

**PARECER DA ERS SOBRE A
OPERAÇÃO DE CONCENTRAÇÃO COM A REFERÊNCIA
Ccent 29/2017 – UNILABS/BASE HOLDING
(versão não confidencial)**

1. Introdução

Por ofício recebido em 7 de agosto de 2017, a Autoridade da Concorrência (AdC) solicitou à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) parecer sobre a operação de concentração com a referência Ccent 29/2017 – Unilabs/Base Holding. A operação consiste na aquisição por parte da sociedade Medicina Laboratorial Dr. Carlos da Silva Torres SA, que integra o Grupo Unilabs, do controlo exclusivo da sociedade Base Holding, SGPS, SA. As partes envolvidas na operação de concentração têm a seu cargo a gestão de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde que se encontram sujeitos à regulação setorial da ERS.

A solicitação da AdC à ERS ocorre nos termos do n.º 1 do artigo 55.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio, segundo o qual “sempre que uma concentração de empresas tenha incidência num mercado que seja objeto de regulação setorial, a Autoridade da Concorrência, antes de tomar uma decisão que ponha fim ao procedimento, solicita que a respetiva autoridade reguladora emita parecer sobre a operação notificada, fixando um prazo razoável para esse efeito”.

A elaboração deste parecer vai ainda ao encontro do objetivo da ERS de “promover e defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado, em colaboração com a Autoridade da Concorrência na prossecução das suas atribuições relativas a este setor”, nos termos da alínea f) do artigo 10.º dos seus estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

2. Descrição das empresas envolvidas

A adquirente, sociedade designada por Medicina Laboratorial Dr. Carlos da Silva Torres, SA (doravante Carlos Torres, adquirente ou notificante), com número de pessoa coletiva (NIPC) 500753296 e registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados da ERS (SRER) sob o número 13592, dedica-se, nos termos da notificação da operação de concentração, à prestação de serviços de análises clínicas/patologia clínica.

Conforme se descreve na página 5 da versão não confidencial da notificação da operação de concentração, “a notificante integra o Grupo Unilabs, que em Portugal se encontra ativo na prestação de serviços nas áreas de análises clínicas/patologia clínica, anatomia patológica, cardiologia e genética médica”. Mais concretamente, a “Unilabs opera ao nível da prestação de serviços de análises clínicas/patologia clínica (através dos laboratórios Medicina Laboratorial Dr. Hilário de Lima e Medicina Laboratorial Dr. Carlos Torres) [...], de serviços de anatomia patológica (através da LAP), de serviços complementares de cardiologia (através da clínica de cardiologia Dr. João Guimarães) e genética médica (através da CGC)”, conforme páginas 6 e 7 da notificação.

Em complemento, no anexo 1.2.5.(i) da notificação, do qual consta o organograma do Grupo Unilabs em Portugal, refere-se que a Carlos Torres detém 100% do capital de cada uma das seguintes entidades:

- LAP Laboratório de Anatomia Patológica, Lda;
- Siscardio – Serviços Médicos Especializados, Lda;
- Medicina Laboratorial de Patologia Clínica Hilário de Lima, SA;
- João Guimarães, SA;
- Laboratório de Análises Clínicas de Dra. Isabel Maria Paquim Cerejeira, SA; e
- CGC Centro de Genética Clínica e Patologia, SA.

Isto significa que a representação do Grupo Unilabs em Portugal se faz, na prática, de forma concentrada na sociedade Carlos Torres.

Esta, por seu turno, e de acordo com informação do registo público no SRER da ERS, tem 90,9% do seu capital detido pela sociedade Swisslab Bv.

De acordo com os dados do SRER, a Carlos Torres opera com o CAE “85141 Laboratórios de análises clínicas”, gerindo um total de 234 estabelecimentos, dos

quais um tem designação de sede e os demais de unidades de colheita. Adicionalmente, a Carlos Torres surge como sócio acionista com 100% do capital das entidades referidas na seguinte tabela.

Tabela 1 – Entidades com participação da Carlos Torres

Designação da entidade	Especialidades
Laboratório Patologia Clínica Dr. Hilário de Lima, SA	Análises Clínicas
Laboratório de Análises Clínicas de Dra Isabel Maria Paquim Cerejeira, SA	Análises Clínicas
LAP- Laboratório de Anatomia Patológica, Lda	Anatomia Patológica
Siscardio-Serviços Médicos Especializados, Lda	Cardiologia
João Guimarães, Lda	Cardiologia

Assim, deve assinalar-se que a informação constante do registo da ERS confirma a listagem de estabelecimentos atribuídos na notificação ao Grupo Unilabs, apenas com a exceção da entidade CGC Centro de Genética Clínica e Patologia, S.A. que não surge no registo como tendo a Carlos Torres como acionista¹. Também de acordo com a informação do registo na ERS, confirma-se que a notificante presta serviços das especialidades de análises clínicas, anatomia patológica e cardiologia.

Por seu turno, a adquirida na operação projetada é a sociedade Base Holding, SGPS, SA (doravante Base ou adquirida), com NIPC 508846463, consistindo numa sociedade *holding* de um grupo de empresas que se dedicam à prestação de cuidados de saúde.

Conforme se descreve na página 5 da versão não confidencial da notificação da operação de concentração, este grupo de empresas “está ativo na prestação de serviços de imagiologia, análises clínicas/patologia clínica, cardiologia e anatomia patológica”.

Mais concretamente, conforme se refere na página 9 da notificação, a Base gere as participações sociais, correspondentes a 100% do capital, nas seguintes entidades:

¹ Esta disparidade entre a informação do SRER e a informação constante da notificação da operação de concentração será analisada pela ERS no âmbito do processo de registo público de prestadores de cuidados de saúde previsto na lei. A detenção pela Carlos Torres da sociedade CGC Centro de Genética Clínica e Patologia, S.A., implica na consideração do estabelecimento “CGC Genetics / Centro de Genética Clínica (Porto)” na análise, por estar registado no SRER com a especialidade de anatomia patológica.

De notar, ainda, no que se refere à especialidade de análises clínicas, a consideração na avaliação concorrencial do estabelecimento Augusto Ferreira de Oliveira, Lda., detido pelas entidades Siscardio e João Guimarães, Lda..

- BMAC – Laboratórios de Análises Clínicas Botelho Moniz, Fleming Torrinha, Fernando Carvalho e Conceição Sabença, SA;
- Base – Serviços Médicos de Imagiologia, SGPS, SA;
- Cardioteste – Clínica Cardiológica, SA; e
- Base Share – Serviços Partilhados, SA.

A primeira destas entidades oferece serviços de análises clínicas/patologia clínica e anatomia patológica. A segunda oferece serviços de imagiologia e a terceira exames complementares de cardiologia. A última destas entidades não opera na prestação de cuidados de saúde, dedicando-se à prestação de serviços de apoio às empresas do grupo nas áreas administrativa, financeira, de compras, de tecnologias de informação, de recursos humanos e jurídica.

