

Cadernos do Cade

**Atos de concentração
nos mercados de planos de saúde,
hospitais e medicina diagnóstica**

Julho/2018



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Conselho Administrativo de Defesa Econômica

**Cadernos do Cade: Atos de concentração nos mercados de planos de saúde,
hospitais e medicina diagnóstica**

Departamento de Estudos Econômicos (DEE) – Cade

SEPN 515 Conjunto D, Lote 4, Ed. Carlos Taurisano

CEP: 70.770-504 – Brasília/DF

Edição

Guilherme Mendes Resende

Pesquisa e Redação

Gerson Carvalho Bênia

Revisão

Glauco Avelino Sampaio Oliveira

Kenys Menezes Machado

Planejamento Gráfico

Assessoria de Comunicação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	PANORAMA GERAL DO MERCADO	8
2.1	Planos de Saúde.....	11
2.2	Hospitais.....	16
2.3	Medicina diagnóstica.....	20
3.	SURGIMENTO DOS GRANDES GRUPOS ECONÔMICOS.....	22
3.1	Novos investidores: fundos de investimento e capital externo	24
4.	ANÁLISE DE ATOS DE CONCENTRAÇÃO NOS MERCADOS DA CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	29
4.1	Participações societárias cruzadas.....	30
4.1.1	Participações minoritárias cruzadas nos mercados de saúde suplementar	32
4.2	Integração vertical nos mercados da cadeia de saúde suplementar	35
4.3	Definições de mercado relevante	39
4.3.1	Planos de saúde	40
4.3.2	Administração de benefícios	42
4.3.3	Hospitais.....	44
4.3.4	Medicina diagnóstica.....	46
4.4	Participações de mercado	48
4.5	Análise de entrada	50
4.5.1	Planos de saúde	50
4.5.2	Administração de benefícios	52
4.5.3	Hospitais.....	53
4.5.4	Oncologia ambulatorial	54
4.5.5	Medicina diagnóstica.....	55
4.6	Análise de Rivalidade.....	56
4.6.1	Rivalidade entre operadoras de planos de saúde	60
4.6.2	Rivalidade no mercado de administração de benefícios.....	62
4.6.3	Rivalidade entre hospitais	63
4.6.4	Rivalidade em mercados de medicina diagnóstica	65
4.7	Análise de eficiências.....	67
4.8	Restrições e remédios.....	72
4.8.1	Remédios comportamentais	74
4.8.2	Remédios estruturais	75
4.9	Atos de concentração reprovados.....	77

5 CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXO I	83
Atos de concentração em mercados da cadeia de saúde suplementar	83

1 INTRODUÇÃO

O sexto número da série “Cadernos do Cade” tem como objeto os atos de concentração realizados em mercados da cadeia produtiva da saúde suplementar, mais especificamente, fusões e aquisições que envolveram a participação de empresas de três segmentos dessa cadeia: planos de saúde, serviços hospitalares e serviços de medicina diagnóstica¹.

A saúde suplementar já foi tema do segundo volume desta série, porém com destaque para condutas anticompetitivas. A importância social e econômica desse setor justifica que novamente se volte a revisar aspectos da sua dinâmica de funcionamento e como o Cade tem respondido as suas transformações.

Os gastos com saúde já alcançaram 9,1% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, em 2015; e os gastos privados com saúde, no qual se incluem os mercados ora pesquisados, chegaram a 5,2%. Além disso, o setor de saúde é responsável por 6,4% das ocupações e 9,2% das remunerações na economia do país.

Sob o ponto de vista social, a saúde suplementar ganha importância cada vez maior à medida que grande parte da população recorre ao sistema privado para a obter atendimento de saúde, fugindo das dificuldades enfrentadas no sistema público. Em 2017, o número de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares superou os 47 milhões e os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos chegaram a 22,9 milhões.

O crescimento dos mercados foi acompanhado por mudanças estruturais. A abertura do setor para o investimento estrangeiro, o aporte de fundos de investimento nacionais e a abertura do capital impulsionaram um forte movimento de fusões e aquisições nos três mercados, que não se restringiu à concentração entre empresas do mesmo segmento, mas incluiu um intenso processo de integração vertical envolvendo operadoras de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica.

As razões para a concentração e verticalização desses mercados residem em falhas de mercado e aumento crescente dos custos do setor derivados de exigências regulatórias e da necessidade de incorporação de novas tecnologias de tratamento que acabam por aumentar as exigências do montante do capital a ser investido e da necessidade de se gerar ganhos de escala para diluir os custos operacionais.

¹ Medicina diagnóstica é como as empresas do setor referem a sua atividade, de realização de exames laboratoriais e de imagem. Nos processos do CADE, o termo usado tem sido “serviços de apoio à medicina diagnóstica (com as siglas SAD ou SAMD); órgãos públicos ligados ao setor de saúde usam a denominação “serviços de apoio à diagnose e terapia” (SADT).

Esse movimento de concentração dos mercados foi acompanhado pelo Cade que, até 2017, julgou 155 atos de concentração entre empresas dos três mercados ora analisados e acompanhou o surgimento e a expansão de grandes grupos econômicos, que, em certos momentos mantiveram laços societários entre si, o que reforçava ainda mais o seu poder de mercado.

Este caderno descreve a visão do Cade sobre esse fenômeno, dividindo-se em duas partes: a primeira mostra a relevância do setor de saúde na economia do Brasil, como se distribuem os serviços por eles ofertados entre as diversas regiões do país e apresenta uma descrição de cada um dos três mercados, bem como, dos maiores grupos do setor. A segunda parte descreve as interpretações e decisões do Cade sobre os diferentes aspectos das análises de atos de concentração nos mercados da cadeia produtiva da saúde suplementar.

2 PANORAMA GERAL DO MERCADO

O setor de saúde compreende uma ampla gama de produtos e serviços que podem ser providos tanto pelo setor público quanto pelo setor privado. No Sistema de Contas Nacionais, a Conta-Satélite de Saúde engloba os seguintes grandes grupos de atividades econômicas:

Quadro 1 - Composição da Conta-Satélite da Saúde

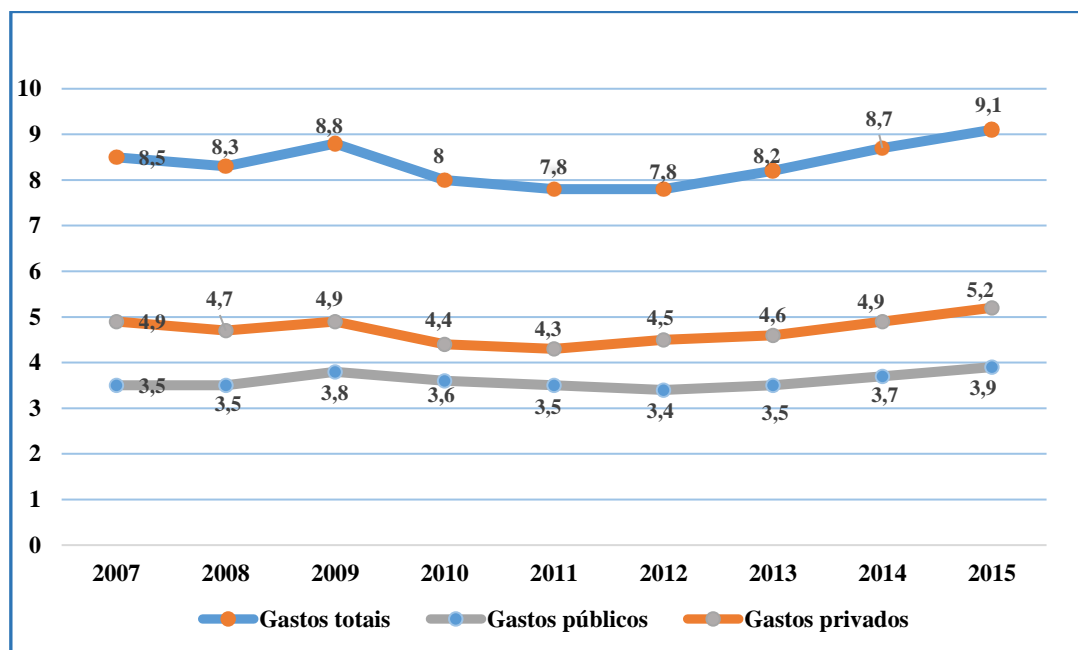
Grupo de produtos ou serviços	Exemplos
Medicamentos para uso humano	Medicamentos (dipirona, ácido ascórbico, penicilina, etc.), vacinas, soros, preparações contraceptivas, serviços de produção de medicamentos para uso humano
Preparações farmacêuticas	Algodão hidrófilo, curativos adesivos e líquidos, esparadrapos, reagentes para determinação de tipo sanguíneo, contrastes para exames radiográficos
Aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico	Esterilizadores, instrumentos para cirurgia, aparelhos para diálise, máscaras, mobiliários para medicina e odontologia
Outros materiais para uso médico, odontológico e ótico (inclui prótese)	Armações para óculos, lentes de contato, stents, seringas, termômetros, próteses ortopédicas
Comércio de produtos farmacêuticos, perfumaria e médico/odontológicos	Comércio atacadista e varejista de instrumentos e materiais de uso médico/odontológico, de produtos farmacêuticos para uso humano e veterinários, de cosméticos e produtos de higiene pessoal
Saúde privada	Seguro saúde, planos de saúde, atendimento hospitalar, serviços móveis de atendimento a urgências, serviços de complementação diagnóstica e terapêutica
Saúde pública	Atendimento hospitalar, serviços móveis de atendimento a urgências, apoio à gestão da saúde, serviços de complementação diagnóstica e terapêutica.

Fonte: IBGE – Conta-Satélite de Saúde Brasil 2010-2015. Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

O levantamento mais recente publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que, em 2015, o setor de saúde foi responsável por 9,1% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, o que equivale a um consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil da ordem de R\$ 546 bilhões, continuando uma trajetória de crescimento iniciada em 2011 (Gráfico 1). Desse montante, R\$ 231 bilhões (3,9% do PIB) foram gastos

do governo e R\$ 315 bilhões (5,2% do PIB) corresponderam a gastos do setor privado (famílias e instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias).

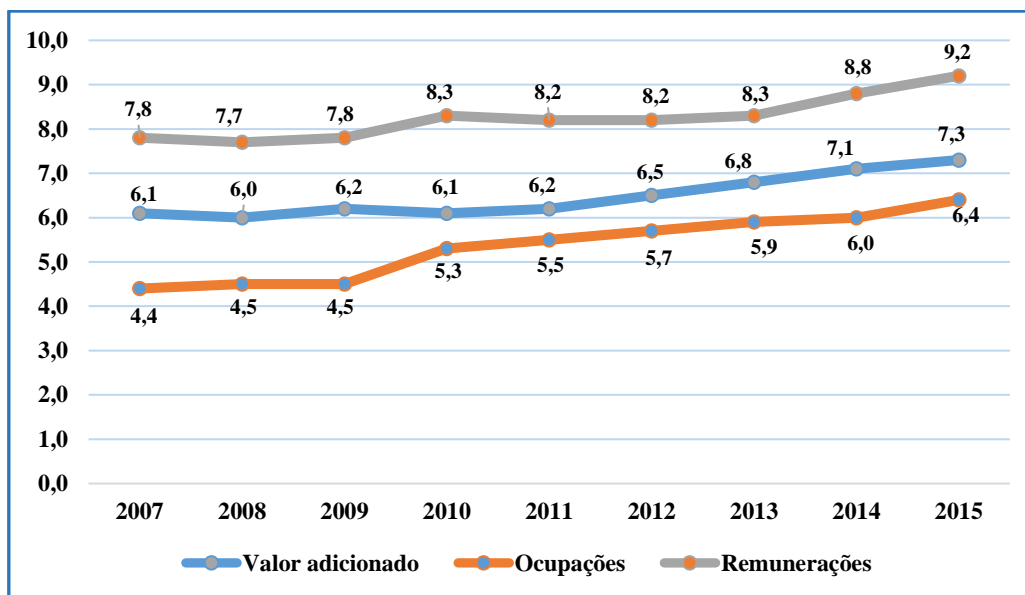
Gráfico 1 - Gastos em saúde como percentual do PIB - Brasil



Fonte: IBGE – Conta-Satélite de Saúde Brasil 2010-2015 e 2007-2009. Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

Outros indicadores, que também demonstram a importância do setor de saúde na economia brasileira, têm apresentado uma tendência de crescimento (Gráfico 2). No período de 2007 a 2015, a participação do setor no volume total de remunerações pagas no Brasil passou de 7,8% para 9,2%; a participação no total de ocupações subiu de 4,4% para 6,4%; e a participação das atividades de saúde na renda gerada no país (valor adicionado) aumentou de 7,8% para 9,2%.

Gráfico 2 - Indicadores de participação da saúde na economia (%)

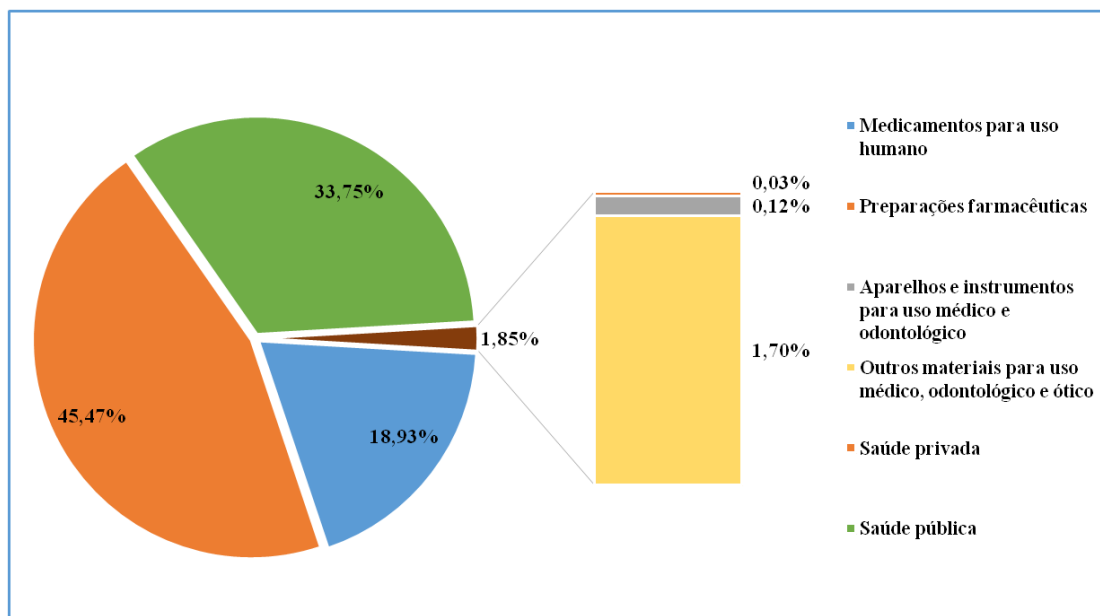


Fonte: IBGE – Conta-Satélite de Saúde Brasil 2010-2015 e 2007-2009. Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

Quanto ao consumo final de produtos e serviços de saúde (Gráfico 3), há uma predominância do setor classificado como “saúde privada”, que responde por 45,47% do total, seguido pelo consumo de segmento “saúde pública” (33,75%) e medicamentos (18,93%); os demais grupos têm participações muito pequenas.

Gráfico 3

Consumo final de produtos e serviços de saúde, por setor institucional - 2015



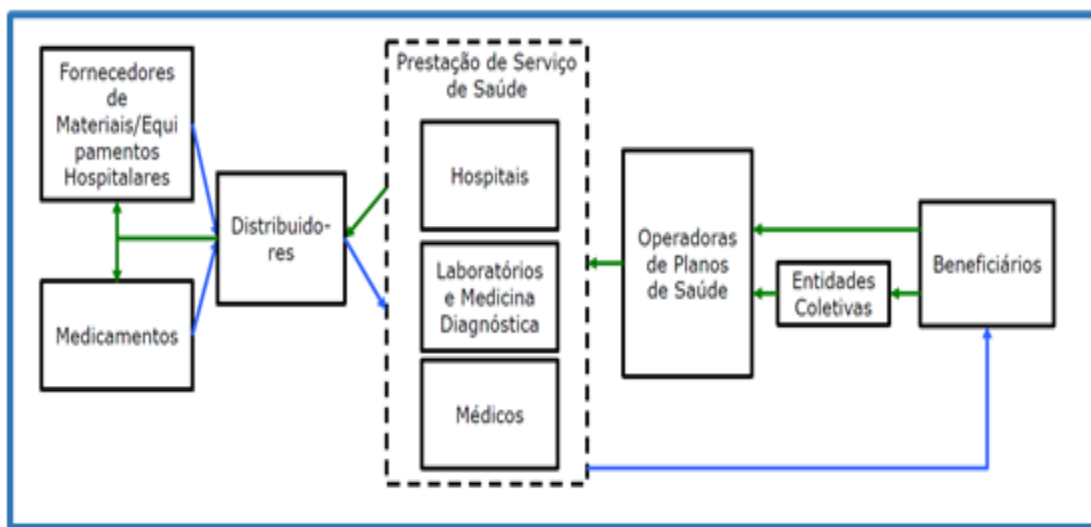
Fonte: IBGE – Conta-Satélite da Saúde Brasil 2010-2015. Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

Conforme o relatório do IBGE, medicamentos são o segundo item de despesa com consumo de produtos e serviços das famílias, responsável por 30% do total, em 2015. O

primeiro item no gasto das famílias com saúde é o segmento saúde privada (66%), onde se incluem os mercados objeto deste caderno: planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica.

Esses mercados são responsáveis pela dinâmica da cadeia da saúde suplementar, que envolve, também, outros agentes: produtores de medicamentos e de equipamentos médicos, os distribuidores desses produtos, médicos² e os consumidores representados pelos beneficiários de planos de saúde e pelas entidades coletivas que contratam planos de saúde em nome de seus associados, funcionários, etc. (Figura 1).

Figura 1- Mapa da cadeia produtiva da saúde suplementar



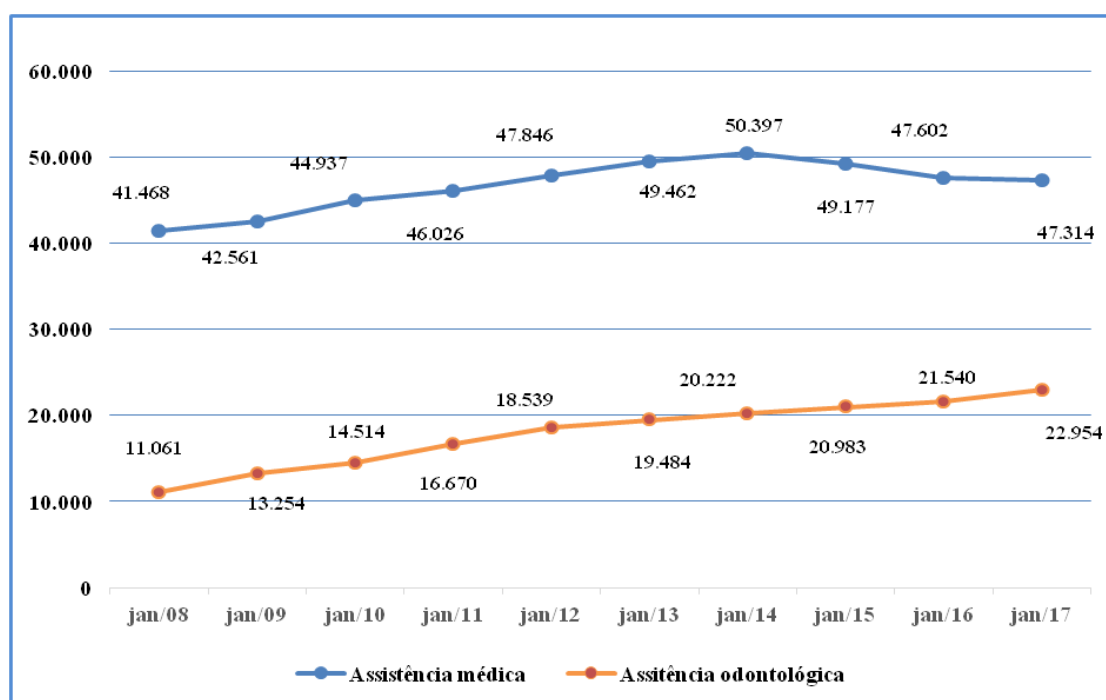
Autor: Azevedo et al. (2016, p. 30)

2.1 Planos de Saúde

Na última década, o contingente de beneficiários de planos de saúde cresceu consideravelmente. Os planos médicos (com ou sem cobertura odontológica) tiveram um aumento de 14%, passando de 41,46 milhões de beneficiários, em 2008, para 47,31 milhões, em 2017. Os planos odontológicos, que representam um volume menor de beneficiários apresentaram um crescimento muito mais expressivo (107%), saltando de 11,06 milhões de beneficiários, em 2008, para 22,95 milhões, em 2017 (Gráfico 4).

² A categoria dos médicos se distingue dos demais profissionais de saúde na cadeia produtiva, porque esses profissionais têm o papel fundamental de prescrever tratamentos e indicar outros prestadores de serviços para os seus pacientes.

Gráfico 4 - Beneficiários de planos de saúde - Brasil - (x 1000)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

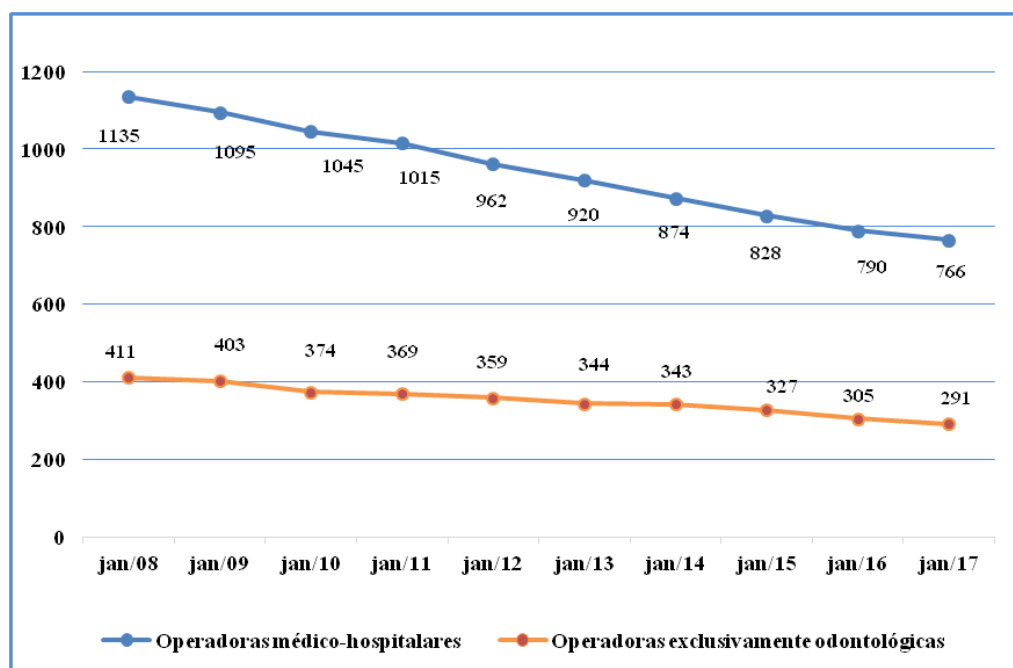
Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

Os planos de saúde são comercializados e operacionalizados por pessoas jurídicas genericamente chamadas de operadoras de planos de saúde (OPS). Essas entidades são classificadas nas modalidades de administradora de benefícios, autogestão, cooperativa médica ou odontológica, filantropia, medicina ou odontologia de grupo e seguradora especializada em saúde³.

Enquanto cresce o número de beneficiários, o número de operadoras, ao contrário, diminui ano a ano. As operadoras de planos médico-hospitalares apresentaram em 2017 uma redução de quase um terço da quantidade existente em 2008 – ao final de 2017 havia 766 operadoras com beneficiários registradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As operadoras de planos exclusivamente odontológicos também caíram cerca de 30% entre os anos de 2008 e 2017, com 291 OPS com beneficiários registradas pela ANS no final desse período. Esses números são reflexos de fenômenos que serão tratados com mais detalhes nas seções seguintes, como a tendência à concentração e à verticalização dos mercados da cadeia produtiva da saúde suplementar.

³ As modalidades de operadoras de planos de saúde foram detalhadas no segundo volume da série Cadernos do Cade “Mercado de Saúde Suplementar: Conduas – 2015” (p.12 11-13).

Gráfico 5 - Operadoras de planos de saúde - Brasil



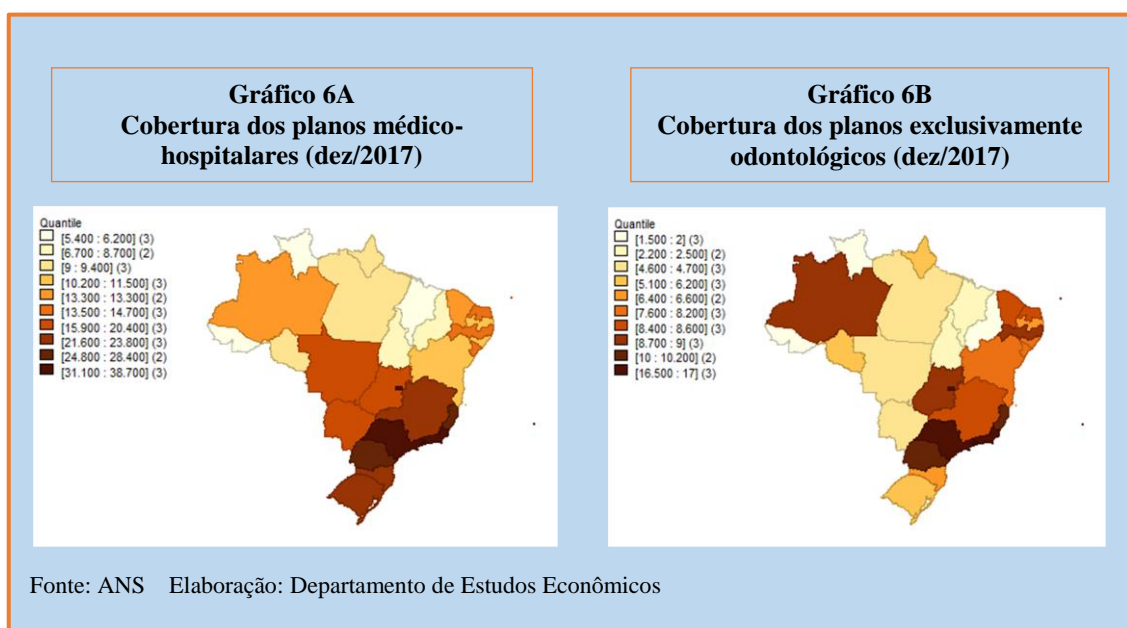
Fonte: ANS

Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

Os planos de saúde médico-hospitalares apresentam uma taxa de cobertura⁴ de 22,7% em nível nacional. Entretanto, essa cobertura não é distribuída uniformemente entre as regiões do país. Os estados das regiões sul e sudeste, mais o Distrito Federal, apresentam as maiores taxas de cobertura, com destaque para São Paulo (38,7%), Rio de Janeiro (32%) e Distrito Federal (31,1%). Os estados das regiões nordeste e norte do país apresentam menores taxas de cobertura de planos médico-hospitalares: Maranhão (6,2%), Roraima (5,7%) e Acre (5,4%) têm as menores taxas de cobertura do país (Gráfico 6A).

