

Ccent. 32/2022

KKR/IVI-RMA

**Decisão de Não Oposição
da Autoridade da Concorrência**

[alínea b) do n.º 1 do artigo 50.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio]

27/09/2022

**DECISÃO DE NÃO OPOSIÇÃO
DA AUTORIDADE DA CONCORRÊNCIA**

Processo Ccent. 32/2022 – KKR/ IVI-RMA

1. OPERAÇÃO NOTIFICADA

1. Em 22 de julho de 2022, foi notificada à Autoridade da Concorrência ("AdC"), nos termos dos artigos 37.º e 44.º da Lei n.º 19/2012, de 8 de maio ("Lei da Concorrência"), uma operação de concentração que consiste na aquisição, pela KKR Inception BidCo, S.L.U., sociedade-veículo detida por um fundo gerido por uma ou mais sociedades da KKR & Co Inc. ("KKR" ou "Notificante"), do controlo exclusivo da IVI-RMA Global, S.L. ("IVI"), bem como das empresas Valwealth Management, S.L. ("Valwealth"), IVI-RMA Global Activos Inmobiliarios, S.L. ("IVI Activos") e Genesis Property Management, LLC ("US Propco").
2. As atividades das empresas envolvidas são as seguintes:
 - A KKR é uma empresa de investimento global que oferece alternativas para a gestão de ativos e mercados de capitais e soluções de seguros, controlando empresas com atividade em Portugal em diferentes setores da economia, nomeadamente a GeneraLife Clinics S.L.U., com clínicas de procriação medicamente assistida ("PMA") em Lisboa e Porto, que operam sob a marca Ginemed.

O volume de negócios realizado pela KKR, calculado nos termos do artigo 39.º da Lei da Concorrência, no ano de 2021, em Portugal, na União Europeia e a nível mundial foi, respetivamente, de cerca de € [>100] milhões, € [>100] milhões e € [>100] milhões.
 - A IVI é uma empresa, com sede em Espanha, ativa na área da medicina reprodutiva, prestando serviços de procriação medicamente assistida e serviços auxiliares a nível mundial. Em Portugal, a IVI opera através da sua subsidiária Instituto Valenciano de Infertilidade – Clínica de Reprodução Assistida, Lda., com clínicas em Lisboa e Faro.¹

O volume de negócios realizado pela KKR, calculado nos termos do artigo 39.º da Lei da Concorrência, no ano de 2021, em Portugal, na União Europeia e a nível mundial foi, respetivamente, de cerca de € [>5] milhões, € [>100] milhões e € [>100] milhões.
3. A operação notificada configura uma concentração de empresas na aceção da alínea b) do n.º 1 do artigo 36.º da Lei da Concorrência, conjugada com a alínea a) do n.º 3 do mesmo

¹ Identifica-se a Dibimed, uma empresa controlada pela IVI, que se dedica à distribuição de materiais consumíveis e equipamentos médicos para PMA. De acordo com dados da Notificante, a quota de mercado da Dibimed, em Portugal, num eventual mercado da distribuição de equipamentos médicos e consumíveis para PMA ronda os [10-20]%, identificando como principais concorrentes a Vitrolife, com uma quota de [30-40]%, a Coopers, com uma quota de [20-30]% e a Irvine com uma quota de [10-20]%.

Atendendo à ausência de sobreposição horizontal entre as Partes envolvidas na concentração, neste mercado, bem como á referida quota de mercado da Dibimed inferior a 20%, não são expectáveis quaisquer efeitos resultantes da operação neste mercado, que justifiquem uma análise mais detalhada do mesmo.

artigo, e está sujeita à obrigatoriedade de notificação prévia por preencher as condições enunciadas nas alíneas b) e c) do n.º 1 do artigo 37.º do mesmo diploma.

2. MERCADO RELEVANTE

4. O Grupo IVI-RMA tem como principal atividade a medicina reprodutiva, em particular a prestação de serviços de procriação medicamente assistida e serviços auxiliares.
5. As atividades das Partes em Portugal sobrepõem-se, uma vez que a Ginemed também se encontra ativa na prestação de serviços de fertilidade.
6. O conceito de PMA corresponde a uma série de procedimentos oferecidos a utentes inférteis², para concretizarem uma gravidez. A adoção de um procedimento específico (ou de uma combinação de procedimentos) depende do caso em concreto. Estes procedimentos incluem a inseminação intrauterina³, a fertilização In-Vitro (FIV)⁴, complementos de tratamento FIV e suplementos opcionais⁵, de entre outros.
7. A Notificante defende que, dada a natureza especializada dos serviços de PMA, em termos dos profissionais que prestam tais serviços e a natureza específica dos objetivos prosseguidos, é razoável definir um mercado geral para a prestação de serviços de PMA, que incluiria todas as diferentes técnicas de PMA e serviços auxiliares relacionados com a reprodução medicamente assistida, uma vez que servem os mesmos objetivos e fazem parte do processo de tratamento especializado da infertilidade.
8. Do lado da oferta, a Notificante considera que este mercado inclui todos os operadores que prestam os diferentes tipos de técnicas de PMA, no qual se encontram ativas a IVI e a General

² A infertilidade é geralmente definida como a incapacidade de conseguir uma gravidez natural após 12 meses de tentativa.

