



Ministério da Justiça e Segurança Pública – MJSP
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE

SEPN 515 Conjunto D, Lote 4 Ed. Carlos Taurisano, 4º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70770-504
Telefone: (61) 3221-8409 e Fax: (61) 3326-9733 – www.cade.gov.br

NOTA TÉCNICA 7/2020/DEE/CADE

Referência: Ato de Concentração 08700.002346/2019-85 (autos públicos)

Autos adicionais

08700.002349/2019-19 (Acesso restrito ao CADE e às requerentes)

08700.002350/2019-43 (Acesso restrito ao CADE e à Athena)

08700.002351/2019-98 (Acesso restrito ao CADE e a São Bernardo)

08700.002495/2019-44 (Acesso restrito apenas ao CADE)

Requerentes:

Athena Saúde Espírito Santo Holding S.A. ("Athena ES")

Casa de Saúde São Bernardo S.A. ("São Bernardo Saúde" ou "SBS")

São Bernardo Apart Hospital ("São Bernardo Apart" ou "SBAH")

Ementa: Trata-se de ato de concentração referente à aquisição, pela Athena Saúde Espírito Santo Holding S.A., do controle das seguintes empresas: Casa de Saúde São Bernardo S.A. (SBS); São Bernardo Apart Hospital S.A. (SBAH); Centro Médico de Especialidades, Terapias e Diagnósticos Capixaba Ltda (Centro Médico Capixaba); Total Clínicas Ltda. – EPP (Total Clínicas); São Bernardo Emergência Ltda.; Ativa Serviços Empresariais Ltda; Call Express Central de Atendimento Ltda. A presente análise focará especificamente no mercado de planos de saúde no ES. É debatida a definição de mercado relevante no presente caso, problematizando a questão da dimensão produto e geográfica adotadas em outras análises, bem como uma série de regras default de análise donexo de causalidade, como, por exemplo, da regra das 100 vidas. Também, vale destacar que o DEE discordou da possibilidade de retirada do “estoque de vidas” da análise. Após, chegou-se a 502 cenários possíveis de concentração, sendo que em 251 verificou-se problemas (102 Cenários de clusters e 149 Cenários municipais foram entendidos como problemáticos). O DEE não encontrou justificativa para amenizar as referidas concentrações, nem em razão do argumento de entrada, nem de rivalidade, nem de eficiências. Aponta-se, assim, o risco de efeitos anticompetitivos derivados do presente ato de concentração.

VERSÃO DE ACESSO PÚBLICO

1. Introdução

O presente Ato de Concentração (Doc. SEI 0610686) trata da aquisição, pela Athena Saúde Espírito Santo Holding S.A., do controle das seguintes empresas:

- (i) Casa de Saúde São Bernardo S.A. (SBS);
- (ii) São Bernardo Apart Hospital S.A. (SBAH);
- (iii) Centro Médico de Especialidades, Terapias e Diagnósticos Capixaba Ltda (Centro Médico Capixaba);
- (iv) Total Clínicas Ltda. – EPP (Total Clínicas);
- (v) São Bernardo Emergência Ltda.;
- (vi) Ativa Serviços Empresariais Ltda;
- (vii) Call Express Central de Atendimento Ltda.

De acordo com Despacho Ordinatório (DocSEI 0690334) de 28 de novembro de 2019, O Conselheiro Luiz Augusto Azevedo de Almeida Hoffmann solicitou parecer deste Departamento de Estudos Econômicos a respeito do mérito do presente caso.

Em relação ao presente caso, há duas visões distintas já apresentadas, a das requerentes que entendem que a operação é benéfica aos consumidores e da Superintendência Geral que compreende ser possível haver problemas concorrenciais derivados da operação.

