

PARECER DA ERS SOBRE A OPERAÇÃO DE CONCENTRAÇÃO Ccent 2/2019 – BASE / IMAG

(versão não confidencial)¹

1. Introdução

Por ofício recebido em 22 de janeiro de 2019, a Autoridade da Concorrência (AdC) solicitou à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) parecer sobre a operação de concentração com a referência Ccent 2/2019 – Base / IMAG.

A operação consiste na aquisição pela Base Serviços Médicos de Imagiologia, SGPS, SA, do controlo exclusivo da IMAG – Imagens Médicas para Diagnóstico e Terapêutica, SA. As partes envolvidas na operação de concentração têm a seu cargo a gestão de estabelecimentos prestadores de cuidados 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”.

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.

¹ 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

BASE

Nos termos da descrição que consta da notificação da operação, a sociedade Base Serviços Médicos de Imagiologia, SGPS, SA (doravante Base) é “uma sociedade integrada no grupo de empresas Unilabs”, grupo este que em Portugal “opera na prestação de serviços de análises clínicas desde o início de 2006 e, atualmente, encontra-se também ativ[o] na prestação de serviços de anatomia patológica, serviços complementares de cardiologia, serviços na área da genética médica, imagiologia e serviços de laboratórios clínicos veterinários” (cf. página 3 da notificação).

Com base na informação da notificação, em dados do Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados da ERS (SRER) e outras informações publicamente disponíveis, identifica-se que a Base gere, por efeito de participações diretas ou indiretas no capital de diversas entidades, o seguinte conjunto de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde com relevância para a operação de concentração:²

Tabela 1 – Entidades e estabelecimentos da Base com relevância para a operação

[CONFIDENCIAL]

IMAG

Por seu turno, a IMAG – Imagens Médicas para Diagnóstico e Terapêutica, SA (doravante IMAG), sociedade adquirida na operação, é descrita na página 4 da notificação como “ativa na prestação de serviços complementares de diagnóstico, que correspondem a serviços de cardiologia e imagiologia, no norte e sul de Portugal, bem como na Grande Lisboa”.

Ora, com base em informação da notificação, do SRER da ERS e outros dados publicamente disponíveis, foi possível apurar que a IMAG participa no capital social de

² O conjunto de estabelecimentos da Base com relevância para a operação de concentração inclui apenas os estabelecimentos localizados em Portugal continental, que se dedicam a atividades dentro da delimitação do mercado relevante considerado pela ERS na análise da operação de concentração (conforme definido na secção 3.1.1 do presente parecer).

um conjunto de entidades que gerem os seguintes estabelecimentos com atividade relevante no âmbito da operação de concentração³:

Tabela 2 – Entidades e estabelecimentos da IMAG com relevância para a operação

[CONFIDENCIAL]

3. Análise concorrencial

Em termos de metodologia, a avaliação concorrencial da ERS segue os princípios adotados pela Comissão Europeia, recorrendo-se à definição de mercados relevantes e ao estudo da estrutura dos mercados.⁴ Portanto, o estudo do impacto da operação na dinâmica concorrencial dos mercados é feito a partir da análise da estrutura dos mercados relevantes definidos e das alterações que deverão resultar da operação de concentração.

Atenta a influência da estrutura dos mercados no comportamento dos operadores, tem-se em vista concluir sobre os riscos de ocorrência de efeitos negativos associados à redução da concorrência, tais como, por exemplo, preços excessivamente altos, qualidade reduzida e redução da liberdade de escolha dos utentes.⁵

3.1. Definição dos mercados relevantes

Como primeiro passo para se avaliar os potenciais impactos concorrenciais de uma operação de concentração envolvendo prestadores de cuidados de saúde, é necessário proceder a uma identificação dos mercados de prestação de cuidados de

³ Segundo os dados do SRER da ERS, a IMAG detém **[CONFIDENCIAL]**.

⁴ 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.