³ Inseminação Intrauterina, amplamente conhecida como inseminação artificial ("IIU" ou "IA"): quer utilizando esperma do parceiro ou de um dador como fonte, o esperma lavado é colocado no útero no momento da ovulação. Esta técnica é utilizada principalmente em casos de contagem reduzida de espermatozoides, distúrbios de ovulação, infertilidade de origem desconhecida, endometriose leve, incapacidade de ter relações sexuais e ausência de parceiro masculino. É também utilizada como primeira linha de tratamento em certos serviços nacionais de saúde ou apólices de seguro.

⁴ Fertilização in-vitro ("FIV"): é atualmente a técnica de PMA mais relevante. Em traços largos, o espermatozoide de um homem fertiliza o ovócito de uma mulher (vulgarmente conhecido como "óvulo") fora do corpo humano, num dispositivo de laboratório. Uma combinação bem-sucedida dos gametas (óvulo + esperma) resulta num embrião ou em vários embriões e o(s) embrião(s) é(são) então transferido(s) para o útero da mulher. Esta técnica pode ser utilizada após o fracasso da IIU ou *a priori* em certas situações clínicas. A FIV pode ser: (i) convencional (óvulos e espermatozoides encontram-se num prato de laboratório); ou (ii) feita através de injeções intra-citoplasmáticas de espermatozoides ("IICE" ou "ICSI") (os espermatozoides são injetados nos óvulos em laboratório).

⁵ Complementos das duas técnicas principais acima mencionadas (IIU e FIV), também podem ser disponibilizadas ao paciente técnicas ou tratamentos adicionais. Estas técnicas consideram-se procedimentos "*nice-to-have*" e geralmente têm um custo adicional para o paciente e, em alguns casos, podem aumentar as taxas de sucesso. Estes incluem doação de ovos, transferência de embriões criotransferidos/congelados (TEC) e técnicas de testes genéticos.

Life/Ginemed e um conjunto de concorrentes, onde se incluem outras clínicas privadas e também alguns hospitais públicos que dispõem na sua estrutura de unidades próprias de PMA/Medicina Reprodutiva.⁶

9. A Notificante considera que os hospitais do setor público devem ser incluídos no mercado relevante, uma vez que os pacientes percecionam os operadores públicos como uma alternativa relevante, no âmbito de tratamentos de procriação medicamente assistida.⁷
10. No que respeita à procura, esta corresponde ao universo de pacientes que desejam uma gravidez, cuja idade mínima é de 18 anos e idade máxima cinquenta anos. Considerando especificamente o setor público, de acordo com a *Circular Normativa Conjunta ACSS/DGS n.º 4/2022/ACSS/DGS*, os limites máximos de idade são de 40 anos de idade para a FIV, ou através de injeções intracitoplasmáticas de espermatozoides ("IICE"); de 42 anos de idade para indução de ovulação e IUI/IA e de 50 anos em situações em que o material genético crio preservado está disponível, no contexto da preservação da fertilidade devido a doença grave.
11. A AdC considera que ***o mercado relevante do produto*** deverá incluir todas as práticas de PMA, como a de inseminação artificial, a fertilização *in vitro*, a injeção intracitoplasmática de espermatozoides, a transferência de embriões, gâmetas ou zigotos, diagnóstico genético pré-implantação e outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias, atendendo a que do lado da oferta as clínicas prestadoras destas técnicas estão aptas, independentemente de algumas técnicas poderem revestir maior complexidade de procedimentos, a prestá-las na sua globalidade.
12. Na perspetiva da procura e não obstante cada uma das técnicas de PMA poder não ser totalmente substituível por outra técnica distinta, os utentes poderão ao longo dos diferentes ciclos/tratamentos ser submetidos a uma conjugação de tratamentos distintos, mas que globalmente concorrem para o mesmo fim, ou seja, proporcionar no fim do(s) tratamento(s) a concretização do seu objetivo, alcançar uma gravidez.
13. No que respeita à natureza dos prestadores de PMA, a AdC, à semelhança do concluído em outros procedimentos também na área da saúde, considera que os prestadores públicos não concorrem com os prestadores privados, pelo que a estrutura da oferta deverá apenas incluir os operadores privados, pelas razões que seguidamente se expõem.
14. Com efeito, o acesso a cada um dos prestadores é distinto. No caso dos hospitais públicos o respetivo acesso tende, em larga medida, a realizar-se por referência da rede pública de

⁶ De acordo com a Notificante há em Portugal um conjunto de hospitais públicos que oferecem às suas pacientes as mesmas técnicas de PMA que as clínicas privadas, como é o caso da Maternidade Alfredo da Costa, o Centro Hospitalar Lisboa Norte, o Centro Hospitalar do Porto, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o Hospital Garcia de Orta, de entre outros.