A taxa de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos no Brasil é de 10,4%. Neste caso repetem-se, de forma quase idêntica, as unidades da federação com as maiores e menores taxas de cobertura: São Paulo (17%), Distrito Federal (16,7%) e Rio de Janeiro (16,5%) apresentam os maiores índices, enquanto Piauí (2%), Roraima (1,7%) e Acre (1,5%) têm os menores (Gráfico 6B).

⁴ A taxa de cobertura é obtida pela razão entre o número de beneficiários de planos de saúde e a população total.



As maiores operadoras de planos de saúde médico-hospitalares do Brasil (consideradas individualmente e não o grupo econômico) são Amil, Bradesco Saúde, Hapvida, Notre Dame Intermédica e Sul América (Tabela 1). As dez maiores OPS somam 37,46% dos beneficiários de planos de saúde do país, ficando os restantes 62,54% distribuídos entre as demais 756 operadoras registradas pela ANS. Entretanto, essa participação relativamente baixas das maiores OPS no total de beneficiários do país não guarda relação com o seu poder de mercado aferido no âmbito dos mercados relevantes definidos pelo Cade em atos de concentração.

Outra observação relevante, é que há quatro unidades do sistema Unimed entre as 10 maiores OPS do país, porém, se o sistema Unimed fosse considerado nessa estatística de número de beneficiários como uma entidade única (incluindo todas as cooperativas regionais que o compõem), somaria mais de 16 milhões de beneficiários, ou cerca de um terço do total de beneficiários planos de saúde médico-hospitalares do Brasil.

Tabela 1
Maiores operadoras de planos de saúde médico hospitalares
Brasil (2017)

Operadora	Número de beneficiários	Participação (%)
Amil	3.723.530	7,87
Bradesco Saúde	3.364.634	7,11
Hapvida	2.238.606	4,73
Notre Dame Intermédica	1.959.828	4,14
Sul América	1.732.167	3,66
Central Nacional Unimed	1.471.457	3,11
Unimed - Belo Horizonte	1.222.736	2,58
Unimed - Rio	689.648	1,46
CASSI	684.593	1,45
Unimed - Porto Alegre	634.897	1,34
Outros	29.591.665	62,54
Total	47.313.761	100,00

Fonte: ANS Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

No mercado de planos exclusivamente odontológicos há uma líder destacada, a Odontoprev com 23,83% do total de beneficiários (Tabela 2). As dez maiores OPS detêm 62,23% do mercado nacional, ficando os restantes 37,77% distribuídos entre outras 281 operadoras. Há entre as dez maiores operadoras de planos de saúde exclusivamente odontológicos, quatro operadoras que também figuram entre as maiores dos planos médico-hospitalares: Amil, Notre Dame Intermédica, Hapvida e Sul América.

Tabela 2
Maiores operadoras de planos de saúde exclusivamente odontológicos
Brasil (2017)

Operadora	Número de beneficiários	Participação (%)
Odontoprev	5.470.977	23,83
Amil	1.999.975	8,71
Notre Dame Intermédica	1.549.995	6,75
Hapvida	1.545.515	6,73
Metlife	885.792	3,86
Odonto System	635.696	2,77
Dental Uni	569.926	2,48
Sul América	565.686	2,46
Odonto Empresas	539.905	2,35
Brasildental	521.757	2,27
Outros	8.668.748	37,77
Total	22.953.972	100,00

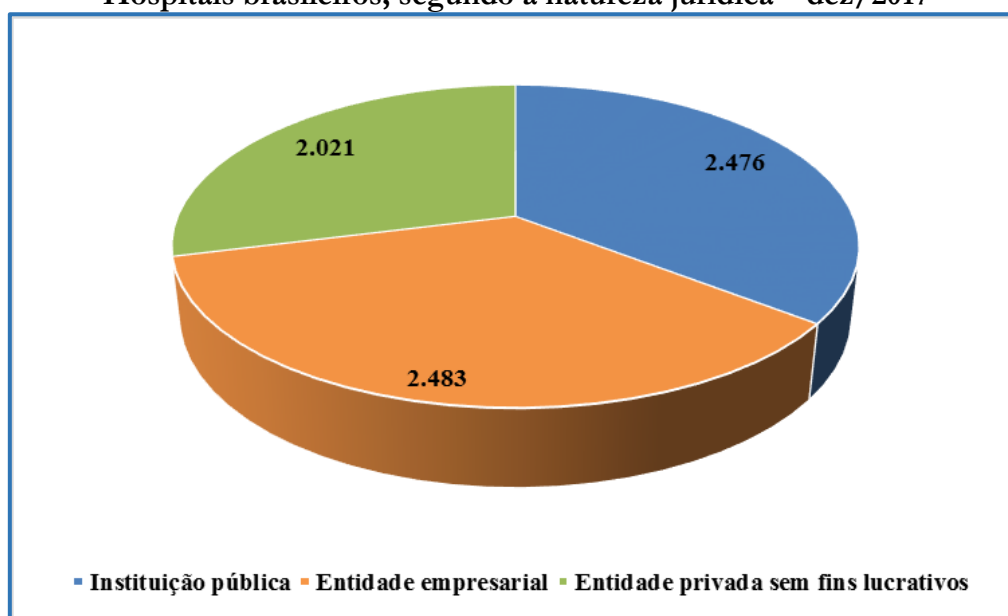
Fonte: ANS Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

2.2 Hospitais

Os hospitais constituem um grupo heterogêneo de instituições de prestação de serviços de saúde que podem variar conforme sua natureza jurídica (pública, privada ou entidade privada sem fins lucrativos), conforme os serviços prestados (hospitais gerais, especializados, clínicas, centros médicos, etc.), ou, ainda, de acordo com o público que atende (pacientes do Sistema Único de Saúde, particulares, beneficiários de planos de saúde).

Em dezembro de 2017, havia no Brasil 6.980 hospitais⁵, distribuídos quanto a sua natureza jurídica de forma razoavelmente uniforme: instituições públicas federais, estaduais ou municipais representam 35,47% do total de hospitais do país, entidades empresariais somam 35,57% dos hospitais e entidades privadas sem fins lucrativos compõem os restantes 28,95% (Gráfico 7)

Gráfico 7
Hospitais brasileiros, segundo a natureza jurídica – dez/2017



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) | Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

A distribuição de leitos, no entanto, apresenta-se heterogênea entre as diferentes regiões do país, seguindo o padrão da cobertura de planos de saúde. A média nacional é de 2,1 leitos por mil habitantes, sendo que Rio Grande do Sul (2,72), Goiás (2,58), Paraná (2,42), Piauí (2,37) e Rondônia (2,36), apresentam as maiores médias de leitos por mil habitantes (Gráfico 8A).

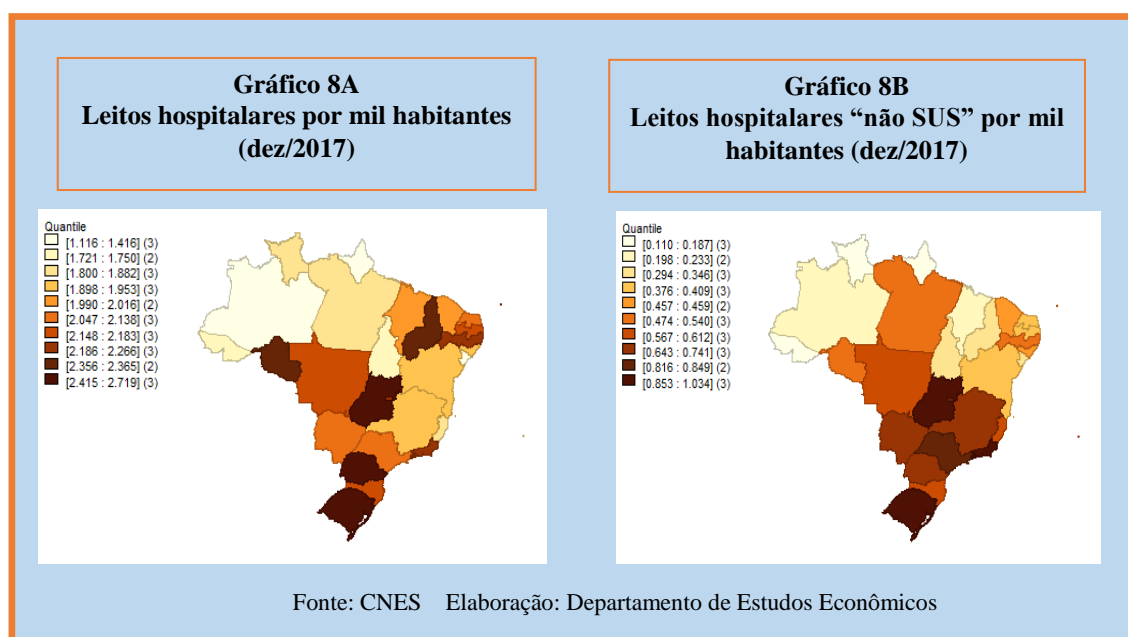
Porém, nesse grupo há uma diferença fundamental para a compreensão da estrutura do mercado privado de serviços hospitalares. A presença dos estados do Piauí e Rondônia entre as maiores médias de leitos por habitantes reflete uma maior proporção de leitos

⁵ Esse número se refere aos estabelecimentos classificados como “hospital geral” e “hospital especializado” no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

destinados ao Sistema Único de Saúde em relação aos leitos “não SUS”⁶ – respectivamente, de 6,8/1 e 3,36/1. Em estados mais populosos, essa relação é inferior: São Paulo (1,4/1), Minas Gerais (2/1) e Rio de Janeiro (1,6/1).

O Cade, quando analisa atos de concentração nos mercados de serviços hospitalares, costuma excluir de sua análise, especialmente quando se trata de medir participação de mercado, os leitos destinados ao SUS. Assim, para que se chegue a um retrato mais próximo do mercado de serviços hospitalares efetivamente analisados pelo Cade, deve-se observar a distribuição de leitos não comprometidos com o atendimento ao sistema público.

A distribuição de leitos “não SUS” apresenta uma maior concentração nos estados das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste – nessas regiões, todas as unidades da federação mantêm-se nas quatro faixas de maior concentração com valores acima da média nacional (0,51 leito “não SUS” por mil habitantes). As regiões Norte e Nordeste possuem menor cobertura de leitos destinados ao atendimento privado: somente Pará e Rondônia, com 0,54 leito “não SUS” por mil habitantes, superam a média nacional (Gráfico 8B).

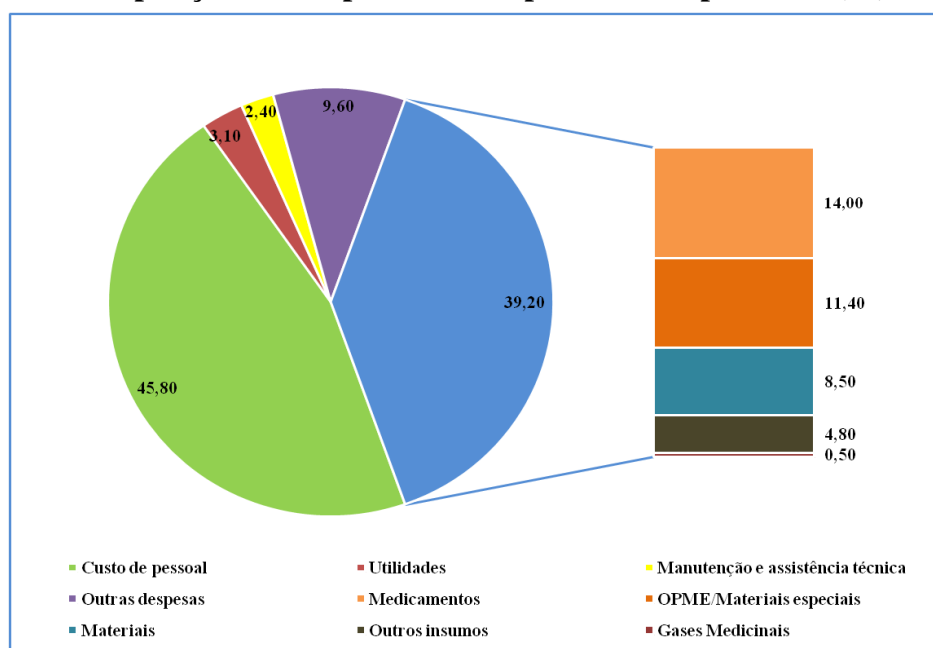


Como referido anteriormente, os hospitais constituem um conjunto heterogêneo de instituições, portanto dificilmente se poderia descrever aspectos específicos, como receitas e despesas, através de médias de todas as instituições. Para uma aproximação do perfil dos hospitais que normalmente são objeto de atos de concentração, recorre-se a informações publicadas pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp).

⁶ “Leitos não SUS” é a referência utilizada pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para designar os leitos hospitalares destinados ao atendimento privado.

Segundo a Anahp, há dois grupos predominantes na composição das despesas dos hospitais: custo de pessoal, responsável por 45,80% das despesas, e insumos, que representam 39,20% do total (Gráfico 9). O grupo insumos é composto pelos produtos utilizados diretamente no cuidado de pacientes, incluindo medicamentos, órteses e próteses, materiais, gases industriais e outros insumos não classificados nos grupos anteriores. No terceiro grupo mais relevante, classificado como “outras despesas” (9,6% do total), destacam-se as despesas financeiras.

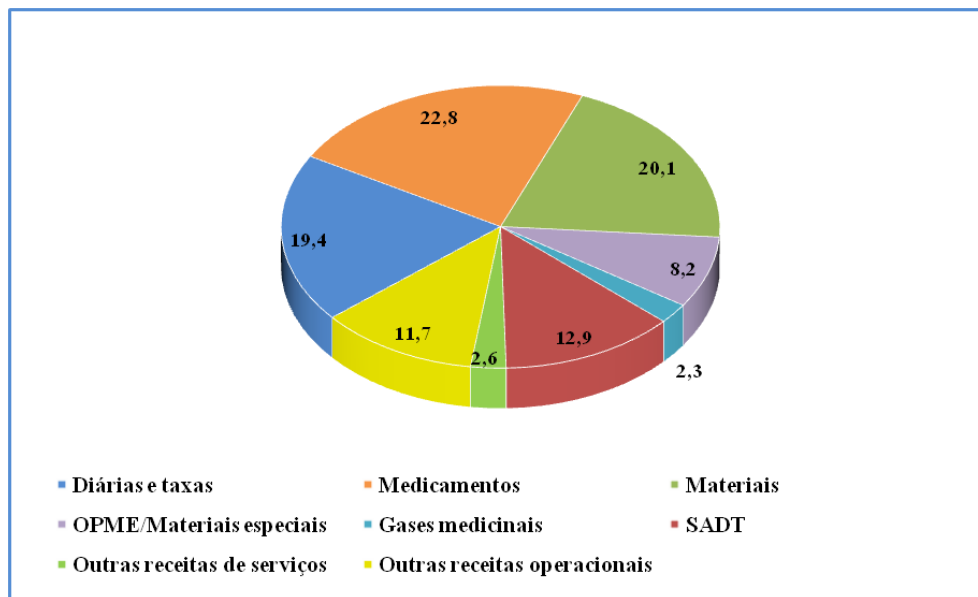
Gráfico 9
Composição das despesas dos hospitais - Anahp - 2016 - (%)



Fonte: Anahp/Observatório 2017 (p. 135) Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

Pelo lado das receitas, medicamentos (22,8%), materiais (20,1%) e diárias e taxas (19,4%) são os maiores grupos (Gráfico 10). A soma das contas que compõem o grupo “insumos”, que representam 39,2% do conjunto de despesas e é composto por medicamentos, órteses e próteses, materiais e gases medicinais, responde por 53,4% do total de receitas dos hospitais. Outro grupo relevante nas receitas dos hospitais é o de medicina diagnóstica, que representa 12,9% das receitas.

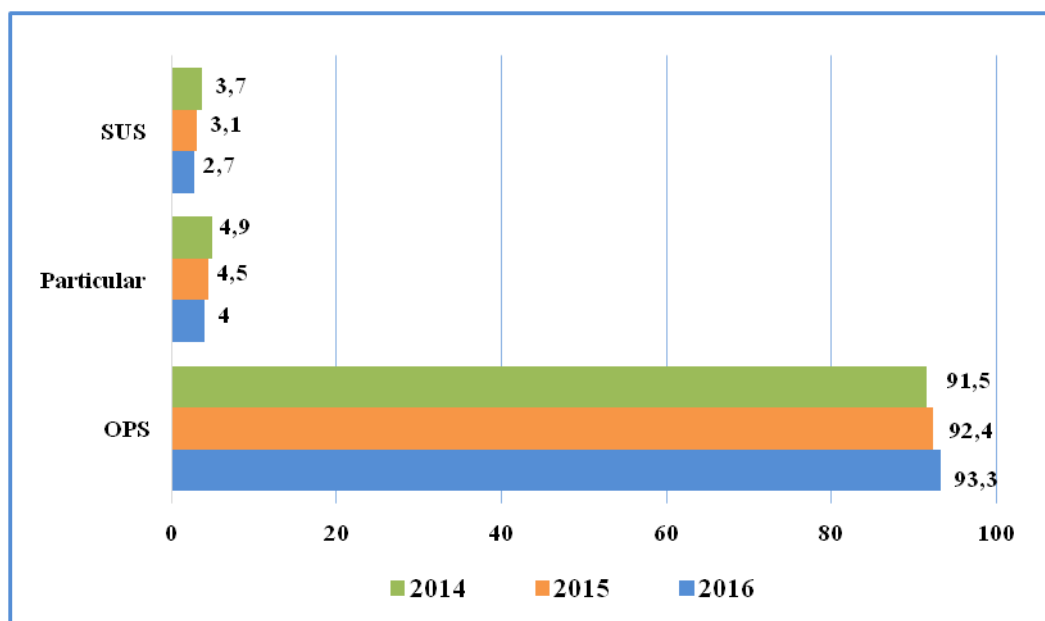
Gráfico 10
Composição das receitas dos hospitais - Anahp -2016 - (%)



Fonte: Anahp/Observatório 2017 (p. 136) Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

Ainda sobre receitas, nota-se que a principal fonte pagadora das receitas dos hospitais privados associados à Anahp são as operadoras de planos de saúde, responsáveis por mais de 90% do total auferido e com uma tendência de aumento dessa participação (Gráfico 11), enquanto os pagamentos diretos de particulares e do SUS registram taxas inferiores a 5%, com tendência de queda no período 2014-2016.

Gráfico 11
Fontes de receitas dos hospitais - Anahp - (%)



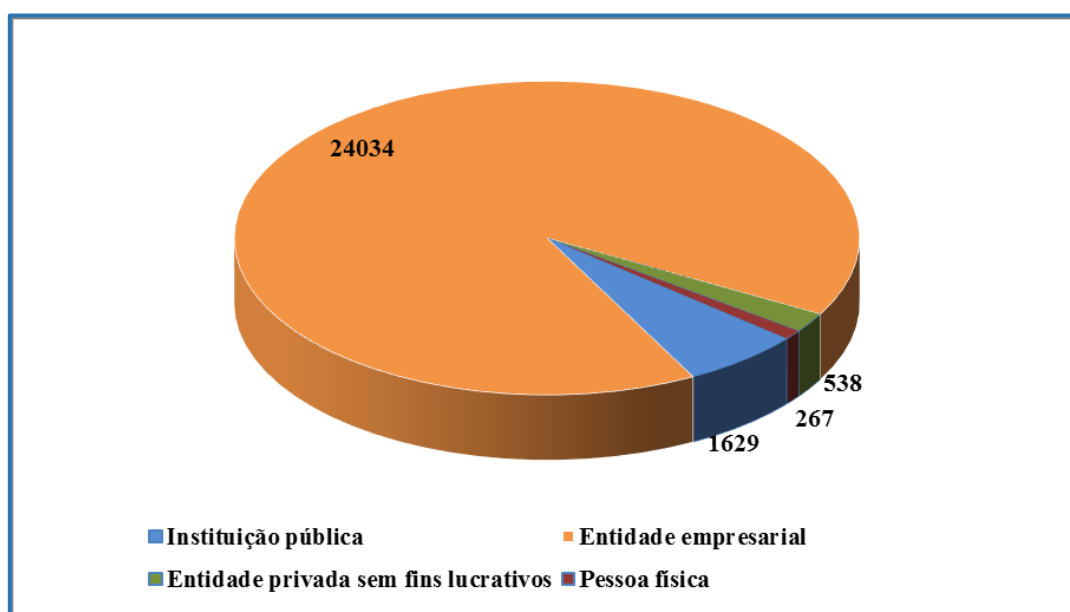
Fonte: Anahp/Observatório 2017 (p. 139) Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

2.3 Medicina diagnóstica

Na definição de Campana (2009, p. 296), “a medicina diagnóstica é, hoje, um conglomerado de especialidades direcionadas a realização de exames complementares no auxílio ao diagnóstico, com impacto nos diferentes estágios da cadeia de saúde: prevenção, diagnóstico, prognóstico e acompanhamento terapêutico”. Nesse conjunto de estabelecimentos de saúde estão laboratórios de análises clínicas e de anatomia patológica, as clínicas de radiologia e de exames por imagem e por métodos gráficos, etc.

Em dezembro de 2017, havia no Brasil 26.468 estabelecimentos prestadores de serviços de medicina diagnóstica, com a predominância da natureza jurídica de entidades empresariais (90,8%), seguida por instituições públicas (6,15%) – entidades privadas sem fins lucrativos e pessoas físicas aparecem de forma residual no total desses estabelecimentos no país (Gráfico 12).

Gráfico 12
Estabelecimentos de medicina diagnóstica, segundo a natureza jurídica
Brasil - 2017



Fonte: CNES. Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

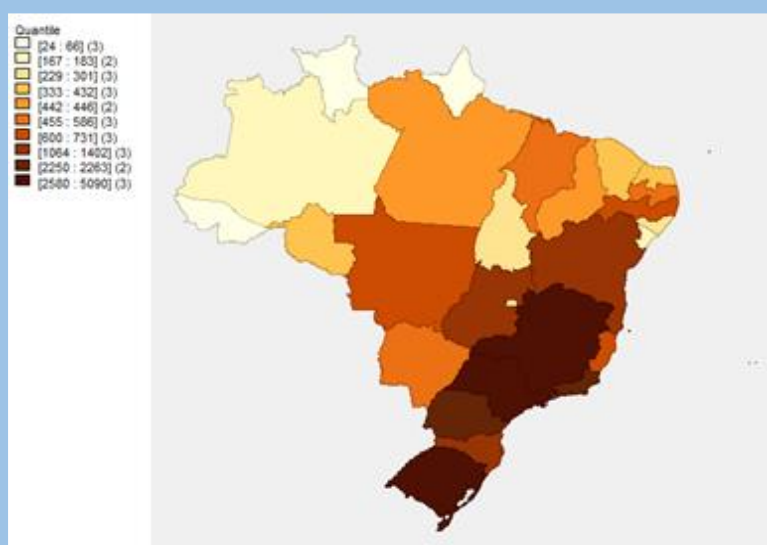
Não se pode estabelecer um padrão médio das empresas do setor, pois, a partir da última década, houve o surgimento e a expansão de grandes empresas do setor, que prestam uma extensa gama de serviços e estão presentes em várias regiões do país, como Dasa, Fleury, Alliar e Hermes Pardini, que ainda convivem com uma profusão de pequenas empresas com atendimento local e focadas em determinados nichos do mercado (análises clínicas, exames de imagem, etc.).

O mercado de medicina diagnóstica pode ser dividido em três tipos de negócios principais (Martins, 2014):

- **atendimento ambulatorial:** compreende os serviços prestados nas unidades de atendimento da própria empresa. Nessas unidades o cliente, mediante um pedido médico, realiza os exames laboratoriais, de imagem e demais especialidades médicas.
- **atendimento hospitalar:** os exames são realizados no interior do ambiente hospitalar, mediante parcerias entre os prestadores de serviços de medicina diagnóstica e os hospitais, onde os primeiros se beneficiam do alto volume de exames demandados e os últimos da especialização das empresas de medicina diagnóstica na realização e processamento de exames;
- **atendimento ou apoio a laboratórios:** consiste na prestação de serviços diagnósticos para outros laboratórios, geralmente de menor porte ou que não têm a capacidade de realizar exames de maior complexidade.

A localização dos estabelecimentos segue o mesmo padrão identificado nos mercados de planos de saúde e de hospitais, a maioria se concentra nos estados das regiões sudeste e sul, com destaque para São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, que contam com mais de 2.500 estabelecimento, enquanto as regiões nordeste e norte registram menor concentração, sendo que os estados de Roraima, Amapá e Acre têm menos de 100 estabelecimento especializados em medicina diagnóstica.