⁵ Sobre impactos concorrenciais, vejam-se, para além da referida Comunicação 2004/C 31/03: Gaynor, M., Moreno-Serra, R. e Propper, C. (2012). Can competition improve outcomes in UK health care? Lessons from the past two decades. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(1), 49-54; Ikkersheim, D. e Koolman, X. (2012). Dutch healthcare reform: did it result in better patient experiences in hospitals? A comparison of the consumer quality index over time. *BMC Health Services Research*, 12(35), 76; e Motta, M. (2004). *Competition Policy: Theory and Practice*. New York: Cambridge University Press.

saúde que poderão ser afetados e que, por isso, serão considerados relevantes para a análise a efetuar.

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, 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) concorrentes, são – nos termos utilizados na notificação – as áreas da imagiologia e dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) 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.⁶

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 quer a 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.), quer ao nível de especificações de qualidade que possam estar estabelecidas (por exemplo, legislação do licenciamento e Manuais de Boas Práticas). Tais enquadramentos têm implícitos métodos/processos produtivos adotados na prestação de serviços e recursos humanos específicos, que podem ser utilizadas com vista à definição do mercado relevante do produto.

No caso em apreço, importa desde logo ter em conta que se designa por imagiologia médica o conjunto de técnicas de diagnóstico e investigação que fornecem ao médico uma imagem visual das diversas partes do corpo humano. Segundo várias definições, a imagiologia compreende a radiologia convencional (radiação X), a ecografia (ultra-sons), a tomografia axial computadorizada, a ressonância magnética e as técnicas ligadas à medicina nuclear, como a tomografia de emissão de positrões.⁷

Ora, recorrendo-se às tabelas de preços a praticar pelo SNS, aprovados pela Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, constata-se que a área de MCDT de radiologia compreende um total de 398 técnicas distribuídas pelas categorias de técnicas radiologia convencional, ecografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, angiografia diagnóstica, procedimentos de intervenção e osteodensitometria.

Sendo assim, tendo em conta os princípios metodológicos de definição de mercados relevantes, designadamente o argumento da substituíbilidade do lado da oferta, define-

⁶ 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.

⁷ Definições de Freitas e Costa, M., (2005), “Dicionário de termos médicos”, Porto Editora, e Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P. e Nicoulin, M., (2004), “Dicionário Médico (3.ª ed. Revista e actualizada)”, CLIMEPSI Editores, adaptação e revisão da ed. Portuguesa por Falcato, J. A..

se um mercado relevante do produto, para efeitos da avaliação da operação de concentração, como abrangendo **os operadores que prestam os serviços constantes das tabelas de preços do SNS da área de radiologia.**^{8,9}

Adicionalmente, 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 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 registador de eventos.

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

Importa ainda referir que, de acordo com os dados consultados no SRER da ERS, os operadores Base e IMAG oferecem, ambos, serviços nas áreas da gastroenterologia, da medicina geral e familiar, da medicina interna, da pneumologia e da urologia.

⁸ Esta delimitação de mercado relevante do produto foi já definida pela ERS no âmbito do parecer de “Avaliação Concorrencial dos Mercados de Serviços de Radiologia”, realizado em setembro 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.

⁹ Note-se que na definição apresentada de imagiologia médica incluía-se, para além do universo de técnicas delimitado na área da radiologia das tabelas do SNS, a área da medicina nuclear. Esta área deve destacar-se como um mercado do produto distinto, na medida em que abarca técnicas que exigem recursos humanos e físicos dedicados e diferenciados das restantes áreas incluídas na imagiologia. Todavia, esse mercado não é aqui analisado uma vez que segundo dados do SRER, a IMAG não presta serviços de medicina nuclear.

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.

[CONFIDENCIAL]; por esse motivo, opta-se por não abordar tais mercados no presente parecer.

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 de influência (ou isócronas) de x minutos desses pontos de oferta. Assim, pode-se definir como mercado geográfico relevante as áreas de influência dos estabelecimentos das empresas em questão na análise concorrencial. É nestas regiões que as empresas concorrem com outras pelos consumidores ali residentes.¹¹

¹¹ 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.

Para se delimitar as fronteiras das áreas de influência, pode-se recorrer a referências existentes de tempos máximos de deslocação.¹² Tendo em conta essas referências e, ainda, os exercícios realizados pela própria ERS em diversos estudos¹³, 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.

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.

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.

¹² 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).