No SRER da ERS a Base surge como acionista de duas entidades gestoras de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, a BMAC (da qual detém 100% do capital) e a Cardioteste (onde tem quota de 90%), a primeira gerindo 83 estabelecimentos e a segunda apenas um. Mas aquela BMAC é, por seu turno, acionista de 14 outras entidades que gerem 119 estabelecimentos, e uma dessas entidades é ainda acionista em outras duas entidades com três estabelecimentos. Adicionalmente, a entidade Base – Serviços Médicos de Imagiologia, SGPS, S.A. (NIF 503042366) está inscrita como acionista de outras 18 entidades que gerem 21 estabelecimentos, conforme se descreve na seguinte tabela.

Tabela 2 – Entidades com participação da Base ou de empresas por si participadas

Designação da entidade	Especialidades
<i>Participação direta no capital</i>	
BMAC - Laboratórios de Analises Clinicas Botelho Moniz, Fleming Torrinha, Fernando Carvalho e Conceição Sabença, S.A.	Análises Clínicas
Cardioteste, Clinica Cardiológica SA	Angiologia e Cirurgia Vascular; Cardiologia; Cardiologia Pediátrica; Endocrinologia; Neuro-Cirurgia; Ortopedia; Pneumologia
<i>Participação através de quota da Base – Serviços Médicos de Imagiologia, SGPS, SA</i>	
Ima-Rad - Serviços Médicos, S.A.	Cardiologia Radiologia
SOUSA BARROS S.A.	Angiologia e Cirurgia Vascular; Cardiologia; Radiodiagnóstico
Edgar Mesquita, Lda.	Radiologia
GAB.CARDIOLOGIA PROF. OVIDEO COSTA S.A.	Cardiologia
CLINICA AMARANTE CA, S.A.	Medicina Geral e Familiar Radiologia

Designação da entidade	Especialidades
Clinica de S. Cosme de Gondomar, S.A.	Cardiologia; Cardiologia Pediátrica; Cirurgia Cardio-Torácica; Cirurgia Geral; Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética; Dermato-Venereologia; Endocrinologia; Enfermagem; Gastroenterologia; Ginecologia-Obstetrícia; Medicina Desportiva; Medicina do Trabalho; Medicina Geral e Familiar; Medicina Interna; Neurologia; Nutrição; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Pediatria; Pneumologia; Podologia; Psicologia Clínica; Psiquiatria; Radiodiagnóstico; Terapia da Fala; Urologia
Krug de Noronha, Lda	Cardiologia; Gastroenterologia; Radiodiagnóstico
CTB - Centro de Tomografia de Braga, Lda	Angiologia e Cirurgia Vascular; Gastroenterologia; Radiodiagnóstico
Clinupe - Clínica do Norte de Rastreio, Lda.	Cardiologia Radiologia
Centro Diagnóstico Cardiorácico, S.A.	Radiologia
OVIDIO A. PEREIRA DA COSTA, S.A.	Cardiologia Medicina Interna
Gabinete de Radiologia de Espinho, S.A.	Cardiologia; Cardiologia Pediátrica; Gastroenterologia; Radiologia
G.M.I. - Gabinete Medico de Imagem, Lda	Imagiologia
Ahium - Imagiologia Médica, S.A.	Angiologia e Cirurgia Vascular; Cardiologia; Radiologia
CENTRO DE RADIOLOGIA DA MAIA - SERVIÇOS MÉDICOS, S.A.	Cardiologia Radiologia
SMIC Dragão, Lda	Radiologia
CCRD - Centro Clínico Radiológico e Diagnóstico da Póvoa de Varzim, Lda.	Cardiologia; Cardiologia Pediátrica; Radiologia
C.M.N. - Centro de Medicina Nuclear, S.A.	Medicina Nuclear
<i>Participação através de quota da BMAC - Laboratórios de Análises Clínicas Botelho Moniz, Fleming Torrinha, Fernando Carvalho e Conceição Sabeça, S.A.</i>	
Laboratório de Análises Clínicas Dr. Ilídio Joaquim Nunes de Oliveira	Análises Clínicas
Laboratório de Patologia Clínica do Pioledo, SA	Análises Clínicas
DOMINGUES BREDA E LEITE Lda	Análises Clínicas
Cavadas, Almeida Lda	Análises Clínicas
Mário Carvalho & Cª S.A.	Análises Clínicas
Clinica Materno Infantil de Famalicão, Lda.	Angiologia e Cirurgia Vascular; Dermato-Venereologia; Gastroenterologia; Ginecologia-Obstetrícia; Otorrinolaringologia
Laboratório Maria José Montanha & Laura Soares, S.A.	Análises Clínicas
Dra Micaela Fontão -Clínica Laboratorial de Guimarães, S.A.	Análises Clínicas
BMAC - Clínica Laboratorial de Lisboa Lda	Análises Clínicas
Laboratório Anatomia Patológica, Drs. J. Pereira Guedes, Silva Caspurro e Manuel Dias, S.A.	Anatomia Patológica
Labgarb - Análises Clínicas, Lda	Análises Clínicas
MARIA MANUELA GOUVEIA DUARTE S.A.	Análises Clínicas
BEIRALAB-Laboratórios da Casa de Saúde S. Mateus, SA	Análises Clínicas
Clinica Central - Centro Medico de Vizela, Lda	Oftalmologia; Ortopedia; Outros

Designação da entidade	Especialidades
<i>Participação através de quota da Dra. Micaela Fontão -Clínica Laboratorial de Guimarães, S.A.</i>	
Clinilago - Clínica Médica de S.Torcato Lda	Análises Clínicas; Cardiologia; Cirurgia Geral; Fisioterapia; Ginecologia-Obstetrícia; Medicina Dentária; Medicina do Trabalho; Medicina Geral e Familiar; Neurologia; Nutrição; Oftalmologia; Ortopedia; Pediatria; Psicologia Clínica; Psiquiatria; Terapia da Fala
BMAC - Clínica Laboratorial de Fafe, Lda ^a	Análises Clínicas

Como se pode verificar, no conjunto dos estabelecimentos que lhe estão associados direta ou indiretamente, a adquirida tem atividade em 36 especialidades diferentes.

Por último, a operação de concentração em causa tem como natureza a aquisição de controlo exclusivo de tipo horizontal e conglomeral (página 12 da notificação).

3. Análise concorrencial

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

3.1. Definição dos mercados relevantes

A prestação de serviços de saúde, globalmente considerada, constitui um setor de atividade multifacetado e multidisciplinar, que engloba um largo e heterogéneo conjunto de serviços como, por exemplo, os cuidados de saúde médicos e de

² Os princípios da Comissão Europeia estão vertidos na Comunicação 97/C 372/03, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 372/5, de 9 de dezembro de 1997 e na Comunicação 2004/C 31/03, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 31, de 5 de fevereiro de 2004. Estes princípios são semelhantes aos de outras agências que avaliam a concorrência nos mercados e em operações de concentração, tais como a *Competition & Markets Authority* (Reino Unido) e a *Federal Trade Commission* e o *United States Department of Justice* (Estados Unidos da América).

enfermagem, e as técnicas de diagnóstico e de terapêutica, que são orientados para necessidades de saúde específicas, visando atingir diferentes objetivos e que seguem processos produtivos distintos.

