outras entidades 5% da produção em internamento.

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 (...)”.

27. Adicionalmente, refere a ERS que, para que a pressão concorrencial entre os diferentes operadores fosse efetiva, seria necessário que os consumidores pudessem ter um papel de transmissão dessa pressão concorrencial, o que estaria 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.
28. De facto, 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 primários¹², 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.
29. 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 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, bem como a (iv) perceção do prestígio dos profissionais de saúde, sendo essas variáveis distintas quando considerados os serviços prestados em hospitais públicos e privados.
30. Por fim, a ERS considera que a atual conduta dos operadores não indicia a existência de efetiva tensão concorrencial entre as duas naturezas de operadores, atendendo ao diferencial de preços praticados pelos hospitais não públicos a utentes sem terceiro pagador, face aos preços praticados nos hospitais do SNS¹³, considerando que “ *Caso a tensão concorrencial entre hospitais públicos e não públicos existisse em grau suficiente para se justificar a sua consideração sob o mesmo mercado relevante, então tal diferencial de preços não poderia perdurar no tempo (...)*”.

¹² 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).

¹³ A ERS analisou os preços dos serviços de uma amostra de hospitais não públicos de média e grande dimensão, tendo encontrado preços médios por grandes tipo de serviços (consultas de especialidade, consultas de urgência, entre outros), nas tabelas para utentes sem terceiro pagador, significativamente superiores àqueles que os utentes enfrentam no SNS (taxas moderadoras) – vide estudo de 2014 “*Parecer sobre os limites aos preços que os hospitais públicos podem praticar na sua relação com terceiros*”, publicado em www.ers.pt.

4.2.3. Posição da AdC

31. Conforme *supra* referido, as empresas envolvidas na presente operação de concentração, a Clínica de Santa Tecla e a Lusíadas, são entidades privadas prestadoras de uma multiplicidade de serviços de cuidados de saúde.
32. A AdC, em linha com a sua prática decisória *supra* identificada e para efeitos da presente operação de concentração, considera uma delimitação do mercado em *cluster*, uma vez que entende que a avaliação jusconcorrencial não seria distinta caso se procedesse a uma segmentação do mercado do produto por tipo de atividade¹⁴.
33. Nestes termos, considera a oferta privada de serviços realizada nos estabelecimentos com natureza hospitalar, bem como a oferta das unidades dos mesmos operadores que, não prestando todo o tipo de serviços de saúde hospitalares, tenham uma atividade coordenada com as unidades hospitalares, numa lógica de prestação em rede.
34. Apesar da delimitação de mercado em *cluster* abarcar todo o tipo de cuidados de saúde – o que poderia sugerir, *prima facie*, uma delimitação ampla do mercado –, ao considerar-se apenas a oferta hospitalar e a realizada em unidades ambulatoriais que atuam numa lógica coordenada com a oferta hospitalar, exclui-se da estrutura de oferta outros operadores, como consultórios privados, clínicas médicas, laboratórios e unidades que prestam serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, considerando-se apenas os estabelecimentos privados que apresentam uma oferta integrada semelhante à das participantes na concentração.
35. Adicionalmente, 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 o setor privado, atenta a possibilidade de as entidades públicas e privadas não exercerem uma pressão concorrencial suficiente entre si.¹⁵

¹⁴ Se é verdade que, em última análise, na perspetiva da procura se poderia equacionar definir um mercado de produto relevante para cada especialidade/ato médico, atento que nenhum deles seria, em princípio, substituível do ponto de vista do utente, tem-se igualmente em conta que, na perspetiva da oferta, as características técnicas e/ou legais associadas à prestação de cada serviço poderiam justificar uma delimitação do mercado que abranja a oferta de um conjunto de atos médicos diversificados, substituíveis ao nível do processo produtivo.