⁷ Nos hospitais públicos a utente destes serviços de PMA tem direito a realizar três IUI/IA e três tratamentos FIV/IICE com embriões, sendo que nas clínicas privadas, para além da razoabilidade clínica não existe um limite definitivo e está-se sujeito a aconselhamento médico. No entanto, é geralmente aceite que após quatro transferências de embriões sem sucesso, a probabilidade de um tratamento posterior resultar em gravidez é muito baixa. Por conseguinte, apenas um número limitado de pacientes optaria por mais de três transferências, o que só seria possível nas clínicas privadas.

cuidados de saúde primários, sendo o financiamento assegurado, não pelos utentes, mas pelo SNS.

15. Nas clínicas privadas o acesso resulta de uma multiplicidade de canais, como a referência feita por médicos do sector privado, o “passa palavra” em plataformas de comunicação temáticas, *sites* das clínicas, publicidade, sendo o respetivo financiamento assegurado, parcialmente, por seguros de saúde ou integralmente suportado pelos próprios utentes.
16. Refira-se, adicionalmente, que enquanto nos hospitais públicos as listas de espera para uma primeira consulta para início de um ciclo/ tratamento demora, em média, cerca de um ano⁸, nas clínicas privadas a espera por uma primeira consulta é de cerca de uma semana, após o contacto, sendo que o tratamento se inicia poucos dias após.
17. Acresce o facto de os hospitais públicos, ao contrário das clínicas privadas, apresentarem restrições ao prosseguimento dos tratamentos em resultado da insuficiência de bancos de gâmetas e ao não recurso a bancos privados externos.⁹
18. Sobre este assunto, o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA)¹⁰ transmitiu à AdC, na sequência de um pedido de elementos, que as restrições ao prosseguimento dos tratamentos nos hospitais públicos e o consequente baixo desempenho destes, resulta do modelo de organização e funcionamento do Banco Público de Gâmetas, que não consegue corresponder à procura existente.¹¹
19. No que respeita ao *âmbito geográfico da prestação de serviços de PMA*, a Notificante considera que o mercado geográfico corresponde pelo menos a Portugal continental, uma vez que, neste tipo de prestação de serviços, o que move um utente, em primeira linha, não é a proximidade aos locais que prestam estes serviços, como é no caso das doenças agudas, mas antes a vontade de ter um bebé, em que fatores como a reputação das clínicas, a

⁸ No âmbito de uma audiência parlamentar ao Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, em 13 de julho de 2022, este informou que os tempos de espera para a primeira consulta médica nos hospitais públicos é de até 12 meses (~ 365 dias), enquanto o tempo de espera para “tratamentos de primeira linha”, nomeadamente FIV, ICSI e IIU ronda os 2 meses (~60 dias), dependendo do hospital. Mais referiu que o tempo médio de espera para um tratamento de segunda linha, nomeadamente TEC, se situa entre 1 mês e 18 meses).

Vide <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheAudicao.aspx?BID=127583>.

⁹ Cf. E-AdC/2022/4722: ATA ao Administrador da Ferticentro e Procriar. “No sector Público há insuficiência de dadoras de gâmetas por razões orçamentais, que impedem os hospitais de recrutar dadoras para campanhas, nem pessoal para o efeito. Também não existe flexibilidade para receber dadoras fora dos horários de expediente, o que compromete a realização de muitos ciclos/tratamentos. Por exemplo nas clínicas privadas há horários alargados para receber dadoras, o que não se verifica no público”.

¹⁰ O CNPMA, criado pela Lei 32/2006, de 26 de julho, é a autoridade competente, independente, especializada, e legitimada para regular, disciplinar e acompanhar a prática da PMA em Portugal, acompanhando a evolução científica e técnica e as suas implicações éticas, sociais e legais, possuindo ainda por atribuições garantir a qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, armazenamento e distribuição de células reprodutivas e de células estaminais embrionárias humanas (Lei n.º 12/2009, de 26 de março, na sua atual redação).

¹¹ Em Portugal existe apenas um Banco Público de Gâmetas sediado no Centro Materno-Infantil do Norte, com dois Centros afiliados, um no Centro Hospitalar de Lisboa Central – Maternidade Alfredo da Costa e outro no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

referenciação do médico ginecologista e o “passa palavra”, sobre a taxa de sucesso de uma determinada clínica, se revelam decisivos na decisão da utente.

20. Acresce que os custos associados a viagens para receber estes tratamentos de fertilidade são considerados pela Notificante como reduzidos, uma vez que são apenas necessárias algumas consultas presenciais¹², já que graças à telemedicina as consultas iniciais de avaliação tendem a ser feitas remotamente.
21. A Entidade Reguladora da Saúde (“ERS”), no seu parecer¹³ emitido a propósito da presente operação de concentração, indica que, não obstante não ter até à presente data uma análise dedicada aos fluxos geográficos efetivos e/ou preferência dos utentes destes serviços de PMA, considera 60 minutos como tempo máximo de viagem aceitável, desde a residência do utente até aos estabelecimentos prestadores destes serviços, em linha com as conclusões do seu estudo sobre condições de acesso, que realizou em 2017.
22. Neste contexto, a ERS identificou dois cenários para efeitos de delimitação do mercado relevante geográfico: (i) o mercado de âmbito nacional, correspondendo ao território continental e (ii) o mercado de âmbito regional, correspondendo às áreas das NUTS III¹⁴.
23. A AdC questionou as clínicas¹⁵ sobre os principais *drivers* da procura, em particular se a proximidade geográfica constituía o principal fator de preferência das utentes ou se haveria outros, como a notoriedade e reputação da clínica, o “passa palavra” indicando o grau de sucesso de uma determinada clínica e a própria referenciação dos médicos.
24. A Ferticentro, localizada em Coimbra e um dos principais operadores a nível nacional, não considera a proximidade geográfica um fator decisivo, evidenciando outros como o “passa palavra” em canais temáticos com indicação de casos de sucesso, a reputação do centro e a referenciação médica, como os mais importantes na decisão por um determinado centro.¹⁶