Se, por um lado, a diversidade de natureza dos serviços pode refletir-se na formação dos vários mercados de serviços de saúde, por outro lado, ela leva ao surgimento de empresas multiproduto que abarcam um grande número e variedade de serviços, aproveitando relações de complementaridade do lado da procura e economias de gama na produção. Daí ser necessário, como primeiro passo para se proceder à avaliação dos potenciais impactos concorrenciais de uma operação de concentração envolvendo prestadores de serviços de saúde, proceder a uma clara identificação dos mercados de prestação de serviços de saúde que potencialmente serão afetados e que, por isso, se deve considerar como relevantes para a análise a efetuar.³

A identificação dos mercados relevantes exige que se delimite o âmbito dos produtos/serviços dos mercados e, simultaneamente, os limites geográficos desses mercados. É do cruzamento das delimitações ao nível do produto/serviço e ao nível da área geográfica que resulta a definição de mercados relevantes.

3.1.1. Mercado relevante do produto

Atendendo à descrição da atividade no setor da saúde das sociedades adquirente e adquirida da operação projetada, contida no anterior capítulo do presente parecer, deve focar-se a delimitação dos mercados relevantes do produto nas áreas em que há sobreposição entre as duas partes, na medida em que apenas nesses mercados se perspetiva que a operação se consubstancie num crescimento de quota de mercado de um dos operadores (o operador resultante da concentração). Nos demais mercados relevantes em que apenas uma das partes está presente, o resultado imediato e previsível da operação será uma mera transferência de quota de mercado de um operador para outro.

Com efeito, as áreas do setor da saúde em que a adquirente e a adquirida têm simultaneamente atividade, e nas quais são presentemente (antes da concentração)

³ Este primeiro passo coaduna-se com o disposto na alínea a) do artigo 16.º dos estatutos da ERS, a qual define como sua incumbência, para efeito do seu objetivo regulatório de defesa da concorrência, a identificação dos “mercados relevantes que apresentam características específicas setoriais”.

concorrentes, são as análises clínicas/patologia clínica, a anatomia patológica e os meios complementares de diagnóstico de cardiologia. Interessa, assim, delimitar de forma mais concreta os mercados em que tais serviços são prestados.

Para efeitos de definição de mercado relevante do produto, importa reconhecer que as restrições à atuação dos operadores decorrem das condições de substituíbilidade do lado da procura e de substituíbilidade do lado da oferta. A substituíbilidade do lado da procura dita que se defina o mercado relevante do produto como o conjunto de todos os produtos e/ou serviços que o consumidor considera substituíveis em virtude das suas características, preço ou uso pretendido.

Na análise da substituíbilidade da oferta, deve-se verificar se os processos produtivos de diferentes produtos/serviços partilham tecnologias semelhantes e, assim, resultam de uma única estrutura produtiva. Todos os produtos/serviços que podem, sem grande esforço de adaptação da tecnologia de produção e sem qualquer aumento significativo de investimentos ou custos suplementares, ser produzidos com o mesmo processo produtivo, devem ser considerados pertencentes a um mesmo mercado de produto, mesmo que os diferentes tipos de produto/serviço não sejam substituíveis para os consumidores.⁴

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

A substituíbilidade do lado da oferta releva sobretudo em mercados onde os operadores não circunscrevem o exercício da sua atividade apenas a um produto,

⁴ Neste sentido, veja-se, por exemplo, a Comunicação da Comissão Europeia, relativa à definição de mercados relevantes, nos termos da qual se refere sobre a substituíbilidade do lado da oferta que “mesmo se, para um determinado cliente final ou grupo de consumidores, as diferentes qualidades [do produto] não forem substituíveis, essas diferentes qualidades serão reunidas no âmbito de um único mercado do produto, desde que a maioria dos fornecedores esteja em condições de oferecer e vender as diversas qualidades de imediato e na ausência de qualquer aumento significativo dos custos” – cf. parágrafo 21 da Comunicação 97/C 372/03, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 372/5, de 9 de dezembro de 1997.

antes se apresentando como empresas multiproduto, abarcando os mais frequentes produtos em cada subcategoria ou mercado.

Transpondo este argumento para o caso dos serviços de análises clínicas/patologia clínica, na medida em que os laboratórios que prestam serviços de análises clínicas oferecem uma significativa variedade de serviços dentro desta área, deve englobar-se as diferentes qualidades ou gamas do produto no mesmo mercado.

Por sua vez, para a identificação das gamas específicas a reunir no mercado, pode recorrer-se às definições que se encontram no setor, quer ao nível contratual, quer ao nível de especificações de qualidade que possam estar estabelecidas. Particularmente, no setor da saúde existe a necessidade de definir/distinguir corretamente os serviços para efeitos contratuais (clausulados das convenções, etc.), e para efeitos de licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde (legislação do licenciamento e Manuais de Boas Práticas). No caso dos serviços de análises clínicas, esta identificação é possível com as definições existentes referentes às designações de patologia clínica e análises clínicas, reunidas na legislação referente, por exemplo:

- i) aos clausulados tipo para as convenções com o SNS “Proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde na área das análises clínicas a realizar por farmacêuticos”, publicada no Diário da República 2.^a série n.º 67, de 21/03/1987 e “Proposta de contrato para a prestação de cuidados de saúde na área da patologia clínica”, publicada no Diário da República 2.^a série n.º 248, de 27/10/1986;⁵
- ii) ao procedimento de licenciamento dos laboratórios de patologia clínica e de análises clínicas, que se encontra estabelecido na Portaria n.º 166/2014, de 21 de agosto; e
- iii) ao Manual de Boas Práticas Laboratoriais (aprovado e publicado pelo Despacho n.º 8835/2001, da Ministra da Saúde, em 28 de fevereiro de 2001).

Deste modo, é possível confirmar a definição do **produto como sendo a prestação de serviços de análises clínicas, que são exames laboratoriais de diagnóstico,**

⁵ O novo regime das convenções rege-se pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, mas os clausulados tipo dos serviços de análises clínicas que ainda estão em vigor são estes, de 1986 e 1987 (*vide* Despacho n.º 12799-A/2016 do Secretário de Estado da Saúde, que determina a prorrogação, até 31 de outubro de 2017, do prazo de vigência dos contratos celebrados ao abrigo do regime jurídico das convenções).

concretamente os serviços das valências de análises clínicas e da especialidade médica de patologia clínica, identificáveis, por exemplo, nos clausulados tipo *supra* referidos ou nas tabelas de preços do SNS (tabelas de patologia clínica da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho).⁶

Decorre ainda da legislação que laboratórios de análises clínicas e de patologia clínica são equivalentes e podem realizar os mesmos atos.⁷ Podem ser considerados, assim, concorrentes efetivos, a que os utentes podem recorrer indistintamente quando procuram serviços de análises clínicas.