¹³ Nos já referidos pareceres de “Avaliação Concorrencial dos Mercados de Serviços de Radiologia” e de “Avaliação Concorrencial dos Mercados de Serviços de Cardiologia”, realizados pela ERS em 2016 para a ACSS no âmbito do regime jurídico das convenções do SNS, definiu-se que o alcance das áreas de influência dos estabelecimentos seria de até 30 minutos. Nestes e outros trabalhos da ERS sobre esta matéria, a análise do alcance dos serviços baseou-se no teste de Elzinga-Hogarty, para se identificar as áreas que concentram pelo menos 85 a 90% dos utentes.

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”.¹⁴

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 2017, verifica-se que em cerca de 98% 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.

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

¹⁴ São exemplos os pareceres sobre as operações de concentração com referências Ccent 28/2016 – Lusíadas/Clínica de Santa Tecla, Ccent 29/2016 – Lusíadas/CLISA e Ccent 21/2017 – Luz Saúde/British Hospital.

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 radiologia 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

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” – Comunicação 2004/C 31/03 –¹⁵, a análise realizada considerou 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 seus concorrentes.

¹⁵ Comunicação publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 31, de 5 de fevereiro de 2004.

Com efeito, o IHH (*vide* quadro 1) fornece uma indicação da pressão concorrencial nos mercados, podendo concluir-se sobre a concentração nos mercados com base nos seus níveis absolutos. 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 inferior a 150”¹⁶ (*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; e (iii) se, já antes da concentração, uma das partes possuir uma quota de mercado igual ou superior a 50%.¹⁷

¹⁶ O delta refere-se à variação no IHH e constitui um valor aproximado da variação na concentração do mercado resultante da operação de concentração.

¹⁷ 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.

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 $10.000/N$.

O método aqui adotado para o cálculo do IHH baseia-se em áreas de influência dos estabelecimentos, atenta a definição de mercado geográfico relevante apresentada na subsecção 3.1.2. Ora, sendo possível recorrer-se a matrizes de unidades territoriais já estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos, para efeito de definição dos mercados geográficos¹⁸, o recurso a cálculos baseados nas áreas de influência permite que se evitem um conjunto de deficiências inerentes à consideração de tais matrizes de unidades territoriais¹⁹

Assim, é utilizada uma versão estendida do IHH, que se apresenta no quadro 2 e cujos cálculos se baseiam em áreas de influência, permitindo 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, ou seja, nos setores em que a localização dos pontos de oferta é uma importante variável concorrencial para

¹⁸ Vide 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.

¹⁹ Como a ERS já referiu em diversos pareceres sobre operações de concentração, tais riscos incluem: a) o de se ignorar fluxos de utentes que cruzam as fronteiras das unidades territoriais, desconsiderando assim pressões concorrenciais exercidas entre prestadores localizados em regiões distintas, mesmo que estejam muito próximos entre si; e b) o de não permitir a distinção entre grandes e pequenas distâncias no interior das regiões, não refletindo a reconhecida preferência global dos consumidores por estabelecimentos mais próximos de si, em função de tempos de viagem e custos de transporte mais baixos.

atração de consumidores e consequente manutenção ou ganho de quota de mercado.²⁰

Quadro 2 – Cálculo da versão estendida do IHH

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

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.

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.

Neste sentido, o n.º 1 do artigo 11.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio estabelece que “é proibida a exploração abusiva, por uma ou mais empresas, de uma posição dominante no mercado nacional ou numa parte substancial deste”, e o n.º 4 do artigo 41.º da mesma lei dispõe que 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”.

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.

Em conclusão, os critérios aplicados na análise empreendida para a identificação de problemas concorrenciais decorrentes da operação de 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%.

Finalmente, quanto ao cálculo das quotas de mercado, utilizou-se informação relativa à capacidade produtiva, que se pode aferir pelo número de profissionais de saúde relevantes para a prestação dos serviços em causa nos mercados de produto relevantes. Esta informação provém do SRER da ERS, consultado em 29 de janeiro de 2019. Deve realçar-se que, de acordo com a Comissão Europeia, a capacidade produtiva constitui elemento válido para a aferição das posições relativas dos agentes económicos no mercado.²¹

3.2.2. Resultados

Mercado de serviços de radiologia

Com base em dados do SRER, foram identificados 577 estabelecimentos não públicos prestadores de cuidados de saúde detidos por 410 operadores (empresas ou grupos empresariais) que atuam no mercado dos serviços de radiologia em Portugal continental.

