



**PARECER DA ERS SOBRE A  
OPERAÇÃO DE CONCENTRAÇÃO COM A REFERÊNCIA  
Ccent 15/2018 – UNILABS/LABORATÓRIO TÂMEGA  
(versão não confidencial)<sup>1</sup>**

## **1. Introdução**

Por ofício recebido em 12 de abril de 2018, a Autoridade da Concorrência (AdC) solicitou à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) parecer sobre a operação de concentração com a referência Ccent 15/2018 – Unilabs/Laboratório Tâmega. 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 Laboratório de Análises Clínicas do Tâmega, Lda. 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.

---

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

## 2. Descrição das empresas envolvidas

A adquirente, sociedade designada por Medicina Laboratorial Dr. Carlos da Silva Torres, S.A. (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 16 da notificação da operação de concentração, a notificante “desenvolve a sua atividade nos seguintes mercados: (i) o mercado das análises clínicas no plano nacional e em várias RRAS relevantes em Portugal; (ii) o mercado dos meios complementares de diagnóstico na área de cardiologia nas RRAS relevantes em Portugal; (iii) o mercado de serviços de imagiologia nas RRAS relevantes em Portugal; (iv) o mercado, pelo menos de dimensão nacional, de serviços de anatomia patológica; (v) o mercado da prestação de serviços de análise genética (genética médica), com uma dimensão geográfica de, pelo menos, âmbito nacional e (vi) o mercado da prestação de serviços veterinários, com uma dimensão geográfica de âmbito nacional.”

O Grupo Unilabs integrou, em 2017, a Base Holding, “igualmente ativa na prestação de serviços de diagnóstico, tendo esta concentração sido objeto de uma decisão de não oposição por parte da AdC”<sup>2</sup> (página 3 da notificação).

A tabela 1 lista as entidades das quais a Carlos Torres detém 100% do capital, que resulta do confronto da notificação com os dados do SRER da ERS.

**Tabela 1 – Entidades com participação da Carlos Torres**

Designação da entidade	Especialidades
Laboratório Patologia Clínica Dr. Hilário de Lima, SA	Análises Clínicas
BMAC – Laboratórios de Análises Clínicas Botelho Moniz, Fleming Torrinha, Fernando Carvalho e Conceição Sabença, SA;	Análises Clínicas
Medicina Laboratorial Dr. Luís Aguiar Soares, S.A;	Análises Clínicas
Laboratório de Análises Clínicas de Dra. Isabel Maria Paquim Cerejeira, SA*	Análises Clínicas
João Guimarães, Lda;	Cardiologia

<sup>2</sup> Operação de Concentração com a Referência Ccent 29/2017, com parecer da ERS disponível em <https://www.ers.pt> e com decisão da Autoridade da Concorrência disponível em <http://www.concorrenca.pt>.

Designação da entidade	Especialidades
Siscardio – Serviços Médicos Especializados, Lda;	Cardiologia
LAP Laboratório de Anatomia Patológica, Lda;	Anatomia Patológica
CGC Centro de Genética Clínica e Patologia, SA;	Genética Médica
Base Serviços Médicos de Imagiologia, SGPS, S.A.	Imagiologia
Base Share – Serviços Partilhados, SA.	Prestação de Serviços

Nota: \* O Laboratório de Análises Clínicas de Dra. Isabel Maria Paquim Cerejeira, S.A. consta do SRER como detida pela Carlos Torres.

A Carlos Torres detém ainda 100% do capital da Base Share – Serviços Partilhados, S.A., entidade que 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 que respeita à área de análises clínicas, a BMAC (detida a 100% pela Carlos Torres) detém ainda as entidades listadas na tabela 2.

**Tabela 2 – Entidades com participação da BMAC**

Designação da entidade	Especialidades
<i>Participação direta no capital</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
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
Labgarb - Análises Clínicas, Lda <sup>a</sup>	Análises Clínicas
Maria Manuela Gouveia Duarte SA*	Análises Clínicas
BEIRALAB-Laboratórios da Casa de Saúde S. Mateus, SA	Análises Clínicas
<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 <sup>a</sup>	Análises Clínicas

Nota: \* A entidade Maria Manuela Gouveia Duarte S.A. encontra-se registada no SRER da ERS tendo como único acionista a BMAC – Laboratório Analises Clínicas Botelho Moniz, Fleming Torrinha, Fernando Carvalho e Conceição Sabença, S.A.

