



Ccent. 29/2016
Lusíadas / CLISA

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. 29/2016 – Lusíadas / CLISA****1. OPERAÇÃO NOTIFICADA**

1. Em 7 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 Clisa – Clínica de Santo António, S.A. (doravante “Clisa” 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 – CLISA

5. A Adquirida Clisa dedica-se à prestação de cuidados de saúde hospitalares, a partir de duas unidades localizadas na Amadora e em Sacavém³. O seu capital social é controlado pela **[CONFIDENCIAL- Segredo de Negócio]**, que detêm cerca de **[CONFIDENCIAL- Segredo de Negócio]** do capital social da sociedade, encontrando-se o restante capital social disperso entre cerca de **[CONFIDENCIAL- Segredo de Negócio]**.
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 Clisa, para os anos de 2013, 2014 e 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 Clisa, passando, 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 decisória⁴, a análise do setor da prestação de cuidados de saúde em Portugal pode revelar-se complexa, na medida em que o

³ Segundo a Notificante, a clínica de Sacavém apenas oferece serviços de ambulatório.

⁴ 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*

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)⁵.
 - (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 saúde⁶. 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 Estado⁷, enquanto a prestação social ou privada é maioritariamente financiada pelos vários subsistemas de saúde públicos e privados e

(decisão de não oposição de 12.06.2015) e Ccent. 18/2015 – JMS/HPS (decisão de não oposição de 26.06.2015).

⁵ 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”.

⁶ Para efeitos da presente operação de concentração, considera-se que o setor privado em Portugal inclui o setor social.

⁷ 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.

Nota: indicam-se entre parêntesis retos [...] as informações cujo conteúdo exato haja sido considerado como confidencial. 4

pelo setor segurador⁸, para além do financiamento por pagamentos diretos dos indivíduos.

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, tanto do lado da oferta, como do lado da procura, 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 AdC⁹ e atenta a natureza *privada* da atividade da Adquirida.
17. Adicionalmente refere que, tanto a oferta dos Lusíadas como a oferta da Clisa incluem um leque de serviços bastante variado¹⁰, que vai desde a cirurgia aos meios complementares de diagnóstico, 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*.

⁸ 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.

⁹ 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).

¹⁰ Segundo a Notificante a Clisa presta serviços nas seguintes especialidades: Andrologia, Anestesiologia, Braquiterapia, Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica Reconstructiva, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular, 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.

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 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 oferta¹¹.
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 diminuto¹². 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

¹¹ 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.

¹² 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.

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 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 primários¹³, 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 SNS¹⁴, considerando que “*Caso a tensão concorrencial entre hospitais públicos e não públicos existisse em grau*

¹³ 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).

¹⁴ 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.

suficiente para se justificar a sua consideração sob o mesmo mercado relevante, então tal diferencial de preços não poderia perdurar no tempo (...)”.

4.2.3. Posição da AdC

31. Conforme *supra* referido, as empresas envolvidas na presente operação de concentração, a Clisa 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 atividade¹⁵.
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, excluem-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.¹⁶

¹⁵ 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.

¹⁶ 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

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 AdC¹⁷, 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 “NUTS III”)¹⁸.
41. Assim, tendo por referência a localização da Adquirida e da Aquirente considera, para efeitos da presente operação de concentração, a área geográfica correspondente à anterior NUTS III Grande Lisboa¹⁹.

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

¹⁷ 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).

¹⁸ 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.

¹⁹ Abrange os Concelhos de Amadora, Cascais, Lisboa, Loures, Mafra, Odivelas, Oeiras, Sintra e Vila Franca de Xira.

42. Tal como esclarece a Notificante, atualmente, a NUTS III Grande Lisboa corresponde à NUTS III Área Metropolitana de Lisboa, que, por sua vez, integra a anterior NUTS III Grande Lisboa e Península de Setúbal.^{20,21}
43. Não obstante, a Notificante entende que não subsistem razões para proceder a uma segmentação diferente daquela que já tinha sido adotada pela AdC na sua prática decisória anterior.
44. Adicionalmente, 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 oferta²², a Notificante refere que no que respeita à zona norte da NUTS III – Grande Lisboa, traçando um raio de deslocação de 30 minutos (tempo máximo de deslocação em estrada), para análise da área de influência de 30 minutos, verifica-se que esta ainda se encontra dentro da NUTS III – Grande Lisboa, considerado que a definição proposta é aquela que melhor se adequa à presente operação de concentração.
45. No que respeita a uma área de influência 90 minutos, a mesma poderá extravasar a NUTS III Grande Lisboa, não se encontrando, porém, as partes presentes nessas regiões.