Por seu turno, de acordo com o Manual de Boas Práticas Laboratoriais de Anatomia Patológica, aprovado e publicado pelo Despacho n.º 399/2009, de 18 de dezembro de 2008, da Ministra da Saúde, “a anatomia patológica é a especialidade médica que procede à análise morfológica de órgãos, tecidos e células, tendo como objectivo o diagnóstico de lesões, com implicações no tratamento e no prognóstico das doenças, bem como na sua prevenção”⁸, englobando as valências de histopatologia (biópsias, peças cirúrgicas e exames pré-operatórios), citopatologia (esfoliativa e aspirativa), autópsias clínicas e técnicas complementares do diagnóstico morfológico. Tendo em conta o clausulado tipo das convenções de anatomia patológica (*vide* Despacho n.º 3668-J/2017, de 28 de abril, do Secretário de Estado da Saúde) e a respetiva tabela de preços aplicável (*vide* Despacho n.º 3668-I/2017, de 28 de abril), a área de anatomia patológica inclui, concretamente, um total de sete atos/procedimentos distribuídos pelas categorias de diagnóstico por citologia, diagnóstico por histopatologia e exames especiais.

Sendo assim, na medida em que essa lista de técnicas constitui o universo de serviços passível de subcontratação ao setor privado e tendo em conta o raciocínio da substituíbilidade do lado da procura visto na metodologia de definição de mercados relevantes, pode definir-se como um **mercado relevante do produto o conjunto de**

⁶ Esta delimitação de mercado relevante do produto foi já definida pela ERS no âmbito do estudo “O Setor da Prestação de Serviços de Análises Clínicas”, de novembro de 2015, do qual se utilizam aqui textos (estudo disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=1258).

⁷ Os dois tipos de laboratório diferem apenas no que toca à formação do diretor técnico, na medida em que, no caso dos laboratórios de análises clínicas, o diretor técnico é um especialista em análises clínicas inscrito na Ordem dos Farmacêuticos, e, no caso dos laboratórios de patologia clínica, o diretor técnico é um especialista em patologia clínica inscrito na Ordem dos Médicos.

⁸ Esta definição de anatomia patológica é também utilizada na Portaria n.º 165/2014, de 21 de agosto, que estabelece os requisitos mínimos para o licenciamento de unidades de anatomia patológica.

técnicas de diagnóstico constantes desta tabela da área de anatomia patológica⁹.

Finalmente, e seguindo-se raciocínio similar para o caso dos exames de cardiologia, tendo em conta as tabelas de preços a praticar pelo SNS, aprovadas pela Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, a área de cardiologia é identificada nas tabelas de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e inclui, concretamente, um total de 102 atos distribuídos pelas categorias de atos terapêuticos (43 atos), atos de diagnóstico (52 atos) e diversos (sete atos). Os atos terapêuticos estão distribuídos pelas subcategorias de terapêutica farmacológica, cardiologia de intervenção e arritmologia de intervenção, enquanto os atos de diagnóstico subdividem-se em electrocardiologia, ecocardiografia, cateterismo cardíaco, estudos eletrofisiológicos intracardíacos e outros estudos. Os atos diversos incluem, por exemplo, a reanimação cardiorrespiratória, a interrupção de disritmia por *pacing* elétrico e a implantação de registor de eventos.

Sendo assim, na medida em que essa lista de técnicas constitui todo o universo de MCDT admitido pelo SNS e passível de subcontratação ao setor privado, e tendo em conta os princípios metodológicos de definição de mercados relevantes, um outro **mercado relevante do produto**, para efeitos da análise da operação de concentração, **pode definir-se como o conjunto de exames e terapêuticas constantes desta tabela da área de cardiologia**.¹⁰

3.1.2. Mercados geográficos relevantes

No que se refere à definição do mercado relevante na sua dimensão geográfica, considera-se a área geográfica na qual as empresas intervêm na oferta dos produtos/serviços relevantes, onde as condições de concorrência são suficientemente homogêneas, e que se pode distinguir de outras áreas geográficas em virtude de

⁹ Esta delimitação de mercado relevante do produto assemelha-se à já definida pela ERS no âmbito do parecer de “Avaliação Concorrencial dos Mercados de Anatomia Patológica”, realizado em maio de 2016, em resposta a solicitação da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) nos termos dos n.ºs 2 e 3 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que estabelece o regime jurídico das convenções do SNS.

¹⁰ Esta delimitação de mercado relevante do produto foi já definida pela ERS no âmbito do parecer de “Avaliação Concorrencial dos Mercados de Serviços de Cardiologia”, realizado em junho de 2016, em resposta a solicitação da ACSS nos termos dos n.ºs 2 e 3 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que estabelece o regime jurídico das convenções do SNS.

diferentes condições. Assim, trata-se de definir uma área territorial onde as condições de concorrência do produto/serviço relevante são similares para todos os operadores económicos. Possíveis mercados relevantes geográficos podem ser confirmados através de uma análise das características da procura, com o intuito de se determinar se as empresas localizadas em áreas diferentes constituem pontos de oferta alternativos para os consumidores. Tal análise implica reunir informação sobre os padrões de compra dos consumidores e identificação das suas preferências regionais.

Um método que permite a identificação de áreas geográficas que refletirão os padrões de compra dos consumidores e a identificação das suas preferências é o das áreas de influência, que define a fronteira de cada mercado geográfico com base na distância ou do tempo de viagem máximo que a maioria dos consumidores aceita viajar até aos pontos de oferta, tendo em conta o transporte na rede viária e velocidades médias.

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

Não sendo possível realizar em tempo útil um exercício de verificação dos fluxos de consumidores, para se determinar os tempos máximos de viagem e, consequentemente, delimitar as fronteiras das áreas de influência, pode-se recorrer a referências existentes de tempos máximos de deslocação¹¹ e, ainda, aos exercícios

¹¹ Referências de tempos máximos de viagem recomendadas pelo GMENAC (*Graduate Medical Education National Advisory Committee*), comité criado pelo governo dos Estados Unidos da América, e definidas em artigos de análises de acesso na literatura, são, por exemplo, 30 minutos para cuidados de saúde primários, serviços de urgência/emergência e cuidados médicos gerais de adultos e crianças; 45 minutos para cuidados de obstetria; e 90 minutos para intervenções cirúrgicas gerais ou cuidados de saúde hospitalares (*vide* Hughes, J. G., Budetti, P. P., Chapman, D. D., Cramblett, H. G., Mathies, A. W., Meyer, B. P., Seidel, H., Slungaard, R. K., Connelly, J. P., & Bornstein, S. L. (1981). Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee. *Pediatrics*, 67(5), 585-596; Fortney, J., Rost, K., & Warren, J. (2000). Comparing Alternative Methods of Measuring Geographic Access to Health Services. *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 1(2), 173-184; e Polzin, P., Borges, J., & Coelho, A. (2014). An extended kernel density two-step floating

realizados pela própria ERS em diversos estudos¹². Tendo em conta essas referências, atenta a operação de concentração, pode concluir-se que os mercados geográficos relevantes dos serviços dos três mercados de produto em apreço devem ser definidos com base em áreas de influência de 30 minutos de tempo de viagem.