Com efeito, as requerentes alegam que:

“a Operação permitirá a ampliação das atividades da Athena ES nos mercados de saúde suplementar no Estado do Espírito Santo e permitirá uma gestão mais eficiente do portfólio de serviços ofertados pelo grupo, possibilitando também rivalizar de maneira mais efetiva com o principal agente do setor de saúde suplementar no Estado do Espírito Santo, o Grupo Unimed. A Operação acarretará sobreposições horizontais nos mercados de planos de saúde médico hospitalar individual/familiar e planos de saúde médico hospitalar coletivo, bem como uma potencial integração vertical entre os mercados de planos de saúde médico hospitalares e hospitais-gerais e planos de saúde médico-hospitalares e serviços de apoio à medicina diagnóstica. Ao todo, cerca de 70 (setenta) municípios no Estado do Espírito Santo terão alguma sobreposição horizontal nos mercados de planos de saúde (individual/familiar e coletivo) decorrente da Operação, contudo essa sobreposição não terá qualquer impacto concorrencial na maioria deles, ou terá um impacto bastante reduzido. Isso porque, conforme se demonstrará neste Formulário, a Operação é essencialmente complementar já que as carteiras de cada Requerente possuem maior representatividade em segmentos distintos dos planos que comercializam (uma mais voltada para planos ambulatoriais e outra para planos com cobertura mais abrangente) e proporcionará a ampliação do leque de produtos a serem ofertados pela Athena Saúde. Portanto, as Requerentes entendem que a Operação é incapaz de gerar preocupações de natureza concorrencial, devendo ser aprovada sem restrições, nos termos do artigo 88 da Lei nº 12.529/2011.”

DOC SEI - 0610703_Formulario_de_Notificacao_de_AC, p.5

De outro lado, a Superintendência Geral do CADE divergiu quanto ao diagnóstico do caso. Para a Superintendência:

“a operação terá o condão de prejudicar a concorrência no mercado de planos de saúde coletivos empresariais em todos os 26 clusters analisados, pois a rivalidade existente em tais mercados não serviria como um fator mitigador para a probabilidade de exercício unilateral de poder de mercado, tornando-o, ao contrário, provável, como analisado acima. Com a operação, a SAMP irá adquirir o seu rival mais próximo e, em todos os clusters analisados, o mercado passará a contar apenas com duas concorrentes efetivas: Unimed e SAMP. Como demonstrado acima, as demais empresas que atuam no mercado não são capazes de rivalizar com a SAMP. Ademais, os preços cobrados pela Unimed são, em geral, superiores aos preços cobrados pela SAMP. Forma-se, assim, com esta operação, uma condição mais apropriada, inclusive, ao exercício coordenado de poder de mercado. Ademais, as eficiências alegadas pelas requerentes não são suficientes para compensar os prejuízos causados pela operação. Dessa forma, esta SG entende que a presente operação possui graves problemas concorrenciais que afetam direta ou indiretamente parte substancial dos ativos e faturamentos das empresas objeto da operação.”

Parecer 17/2019/CGAA2/SGA1/SG

Em razão disto, a Superintendência Geral (SG) impugnou a presente operação. De outro lado, as requerentes apresentaram “resposta à impugnação da Superintendência Geral” (Doc SEI 0687767), onde contestam a versão da SG, argumentando, novamente, no sentido de que a operação não acarreta risco concorrencial algum.

Segundo alegação das requerentes:

“Conforme exposto no Formulário de Notificação, a Operação viabilizará a ampliação das atividades da Athena ES no mercado de saúde suplementar no estado do Espírito Santo (“ES”), a gestão mais eficiente e complementar do portfólio dos serviços que oferta neste setor, e possibilitará a rivalidade mais efetiva com a principal OPS do estado, o Sistema Unimed, e demais OPS presentes no estado do ES.

4. No que se refere às potenciais integrações verticais decorrentes da Operação, inexistente integração entre os planos de saúde e centros médicos, em razão de as Requerentes atuarem de maneira cativa neste último segmento. Por sua vez, existem integrações potenciais entre os mercados de (a) planos de saúde médico-hospitalares e hospitalares-gerais; e (b) planos de saúde médico-hospitalares e SAD.

5. As Requerentes entendem que a Operação não gera qualquer preocupação concorrencial de cunho vertical. Esse entendimento foi confirmado pela d. SG ao afirmar no Parecer 17/2019 que, para ambos os casos, “a integração vertical decorrente da operação não gera riscos específicos de fechamento de mercado” (§ 546). As Requerentes entendem que qualquer discussão de cunho vertical se encontra superada após a análise da d. SG, razão pela qual a presente Resposta abordará somente a análise de sobreposições horizontais.