Gráfico 13
Localização de estabelecimentos de medicina diagnóstica - 2017



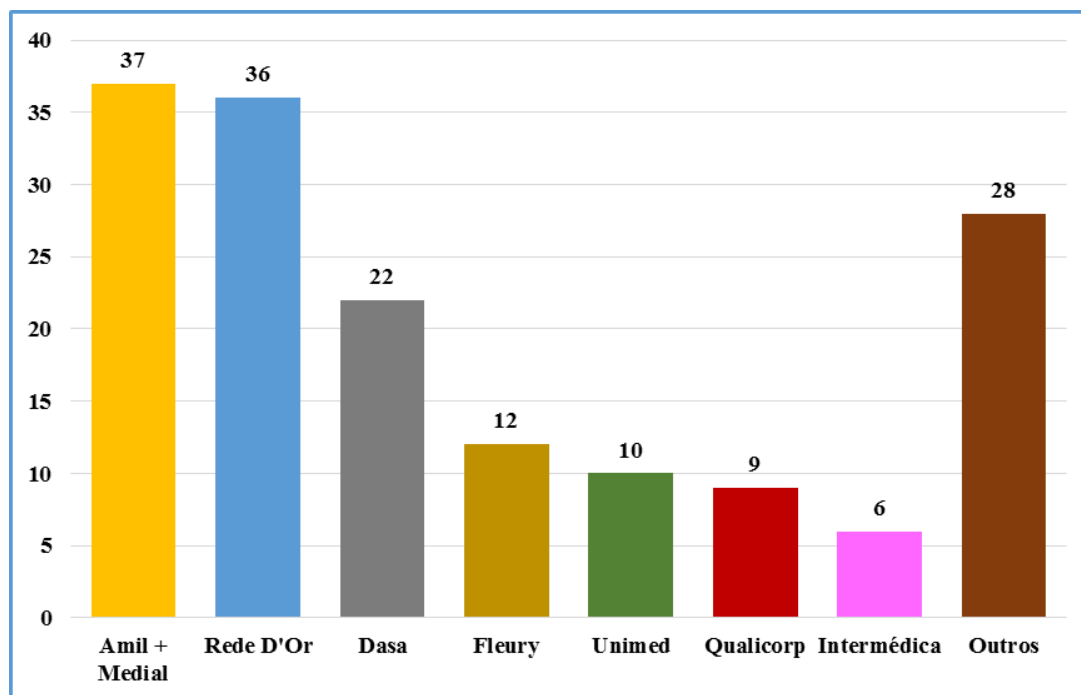
Fonte: CNES Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

3 SURGIMENTO DOS GRANDES GRUPOS ECONÔMICOS

Desde 2003 até 2017, o Cade julgou 155 atos de concentração envolvendo empresas dos mercados de planos de saúde, hospitais e serviços de medicina diagnóstica. Considerando que em algumas operações mais de um grupo econômico participou de forma ativa, mediante operações como *joint venture* e cruzamento societário, chega-se a um total de 160 operações que resultaram no aumento do poder de mercado ou do poder de investimento de diversas empresas⁷.

Nesse período, pode-se acompanhar o crescimento e a consolidação de alguns grupos econômicos que se tornaram líderes dos seus mercados, adotando como uma de suas principais estratégias de expansão, operações de fusão e aquisição de empresas desses mercados. Amil, Rede D'Or, Dasa, Fleury, Unimed, Qualicorp e Notre Dame Intermédica, nessa ordem, são as empresas mais ativas nessas operações, concentrando 80,98% dos casos (Gráfico 14), as quais serão destacadas a seguir. O valor da Amil inclui cinco aquisições feitas pela Medial, nos anos de 2007 e 2008, antes do ato de concentração envolvendo as duas empresas, que ocorreu em 2009.

Gráfico 14 - Atos de concentração por grupo econômico - (2003 - 2017)



Fonte: Cade. Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

⁷ Por esse critério, uma *joint venture* entre Unimed e Oncoclínicas (AC nº 08700.009118/2013-40) é considerada duas vezes, uma como uma expansão da Unimed e outra como uma expansão da Oncoclínicas; o ingresso de um fundo de investimento em uma empresa do setor, como o investimento do Bain Capital na Intermédica, conta como uma operação da Intermédica, dado que esta empresa ampliou seu poder de atuação no mercado.

Amil - a empresa líder no mercado de planos de saúde no Brasil foi fundada em 1978, tendo como principal acionista Edson de Godoy Bueno, que em anos anteriores já havia investido em hospitais de cidades da região metropolitana do Rio de Janeiro. Em 2007, a empresa abriu seu capital e iniciou um movimento de aquisições de outras empresas de planos de saúde e de hospitais. Com a aquisição da Medial Saúde, em 2009, se tornou a maior empresa do mercado de saúde suplementar do Brasil. Em 2012, o grupo norte-americano United Health passou a integrar o capital social da Amil, tornando-se, posteriormente seu controlador.

Rede D'Or – fundada em 1977, como uma operação no mercado de serviços de medicina diagnóstica, no Rio de Janeiro. Em 1998, o grupo passou a investir no mercado de hospitais. Em 2010, comprou hospitais do grupo São Luiz, de São Paulo. Atualmente tem hospitais e clínicas de oncologia nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco e no Distrito Federal. Embora tenha recebido investimentos de instituições financeiras e fundos de investimento, como BTG Pactual e Carlyle Group, o controle pertence ao fundador do grupo Jorge Moll Filho.

Dasa - tem origem em laboratório de medicina diagnóstica fundado em 1961, em São Paulo. Em 1999, recebeu investimentos de fundos administrados pelo Banco Pátria e passou a se chamar Diagnósticos da América S.A. (Dasa). Em 2004, passou a ter ações listadas na bolsa de valores de São Paulo. Nos anos 2000, adquiriu controle de redes de laboratórios em diversas regiões do país. Em 2014, os antigos controladores da Amil, Edson de Godoy Bueno e Dulce Pugliese Bueno, passam a ser os novos controladores da Dasa. Atualmente, o grupo tem operações nas regiões em todo o país, exceto região norte, atuando com mais de vinte marcas diferentes⁸.

Fleury - o laboratório Fleury foi fundado em São Paulo, em 1926. Nos anos 2000, a empresa iniciou um processo de aquisição de marcas do setor em diversas regiões do país. Em 2009, promoveu abertura do seu capital na bolsa de valores. Nos anos de 2015 a 2017 teve a participação do fundo de *private equity* Advent. Atualmente, os maiores acionistas são Bradseg Participações (controlada pelo Banco Bradesco) e Integritas Participações S.A.⁹ O Grupo Fleury atua nos estados do Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Pernambuco e no Distrito Federal.

Unimed – a primeira cooperativa de trabalho na área médica surgiu em Santos/SP, em 1967. Nos anos 1970, consolidou-se o Sistema Unimed com o surgimento das federações (que congregam cooperativas de determinadas regiões) e da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil. Embora as Unimeds singulares tenham alto grau de autonomia administrativa, as decisões estratégicas de cunho empresarial que envolvem

⁸ Fonte: <<http://dasa.com.br/pt-br/historico>>. Acesso em 03/05/2018.

⁹ Fonte: <<http://bvmf.bmfbovespa.com.br/cias-listadas/empresas-listadas/ResumoEmpresaPrincipal.aspx?codigoCvm=21881&idioma=pt-br>>. Acesso em 03/05/2018.

todo o sistema de cooperativas – como, por exemplo, deliberação sobre o uso de marcas, sobre criação e permanência de cooperativas e sobre uniformização de rotinas e procedimentos - são centralizadas na Unimed do Brasil (Leandro, 2010, p 78-79).

Atualmente são 348 cooperativas médicas, com mais de 114 mil médicos cooperados e 117 hospitais próprios, espalhados em todas as regiões do país.

Qualicorp – a empresa foi fundada em 1997 com foco na oferta de planos de saúde coletivos por adesão. Em 2010, recebeu investimento do fundo de investimentos Carlyle que permaneceu no controle da companhia até 2012. A Qualicorp consolidou sua liderança no mercado de administração de benefícios com uma série de aquisições, a partir de 2010. O principal acionista é o fundo L2 FIP, controlado pelo fundador da empresa José Seripieri Filho¹⁰.

Notre Dame Intermédica – a Intermédica foi fundada em 1968, em São Paulo. Em 1990, foi fundada a seguradora Notre Dame. O fundo de investimentos Bain Capital assumiu o controle do grupo Notre Dame Intermédica, em 2014, passando a investir na aquisição de outras operadoras de planos de saúde e em hospitais.

3.1 Novos investidores: fundos de investimento e capital externo

A partir de meados dos anos 2000, os mercados da cadeia de saúde suplementar passaram a ser objeto da atenção e do investimento de fundos de origem nacional e estrangeira, movimento esse que foi acelerado com a liberação da participação do capital externo em empresas do setor, o que era limitado por dispositivos legais.

A legislação sobre participação do capital externo constituía um entrave para o aporte de capital nas empresas do setor de saúde. A Constituição Federal veda a participação a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, **salvo nos casos previstos em lei** (art. 199, § 3º).

A Lei nº 8.080, publicada em 19 de setembro de 1990, abriu a primeira exceção para doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos (art. 23); e serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social (art. 23, § 2º).

A Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, deu um passo decisivo na direção da recepção do capital estrangeiro no mercado de saúde suplementar ao permitir a pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no

¹⁰Fonte: <http://ri.qualicorp.com.br/conteudo_pt.asp?idioma=0&conta=28&tipo=30976>. Acesso em 03/05/2018.

exterior “constituir ou participar do capital ou do aumento do capital de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde” (art. 1º, § 3º).

Com essa permissão legal, em 2012, a operadora norte-americana United Health Group adquiriu o controle acionário da Amil Participações S.A. e, em contrapartida, o Sr. Edson de Godoy Bueno, até então maior acionista da Amil, se tornou acionista e membro do Conselho da United Health. Essa operação gerou polêmica entre profissionais da área da saúde, dado que a Amil, além de operadora de planos de saúde, era também proprietária de hospitais e, ainda, não havia permissão expressa para participação de capital estrangeiro nesse segmento. Essa questão foi contornada sob a alegação de que a compra era do grupo econômico e não investimento direto em hospital e, além disso, os hospitais em questão eram de uso exclusivo de clientes dos planos Amil (Jardim, 2016, p. 60).

Finalmente, em 2015, a lei nº 13.097 estendeu a possibilidade participação do capital estrangeiro em empresas de assistência à saúde, nos seguintes termos

CAPÍTULO XVII

DA ABERTURA AO CAPITAL ESTRANGEIRO NA OFERTA DE SERVIÇOS À SAÚDE

Art. 142. A Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

(...)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

(...)

“Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros.”

A partir dessa abertura, os investimentos de instituições financeiras estrangeiras (bancos e fundos de investimento) nos mercados da cadeia de saúde suplementar estrangeiros juntam-se ao movimento que já se fazia sentir de parte de instituições e fundos nacionais, contribuindo para o processo de consolidação e integração vertical dos mercados de hospitais e de medicina diagnóstica, associadas, muitas vezes, a operadoras de planos de saúde.

Jardim (2016), a partir de entrevistas com um grupo de especialistas desses mercados¹¹, elaborou um panorama de como se daria, a entrada do investimento estrangeiro no setor de hospitais, apontando características e estratégias que se observam na realidade vivenciada pelo Cade, no âmbito dos atos de concentração (Quadro 2).

Quadro 2

Estratégias de investimento estrangeiro no mercado de hospitais

ESTRATÉGIAS DE ENTRADA		
<p>PERFIL DO INVESTIDOR: Estratégico: larga experiência na área de saúde. Investem e controlam integralmente a operação. E Financeiro: fundos de investimento. Podem ter só uma parcela do negócio e não têm obrigatoriamente, intenção de controlar a operação.</p>	<p>REGIÕES: Regiões com maior densidade populacional, mais ricas (>PIB), e que tenham plano de saúde: Sudeste</p>	<p>MODOS DE ENTRADA: <u>Joint Venture</u>: com fusões e parcerias que permitam conhecer o mercado e ambiente.</p>
<p>PRAZO DE INVESTIMENTO: Médio e longo prazo (5 a 20a)</p>	<p>PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS: Só em um futuro distante.</p>	
<p>RISCO ENVOLVIDO: Comprometerão o capital financeiro e intelectual gradualmente, temendo perder o investimento devido ao risco do desconhecido.</p>	<p>HOSPITAIS FAMILIARES: Comprarão hospitais de famílias desestruturadas na gestão e governança.</p>	<p>SEGMENTOS: Hospitais gerais com mais de 200 leitos e que estejam organizados em redes; serviços de oncologia, cardiologia, imagem e outros com alta rentabilidade</p>
<p>NÍVEL DE SERVIÇO OFERECIDO: Alta qualidade.</p>	<p>HOSPITAIS FILANTRÓPICOS: Contratarão o serviço de gestão, governança e estratégia dos hospitais filantrópicos de referência o País.</p>	

Fonte: Jardim (2016, p. 148)

O Quadro 2 mostra as conclusões sobre o cenário mais provável na visão das pessoas entrevistadas. Interessante notar que há uma perspectiva de melhora na qualidade dos serviços prestados. Embora melhoria de qualidade seja, comumente, alegada como eficiência pelas empresas para justificar operações de fusão e aquisição, este não é um fator que se possa claramente observar através dos processos relativos a atos de concentração.

Por outro lado, algumas conclusões guardam estreita correspondência com o que já se observa nos negócios analisados pelo Cade: o perfil do investidor caracterizado pelos fundos de investimento com objetivo financeiro tem predominado nos atos de concentração, enquanto o perfil estratégico (com experiência na área da saúde) destaca-se o caso da United Health investindo na Amil.

¹¹ As entrevistas envolveram profissionais dos seguintes grupos de atividades: trabalhadores da saúde, investidores estrangeiros, operadoras de planos de saúde, hospitais e governo.

Quanto ao modo de entrada, embora não haja propriamente muitas joint ventures, observa-se que os investimentos se dão na forma de aquisição de participação societária em empresas nacionais já estabelecidas (e não em investimento greenfield, quando é necessário investir na construção de toda a estrutura de um novo negócio), o que permite conhecer o mercado com menor risco do que se houvesse um esforço no sentido de criar uma empresa e estabelecê-la no mercado sem conhecimento prévio.

Destaca-se, também, o objeto desses investimentos: hospitais gerais (a maioria dos atos de concentração se refere a este tipo de hospital), com mais de 200 leitos (a escala mínima considerada pelo Cade é de 150 leitos) organizados em redes (embora, haja mais caso de compra de hospitais individuais, há casos de destaque como o da Rede D'Or e de hospitais em Brasília).

Também se deu destaque para as áreas de oncologia, cardiologia e imagem, pela sua rentabilidade, as quais foram, efetivamente objeto de diversos atos de concentração submetidos à análise do Cade.

Finalmente, a percepção de que os investimentos se destinam às regiões mais populosas, com maior renda e com maior cobertura de planos de saúde, o que aponta para as grandes capitais e para as regiões sudeste e sul, e esta também é uma tendência que se revela concretamente nos casos que passam pelo Cade, até mesmo porque essas características refletem a distribuição geográfica da cobertura de planos de saúde e dos estabelecimentos de saúde no Brasil (conforme gráficos apresentados na sessão 2)

A confirmação dessas perspectivas em relação ao investimento estrangeiro no setor de hospitais pode ser facilmente transportada para o investimento do capital financeiro nacional nesses mercados e, da mesma forma, pode ser facilmente transportada do mercado de hospitais para o mercado de medicina diagnóstica. Essa conclusão é claramente observada pelos dados do Quadro 3, que mostra uma relação de fundos de investimento e instituições financeiras que investem em empresas dos mercados da cadeia da saúde suplementar, que é meramente exemplificativa, pois revela somente o que se observa a partir dos processos que transitaram pelo Cade.

Cabe esclarecer, ainda, que a relação do Quadro 3 indica que esses investidores participavam do capital das empresas no momento em que um ato de concentração foi analisado pelo Cade e, portanto, podem não mais fazer parte do capital dessa empresa, ou mesmo, ter encerrado o seu investimento em uma empresa e passado a investir em outra do mesmo mercado. Além disso, deve-se observar que instituições gestoras de fundos de investimento como BTG Pactual ou Tarpon, apesar de terem origem brasileira, podem estar viabilizando investimento externo através de cotas dos fundos de investimento por elas geridos.

Quadro 3

Investidores nacionais e estrangeiros no mercado de saúde complementar

Fundo/instituição financeira	Origem	Empresa investida	Mercado
Bain Capital	Exterior	Notre Dame Intermédica	Planos de saúde
BB-Seguros/ Banco do Brasil	Brasil	Brasidental/Odontoprev	Planos de saúde
Broad Street/Goldman Sachs	Exterior	Oncoclinicas	Oncologia ambulatorial
BTG Pactual	Brasil	Rede D'Or	Hospitais
BTG Pactual	Brasil	Fleury	Medicina diagnóstica
Caixa Seguros/Caixa Econômica Federal	Brasil	Odonto/Prevdonto	Planos de saúde
Credit Suisse Hedging	Exterior	Dasa	Medicina diagnóstica
FIP Abaporu/Cyrela	Brasil	Hospital Vera Cruz	Hospitais e planos de saúde
FIP Abaporu/Cyrela	Brasil	Hospital São Lucas	Hospitais
Gávea Investimentos/JP Morgan Chase	Exterior	Instituto Hermes Pardini	Medicina diagnóstica
Integritas/Brasdesco	Brasil	Fleury	Medicina diagnóstica
Kinea Privat Equity/Itaú-Unibanco	Brasil	Delfim	Medicina diagnóstica
Massachusetts Mutual Life Insurance Company	Exterior	Dasa	Medicina diagnóstica
Morgan Stanley	Exterior	Qualicorp	Administração de benefícios
Oppenheimer Funds	Exterior	Dasa	Medicina diagnóstica
Pacific RDSL Participações	Exterior	Rede D'Or	Hospitais
Patria Banco de Negócios, Assessoria e Gestão	Brasil	Dasa	Medicina diagnóstica
Patria Banco de Negócios, Assessoria e Gestão	Brasil	Alliar	Medicina diagnóstica
Tarpon	Brasil	Dasa	Medicina diagnóstica
The Carlyle Group	Exterior	Qualicorp	Administração de benefícios
United Health Group	Exterior	Amil	Planos de saúde - hospitais
Victoria Capital Partners	Exterior	Oncoclinicas	Oncologia ambulatorial

Elaboração: Departamentos de Estudos Econômicos

4 ANÁLISE DE ATOS DE CONCENTRAÇÃO NOS MERCADOS DA CADEIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

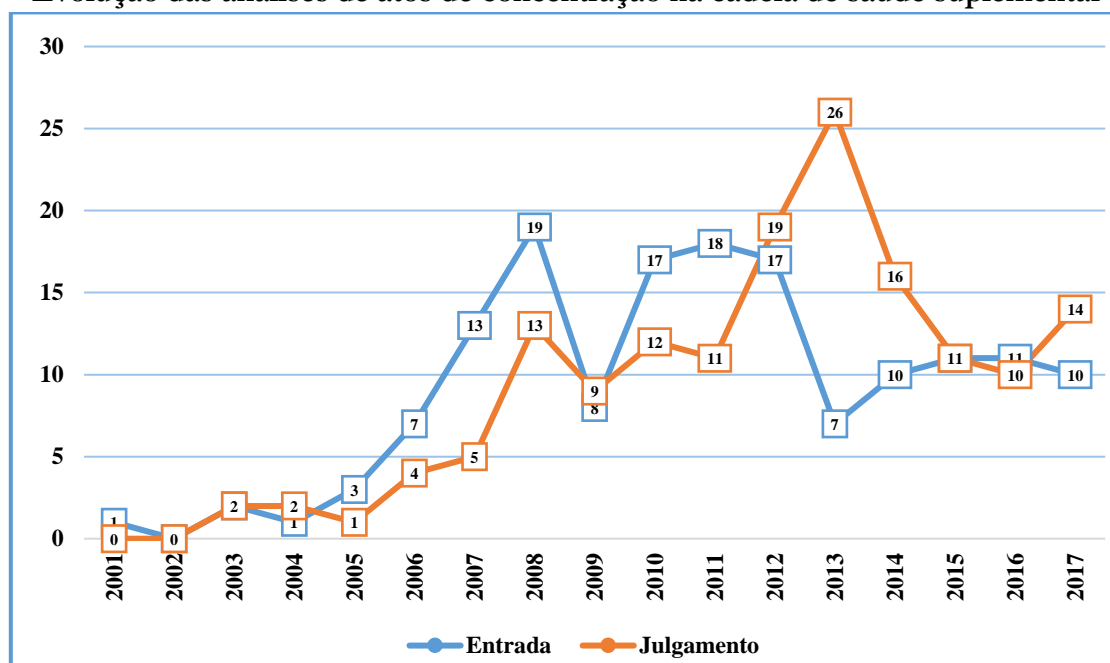
Até dezembro de 2017, o Cade julgou 155 atos de concentração envolvendo os mercados de planos de saúde, hospitais e serviços de medicina diagnóstica¹². O movimento de concentração nesses mercados começou a ser registrado no Cade em 2001, com a aquisição da carteira de beneficiários de seguro saúde do banco HSBC.

Mas, foi a partir de 2007 que se observou uma elevação significativa do volume de casos apresentados ao Cade; no período de 2008 a 2012, ocorrem os picos de notificações de atos de concentração, com média de mais de quinze atos de concentração por ano. No período mais recente, o volume de casos diminuiu, mantendo-se estável em torno de dez atos de concentração por ano (Gráfico 15).

No período de 2005 a 2011, houve uma defasagem entre a quantidade de atos de concentração notificados ao Cade e quantidade de casos julgados, de forma que existia, nesse período, um estoque de processos desses mercados a serem concluídos. Essa tendência foi revertida a partir de 2012, quando o Cade passou a julgar mais atos de concentração dos mercados de saúde suplementar do que a quantidade que recebeu, eliminando a defasagem entre entrada e julgamento de processos até o ano de 2015.

Gráfico 15

Evolução das análises de atos de concentração na cadeia de saúde suplementar



¹² Os AC nº 08012.012830/2010-32, 08012.012830/2010-32, 08700.007317/2016-67 e 08700.007471/2016-39 foram arquivados sem análise do mérito, por não conhecimento ou perda de objeto, por isso não estão incluídos nessa estatística. / Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

Dentre os grupos econômicos mais ativos no movimento de fusões e aquisições nos mercados da cadeia produtiva de saúde suplementar, a primeira a iniciar esse movimento foi a Amil, em 2003, permanecendo ativa nessa estratégia até o presente. Logo em seguida, a Dasa notificou oito atos de concentração no biênio 2005/2006. O grupo Fleury apresentou seu primeiro ato de concentração em dezembro de 2007.

Em 2008, a Unimed¹³ apresentou seu primeiro ato de concentração, que acabou não sendo aprovado pelo Cade. A Intermédica teve seu primeiro ato de concentração notificado em 2009 e, posteriormente, voltou a adquirir controle de outras empresas a partir de 2014, após receber o investimento do fundo Bain Capital. Em 2010, o Grupo D'Or iniciou sua estratégia de aquisições notificando sete operações ao Conselho, e finalmente, a Qualicorp teve seu primeiro ato de concentração notificado em 2011.

As próximas sessões detalham os principais aspectos identificados pelo Cade nas análises desses atos de concentração, destacando, inicialmente, dois temas que foram objeto de muitos debates e análises no Conselho - participações societárias cruzadas e integração vertical – e que afetam, em grande parte, as demais etapas de análise que serão apresentadas posteriormente.

4.1 Participações societárias cruzadas

Tema recorrente na jurisprudência do Cade, o efeito de participações societárias cruzadas, mesmo que minoritárias, tem especial destaque nas análises de atos de concentração nos mercados da cadeia de saúde suplementar.

As participações minoritárias em rivais são consideradas ativas quando garantem ao acionista o controle ou alguma forma de influência relevante na empresa, ou passivas, quando garantem somente participação nos resultados da empresa, bem como, acesso a outras variáveis comerciais específicas, como informações estratégicas sensíveis.

As participações ativas naturalmente indicam uma comunhão explícita de interesses entre as empresas dado que há uma possibilidade clara e formalizada em documentos da sociedade que indicam a possibilidade de intervenção decisiva de um acionista minoritário em determinadas decisões estratégicas da empresa. Nas participações passivas, essa relação é mais sutil, logo demandam análise mais detalhada, pois tais relações societárias podem gerar efeitos unilaterais (no sentido de reduzir os incentivos para que duas empresas ligadas ao mesmo acionista concorram efetivamente) ou efeitos coordenados, sob a forma de coordenação ou colusão (mesmo que tácita), que não são tão evidentes à primeira vista.

¹³ Os atos de concentração envolvendo o sistema Unimed tiveram participações de cooperativas de diferentes localidades do país.

Para que essa participação minoritária constitua um problema concorrencial é necessário que alguns fatores estejam presentes: (i) a empresa investidora deve ter informações sobre movimentos estratégicos e operacionais da empresa investida; (ii) a empresa investidora deve ser capaz de implementar estratégias retaliadoras; (iii) a indústria deve se caracterizar por um oligopólio com elevadas barreiras à entrada e à saída e (iv) as empresas envolvidas na operação (investidora e investida) devem formar um grupo ou um conjunto articulado dominante ou, alternativamente, serem dominantes de forma isolada¹⁴.

Nesse contexto, o acesso por parte da empresa investidora a informações estratégicas de difícil monitoramento da empresa investida (estrutura de custos, por exemplo) confere à primeira um maior poder de barganha junto a compradores e fornecedores, além da possibilidade de antecipar os movimentos estratégicos da empresa investida. Essa relação passa a ter um efeito concorrencial significativo quando as empresas envolvidas detêm poder de mercado. Neste caso, ao operarem em conjunto, elas poderiam alterar de forma coordenada ou unilateral a concorrência no mercado e a possibilidade de estratégias retaliadoras da empresa investidora seria um incentivo concreto para que a empresa-investida aceitasse aderir à estratégia conjunta.

Sob esse ponto de vista, quanto menor a participação acionária da investidora na empresa investida, maior a probabilidade de estratégias retaliadoras, pois o prejuízo para a investidora, derivado de sua participação no resultado da empresa investida, seria pequeno. Neste caso, haveria uma maximização assimétrica de interesses – uma coordenação do tipo líder-seguidora - mais difícil de detectar do que uma coordenação simétrica (com uma maximização conjunta de lucro), cujo efeito negativo para a concorrência superior ao que se pode supor pelo simples e imediato dimensionamento da participação minoritária.

Um argumento muitas vezes apresentado pela empresa-investidora é de que os mecanismos para anular conflitos de interesse constantes em estatutos e cláusulas contratuais impediriam não somente eventuais desavenças na governança corporativa, mas, também, conflitos concorrenciais.

Entretanto, os problemas concorrenciais diferem na sua natureza dos conflitos de interesse previstos nos estatutos das empresas. Os estatutos das empresas buscam minimizar conflitos entre acionistas ou impedir decisões que não busquem maximizar seus lucros. A perspectiva concorrencial é totalmente distinta, pois observa a organização da indústria e busca manter os “conflitos de interesses”, ou seja, a disputa de mercado¹⁵.

¹⁴ Voto vogal do Conselheiro Ricardo Machado Ruiz referente ao AC nº 08012.006653/2010-55.

¹⁵ A ANS também analisa participações societárias e controle compartilhado de OPS para decidir sobre fusões e aquisições entre empresas submetidas a sua regulação, porém com o objetivo de identificar os controladores da sociedade e visando identificar consequências sobre a viabilidade econômico-financeira da operadora e sobre a prestação dos serviços.