¹⁵ Nos processos Ccent. 19/2009 – Cliria/Clínica de Oiã e Ccent. 39/2012 – Sanfil/Centro Hospital S. Francisco, a AdC considerou que a exata delimitação dos mercados relativamente à prestação por entidades públicas e privadas poderia permanecer em aberto uma vez que as conclusões jusconcorrenciais não seriam distintas. Não obstante, para efeitos da avaliação jusconcorrencial, 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 entre si. Também nos processos Ccent. 26/2014 – Fidelidade / Espírito Santo Saúde, Ccent. 21/2015 – Luz Saúde / Ativos Casa de Saúde de Guimarães e Ccent. 18/2015 – JMS/HPS, a AdC entendeu que os operadores de natureza privada e pública apresentam características diferentes ao nível das condições de acesso aos seus cuidados de saúde, tendo por isso focado a sua análise nos operadores de natureza privada.

Também a Comissão Europeia 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 – *Vide*

36. Este entendimento tem por base as diferentes características apresentadas pelo setor público e privado, nomeadamente, ao nível das condições de acesso aos seus cuidados de saúde, bem como outros fatores que relevam para a definição das preferências dos utentes, tais como os tempos de espera, o conforto, qualidade das instalações e reputação da equipa técnica.
37. De facto, a necessária referenciação dos utentes aos hospitais do SNS a partir da rede pública de cuidados primários leva a que apenas os utentes que optem por recorrer a estabelecimentos de natureza privada (quer por via do financiamento por seguros de saúde, por subsistemas de saúde, por convenções do SNS ou por pagamentos diretos) tenham acesso livre e liberdade de escolha do prestador.
38. Adicionalmente, tal como referido anteriormente, 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.
39. Tendo em conta todo o *supra* exposto, e uma vez que a avaliação jusconcorrencial não seria diferente qualquer que fosse a delimitação adotada, a AdC deixa em aberto a exata delimitação do mercado do produto, considerando, contudo, para efeitos da presente operação de concentração, o mercado *da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas*.

4.3. Mercado Geográfico Relevante

4.3.1. Posição da Notificante

40. A Notificante, referindo-se à recente prática decisória da AdC¹⁶, considera que o mercado geográfico relevante deverá ser definido por referência às Nomenclatura Comum de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos e, dentro destas, às sub-regiões estatísticas incluídas no terceiro nível (doravante “NUT III”)¹⁷.
41. Assim, tendo por referência a localização da Adquirida no Concelho de Braga, considera, para efeitos da presente operação de concentração, a área geográfica correspondente à NUT III Cávado¹⁸.
42. Não obstante, aludindo à prática decisória da AdC, na qual foram analisados mercados geográficos com base em áreas de influência de 30 e 90 minutos de deslocação em estrada até aos pontos de oferta¹⁹, e atendendo a que a referida NUT

COMP/M.4367 APW/APSA/Nordic Capital/Capio, decisão da Comissão Europeia de 16.3.2007, ponto 11.

¹⁶ Para além das já citadas Ccent. 26/2014 – *Fidelidade/Espírito Santo Saúde* e Ccent. 18/2015 – *JMS/HPS*, a Notificante faz referência à Ccent. 58/2012 – *Amil/HPP* (decisão de não oposição de 17.01.2013).

¹⁷ AS NUTS foram elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária. As NUTS III são sub-regiões estatísticas, construídas com o objetivo de agruparem municípios contíguos, com problemas, desafios e perfis socioeconómicos semelhantes.

¹⁸ Abrange os Concelhos de Amares, Barcelos, Braga, Esposende, Terras de Bouro e Vila Verde.

¹⁹ *Vide*, nomeadamente, processos Ccent. 19/2009 – *Cliria/Clínica de Oiã* e Ccent. 39/2012 – *Sanfil/Centro Hospitalar S. Francisco*, nos quais a AdC, não obstante deixar a exata delimitação dos mercados geográficos relevantes em aberto, considerou que os mercados (i) das consultas médicas em ambulatório; (ii) de imagiologia; (iii) de análises clínicas e (iv) dos meios complementares de diagnóstico na área de cardiologia, tinham uma delimitação geográfica correspondente ao raio de

Nota: indicam-se entre parêntesis retos [...] as informações cujo conteúdo exato haja sido considerado como confidencial. ⁹

III corresponde a uma área de influência inferior, apresenta, complementarmente, dados com base em áreas de influência referentes a isócronas de 30 e 90 minutos a partir da localização do estabelecimento da Adquirida²⁰.