A Carlos Torres detém ainda 90% da Cardioteste, Clínica Cardiológica S.A., embora ainda conste do SRER como acionista a Base Holding, SGPS, S.A. (adquirida pela Carlos Torres em 2017) e 80% da Cedivet – Laboratório Clínico Veterinário.

De acordo com os dados do SRER, a Carlos Torres opera com o CAE “85141 Laboratórios de análises clínicas”, gerindo um total de 238 estabelecimentos, dos quais um tem designação de sede, o estabelecimento GDV – Foz do Sousa, e os demais de unidades de colheita. No SRER ainda consta como detentora da BMAC – Laboratórios de Análises Clínicas Botelho Moniz, Fleming Torrinha, Fernando Carvalho e Conceição Sabença, S.A., a Base Holding SGPS S.A., e como acionistas da entidade Medicina Laboratorial Dr. Luís Aguiar Soares, S.A. surgem: André David de Vasconcelos Aguiar Soares, Herança de Dr. Luis Aguiar Soares, José Miguel de Vasconcelos Aguiar Soares, Maria Cândida Martins de Vasconcelos Soares, Paulo Manuel de Vasconcelos Aguiar Soares, e Pedro Daniel de Vasconcelos Aguiar Soares.

A informação disponível no SRER da ERS confirma a listagem de estabelecimentos atribuídos na notificação ao Grupo Unilabs, embora identifique uma entidade em que a Carlos Torres detém 100% do capital, o Laboratório de Análises Clínicas de Dra. Isabel Maria Paquim Cerejeira, S.A., que também se dedica à área de análises clínicas. Por outro lado, a entidade Maria Manuela Gouveia Duarte, S.A., encontra-se registada no SRER da ERS, tendo como única acionista a BMAC – Laboratório Analises Clínicas Botelho Moniz, Fleming Torrinha, Fernando Carvalho e Conceição Sabença, S.A. (atualmente detida a 100% pela Carlos Torres).

Por seu turno, a adquirida na operação projetada é a entidade Laboratório de Análises Clínicas do Tâmega, Lda. (doravante Laboratório do Tâmega ou adquirida), com NIPC 502000562, que como se descreve na página 8 da notificação é “uma sociedade por quotas que presta serviços de análises clínicas essencialmente na região de Chaves e, em menos medida, em Bragança”.

No SRER, encontra-se registada a entidade Laboratório de Análises Clínicas do Tâmega, Lda., com o número de registo 13804, com atividade no âmbito das análises clínicas, detentora do Laboratório de Análises Clínicas do Tâmega (sede) e 6 postos de colheita, em Chaves, Boticas, Montalegre, Vila Pouca de Aguiar e Bragança. No

*website* da entidade são ainda publicitados três outros postos de colheita em Rebordelo, Ribeira da Pena e Vila Real<sup>3</sup>.

O Laboratório do Tâmega integra o Grupo REDELAB, Diagnóstico Clínico, S.A.<sup>4</sup>, um projeto de cooperação estratégica, embora os laboratórios integrados nesse grupo se mantenham autónomos e independentes.

Por último, a operação de concentração em causa tem como natureza a aquisição de controlo exclusivo de tipo horizontal (página 9 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.<sup>5</sup> 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 enfermagem, e as técnicas de diagnóstico e de terapêutica, que são orientados para

---

<sup>3</sup> Vide <http://www.lactamega.pt/>.

<sup>4</sup> Vide [http://www.lactamega.pt/analises\\_clinicas.php](http://www.lactamega.pt/analises_clinicas.php).

<sup>5</sup> 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).