Nos termos da Resolução Normativa nº 270:

4.1.1 Participações minoritárias cruzadas nos mercados de saúde suplementar

O caso mais complexo de participações societárias minoritárias cruzadas nos mercados objeto deste caderno e discutido em várias análises de atos de concentração no Cade, diz respeito aos grupos Amil, Rede D'Or e Dasa, empresas líderes em vários mercados de planos de saúde, hospitais, clínicas e medicina diagnóstica.

Eis uma breve descrição da evolução dessas relações, sob a perspectiva das análises de atos de concentração no Cade:

- i. **relação Amil/Dasa – AC nº 08012.010038/2010-43** – operação de troca de ações entre Dasa e Amil, pelo qual a Dasa incorporou a empresa MD1 Diagnósticos (pertencente aos então controladores da Amil: Edson de Godoy Bueno e Dulce Pugliese de Godoy Bueno) e em troca 26,36% do seu capital social passa a pertencer aos controladores da Amil;
- ii. **relação Grupo FMG (Rede D'Or)/São Luiz Operadora Hospitalar – AC nº 08012.010274/2010-60** – O Grupo FMG adquiriu participação de 74,58% no capital social da São Luiz Operadora Hospitalar e de suas subsidiárias, entrando no mercado de São Paulo mediante aquisição de uma das principais redes privadas de hospitais daquele município;
- iii. **relação Grupo FMG/Hospitais Fluminenses – AC nº 08012.006653/2010-55** – aquisição, pelo Grupo FMG, de participação de 50% no Hospital Fluminense, com atuação em Niterói/RJ, onde o grupo já controlava outros hospitais;
- iv. **relação Grupo Amil/Medial/Medise - AC nº 08012.009906/2009-17** – nesta operação o Grupo Amil adquiriu o controle do Grupo Medial. Além disso, durante a instrução desse processo, foi informado ao Cade que algumas

Art. 1º (...)

§1º Considera-se alteração ou transferência de controle societário toda modificação societária que atribua a pessoa natural ou jurídica, ou a grupo de pessoas vinculadas por acordo de voto, ou sob controle comum, a condição de controlador, diretamente ou através de outras controladas, de maneira a assegurar, de modo permanente, preponderância nas deliberações sociais e o poder de eleger a maioria dos administradores, nos termos da legislação societária.

§ 2º Nos casos em que o controle é exercido por pessoa, ou grupo de pessoas, que não seja titular de ações ou quotas que assegurem a maioria absoluta dos votos do capital social, considera-se controlador a pessoa ou o grupo de pessoas vinculados por acordo de acionistas ou quotistas, ou sob controle comum, que seja o titular de ações ou quotas que lhe assegurem a maioria absoluta dos votos dos acionistas ou quotistas presentes nas três últimas Assembléias Gerais da operadora.
(...)

Art. 5º Para a aprovação dos atos previstos no art. 1º, o requerente deverá, antes do registro dos atos constitutivos no órgão competente, encaminhar solicitação formal à DIOPE, acompanhada dos documentos e informações previstos nos Anexos I a IV-B desta Resolução, conforme o caso, bem como dos seguintes documentos.
(...)

VII - relatório indicando os objetivos visados e estimando os efeitos assistenciais e econômico-financeiros da alteração do controle ou a operação societária pretendida;

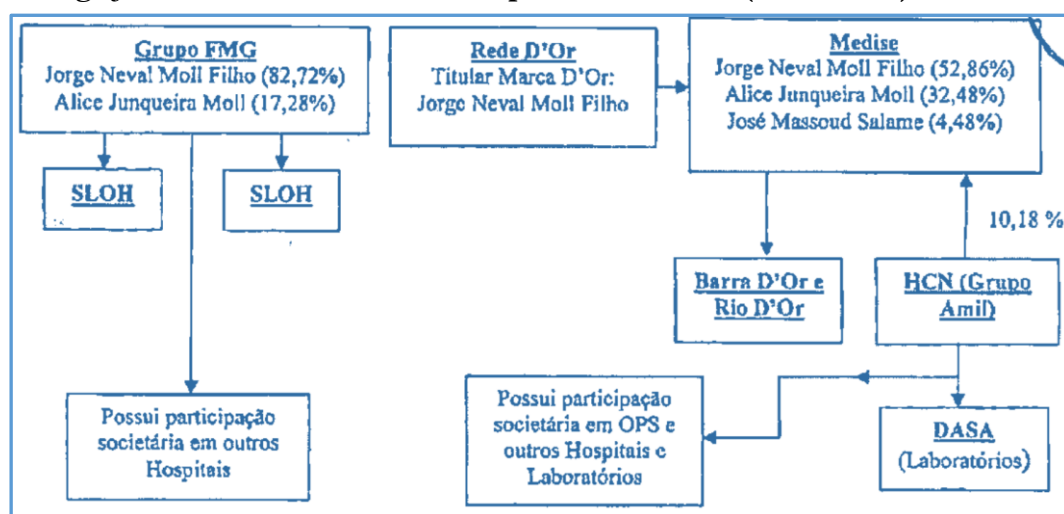
aquisições do Grupo Amil não tinham sido submetidas ao SBDC. Dentre elas, a aquisição por empresa do Grupo Amil de 10% da empresa Medise Medicina diagnóstica e Serviços, detentora da marca D'Or, de titularidade do controlador do Grupo FMG Jorge Neval Moll Filho.

Por conta dessas operações, no AC nº 08012.010094/2008-63, julgado em 2012, que trata da aquisição do controle da Casa de Saúde Santa Lúcia pelo Grupo Amil, no mercado de hospitais do Rio de Janeiro/RJ, o Cade entendeu (i) que o Grupo Amil possuía acesso a informações sensíveis junto à Medise, bem como poderes de veto em questões operacionais e mercadológicas sensíveis para a empresa; (ii) que o Grupo Amil, por intermédio da Medise e dos hospitais que essa controla (Hospital Barra D'Or e Hospital Rios D'Or), possuía poderes para afetar investimentos, compras conjuntas de equipamentos, etc. nos demais hospitais da Rede D'Or (Grupo FMG, que tinha o mesmo controlador da Medise) quando os hospitais controlados pela Medise estão envolvidos.

Assim, entendeu-se pela reunião do Grupo FMG e do Grupo Amil em um mesmo grupo econômico para fins de análise concorrencial (Figura 2).

Figura 2

Ligações societárias entre os Grupos Amil e FMG (Rede D'Or), em 2012



Fonte: Voto do Conselheiro Ricardo Machado Ruiz referente ao AC nº 08012.010038/2010-43

A decisão do Conselho foi de reprovar a operação a menos que o Grupo Amil alienasse sua participação societária na Medise, o que foi efetivamente realizado no prazo estipulado pelo Cade – a partir de então o Cade voltou a considerar separadamente os Grupos Amil e Rede D'Or.

Permaneceu, entretanto, a ligação entre Amil e Dasa decorrente da operação de troca de ações anteriormente referida. Embora as empresas defendessem que as participações acionárias da família Bueno (controladora da Amil) não lhes conferiam influência sobre aspectos operacionais que lhes permitissem coordenar as atividades das duas empresas, o

Cade, na decisão sobre o AC nº 08012.010038/2010-43, de dezembro de 2013, considerou o contrário, tais participações societárias possibilitavam a efetiva intervenção no negócio da Dasa, bem como acesso a informações sensíveis, por parte dos controladores da Amil. Tal conclusão se baseou nos seguintes argumentos:

- i. garantia de nomear membros para o Conselho de Administração da Dasa;
- ii. as regras de governança para lidar com conflitos de interesses dos acionistas em questões envolvendo as duas empresas, não afastavam preocupações concorrenciais relativas a temas como estratégias de contratualização, coordenação e integração vertical;
- iii. existência de contratos de terceirização de serviços de medicina diagnóstica entre Amil e Dasa;
- iv. existência de garantias de que as tabelas de preços pactuadas pela Dasa com a Amil seriam iguais ou inferiores às menores tabelas praticadas com as demais OPS.

Outro argumento das empresas foi de que com a entrada do United Health Group na composição do capital acionário da Amilpar, a família Bueno passara a ser minoritária e deixara de ter influência relevante sobre os negócios do grupo e qualquer tentativa de coordenação a partir de duas participações minoritárias em Amil e Dasa, seria coibida pela ação do novo controlador.

Ocorre que foi constatado que, além da participação na Amil, o Sr. Edson Bueno passara a ser acionista minoritário da United Health e membro do seu Conselho de Administração. Também foi identificado que um dos acionistas da Dasa (fundo Oppenheimer) era também acionista da United Health, reforçando, assim, a percepção de ligação entre os grupos.

Assim, Amil e Dasa continuaram sendo tratadas como pertencentes a um único grupo econômico pelo Cade.

Esse entendimento perdurou até 2017, quando a Superintendência Geral, na análise do AC nº 08700.002581/2017-95, de interesse dos laboratórios Dasa e Salomão Zoppi, considerou que após o falecimento do Sr. Edson Bueno, não havia mais participação direta dos acionistas da família no controle da Amil, embora permanecessem as participações societárias minoritárias, e que estas, por si só, não seriam suficientes para determinar que as empresas Dasa e Amil faziam parte de um mesmo grupo econômico.

Ainda tratando de participações societárias cruzadas entre grandes grupos no setor de saúde suplementar, através de um conjunto de três atos de concentração realizados nos

anos de 2010 e 2011¹⁶, o Grupo FMG (Rede D'Or) adquiriu participação no Grupo Fleury, um dos líderes no segmento de medicina diagnóstica no Brasil, com participação ativa no movimento de consolidação desse mercado. Ocorre que no período entre a celebração desses negócios e o julgamento dos mesmos pelo Cade, em 2014, os controladores do Grupo FMG (família Moll), o banco BMG Pactual e o fundo FIP Delta (que unia o banco e o Grupo FMG) alienaram as ações que lhes davam participação nas empresas do Grupo Fleury, desfazendo-se assim a associação entre os dois grupos econômicos.

4.2 Integração vertical nos mercados da cadeia de saúde suplementar

Integração vertical é um dos aspectos mais discutidos em análises de ato de concentração em mercados da cadeia de saúde suplementar. Em 40% dos 155 atos de concentração analisados para este Caderno, o tema é explicitamente discutido nos votos dos Conselheiros e/ou pareceres da Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) e da Superintendência Geral. Nesse rol incluem-se relações entre:

- OPS e hospitais;
- OPS e clínicas de oncologia;
- OPS e serviços medicina diagnóstica;
- OPS, hospitais e serviços de medicina diagnóstica;
- OPS e administradoras de benefícios;
- OPS e serviços de terceirização de administração de planos de saúde;
- hospitais e serviços de medicina diagnóstica;
- hospitais e clínicas de oncologia;
- hospitais e serviços de hemoterapia;
- hospitais e serviços de lavanderia especializada;
- serviços de medicina diagnóstica e clínicas de oncologia.

Todas essas operações revelam uma tendência de verticalização observada nos mercados da cadeia de saúde suplementar, que pode ter motivações diversas, e independentemente de quais sejam essas motivações, podem ter efeitos sobre o ambiente concorrencial.

¹⁶ AC n.º 08012.013191/2010-22, 08012.008447/2011-61 e 08012.008448/2011-13.

Os possíveis ganhos de eficiência gerados pela integração vertical são reconhecidos, porém, no contexto da defesa da concorrência, deve-se olhar, também, para possíveis efeitos negativos, principalmente em se tratando de mercados com barreiras à entrada e tendência à concentração. Como mencionado em volume anterior da série Cadernos do Cade referente a condutas anticompetitivas nos mercados de saúde suplementar:

Redução de custos de transação, melhor coordenação de serviços dentro da empresa, economias de escopo e o alinhamento de incentivos entre os elos da cadeia vertical, diminuindo os problemas decorrentes de assimetria de informação representam ganhos de eficiência e implicam menores custos na produção de bens e serviços, podendo aumentar o bem-estar econômico, justificando assim essa integração. Entretanto, considerando as características do mercado de suplementar abordadas anteriormente – assimetria de informação, barreiras à entrada, tendência à concentração – que facilitam o efetivo exercício do poder de mercado por uma empresa dominante, não se pode desconsiderar a possibilidade de efeitos concorrenciais negativos derivados de uma integração vertical nesse mercado. (p. 23)

Na mesma linha, a SEAE apontou as seguintes razões para o processo de integração vertical no setor¹⁷:

- i. reduzir o impacto nos custos derivados do ambiente regulatório;
- ii. resolver o problema do agente-principal;
- iii. inibir a entrada de um concorrente potencial;
- iv. elevar o custo de um rival efetivo;
- v. obter possíveis eficiências econômicas.

Efetivamente, uma das causas da tendência de integração vertical entre OPS e segmentos à jusante da cadeia produtiva (notadamente hospitais e laboratórios e clínicas de medicina diagnóstica) reside no forte incentivo proveniente das normas setoriais, especialmente as diretrizes econômico-financeiras para constituição das operadoras, emanadas da ANS. Estas normas visam proteger usuários em face da assimetria de informações sobre a real higidez das OPS, afastando do mercado empresas em situação atuarial desequilibrada, mediante a exigência de uma série de requisitos de natureza patrimonial e contábil para sua constituição e funcionamento que, em última instância, não somente eliminam do mercado empresas de menor porte, como também atuam como incentivo à integração entre prestadores de serviços médicos e OPS, visando eficiências

¹⁷ Conforme parecer nº 06332/2010/RJ da Secretaria de Acompanhamento Econômico, referente ao AC nº 08012.02609/2007-71.

econômicas como redução de custos de transação e obtenção de maior margem de manobra para atender aos citados imperativos de ordem contábil e patrimonial.

A origem do problema do agente-principal¹⁸ na relação entre OPS e prestadores de serviço advém da existência de assimetria de informação entre o principal (OPS) e o agente (prestadores de serviços), assimetria esta potencializada pelos opostos objetivos de maximização de lucro inerentes a cada uma das partes envolvidas: a OPS maximiza seu lucro quando o seu cliente não utiliza os serviços disponíveis (consulta, exames, internação, etc.) e/ou quando ela paga o menor preço possível para o prestador de serviço; este, por sua vez, maximiza seu lucro com a maior utilização possível da sua estrutura produtiva (leitos, UTI, equipamentos, etc.) e/ou quando cobra o maior preço possível pelo uso dos seus serviços pelos consumidores (na maioria, beneficiários de planos de saúde).

A integração vertical elimina esse problema, à medida que possibilita o alinhamento de interesses e de estratégias de empresas que antes possuíam interesses divergentes em um ambiente em que o principal não tinha como observar as ações do agente. Tal alinhamento pode ocorrer com a minimização de conflitos negociais, eliminação da dupla margem, preferência de atendimentos, garantia de demanda, coordenação entre demanda e oferta quanto aos tipos de serviços oferecidos, localização, quantidade e qualidade, além da minimização de incertezas nos pagamentos.

Ações estratégicas, como aumentar barreiras à entrada de novos competidores ou aumentar custos de rivais, também podem explicar o movimento de integração vertical nos mercados da cadeia da saúde suplementar. Considerando esses objetivos, para que a estratégia de verticalização seja exitosa é imprescindível que:

- i. não ocorra entrada de novos ofertantes no mercado de prestação de serviços verticalizado,
- ii. as operadoras independentes não sejam capazes de criar sua própria oferta de serviços de cuidados com a saúde com investimentos relativamente baixos,
- iii. os prestadores de serviços independentes não sejam capazes de expandir sua oferta de serviços e,
- iv. é essencial a clareza acerca da estratégia de punição da OPS integrada em relação a OPS independentes, que podem consistir, por exemplo, em restrição de oferta ou elevação de preços de serviços de cuidados com a saúde e menor diversidade

¹⁸ Uma relação de agente ocorre sempre o bem-estar de alguém depende daquilo que é feito por outra pessoa; neste caso, o agente é a pessoa que age e o principal é a parte afetada pela ação do agente. O problema do agente-principal consiste no fato de que o agente, que deveria estar agindo no sentido de defender o interesse do principal (por exemplo, por força de uma relação de emprego ou contrato), pode agir priorizando seus próprios interesses, mesmo que isso implique uma redução dos benefícios para o principal (Pindyck e Rubinfeld, 1999, p. 684).

de serviços ofertados, o que resultaria na elevação de custos e redução de margens de um possível entrante no mercado de planos de saúde¹⁹.

Quanto às eficiências econômicas obtidas com a integração vertical, anteriormente mencionadas e reconhecidas na literatura econômica, há que ressaltar a possibilidade de que elas não signifiquem eficiências do ponto de vista da defesa da concorrência, pois podem não estar presentes determinadas condições como a impossibilidade de se obtê-las de modo alternativo a um ato de concentração, sua quantificação e a possibilidade de serem compartilhadas com os consumidores, condição esta que depende das características estruturais do mercado, como a discussão de barreiras à entrada e existência de efetiva rivalidade.

A principal questão a ser respondida em relação a um possível efeito negativo derivado de integração vertical diz respeito à possibilidade de fechamento de mercado para os concorrentes nos mercados onde atuam as empresas verticalizadas. Por exemplo, se considerarmos uma integração vertical entre uma operadora de planos de saúde e um hospital, a questão será verificar:

- i. a possibilidade de fechamento do mercado de hospitais para outras operadoras de planos de saúde, impedindo ou dificultando a outras operadoras não verticalizadas a formação de uma rede credenciada suficiente para atender aquele mercado;
- ii. a possibilidade de fechamento do mercado de planos de saúde para hospitais concorrentes do hospital verticalizado, impedindo ou dificultando o acesso dos hospitais independentes à principal origem de demanda pelos seus serviços, que são os beneficiários de planos de saúde.

Para que haja essa possibilidade é necessário que a empresa verticalizada seja dominante em um dos mercados envolvidos, que nesse mercado onde ela é dominante haja barreiras à entrada elevadas e, também, que os concorrentes instalados no mercado não consigam viabilizar uma oferta capaz de servir de alternativa para substituir a empresa verticalizada.

Conforme se detalhará em seções específicas, as possíveis consequências negativas ao ambiente concorrencial decorrentes de integração vertical entre operadoras de planos de saúde e hospitais foram determinantes para uma das reprovações de atos de concentração nestes mercados, assim como, estiveram entre as razões para a imposição de restrições para a aprovação de determinadas fusões e aquisições.

¹⁹ Conforme voto do Conselheiro Ricardo Machado Ruiz referente ao AC 08012.010038/2010-43.

4.3 Definições de mercado relevante

As definições de mercado relevante, na dimensão do produto, em atos de concentração envolvendo operadoras de planos de saúde e/ou empresas prestadores de serviços de cuidados com a saúde adotadas pelo Cade se consolidaram ao longo do tempo tendo como base um estudo de Santos (2008), publicado pela SEAE²⁰. Ao longo desta seção, são apresentados alguns conceitos firmados nesse trabalho, bem como, alguns refinamentos dessas definições apresentados pelos Conselheiros do Cade.

Quadro 4
Produtos e Grupo de Serviços de Cuidado com a Saúde
Ofertados pelos Grupos A e B no Brasil

Produtos / Grupos de Serviços	Grupo A	Grupo / Empresa B
Plano Médico Individual/Familiar	X	X
Plano Médico Coletivo	X	X
Plano Exclusivamente Odontológico Individual/Familiar	X	
Plano Exclusivamente Odontológico Coletivo	X	
Serviços de Cuidado com a Saúde		
> Serviços Médico-Hospitalares	X	X
> Serviços de Apoio à Medicina Diagnóstica	X	X
> Outros	X	X

Autor: SANTOS, Thompson (2008, p. 21)

O Quadro 4, usada de forma recorrente em votos e pareceres referentes aos referidos mercados, apresenta essas atividades e suas possíveis inter-relações em um ato de concentração. Ele ilustra o primeiro passo nas definições de mercado relevante na dimensão do produto. Supondo uma fusão entre empresas A e B, identificam-se os mercados de atuação das empresas de cada grupo, e se verifica em quais mercados ambas as empresas atuavam (no exemplo, as duas categorias de planos médicos e nas categorias de serviços de cuidados com a saúde), ou seja, onde a fusão resultará em sobreposição horizontal; e, também, que atividades dessas empresas estão em elos subsequentes da mesma cadeia produtiva, isto é, onde haverá o surgimento ou integração vertical – no exemplo, são identificadas integrações verticais entre os mercados de planos médicos e os de serviços de cuidados com a saúde.

²⁰ SANTOS, Thompson. Determinação de mercados relevantes no setor de saúde suplementar. Secretaria de Acompanhamento Econômico. Documento de trabalho n. 46. Mar - 2008. Disponível em: http://seae.fazenda.gov.br/central-de-documentos/documentos-de-trabalho/documentos-de-trabalho-2008/DT_46.pdf. Acesso em 25/01/2018.

Como se verá a seguir, os mercados relevantes de planos de saúde estão perfeitamente identificados no quadro, já os mercados de serviços de cuidado com a saúde podem ser desagregados em diversas definições mais restritas.

As definições de mercado relevante sob a ótica geográfica, por outro lado, embora tenham partido inicialmente do referido estudo publicado pela SEAE, foram objeto de maiores debates e consolidação de metodologias ao longo do tempo e das análises empreendidas nas instruções de processos de atos de concentração.

4.3.1 Planos de saúde

Como disposto no Quadro 4, os mercados relevantes de **planos de saúde sob a ótica do produto**, são os seguintes:

- plano de saúde médico-hospitalar individual/familiar com ou sem cobertura odontológica.
- plano de saúde médico-hospitalar coletivo com ou sem cobertura odontológica;
- plano de saúde exclusivamente odontológico individual/familiar;
- plano de saúde exclusivamente odontológico coletivo.

Há duas distinções básicas que ressaltam dessas definições: (i) entre planos individuais/familiares e planos coletivos, e (ii) entre planos médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica e planos exclusivamente odontológicos.

Alguns fatores limitam a possibilidade de substituição pelo lado da demanda entre planos coletivos e planos individuais/familiares²¹:

1. os riscos das carteiras de beneficiários são diferentes: enquanto os preços de planos coletivos consideram os riscos percebidos por um grupo razoavelmente similar de beneficiários (empregados de uma empresa, por exemplo), os planos individuais rateiam o risco de carteiras de beneficiários heterogêneos;
2. existência de normas regulatórias diferentes para cada tipo de plano;
3. há uma assimetria na substituição entre os tipos de planos: usuários de planos coletivos podem livremente adquirir planos individuais/familiares, porém usuários de planos individuais/familiares só podem adquirir planos coletivos se

²¹ Argumentação da SEAE reproduzida no voto do Conselheiro Fernando de Magalhães Furlan relativo ao AC nº 08012.008853/2008-28.

estiverem vinculados a uma pessoa jurídica que tenha firmado contrato coletivo com uma operadora;

4. diferença significativa entre os prêmios pagos pelos beneficiários: o beneficiário de plano individual/familiar arca com o valor total do prêmio, enquanto os prêmios de planos coletivos são custeados por pessoas jurídicas que contratam com as operadoras.

Já as distinções entre planos médico-hospitalares (que podem incluir, ou não, cobertura odontológica) e os planos exclusivamente odontológicos se dão preponderantemente sob a ótica da oferta, pois a estrutura de capital físico necessária à operação de um plano médico ambulatorial, hospitalar, obstétrico ou misto é tal que adicionar um plano odontológico ao seu portfólio não representa uma elevação extraordinária de custos. Por outro lado, as operadoras de planos exclusivamente odontológicos, que geralmente são ligadas somente ao setor de odontologia, submetem-se a normas legais específicas e apresentam preços, utilização final e estrutura de capital totalmente diversas das outras operadoras de planos de saúde, teriam de incorrer em elevados custos para expandir seu portfólio visando ofertar planos médico-hospitalares²².

Os planos coletivos apresentam ainda uma subdivisão entre planos por adesão e planos empresariais. Nos primeiros, a adesão é facultada a possíveis beneficiários que possuam vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como sindicatos, associações, conselhos profissionais, etc. Nos últimos, podem ser beneficiárias pessoas vinculadas a uma pessoa jurídica através de relação empregatícia ou estatutária. A jurisprudência do Cade não considera essa diferença para fins de definição de mercado relevante, incluindo ambas as categorias em planos coletivos.

Quanto à **dimensão geográfica de planos de saúde**, o Cade já adotou entendimentos diversos. Entre os anos de 2007 e 2010, diversos casos²³ foram analisados tendo como base uma metodologia da SEAE que identificou que, em média, um beneficiário estaria disposto a se deslocar de 30 a 40 minutos, ou 20 a 30 km, para ser atendido, de forma que essa área deveria ser considerada o mercado relevante. A delimitação, porém, deveria considerar o município como a menor unidade de análise, pois esse é o menor nível de desagregação da área geográfica de cobertura permitida pela ANS para as operadoras. Esse raio poderia ser ampliado, agrupando-se mais de um município em um mesmo mercado relevante, conforme se verificasse características como insuficiência da rede credenciada em certos municípios e a distância entre municípios.

²² Conforme voto do Conselheiro Marcos Paulo Veríssimo referente ao AC nº 08012.006542/2011-20.

²³ AC nºs 08012.009994/2006-04, 08012.002248/2009-24, 08012.012706/2007-71, 08012.008853/2008-28, 08012.010095/2008-16 e 08012.001011/2008-45, dentre outros.

Em alguns atos de concentração foi adotada a metodologia proposta pela ANS, com base no estudo da CEDEPLAR/UFMG, que agrupa os municípios brasileiros em 89 mercados relevantes, com base no poder de influência, demanda de serviços e distância entre as cidades²⁴.

A partir da análise do AC nº 08700.008540/2013-89 (aprovado em janeiro de 2014), a Superintendência-Geral modificou novamente a metodologia utilizada, agrupando os municípios em um mesmo mercado relevante conforme o fluxo de pacientes entre esses municípios.

Dessa forma, definiu-se mercado relevante como municipal e, para os mercados em que a concentração fosse superior a 20%, o mercado relevante geográfico seria expandido para o grupo de municípios que representassem 75% dos atendimentos dos pacientes daquele município que inicialmente era objeto de análise. Assim, se 75% dos pacientes são atendidos dentro do próprio município, este será definido como um mercado relevante. Caso esse percentual seja inferior, outros municípios próximos são agregados até se chegar ao percentual de 75%. Essa tem sido a metodologia adotada desde então pela Superintendência-Geral – após essa alteração não houve julgamento de atos de concentração nesses mercados pelo Tribunal do Cade²⁵.