4.3.2. Posição da ERS

46. 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.
47. 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

²⁰ A NUTS III Área Metropolitana de Lisboa engloba 18 municípios: Alcochete, Almada, Amadora, Barreiro, Cascais, Lisboa, Loures, Mafra, Moita, Montijo, Odivelas, Oeiras, Palmela, Seixal, Sesimbra, Setúbal, Sintra e Vila Franca de Xira.

²¹ A nova divisão regional em NUTS 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.

²² 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 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.

tempos máximos de deslocação²³, 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.

48. 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.
49. 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 NUTS III;
 - (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.
50. Tendo em conta todo o *supra* exposto, a ERS, embora mantenha no presente parecer a apresentação de resultados em NUTS III²⁴, 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

51. 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.
52. 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

²³ A 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.

²⁴ A divisão regional em NUTS utilizada no parecer da ERS é a que se encontra em vigor desde 2015.

que traduzem um tempo de deslocação em automóvel de 30 e 90 minutos, até aos pontos de oferta, em função do tipo de cuidados de saúde procurados.

53. Como referido anteriormente, a Clisa integra a NUTS III Área Metropolitana de Lisboa, verificando-se que uma área de influência de 30 minutos a partir dos estabelecimentos da Clisa ainda se encontra abrangida pela referida NUTS III²⁵.
54. Caso se considerasse uma área de influência de 90 minutos – que abarcaria outras NUTS III para além da Área Metropolitana de Lisboa – as conclusões da avaliação jusconcorrencial não seriam distintas, atendendo a que nem a Notificante, nem a Adquirida se encontram presentes em NUTS III contíguas à NUTS III Área Metropolitana de Lisboa.
55. Importa salientar também que, ainda que a NUTS III Área Metropolitana de Lisboa seja uma área geográfica mais alargada do que a anterior NUTS III Grande Lisboa, as conclusões da avaliação jusconcorrencial não são distintas em função desta alteração legislativa, atendendo ao peso reduzido dos operadores que integram a anterior NUTS III Península de Setúbal.²⁶
56. Tendo em conta todo o *supra* exposto, 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, considerando, para efeitos da presente análise, a NUTS III Área Metropolitana de Lisboa.

4.4. Conclusão

57. 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, na NUTS III Área Metropolitana de Lisboa, 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

58. De acordo com os dados apresentados pela ERS, a quota do Grupo Lusíadas passará, em resultado da presente operação de concentração e a nível do território nacional, para

²⁵ De acordo com a pesquisa efetuada, os prestadores privados de cuidados de saúde hospitalar que integram a NUTS III Área Metropolitana de Lisboa, encontram-se a uma distância máxima dos estabelecimentos da Clisa de 47 minutos em deslocação em estrada.

²⁶ Os operadores localizados na anterior NUTS III Península de Setúbal são o Hospital Santiago (do Grupo Luz Saúde) e o Hospital Nossa Senhora da Arrábida, sendo o peso destes operadores no seu conjunto inferior a 5% no mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas na NUTS III Área Metropolitana de Lisboa. Refira-se, igualmente, que estes operadores se encontram a uma distância inferior a 60 minutos dos pontos de oferta da CLISA (o Hospital Santiago e o Hospital Nossa Senhora da Arrábida encontra-se a menos de 50 e 30 minutos das unidades exploradas pela CLISA, respetivamente).

cerca de **[10-20]**%²⁷, sendo o acréscimo de quota decorrente da presente operação de concentração inferior a 5%.