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.<sup>6</sup>

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, a área das análises clínicas/patologia clínica é a área do setor da saúde em que a adquirente e a adquirida têm simultaneamente atividade, e na qual são presentemente (antes da concentração) concorrentes.

---

<sup>6</sup> 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”.

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.<sup>7</sup>

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, 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

---

<sup>7</sup> 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.

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;<sup>8</sup>
- 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, concretamente os serviços das valências de análises clínicas e da especialidade médica de patologia clínica**, identificáveis, por exemplo, nos clausulados tipo *supra*

---

<sup>8</sup> 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).



referidos ou nas tabelas de preços do SNS (tabelas de patologia clínica da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho).<sup>9</sup>

Decorre ainda da legislação que laboratórios de análises clínicas e de patologia clínica são equivalentes e podem realizar os mesmos atos.<sup>10</sup> Podem ser considerados, assim, concorrentes efetivos, a que os utentes podem recorrer indistintamente quando procuram serviços de análises clínicas.

### **3.1.2. Mercado geográfico relevante**

No que se refere à definição do mercado relevante na sua dimensão geográfica, considera-se a área geográfica na qual as empresas intervêm na oferta dos produtos/serviços relevantes, onde as condições de concorrência são suficientemente homogêneas, e que se pode distinguir de outras áreas geográficas em virtude de diferentes condições. Assim, trata-se de definir uma área territorial onde as condições de concorrência do produto/serviço relevante são similares para todos os operadores 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 pontos de oferta, deverão ser definidas áreas

---

<sup>9</sup> 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](https://www.ers.pt/pages/18?news_id=1258)).

<sup>10</sup> 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.

de influência (ou isócronas) de x minutos de cada ponto de oferta. Assim, pode-se definir como mercado geográfico relevante as áreas de influência dos estabelecimentos das empresas em questão na análise concorrencial. São nestas regiões que as empresas concorrem com outras pelos utentes ali residentes.<sup>11</sup>

Para se delimitar as fronteiras das áreas de influência, pode-se recorrer a referências existentes de tempos máximos de deslocação.<sup>12</sup> Tendo em conta essas referências e, ainda, os exercícios realizados pela própria ERS em diversos estudos<sup>13</sup>, define-se como mercado geográfico relevante para a operação de concentração em apreço as áreas de influência de 30 minutos dos estabelecimentos prestadores em causa.

Sem prejuízo desta definição e da realização das avaliações com base em áreas de influência de 30 minutos, os resultados são apresentados por NUTS III, por ser prática comum, também em anteriores pareceres da ERS<sup>14</sup>, devendo alertar-se, contudo, para as seguintes limitações de avaliações realizadas tendo por base unicamente as NUTS III, ou seja, sem áreas de influência:

- (i) Ignoram qualquer variação intrarregional na tensão concorrencial entre os operadores, decorrente das diferenças de distância que os utentes

---

<sup>11</sup> Em particular, tendo em conta uma operação de concentração projetada envolvendo dois operadores, a concorrência entre os dois ocorre na intersecção das áreas de influência dos seus estabelecimentos, na medida em que esta demarca a região em que os dois operadores têm quota de mercado, conjuntamente.

<sup>12</sup> Referências de tempos máximos de viagem recomendadas pelo GMENAC (*Graduate Medical Education National Advisory Committee*), comité criado pelo governo dos Estados Unidos da América, e definidas em artigos de análises de acesso na literatura, são, por exemplo, 30 minutos para cuidados de saúde primários, serviços de urgência/emergência e cuidados médicos gerais de adultos e crianças; 45 minutos para cuidados de obstetria; e 90 minutos para intervenções cirúrgicas gerais ou cuidados de saúde hospitalares (*vide* Hughes, J. G., Budetti, P. P., Chapman, D. D., Cramblett, H. G., Mathies, A. W., Meyer, B. P., Seidel, H., Slungaard, R. K., Connelly, J. P., & Bornstein, S. L. (1981). Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee. *Pediatrics*, 67(5), 585-596; Fortney, J., Rost, K., & Warren, J. (2000). Comparing Alternative Methods of Measuring Geographic Access to Health Services. *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 1(2), 173-184; e Polzin, P., Borges, J., & Coelho, A. (2014). An extended kernel density two-step floating catchment area method to analyze access to health care. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 41(4), 717-735).