¹² A AdC no âmbito da investigação de mercado que levou a cabo questionou clínicas no sentido de conhecer o número médio de consultas presenciais, isto é que implicam a deslocação física da utente e resultou que em média serão necessárias apenas duas consultas ou em alguns casos um pouco mais, nunca mais de cinco deslocações.

¹³ Cf. E-AdC/2022/4020.

¹⁴ Acrónimo de “Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos”, e que procede à divisão do território num sistema hierárquico de unidades regionais, para efeitos estatísticos. Esta nomenclatura divide-se em 3 níveis (NUTS I, NUTS II e NUTS III), de acordo com critérios populacionais, administrativos e geográficos. Esta divisão do território foi objeto de alteração em virtude da entrada em vigor do Regulamento (UE) n.º 868/2014, de 8 de agosto de 2014, que produziu efeitos a 1 de janeiro de 2015 e reduziu o número de NUTS III em Portugal de 30 para 25. Atualmente, as subdivisões NUTS contemplam 25 NUTS III, 7 NUTS II e 3 NUTS I.

¹⁵ Ver Atas Ferticentro, CEMEARE, Procriar e Centro de Genética Prof. Alberto Barros.

¹⁶ Vide Ata da Ferticentro: “A Ferticentro tem pacientes de todas as partes do território nacional. A maioria dos pacientes da Ferticentro são fora da região de Coimbra. A Ferticentro tem muitos pacientes do Ribatejo, do Algarve, por ex. As clínicas instaladas em Lisboa competem com a Ferticentro pelos pacientes do Algarve, Ribatejo, Covilhã. Os grandes concorrentes da Ferticentro são a IVI em Lisboa e a Clínica Alberto Barros no Porto. 80% dos pacientes perdidos pela Ferticentro vão para estes dois concorrentes. A proximidade da residência do paciente em relação ao centro de procriação medicamente assistida (PMA) não é, no caso dos pacientes da Ferticentro, um fator decisivo, na escolha da clínica de PMA a contratar”.

25. Já o Centro Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros considera que, embora não decisivo, o fator proximidade geográfica é importante (muito embora pareça ter, como área geográfica de influência, a região norte e boa parte da região centro).¹⁷
26. Importa referir que as clínicas privadas que operam em Portugal Continental estão distribuídas por todo o país, localizando-se em zonas com maior densidade populacional e com as seguintes localizações: a Cemeare, a IERA, a Ginemed, a Avaclinic, o IVI e o Hospital dos Lusíadas, em Lisboa; a COGE, em Espinho; a Procriar, a Ceti, a CEIE e o Centro de Genética do Prof Alberto Barros, no Porto; a Ferticentro e a Clinimer em Coimbra; a Fertimed em Faro e a Ferticare em Braga.
27. Da investigação de mercado conclui-se, em síntese, que a proximidade da residência da paciente à clínica não é um fator decisivo na escolha da clínica de PMA. Os fatores mais importantes para as pacientes de PMA na altura de escolher a clínica a contratar são a referência médica, a notoriedade e reputação da clínica e o “passa-palavra” (para a paciente, interessa sobretudo a maior probabilidade de sucesso da tentativa de fertilização). Subjacente a esta realidade estará também a constatação de que os serviços de PMA não implicam um número muito significativo de deslocações da paciente à clínica, tipicamente sempre inferiores a cinco deslocações.
28. Nesta linha, a AdC conclui ser desadequado proceder à delimitação do mercado geográfico dos serviços de PMA na forma mais fina, i.e., por referência às áreas de influência de cada NUTS III, delimitação que se aplica, tipicamente, à oferta no mercado da prestação de serviços hospitalares, na qual – contrariamente ao caso presente – a grande proximidade geográfica é um fator decisivo.
29. No caso das práticas de PMA, a procura não enfrenta uma situação aguda ou de emergência de saúde, como é o caso da prestação de serviços hospitalares, pelo que se considera mais adequada, para a delimitação geográfica do mercado, uma área mais lata do que a NUTS III.
30. Da investigação de mercado, em particular dos depoimentos dos representantes da Ferticentro, localizada em Coimbra, da Procriar e do Centro de Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros (“CGR”), localizadas ambas no Porto, e da CEMEARE, localizada em Lisboa, resultam indícios concretos no sentido de a dimensão geográfica do mercado dos serviços de PMA poder corresponder ao território continental.
31. O representante da Ferticentro e da Procriar refere, com efeito, que os grandes concorrentes da Ferticentro, localizada em Coimbra, são a IVI, em Lisboa, e a Clínica Alberto Barros, no Porto, e que 80% dos pacientes perdidos pela Ferticentro vão para estes dois concorrentes.
32. O representante do CGR refere que a referida clínica, localizada no Porto, tem doentes de todos os pontos do país.