59. A este respeito, a Notificante nota que a presente operação representará um acréscimo de **[>100]** camas e mais duas unidades, passando a Lusíadas a deter, a nível nacional, um total de **[>500]** camas (incluindo o Hospital de Cascais em regime de PPP) e um total de 11 unidades, encontrando-se estes valores aquém dos dois maiores operadores existentes a nível nacional, a JMS e a Luz Saúde, que detém mais de 1000 camas e 13 unidades no território nacional.
60. De acordo com as melhores estimativas da Notificante, no mercado da prestação de cuidados de saúde por unidades privadas, considerando a antiga NUTS III – Grande Lisboa, a quota da Notificante e da Adquirida, em valor, é de **[5-10]**% e **[0-5]**%, respetivamente, por referência ao ano de 2014.²⁸
61. Desta forma a Notificante estima que, no cenário pós operação, o Grupo Lusíadas terá uma quota inferior a 10%, em valor, nessa área geográfica, continuando a sofrer pressão concorrencial de um conjunto de importantes operadores privados, tais como o Grupo José de Mello Saúde (JMS) e Luz Saúde, com quotas, por referência ao ano de 2014, de **[10-20]**% e **[10-20]**%, respetivamente.
62. A Notificante apresentou, igualmente, dados em volume, com base no número de camas de cada prestador de cuidados de saúde privado presente na área mais restrita da referida NUTS III – Grande Lisboa.^{29,30}
63. De acordo com dados apresentados, a quota da Lusíadas e da Clisa corresponde a cerca de **[5-10]**% e **[10-20]**%, respetivamente, resultando da presente operação de concentração uma quota conjunta igual a **[20-30]**%.
64. Segundo a Notificante, encontram-se presentes na Grande Lisboa outros operadores com uma maior capacidade instalada, em número de camas, tais como a JMS, com uma quota de **[20-30]**%, bem como outros operadores de menor dimensão, designadamente a Luz Saúde, o Hospital da Cruz Vermelha e o SAMS, com quotas de **[10-20]**%, **[10-20]**% e **[5-10]**%, respetivamente.
65. Também a ERS apresentou dados sobre a posição relativa dos operadores no mercado da prestação de cuidados de saúde por unidades privadas, com base nas capacidades

²⁷ Considerando, na análise, o reforço de quota decorrente da aquisição da Clínica de Santa Tecla em Braga, cfr. Ccent, 28/2016 – Lusíadas/Clinica de Santa Tecla.

²⁸ As estimativas apresentadas têm por base o volume de negócios total de cada entidade/grupo nas unidades presentes na NUTS III – Grande Lisboa no exercício de 2014, sendo que à data da Notificação, a Notificante não conseguiu apresentar dados relativos ao exercício de 2015, uma vez que nem todos os relatórios e contas das entidades *supra* mencionadas se encontram disponíveis.

²⁹ De acordo com a Notificante, a quota de mercado com base no número de camas por unidade foi calculada através do número de camas divulgado por cada operador nos seus relatórios e contas anuais, ou nas suas páginas de internet.

³⁰ Não obstante ressalva que considera este critério desajustado atendendo a que “(...) não espelha nem a realidade presente, nem o que será no futuro”, uma vez que “(...) nem todas as camas são actualmente utilizadas como num cenário pós concentração será muito provavelmente necessário reduzir o número de camas por forma a adaptar a Clisa aos padrões de qualidade e boas práticas adoptadas pelo Grupo Lusíadas Saúde”

produtivas dos operadores, aferidas pelos seus números de médicos registados no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados da ERS (SRER)³¹.

66. Nestes termos, apresenta-se, na tabela seguinte, a estrutura de oferta no mercado da prestação de cuidados hospitalares por unidades privadas, por referência a 2016, na NUTS III – Área Metropolitana de Lisboa (onde se encontram localizados quatro estabelecimentos da Lusíadas e dois da Clisa):

Tabela 3 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas na NUTS III Área Metropolitana de Lisboa