43. Não obstante, conclui que a ausência de sobreposição entre as Partes na NUTS III Cávado, conjugada com um inevitável aumento do número de operadores, caso se adotasse uma delimitação geográfica por referência a áreas de influência de 30 e 90 minutos, permite concluir pela ausência de quaisquer preocupações jusconcorrenciais resultantes da presente operação de concentração.

4.3.2. Posição da ERS

44. A ERS entende que os mercados geográficos relevantes de cuidados de saúde hospitalares devem ser definidos por referência a áreas de influência, que definem a fronteira de cada mercado geográfico com base na distância, ou tempo de viagem máximo que a maioria dos consumidores aceita fazer até aos pontos de oferta, tendo em conta o transporte na rede viária e velocidades médias.
45. Não sendo possível realizar um exercício de verificação dos fluxos de consumidores, para se determinar os tempos máximos de viagem e, conseqüentemente, delimitar as fronteiras das áreas de influência, a ERS refere que poder-se-á recorrer a referência de tempos máximos de deslocação²¹, concluindo, no caso em apreço, que os mercados geográficos relevantes de serviços de saúde hospitalares deveriam ser definidos com base em áreas de influência de 90 minutos.
46. Contudo refere que *“é prática comum definir-se, alternativamente, mercados geográficos com referência a unidades territoriais já estabelecidos para fins estatísticos ou administrativos”*, à semelhança da metodologia proposta pela ERS para efeitos de delimitação dos mercados geográficos relevantes no âmbito, nomeadamente, dos processos Ccent. 26/2014 – Fidelidade/Espírito Santo Saúde, Ccent. 18/2015 – JMS/HPS e Ccent. 21/2015 – Luz Saúde/ Ativos Casa de Saúde de Guimarães.
47. Não obstante, salienta as limitações decorrentes da avaliação concorrencial baseada em NUTS III, nomeadamente, o facto desta delimitação:
- (i) Não permitir distinguir grandes distâncias de pequenas distâncias dentro da própria NUT III;

deslocação de 30 minutos em estrada até aos pontos de oferta relativamente aos serviços prestados em cada um dos mercados identificados. No caso do mercado (v) da prestação de serviços de atendimento permanente foi adotada uma delimitação geográfica mais estreita do que a dos restantes mercados (inferior a 30 minutos), atenta a importância da proximidade na procura deste tipo de serviços e (vi) no mercado da cirurgia, considerou-se, como âmbito geográfico, uma área de influência abrangendo uma distância de 90 minutos de carro dos estabelecimentos atuantes nesse mercado.

²⁰Note-se que a Notificante detém o Hospital Lusíadas Porto e Clínica Lusíadas (em Vila Nova de Gaia) que se encontra na área de influência de 90 minutos.

²¹A ERS aponta, como referências de tempo máximo de viagem definidas na literatura, os seguintes valores: 30 minutos para cuidados de saúde primários, serviços de urgência/emergência e cuidados médicos gerais de adultos e crianças; 45 minutos para cuidados de obstetrícia e 90 minutos para intervenções cirúrgicas gerais e cuidados de saúde hospitalares.