Não obstante, é prática comum definir-se, alternativamente, mercados geográficos com referência a unidades territoriais já estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos¹³, de que são exemplos as NUTS de Portugal continental¹⁴.

Importa notar, contudo, que a avaliação concorrencial baseada em regiões apresenta as seguintes limitações:

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

catchment area method to analyze access to health care. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 41(4), 717-735).

¹² Veja-se, por exemplo, o estudo do “Acesso, Concorrência e Qualidade no Setor Convencionado com o SNS: Análises Clínicas, Diálise, Medicina Física e Reabilitação e Radiologia” ou o “Estudo sobre a Concorrência no Setor da Prestação de Serviços de Medicina Física e de Reabilitação”, ambos disponíveis em www.ers.pt. Note-se, ainda, o estudo da ERS “O Setor da Prestação de Serviços de Análises Clínicas”, de 2015, que refere o estudo empírico realizado pela ERS dos fluxos de 3.247 utentes dos serviços de análises clínicas. Com base no teste de Elzinga-Hogarty, identificando as áreas que concentram pelo menos 85 a 90% dos seus utentes, foi possível identificar que um limite de tempo máximo de deslocação em estrada adequado para definir o alcance dos serviços e as fronteiras das áreas de influência dos estabelecimentos seria de 30 minutos.

¹³ Veja-se, por exemplo, Gaynor, M., & Vogt, W.B. (2000). Antitrust and Competition in Health Care Markets. Em Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (Eds.). *Handbook of Health Economics* (pp. 1405-1487). Amsterdam: North Holland.

¹⁴ As NUTS são Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos. Foram elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária.

localidades, freguesias, áreas de códigos postais ou concelhos que compõem cada região.

- (iv) Produz resultados específicos para as regiões, pelo que alterações das suas fronteiras ou a escolha de outras áreas geográficas implicarão a obtenção de resultados diferentes, mesmo sem ter havido mudança nas distribuições geográficas, nas capacidades produtivas ou nos volumes de negócios dos estabelecimentos, nem qualquer concentração de empresas.

Assim, com vista à superação destas limitações, embora se mantenha neste parecer a expressão de resultados em NUTS, por ser prática comum em avaliações concorrenciais de operações de concentração, realiza-se a avaliação com base em áreas de influência de 30 minutos, como melhor se explica na subsecção 3.2.1.¹⁵

3.1.3. Natureza dos concorrentes

Os mercados da prestação de serviços de saúde são regulados e enquadrados por regras de determinação prévia de formas de acesso a tais serviços. A composição dos prestadores de serviços de saúde que, relativamente a um concreto serviço necessitado por um utente, em dado momento e em local específico, se encontrarão em tensão concorrencial, será variável em função das condições de acesso do utente.

Quanto a esta matéria, coloca-se a importante questão de saber se os operadores privados se encontram em concorrência com os operadores públicos numa extensão que influencie de forma relevante o funcionamento e o desempenho dos mercados.

A Constituição da República Portuguesa (CRP) não perfilhou um modelo de monopólio do sector público de prestação de cuidados de saúde, já que no n.º 3, alínea d), do artigo 64.º da CRP se prevê, entre as incumbências do Estado no sentido de assegurar a realização do direito à protecção da saúde, a possibilidade de existência

¹⁵ A divisão regional em NUTS utilizada neste parecer é a que está em vigor desde 2015. Tendo sido instituída pelo Regulamento (UE) n.º 868/2014 da Comissão, de 8 de agosto de 2014, esta divisão compreende alterações nas NUTS de nível III que passaram a ter limites territoriais no Continente coincidentes com os limites das entidades intermunicipais definidos na Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro.

de um sector privado de prestação de cuidados de saúde em relação de complementaridade, e até de concorrência, com o sector público¹⁶.

Tendo em consideração os mercados relevantes de produto aqui em estudo, pode verificar-se que estão em causa serviços que na rede pública de cuidados de saúde estão disponíveis na sua quase totalidade nos hospitais do SNS. Mas tais serviços são igualmente disponibilizados através de acordos e convenções celebradas com entidades de natureza social ou privada, porquanto a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) estabeleceu que “os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado, ou sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos” (Base I, n.º 4), sendo que “Para efectivação do direito à protecção da saúde, o Estado actua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante actividade privada na área da saúde.” – cf. n.º 2 da Base IV da Lei de Bases da Saúde. Daí que “A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior” (cf. n.ºs 3 e 4 da Base XII da Lei de Bases da Saúde), a qual inclui, assim, o conjunto de operadores, públicos e privados, que garantem a imposição constitucional de prestação de cuidados públicos de saúde.

Por seu turno, o Regime Jurídico das Convenções (Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro), estabelece no seu artigo 2.º que as convenções se destinam a contribuir para “a necessária prontidão, continuidade, proximidade e qualidade na prestação de cuidados de saúde” e “a equidade do acesso dos utentes aos cuidados de saúde”, e a alínea a) do n.º 1 do artigo 12.º do referido Decreto-Lei, relativo aos direitos e deveres das entidades convencionadas, determina que as entidades convencionadas estão obrigadas a “prestar cuidados de saúde de qualidade aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, e a não estabelecer qualquer tipo de discriminação”. E o Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, “define as formas de articulação do Ministério da Saúde e dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com as instituições particulares de solidariedade social (IPSS)” (artigo 1.º, n.º 1), estabelecendo que “As IPSS intervêm na atividade do SNS

¹⁶ Neste sentido, *vide* Constituição Portuguesa Anotada, Jorge Miranda e Rui Medeiros, Tomo I, Coimbra Editora, 2005, anotação IX ao artigo 64.º, página 660, ou Constituição da República Portuguesa Anotada, Gomes Canotilho e Vital Moreira, Coimbra Editora, 1993, anotação ao artigo 64.º, páginas 342 e 343.

mediante a realização de prestações de saúde traduzidas em acordos que revestem as seguintes modalidades: a) Acordo de gestão; b) Acordo de cooperação; c) Convenções.” (artigo 2.º, n.º 1).

Consequentemente, a atividade das entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que se realize ao abrigo de uma das anteriores formas de integração no SNS ou na rede nacional de prestação de cuidados de saúde constitui atividade do SNS.