4.3.2 Administração de benefícios

Embora seja possível para uma empresa contratar planos de saúde para seus empregados tanto de uma administradora de benefícios quanto diretamente de uma operadora de planos de saúde, há fatores que tornam os serviços das administradoras de benefícios imprescindíveis, sobretudo nos casos de planos coletivos por adesão, devido às eficiências e vantagens que proporcionam para a pessoa jurídica contratante e para os usuários finais. Tais fatores, que determinam a segregação dessa atividade em mercado relevante específicos são²⁶:

²⁴ Por exemplo, AC nº 08012.008551/2007-79 e AC nº 08700.004150/2012-59. A metodologia CEDEPLAR/UFMG também foi utilizada pela Superintendência-Geral no AC nº 08700.003978/2012-90, porém o Conselheiro Relator Elvino de Carvalho Mendonça definiu o mercado de planos de saúde médico-hospitalar individual/familiar e coletivo como sendo apenas o município em análise.

²⁵ Também em alguns casos foi adotada uma definição geográfica específica para os mercados de planos de saúde **exclusivamente odontológicos coletivos**. Considerando que os principais demandantes destes planos são empresas, que, muitas vezes, atuam diversas regiões do país, o Conselho definiu o mercado relevante como nacional (AC nº 08012.008989/2009-19 e Ac nº 08012.006542/2011-20). Entretanto, análises posteriores, voltaram a adotar o critério da Superintendência-Geral considerando o fluxo de pacientes para definir município ou cluster de municípios como mercado relevante.

²⁶ Argumentos trazidos no voto da Conselheira Ana de Oliveira Frazão referente aos AC nº08012.000309/2012-14, 08012.003324/2012-14 e 08700.004065/2012-91

- a) Estrutura de precificação e preços - o preço é a variável principal a definir a opção de contratar um plano de saúde através de uma administradora de benefícios em vez de contratar diretamente junto a uma operadora. Assim como o preço de um plano de saúde coletivo é inferior ao preço de um plano individual, devido a possibilidade de se diluir riscos em uma carteira com um número de beneficiários maior e de perfil mais homogêneo, uma administradora consegue potencializar esse efeito mediante a reunião de diversas pessoas jurídicas em um mesmo contrato de plano coletivo junto a determinada operadora (a operadora faria um contrato com cada pessoa jurídica demandante) de forma a ampliar ainda mais a carteira de beneficiários de um mesmo plano.

Essa carteira ampliada aumenta a possibilidade de diluição dos riscos decorrentes de eventos mais onerosos para o plano (ocorrência de doenças com alto custo de tratamento, doenças crônicas com tratamento prolongado, etc.) permite obter melhores condições de negociação com a operadora;

- b) Assunção do risco financeiro do contrato (administradoras de benefícios como estipulantes) – atuando como estipulante de contrato de plano de saúde, uma administradora de benefícios contrata o plano junto à operadora de plano de saúde e o oferece a diversas pessoas jurídicas interessadas em propiciar esse benefício aos seus empregados, associados, etc. – neste modelo de operação, a administradora de benefícios assume o risco de inadimplência da carteira junto à operadora.

A condição de estipulante faz com que as administradoras gerem benefícios para (i) as pessoas jurídicas contratantes, pois as afasta da responsabilidade direta pela inadimplência; (ii) para as operadoras de planos de saúde, que têm maior garantia do pagamento dos planos de saúde contratados; e (iii) para os usuários finais, que tem seu plano de saúde vinculado a uma instituição com maior capacidade operacional e financeira do que uma pessoa jurídica contratante individualmente teria para lidar com a inadimplência, portanto com mais condições de garantir a manutenção do plano coletivo e de preservar os interesses dos beneficiários adimplentes. Tais vantagens fazem com que cerca de 90% dos contratos das administradoras envolvam a sua atuação como estipulante;

- c) Assunção do custo operacional do contrato (administradoras como agentes de apoio técnico, administrativo e operacional) – mesmo quando não atuam como estipulante do contrato, mas somente como intermediárias na negociação do contrato entre operadoras de planos de saúde e pessoas jurídicas contratantes, as administradoras oferecem a estas toda a assistência durante a contratação, as renegociações e a execução do contrato, inclusive no que diz respeito ao

recebimento de pagamentos e à cobrança de inadimplentes. Caso não houvesse a interveniência das administradoras de benefícios, estas atividades recairiam sobre as pessoas jurídicas contratantes, as quais teriam que incorrer em custos significativos para sua execução – em casos extremos, a incapacidade financeira ou operacional para arcar com essas obrigações pode fazer com que uma pessoa jurídica opte por simplesmente não contratar um plano de saúde.

Assim, a conclusão do Cade é de que tais fatores demonstram não somente a distinção entre as atividades das administradoras de benefícios e as atividades das operadoras de planos de saúde, mas, também, a grande importância daquelas ou mesmo a sua imprescindibilidade para que uma parcela significativa de pessoas jurídicas possa contratar planos de saúde, o que justifica a segregação da atividade de administração de benefícios em mercado relevante distinto do de planos de saúde.

A **dimensão geográfica do mercado de administração de benefícios é nacional**, considerando que uma pessoa jurídica que deseja adquirir um plano de saúde coletivo para seus colaboradores/associados pode contratar uma administradora de benefícios em qualquer lugar do Brasil, cabendo a esta contratar uma operadora de plano de saúde que possua rede credenciada na região em que a empresa contratante e os beneficiários do plano se localizam, portanto a relação da administradora com seus clientes pode se dar em âmbito nacional²⁷.

4.3.3 Hospitais

O mercado de hospitais ou serviços médico-hospitalares compreende diversas instituições que são segmentadas considerando a diferença na cesta de serviços fornecidos, o grau de complexidade e o grau de especialidade que cada um disponibiliza ao consumidor. As diferentes modalidades de serviços médico-hospitalares determinam a segmentação de **mercados relevantes distintos na dimensão do produto**, como segue:

- **Centro médico** – Estas instituições prestam, normalmente, serviços ambulatoriais e/ou de emergência e outros ligados à medicina diagnóstica para seus usuários e, em geral, não possuem leitos destinados à internação de pacientes. Como uma subespécie dos centros médicos, aparecem as **clínicas**, que, geralmente, ofertam serviços ligados à determinada especialidade, possuem um corpo médico especializado e serviços complementares, como os ligados à área de fisioterapia e medicina diagnóstica. Em determinados casos, as clínicas podem realizar também pequenos procedimentos cirúrgicos.

²⁷ Idem.

Mesmo dentro de categoria restrita como a de clínicas, pode haver necessidade de uma maior individualização do serviço e por consequência uma definição mais restrita do mercado relevante. É o caso das clínicas de tratamento oncológico, que, em algumas análises do Cade, foram divididas em dois mercados relevantes distintos, um de clínicas de oncologia que prestam tratamento quimioterápico e outro de clínicas de oncologia que prestam tratamento radioterápico, isso porque, para o tratamento radioterápico as exigências sanitárias e o investimento em capitais são superiores ao exigido das clínicas que ofertam o tratamento quimioterápico.²⁸

- **Hospital geral** – instituição que presta serviços relativos a diversas áreas de especialização da medicina. Além do atendimento a pacientes internados, estas instituições podem prestar serviços ambulatoriais e/ou de pronto-socorro, bem como, medicina diagnóstica. A maioria dos atos de concentração envolvendo hospitais, teve o mercado relevante definido como hospital geral²⁹.
- **Hospital especializado** – instituição que presta serviços médico-hospitalares em uma área da medicina, na qual possuem um *know-how* especializado (corpo médico, tecnologia e instalações), por exemplo: pediatria, ginecologia e obstetria, oncologia, cardiologia, neurologia etc.³⁰

A **dimensão geográfica para hospitais gerais** utilizada pelo Cade é a área compreendida no raio de **10 quilômetros (ou 20 minutos de deslocamento de automóvel)**, a partir da unidade hospitalar que é objeto do ato de concentração, que seria a distância máxima que o consumidor estaria disposto a percorrer para buscar atendimento³¹. Eventualmente, por força de alguns fatores regionais - como densidade demográfica, trânsito, complexidade do hospital envolvido na operação, baixa oferta de serviços hospitalares na região - esse raio pode sofrer variações para mais ou para menos, de forma que essa área pode compreender, dependendo do mercado, alguns bairros de uma grande

²⁸ Esse segmento foi definido como mercado relevante nos atos de concentração: 08700.006494/2013-83 (centro médico), 08700.008061/2016-13 (centro médico), 08012.006525/2011-92 (clínica de oncologia – quimioterapia), 08012.009582/2011-23 (clínica de oncologia – radioterapia), 08700.003676/2015-64 (oncologia ambulatorial – sem distinção de tratamento).

²⁹ Por exemplo, os AC de número: 08012.008353/2008-96, 08012.002609/2007-71, 08012.010095/2008-16, 08012.007190/2008-24, 08700.001601/2015-49 e 08700.012624/2015-89.

³⁰ Alguns atos de concentração onde se definiu o mercado relevante como hospital de determinada especialidade: 08012.006653/2010-55 (hospital especializado em cirurgia plástica), 08012.006134/2012-59 (hospital pediátrico), 08012.005539/2012-70 (hospital especializado em cardiologia), 08012.004596/2011-51 (hospital especializado em oncologia).

³¹ Inicialmente a SEAE adotava o raio de 20 a 30 quilômetros ou 30 a 40 minutos de deslocamento (com base em informações de agentes do mercado. Posteriormente, quando da análise do AC nº 08012.000229/2008-82, a secretaria alterou o raio 10 quilômetros ou 20 minutos de deslocamento, o que passou a ser adotado pelo Cade a partir do julgamento do referido AC, em 2010.

cidade, a área de um município de médio porte ou, em caso de municípios pequenos e/ou de poucos recursos, um grupo de municípios³².

Para os **hospitais especializados**, não há uma jurisprudência consolidada; nos poucos casos envolvendo esses mercados trabalhou-se com dois cenários de mercado relevante geográfico: o raio de 10 quilômetros ou 20 minutos de deslocamento e o município onde se localiza o hospital analisado³³.

Nos mercados de **centros médicos** e de clínicas atendimento ambulatorial, especialmente as **clínicas de oncologia**, mercado várias vezes analisado pelo Cade não se pode afirmar que há uma jurisprudência consolidada, ora se adota o critério de raio de 10 quilômetros ou 20 minutos (à semelhança do mercado de hospitais), ora se adota o município como mercado relevante, ou mesmo os dois cenários para análise de um ato de concentração.³⁴

4.3.4 Medicina diagnóstica

Esse mercado reúne um conjunto de exames destinados a auxiliar o serviço médico nas funções de prevenção, diagnóstico, prognóstico e acompanhamento terapêutico de doenças.

As análises do Cade costumam diferenciar esses serviços nas seguintes linhas de negócio³⁵:

- i. **medicina diagnóstica prestado à rede pública do SUS** – neste caso há especificidades típicas da contratação com o setor público, como a observação de processo licitatório, regras de precificação previstas no edital, contratos por tempo determinado e a possibilidade de entrada de novos interessados em nova

³² Uma forma de se verificar a necessidade de alteração do raio de abrangência do mercado relevante geográfico para hospitais é observação do fluxo de pacientes entre hospitais de diferentes regiões. Mesmo que um hospital esteja dentro da área do raio previsto na definição de mercado relevante, é possível que ele seja pouco atrativo para o público que procura o hospital objeto do ato de concentração, nesse caso eles não são incluídos no mesmo mercado relevante. Tal procedimento foi adotado, por exemplo, na análise do AC nº 08700.004150/2012-59 e no AC nº 08700.000266/2016-42.

³³ Exemplos: AC nº 08012.004596/2011-51 e AC nº 08012.005539/2012-70.

³⁴ Por exemplo, no caso de centro médico, o AC nº 08012.002609/2007-71 (utiliza o raio de 10 km ou 20 minutos para definir mercado relevante) e o AC nº 08700.008061/2016-13 (define mercado como municipal). Nos casos de clínicas de oncologia: AC nº 08012.011421/2011-08, 08012.006525/2011-92, 08700.000266/2016-42, definidos pelo critério de raio. Nos AC nº 08700.004151/2012-01 e 08700.007556/2016-17 há definição de mercado municipal; e, ainda, AC nº 08012.004596/2011-51 adota os dois cenários de análise.

³⁵ Voto do Conselheiro Ricardo Machado Ruiz referente ao AC nº 08012.010038/2010-43.

licitação e a possibilidade de o próprio poder público ser um ofertante do serviço no mercado com unidades próprias.

Num raro caso em que tratou desse mercado especificamente no Cade (AC nº 08012.007540/2011-58), o Conselho optou por definir o **município** como **dimensão geográfica**, considerando a necessidade do paciente de se deslocar até a unidade de atendimento.

- ii. **serviços de apoio a outros laboratórios**— prestação de serviços a outros laboratórios, que, normalmente são clínicas de pequeno e médio porte e que, assim, não apresentam escala e volume suficientes para viabilizar financeira e tecnicamente a realização destes exames na própria clínica.

Neste tipo de operação, laboratórios pequenos recolhem o material de seus pacientes e o enviam para unidades de processamento de outros laboratórios de maior porte que realizam os exames e devolvem os resultados ao laboratório de origem, podendo essas empresas e unidades operacionais estarem localizadas em diferentes regiões do país. Esta característica, determina a **definição geográfica** do mercado relevante como **nacional**.³⁶

- iii. **atendimento hospitalar** – são unidades que realizam exames dentro dos hospitais, o que favorece a realização de exames que demandam urgência e agilidade, dadas as necessidades dos diferentes tratamentos e cuidados médicos. Não há, nas decisões do Cade, uma análise aprofundada de como esse serviço internalizado em hospitais e clínicas pode efetivamente, caso também haja prestação de serviços a pacientes não internado, afetar a concorrência em determinado mercado. Essa possibilidade é mencionada, em alguns casos³⁷, como uma opção a mais (geralmente não mensurada em termos de quantidade de atendimentos ou capacidade operacional) para os pacientes que possam ser afetados por uma elevação unilateral de preços em função de uma determinação fusão de empresas no setor.

- iv. **exames prestados diretamente ao paciente** – quando a coleta de amostras de exames de análises clínicas ou a realização de exames por imagem ou métodos gráficos se dá nas unidades de atendimento das empresas fornecedoras do serviço, que não estão localizadas em hospitais ou centros médicos.

Ao longo dos anos, o Cade consolidou um entendimento sobre a definição de mercado relevante neste segmento, que considera as especificidades de cada exame para se possa agregar mais de um tipo de exame no mesmo mercado

³⁶ Esta definição de mercado relevante encontra-se, por exemplo, no AC nº 08012.007540/2011-58 e no AC nº 08012.000185/2006-29.

³⁷ Por exemplo: AC nº 08012.010968/2008-82 e AC nº 08012.011001/2008-18.

relevante ou se se deve trata-lo como um mercado específico, sob a ótica do produto. Os mercados são seguintes:

- **exames de análises clínicas** – exames realizados em materiais biológicos colhidos do paciente, tais como: hemograma, taxa de colesterol, glicose e ácido úrico. Como os médicos, em geral, solicitam um conjunto desses exames, o custo transacional para o paciente pode ser reduzido se tais exames forem feitos no mesmo local – sob essa lógica, esses exames são agrupados no mesmo mercado relevante.
- **exames de anatomia patológica e citologia** – são exames realizados em amostras de tecidos colhidos por cirurgias ou biópsias, com a finalidade de diagnóstico de alterações estruturais nos tecidos. Como os procedimentos para esses exames são semelhantes, eles são agrupados no mesmo mercado relevante.
- **exames de diagnóstico por imagem** – exames que se utilizam de tecnologia de imagem para a realização de diagnósticos, tais como: raio X, ressonância magnética, mamografia, ultrassonografia e ressonância magnética. Como esses exames requerem profissionais e equipamentos distintos e, muitas vezes, são solicitados individualmente, o Cade considera cada exame como um mercado relevante.
- **exames de diagnóstico por métodos gráficos** – compõem esse grupo exames como audiometria, eletroencefalograma, eletrocardiograma, teste ergométrico e endoscopia. A utilização de equipamentos distintos para cada exame e o fato de que tais exames são solicitados, via de regra, individualmente, determinam que cada exame seja considerado um mercado relevante, na dimensão do produto.

A **dimensão geográfica** para os **serviços de apoio à medicina diagnóstica prestados diretamente aos pacientes** é definida como **municipal**, tendo como critério básico a necessidade e possibilidade de deslocamento dos consumidores.

4.4 Participações de mercado

O Quadro 5 apresenta os critérios para aferição de participação de mercado das empresas participantes dos mercados analisados neste Caderno:

Quadro 5
Critérios de medição de participação de mercado

Mercado	Critérios de medição de participação de mercado
Administração de Benefícios	Faturamento, quantidade de beneficiários
Hospital Geral	Quantidade de leitos , faturamento, quantidade de diárias
Hospital Especializado	Quantidade de leitos , faturamento, quantidade de diárias
Hospital Geral (pacientes não internados)	Quantidade de atendimentos, faturamento
Oncologia ambulatorial	Quantidade de atendimentos, faturamento
Oncologia hospitalar	Quantidade de atendimentos, faturamento, número de médicos
Planos de saúde	Quantidade de beneficiários , faturamento
Medicina diagnóstica	Quantidade de exames , faturamento , CNES/RAIS

Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

Sobre as estimativas de participação de mercado e os critérios listados no quadro acima, cabem os seguintes comentários:

- o mercado “hospital especializado” inclui diversas especialidades (pediatria, cardiologia, cirurgia plástica);
- o mercado de planos de saúde reúne os quatro tipos adotados pelo Cade: plano de saúde médico-hospitalar individual/familiar com ou sem cobertura odontológica, plano de saúde médico-hospitalar coletivo com ou sem cobertura odontológica, plano de saúde exclusivamente odontológico individual/familiar e plano de saúde exclusivamente odontológico coletivo;
- da mesma forma, “medicina diagnóstica” se refere a todos os mercados desse segmento analisados pelo Cade: análises clínicas, anatomia patológica e citopatologia, exames por imagem, exames por métodos gráficos e exames prestados para outros laboratórios;
- os critérios listados no quadro foram utilizados, pelo menos, uma vez em análises dos mercados citados.
 - os critérios destacados em vermelho são os critérios que claramente preponderaram no conjunto de atos de concentração de cada mercado;
 - no mercado hospital geral (pacientes não internados), não há destaque porque o número de atos de concentração é muito pequeno, portanto não dá para considerar um critério preponderante;
 - no mercado de serviços de apoio à medicina diagnóstica, dois critérios estão destacados, porque há um grande número de atos de concentração

em que os dois critérios foram adotados em conjunto; quando houve apenas um critério escolhido, ora se optou por quantidade de exames, ora por faturamento;

- a participação de mercado de uma operadora de plano de saúde em um determinado mercado, medida em termo de quantidade de beneficiários, é obtida pela razão entre o número de beneficiários da operadora e o total de beneficiários de planos de saúde daquele mercado – as duas informações podem ser obtidas do cadastro da Agência Nacional de Saúde;
- a participação de mercado de operadoras de planos de saúde não inclui as operadoras classificadas como autogestão;
- o número de leitos de hospitais considerado para estimar participações nesses mercados não inclui os leitos reservados para o Sistema único de Saúde. Para essa informação pode-se consultar dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- o critério CNES/RAIS³⁸, consiste em utilizar o número de trabalhadores empregados nas empresas pertencentes ao mercado relevante como proxy da sua participação de mercado – para tanto, foram usados dados da RAIS (Relação Anual de Informações Sociais) para identificar e do CNES.

4.5 Análise de entrada

Nesta seção apresentam-se as conclusões do Cade acerca de barreiras à entrada, isto é, fatores estruturais ou institucionais que podem afetar negativamente a entrada de novos concorrentes em um mercado, e condições de entrada – análise quanto à probabilidade, tempestividade e suficiência das possíveis entradas - nos diferentes mercados de atenção à saúde.

4.5.1 Planos de saúde

Os mercados de planos de saúde médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica coletivos ou individuais/familiares apresentam barreiras à entrada derivadas de suas características estruturais. Tais mercados apresentam falhas de mercado (notadamente,

³⁸ Critério utilizado somente na análise conjunta dos AC nº 08012.013191/2010-22, 08012.008447/2011-61 e 08012.008448/2011-13.

assimetria de informação) e, por consequência, são objeto de intensa regulação governamental³⁹.

Devido à assimetria de informação, as operadoras de planos de saúde buscam aumentar ao máximo a sua carteira de beneficiários para diluir riscos como inadimplência ou uso excessivo dos recursos ofertados pelo plano. Portanto, economias de escala são importantes nesse mercado e constituem uma barreira à entrada.

As normas regulatórias do setor visam, por outro lado, garantir a continuidade da prestação dos serviços aos consumidores, evitando que os mesmos se vejam repentinamente sem atendimento médico ou com um atendimento de menor qualidade do que o prometido pelo plano, no caso de a operadora enfrentar problemas econômico-financeiros. Essas normas buscam garantir a solvência das OPS, mediante exigência de garantias financeiras, provisões técnicas e margem de solvência, ou seja, exigem um aporte de capital muito maior da operadora o que, em certos casos, pode inviabilizar a atividade de pequenas operadoras.

Assim, escala e exigências regulatórias atuam no sentido de uma maior concentração de um mercado cujas características indicam maior eficiência de empresas de maior porte.

Assimetria de informações entre operadoras e prestadoras de serviços aliada a custos crescentes derivados de inovações tecnológicas aplicadas aos tratamentos de saúde, as quais não se traduzem necessariamente em aumento de produtividade, mas em aumento de preços dos serviços, induzem a um movimento simultâneo ao da concentração horizontal que é o da integração vertical com hospitais e laboratórios prestadores de serviços de medicina diagnóstica. Essa tendência de integração vertical constitui uma barreira à entrada de concorrentes nos mercados de planos de saúde, pois pode simplesmente impedir uma concorrente de formar uma rede de prestadores credenciados tão grande e qualificada quanto a da incumbente⁴⁰.

Também há que se destacar a presença de custos afundados para uma entrante derivados da necessidade de construir uma marca e uma reputação reconhecidas como forma de sinalizar credibilidade para os consumidores em um ambiente de informação assimétrica demandam grandes investimentos em publicidade, bem como, a necessidade de prover uma ampla rede de prestadores de serviços capaz de atrair novos clientes e clientes de operadoras

³⁹ Sobre barreiras à entrada nesse mercado ver, por exemplo, votos e pareceres referentes aos AC nº 08012.008853/2008-28, 08012.002609/2007-71, 08012.007443/2009-41 e 08700.008540/2013-89.

⁴⁰ Essa análise de barreiras à entrada construída primeiro pela SEAE e amplamente adotada pelo CADE, foi relativizada em dois casos (AC nº 08012.001011/2008-45 e AC nº 08012.008551/2007-79) pelo Conselheiro Olavo Zago Chinaglia, que defendeu que em determinados mercados relevantes (municípios ou grupos de municípios) poderia haver a entrada de uma OPS de grande porte que ainda não atuava nesses mercados, mas para quem as barreiras de entrada apontadas pela SEAE seriam menores, pois já teriam marcas reconhecidas, capacidade financeira e estarem adequadas às exigências regulatórias.

já estabelecidas no mercado, custos esses que só poderão ser recuperados em caso de permanência da entrante no mercado (Cade, 2015, p. 22).

A análise é diferente em relação ao mercado de planos exclusivamente odontológicos coletivos. Nos poucos casos nos quais esse mercado foi analisado mais detidamente⁴¹, a conclusão foi de que as barreiras à entrada não são tão importantes quanto nos mercados de planos médico-hospitalares. Isso se deve, principalmente, a argumentos apresentados em nota técnica da ANS, segundo os quais, nesse mercado as exigências regulatórias são mais simples e, também, à percepção de que nesse mercado a elasticidade-preço da demanda seria maior; além disso, houve uma constatação, pelo Cade, de que o custo para construir uma rede credenciada seria menor nos planos odontológicos.

4.5.2 Administração de benefícios⁴²

No mercado de administração de benefícios, duas barreiras à entrada foram consideradas muito significativas pelo Cade: contratos de exclusividade e economias de escala.

Contratos de exclusividade – a celebração ou manutenção de qualquer tipo de contrato de exclusividade entre uma administradora de benefícios e uma operadora de plano de saúde, ambas com participações significativas em seus respectivos mercados, pode dificultar o acesso e a manutenção de concorrentes no mercado de administração de benefícios.

Além disso, tais relações de exclusividade limitam a possibilidade de substituição no mercado. Por exemplo, uma empresa que contratou o plano de saúde da OPS A que tenha contrato de exclusividade como a administradora X, não poderá recorrer a outra administradora para contratar o plano da OPS A.

Da mesma forma, é preocupante a existência de contratos de exclusividade entre administradoras de benefícios e empresas contratantes de planos de saúde, que vedam a possibilidade de a empresa contratar outro plano através de outra administradora de benefícios ou mesmo diretamente com uma OPS.

Mesmo diante da alegação de que tais contratos tinham duração limitada, o Cade concluiu que o entrave à entrada de novas empresas no mercado permanece no período de vigência do acordo e, ainda, que não há garantias de que tais contratos não sejam renovados.

⁴¹ Basicamente os AC nº 08012.001011/2008-45 e 08012.008989/2009-19.

⁴² Informações baseadas no voto da Conselheira Ana de Oliveira Frazão referente aos atos de concentração 08012.000309/2012-14, 08012.003324/2012-14 e 08700.004065/2012-91.

Tais barreiras são ainda mais preocupantes no caso do mercado de administração de benefícios devido ao seu alto grau de concentração e, também, pela existência de barreiras à entrada no mercado *uspsstream*, de planos de saúde.

Economias de escala – uma característica fundamental das administradoras de benefícios é a possibilidade de agregar carteiras de clientes, o que pode ser potencializado quando a administradora atua como estipulante. Quanto maior a carteira, maior a capacidade da administradora de reduzir seu risco operacional e, conseqüentemente, maior é o seu poder de barganha perante as OPS e maior a sua capacidade de ofertar planos de saúde a preços mais baixos.

A presença de economias de escala em um determinado mercado constitui uma barreira a entrada porque implica a necessidade de um entrante começar a operar com um tamanho mínimo de carteira, nem sempre possível de se obter em curto ou médio prazo, sob pena de não conseguir operar de forma tão eficiente quanto a empresa incumbente.

Ademais, no mercado de administração de benefícios, dada sua característica de alta concentração e pouca evidência de rivalidade, não há incentivos para que a empresa líder repasse para os consumidores parcela significativa de seus ganhos de escala.