- (ii) Considerar que os utentes de uma NUTS III não cruzam as suas fronteiras para recorrer a cuidados de saúde prestados por estabelecimentos localizados noutras NUTS III, ignorando, desta forma, eventuais pressões concorrenciais de prestadores localizados noutras regiões;
 - (iii) Considerar que a concorrência numa NUTS III é homogénea, sem variação intra-regional; e
 - (iv) Produzir resultados específicos para as NUTS III, pelo que a alteração das suas fronteiras (como tem acontecido nos últimos tempos) ou a escolha de outras áreas geográficas implicarão a obtenção de resultados diferentes, sem que tenha havido mudança nas distribuições geográficas, nas capacidades produtivas ou nos volumes de negócios dos estabelecimentos, nem qualquer concentração de empresas.
48. Tendo em conta todo o supra exposto, a ERS, embora mantenha no presente parecer a apresentação de resultados em NUTS III²², apresenta igualmente uma análise com base em áreas de influência de 90 minutos, com vista à superação de algumas das limitações *supra* citadas.

4.3.3. Posição da AdC

49. Tanto a prática decisória nacional, como a da Comissão Europeia, tem considerado que os mercados da prestação de cuidados de saúde hospitalares têm uma delimitação geográfica tendencialmente regional, atendendo a considerações do lado da procura, nomeadamente, o tempo de deslocação máximo que o utente está disposto a percorrer para receber um determinado tratamento.
50. Refira-se que no âmbito das Ccent. 19/2009 – Cliria/Clinica de Oiã e Ccent. 39/2012 – Sanfil/Centro Hospitalar S. Francisco, embora deixando a exata delimitação do mercado geográfico em aberto, a AdC considerou áreas de influência obtidas a partir de isócronas que traduzem um tempo de deslocação em automóvel de 30 e 90 minutos, até ao pontos de oferta, em função do tipo de cuidados de saúde procurados.
51. Como referido anteriormente, a Clínica de Santa Tecla integra a NUTS III Cávado, verificando-se que se encontra localizada a uma distância inferior a 30 e 90 minutos de deslocação em estrada de vários operadores localizados em NUTS III contíguas²³.
52. Nestes termos, a utilização da NUTS III para delimitar o âmbito geográfico do mercado poderá, no caso concreto, não ser a mais adequada, uma vez que poderá ignorar outros operadores que exercem pressão concorrencial efetiva sobre os operadores localizados nessa NUTS III.

²² A divisão regional em NUTS utilizada no parecer da ERS encontra-se em vigor desde 2015. Tendo sido instituída pelo Regulamento (UE) n.º 868/2014 da Comissão, de 8 de agosto de 2014, esta nova divisão compreende alterações nas NUTS III que passam a ter limites territoriais no Continente coincidentes com os limites das entidades intermunicipais definidos na Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro.

²³ Como exemplo, refira-se que a Clínica de Santa Tecla dista, em estrada nacional, cerca de 30 minutos/21km do Hospital da Luz em Guimarães (NUT III Ave), 50m/43km da Clipóvoa, Póvoa de Varzim (NUT III Área Metropolitana do Porto), ou 46m/35km da Clínica Médica Lima (Ponte de Lima – NUT III Alto Minho).

53. Não obstante, uma vez que as conclusões da avaliação jusconcorrencial não seriam distintas em função da delimitação do âmbito geográfico do mercado, a AdC deixa em aberto a exata delimitação de tal âmbito geográfico do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas.

4.4. Conclusão

54. Em face do exposto, para efeitos da presente operação de concentração, a AdC considera como relevante o mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas, por referência à área de influência da Clínica de Santa Tecla, deixando em aberto a sua exata delimitação, quer quanto à dimensão do produto, quer quanto à dimensão geográfica, uma vez que as conclusões jusconcorrenciais não seriam distintas em função da exata delimitação dos mesmos.