A posição tomada pela ERS nos pareceres emitidos em resposta a várias solicitações pela AdC, no âmbito da análise de operações de concentração, é de que “os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em que se incluem os hospitais operados em regime de Parceria Público-Privada (PPP), [são] excluídos da análise, por se considerar poderem constituir um mercado à parte, devido essencialmente às diferentes condições de acesso aos cuidados de saúde”, e no mesmo sentido, que “a avaliação estrutural dos mercados dev[ia] excluir os hospitais de natureza pública, por estes não exercerem uma pressão concorrencial direta sobre os operadores não públicos”.¹⁷

Embora os hospitais do SNS não estejam impedidos de atender utentes em situações ao abrigo de financiadores que não o próprio SNS, tais situações têm um peso diminuto. A título exemplificativo, tendo por base dados do número de doentes tratados em internamento nos hospitais do SNS em 2015, verifica-se que em cerca de 95% dos casos o financiamento tem origem no SNS.

Por sua vez, no caso dos prestadores não públicos, o acesso por utentes ao abrigo de cobertura do SNS está limitado aos serviços de saúde definidos nos acordos ou convenções que os prestadores celebraram com o SNS mas, mesmo nesses casos, o fluxo de acesso aos serviços faz-se de forma distinta daquele que é o mecanismo de acesso aos hospitais do SNS.

Com efeito, o procedimento de acesso aos serviços públicos e privados é distinto, uma vez que os fluxos de utentes aos hospitais do SNS decorrem, em larga medida, da necessária referenciação feita a partir da rede pública de cuidados de saúde primários.

¹⁷ São exemplos os pareceres sobre as operações de concentração com referências Ccent 58/2012 – AMIL Participações/HPP, Ccent 23/2014 – José de Mello Saúde/Espírito Santo Saúde, Ccent 18/2015 – José de Mello Saúde/Hospital Privado de Santarém, Ccent 28/2016 – Lusíadas/Clinica de Santa Tecla, Ccent 29/2016 – Lusíadas/CLISA e Ccent 21/2017 – Luz Saúde/British Hospital.

Tal atividade é, como já referido, integrada na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, que constitui atividade do SNS.

No caso dos estabelecimentos privados, existe uma multiplicidade de canais em que o acesso por parte dos utentes pode ser direto, como é o caso dos cuidados com financiamento por seguros de saúde, por subsistemas de saúde ou por pagamentos diretos.

Nas situações em que o acesso a prestadores privados integrados na rede nacional de prestação de cuidados de saúde se faz no âmbito das convenções do SNS, a origem é igualmente uma referenciação por parte da rede pública de cuidados de saúde primários; todavia, o mecanismo acionado é distinto do caso da referenciação para hospitais do SNS e não se permite aos utentes o exercício de uma opção entre o recurso à rede de prestadores convencionados ou aos hospitais do SNS. Aliás, o regime jurídico das convenções do SNS, estabelecido no Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, estabelece inequivocamente que a contratação de convenções obedece ao princípio da “complementaridade, destinando-se a sua celebração a colmatar as necessidades do SNS quando este, de forma permanente ou esporádica, não tem capacidade para as suprir” (cf. alínea b) do n.º 1 artigo 2.º).

Assim, embora se reconheça que a atividade realizada pelos hospitais do SNS e pelos estabelecimentos integrados na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, enquanto atividade do SNS, deve ser apartada da atividade dos estabelecimentos não públicos realizada em termos privados e/ou sem ser ao abrigo de um acordo ou convenção com o SNS, a análise concorrencial aqui apresentada considera todos os prestadores não públicos, quer detenham ou não convenções, e exclui prestadores públicos.¹⁸

3.1.4. Mercados relevantes considerados

Em conclusão, do cruzamento da definição de mercado de produto e de mercado geográfico, e da natureza dos operadores, resultou a seguinte definição de mercados relevantes para a análise da operação de concentração projetada:

¹⁸ Uma outra análise complementar é aquela consubstanciada pelas preocupações concorrenciais que a ERS tem vindo a identificar no acesso à atividade convencionada com o SNS.

- Mercados de serviços de análises clínicas em áreas geográficas correspondentes a 30 minutos de viagem, prestados por operadores privados;
- Mercados de serviços de anatomia patológica em áreas geográficas correspondentes a 30 minutos de viagem, prestados por operadores privados;
- Mercados de serviços de MCDT de cardiologia em áreas geográficas correspondentes a 30 minutos de viagem, prestados por operadores privados.

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

3.2.1. Métodos e critérios de análise

Acompanhando de perto a comunicação da Comissão Europeia sobre as “Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas”¹⁹, a análise realizada considera os níveis de quotas de mercado e o Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) como indicações úteis acerca da estrutura de mercado e da importância relativa, em termos de concorrência, das partes na concentração e dos seus concorrentes. Para além destes indicadores, este parecer inclui a avaliação da existência de posição de mercado potencialmente dominante.

Índice de Herfindahl-Hirschman

O IHH fornece uma indicação da pressão concorrencial nos mercados, podendo concluir-se sobre a concentração nos mercados com base nos níveis absolutos do IHH (*vide* quadro 1). Já a versão estendida do IHH permite a obtenção de resultados com maior nível de detalhe geográfico na avaliação concorrencial (*vide* quadro 2).²⁰ Essa versão recorre a áreas de influência para a definição dos mercados geográficos dos

¹⁹ Comunicação 2004/C 31/03, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 31, de 5 de fevereiro de 2004.

²⁰ Sobre a versão estendida do IHH, *vide* Polzin, P., Borges, J., & Coelho, A. (2016). A decision support method to identify target geographic markets for health care providers. *Papers in Regional Science*, 95(4), 843-863. A utilização da versão estendida faz mais sentido em setores em que os consumidores precisam de se deslocar até aos pontos de oferta para obter os produtos/serviços que desejam ou necessitam, ou seja, nos setores em que a localização dos pontos de oferta é uma importante variável concorrencial para atração de consumidores e consequente manutenção ou ganho de quota de mercado. Assim, ultrapassam-se as limitações da avaliação por regiões referidas na subsecção 3.1.2.

prestadores de serviços de saúde e permite o cálculo do IHH para unidades geográficas pequenas (áreas dos códigos postais).

Quadro 1 – Cálculo do Índice de Herfindahl-Hirschmann (IHH)

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

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

em que:

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

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

Quadro 2 – Cálculo do IHH (versão estendida)

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

em que

- HHI_i^E é o IHH calculado para a unidade geográfica i (uma área de código postal de quatro dígitos, por exemplo);
- G refere-se aos grupos empresariais detentores dos estabelecimentos ($G=1$ é o maior grupo, $G=2$ é o segundo maior grupo, e assim por diante, até $G=N$, que é o grupo mais pequeno a concorrer no mercado);
- $\sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{\max}\}} Q_{Gl} g(d_{il}, d_{\max})$ é a quota de mercado do grupo G localizado em l , com áreas de influência dos seus estabelecimentos a abranger as unidades geográficas i até um limite de tempo de viagem em estrada d_{\max} (30 minutos, por exemplo); e
- $g(d_{il}, d_{\max})$ é a função de proximidade, aplicada para conferir maior peso às distâncias mais pequenas e menor peso às distâncias maiores, de forma a refletir o efeito das distâncias na atração dos utentes no interior das áreas de influência.