Na avaliação das condições de entrada no mercado nacional de administração de benefícios, observou-se uma redução do número de empresas ao longo do tempo e que as poucas empresas que ingressaram no mercado, no período compreendido entre 2011 e 2014, não evoluíram significativamente em termos de participação de mercado, não podendo ser consideradas concorrentes efetivas da líder do mercado, portanto se concluiu ser improvável uma entrada de competidor capaz de rivalizar com a empresa líder do mercado nacional.

4.5.3 Hospitais⁴³

O Cade tem considerado como barreiras à entrada no mercado de hospitais (tanto hospital geral quanto hospital especializado) os seguintes fatores⁴⁴:

- i. custo inicial de implantação e aquisição de equipamentos;
- ii. contratação de profissionais qualificados para operar os equipamentos e integrá-los ao cluster de serviços oferecidos pelo hospital;
- iii. área geográfica aonde o hospital irá se instalar;

⁴³ Análise contidas em votos e pareceres referentes, dentre outros, aos AC nºs 08012.008853/2008-28, 08012.006653/2010-55, 08012.010094/2008-63, 08700.003978/2012-90, 08700.004150/2012-59 e 08700.008061/2016-13.

⁴⁴ Esse entendimento baseia-se em artigo de Barrionuevo e Lucinda (2010), citada em vários votos.

- iv. reputação junto aos consumidores;
- v. existência de contratos de exclusividade entre os profissionais especializados e os hospitais pertencentes ao mesmo mercado relevante;
- vi. barreiras à entrada associadas com a organização ao serviço hospitalar: ausência de economias de escala e tamanho de escala mínima eficiente com respeito ao mercado potencial.

O Cade consolidou o entendimento de que as condições de entrada no mercado de hospitais não permitem suportar uma entrada tempestiva e suficiente. Tal posição se firmou a partir da análise do AC 08012.008853/2008-28, referente ao mercado de hospital geral em Santa Maria/RS, que identificou as seguintes necessidades para uma entrada efetiva:

- investimento variando entre 80 e 150 milhões de reais
- prazo mínimo para entrada de dois anos;
- escala mínima viável estimada em 250 leitos.

Esses dados são médias de consultas feitas pela SEAE junto a empresas do mercado. Entretanto, as requerentes daquele ato de concentração estimaram valores maiores: investimento inicial de 90 a 100 milhões; escala mínima de 300 leitos e o tempo estimado para planejamento, obtenção de recursos, construção, solicitação de licenças legais e obtenção de registros poderia chegar a dez anos.

Essa conclusão também foi aplicada a diversos casos seguintes em diferentes mercados, como Niterói/RJ, Brasília/DF, Santos/SP e Rio de Janeiro/RJ, onde, como a corroborar esse entendimento, constatou-se a ausência de entradas significativas nos anos anteriores aos atos de concentração em análise.

4.5.4 Oncologia ambulatorial⁴⁵

Não se observam barreiras de entrada significativas para o mercado de serviços de oncologia ambulatorial (prestados em clínicas especializadas, sem internação), tanto para o tratamento por quimioterapia quanto tratamento por radioterapia. Segundo a Superintendência-Geral, a técnica exigida para essa atividade é conhecida e acessível aos médicos ligados a essa especialidade, as exigências legais são acessíveis e o investimento financeiro para a estruturação de uma clínica não é elevado.

⁴⁵ Sobre esse tema ver AC nº 08700.004151/2012-01, 08012.011421/2011-08, 08012.006525/2011-92 e 08700.007555/2016-72.

4.5.5 Medicina diagnóstica⁴⁶

Embora os mercados de medicina diagnóstica compreendam uma variedade de exames com características próprias e em que pese o Cade tê-los agrupado em quatro categorias de análise (análises clínicas, anatomia patológica + citopatologia, exames por métodos gráficos e exames de imagem), as considerações sobre barreiras à entrada não diferem significativamente em relação a cada categoria de exames. Assim, as barreiras à entrada nos mercados de medicina diagnóstica têm sido analisadas pelo Cade da seguinte forma:

- **investimentos em estrutura física** – a aquisição de imóveis para compra ou aluguel em grandes cidades, pode representar uma barreira à entrada devido à escassez de imóveis disponíveis, entretanto essa é uma possível barreira que deve ser observada em cada mercado geográfico; já a aquisição de equipamentos, mesmo os mais sofisticados como os destinados a certos tipos de exames de imagem, não constituem uma barreira seja pelo seu valor, seja pela existência de linhas de crédito para a aquisição desses equipamentos.
- **investimento em mão de obra especializada** – segundo informações de empresas do setor, a contratação de recursos humanos com conhecimentos especializados bem como, treinamento da equipe constitui uma das principais dificuldades para a entrada no mercado de serviços de apoio à medicina diagnóstica;
- **marca** – este é um fator que impacta todos os relacionamentos de uma empresa prestadora de serviços de medicina diagnóstica: clientes/pacientes, que não têm como avaliar tecnicamente a qualidade dos serviços prestados; operadoras de planos de saúde, que agregam valor a sua rede credenciada; e médicos, que são responsáveis por cerca de 70% das indicações de exames de diagnóstico e, por isso, são alvo de ações de merchandising direcionadas especificamente a eles;
- **perfil one-stop-shop e capilaridade da rede** – para ser competitiva e entrar no mercado em condições de rivalizar com grandes empresas, é necessário que uma empresa ofereça um portfólio de exames variado e que permita ao consumidor/paciente encontrar todos os exames que necessita (é comum a exigência de mais de um tipo de exame pelo médico) em um só lugar, o que constitui o chamado modelo one-stop-shop. Também no sentido de atender à expectativa da demanda, é necessário que a nova empresa tenha uma rede de atendimento capilarizada, tendo em vista a percepção do mercado de que os

⁴⁶ Sobre esse tópico ver os AC n.º 08012.006008/2005-75, 08012.008781/2007-38, 08012.010968/2008-82, 08012.010038/2010-43 e 08700.002581/2017-95.

clientes não estariam dispostos a fazer grandes deslocamentos para realizar exames (principalmente aqueles menos sofisticados);

- **contrato com operadoras de planos de saúde** – este é o fator crucial e, ao mesmo tempo, mais difícil no entendimento de empresas do setor, para a entrada no mercado de medicina diagnóstica. Considerando que a maior parte dos exames realizados são demandados por beneficiários de planos de saúde, é fundamental que a empresa entrante seja credenciada do maior número possível de operadoras de planos de saúde, especialmente as grandes operadoras que possuem grandes carteiras de beneficiários. Segundo relato de empresas do setor, a negociação como as OPS é bastante trabalhosa – incluindo visitas às estruturas das empresas envolvidas, análises de documentos e reuniões para negociação de preços – e, em certos casos, leva à desistência de empresas de medicina diagnóstica de entrarem em determinados mercados; essa dificuldade aumenta se houver no mercado estruturas verticalizadas incluindo grandes redes de medicina diagnóstica e grandes OPS.

Constatadas essas barreiras, a probabilidade de uma entrada tempestiva e suficiente tem sido analisada de acordo com o histórico de entradas recentes em cada mercado e sua evolução em termos de participação de mercado – Curitiba, São Paulo e Rio de Janeiro são municípios para os quais se concluiu pela improbabilidade de uma entrada efetiva em mercados de medicina diagnóstica. Além disso, potenciais entrantes são consultados sobre a possibilidade de efetivamente realizarem investimento em certos mercados – em casos de resposta negativa, a dificuldade de negociação como OPS é apontada como barreira mais importante para esse investimento.

4.6 Análise de Rivalidade

Nos processos de atos de concentração em mercados da cadeia produtiva de saúde suplementar julgados pelo Cade até 2017, as análises de condições de rivalidade, em sua totalidade, basearam-se nas condições estruturais dos mercados (concorrentes, capacidade ociosa, participações de mercado, normas regulatórias, etc.).

Muitos critérios de avaliação têm relação específica com determinados mercados, como, por exemplo, marca, diferenciação por qualidade e relações verticais na cadeia de produção, outros, porém estão presentes nas análises de todos os mercados com a mesma interpretação; neste caso, estão a “presença de rivais”, a existência de capacidade ociosa e a análise de participações de mercado. Esses critérios serão analisados a seguir e, posteriormente, serão comentados os critérios utilizados mais especificamente para determinados mercados.

Presença de rivais –vários processos de baixa complexidade nos mercados estudados por este Caderno foram aprovados somente com a constatação de que restariam ainda no mercado concorrentes capazes de rivalizar com as empresas requerentes⁴⁷ - em casos mais complexos esta constatação vem acompanhada de outros indícios e rivalidade.

O Conselheiro Luis Fernando Schuartz definiu precisamente o significado da presença de rivais em um mercado relevante, como indício de rivalidade

... a intensidade da rivalidade existente entre um conjunto de agentes participantes em um mercado é algo diferente da simples *presença de rivais* no mesmo mercado... a exigência de uma *intensidade elevada* de rivalidade enquanto condição suficiente pra a aprovação irrestrita de um ato consistente, *e. g.*, na aquisição da empresa *B* pela empresa *A*, equivale a presença, *após* a realização da aquisição de *B* por *A*, de rivais de *A* que gerem, sobre esta, *pressões competitivas suficientes para impedir que A exerça lucrativamente poder de mercado depois de ter eliminado B como sua concorrente e incorporado a si os seus ativos.*

... a intensidade da rivalidade entre um agente e os seus rivais é uma função dos tipos de ativos que respondem, em maior ou menor medida, pelas vantagens competitivas no mercado em que atuam, bem como, da forma como se encontram distribuídos esses ativos entre as empresas participantes do mercado. Pode ser um erro, portanto, simplesmente considerar que uma empresa *A* apenas exercerá pressões competitivas suficientemente intensivas sobre uma empresa *B* quando o poder econômico ou financeiro (o “porte”) de *A* for equiparável ao de *B* (as preocupações manifestadas nas jurisdições estrangeiras com a eliminação de uma empresa tipo “*maverick*” pode servir de alerta quanto aos potenciais custos desse erro). Não obstante, a regra é que a intensidade das pressões competitivas que um agente poderá exercer sobre um outro agente seja uma função crescente da quantidade de recursos de que dispõe o primeiro comparativamente ao segundo – incluídos aqui também os “intangíveis”, que em certos casos podem mostrar-se não reproduzíveis para concorrentes.⁴⁸

⁴⁷ Por exemplo, AC nº 08012.014296/2007-01, 08012.002609/2007-71, 08012.009906/2009-17, 08012.008943/2009-08 e 08012.006525/2011-92.

⁴⁸ Voto referente ao AC nº 08012.006008/2005-75, p. 8 e 9.

Capacidade ociosa – a avaliação da capacidade produtiva das empresas do mercado relevante e seu nível de ociosidade, permite inferir sobre as condições de rivalidade remanescentes após um ato de concentração. Se as concorrentes das firmas participantes da operação dispõem de um nível razoável de capacidade ociosa que lhes permita absorver desvios de demanda originados de um aumento de preços das requerentes, considera-se como um indício de rivalidade no mercado⁴⁹, porém, se as requerentes dispõem de capacidade ociosa e as concorrentes não, então há um reforço do poder de mercado das requerentes⁵⁰.

No caso de hospitais, o nível de ociosidade é verificado, de forma reversa, pelo cálculo da taxa de ocupação em determinado período; em outros mercados avaliados neste Caderno o Cade costuma consultar as empresas do mercado sobre sua capacidade produtiva, nível de ocupação e futuros investimentos.

A aferição de capacidade ociosa nos mercados de atendimento à saúde deve levar em conta algumas especificidades do setor. Por exemplo, equipamentos ou leitos dedicados ao atendimento exclusivo de pacientes do SUS não devem ser computados na análise de ato de concentração cujo mercado relevante é o atendimento privado; no mesmo sentido, serviços de medicina diagnóstica que funcionam dentro de hospitais e que se destinam somente ao atendimento de pacientes internados não devem ser considerados como opção de absorção de demanda em mercados de pacientes não internados.

Outro aspecto levantado nesse tema é a possibilidade de investimentos em aumento de capacidade produtiva – nesse caso, faz-se uma consulta a agentes do mercado sobre a existência de planos de expansão de capacidade para um prazo máximo de dois anos. Tais investimentos devem ser analisados com alguma cautela⁵¹:

- o investimento previsto deve ser comparado com a capacidade produtiva de todo o mercado - uma empresa pequena que aumente sua capacidade em 50% pode não ter um efeito significativo na capacidade produtiva de todo o mercado, logo não afetaria significativamente a possibilidade de absorção de desvios de demanda;
- investimentos em expansão com o intuito de adequar a estrutura de um hospital a um aumento de demanda já enfrentado por essa empresa, independentemente

⁴⁹ Conclusão encontrada, por exemplo, nos AC nº 08012.011001/2008-18, 08012.007190/2008-24 e 08700.007555/2016-72.

⁵⁰ Como constatado no mercado de hospitais nos AC nº 08012.010094/2008-63 e 08700.003978/2012-90.

⁵¹ Observações baseadas no voto do Conselheiro Ricardo Machado Ruiz referente ao AC nº 08700.004150/2012-59 e no parecer nº 7/2017, da Superintendência Geral, relativo ao AC nº 08700.007556/2016-17.

da concretização da fusão entre seus concorrentes, não devem ser considerados como alternativa à absorção de demanda em virtude de aumento de preços decorrentes dessa fusão;

- investimentos específicos para uma especialidade não devem ser considerados se o mercado relevante analisado é diferente. Por exemplo, investimentos em uma unidade de cardiologia não deve ser computado como aumento de capacidade, se o mercado analisado é o de hospital geral;
- as empresas investidoras devem ser credenciadas nos mesmos planos de saúde (ou na maioria) das requerentes, tendo em vista que as operadoras de planos de saúde respondem por grande parte da demanda de hospitais, clínicas e laboratórios de análises;
- caso haja segmentação do mercado (por qualidade, preço, etc.) é preciso ver se as empresas que informam investimentos competem no mesmo segmento das requerentes;
- investimentos em expansão de capacidade realizados pelas requerentes representam reforço de poder de mercado das mesmas.

Análise de participações de mercado⁵² – dado que participações de mercado são ponto de partida para análise da possibilidade de exercício de poder de mercado, naturalmente servem como um indicador do grau de competição no mercado, quando analisadas ao longo do tempo. Este critério, comumente usado pelo Cade, foi adotado na análise de atos de concentração nos mercados de hospitais e de planos de saúde, com a sua interpretação costumeira: estabilidade de participações de mercado indicam pouca rivalidade, alternância de participações de mercado é indicador de ambiente de competição efetiva.

Também se pode tirar conclusões sobre a rivalidade no mercado a partir da análise restrita às participações de mercado das requerentes. Caso essas empresas apresentem uma tendência de perda de mercado ao longo do tempo, isso pode indicar que há concorrentes com força suficiente para se contrapor àquelas empresas após a fusão. Por outro lado, se as requerentes demonstram uma trajetória de ganhos de participação de mercado em um nível superior ao das concorrentes, pode-se concluir que uma fusão entre elas resultará em menos rivalidade no mercado.

⁵² Sobre esse tópico ver os seguintes atos de concentração: 08012.008853/2008-28, 08012.006653/2010-55, 08012.008989/2009-19, 08700.004150/2012-59, 08700.008540/2013-89, 08700.012652/2015-04, 08700.006574/2016-81.

Houve, ainda, casos extremos em que o Cade entendeu ser impossível concluir pela existência de rivalidade no mercado, após a concentração, dado que as participações de mercado conjuntas das requerentes superavam 90%.

4.6.1 Rivalidade entre operadoras de planos de saúde

A análise de rivalidade entre OPS se vale em grande parte de dois critérios mencionados anteriormente: a constatação da presença de rivais de grande porte e evolução de participações de mercado.

Algumas **normas regulatórias** têm sido apontadas como indutoras de rivalidade no mercado pois diminuem os custos de troca de plano para os consumidores, como por exemplo a inexistência de relação de exclusividade entre operadoras e prestadores de serviços⁵³, que permite ao beneficiário continuar tratamento com o mesmo médico em outra operadora de plano de saúde e a inexistência de carência para troca de plano nos planos médico-hospitalares coletivos. Também em relação a este tipo de plano, destaca-se que os preços são objeto de negociação entre operadoras e empresas e, em caso de não haver acordo, estas podem procurar negociar em condições mais favoráveis com outras e operadoras⁵⁴ - este argumento seria, ainda, especialmente adequado aos planos de saúde exclusivamente odontológicos coletivos por adesão, onde a presença de grandes empresas como clientes é significativa.

Dada a sua importância e a recorrência de fusões e aquisições de empresas, a Superintendência-Geral (SG) desenvolveu um modelo de análise de rivalidade próprio para os mercados de planos de saúde⁵⁵: primeiro, para que uma dada operadora de planos de saúde seja considerada um **potencial** rival das Requerentes, será necessário que ela preencha, simultaneamente, dois requisitos, quais sejam:

- a) **escala mínima viável, correspondente a 50 mil vidas** - com base em informações da ANS e de agentes do mercado, considera-se que a escala mínima viável para uma OPS é de 50 mil vidas – operando abaixo desse número uma operadora não é considerada rival efetiva, pois é provável que terá dificuldades em se manter no mercado no médio prazo, por outro lado, quanto maior for a escala da empresa mais competitiva ela será.

⁵³ Este aspecto é evidenciado pelas inúmeras condenações pelo Cade de cooperativas do sistema Unimed pela prática de unimilitância (ver Cadernos do Cade – Mercado de Saúde Suplementar: Conduitas).

⁵⁴ Estes argumentos foram utilizados nas análises de AC nº08012.000180/2007-87, 08012.009679/2007-50, 08012.002609/2007-71 e 08012.008989/2009-19, dentre outros.

⁵⁵ Conforme Parecer Técnico nº 36, de 24/01/2014, referente ao AC nº 08700.008540/2013-89.

- b) **interesse em permanecer ofertando planos de saúde no mercado analisado**⁵⁶ - se uma empresa não oferta mais uma determinada modalidade de plano, não é possível afirmar que a mesma possa atender a um desvio de demanda ou contestar as requerentes nesses mercados – este quesito é especialmente apropriado no caso de planos individuais/familiares, dado que muitas OPS têm reduzido ou abandonado a oferta dos mesmos.

Na segunda etapa da análise a SG considera os seguintes fatores em relação às empresas que passaram no filtro inicial:

- a) **existência de rede credenciada e/ou rede médica própria no cluster de municípios** - a rede credenciada, como foi dito, é aquela rede de hospitais, clínicas e outros serviços médicos que não são detidas pelo mesmo grupo econômico do Plano de Saúde, mas com este grupo fizeram algum contrato onde se obrigaram a prestar serviços para estas operadoras. Em relação à rede própria, isto é, rede verticalizada, são aqueles hospitais, clínicas, laboratórios e outros serviços médicos que são detidos pelo mesmo grupo econômico do plano de saúde. Estas duas variáveis afetam a *qualidade* do plano de saúde e, portanto, exercem grande influência na hora do assegurado realizar a contratação.

Isso ocorre porque, quanto maior e melhor a rede credenciada, melhor é o plano de saúde para os seus clientes, que terão acesso a serviços de saúde em menor tempo e de melhor qualidade.

- b) **evolução das participações de mercado nos últimos cinco anos** – nos moldes dos critérios explicados anteriormente;
- c) **preço** - também é um elemento fundamental para análise de rivalidade entre operadoras de planos de saúde, porém, isso não significa que apenas as operadoras com menor tíquete médio são capazes de atuar no mercado, pois algumas operadoras atuam em nichos específicos ou oferecem uma ampla gama de produtos a diferentes preços, com isso, conseguem atingir públicos dispostos a pagar mais por uma rede credenciada mais ampla ou de maior qualidade. Os valores cobrados pelas operadoras de planos de saúde podem ser vistos como um indicativo de que elas, sob a ótica da demanda, atingem os mesmos consumidores.

⁵⁶ Nesse quesito, busca-se a informação sobre a intenção da empresa em continuar ofertando plano de saúde no mercado relevante objeto da análise, seja plano médico-hospitalar individual/familiar ou coletivo. Seja plano exclusivamente odontológico individual/familiar ou coletivo.

As variáveis acima expostas influenciam na rivalidade, mas não são consideradas excludentes, de modo que a não observância de qualquer uma destas não culminará na desconsideração do agente, mas, apenas, que as demais variáveis devem ser suficientemente significativas para se seja considerado como um rival efetivo das requerentes.

4.6.2 Rivalidade no mercado de administração de benefícios⁵⁷

Os principais casos referentes ao mercado de administração de benefícios dizem respeito a aquisições de empresas do setor pela líder destacada do mercado Qualicorp, portanto, as análises de rivalidade nesse mercado têm em conta a sua expressiva participação de mercado e a sua estratégia de aquisição de concorrentes. Nesse contexto, destacam-se os seguintes aspectos:

- **OPS não exercem pressão competitiva sobre administradoras de benefícios** – devido a características destacadas anteriormente na seção sobre mercado relevante, tais como, capacidade de agrupar numa mesma carteira clientes de diferentes pessoas jurídicas, o que permite negociar preços mais baixos com as operadoras e a capacidade de oferecer serviços adicionais que liberam as pessoas jurídicas de assumir certos encargos, como responder por inadimplências e renegociar contratos, o que as levaria a montar uma estrutura interna para atender essa função, o Cade entende que é improvável que OPS venham a praticar preços competitivos em face dos praticados pelas administradoras e, ainda, caso isso aconteça haveria ainda incentivos para que pessoas jurídicas optassem por permanecer com o serviços das administradoras de benefícios, tendo em vista as outras vantagens operacionais oferecidas por este tipo de empresa.
- **contratos de exclusividade com OPS** – a existência de cláusulas de exclusividade nos contratos entre administradoras de benefícios e operadoras de planos de saúde, além de constituírem barreira à entrada de novas empresas no mercado de administração de benefícios, diminui as possibilidades de crescimento das concorrentes já estabelecidas pois isso restringe o seu portfólio de produtos – esse impacto negativo sobre a concorrência será maior quanto maiores e mais significativas no mercado relevante analisado forem a operadora e a administradora envolvidas no acordo de exclusividade.

⁵⁷ Esta seção baseia-se no voto da Conselheira Ana de Oliveira Frazão referente aos AC nº 08012.000309/2012-14, 08012.003324/2012-14 e 08700.004065/2012-91.

- **contrato de exclusividade como empresas contratantes** – embora não seja um padrão no mercado, o Cade constatou em alguns contratos cláusulas de exclusividade entre administradoras de benefícios e pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde. Tal fato também diminui a rivalidade no mercado, pois quando uma empresa líder de mercado ou com participação de mercado significativa, consegue inviabilizar ou impor restrições a que um cliente seu procure outra empresa do mercado ela diminui as chances de crescimento de suas rivais – tal efeito é ainda mais deletérios se combinado com contratos de exclusividade com operadoras de planos de saúde como visto anteriormente.
- **aquisição de rivais** – este é um ponto especificamente relacionado com a estratégia de expansão da Qualicorp no mercado de administração de benefícios. Em curto período de cerca de três anos, essa empresa adquiriu diversas empresas do mercado ou carteiras pertencentes a empresas atuantes no mercado de benefícios. Em que pese a posição da empresa que justificou seu crescimento pela sua qualidade e eficiência, análises da SG e do Tribunal do Cade identificaram uma estratégia de limitar a rivalidade no mercado através de sucessivas aquisições cujos alvos eram empresas que conseguiam um crescimento significativo e que no futuro poderiam representar uma ameaça a sua liderança.

4.6.3 Rivalidade entre hospitais

Algumas análises de rivalidade específicas dos mercados de hospitais dizem respeito ao efeito da integração vertical no setor e à diferenciação dos serviços prestados.

A existência de **integração vertical** no mercado de serviços hospitalares, especialmente a integração com operadoras de planos de saúde, pode, em certos casos, ser vista como um fator limitador da rivalidade, dada a alta interdependência entre esses dois elos da cadeia produtiva em que as OPS são as maiores clientes dos hospitais e estes uma das maiores fontes de custos para as operadoras, fatores esses que por si só induzem à verticalização.

Assim, um aumento da concentração de mercado entre hospitais derivada de uma fusão de empresas envolvendo o mesmo grupo econômico de uma operadora de plano de saúde pode limitar o acesso de outras operadoras aos hospitais dessa rede e, considerando-se a sua magnitude no mercado relevante, limitar a entrada ou expansão das operadoras concorrentes. Por outro lado, uma operadora de plano de saúde dominante em certo mercado relevante e que também detenha controle sobre a maior parcela do mercado

relevante de hospitais pode, ao privilegiar os hospitais do seu grupo econômico, inviabilizar o crescimento de hospitais concorrentes⁵⁸.

Pesquisando junto a empresas do mercado o Cade identificou que **diferenciação** de serviços, conceito bastante relacionado com qualidade e reputação na visão desses agentes do mercado, é uma variável importante para análise de rivalidade nos mercados de hospitais, fato que pode ser explicado da seguinte forma:

De acordo com a OCDE, a qualidade é uma variável importante no mercado de hospitais gerais. Devido à assimetria de informação existente nos mercados de saúde, muitas vezes o consumidor não é capaz de medir, com exatidão, o nível de qualidade que ele terá ao escolher determinada instituição. Contudo, o consumidor possui uma percepção de qualidade decorrente de atendimentos passados, indicação do médico ou de outras pessoas que auxiliam no momento da escolha do serviço. Mesmo que essa escolha seja limitada pelas opções fornecidas pelo plano de saúde, o consumidor optará pelo hospital com melhor qualidade, na sua percepção, daquelas disponíveis pela sua operadora de saúde. (Parecer Técnico nº 273/Superintendência-Geral/Cade)

Quanto à diferenciação de hospitais, o Cade considera os seguintes critérios⁵⁹:

- **acreditação ou classificação por terceiros** – embora não haja uma classificação ou categorização de hospitais por órgão oficial, há instituições que fazem esse tipo de qualificação segundo critérios próprios, os quais são adotados por agentes do mercado, como é o caso do Certificado de Acreditação emitido pela ONA (Organização Nacional de Acreditação)⁶⁰, e classificações próprias feitas por algumas OPS, segundo as quais os mesmos são credenciados em cada tipo de plano oferecido – por exemplo, hospitais com elevada reputação e custo elevado para o plano são exclusivos de planos de saúde com faixa de preço mais alta;
- **especialidades médicas oferecidas** – outro critério analisado é o número de especialidades e serviços médicos ofertados pelos hospitais, seja com recursos próprios, seja através da contratação de terceiros. Assim pequenos hospitais com

⁵⁸ Análises nesse sentido podem ser encontradas em votos de Conselheiros referentes aos AC n.º 08012.006653/2010-55, 08012.010094/2008-63 e 08700.003978/2012-90.