¹⁷ O Centro de Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros tem doentes de todos os pontos do país, desde o Algarve. Em todo o caso, os pacientes residentes na zona de Lisboa atendidos pelo centro não representarão mais do que 10% de todos os pacientes do Centro de Genética. Quanto a pacientes residentes na região Centro do país (Aveiro, Viseu, nomeadamente), os mesmos representarão uma percentagem maior de todos os seus pacientes.

33. Por outro lado, tal como acima se refere e desenvolve, a proximidade geográfica, embora não seja um fator decisivo no momento da escolha da clínica de PMA a contratar, é, ainda assim, um fator a ter em conta.
34. Por exemplo, o representante da Ferticentro, localizada em Coimbra, refere que as clínicas instaladas em Lisboa competem com a Ferticentro pelos pacientes do Algarve, Ribatejo, Covilhã, depoimento que vai no sentido de as clínicas localizadas em Lisboa sofrerem pressão concorrencial das clínicas localizadas em Coimbra.
35. Em conformidade com o acima exposto, para efeitos da análise da operação, a AdC irá considerar (i) uma estrutura da oferta à escala do território nacional continental, bem como (ii) uma estrutura da oferta infranacional, limitada à oferta existente na área correspondente às regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Centro (até Coimbra).¹⁸
36. No que se refere à região do Algarve, constata-se que na mesma não existe sobreposição de atividades entre as Partes. Os utentes do Algarve podem repartir-se entre a Fertimed (clínica independente) e a clínica satélite de Faro da IVI. Resultou da investigação de mercado que uma parte dos utentes do Algarve se desloca a outras regiões do país para a realização destes tratamentos/consultas de PMA. Nestes termos, entende a AdC não se justificar qualquer análise adicional em relação à existência de um eventual mercado na região do Algarve, atendendo, em particular, à ausência de sobreposição entre as Partes naquela região.
37. Ante o acima exposto, a AdC conclui ser curial deixar em aberto a exata definição da dimensão geográfica do mercado dos serviços de PMA, uma vez que da operação de concentração notificada não resultam preocupações jusconcorrenciais de natureza horizontal em qualquer um dos cenários que a seguir se apresentam, conforme se conclui *infra*.

3. AVALIAÇÃO JUSCONCORRENCIAL

3.1. Estrutura da oferta à escala do Continente

38. A estrutura da oferta do mercado da prestação de práticas de PMA, em Portugal Continental, é constituída por quinze clínicas privadas que, em 2021, realizaram um volume de negócios de cerca de € [30-40] milhões.
39. Destes operadores, o IVI – sediado em Lisboa e com consultório em Faro – é o principal operador, com quotas de mercado de [20-30]% e de [20-30]%, em valor e em volume¹⁹, respetivamente. É considerado como um operador que tem uma elevada reputação, por

¹⁸ Note-se que as partes envolvidas na concentração têm, ambas, clínicas localizadas em Lisboa (i.e., única localização com sobreposição). Assim, o cenário jusconcorrencial mais gravoso será, precisamente, o que resulta de delimitar o âmbito geográfico às regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Centro – e na medida em que ficou claro, dos depoimentos recolhidos junto dos vários operadores de mercado, que as clínicas localizadas em Lisboa sofrem pressão concorrencial das clínicas localizadas em Coimbra.

¹⁹ As quotas de mercado em volume referem-se ao número de ciclos/tratamentos de PMA, em 2021, tendo os dados sido fornecidos pelo CNPMA.

realizar testes de PMA altamente sofisticados e tecnologicamente avançados. São identificados ainda como centros com elevada reputação no mercado o Centro de Genética Prof. Alberto Barros e a Ferticentro, localizados, respetivamente, no Porto e em Coimbra.²⁰

40. A estrutura da oferta do mercado das práticas de PMA, no Continente, é ilustrada na tabela *infra*, por referência ao ano de 2021.

Tabela 1 – Estrutura da oferta em Portugal Continental (2021)

Clínicas de PMA	Quota de mercado (€)	Quota de Mercado (n.º ciclos / tratamentos)
IVI	[20-30]	[20-30]
Ginemed	[10-20]	[10-20]
Quota Agregada	[30-40]	[30-40]
Centro Genética Prof. Alberto Barros	[10-20]	[10-20]
Ferticentro	[10-20]	[10-20]
Avaclinic	[5-10]	[0-5]
CEMEARE	[0-5]	[5-10]
Procriar	[0-5]	[0-5]
Ferticare	[0-5]	[0-5]
Clinemer	[0-5]	[0-5]
Hospital Lusíadas	[0-5]	[5-10]
CETI	[0-5]	[0-5]
CEIE+CPMA	[0-5]	[0-5]
Fertimed	[0-5]	[0-5]
IERA	[0-5]	[0-5]
COGE	[0-5]	[0-5]
Total	100,0	100,0

Fonte: Dados de todos os operadores no mercado (em valor) e dados em volume fornecidos pelo CNPMA.