6. Por sua vez, a Operação gera potenciais sobreposições horizontais nos mercados de (i) planos de saúde médico-hospitalares individuais/familiares e (ii) planos de saúde médico-hospitalares coletivos. Antes de abordar tais sobreposições, ressalta-se que inexistem sobreposições horizontais nos mercados de (a) hospitais-gerais; (b) centros médicos; e (c) SAD.

7. Em relação aos mercados de (a) hospitais-gerais e (c) SAD envolvidos na Operação, tem-se que as Requerentes atuam em mercados geográficos distintos. No que toca ao mercado de (b) centros médicos, conforme explicado, as Requerentes atuam de maneira cativa, inexistindo sobreposição de serviços que estejam disponíveis ao mercado (i.e., que sejam ofertados a terceiros).

8. Com relação às sobreposições identificadas no mercado de planos de saúde individuais/familiares, não se verificam riscos concorrenciais decorrentes da Operação em razão de as Requerentes não deterem participação de mercado conjunta superior a 20% em nenhum dos municípios ou clusters em que há sobreposição nesses mercados. Notadamente, o SBS não comercializa planos individuais desde 2014 e, nos três municípios em que houve necessidade de análise de clusters de fluxo de pacientes - i.e., Cariacica, Serra e Viana -, verificou-se que as Requerentes não detêm participação de mercado que lhes confira posição dominante.

9. Com relação às sobreposições identificadas no mercado de planos de saúde coletivos, as Requerentes, em conformidade com a jurisprudência deste e. Cade, segmentaram o mercado em planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais. No que toca ao mercado de planos de saúde coletivos por adesão, foi necessário prosseguir para análise de clusters em dois municípios - Cariacica e Serra. Verificou-se que, nos dois clusters, as Requerentes não detêm participação conjunta de mercado superior a 20%, o que exclui eventuais preocupações concorrenciais decorrentes da Operação.

10. Finalmente, no mercado de planos de saúde coletivos empresariais, verificou-se que dos 78 (setenta e oito) municípios do estado do ES em que há algum nível de sobreposição, em apenas 26 (vinte e seis) foi necessário prosseguir na análise concorrencial por clusters. Para estes, foi feita uma análise de probabilidade de exercício de poder de mercado (...)"

(Doc SEI 0687767, p.2-3)

Em suma, segundo as requerentes, mesmo em mercados onde se aprofundou a análise, entendeu-se que não haveria probabilidade de exercício de poder de mercado, afastando, assim, preocupações de caráter concorrencial.

As requerentes sustentam que a SG teria concluído que a operação seria problemática em razão “de uma percepção equivocada da dinâmica de competição do mercado de planos de saúde no ES, fundamentada em dados de mercado admitidamente limitados e incompletos” (DOC SEI – 0687767 p. 4). Entendem as requerentes que uma das razões da SG ter tal percepção equivocada diz respeito à forma como a mesma definiu o mercado relevante (agregando na análise planos coletivos empresariais de cobertura total e de cobertura ambulatorial), além de também divergir da SG em relação à análise das barreiras à entrada, de rivalidade e de impactos de eventuais ganhos de eficiência da operação.

Em face da referida divergência, cumpre analisar, de forma mais aprofundada como a SG e as requerentes chegaram a conclusões tão diferentes sobre o mercado e sobre a operação em si e por que motivos chegaram a estas conclusões divergentes.

É importante esclarecer que o DEE, assim que foi solicitado a participar no presente caso, elaborou, do ponto de vista instrutório, uma série de ofícios, quais sejam:

OFÍCIO	OFÍCIO COMPLEMENTAR	DIRECIONADO À(S) SEGUINTE(S) EMPRESA(S)
OFÍCIO Nº 8501/2019/DEE/CADE	8519 e 8520	Athena ES
OFÍCIO Nº 8504/2019/DEE/CADE	8519 e 8520	Casa de Saúde São Bernardo S.A. e São Bernardo Apart Hospital
OFÍCIO Nº 8505/2019/DEE/CADE		Unimed Vitória
OFÍCIO Nº 8506/2019/DEE/CADE		Unimed Sul Capixaba Cooperativa de Trabalho Médico

OFÍCIO Nº 8507/2019/DEE/CADE		Unimed Norte Capixaba Cooperativa de Trabalho Médico
OFÍCIO Nº 8508/2019/DEE/CADE		Central Nacional Unimed
OFÍCIO Nº 8509/2019/DEE/CADE		Sul América Companhia de Seguro Saúde
OFÍCIO Nº 8510/2019/DEE/CADE		Amil Assistência Médica Internacional S.A.
OFÍCIO Nº 8511/2019/DEE/CADE		Bradesco Saúde S.A.
OFÍCIO Nº 8513/2019/DEE/CADE		Unimed Noroeste Capixaba
OFÍCIO Nº 8514/2019/DEE/CADE		Fundação Beneficente Rio Doce

Tabela 1 – Ofícios enviados pelo DEE para agentes do mercado

Enfim, dito isto do ponto de vista de procedimento, passa-se à análise.