Concorrentes	Quota de mercado (%)
Grupo Lusíadas: Clínica Lusíadas Almada Fórum, Clínica Lusíadas Parque das Nações, Hospital Lusíadas de Lisboa e Edifício II Hospital Lusíadas de Lisboa	[10-20]
Clisa: Clínicas de Santo António	[5-10]
Quota Conjunta	[20-30]
Grupo José de Mello Saúde	[30-40]
Grupo Luz Saúde	[20-30]
Grupo Joaquim Chaves: Quadrantes Cascais e Quadrantes Miraflores	[5-10]
Galilei Saúde: British Hospital Lisbon XXI	[0-5]
Hospital da Ordem Terceira	[0-5]
Hospital dos SAMS	[0-5]
Clínica de São Cristóvão – Associação de Socorros Mútuos de Empregados no Comércio de Lisboa	[0-5]
Clínica S. João de Deus	[0-5]
Clínica Europa	[0-5]
Société Française de Bienfaisance: Hospital Saint Louis e Clínica do Campo Grande	[0-5]
Clínica de Todos-Os-Santos	[0-5]
Hospital de Sant’Ana	[0-5]
Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio e Indústria	[0-5]
Centro Médico de Moscavide Lda	[0-5]
Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa	[0-5]
Hospital Nossa Senhora da Arrábida	[0-5]
Hospital de Jesus	[0-5]
Instituto S. João de Deus – Casa de Saúde do Telhal	[0-5]
TOTAL	100

³¹ 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 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).

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

67. Atenta a Tabela anterior, constata-se que o mercado da prestação de serviços de cuidados hospitalares por unidades privadas na Área Metropolitana de Lisboa é bastante concentrado, verificando-se que os três concorrentes de maior dimensão representam, no cenário pós concentração, cerca de **[70-80]**% do total do mercado, encontrando-se a restante oferta dispersa por um conjunto alargado de pequenos operadores.
68. Em resultado da presente operação de concentração, o grupo Lusíadas passará de uma quota de **[10-20]**% para **[20-30]**% no mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas na NUTS III Área Metropolitana de Lisboa, passando a igualar a capacidade produtiva do segundo maior operador, o Grupo Luz Saúde.
69. Da análise da estrutura da oferta do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas na Área Metropolitana de Lisboa, constata-se um cenário jusconcorrencial caracterizado por um índice IHH³², após a concentração, igual a **[>2000]** pontos e um *delta*³³ igual a **[>150]** pontos.
70. Estes valores de IHH e *Delta* são, apenas, ligeiramente superiores aos limiares que, nos termos da prática decisória da AdC bem como das Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais³⁴, permitiriam, com elevada probabilidade, excluir a suscetibilidade da concentração redundar em preocupações jusconcorrenciais, no mercado do produto em apreço.
71. Note-se também que, tanto os dados apresentados pela ERS, como as estimativas apresentadas pela Notificante, apontam para que a quota de mercado conjunta das Partes na concentração seja inferior a 25%, encontrando-se presente no mercado outros operadores de grande dimensão, tal como o Grupo JMS e o Grupo Luz Saúde, com quotas de **[30-40]**% e **[20-30]**%, respetivamente, bem como vários pequenos operadores com quotas inferiores a 5%.
72. Tendo em conta o *supra* exposto, verifica-se que os utentes na Área Metropolitana de Lisboa podem recorrer a vários prestadores de cuidados de saúde privados, prestadores esses que estão abrangidos por convenções com todos os principais subsistemas de saúde em Portugal (público e privado) e companhias seguradoras, o que, pelo menos na perspetiva do financiamento, facilita que os utentes possam mudar de operador face a uma eventual deterioração das condições de oferta implementada por um deles.

³² 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.

³³ O *delta* corresponde à variação no IHH antes e após a operação de concentração.

³⁴ Orientações para a 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 JOCE, de 5.02.2004).