A figura 1 identifica no mapa as regiões que, conjuntamente, são cobertas pelas áreas de influência de 30 minutos dos estabelecimentos da Base e da IMAG. Nestas áreas,

²¹ Cf. parágrafo 54 da Comunicação 97/C 372/03.

que se centram nas regiões do Porto, de Lisboa e do Algarve²², há concorrência efetiva entre os dois operadores, o que significa que será ali que os resultados em termos de quotas de mercado e IHH se devem alterar com a concentração projetada.

Figura 1 – Mercados geográficos relevantes de radiologia



A tabela 3 resume os resultados da análise em termos de estimativa de níveis de IHH antes e depois da operação de concentração projetada, nos mercados geográficos em que se estima que a operação de concentração tenha impactos estruturais.²³

²² Note-se que as áreas de mercado não são coincidentes com a delimitação de NUTS III, distritos ou concelhos com as referidas designações, apenas se utilizando esta associação para efeitos de mais fácil identificação da localização geográfica dos mercados.

²³ Os resultados por mercado geográfico resultam de médias dos IHH de cada área de código postal abrangida, ponderadas pela população residente nessas áreas de códigos postais. A informação da população residente, dos Censos de 2011, do Instituto Nacional de Estatística (INE), é uma aproximação adotada para quantificar os clientes que os operadores procuram atrair para os seus estabelecimentos.

Tabela 3 – Estimativa do impacto estrutural da concentração nos mercados de radiologia

Mercado geográfico	IHH antes	IHH depois	Delta
Porto	[1000;2000]	[1000;2000]	>250
Lisboa	<1000	<1000	<250
Algarve	[1000;2000]	[1000;2000]	<250

Como se pode constatar, estima-se que no mercado geográfico centrado na região do Porto se verificaria uma variação do IHH superior a 250 pontos e um IHH após a concentração entre 1.000 e 2.000, cumprindo-se assim um dos critérios da Comissão Europeia para considerar que, de um ponto de vista estrutural, a operação de concentração poderá suscitar preocupações naquele mercado. Note-se que se estima que a Base **[CONFIDENCIAL]**.

Por seu turno, no mercado do Algarve verificam-se níveis de concentração consideráveis antes e depois da operação de concentração, mas a variação (delta) do IHH não atinge os 250 pontos, pelo que não se cumpre qualquer um dos referidos critérios de alerta estrutural da Comissão Europeia.

No caso do mercado da região de Lisboa, estima-se que o nível de concentração estrutural captado pelo IHH seja reduzido antes e depois da operação de concentração, não suscitando quaisquer preocupações.

Finalmente, importa referir que nos três mercados geográficos se estima que **[CONFIDENCIAL]**

A título de informação adicional, importa referir que tomando as capacidades produtivas do mercado do produto considerado presentes em todo o território nacional (i.e., numa ótica de mercado geográfico sem restrições), o IHH antes da operação atingiria os 182 pontos, subindo após a concentração para os 223 pontos, o que remete para que as preocupações suscitadas pela operação de concentração (com base na mera análise da estimativa das concentrações de mercado) sejam estritamente de alcance regional.