De acordo com as referidas orientações da Comissão Europeia, um IHH inferior a 1.000 indica que é pouco provável a identificação de preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal no mercado. Por outro lado, um IHH superior a 2.000 já será indicativo de uma concentração substancial no mercado. Para a apreciação de concentrações horizontais, a comunicação estabelece que “[é] pouco provável que a Comissão identifique preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal num mercado com um IHH, após a concentração, inferior a 1.000”, e que “[é] também pouco provável que a Comissão identifique preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal numa concentração com um IHH, após a concentração, situado entre 1.000 e 2.000 e com um delta inferior a 250, ou numa concentração com um IHH, após a concentração, superior a 2.000 e com um delta inferior a 150”²¹ (*vide*, respetivamente, parágrafos 19 e 20 daquela comunicação), exceto, no que tange às quotas de mercado, quando “uma das partes na concentração possui uma quota de mercado anterior à concentração igual ou superior a 50%” (*vide* alínea f) do parágrafo 20).

Por conseguinte, isto implica que a identificação de preocupações concorrenciais com base em quotas de mercado e no IHH será mais provável nos casos em que (i) o delta for igual ou superior a 250, se o IHH após a concentração se situar entre 1.000 e 2.000; (ii) o delta for igual ou superior a 150, se o IHH após a concentração for superior a 2.000; ou (iii) se, já antes da concentração, uma das partes possuir uma quota de mercado igual ou superior a 50%.²²

Identificação de impactos potenciais

Ainda de acordo com as orientações da Comissão Europeia, “uma quota de mercado especialmente elevada – 50% ou mais – pode, em si mesma, constituir um elemento de prova de existência de uma posição dominante”, embora também se possa determinar que “as concentrações que levam a quotas de mercado situadas entre 40% e 50% e, nalguns casos, inferiores a 40%, conduzem à criação ou reforço de uma posição dominante”, podendo resultar em entraves significativos à concorrência efetiva.

²¹ O delta refere-se à variação no IHH e constitui um valor aproximado da variação na concentração do mercado resultante da operação de concentração.

²² A utilização destes critérios para se concluir sobre os impactos concorrenciais da operação de concentração projetada faz-se assumindo o pressuposto de que, para o cálculo do delta, tudo o resto se mantém constante, ou seja, o número de estabelecimentos e a sua capacidade produtiva não se alteram, e não há entrada nem saída de concorrentes nos mercados.

Não estando definido legalmente um limite de quota específico a partir do qual se considera existir potencial dominância²³, utiliza-se o seguinte método (*vide* quadro 3).²⁴

Quadro 3 – Identificação de potencial dominância

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

em que:

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

Os métodos e respetivos critérios aplicados na análise empreendida para a identificação de problemas concorrenciais decorrentes da operação de concentração, com vista a prover informação útil para uma decisão acerca da aprovação ou não da concentração, são, resumidamente, os seguintes:

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

- a) Verificação de delta igual ou superior a 250, se o IHH após a concentração se situar entre 1.000 e 2.000;
- b) Verificação de delta igual ou superior a 150, se o IHH após a concentração for superior a 2.000;
- c) Identificação dos casos em que, já antes da concentração, uma das partes possui uma quota de mercado igual ou superior a 50%.

²³ O que aliás está também patente nas próprias orientações *supra* referidas da Comissão Europeia, que indicam a possibilidade de criação ou reforço de uma posição dominante mesmo com uma quota de mercado inferior a 40% *ex post*.

²⁴ *Vide* Melnik, A., Shy, O., & Stenbacka, R. (2008). Assessing market dominance. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 68(1), 63-72; e Hellmer, S., & Wårell, L. (2009). On the evaluation of market power and market dominance – The Nordic electricity market. *Energy Policy*, 37(8), 3235-3241. O quadro descreve a versão estendida do método, de Polzin et al. (2016).

II. Outros impactos potenciais:

- a) Em complemento à análise com base nas quotas de mercado e no IHH, com os critérios da Comissão Europeia *supra* referidos, também são avaliadas alterações em termos de potencial dominância, em aplicação do método seguido (*vide* quadro 3).

Quanto ao cálculo das quotas de mercado, recorreu-se à informação relativa à capacidade produtiva, por oposição ao recurso ao volume de negócios, por um imperativo de exequibilidade, na medida em que não existe, presentemente, recolha sistemática, completa e homogénea de informação sobre o volume de negócios dos prestadores de cuidados de saúde. Ou seja, adota-se a informação sobre a capacidade produtiva para se calcular as quotas de mercado²⁵, devendo referir-se, contudo, que não é possível extrair-se, somente com base em tal informação, a desagregação entre atividade convencionada e não convencionada com o SNS que seja realizada pelas empresas objeto de análise. Consequentemente, os resultados que seguidamente se apresentam devem ser interpretados apenas como indicativos dos locais onde a operação projectada aparenta produzir maiores impactos, porquanto haveria ainda que determinar-se em que medida as quotas apresentadas resultam de atividades realizadas para o SNS, por contraposição a atividades realizadas em ambiente não-SNS.

3.2.2. Resultados

Análises Clínicas

Com base em dados de 10 de agosto de 2017 do SRER, foram identificados 3.333 estabelecimentos não públicos detidos por 231 operadores (entidades ou grupos empresariais) que atuam no mercado relevante de serviços de análises clínicas, conforme definido na subsecção 3.1.4. Relativamente às duas sociedades envolvidas na operação projetada, foram identificados 314 estabelecimentos da sociedade Carlos Torres e 198 da Base.

²⁵ Concretamente, as quotas de mercado dos operadores foram calculadas com base nas suas capacidades produtivas, aferidas pelos seus números de médicos, técnicos, farmacêuticos e enfermeiros registados no SRER. Como salienta a Comissão Europeia, para além do volume de negócios, a capacidade produtiva das empresas constitui igualmente elemento válido para aferição das posições relativas dos agentes económicos no mercado (*vide* parágrafo 54 da Comunicação 97/C 372/03).