73. Refira-se, ainda, que de acordo com os dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística, entre 2002 e 2013³⁵, o número de hospitais em Portugal aumentou cerca de 6%, a que corresponde um número de 13 novos hospitais, todos eles de natureza privada. Observou-se, ainda, que a prestação privada de determinados serviços médicos, como atendimentos nos serviços de urgência, internamentos, consultas médicas no âmbito da consulta externa e atos complementares de diagnóstico tem vindo a crescer.³⁶
74. Assim, o mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas tem vindo a crescer, prevendo-se que nos próximos anos se mantenha esta tendência, uma vez que se encontram previstas novas aberturas e expansões de unidades hospitalares privadas no mercado geográfico da Área Metropolitana de Lisboa, por parte dos dois maiores operadores concorrentes da Notificante.
75. De facto, o Grupo JMS anunciou a ampliação da CUF Descobertas até ao final de 2017, bem como a abertura de um novo Hospital em Alcântara em 2018, o Hospital CUF Tejo – que substituirá o Hospital CUF Infante Santo, com um acréscimo superior a 214 camas – e expansão das instalações do Hospital CUF Cascais, em 2017. Também se encontra anunciada a expansão do Hospital da Luz (Grupo Luz Saúde), em 2017.³⁷
76. Tendo em conta o *supra* exposto, considera-se improvável que da presente operação de concentração resultem preocupações de natureza horizontal na área geográfica em análise, ou seja, na NUTS III Área Metropolitana de Lisboa.
77. Por fim, refira-se que, caso se acolhesse uma delimitação geográfica com base em áreas de influência obtidas a partir de isócronas que traduzem um tempo de deslocação em automóvel de 90 minutos, as conclusões da presente análise não se alterariam, uma vez que nem a Notificante, nem a Adquirida se encontram presentes em NUTS III adjacentes à Área Metropolitana de Lisboa.
78. Tendo em conta todo o *supra* exposto, conclui-se que a presente operação de concentração não é suscetível de redundar em preocupações jusconcorrenciais de natureza horizontal no mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas.

³⁵ Cfr.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=226393315&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

³⁶ A este propósito a Notificante refere ainda que “Nos últimos anos registaram-se várias entradas no mercado relevante em apreço, como são exemplos: a expansão do Hospital do Mar, pertencente ao Grupo Luz Saúde, em 2012 e a abertura das Clínicas CUF S. Domingos de Rana e CUF Miraflares, do Grupo José de Mello Saúde, em 2014 e 2015. Também nos mercados geográficos contíguos das NUTS III Oeste e Lezíria do Tejo, foram abertas 2 novas unidades do Grupo José de Mello Saúde - o Hospital CUF Santarém e a Clínica CUF Mafra, em 2014 e 2015”.

³⁷ Ver, entre outras, Notícias Expresso de 31.10.2015 e de 30.04.2016, disponíveis em <http://expresso.sapo.pt/economia/exame/2015-10-31-Hospitais-privados-dao-milhoes> e <http://expresso.sapo.pt/economia/2016-04-30-Grupo-Mello-amplia-CUF-Descobertas>; e Diário de Notícias de 19.11.2015, disponível em <http://www.dn.pt/sociedade/interior/cuf-tejo-abre-em-alcantara-em-2018-4892713.html>.

6. PARECER DA ENTIDADE REGULADORA

79. 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.
80. No respetivo parecer, a ERS procede à análise da operação, apresentando um estudo de impacto da operação na dinâmica concorrencial dos mercados relevantes.
81. 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 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.
82. Adicionalmente, atento o carácter multiproducto 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.
83. 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 em oito NUTS III Alentejo Central, Alentejo Litoral, Área Metropolitana de Lisboa, Baixo Alentejo, Lezíria do Tejo, Médio Tejo, Oeste e Região de Leiria.
84. Conclui que, no que se refere à área geográfica da NUTS III Área Metropolitana de Lisboa, tendo por base os valores do Índice IHH e *delta*, *“verificar-se-ia um aumento preocupante do grau de concentração no mercado, de acordo com os critérios da Comissão”*. *Refere ainda que “Esta avaliação padece, no entanto, de um conjunto de limitações identificadas no parecer”*.
85. Por fim, refere que *“tendo por âmbito geográfico todo o território de Portugal continental, verifica-se que também neste nível de análise a operação não suscitaria preocupações”*.
86. Em suma, a ERS conclui que da operação não resultam preocupações regulatórias de âmbito concorrencial.

7. AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

87. 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.

8. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO

88. 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 – CLISA.....	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	6
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.....	17
7. AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS.....	17
8. 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 Clisa, para os anos de 2013, 2014 e 2015	3
Tabela 3 – Estrutura do mercado da prestação de cuidados de saúde hospitalares por unidades privadas na NUTS III Área Metropolitana de Lisboa	14