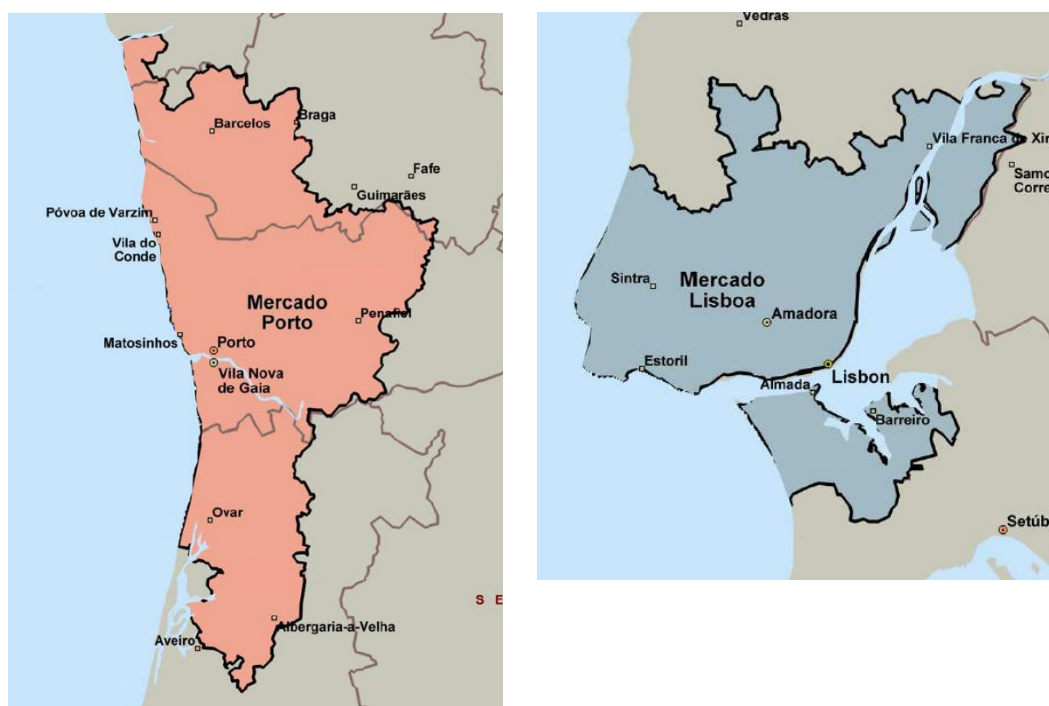
Mercado de MCDT de cardiologia

Por seu turno, e igualmente com base na informação do SRER da ERS, identificaram-se 1.335 estabelecimentos não públicos prestadores de cuidados de saúde detidos por

989 empresas ou grupos empresariais que atuam no mercado dos serviços de cardiologia em Portugal continental.

No mapa da figura 2 são identificadas as regiões que, conjuntamente, são cobertas pelas áreas de influência de 30 minutos dos estabelecimentos da Base e da IMAG que oferecem serviços deste mercado relevante, centrando-se na região do Porto e na região de Lisboa.

Figura 2 – Mercados geográficos relevantes de MCDT de cardiologia



Na tabela 4 apresentam-se os resultados da análise em termos de estimativa de níveis de IHH antes de depois da operação de concentração projetada, nos mercados geográficos em que se estima que a operação de concentração tenha impactos estruturais.

Tabela 4 – Estimativa do impacto estrutural da concentração nos mercados de MCDT de cardiologia

Mercado geográfico	IHH antes	IHH depois	Delta
Porto	<1000	<1000	<250
Lisboa	<1000	<1000	<250

Conforme se pode verificar, estimam-se níveis de concentração captados pelo IHH que não suscitam qualquer preocupação, quer antes, quer depois da operação de concentração projetada. Acresce que [CONFIDENCIAL], reforçando-se assim a

conclusão de que a operação não deverá levar ao surgimento de mercados demasiado concentrados na área dos MCDT de cardiologia.

4. Conclusões

Em ofício recebido em 22 de janeiro de 2019, a AdC solicitou à ERS parecer sobre a operação de concentração com a referência Ccent 2/2019 – Base / IMAG.

Tendo-se analisado a estrutura dos mercados relevantes e as alterações nessa estrutura que deverão resultar da operação em causa, destaca-se que:

1. Os dois operadores concorrem atualmente no mercado dos serviços de radiologia, em três mercados geográficos centrados na região do Porto, na região de Lisboa e na região do Algarve, correspondentes a um alcance geográfico de 30 minutos dos estabelecimentos dos operadores;
2. As estimativas das quotas dos operadores nestes mercados levam à conclusão de que apenas no mercado da região do Porto se poderão colocar preocupações em termos de excessiva concentração de mercado causada pela operação, de acordo com as orientações da Comissão Europeia;
3. No caso dos MCDT de cardiologia, os operadores envolvidos na operação de concentração concorrem em mercados na região do Porto e de Lisboa;
4. Nestes mercados estimam-se níveis de concentração que não suscitam qualquer preocupação, quer antes, quer depois da operação de concentração projetada.

Porto, 4 de fevereiro de 2019.