2. Análise

2.1. Sobreposições horizontais e verticais

De acordo com o parecer da Superintendência Geral, no presente caso, haveria uma série de relações verticais e horizontais, conforme referido no quadro abaixo:

Relações horizontais e verticais entre as atividades das requerentes

Segmento	Athena ES	Grupo SBS
Planos de saúde médico-hospitalares individuais/familiares	X	X
Planos de saúde médico-hospitalares coletivos	X	X
Serviços médico-hospitalares – Hospital Geral	X	X
Serviços de apoio à medicina diagnóstica	X	X
Serviços médico-hospitalares – Centro Médico	X	X

Elaboração: SG/Cade. Fonte: Requerentes

Tabela 2 – Relações horizontais e verticais segundo SG

No entanto, a SG alegou que não haveria sobreposição horizontal efetiva nos mercados de hospitais gerais (VAH e SBAH) e serviços de apoio à medicina diagnóstica (Alliar, Centro Médico Capixaba e SBAH), visto que as empresas não atuam nos mesmos mercados geográficos.

De outro lado, haveria **concentração horizontal** nos mercados:

- De planos de saúde individuais/familiares
 - (SAMP e SBS);
- De planos de saúde coletivos
 - (SAMP e SBS);
- De centros médicos
 - (SAMP e Centro Médico Capixaba);

Do ponto de vista de **concentração vertical**, haveria integração no âmbito:

- De planos de saúde e hospitais gerais;
 - SAMP e SBAH (Colatina);
 - SBS e VAH (Serra);
- De planos de saúde e serviços de apoio à medicina diagnóstica;
 - SBS e Alliar;
- De planos de saúde e centros médicos.
 - SAMP e Centros Médicos SBS;
 - SBS e Centros Médicos SAMP

As requerentes apresentaram o mesmo gráfico, com pequenas diferenças apenas, mostrando que algumas relações verticais ocorrem com agentes que prestam serviços de forma cativa, conforme verificado no quadro abaixo:

Segmentos de Atuação das Requerentes no Setor de Saúde Suplementar – Potenciais sobreposições horizontais e integrações verticais

		VAH	SAMP	Alliar	SBAH	SBS	Centro Médico Capixaba
Mercado de Planos de Saúde	Médico-Hospitalar Individual/Familiar		X			X	
	Médico-Hospitalar Coletivo		X			X	
	Odontológico Individual/Familiar						
	Odontológico Coletivo						
Mercado de Serviços Médicos Hospitalares	Hospital Geral	X (Município de Serra)			X (Município de Colatina)		
	Centros Médicos		X (Cativo)				X (Cativo)
Mercado de Serviços de Apoio à Medicina Diagnóstica				X	X		X (Cativo)

Tabela 3 – Relações horizontais e verticais segundo SG

Muito embora o presente ato de concentração envolva múltiplas relações horizontais e verticais, como a SG não detectou qualquer problema concorrencial nas demais relações verticais e horizontais e como a controversa principal entre SG e requerentes se dá no mercado de planos de saúde no ES, a presente análise focará especificamente nos contornos do referido mercado apenas.

Assim, passa-se à análise.