5. AVALIAÇÃO JUSCONCORRENCIAL

55. Tal como referido anteriormente, a Adquirente não se encontra presente no mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares, a nível da NUTS III do Cávado.
56. No que se refere à Adquirida e tendo por base os dados remetidos pela ERS, a quota de mercado da Clínica de Santa Tecla, por referência à NUTS III Cávado, calculada com base na capacidade produtiva aferida pelo número de médicos dos estabelecimentos registados no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados da ERS (SRER)²⁴, é de **[10-20]**%²⁵.
57. Concorrem, na NUTS III Cávado, outros operadores tais como a Trofa Saúde, a Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde e a Santa Casa da Misericórdia de Fão – Hospital e Lar S. João de Deus, com quotas de **[30-40]**%, **[20-30]**% e **[5-10]**%, respetivamente.
58. Decorre, do exposto, que a presente operação de concentração traduz-se numa mera transferência de quota da Clínica de Santa Tecla para os Lusíadas, ao nível da NUTS III Cávado, não afetando a estrutura de oferta do mercado da prestação de cuidados de saúde por unidades privadas, nessa região.
59. Tal como referido anteriormente, a Notificante detém o Hospital Lusíadas Porto e a Clínica Lusíadas Gaia, localizados na área Metropolitana do Porto, encontrando-se os mesmos a uma distância da Clínica de Santa Tecla, em tempo de deslocação, inferior a 90 minutos de carro (e superior a 30 minutos de carro).

²⁴ 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 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 respetivo parecer foram extraídos em 17 de julho de 2016, 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).

²⁵ A Notificante apresentou igualmente as suas melhores estimativas com base no volume de negócios das empresas, estimando que na NUTS III Cávado, a quota de mercado da Clínica da Santa Tecla, por referência ao ano de 2014, seria igual a **[0-5]**%.

60. De acordo com os dados apresentados pela ERS, a intersecção das áreas de influência dos dois operadores perpassa as seguintes NUTS III: Alto Minho, Alto Tâmega, Área Metropolitana do Porto, Ave, Cávado, Douro, Região de Aveiro e Tâmega e Sousa.
61. Nestes termos, apresenta-se, na tabela seguinte, a estrutura de oferta no mercado da prestação de cuidados hospitalares por unidades privadas, tendo por referência uma área de influência de 90 minutos, considerando as NUTS III elencadas no ponto anterior.

Tabela 3 – Estrutura da oferta do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas, por referência a uma área de influência de 90 minutos

Concorrentes	Quotas de mercado (%)
Notificante: Hospital Lusíadas Porto + Clínica Lusíadas Gaia	[5-10]
Clínica de Santa Tecla	[0-5]
Quota Agregada das Partes	[5-10]
Luz Saúde	[20-30]
Trofa Saúde	[20-30]
José de Mello Saúde	[0-5]
Casa de Saúde da Boavista	[0-5]
Fundação Ensino e Cultura “Fernando Pessoa”	[0-5]
Irmandade da Misericórdia de Vila do Conde	[0-5]
Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Riba de Ave	[0-5]
Venerável Irmandade de Nossa Senhora da Lapa	[0-5]
Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde	[0-5]
Santa Casa da Misericórdia de Lousada	[0-5]
Santa Casa da Misericórdia do Porto	[0-5]
Hospital Particular de Viana do Castelo	[0-5]
Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso	[0-5]
Outros	[10-20]
Total	100

Fonte: ERS (Dados de 2016 em número de médicos).

62. Tal como resulta da leitura da Tabela anterior, considerando a área de influência de 90 minutos contabilizados a partir do estabelecimento da Adquirida, verifica-se que, em

Nota: indicam-se entre parêntesis retos [...] as informações cujo conteúdo exato haja sido considerado como confidencial. ¹³

resultado da presente operação de concentração, a quota dos Lusíadas passará de **[5-10]**% para **[5-10]**%.