<sup>13</sup> 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](http://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.

<sup>14</sup> *Vide* pareceres anteriores publicados em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

precisam de percorrer no interior das regiões, tendo em conta a localização das suas residências e dos prestadores. Com efeito, avaliações realizadas com base em regiões administrativas ou para fins estatísticos não permitem a distinção entre grandes e pequenas distâncias no interior das regiões, não refletindo a reconhecida preferência global dos utentes por estabelecimentos mais próximos de si, em função de tempos de viagem e custos de transporte mais baixos.

- (ii) Ignoram fluxos de utentes que cruzam as suas fronteiras, desconsiderando assim pressões concorrenciais exercidas entre prestadores localizados em regiões distintas, mesmo que estejam muito próximos entre si.
- (iii) Produzem 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.<sup>15</sup>

### **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 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.

---

<sup>15</sup> As fronteiras das NUTS III têm sofrido diversas alterações ao longo do tempo desde a sua definição na legislação portuguesa pelo Decreto-Lei n.º 46/89, de 15 de fevereiro, sujeitando os resultados de uma análise concorrencial baseada nestas regiões a possíveis alterações repentinas, mesmo sem a ocorrência de qualquer alteração real na estrutura de mercado. 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.

Tendo em consideração os mercados relevantes de produto aqui em estudo, pode verificar-se que estão em causa serviços (concretamente, MCDT) que na rede pública de cuidados de saúde estão disponíveis na sua quase totalidade nos hospitais do SNS.

Ora, recorde-se aqui a posição tomada pela ERS nos pareceres emitidos em resposta a solicitações anteriores 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”.<sup>16</sup>

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 2016, 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. Já 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.

---

<sup>16</sup> 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.

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, a ERS considera que os estabelecimentos do SNS não estão em concorrência efetiva com os estabelecimentos não públicos que aqui relevam para a avaliação concorrencial.

#### **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:

- Mercados de serviços de análises clínicas 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<sup>17</sup>, 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).

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

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

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

em que:

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

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

A versão estendida do IHH, que se apresenta no quadro 2 e cujos cálculos se baseiam em áreas de influência, permite o cálculo do IHH para unidades geográficas pequenas (áreas dos códigos postais) e, conseqüentemente, a obtenção de resultados com maior nível de detalhe geográfico na avaliação concorrencial. A utilização desta versão faz mais sentido em setores – como o da prestação de cuidados de saúde –, em que os consumidores precisam de se deslocar até aos pontos de oferta para obter os produtos/serviços que desejam ou necessitam, ou seja, nos setores em que a

<sup>17</sup> Comunicação 2004/C 31/03, publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 31, de 5 de fevereiro de 2004.

localização dos pontos de oferta é uma importante variável concorrencial para atração de consumidores e consequente manutenção ou ganho de quota de mercado.<sup>18</sup>

**Quadro 2 – Cálculo do IHH (versão estendida)**

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

em que:

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

De acordo com as referidas orientações da Comissão Europeia, um IHH inferior a 1.000 indica que é pouco provável a identificação de preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal no mercado. Por outro lado, um IHH superior a 2.000 já seria indicativo de uma concentração substancial no mercado. Para a apreciação de concentrações horizontais, a Comunicação 2004/C 31/03 estabelece que “[é] pouco provável que a Comissão identifique preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal num mercado com um IHH, após a concentração, inferior a 1.000”, e ainda que “[é] também pouco provável que a Comissão identifique preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal numa concentração com um IHH, após a concentração, situado entre 1.000 e 2.000 e com um delta inferior a 250, ou numa concentração com um IHH, após a concentração, superior a 2.000 e com um delta

<sup>18</sup> Sobre a versão estendida do IHH, vide Polzin, P., Borges, J., & Coelho, A. (2016). A decision support method to identify target geographic markets for health care providers. *Papers in Regional Science*, 95(4), 843-863.



inferior a 150”<sup>19</sup> (*vide*, respetivamente, parágrafos 19 e 20 da comunicação), exceto, no que tange às quotas de mercado, quando “uma das partes na concentração possui uma quota de mercado anterior à concentração igual ou superior a 50%” (*vide* alínea f) do parágrafo 20).