Aplicando os métodos de análise identificados na subsecção anterior e tendo em consideração uma subdivisão de Portugal continental em áreas de códigos postais, obtiveram-se dois conjuntos de 458 resultados de IHH e quotas de mercado, referentes aos cenários *ex ante* e *ex post*. Atentos os critérios de análise quanto a alterações do grau de concentração do mercado (critérios das orientações da Comissão Europeia para apreciação de concentrações horizontais), foi possível identificar alterações em nove NUTS III, no sentido de maior concentração. Por sua vez, por meio da associação de dados da população residente aos resultados²⁶, identificaram-se quatro regiões em que o impacto dessas alterações será predominante, por atingirem mais de 50% da população: Área Metropolitana do Porto (91% da população), Ave (98%), Cávado (100%) e Tâmega e Sousa (69%). Estes resultados envolvem estabelecimentos das sociedades Base e Carlos Torres localizados em 43 concelhos, entre os quais os de maior dimensão: Medicina Laboratorial Dr. Carlos da Silva Torres, S.A. – SEDE (Carlos Torres), LAC de Dra. Isabel Maria Paquim Cerejeira, Lda. (Carlos Torres), Lab. Patologia Clínica Dr. Hilário de Lima, S.A. (Carlos Torres), e BMAC – LAC Botelho Moniz, Fleming Torrinha, Fernando Carvalho e Conceição Sabença, S.A. (Base).

A tabela 3 exprime os resultados encontrados nas quatro NUTS III.²⁷

Tabela 3 – Análises Clínicas, resultados por NUTS III – quotas de mercado e IHH

NUTS	IHH antes	IHH depois	Delta
Área Metropolitana do Porto	<2.000	>2.000	>500
Ave	>2.000	>4.000	>1.000
Cávado	>3.000	>3.000	>500
Tâmega e Sousa	>2.000	>2.000	>500

Fonte: SRER e INE.

Note-se, por último, que foi possível identificar potenciais problemas concorrenciais decorrentes da operação de concentração, segundo os critérios de análise descritos na secção anterior (I. a), b) e c), e II. a)), sendo o resultado mais frequente a

²⁶ A informação da população residente, dos Censos de 2011, do Instituto Nacional de Estatística (INE), é uma aproximação adotada para quantificar os utentes que os prestadores procuram atrair para os seus estabelecimentos.

²⁷ Os dados identificados na tabela por NUTS III resultam de médias ponderadas por população residente das áreas de códigos postais.

verificação de delta igual ou superior a 150, com um IHH após a concentração superior a 2.000 (critério I. b)), identificado em 71 áreas de códigos postais.

Anatomia Patológica

Com base em dados de 7 de agosto de 2017 do SRER, foram identificados 69 estabelecimentos não públicos detidos por 61 operadores (entidades ou grupos empresariais) que atuam no mercado relevante de serviços de anatomia patológica, conforme definido na subsecção 3.1.4. Relativamente às duas sociedades envolvidas na operação projetada, foram identificados três estabelecimentos da sociedade Carlos Torres²⁸ e um da Base.

Aplicando os métodos de análise identificados na subsecção anterior e tendo em consideração uma subdivisão de Portugal continental em áreas de códigos postais, obtiveram-se dois conjuntos de 219 resultados de IHH e quotas de mercado, referentes aos cenários *ex ante* e *ex post*. Atentos os critérios de análise quanto a alterações do grau de concentração do mercado (critérios das orientações da Comissão Europeia para apreciação de concentrações horizontais), foi possível identificar alterações apenas na Área Metropolitana no Porto, no sentido de maior concentração, com 69% da população atingida pelo impacto dessas alterações. Estes resultados envolvem os quatro estabelecimentos das sociedades Base e Carlos Torres localizados no Porto.

A tabela 4 apresenta os resultados encontrados na Área Metropolitana do Porto, com problemas concorrenciais identificados.²⁹

Tabela 4 – Anatomia Patológica, resultados por NUTS III – quotas de mercado e IHH

NUTS	IHH antes	IHH depois	Delta
Área Metropolitana do Porto	>3.000	>3.000	>150

Fonte: SRER e INE.

²⁸ Para além dos estabelecimentos LAP e CGC identificados na secção 2, foi identificada no SRER a Unidade de Colheitas Constituição da entidade Medicina Laboratorial Dr. Carlos da Silva Torres, S.A..

²⁹ Os dados identificados na tabela por NUTS III resultam de médias ponderadas por população residente das áreas de códigos postais.

Tendo em conta os critérios de análise, apenas não se identificou a ocorrência da situação I. a), ou seja, delta igual ou superior a 250, com um IHH *ex post* a situar-se entre 1.000 e 2.000. Foram aferidas as três situações restantes (I. b) e c), e II. a)), com maior predominância da verificação de delta igual ou superior a 150, com um IHH após a concentração superior a 2.000 (critério I. b), em 24 áreas de códigos postais).

MCDT de Cardiologia

Com base em dados de 21 de agosto de 2017 do SRER, foram identificados 1.249 estabelecimentos não públicos detidos por 979 operadores (entidades ou grupos empresariais) que atuam no mercado relevante de serviços de MCDT de cardiologia, conforme definido na subsecção 3.1.4. Relativamente às duas sociedades envolvidas na operação projetada, foram identificados seis estabelecimentos da sociedade Carlos Torres e 24 da Base.

Aplicando os métodos de análise identificados na subsecção anterior e tendo em consideração uma subdivisão de Portugal continental em áreas de códigos postais, obtiveram-se dois conjuntos de 427 resultados de IHH e quotas de mercado, referentes aos cenários *ex ante* e *ex post*. Atentos os critérios de análise quanto a alterações do grau de concentração do mercado (critérios das orientações da Comissão Europeia para apreciação de concentrações horizontais), foi possível identificar alterações em duas NUTS III (Área Metropolitana do Porto e Região de Aveiro), no sentido de maior concentração, não se tendo no entanto identificado qualquer impacto predominante, por não atingirem mais de 50% da população.

Apenas dois resultados em áreas de códigos postais sofrem alterações marginais, identificando-se somente a ocorrência das situações I. a) e II. a) em cada uma das áreas. Estas alterações diluem-se na agregação dos resultados por NUTS.

4. Conclusões

Por ofício recebido em 7 de agosto de 2017, a AdC solicitou à ERS parecer sobre a operação de concentração com a referência Ccent 29/2017 – Unilabs/Base Holding. Analisando a estrutura dos mercados relevantes e as alterações nessa estrutura que deverão resultar da operação projetada, destaca-se o seguinte:

- (i) Os mercados relevantes foram definidos como sendo mercados de serviços de análises clínicas, de serviços de anatomia patológica e de serviços de MCDT de cardiologia em áreas geográficas correspondentes a 30 minutos de viagem, prestados por operadores privados;
- (ii) A avaliação concorrencial realizada acompanha de perto as orientações da Comissão Europeia para a apreciação de concentrações horizontais, incidindo primordialmente sobre os níveis de quotas de mercado e do IHH;
- (iii) No que concerne aos serviços de análises clínicas, foram identificados impactos potenciais em quatro NUTS III: Área Metropolitana do Porto, Ave, Cávado e Tâmega e Sousa;
- (iv) Relativamente aos serviços de anatomia patológica, foram identificados impactos potenciais na Área Metropolitana do Porto;
- (v) Quanto aos serviços de MCDT de cardiologia, não foram identificados impactos potenciais.