²⁰ Valores e informações obtidos no âmbito de uma investigação de mercado da AdC junto das clínicas de PMA.

41. A Notificante passará a ser o principal operador de mercado, com uma quota de [30-40]% e [30-40]%, em valor e volume, respetivamente, numa estrutura da oferta caracterizada por um número alargado de concorrentes. Destes últimos destacam-se a Ferticentro – com quotas de [10-20]% e [10-20]%, respetivamente em valor e em volume – e o Centro de Genética do Prof. Alberto Barros – com quotas de [10-20]% e [10-20]%, respetivamente em valor e em volume –, reconhecidamente consideradas como clínicas com elevada reputação e notoriedade na área da genética da reprodutiva.
42. Caso se considerasse um âmbito geográfico do mercado circunscrito às regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Centro do país (até Coimbra), a estrutura de oferta seria a indicada na tabela seguinte.

Tabela 2 – Estrutura da oferta nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Centro, até Coimbra (2021)

Clínicas de PMA	Quota de mercado (€)	Quota de Mercado (n.º ciclos / tratamentos)
IVI	[30-40]	[30-40]
Ginemed	[10-20]	[10-20]
Quota Agregada	[50-60]	[40-50]
Avaclinic	[5-10]	[5-10]
CEMEARE	[5-10]	[5-10]
Clinemer	[0-5]	[0-5]
Hospital Lusíadas	[0-5]	[10-20]
Ferticentro	[20-30]	[10-20]
IERA	[0-5]	[0-5]
Total	100,0	100,0

Fonte: empresas em causa e CNPMA (n.º de ciclos).

43. Ainda que resulte da operação uma estrutura de oferta concentrada – refletida em um Índice de Herfindahl-Hirschman ("IHH")²¹ de [>2000] e um delta²² de [>150] pontos, por referência à estrutura de oferta em Portugal Continental –, destacam-se, para além do já referido número elevado de operadores que atuam em território nacional, a menor proximidade

²¹ O índice Herfindahl-Hirschman ("IHH") é calculado adicionando os quadrados das quotas de mercado individuais de todos os participantes no mercado.

²² O *Delta* é a variação no IHH que constitui um valor aproximado da variação na concentração do mercado diretamente resultante da operação de concentração

concorrencial entre as Partes envolvidas na concentração, conforme análise apresentada a seguir.

3.2. Proximidade Concorrencial

44. Dada a natureza dos serviços de procriação medicamente assistida, em que vários serviços (onde se podem incluir, ou não, tratamentos suplementares) são prestados em conjunto, dependendo de circunstâncias particulares de cada paciente, a prestação final é diferenciada, sendo as taxas de sucesso e a reputação dos prestadores de serviços de PMA fatores importantes e decisivos a ter em conta na decisão de uma utente que pretenda engravidar.
45. No decorrer da investigação de mercado que a AdC realizou junto das clínicas privadas que prestam práticas de PMA, verificou que a IVI é percecionada pela procura como um operador "*premium*", enquanto os restantes operadores (onde se inclui a Adquirente) terão um posicionamento mais *standard*.²³
46. De facto, o IVI é a marca com maior notoriedade a nível internacional e nacional, pelo que atrai diferentes grupos de pacientes. Com efeito, o IVI é procurado por pacientes com uma situação de fertilidade mais desafiante, em que tratamentos PGT, TEC²⁴ e FIV²⁵ (com óvulos doados) são mais frequentemente utilizados²⁶. Por outro lado, os tratamentos FIV, com óvulos próprios e a IA (IIU) são mais suscetíveis de serem realizados em utentes cujos casos são mais simples, e prestados com maior preponderância por operadores como a Ginemed e outros concorrentes.
47. A figura *infra* ilustra os tratamentos de fertilidade dos dois operadores em causa na operação de concentração, atendendo à diversidade de tratamentos que oferecem, sendo passível de demonstrar que os pacientes com necessidades mais complicadas são mais propensos a escolher o IVI ao invés da Ginemed.
48. Os três tratamentos no topo das barras (que são mais suscetíveis de serem utilizados em pacientes que enfrentam situações de fertilidade mais difíceis) representam cerca de [60-70]% dos tratamentos no IVI, mas apenas [30-40]% na Ginemed. Os dois tratamentos na base das barras (que são mais suscetíveis de serem utilizados em pacientes cujos casos são mais simples) representam cerca de [30-40]% dos tratamentos no IVI, mas [50-60]% dos tratamentos Ginemed.

²³ Vide ATA da entrevista telefónica com o Dr. Vladimiro Silva, administrador da Ferticentro e da Procriar.

²⁴ FET (frozen embryo transfer) corresponde à tradução para inglês de TEC – Transferência de embriões congelados.

²⁵ IVF corresponde à abreviatura em inglês do termo *Fecundação em vitrio* (FIV).

²⁶ De acordo com o Conselho nacional de PMA em 2021 28% dos tratamentos de PMA foram realizados com recurso a gâmetas doados.