Por conseguinte, isto implica que a identificação de preocupações concorrenciais com base em quotas de mercado e no IHH será mais provável nos casos em que (i) o delta for igual ou superior a 250, se o IHH após a concentração se situar entre 1.000 e 2.000; (ii) o delta for igual ou superior a 150, se o IHH após a concentração for superior a 2.000; ou (iii) se, já antes da concentração, uma das partes possuir uma quota de mercado igual ou superior a 50%.<sup>20</sup>

### ***Identificação de potencial dominância***

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

Embora a obtenção de posição dominante não seja proibida por lei, o abuso de posição dominante é proibido, e não devem ser autorizadas “concentrações de empresas que sejam suscetíveis de criar entraves significativos à concorrência efetiva no mercado nacional ou numa parte substancial deste, em particular se os entraves resultarem da criação ou do reforço de uma posição dominante” (cf. n.º 1 do artigo 11.º e n.º 4 do artigo 41.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio). Sendo assim, para se estimar o risco de entraves resultantes da criação ou do reforço de uma posição dominante, e na ausência de uma definição legal de uma quota de mercado de referência que permita a identificação de uma posição dominante, recorre-se a um método que calcula um limite de quota de mercado a partir do qual se pode determinar se a empresa de maior quota no mercado relevante tem posição potencialmente dominante

---

<sup>19</sup> O delta refere-se à variação no IHH e constitui um valor aproximado da variação na concentração do mercado resultante da operação de concentração.

<sup>20</sup> 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.



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

**Quadro 3 – Identificação de potencial dominância**

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

em que:

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

Concretamente, aplica-se a fórmula indica no quadro 3 para as situações *ex ante* e *ex post* e, de seguida, faz-se uma comparação entre a maior quota identificada em cada uma das duas situações e a respetiva quota de referência identificada com o método. Deste modo, a criação de posição potencialmente dominante é verificada quando a maior quota de mercado é inferior à quota de referência na situação anterior à concentração, mas passa a ser superior à referência na situação posterior. Por sua vez, há reforço de posição potencialmente dominante quando nas duas situações há identificação de posição potencialmente dominante, mas na situação posterior a diferença entre a maior quota de mercado e a quota de referência aumenta face ao que se verifica na situação inicial.<sup>21</sup>

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

<sup>21</sup> Vide Polzin et al. (2016).

**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%.

**II. Outros impactos potenciais (potencial dominância):**

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

Finalmente, quanto ao cálculo das quotas de mercado, a informação relativa à capacidade produtiva – que se pode aferir pelo número de profissionais de saúde, disponível no SRER –, domina sobre o recurso aos volumes de negócios, por indisponibilidade de dados atuais, completos e homogêneos de volumes de negócios dos prestadores de cuidados de saúde. Sendo assim, adota-se a informação sobre a capacidade produtiva para se calcular as quotas de mercado, devendo ressaltar-se que, de acordo com a Comissão Europeia, esta constitui elemento igualmente válido para aferição das posições relativas dos agentes económicos no mercado.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Cf. parágrafo 54 da Comunicação 97/C 372/03. Concretamente, as quotas de mercado dos operadores foram calculadas com base nas suas capacidades produtivas, aferidas pelos seus números de médicos, farmacêuticos, técnicos e enfermeiros registados no SRER (ou a estimativas, nos casos em que os registos não permitem a identificação exata dos números afetos aos serviços relevantes). 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.

### 3.2.2. Resultados

#### *Mercado de serviços de análises clínicas*

Foram identificados no SRER 3.263 estabelecimentos atuantes no mercado de serviços de análises clínicas, detidos por 217 operadores (dados de 16 de abril de 2018). A figura 1 apresenta as regiões que identificam o mercado geográfico relevante.