⁵⁹ Alguns votos que analisaram esta questão referem-se aos AC n.º 08012.007190/2008-24, 08700.004150/2012-59, 08700.007555/2016-72 e 08700.007556/2016-17.

⁶⁰ A ONA é uma entidade não governamental, nacional, sem fins lucrativos, que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente.

reduzido portfólio de serviços ofertados aos consumidores não são rivais efetivos de grandes hospitais com uma abrangência significativamente maior de áreas de atuação;

- **recursos médicos e equipamentos** – no mesmo sentido, uma análise dos recursos humanos e materiais (equipamentos médicos) disponibilizados pelos hospitais pode ser utilizada para comparar o grau de rivalidade que pode haver dois estabelecimentos. Hospitais com equipes médicas credenciadas mais numerosas e com maior variedade de especialidades, bem como, com maior quantidade de equipamentos médicos competem em um patamar diferente de pequenos estabelecimentos com recursos mais restritos.

4.6.4 Rivalidade em mercados de medicina diagnóstica⁶¹

De acordo com informações obtidas junto a empresas do mercado, alguns fatores são essenciais para habilitar uma concorrente a absorver demanda em caso de aumento de preços por empresas em processo de concentração (logo, a ausência de um ou alguns deles diminui o poder de um a empresa de rivalizar com líderes do mercado):

- i. **capilaridade da rede de atendimento** – um concorrente para ser efetivamente um rival de empresas em processo de concentração deve ter uma rede de atendimento tão ampla quanto a das requerentes e estar presente na maioria das localidades onde as requerentes atuam.
- ii. **portfólio de serviços articulado a NTO (Núcleo Técnico Operacional)** – a rede de atendimentos deve disponibilizar um portfólio de serviços amplo, dado que os exames solicitados são variados e diferenciados por cliente, e que este opta por fazer o maior número de exames possível no mesmo local e no mesmo momento, caracterizando um modelo one-stop shop. A capacidade competitiva aumenta se a empresa dispõe um Núcleo Técnico Operacional (NTO) ligado à sua rede de atendimento, o que permite uma maior capacidade de processamento de exames em menor tempo.
- iii. **marca reconhecida** – marca é um fator competitivo muito importante no mercado de medicina diagnóstica, conforme depoimento da empresa Dasa, uma das líderes do segmento no Brasil:

Independente do tamanho ou do escopo dos serviços prestados, a marca é uma das características mais importantes para que os

⁶¹ Sobre este tema consultar votos e pareceres referentes aos seguintes atos de concentração: 08012.010038/2010-43, 08012.013191/2010-22, 08700.002581/2017-95.

prestadores de serviços de apoio à medicina diagnóstica atraíam e mantinham pacientes. O estreito relacionamento com os pacientes, bem como com a comunidade médica local, possibilita que os laboratórios mantenham altos níveis de fidelização dos pacientes.⁶²

- iv. **contrato com OPS** – esse fator é essencial porque os beneficiários de planos de saúde respondem por mais da metade da demanda por exames junto às clínicas e laboratórios, portanto, quanto maior o número de planos conveniados, mais estável será a demanda da prestadora de medicina diagnóstica e maior condição de absorver desvios de demanda provocados por aumentos de preços ela terá.
- v. **poder de barganha da OPS** - em diversos atos de concentração apresentou-se ao Cade, e muitas vezes foi aceita, a argumentação de que o fato de o poder de barganha das OPS em relação às empresas de medicina diagnóstica inibiria o poder destas de aumentar unilateralmente seus preços, isso devido a que, como dito anteriormente, a maior parte dos clientes das clínicas e laboratórios é de beneficiários de planos de saúde.

Novamente, recorre-se ao voto do Conselheiro Luis Fernando Schuartz, para esclarecer em que circunstâncias tal argumento é cabível

... o argumento do “poder compensatório do comprador” não deve contar – e não conta, nas demais jurisdições – como um argumento autônomo. O emprego adequado desse argumento é, sempre, dependente da sua combinação com outros argumentos que atestem que o comprador de fato tenderá a agir de maneira a inibir a produção de ineficiências e transferências de renda para a empresa resultante do ato de concentração, em virtude da concentração, e não, simplesmente, a repassar, para seus próprios compradores, o incremento nos custos decorrente do maior poder de barganha que o ato viabiliza referida empresa.

(...)

Um ponto essencial, nesse contexto, refere-se à presença de incentivos para que o comprador ou conjunto de compradores utilizem seu poder de barganha de um modo socialmente desejável (da perspectiva antitruste). Por exemplo, ainda que seja financeiramente capaz de fazê-lo, um determinado comprador pode não ter interesse em bancar a entrada de um novo ofertante caso os benefícios associados a essa entrada (e.g. melhores condições na

⁶² Voto do Conselheiro Ricardo Machado Ruiz referente ao AC nº 08012.010038/2010-43, p. 133.

aquisição de insumos) tenham que ser repartidos com seus rivais no mercado downstream (...). Além disso, o poder do comprador é uma função crescente da participação de suas compras no total ofertado pelo vendedor, e não, pelo menos não necessariamente, do seu “*poder financeiro*”: diante de vários compradores “poderosos”, mas com participações pequenas nas vendas totais do vendedor, não há que se falar sem mais – supondo, evidentemente, inexistir um conluio entre eles – de um “poder compensatório” que se contrapusesse ao poder de mercado do vendedor. Finalmente, mesmo quando genuinamente presente tal poder compensatório, o seu exercício pró-competitivo apenas será presumível se o mercado downstream for suficientemente competitivo.⁶³

Embora tal argumento tenha sido acatada em vários casos, especialmente os de menor complexidade, também houve momentos em que tal argumento foi rejeitado, por exemplo, em atos de concentração em que as requerentes já pertencem ao mesmo grupo de uma grande operadora de plano de saúde, pois obviamente aí espera-se que haja um alinhamento de objetivos entre empresas do mesmo grupo e não uma disputa em relação a repasses de custos e preservação de margens de lucros.

Outro aspecto destacado nessa relação entre medicina diagnóstica e OPS é que os contratos de credenciamento entre grandes redes de serviços de medicina diagnóstica e grandes operadoras de planos de saúde se estendem por inúmeros mercados relevantes (restritos a municípios ou grupos de municípios), portanto a existência de poder de mercado em um dado mercado relevante não permite automaticamente um exercício abusivo desse poder devido à possibilidade de retaliação (por exemplo, desc credenciamento) em outros mercados relevantes.

4.7 Análise de eficiências

No período de 2003 a 2017, o Cade avançou sua análise de atos de concentração nos setores de prestação de serviços à saúde até a etapa de avaliação de eficiências em somente treze casos. Em um deles, o Conselho concluiu que as eficiências alegadas pelas requerentes compensavam os possíveis danos à concorrência identificados ao longo da instrução do processo – nos demais foram consideradas insuficientes, seja pelo fato de não chegarem a um montante capaz de efetivamente compensar os danos identificados, seja por não estarem devidamente demonstradas e quantificadas.

⁶³Voto referente ao AC nº 08012.006008/2005-75, p. 10 e 11.

Segundo a avaliação do Conselheiro-Relator Luís Fernando Schuartz, a aquisição do Laboratório Frischmann Aisengart pela Diagnósticos da América (Dasa), no ano de 2005, poderia ensejar a esta a possibilidade de exercício unilateral de poder de mercado, no mercado relevante de análises clínicas na região de Curitiba/PR⁶⁴.

Ao final da instrução, já em 2006, as requerentes apresentaram relatórios de ganhos de eficiência gerados pela fusão das empresas – nessa época a análise de atos de concentração pelo Cade era posterior à conclusão do negócio, portanto era possível apresentar dados de cerca de um ano de operação conjunta das empresas – bem como, projeções sobre outros benefícios decorrentes de sinergias entre as empresas.

O Conselheiro-Relator, então, resolveu converter o julgamento do caso em diligência concedendo prazo para que as requerentes apresentassem relatório de auditoria independente atestando os alegados ganhos de eficiência gerados pelo ato de concentração. O relatório da auditoria apresentado pelas requerentes atestou as seguintes eficiências:

- reduções de custo de produção derivados de ganhos de escala: racionalização de compras de reagentes e insumos; melhoria das condições de negociações pelo aumento do volume de adquirido de reagentes; utilização de reagentes de forma mais eficiente; otimização da logística na entrega e distribuição de reagentes da central de compras da DASA, em São Paulo, para o LFA, em Curitiba; aumento da escala permitiu a substituição de equipamentos por outros de tecnologia mais avançada;
- as reduções de custos geradas e projetadas permitiram investimentos em um novo laboratório central para a região de Curitiba, ampliação da quantidade de unidades de atendimento da empresa adquirida.

As eficiências apresentadas foram consideradas suficientes pelo Conselho e o ato de concentração foi aprovado sem restrições.

No caso referente à compra do laboratório Maximagem pela Dasa, foram alegados ganhos de eficiência decorrentes da gestão do processo de realização de exames e fornecimento de laudos, contudo a justificativa era de que o aumento da escala ajudara a tornar o modelo adotado pela Dasa mais sustentável, portanto, tal modelo já era utilizado independentemente do ato de concentração analisado – também não ficou demonstrado um ganho de qualidade do serviço para o cliente, uma vez que alguns prazos de realização e

⁶⁴ Ato de concentração nº 08012.006008/2005-75, aprovado em 08 de novembro de 2006.

entrega de resultados de exames aumentaram, enquanto para outros exames diminuíram. Assim as eficiências foram rejeitadas pelo Cade⁶⁵.

No ato de concentração nº 08012.006653/2010-55, o Conselheiro-Relator rejeitou as eficiências alegadas por considerar que as mesmas foram apresentadas de forma genérica sem demonstração de valores nem da sua origem direta na operação.

No ato de concentração referente a compra do Hospital Regional de Franca (HRF) pela Unimed Franca, o Conselheiro-Relator Elvino de Carvalho Mendonça desconsiderou as eficiências alegadas – investimento em um novo centro radiológico e em novos equipamentos, aumento do número de médicos credenciados, aumento da rede emergencial dos beneficiários do plano de saúde do HRF e redução da insegurança para os beneficiários desse plano (havia alegação de possível falência do HRF) - por considerar que as mesmas poderiam ser obtidas sem a necessidade da realização da operação⁶⁶.

No ato de concentração nº 08012.010094/2008-63, as requerentes alegaram ganhos de eficiência decorrentes do aumento de escala gerado pela incorporação da Casa de Saúde Santa Lúcia pelo Grupo Amil. Apoiando-se na infraestrutura do grupo adquirente, haveria redução dos custos do hospital adquirido provenientes de melhores condições de negociar a compra de insumos, melhoria de processos internos, racionalização da prestação dos serviços médicos, atualização de sistemas e processos de trabalho e investimento em tecnologia de gerenciamento, redução de externalidades negativas com a adoção de padrão de gerenciamento de lixo hospitalar adotado pela rede adquirente. O Conselho corroborou a análise da SEAE, entendendo que as requerentes não conseguiram demonstrar economias de custos de transação e de custos com insumos, tampouco a introdução de tecnologia mais produtiva; também não foi evidenciado de que forma os ganhos alegados, decorrentes do aumento do poder de mercado das requerentes, beneficiariam os consumidores⁶⁷.

No ato de concentração referente à aquisição de participação pela Rede D'Or em hospitais do Medgrupo, localizados em Brasília, as requerentes apresentaram somente uma descrição qualitativa das possíveis eficiências geradas pela operação. Apesar disso, o Conselheiro-Relator analisou as informações apresentadas, mas considerou que as eficiências não seriam específicas da operação como no caso de ganhos na centralização e negociação de compras de insumos, uma vez que o Medgrupo já possuía três hospitais no mercado relevante. Da mesma forma, a realização de investimentos no aumento de leitos já estava

⁶⁵ Conforme voto do Conselheiro-Relator César Costa Alves de Mattos no ato de concentração nº 08012.010968/2008-82, aprovado em 03 de novembro de 2010.

⁶⁶ Ato de concentração nº 08700.003978/2012/90, julgado em 30 de janeiro de 2013.

⁶⁷ Conforme voto do Conselheiro-Relator Elvino de Carvalho Mendonça e Parecer nº 06591/2011/RJ, da SEAE.

sendo realizada pelo Medgrupo antes do ato de concentração e, finalmente, melhorias de gestão poderiam ser obtidas pelos dois grupos separadamente⁶⁸.

No ato de concentração nº 08012.010038/2010-43, que tratou da incorporação da MD1 Diagnósticos pela Dasa, a SEAE apresentou uma simulação para identificar as perdas geradas pela operação e compará-las com as eficiências apresentadas pelas requerentes:

1. a SEAE construiu cenários nos quais projetou qual seria o incremento da receita auferida pelas requerentes mediante a elevação dos preços dos exames;
 - a. o faturamento calculado se referia somente aos mercados relevantes nos quais se identificaram possíveis danos concorrenciais e a análise avançou até a etapa de avaliação de eficiências;
 - b. o preço utilizado nesse cálculo foi o preço médio de todos os exames ofertados pelas requerentes nos mercados relevantes em questão;
 - c. as quantidades de exames mantiveram-se inalteradas;
2. calculou-se o aumento de receita caso fossem aplicados aumentos de preços de 5%, 10% e 15% - esses ganhos corresponderiam às perdas dos consumidores gerada pelo ato de concentração;
3. comparou-se o montante de ganhos derivados de eficiências apresentadas pelas requerentes com os resultados dos três cenários de aumento de preços para verificar o resultado líquido da operação.

Os resultados dos cenários apontaram resultados negativos, ou seja, as eficiências não compensariam as perdas, nos casos de aumentos de preço de 10% e 15%, e no caso de aumento de 5% de aumento, haveria saldo positivo.

O Conselheiro-Relator optou, por cautela, não considerar as eficiências apresentadas suficientes para a aprovação do ato de concentração sem restrições, porque i) entendeu que as eficiências apresentadas representavam a projeção de resultado positivo mais otimista possível dado que as requerentes tinham o total conhecimento do negócio e interesse na aprovação da operação; ii) considerou que os aumentos de 10% ou 15% seriam hipóteses mais realistas que um aumento de 5% e iii) destacou que no último aumento concedido pela ANS aos planos de saúde, antes do julgamento do ato de concentração, o índice relativo a exames foi de 7,5%, taxa que se aplicada no exercício de simulação

⁶⁸ Conforme voto do Conselheiro-Relator Ricardo Machado Ruiz no ato de concentração nº 08700.004150/2012-59 (Requerentes: Rede D'Or São Luiz S.A., Medgrupo Participações S.A. e Hospital Santa Lúcia S.A.), julgado em 05 de junho de 2013.

praticamente equilibraria a relação entre os prejuízos projetados e as projeções otimistas de eficiências apresentadas pelas requerentes.

Em abril de 2014, foram julgados em conjunto três atos de concentração referentes ao mercado de administração de benefícios, nos quais a Qualicorp adquiriu o controle de três empresas do setor⁶⁹. As requerentes alegaram a geração de eficiências decorrentes de economias de escala, aumento do poder de barganha perante as OPS e redução de custos administrativos, contudo, informaram que somente fora possível estimar quantitativamente a redução de custos administrativos. Concordando com o parecer da Superintendência Geral, a Conselheira-Relatora entendeu que, pelo menos, parte das reduções de custos administrativos afetariam unicamente custos fixos, portanto, consoante entendimento firmado no Cade, esse ganho dificilmente seria compartilhado com consumidores via redução de preços, concluindo que a redução de custos apresentados era pouco significativa e insuficiente para neutralizar efeitos negativos das operações.

Partindo para uma análise qualitativa das eficiências, a Conselheira reconheceu que a atividade das administradoras de benefícios se justifica porque agrega valor (gera eficiência) aos consumidores na escolha e contratação de planos de saúde, decorrentes de ganhos de escala, redução de riscos das carteiras de planos de saúde e poder de negociação com as OPS. Contudo, a Conselheira ponderou que as requerentes não conseguiram provar outras eficiências decorrentes das operações além dessas que são inerentes a sua atividade.

Recorrendo novamente ao Parecer da SG, acrescentou, ainda, que ao comprar sua principal concorrente e mais duas empresas do mercado, a Qualicorp contribuía para reforçar a assimetria entre ela e as demais empresas restantes no mercado, logo, ainda que se reconhecesse novos ganhos de eficiência, a ausência de rivalidade no mercado permitiria a Qualicorp usufruir integralmente tais ganhos sem a pressão de reduzir preços e, por essa via, beneficiar os consumidores. E aqui, não se poderia alegar pressão competitiva das OPS, pois se os consumidores fossem obrigados a recorrer a contratação direta de planos de saúde, as eficiências que justificam as atividades das administradoras de benefícios desapareceriam.

A conclusão final deste caso foi pela insuficiência dos ganhos de eficiência apresentados tanto pela impossibilidade de se demonstrá-los integralmente, quanto pela improvável repartição desses ganhos com consumidores, diante de ausência de pressão competitiva no mercado.

⁶⁹ Os atos de concentração nº 08012.000309/2012-14, 08012.003324/2012-14 e 08700.004065/2012-91 (foram julgados e aprovados com restrições em 09/04/2014. Embora o voto da Conselheira-Relatora Ana de Oliveira Frazão traga análise de eficiências dos três atos de concentração, o relato neste Caderno enfoca a análise referente ao AC nº 08700.004065/2012-91, onde esse ponto foi discutido com mais detalhes.

Também foram analisadas eficiências no ato de concentração no mercado de medicina diagnóstica, referente à compra da Clínica Radiológica Menezes da Costa pelo Grupo FMG (Rede D'Or) e, posteriormente, repassado ao controle do Grupo Fleury⁷⁰.

As requerentes apresentaram eficiências - sem quantificá-las - derivadas de i) redução de custos na compra de materiais e medicamentos, em razão de ganho de escala; ii) melhor aproveitamento de equipamentos utilizados em exames; iii) adoção de melhores práticas na logística de materiais e gestão de estoques; iv) aperfeiçoamento da gestão do corpo clínico, resultando em melhor qualidade de prestação de serviços; v) melhores práticas de gestão administrativa; vi) aumento da capacidade de investimento e expansão de negócios; vii) redução do custo de captação de recursos e viii) acreditação.

O Conselheiro-Relator Márcio de Oliveira Júnior procurou analisar qualitativamente os quesitos acima, porém concluiu que além da não quantificação dos ganhos, as requerentes também falharam em comprovar a forma como tais ganhos seriam alcançados e a necessidade do ato de concentração em questão para viabilizá-los - neste caso, se incluem os investimentos planejados e a melhoria de qualidade de atendimento. Finalmente, o conselheiro destacou que o argumento de que o crescimento do Grupo Fleury no mercado do Rio de Janeiro significaria um contraponto ao poder de mercado do Dasa não se sustentaria em termos de eficiências já que num ambiente altamente concentrado, praticamente um duopólio, esse crescimento das requerentes dificilmente resultaria em aumento de bem-estar dos consumidores.

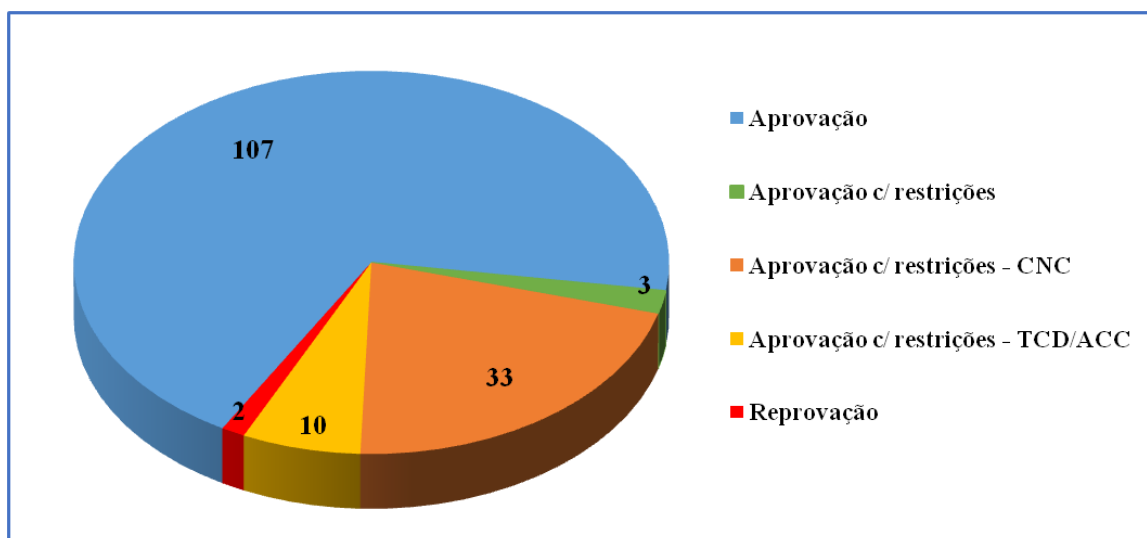
4.8 Restrições e remédios

No período de 2006 a 2017, quarenta e seis atos de concentração foram aprovados com restrições (Gráfico 16). Desse total, 71,7%, determinavam unicamente a adequação de cláusulas de não concorrência aos padrões jurisprudenciais do Cade: abrangência restrita aos mercados relevantes (tanto sob a ótica do produto quanto na dimensão geográfica) e prazo de duração não superior a cinco anos. Os demais (28,3%) envolvem restrições estruturais e/ou comportamentais, impostas unilateralmente pelo Cade ou negociadas mediante Termos de Compromissos de Desempenho (TCD) ou Acordos em Controle de Concentrações (ACC).

⁷⁰ Ato de concentração nº 08012.013191/2010-22 (Requerentes: Labs Cardiolab Exames Complementares S.A e Clínica Radiológica Menezes da Costa Ltda.). Foram julgados em conjunto, os atos de concentração nº 08012.008447/2011-61 (Requerentes: Delta FM&B Fundo de Investimento em Participações (FIP Delta FM&B) e Diagnolabor Exames Clínicos S.A.) e 08012.008448/2011-13 (Requerentes: Fleury S.A. e Labs Cardiolab Exames Complementares S.A.) - todos aprovados com restrições em 06 de agosto de 2014. A análise de eficiências diz respeito somente ao AC nº 08012.013191/2010-22.

Gráfico 16

Decisões em atos de concentração nos mercados da cadeia da saúde suplementar



Fonte: CADE

Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos

Quanto à cláusula de não concorrência, merecem destaque algumas restrições que tratam de temas específicos. A primeira, refere-se à cláusula de não concorrência submetida a um empregado da empresa objeto de ato de concentração no mercado de hospitais. O Conselheiro Eduardo Pontual Ribeiro reconheceu a validade de tal dispositivo sob o ponto de vista concorrencial, justificando-o na medida em que induz maior grau de confiança na relação entre a empresa e o empregado que acessa informações sensíveis. Contudo, destacou que o prazo pode variar conforme o segmento econômico em questão – em mercados mais dinâmicos, informações estratégicas tendem a ficar superadas mais rapidamente do que em mercados sujeitos a longos períodos de maturação e investimentos. No caso de hospitais, considerou o mercado dinâmico e apontou que uma cláusula de não concorrência com início de prazo sujeito a condição (desligamento do empregado) deveria ser limitada a dois anos⁷¹.

A segunda situação refere-se a atos de concentração em que o proprietário ou sócio da empresa objeto do ato de concentração permanecerá como acionista da empresa, após a alienação do seu controle. Nesse caso, o entendimento do Cade é de que a abrangência da cláusula de não concorrência estende-se aos mercados em que a empresa estiver atuando no momento futuro em que ele venha a se desligar da mesma, e não somente aos mercados em que ela atuava no momento do ato de concentração⁷².

Em tema semelhante, o Cade limitou a abrangência de uma cláusula de não aliciamento de empregados, justificando que a competição entre empresas implica disputa

⁷¹ AC nº 08012.011602/2011-26.

⁷² AC nº 08012.011971/2010-38 e AC nº 08012.007541/2011-01.

pela obtenção dos melhores profissionais e, portanto, restringir a possibilidade de ingresso de empregados qualificados em negócios geridos por concorrentes é criar assimetria nas condições de recrutar e, portanto, de empreender. Sob o ponto de vista do empregado, o entendimento foi de que restringir a liberdade dos empregados de usufruírem da possibilidade de colocação, inclusive com os alienantes do negócio adquirido, seria assumir que a boa reputação do empregado, individualmente considerado, integraria o fundo de comércio da empresa, o que não é verdade. Assim, a cláusula de não aliciamento foi restringida para aqueles empregados que detinham parte do ativo intangível da empresa, como, segredos de negócio e informações sigilosas⁷³.

4.8.1 Remédios comportamentais

Os remédios comportamentais que foram aplicados isoladamente ou em complemento a remédios estruturais consistem em três medidas básicas: obrigação de não discriminação, obrigação de não participar de atos de concentração e obrigação de notificar quaisquer atos de concentração.

O compromisso de não discriminação foi adotado em dois atos de concentração envolvendo mercados de oncologia ambulatorial e serviços hospitalares para oncologia (oncologia hospitalar)⁷⁴. Em ambos, havia aquisição de clínicas de oncologia pela Rede D'Or, que também tem participação relevante no mercado de hospitais - mercados que apresentam uma forte interdependência. Visando prevenir possíveis efeitos negativos dessa integração vertical foram celebrados Termos de Compromisso de Desempenho em que a empresa se comprometeu a (i) não discriminar em seus hospitais pacientes encaminhados por médicos oncologistas não associados às suas clínicas; (ii) não discriminar, em seus hospitais, médicos oncologistas não associados às suas clínicas relacionados a pacientes ali internados; e (iii) não praticar atos que impliquem incentivo ou desincentivo a cirurgiões ou médicos de outras especialidades para que encaminhem pacientes, para tratamento ou parecer, a médicos vinculados às clínicas de oncologia da Rede D'Or.

Os compromissos de não participar de atos de concentração (que resultem em reforço de poder de mercado) tiveram por objetivo propiciar que outros concorrentes nesses mercados relevantes consigam ganhar parcela de mercado e assim equilibrar um pouco mais a concorrência⁷⁵. Eles consistem na obrigação de que as empresas compromissárias não se envolvam em operações de fusão, incorporação, aquisição de participação acionária direta

⁷³ AC nº 08012.004902/2010-78 e 08012.013200/2010-85.

⁷⁴ AC nº 08700.004151/2012-01 e AC nº 08012.011421/2011/08.

⁷⁵ Voto do Conselheiro Ricardo Machado Ruiz referente ao AC nº 08012.010038/2010-43.

ou indireta ou celebração de contrato associativo com empresa do mercado relevante afetado pela decisão, por um período determinado e em localidades.