Figura 1 – Diversidade de tratamentos do IVI e da Ginemed, em 2021

[Confidencial-Segredo de Negócio]

49. Da tabela abaixo, que compara as taxas de sucesso do IVI e da Ginemed em 2021, para três grupos etários de pacientes, resulta que as taxas de sucesso do IVI são [Confidencial – segredo de negócio] superiores às da Ginemed no caso de pacientes não PGT FIV, sendo que [Confidencial – segredo de negócio] no caso de pacientes PGT FIV.

Tabela 3 – Taxas de sucesso em 2021 por grupo de paciente

Grupo de Pacientes	IVI	Ginemed
Pacientes FIV (não PGT), Gravidezes bioquímicas excluídas, Primeira transferência, Idade <=35	[CONF- Mais eficaz]%	[CONF- Menos eficaz]%
Pacientes FIV (com PGT), Gravidezes bioquímicas excluídas, Primeira transferência, todas as idades	[CONF- Mais eficaz]%	[CONF- Menos eficaz]%
Doação de óvulos, Gravidezes bioquímicas excluídas, Primeira transferência, todas as idades.	[CONF- Mais eficaz]%	[CONF- Menos eficaz]%

Fonte: Estimativas das Partes.

50. Refira-se, adicionalmente, que não só a clínica IVI atinge taxas de sucesso mais elevadas, como o faz limitando o número de embriões transferidos num tratamento de FIV a somente um, o que só é possível pela utilização dos métodos mais avançados disponíveis que conduzam a resultados de saúde mais seguros para os pacientes.²⁷
51. A Ginemed, pelo contrário, não está tão habilitada em limitar o número de embriões numa transferência²⁸: O IVI transferiu em média [0-5] embriões num tratamento de FIV, sendo que apenas [Confidencial -Segredo de negócio]% dos tratamentos fornecidos envolveram a transferência de múltiplos embriões. A Ginemed, por outro lado, transferiu em média [0-5]

²⁷ O número de embriões transferidos num tratamento de FIV pode ter implicações significativas sobre os riscos para a saúde das pacientes e dos seus bebés. A transferência de embriões múltiplos pode levar a gémeos ou trigémeos que são mais suscetíveis de levar a complicações de saúde tanto durante a gravidez como durante a infância. Por outro lado, o enfoque na minimização dos riscos de saúde leva a um custo mais elevado por paciente do que quando vários embriões estão a ser transferidos.

Aliás, o IVI estima que as gravidezes com múltiplos bebés levaram, em média, a um custo adicional de €[1000-2000] por nascimento e de €[6000-7000] adicionais nos três anos após o nascimento para os serviços de saúde pública, devido a complicações. Quando uma gravidez envolve múltiplos bebés, acontecer um nado-morto é 12 vezes mais provável; um recém-nascido ter menos de 1kg é 15 vezes mais provável; o parto prematuro é 8 vezes mais provável; um recém-nascido com paralisia cerebral é 6 vezes mais provável; e um recém-nascido com alguma deficiência é 3 vezes mais provável.

²⁸ Vide formulário de Notificação.

embriões num tratamento de fertilização *in vitro*. A percentagem de tratamentos da Ginemed envolvendo a transferência de múltiplos embriões foi de [Confidencial -Segredo de negócio]%, ou seja, [Confidencial -Segredo de negócio]%.

52. Outros fatores relevantes que permitem concluir que o IVI e a GeneralLife (i.e., Ginemed) não são concorrentes próximos são o facto do IVI ser conhecido no mercado como um dos operadores que, no âmbito dos serviços de PMA, emprega recursos significativos em inovação, ao contrário de outros operadores, como a Ginemed. Em resultado desse investimento, o IVI, contrariamente à Ginemed, é visto em Portugal, mas também internacionalmente, como sendo um *player* global, que utiliza as técnicas pioneiras mais avançadas, especialmente em questões complexas.²⁹
53. Contribui ainda para a conclusão de que as Partes envolvidas na concentração não são concorrentes próximos, o facto de a entrada da Ginemed no mercado, no ano de 2015, não ter tido um impacto relevante na quota de mercado da IVI, conforme resulta da tabela *infra*.³⁰

Tabela 4 – Percentagem do volume de tratamentos do IVI face ao volume total de tratamentos PMA em Portugal

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Quota do IVI	[10-20]%	[0-5]%	[5-10]%	[5-10]%	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%

Fonte: Notificante.

54. Face a todo o exposto e, designadamente, á menor proximidade concorrencial entre a Ginemed e a IVI³¹, a que acresce o facto de se terem identificado 6 e 13 operadores alternativos, respetivamente a nível da região de Lisboa e Vale do Tejo e Centro e a nível de Portugal Continental, a AdC conclui que a operação de concentração não é suscetível de resultar em entraves significativos à concorrência efetiva no mercado.

4. CLÁUSULAS RESTRITIVAS ACESSÓRIAS

55. Nos termos do n.º 5 do artigo 41.º da Lei da Concorrência, a decisão que autoriza uma operação de concentração abrange igualmente as restrições diretamente relacionadas com a sua realização e à mesma necessárias.

²⁹ De notar também que, na Península Ibérica, [50-60]% dos profissionais do IVI têm um doutoramento, enquanto apenas [5-10]% dos profissionais da Ginemed têm semelhante grau académico.

³⁰ O IVI iniciou a sua atividade em Portugal no ano de 2009.