63. Encontram-se presentes nesta área de influência outros operadores, tais como os grupos Luz Saúde e Trofa Saúde, com quotas entre os 20 e os 30%, bem como vários operadores com quotas inferiores a 5%.
64. Sendo o grau de concentração do mercado medido pelo índice IHH²⁶, no cenário pós-concentração, igual a cerca de **[1000-2000]** pontos, a que corresponde um delta²⁷ de **[<150]** pontos, considera-se, também neste cenário, à luz da prática decisória da AdC e das Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais²⁸, improvável que da presente operação de concentração resultem preocupações jusconcorrenciais de natureza horizontal.
65. Note-se que, mesmo que se admitisse um cenário mais restrito que atendesse apenas as NUTS III Cávado e Área Metropolitana do Porto, a quota de mercado da Lusíadas passaria a ser de **[10-20]**%, no cenário pós-concentração, sendo o reforço de quota resultante da presente operação de concentração de **[0-5]**%.
66. Assim, independentemente da exata delimitação do mercado geográfico relevante, à luz da prática decisória da AdC e das Orientações da Comissão *supra* referidas, considera-se que a presente operação de concentração não redundará em preocupações concorrenciais.
67. A nível nacional, e de acordo com os dados da ERS, a quota do Grupo Lusíadas passará para cerca de **[5-10]**%, sendo o acréscimo de quota decorrente da presente operação de concentração inferior a 1%.
68. Tendo em conta todo o *supra* exposto, conclui-se que a presente operação de concentração não é suscetível de redundar em preocupações jusconcorrenciais no mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas.

6. PARECER DA ENTIDADE REGULADORA

69. Nos termos e para os efeitos do n.º 1 do artigo 55.º da Lei da Concorrência, foi solicitado Parecer à Entidade Reguladora da Saúde.
70. No respetivo parecer, a ERS procede à análise da operação, apresentando um estudo de impacto da operação na dinâmica concorrencial dos mercados relevantes.
71. No que à natureza dos operadores diz respeito, a ERS reafirma a posição segundo a qual a avaliação estrutural dos mercados deverá excluir os hospitais de natureza

²⁶ O IHH corresponde ao *Índice de Herfindahl-Hirschman*, calculado como a soma dos quadrados das quotas das empresas a operar no mercado relevante, assim traduzindo o grau de concentração nesse mercado, e variando entre 0 e 10 000. A Comissão aplica frequentemente o IHH para conhecer o nível de concentração global existente num mercado – neste sentido, cf. Orientações para apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas (cf. Comunicação 2004/C 31/03 publicada no Jornal Oficial da União Europeia, de 5.02.2004). O IHH após a concentração é calculado no pressuposto de que as quotas de mercado das empresas se mantêm inalteradas.

²⁷ O *delta* corresponde à variação no IHH antes e após a operação de concentração.

²⁸ Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas, ponto 19.

pública (em que se incluem os hospitais operados em regime de PPP), por estes não exercerem uma pressão concorrencial direta sobre os operadores não públicos.

72. Adicionalmente, atento o carácter multiproduto dos operadores que atuam no setor da saúde, a ERS atende a uma definição do mercado do produto em *cluster*, considerando o mercado de cuidados de saúde hospitalares incluindo na estrutura da oferta, para além das unidades hospitalares privadas, algumas unidades dos mesmos operadores que, não prestando todo o tipo de cuidados de saúde hospitalares, 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.
73. Em termos geográficos, considera uma definição do mercado tendo como referência as regiões NUTS III, apresentando, igualmente, uma análise com base no método das áreas de influência (isócronas), tendo identificado a existência de concorrência entre os dois operadores por utentes residentes nas NUTS III de Alto Minho, Alto Tâmega, Área Metropolitana do Porto, Ave, Cávado, Douro, Região de Aveiro, e Tâmega e Sousa.
74. Com base na análise efetuada, a ERS conclui que da operação não resultam preocupações regulatórias de âmbito concorrencial.