2.2. Mercado Relevante

A Superintendência Geral fez menção a alguns estudos¹ e a jurisprudência do CADE a respeito do assunto (como AC nº 08700.000266/2016-42 (Requerentes: Rede D'Or São Luiz S.A. e Hospital Memorial São José); AC nº 08700.004001/2015-32 (Requerentes: Empresa de Serviços Hospitalares S.A. e Clínicas Oncológicas Integradas S.A.); AC nº 08700.008540/2013-89 (Requerentes: Amil Assistência Médica S.A., Seísa Serviços Integrados de Saúde LTDA. e Hospital Carlos Chagas S.A.); AC nº 08700.004151/2012-01 (Requerentes: Rede D'Or São Luiz S.A. e Acreditar Oncologia LTDA.); AC nº 08700.004150/2012-59 (Requerentes: Rede D'Or São Luiz S.A., Medgrupo Participações S.A. e Hospital Santa Lúcia S.A.); AC nº 08012.010038/2010-43 (Diagnósticos da América S.A. e MD1 Diagnósticos S.A.), entre outros.

Sustentou a SG, que, em regra, o mercado é subdividido da seguinte forma

a) Serviços Médico-Hospitalares:

a.1) Centro Médico:

- a.1.1) Ambulatório/Emergência;
- a.1.2) Exames de Medicina Laboratorial;
- a.1.3) Diagnósticos por Imagem;
- a.1.4) Diagnósticos por Métodos Gráficos.

a.2) Hospitais:

a.2.1) Hospital Geral

(mercado afetado nesta operação)

- a.2.2) Casos Graves;
- a.2.3) Hospital Especializado;
- a.2.4) Ambulatório/Emergência;
- a.2.5) Exames de Medicina Laboratorial;
- a.2.6) Diagnósticos por Imagem;
- a.2.7) Diagnósticos por Métodos Gráficos.

b) Serviços de Apoio à Medicina Diagnóstica

(mercado afetado nesta operação)

b.1) Exames de Medicina Laboratorial:

- b.1.1) Análises Clínicas;
- b.1.2) Anatomia Patológica e Citopatologia.

b.2) Exames de Apoio a Outros Laboratórios:

¹ (como SANTOS, Thompson no Estudo “Determinação de mercados relevantes no setor de saúde suplementar”)

b.2.1) Análises Clínicas;

b.2.2) Anatomia Patológica e Citopatologia.

b.3) Exames de Diagnóstico por Imagem (por tipo de exame);

b.4) Exames de Diagnóstico por Métodos Gráficos (por tipo de exame).

A SG alegou que, em relação aos serviços de apoio à medicina diagnóstica, embora a definição usual do mercado relevante requiera a segmentação por tipo de exame, para o caso concreto, em que se trata apenas de uma integração vertical com baixo nexos de causalidade, a SG optou por examinar os serviços de apoio à medicina diagnóstica de maneira agregada, sem prejuízo da conclusão final.

De forma geral, a SG definiu os mercados relevantes da operação da seguinte forma:

- i. Mercado de planos de saúde médico-hospitalares individuais/familiares e coletivos (de forma geral), coletivos empresariais e coletivos por adesão em: municipal nos mercados em que a concentração for igual ou menor a 20%. Para concentrações superiores a 20%, o mercado relevante foi expandido para clusters de municípios, de acordo com o fluxo de pacientes, até que o percentual de atendimento atinja 75%.
- ii. Mercado de hospitais gerais: raio de 10 km ou 20 minutos, a partir do hospital adquirido, qual seja, do São Bernardo Apart Hospital (objeto da operação), localizado em Colatina/ES.
- iii. Mercado de serviços de apoio à medicina diagnóstica: municipal, no caso os municípios de Serra, Vila Velha e Vitória, todos localizados no estado do Espírito Santo.

Dito isto, cumpre observar quais foram os motivos que levaram a SG a adotar tais definições.

2.2.1. Análise da dimensão produto de planos de saúde

Do ponto de vista de produto, é possível analisar o mercado de planos de saúde por meio das seguintes segmentações:

- (i) plano médico individual/familiar;
- (ii) plano médico coletivo

Ainda, abaixo há uma subsegmentação do mercado de plano coletivo, que, de acordo com as requerentes, teria sido recentemente adotada pela SG no Ato de Concentração 08700.005705/2018-75, como mercados relevantes distintos:

- a. plano médico coletivo por adesão;
- b. plano médico coletivo empresarial.

Além de dividir o mercado entre plano individual, plano coletivo por adesão e plano coletivo empresarial, as requerentes propuseram analisar o mercado relevante de planos coletivos, em dois novos subsegmentos, inovando na análise antitruste neste aspecto. Sugerem as requerentes que o mercado de planos coletivos por adesão e o mercado de planos coletivos empresariais tenham dois outros subsegmentos:

- o mercado de planos coletivos em que as pessoas apenas possuem acesso à cobertura ambulatorial
- o mercado de planos coletivos em que as pessoas, além de terem cobertura ambulatorial, podem, também, serem atendidas em leitos hospitalares.