**Figura 1 – Mercado geográfico relevante de serviços de análises clínicas**



Fonte: Elaboração própria.

As regiões a vermelho representam a união das áreas de códigos postais que são abrangidas pelas áreas de influência de estabelecimentos dos dois operadores simultaneamente. Nestas duas regiões, que se dispersam por três NUTS III – Alto Tâmega, Douro e Terras de Trás-os-Montes –, há concorrência efetiva entre os dois grupos empresariais no mercado de serviços de análises clínicas, o que significa que será ali que os resultados em termos de quotas de mercado, IHH e identificação de posição potencialmente dominante se devem alterar com a concentração projetada.

No entanto, comparados os resultados *ex ante* e *ex post* é possível identificar preocupações em termos concorrenciais decorrentes da operação de concentração apenas em áreas das NUTS III do Alto Tâmega e de Terras do Trás-os-Montes, com base nos critérios de análise I. b) e II. a) (*vide* página 18), ou seja, delta igual ou superior a 150, com o IHH após a concentração sendo superior a 2.000, e reforço ou criação de posição potencialmente dominante. Além disso, são identificados, ainda na situação *ex ante*, casos em que um dos dois grupos possui uma quota de mercado igual ou superior a 50% (critério I. c)) nas NUTS III de Alto Tâmega, Algarve, Área Metropolitana do Porto, Ave, Cávado, Dão-Lafões, Douro, Região de Aveiro, Tâmega e Sousa e Terras do Trás-os-Montes (em sua grande maioria a Carlos Torres).

A tabela 3 exprime os resultados dos IHH agregados por NUTS III, no caso das duas NUTS onde foram identificadas preocupações em termos concorrenciais. Também com este cálculo, baseado em médias dos resultados por áreas de códigos postais ponderadas pela população residente, é possível verificar o critério I. b) nas NUTS III do Alto Tâmega e de Terras do Trás-os-Montes, com uma mudança mais expressiva no caso da NUTS III do Alto Tâmega.

**Tabela 3 – Resultados por NUTS III – IHH e delta, mercado dos serviços de análises clínicas**

NUTS III	IHH antes	IHH depois	Delta
Alto Tâmega	>2.000	>2.000	>600
Terras de Trás-os-Montes	>2.000	>2.000	>150

Os resultados quanto à verificação dos critérios I. b) e II. a) e, ainda, do critério I. c), podem ser visualizados geograficamente na figura 2. A tabela 4 exprime os resultados com verificação dos critérios nas áreas de códigos postais das NUTS III com regiões a vermelho, ou seja, Alto Tâmega e Terras de Trás-os-Montes, devendo referir-se que estas são as duas regiões onde se situam os estabelecimentos da adquirida.

**Figura 2 – Verificação dos critérios de análise nas NUTS III de Portugal continental**



Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 4 – Verificação dos critérios de análise nos códigos postais das NUTS III do Alto Tâmega e Terras de Trás-os-Montes**

NUTS III	Código postal	Critérios de análise		
		I.b)	I.c)	II.a)
Alto Tâmega	4870	1	0	1
	5400	1	0	1
	5450	1	0	0
	5460	0	1	1
	5470	1	0	1
Terras de Trás-os-Montes	5300	1	0	0
	5360	0	1	0

Nota: 1 indica a verificação do critério no código postal em causa; 0, a não verificação.

## 4. Conclusões

Por ofício recebido em 12 de abril de 2018, a AdC solicitou à ERS parecer sobre a operação de concentração com a referência Ccent 15/2018 – Unilabs/Laboratório Tâmega. Analisando a estrutura do mercado de serviços de análises clínicas e as alterações nessa estrutura que deverão resultar da operação projetada, destaca-se que foram identificados impactos nas regiões das NUTS III do Alto Tâmega e Terras de Trás-os-Montes, onde se encontram localizados os estabelecimentos da adquirida. Destaca-se o impacto significativo na NUTS III do Alto Tâmega, onde a maioria dos resultados aponta para preocupações concorrenciais.

Porto, 26 de abril de 2018.