³¹ Refira a este propósito que o administrador da Ferticentro e Procriar referiu que “*No que respeita ao posicionamento do IVI e da Ginemed no mercado, o primeiro apresenta-se como um prestador de serviços mais caro, mais tecnológico, mais inovador, mais sofisticado; a Ginemed oferece um tratamento mais standard. São clínicas que visam grupos de pacientes diferentes, diferentes segmentos de mercado*”.

56. As referidas cláusulas devem ser analisadas à luz da prática decisória da AdC e da Comunicação da Comissão relativa às restrições diretamente relacionadas e necessárias às concentrações ("Comunicação")³².
57. De acordo com a Cláusula [Confidencial – teor do contrato] ("Obrigação de Não Concorrência")³³.
58. Em relação a esta cláusula de não concorrência, considera-se a mesma diretamente relacionada e necessária à realização da operação notificada pelo período estabelecido, visto contribuir para a preservação do valor integral dos ativos a adquirir, com as seguintes ressalvas:
- i) Apenas por referência às atividades desenvolvidas pela Adquirida à data da celebração do contrato que está na base da operação notificada;
 - ii) Apenas por referência aos mercados em território nacional nos quais a Adquirida opera à data da celebração do contrato na base da operação notificada; e
 - iii) Com exceção da aquisição ou manutenção de ações unicamente para fins financeiros e que não confirmem direta ou indiretamente funções de gestão ou uma influência efetiva na empresa concorrente³⁴.
59. De acordo com a Cláusula [Confidencial – teor do contrato] (a "Obrigação de Não-Solicitação").
60. Em relação a esta cláusula de não solicitação, considera-se a mesma diretamente relacionada e necessária à realização da operação notificada pelo período estabelecido, mas apenas por referência aos trabalhadores da Adquirida essenciais para a preservação do valor integral dos ativos a adquirir em território nacional à data da celebração do contrato que está na base da operação notificada³⁵.
61. De acordo com a Cláusula [Confidencial – teor do contrato] (a "Obrigação de Confidencialidade")³⁶.
62. Em relação a esta cláusula de confidencialidade, na medida em que dela possam decorrer restrições da concorrência em território nacional, considera-se a mesma diretamente relacionada e necessária à realização da operação notificada, mas apenas na vertente que vincula os vendedores e apenas pelo período de dois anos após o início da implementação da operação³⁷.

³² Publicada no JOUE C 56, de 05.03.2005, pp. 24 e ss. A Comunicação espelha a prática decisória da Comissão e a jurisprudência do Tribunal de Justiça da União Europeia em matéria de restrições acessórias da concorrência no âmbito do controlo de concentrações.

³³ Estão previstas exceções a esta obrigação.

³⁴ Comunicação, §§ 20, 22 e 25.

³⁵ Comunicação, § 26.

³⁶ Estão previstas exceções a esta obrigação.

³⁷ Comunicação, § 26.

5. PARECER DO REGULADOR SECTORIAL

63. Tratando-se de um setor regulado, a AdC solicitou, ao abrigo do artigo 55.º da Lei da Concorrência, o parecer da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).
64. No referido parecer, tendo analisado a estrutura dos mercados relevantes, bem como as alterações nessa estrutura que deverão resultar da operação em causa, a ERS conclui que: (i) se o mercado geográfico relevante considerado for todo o território nacional, estima-se que a alteração estrutural do mercado não suscite preocupações concorrenciais; (ii) mas se o mercado for de escala regional (i.e., NUTS III), estima-se um aumento da concentração de mercado que, a luz dos critérios da Comissão Europeia, poderá suscitar preocupações concorrenciais.
65. Ora, sobre a eventual delimitação do âmbito geográfico do mercado com base nas NUTS III, remete-se para toda a análise apresentada *supra*, onde se concluiu, com base na investigação de mercado realizada pela AdC, ser de excluir esta delimitação tão restritiva do mercado.

6. AUDIÊNCIA PRÉVIA

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

7. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO

67. Face ao exposto, o Conselho de Administração da Autoridade da Concorrência, no uso da competência que lhe é conferida pela alínea d) do n.º 1 do artigo 19.º dos Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 125/2014, de 18 de agosto, delibera adotar uma decisão de não oposição à operação de concentração, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 50.º da Lei da Concorrência, uma vez que a mesma não é suscetível de criar entraves significativos à concorrência efetiva no mercado nacional ou numa parte substancial deste.

Lisboa, 27 de setembro de 2022

O Conselho de Administração da Autoridade da Concorrência,

X

Margarida Matos Rosa
Presidente

X

Maria João Melícias
Vogal

X

Miguel Moura e Silva
Vogal

Índice

1. OPERAÇÃO NOTIFICADA	2
2. MERCADO RELEVANTE	3
3. AVALIAÇÃO JUSCONCORRENCIAL.....	8
3.1. Estrutura da oferta à escala do Continente	8
3.2. Proximidade Concorrencial	11
4. CLÁUSULAS RESTRITIVAS ACESSÓRIAS	13
5. PARECER DO REGULADOR SECTORIAL	15
6. AUDIÊNCIA PRÉVIA.....	15
7. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO	16