Essa medida foi adotada em três decisões referentes a atos de concentração que abordaram mercados medicina diagnóstica altamente concentrados e com pouca ou nenhuma perspectiva de entrada de novos concorrentes capazes de rivalizar com as líderes: Rio de Janeiro e outros municípios fluminenses, São Paulo e outros municípios paulistas e Curitiba e outros municípios paranaenses⁷⁶.

Os compromissos de notificação obrigatória têm por objetivo monitorar as atividades das empresas compromissárias (que já detêm alto poder de mercado) de modo a prevenir o aumento da sua participação mesmo que através de operações que não sejam de notificação obrigatória ao Cade – por exemplo, aquisição de empresas com faturamento inferior a R\$ 75 milhões, por ano – e, assim, preservar uma franja concorrencial capaz de oferecer alguma oferta alternativa para os demandantes.

Nos mercados de medicina diagnóstica os compromissos de notificação obrigatória foram adicionados de forma complementar aos compromissos de não participar de atos de concentração e por um prazo de dois anos, após cumprido o prazo de não adquirir participação em empresas do mesmo mercado. O compromisso de notificação obrigatória foi, também, incluído no TCD referente ao mercado de oncologia em Brasília (acima referido), neste caso para que a compromissária informasse o exercício do direito de preferência para operar serviços de oncologia nos hospitais da Rede D’Or pela empresa que estava adquirindo.

4.8.2 Remédios estruturais

Os remédios estruturais aplicados nos mercados da cadeia produtiva da saúde suplementar tiveram por objeto a alienação de ativos ou o desfazimento de relações societárias cruzadas. Este último caso diz respeito especificamente ao caso em que acionistas do Grupo Amil tinham participação societária na empresa Medise, controlada pelo Grupo FMG do qual faz parte, dentre outras empresas, a Rede D’Or de hospitais, sendo que ambos os grupos desenvolveram políticas agressivas de fusões e aquisições envolvendo os mercados de planos de saúde, hospitais e serviços de apoio a medicina diagnóstica. A partir desse elo societário, o Cade passou a considerar, para fins de análise concorrencial, como sendo um grupo econômico único, inclusive somando as suas participações de mercado e considerando as possíveis integrações verticais entre empresas da Amil e da FMG. Nesse contexto é que dois atos de concentração nos mercados de hospitais nos municípios de Niterói/RJ e Rio de

⁷⁶ Decisões referentes aos AC nº 08012.010038/2010-43, 08700.002372/2014-07, 08012.013191/2010-22, 08012.008447/2011-61 e 08012.008448/2011-14 – os três últimos julgados em conjunto.

Janeiro/RJ foram aprovados mediante condições. Nesses dois casos, a decisão do Conselho foi de reprovar a operação a menos que fosse desfeito o vínculo societários entre os grupos Amil e FMG, ou seja, a saída de um dos dois grupos do capital social da Medise⁷⁷.

No mercado de hospitais de Brasília/DF, o Cade aprovou com restrições a aprovação de um ato de concentração entre a Rede D'Or e o Medgrupo que resultaria no controle pela Rede D'Or dos dois maiores hospitais privados da cidade (Hospital Santa Lúcia e Hospital Santa Luzia) além de outros de menor porte, que, também, se distinguiram dos demais concorrentes em relação à diferenciação dos serviços. Considerando, também, a improbabilidade de entrada tempestiva e suficiente nesse mercado e a fraca rivalidade exercida pelos demais concorrentes, o Conselho condicionou a aprovação do ato de concentração a alienação do Hospital Santa Lúcia, individualmente, ou a venda, em conjunto, do Hospital Santa Luzia e do Hospital do Coração⁷⁸.

No mercado de medicina diagnóstica do município do Rio de Janeiro, altamente concentrado e dominado pelos grupos Dasa e Fleury, dois atos de concentração foram aprovados com a necessidade de remédios estruturais. O grupo Dasa, como parte do acordo para aprovação do AC nº 08012.010038/2010-43, obrigou-se a desinvestir ativos de cerca de R\$ 110 milhões, incluindo uma marca estabelecida no mercado associada a esse faturamento e os ativos correspondentes. O Grupo Fleury também foi obrigado a desinvestir ativos de cerca de R\$ 28 milhões, juntamente com marca e demais ativos correspondentes, como condição para aprovação de três operações julgadas em conjunto⁷⁹.

Já no mercado nacional de administração de benefícios três atos de concentração referentes a aquisição de ativos pela líder Qualicorp foram aprovados mediante compromisso da empresa de:

- i. criar uma pessoa jurídica registrada junto à ANS como administradora de benefícios, de forma que fique plenamente autorizada a atuar como tal;
- ii. transferir para essa nova administradora de benefícios contratos que componham uma carteira de pelo menos 140 mil vidas,
- iii. alienar a nova administradora de benefícios para concorrente ou empresa entrante, a ser aprovada pelo CADE.

⁷⁷ Para fins de estatística e de análise do caso, os atos de concentração 08012.006653/2010-55 e 08012.010094/2008-63 são considerados como aprovados com restrições, dado que a condição estabelecida foi cumprida pelas requerentes.

⁷⁸ AC nº 08700.004150/2012-59.

⁷⁹ AC nº 08012.013191/2010-22, 08012.008447/2011-61 e 08012.008448/2011-14.

4.9 Atos de concentração reprovados⁸⁰

Dos 155 atos de concentração relativos a planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica julgados no período de 2003 a 2017, somente dois foram reprovados pelo Cade, os quais têm características em comum: ambos tiveram alta concentração no mercado de hospitais e de planos de saúde em mercados geográficos restritos a municípios de médio porte: Santa Maria/RS e Franca/SP.

O ato de concentração n° 08012.008853/2008-28 referia-se a uma operação entre Unimed Santa Maria, a maior operadora de planos de saúde daquele mercado, e o Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo, o maior hospital do município. Pela operação, a Unimed cederia, por contrato de locação, ao Hospital de Caridade, o Hospital Regional da Unimed; em contrapartida, o Hospital de Caridade repassaria à Unimed a carteira de beneficiários de seu próprio plano de saúde (Carimed). As requerentes ficariam como participações superiores a 90% em seus respectivos mercados.

Constatada a improbabilidade de entrada de novos concorrentes nos dois mercados, bem como a impossibilidade de rivalidade frente a líderes de mercado com mais de 90% de participação, as requerentes também não conseguiram comprovar a existência eficiências decorrentes da operação. Um último argumento de *failing firm*⁸¹ relativo ao hospital cedido também foi rechaçado pelo Conselho, dado que as dificuldades econômico-financeiras da instituição não foram demonstradas. O Conselho decidiu, então pela reprovação do ato de concentração.

O segundo ato de concentração reprovado (08700.003978/2012-90) tratava da aquisição do controle do Hospital Regional de Franca pela Unimed Franca. Tanto no mercado de hospitais quanto nos de planos de saúde, a operação resultaria em elevação significativa das concentrações de mercado, com Índices Herfindahl-Hirschman superiores a 7.000 pontos e variações do índice superiores a 3.000 pontos.

Tanto a probabilidade de entrada quanto a de rivalidade efetiva foram descartadas pelo Conselho. Nessas condições, haveria uma real possibilidade de fechamento de mercados decorrente da integração vertical entre hospital e planos de saúde, o que foi reforçada pela

⁸⁰ As descrições desses casos baseiam-se nos votos dos Conselheiros Fernando de Magalhães Furlan (AC n° 08012.008853/2008-28) e Elvino de Carvalho Mendonça (AC n° 08700.003978/2012-90).

⁸¹ “A *failing firm defense* tem aplicação na promoção da livre concorrência, mais especificamente no controle de estruturas. Quando, em razão dos riscos à competição no mercado, uma operação econômica não teria sua aprovação recomendada, ou teria alguma restrição aplicada, os agentes econômicos tentam demonstrar que, naquele caso concreto, a situação de grave crise de alguma das empresas envolvidas impõe a análise do risco de saída dos ativos, bem como a comparação dos cenários futuros com e sem a realização do ato, de maneira que a concentração, por não ser a causa da deterioração da concorrência, possa ser admitida. Há aqui uma necessária interação entre os princípios da livre concorrência e da preservação da empresa” (OLIVEIRA Jr, 2014, p. 64). O Guia de Análise de Atos de Concentração Horizontal do Cade (p. 54-55) traz os critérios de aplicação dessa teoria.

existência de capacidade ociosa nos hospitais das requerentes (os maiores do município), enquanto o principal concorrente que utilizava toda a sua capacidade operacional. Também neste caso, o argumento da *failing firm* foi utilizado pelas requerentes, entretanto, após uma detalhada análise de demonstrações contábeis dos dois hospitais das requerentes, o Conselheiro-Relator concluiu que não havia diferenças significativas entre as condições econômico-financeiras das duas instituições, rejeitando o argumento.

As eficiências apresentadas não foram consideradas exclusivas da operação, além disso, diante da alta concentração e inexistência de rivalidade, não haveria incentivos para que as requerentes dividissem esses ganhos com os consumidores. Finalmente, duas propostas de TCD foram recusadas pelo Conselho e o ato de concentração reprovado.

5 CONCLUSÃO

A cadeia produtiva da saúde suplementar tem papel fundamental na vida do país, tanto pela sua importância econômica, demonstrada pelos números da sua participação no PIB, geração de empregos e renda, quanto pela sua relevância social, uma vez que cerca de um quarto da população recorre aos serviços privados de saúde. Os mercados de planos de saúde, serviços hospitalares e medicina diagnóstica são os componentes da cadeia produtiva da saúde suplementar que dão dinamismo ao setor.

Na última década, esses mercados experimentaram significativas mudanças estruturais com o surgimento de grandes grupos econômicos com atuação nacional que, embora, em sua maioria, não tenham participações de mercado extremamente elevadas no âmbito nacional, passaram a dominar certos mercados regionais, como, por exemplo, planos de saúde em algumas cidades de médio porte (Ex. Santa Maria/RS, Franca/SP), hospitais em Brasília e medicina diagnóstica, no Rio de Janeiro.

Os custos crescentes derivados de exigências regulatórias e da incorporação de novas tecnologias de tratamento demandam maior capacidade de investimento e a necessidade de obter ganhos de escala. Por outro lado, esses mercados passaram a ser destino de investimentos de fundos nacionais e estrangeiros, o que permitiu um intenso processo de fusões e aquisições de empresas dentro do próprio mercado e entre empresas de diferentes elos da cadeia produtiva.

Por conta desse movimento, o Cade analisou e julgou 155 atos de concentração até o final do ano de 2017. Alguns conceitos se consolidaram desde o princípio das análises, como as definições de mercado relevante na dimensão do produto, que têm como base um documento publicado pela SEAE, em 2008, cujas definições permanecem válidas com poucas adaptações ao longo do tempo.

Outras questões foram objeto de maiores preocupações e estudos, como as consequências das participações societárias cruzadas, ainda que minoritárias, entre empresas de diferentes grupos econômicos e os efeitos das integrações verticais entre as empresas desses mercados.

Participações societárias cruzadas podem afetar a disposição das empresas de competir efetivamente. Ainda que minoritárias, tais participações podem prover ao investidor o acesso a informações estratégicas sensíveis de concorrentes, de forma que se produza um alinhamento da atuação das empresas dos dois grupos econômicos envolvidos. O caso mais destacado se originou de participações societárias de controladores do grupo Amil e do grupo D'Or em uma mesma empresa. Esse elo societário fez com que o Cade entendesse que, do ponto de vista concorrencial, se formara um único grande grupo

econômico, cuja dissolução foi condição imposta pelo conselho para aprovação de atos de concentração no mercado de hospitais.

Integrações verticais podem gerar efeitos positivos, como redução de custos de transação e eliminação de assimetria de informação, porém dependendo do poder de mercado das empresas envolvidas essa relação pode resultar na possibilidade de fechamento dos mercados afetados para outros concorrentes.

Esse possível efeito negativo foi o motivo para uma das reprovações de atos de concentração nos mercados da cadeia de saúde suplementar, em uma operação que envolvia a compra de um hospital pela cooperativa Unimed no município de Franca/SP – outra operação reprovada também envolvia planos de saúde Unimed e hospital, em Santa Maria/RS, mas nesse caso a decisão se deu pela alta concentração gerada nos dois mercados, que mesmo sem integração vertical, causava prejuízo à concorrência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Resolução Normativa nº 270*, de 10 de outubro de 2011.

ANDRADE, Monica V. (coord.). *Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil*. Brasília: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015. 106 p.

AZEVEDO, Paulo F. de et al. *A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas*. São Paulo: Insper, 2016.

BARRIONUEVO, Arthur F.; LUCINDA, Cláudio R. Avaliação sobre concorrência e concentração em serviços de saúde: relações verticais e horizontais. In *Concorrência e Regulação no Setor de Saúde Suplementar*. Editora Singular, p. 47 – 106, 2010.

CAMPANA, GUSTAVO A., FARO, Lorena B., GONZALES CARMEN P. O. *Fatores competitivos de produção em medicina diagnóstica: da área técnica ao mercado*. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. V.45, n. 4, p. 295-303, 2009.

CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA. *Mercado de saúde suplementar: condutas*. Cadernos do Cade. Departamento de Estudos Econômicos, 2015. Disponível em: http://www.cade.gov.br/aceso-a-informacao/publicacoes-institucionais/dee-publicacoes-anexos/copy_of_cadernos-do-cade-2013-mercado-de-saude-suplementar-condutas-2013-2015.pdf

_____. *Guia para análise de atos de concentração horizontal*. Brasília: CADE, 2016. Disponível em: http://www.cade.gov.br/aceso-a-informacao/publicacoes-institucionais/guias_do_Cade/guia-para-analise-de-atos-de-concentracao-horizontal.pdf

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Conta-satélite de saúde: Brasil 2010-2015*. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Contas Nacionais, n. 59.

_____. *Conta-satélite de saúde: Brasil 2007-20009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Contas Nacionais, n. 37.

JARDIM, Diana I. F. *Investimento de capital estrangeiro em hospitais brasileiros: o ambiente institucional e os prováveis cenários para 10 anos*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Negócios. Porto Alegre, 2016.

LEANDRO, Tainá. *Defesa da concorrência e saúde suplementar: a integração vertical entre planos de saúde e hospitais e seus efeitos no mercado*. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6972/1/2010_TainaLeandro.pdf.

MARTINS, Leandro O. *O segmento da medicina diagnóstica no Brasil*. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 16, n.3, p. 139-145, 2014.

OLIVEIRA Jr, Fernando A. A. de. *A empresa em crise e o direito da concorrência: a aplicação da teoria da failing firm no controle brasileiro de estruturas e seus reflexos no processo de recuperação judicial e de falência*. Dissertação de Mestrado. Brasília: Universidade de Brasília, 2014. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16424/1/2014_FernandoAntonioAlvesOliveiraJunior.pdf

PINDYCK, Robert S.; RUBINFELD, Daniel L. *Microeconomia*. São Paulo: Makron, 1999.

SANTOS, Thompson. *Determinação de mercados relevantes no setor de saúde suplementar*. Secretaria de Acompanhamento Econômico. Documento de trabalho n. 46. Mar - 2008. Disponível em: http://seae.fazenda.gov.br/central-de-documentos/documentos-de-trabalho/documentos-de-trabalho-2008/DT_46.pdf.

ANEXO I

Atos de concentração em mercados da cadeia de saúde suplementar

Número	Data de Julgamento	Decisão
08012.001214/2003-27	26/06/2003	Aprovação sem restrições
08012.005308/2001-11	20/08/2003	Aprovação sem restrições
08012.000071/2004-17	02/06/2004	Aprovação sem restrições
08012.000254/2003-51	08/12/2004	Aprovação sem restrições
08012.003504/2005-77	28/06/2005	Aprovação com restrições - CNC
08012.009667/2005-63	18/01/2006	Aprovação sem restrições
08012.000185/2006-29	31/05/2006	Aprovação sem restrições
08012.006920/2006-16	13/09/2006	Aprovação sem restrições
08012.006008/2005-75	08/11/2006	Aprovação sem restrições
08012.009895/2006-14	17/01/2007	Aprovação sem restrições
08012.010462/2006-10	27/02/2007	Aprovação sem restrições
08012.008131/2006-10	25/04/2007	Aprovação com restrições - CNC
08012.000355/2007-56	25/04/2007	Aprovação sem restrições
08012.009994/2006-04	21/11/2007	Aprovação sem restrições
08012.011966/2007-20	09/04/2008	Aprovação com restrições - CNC
08012.012706/2007-71	21/05/2008	Aprovação com restrições - CNC
08012.002606/2007-37	27/08/2008	Aprovação sem restrições
08012.010656/2007-98	27/08/2008	Aprovação com restrições - CNC
08012.011838/2007-86	03/09/2008	Aprovação com restrições - CNC
08012.000180/2007-87	17/09/2008	Aprovação com restrições - CNC
08012.007550/2008-98	17/09/2008	Aprovação com restrições - CNC
08012.007664/2008-38	15/10/2008	Aprovação com restrições - CNC
08012.008550/2007-24	06/11/2008	Aprovação com restrições - CNC
08012.008781/2007-38	06/11/2008	Aprovação sem restrições
08012.014296/2007-01	06/11/2008	Aprovação com restrições - CNC
08012.000246/2008-10	06/11/2008	Aprovação sem restrições
08012.008353/2008-96	06/11/2008	Aprovação com restrições - CNC
08012.011981/2008-59	04/03/2009	Aprovação com restrições - CNC
08012.000329/2009-90	15/04/2009	Aprovação com restrições - CNC
08012.008853/2008-28	22/07/2009	Reprovação
08012.002248/2009-24	26/08/2009	Aprovação sem restrições
08012.009679/2007-50	30/09/2009	Aprovação com restrições - CNC
08012.011001/2008-18	28/10/2009	Aprovação sem restrições
08012.005613/2009-52	28/10/2009	Aprovação sem restrições
08012.008325/2009-50	09/12/2009	Aprovação sem restrições
08012.008943/2009-08	16/12/2009	Aprovação sem restrições
08012.009491/2008-92	20/01/2010	Aprovação sem restrições
08012.000917/2010-67	28/04/2010	Aprovação sem restrições
08012.011141/2008-96	19/05/2010	Aprovação sem restrições
08012.004756/2010-81	09/06/2010	Aprovação sem restrições

Número	Data de Julgamento	Decisão
08012.006190/2010-21	18/08/2010	Aprovação sem restrições
08012.002609/2007-71	22/09/2010	Aprovação com restrições - CNC
08012.000229/2008-82	22/09/2010	Aprovação com restrições - CNC
08012.007190/2008-24	20/10/2010	Aprovação com restrições - CNC
08012.010095/2008-16	20/10/2010	Aprovação sem restrições
08012.010968/2008-82	03/11/2010	Aprovação com restrições - CNC
08012.011280/2010-34	08/12/2010	Aprovação sem restrições
08012.001011/2008-45	15/12/2010	Aprovação sem restrições
08012.003389/2010-06	19/01/2011	Aprovação sem restrições
08012.008551/2007-79	09/02/2011	Aprovação com restrições - CNC
08012.012150/2010-19	09/02/2011	Aprovação sem restrições
08012.013181/2010-97	06/04/2011	Aprovação sem restrições
08012.002872/2011-46	18/05/2011	Aprovação sem restrições
08012.005014/2008-58	15/06/2011	Aprovação com restrições - CNC
08012.000957/2008-94	10/08/2011	Aprovação sem restrições
08012.005856/2010-24	14/09/2011	Aprovação com restrições - CNC
08012.002508/2011-86	26/10/2011	Aprovação com restrições - CNC
08012.000885/2008-85	23/11/2011	Aprovação sem restrições
08012.011971/2010-38	14/12/2011	Aprovação com restrições - CNC
08012.011812/2011-14	08/02/2012	Aprovação sem restrições
08012.009232/2011-67	14/03/2012	Aprovação sem restrições
08012.007443/2009-41	25/04/2012	Aprovação sem restrições
08012.002189/2012-90	23/05/2012	Aprovação sem restrições
08012.002297/2012-62	23/05/2012	Aprovação sem restrições
08012.004653/2011-00	29/05/2012	Aprovação sem restrições
08700.005472/2012-15	08/08/2012	Aprovação sem restrições
08012.010094/2008-63	29/08/2012	Aprovação com restrições
08012.006653/2010-55	29/08/2012	Aprovação com restrições
08012.005776/2012-31	29/08/2012	Aprovação sem restrições
08012.002680/2012-11	10/10/2012	Aprovação sem restrições
08012.005539/2012-70	10/10/2012	Aprovação sem restrições
08012.006134/2012-59	10/10/2012	Aprovação sem restrições
08012.011602/2011-26	07/11/2012	Aprovação com restrições - CNC
08012.011059/2011-67	07/11/2012	Aprovação com restrições - CNC
08012.010734/2010-50	05/12/2012	Aprovação com restrições - CNC
08012.004596/2011-51	05/12/2012	Aprovação sem restrições
08700.009303/2012-54	12/12/2012	Aprovação com restrições - CNC
08700.008474/2012-66	27/12/2012	Aprovação sem restrições
08012.006542/2011-20	30/01/2013	Aprovação sem restrições
08012.010675/2010-10	20/02/2013	Aprovação sem restrições

Número	Data de Julgamento	Decisão
08012.007540/2011-58	20/02/2013	Aprovação com restrições - CNC
08012.005540/2012-02	20/02/2013	Aprovação sem restrições
08700.003978/2012-90	03/04/2013	Reprovação
08012.008989/2009-19	17/04/2013	Aprovação sem restrições
08012.009906/2009-17	17/04/2013	Aprovação com restrições - CNC
08012.010274/2010-60	17/04/2013	Aprovação com restrições - CNC
08700.004151/2012-01	08/05/2013	Aprovação com restrições - TCD
08012.000322/2008-97	05/06/2013	Aprovação sem restrições
08700.004150/2012-59	05/06/2013	Aprovação com restrições
08700.006171/2013-90	02/08/2013	Aprovação sem restrições
08700.006494/2013-83	27/08/2013	Aprovação sem restrições
08012.000596/2011-81	28/08/2013	Aprovação sem restrições
08012.011421/2011-08	28/08/2013	Aprovação com restrições - TCD
08012.006525/2011-92	28/08/2013	Aprovação sem restrições
08012.007541/2011-01	28/08/2013	Aprovação com restrições - CNC
08012.009582/2011-23	28/08/2013	Aprovação sem restrições
08700.007610/2013-81	03/09/2013	Aprovação sem restrições
08700.005730/2013-44	25/10/2013	Aprovação sem restrições
08700.009118/2013-40	05/11/2013	Aprovação sem restrições
08700.005729/2013-10	18/11/2013	Aprovação sem restrições
08012.004902/2010-78	04/12/2013	Aprovação sem restrições
08012.010038/2010-43	04/12/2013	Aprovação com restrições - TCD
08012.013200/2010-85	04/12/2013	Aprovação sem restrições
08012.002520/2012-71	18/12/2013	Aprovação com restrições - CNC
08700.008540/2013-89	24/01/2014	Aprovação sem restrições
08700.000181/2014-00	31/01/2014	Aprovação sem restrições
08012.009575/2011-21	05/02/2014	Aprovação sem restrições
08700.001329/2014-16	27/02/2014	Aprovação sem restrições
08012.000309/2012-14	09/04/2014	Aprovação com restrições - TCD
08012.003324/2012-14	09/04/2014	Aprovação com restrições - TCD
08700.004065/2012-91	09/04/2014	Aprovação com restrições - TCD
08700.002568/2014-93	25/04/2014	Aprovação sem restrições
08700.004443/2014-06	10/06/2014	Aprovação sem restrições
08700.002372/2014-07	16/07/2014	Aprovação com restrições - ACC
08700.005605/2014-15	05/08/2014	Aprovação sem restrições
08700.005606/2014-60	05/08/2014	Aprovação sem restrições
08012.013191/2010-22	06/08/2014	Aprovação com restrições - TCD
08012.008447/2011-61	06/08/2014	Aprovação com restrições - TCD
08012.008448/2011-13	06/08/2014	Aprovação com restrições - TCD
08700.008407/2014-03	27/10/2014	Aprovação sem restrições

Número	Data de Julgamento	Decisão
08700.011555/2014-05	12/01/2015	Aprovação sem restrições
08700.010625/2014-08	15/01/2015	Aprovação sem restrições
08700.001601/2015-49	09/04/2015	Aprovação sem restrições
08700.002317/2015-90	24/04/2015	Aprovação sem restrições
08700.003123/2015-10	06/05/2015	Aprovação sem restrições
08700.003337/2015-88	06/05/2015	Aprovação sem restrições
08700.003676/2015-64	25/06/2015	Aprovação sem restrições
08700.008189/2015-98	14/10/2015	Aprovação sem restrições
08700.009814/2015-19	19/10/2015	Aprovação sem restrições
08700.010373/2015-06	16/11/2015	Aprovação sem restrições
08700.011951/2015-13	11/12/2015	Aprovação sem restrições
08700.000296/2016-59	29/01/2016	Aprovação sem restrições
08700.012624/2015-89	22/02/2016	Aprovação sem restrições
08700.000266/2016-42	28/03/2016	Aprovação sem restrições
08700.012652/2015-04	14/04/2016	Aprovação sem restrições
08700.003459/2016-55	07/06/2016	Aprovação sem restrições
08700.006574/2016-81	24/10/2016	Aprovação sem restrições
08700.007004/2016-17	01/11/2016	Aprovação sem restrições
08700.007151/2016-89	02/12/2016	Aprovação sem restrições
08700.006903/2016-94	07/12/2016	Aprovação sem restrições
08700.006904/2016-39	07/12/2016	Aprovação sem restrições
08700.007555/2016-72	14/03/2017	Aprovação sem restrições
08700.007556/2016-17	28/03/2017	Aprovação sem restrições
08700.001221/2017-76	03/04/2017	Aprovação sem restrições
08700.008061/2016-13	12/04/2017	Aprovação sem restrições
08700.002164/2017-42	20/04/2017	Aprovação sem restrições
08700.002013/2017-94	25/04/2017	Aprovação sem restrições
08700.002450/2017-16	12/05/2017	Aprovação sem restrições
08700.003803/2017-97	06/07/2017	Aprovação sem restrições
08700.004493/2017-28	02/08/2017	Aprovação sem restrições
08700.002581/2017-95	10/08/2017	Aprovação sem restrições
08700.004255/2017-12	14/08/2017	Aprovação sem restrições
08700.004084/2017-21	03/11/2017	Aprovação sem restrições
08700.005859/2017-86	05/12/2017	Aprovação sem restrições
08700.008007/2017-41	29/12/2017	Aprovação sem restrições