7. CLÁUSULAS RESTRITIVAS ACESSÓRIAS

75. Nos termos do n.º 5 do artigo 41.º da Lei da Concorrência, a decisão que autoriza uma operação de concentração abrange igualmente as restrições diretamente relacionadas com a realização da mesma e a ela necessárias.
76. Para este efeito, a Notificante identifica uma Cláusula de Não Concorrência, conforme se descreve a seguir.
77. Nos termos da Cláusula [**Confidencial – Segredo Contratual**], por um período de [>3 anos], (cfr. Cláusulas [**Confidencial – Segredo Contratual**]).²⁹
78. A mesma obrigação de não concorrência não se aplica, contudo, [**Confidencial – Âmbito da Cláusula**] (cfr. Cláusula [**Confidencial – Segredo Contratual**]).
79. A Notificante argumenta – e os vendedores reconhecem (*sic* Cláusula [**Confidencial – Segredo Contratual**]) – que os compromissos decorrentes da obrigação de não concorrência, tal como definida material, geográfica e temporalmente, (cfr. Cláusula [**Confidencial – Segredo Contratual**]) e se revelam essenciais ao funcionamento e desenvolvimento da atividade da Adquirida.
80. A qualificação da referida cláusula de não concorrência enquanto restrição acessória depende de uma adequação *casuística* dos respetivos contextos material, temporal e geográfico à necessidade do adquirente poder assegurar a transferência do valor integral dos ativos adquiridos. Por outras palavras, possibilitar ao adquirente a proteção, por determinado tempo e em determinado contexto geográfico, do investimento realizado.

²⁹ Esta obrigação implica) [**Confidencial – Âmbito da Cláusula**] (cfr. Cláusula [**Confidencial – Segredo Contratual**]).

81. Por outro lado, este exercício de qualificação *casuística* de determinada restrição como acessória não deixa de adotar por referência a prática decisória da AdC e da Comissão Europeia, as quais são, ainda, balizadas pela Comunicação da Comissão relativa às restrições diretamente relacionadas e necessárias às concentrações (“Comunicação relativa às restrições acessórias”)³⁰.
82. Assim, a AdC aceita que a obrigação de não concorrência seja considerada como uma restrição acessória, para efeitos do n.º 5 do artigo 41.º da Lei da Concorrência, com as limitações que se detalham a seguir no que concerne aos respetivos âmbitos temporal e geográfico.

Do âmbito temporal

83. No que se refere ao âmbito temporal da cláusula, a mesma prevê uma obrigação de não concorrência por um período de [>3 anos] e, nessa medida, superior ao prazo máximo de 3 anos que, em regra, tem sido aceite pela AdC para cláusulas deste tipo.
84. Ora, a Notificante apresenta 5 ordens de argumentos para justificar a excecionalidade à regra no caso presente: **[Confidencial – Segredo de Negócio]**
85. A AdC considera que, não obstante tais argumentos sustentarem a existência e necessidade de uma obrigação de não concorrência no presente caso – e, por isso, de um ponto de vista material, a sua estipulação não é contestada –, dificilmente parece razoável justificar, de forma plausível, a excecionalidade e a singularidade de uma duração superior a 3 anos no caso presente.
86. Em primeiro lugar, o argumento **[Confidencial – Segredo de Negócio]** a Notificante não deixa de prestar idênticos serviços no Grande Porto, na proximidade da área geográfica mais restrita de atuação da Adquirida, bem como em diferentes áreas geográficas do território nacional.
87. Relativamente ao argumento de assegurar o *goodwill* e fidelização de clientela de que a Adquirida já beneficia, a AdC reitera que não se questiona a necessidade da existência de uma obrigação de não concorrência, mas sim o argumento da Notificante em justificá-la por uma duração superior ao comumente aceite, parecendo razoável que tal proteção do *goodwill* e fidelização de clientela seja devidamente conseguida com uma cláusula de não concorrência por um prazo máximo de 3 anos.³¹
88. Os argumentos da Notificante relativos à **[Confidencial – Segredo de Negócio]**, não relevam para a matéria em apreço, notando-se que o objetivo principal da cláusula de não concorrência é o de assegurar o *goodwill* e a fidelização de clientela, objetivo este que dificilmente será afetado pelos planos futuros da Notificante para as instalações ou recursos humanos da Clínica de Santa Tecla.
89. Em face do exposto, a AdC aceita que a obrigação de não concorrência seja considerada como uma restrição acessória, para efeitos do n.º 5 do artigo 41.º da Lei da Concorrência, por um período máximo de 3 anos.

³⁰ Publicada no Jornal Oficial da União Europeia C 56, de 05.03.2005, páginas 24 e seguintes.

³¹ Cfr. Comunicação relativa às restrições acessórias, §20 “As cláusulas de não concorrência justificam-se por um período máximo de três anos, quando a cessão da empresa inclui a transferência da fidelidade dos clientes sob a forma de *goodwill* e saber-fazer.”

Do âmbito geográfico

90. Conforme *supra* referido, a obrigação de não concorrência abrange **[Confidencial – Âmbito da Cláusula]**.
91. De forma abreviada, a referida obrigação estende-se a **[Confidencial – Âmbito da Cláusula]**.
92. Se, por um lado, a atividade económica da Adquirida se circunscreve a uma área de influência regional, conforme *supra* detalhado, já no caso da Notificante, por outro, esta encontra-se presente em várias zonas de Portugal Continental.
93. Com efeito, **[Confidencial – Âmbito da Cláusula]**³², uma obrigação de não concorrência **[Confidencial – Âmbito da Cláusula]** extravasando a área de influência da Adquirida – dificilmente será considerada proporcional face ao valor do ativo a proteger³³.
94. Assim, no que ao âmbito geográfico concerne, a AdC aceita que a obrigação de não concorrência seja considerada como uma restrição acessória, para efeitos do n.º 5 do artigo 41.º da Lei da Concorrência, mas apenas por referência à área geográfica regional onde atua a Adquirida.

Conclusão

95. Em face de todo o exposto, a AdC considera que a cláusula de não concorrência prevista na Cláusula **[Confidencial – Segredo Contratual]** é necessária e diretamente relacionada com a operação de concentração no seu âmbito *material*, no seu âmbito *temporal* até um máximo de 3 anos e no seu âmbito *geográfico* circunscrita à área regional onde atua a Adquirida.

8. AUDIÊNCIA PRÉVIA

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

³² **[Confidencial – Âmbito da Cláusula]**

³³ Cfr. Comunicação relativa às restrições acessórias, §22: “O âmbito geográfico de uma cláusula de não concorrência deve limitar-se à área em que o cedente oferecia os produtos ou serviços relevantes antes da cessão, uma vez que o adquirente não precisa de protecção contra a concorrência do cedente nos territórios onde este não havia penetrado anteriormente.”

9. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO

97. Face ao exposto, o Conselho de Administração 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 no mercado relevante identificado.

Lisboa, 11 de agosto de 2016

O Conselho de Administração 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 – Lusíadas	2
2.2. Empresa Adquirida – Clínica de Santa Tecla	3
3. NATUREZA DA OPERAÇÃO	3
4. MERCADOS RELEVANTES.....	3
4.1. Caracterização do Setor de Cuidados de Saúde em Portugal.....	3
4.2. Mercado do Produto Relevante.....	5
4.2.1. Posição da Notificante	5
4.2.2. Posição da ERS	5
4.2.3. Posição da AdC.....	8
4.3. Mercado Geográfico Relevante.....	9
4.3.1. Posição da Notificante	9
4.3.2. Posição da ERS	10
4.3.3. Posição da AdC.....	11
4.4. Conclusão	12
5. AVALIAÇÃO JUSCONCORRENCIAL.....	12
6. PARECER DA ENTIDADE REGULADORA.....	14
7. CLÁUSULAS RESTRITIVAS ACESSÓRIAS	15
8. AUDIÊNCIA PRÉVIA	17
9. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO	18

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Volume de negócios da Notificante, para os anos de 2013-2015.....	2
Tabela 2 – Volume de negócios da Adquirida, para os anos de 2013-2015.....	3
Tabela 3 – Estrutura da oferta do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas, por referência a uma área de influência de 90 minutos	13