Frise-se que, muito embora se tenha dividido planos com cobertura apenas ambulatorial e com cobertura completa apenas para planos coletivos, em tese, este mesmo raciocínio, também, poderia ser feito em relação a planos individuais.

Caso assim fosse dividido o mercado, seria possível ter a seguinte divisão do mercado relevante:



Figura 1 – Mercados relevantes com subsegmentação sugerida pelas requerentes

As requerentes sustentam que: **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**

A SG esclareceu que o argumento das requerentes, portanto, é de que as atividades da SAMP e da SBS seriam complementares e não concorrentes entre si. Segundo as mesmas, enquanto a SAMP foca mais em planos ambulatoriais (planos em geral mais baratos com uma cobertura menor), a carteira do SBS estaria focada em beneficiários de cobertura total. (planos mais caros que dá direito a internação em hospitais credenciados).

A SG, contudo, discordou da tese das requerentes e da segmentação proposta do mercado relevante, que subsegmenta o mercado de planos coletivos empresariais. Segundo a SG, “*embora os preços e a cobertura das redes possam ser relativamente distintos entre os planos ambulatoriais e de cobertura total, não é possível afirmar que a SAMP e a SBS possuem carteiras complementares, que não concorrem entre si.*”. Também, considerou que “*tanto a SAMP quanto a SBS são concorrentes próximos no mercado de planos de saúde individuais e coletivos*”, independentemente da definição propugnada pelas requerentes.

As requerentes sustentam que o ticket médio do plano ambulatorial é muito menor que o ticket médio de planos de cobertura total e, em razão disso, mostra uma dinâmica concorrencial própria:

ACESSO RESTRITO REQUERENTES

Tabela 4 – Ticket médio por tipo de cobertura

ACESSO RESTRITO REQUERENTES

Figura 2 – Variação de preço médio da SAMP por tipo de cobertura **ACESSO RESTRITO**

Alegaram as requerentes que além de preços diferentes, planos coletivos ambulatoriais e de cobertura total apresentam serviços diferenciados, com diferentes tipos de qualidade. Notadamente, as regras de uso dos planos e as coberturas das redes credenciadas para planos ambulatoriais e planos de cobertura total não se confundem. Explicaram as requerentes que os planos coletivos empresariais de cobertura ambulatorial permitem que o beneficiário realize procedimentos em ambulatórios, em clínicas e em consultórios. Esses planos não permitem a internação em Hospitais-Gerais, e casos de emergência têm a sua internação limitada a um período de 12 (doze) horas de permanência no Hospital. Caso esse período seja ultrapassado, o beneficiário passa a ser o responsável pelo pagamento do custo da internação hospitalar ou deve ser transferido para uma unidade de atendimento pública. Além disso, a cobertura desses planos é restrita. Assim, os beneficiários desse tipo de plano precisam primeiro ser atendidos em clínicas próprias, de uso cativo de seus beneficiários, antes de serem encaminhados para um prestador credenciado (o que não ocorreria em um plano coletivo de cobertura total).

Também, a rede credenciada de planos ambulatoriais é bastante reduzida em relação àquela ofertada nos planos de cobertura total.

As requerentes referem que os planos de cobertura ambulatorial foram estruturados por uma demanda dos sindicatos, que negociam os termos de contratação de tais planos com empregadores via convenção coletiva. Nesta dinâmica, as requerentes sustentam que as convenções coletivas determinam as condições mínimas de contratação (*e.g.*, cobertura e valor) e as operadoras seriam meros *pricetakers* do que foi estabelecido em convenção. Por sua vez, planos coletivos empresariais de cobertura total seriam livremente negociados entre empresas e operadoras de planos de saúde, não sofrendo influência externa de terceiros em sua precificação.

2.2.1.1. Posicionamento do DEE a respeito

As requerentes alegaram que os preços são distintos e a qualidade é distinta dos planos de saúde coletivos empresariais de cobertura total ou de cobertura ambulatorial.

Em mercados de produtos heterogêneos, este tipo de configuração é esperado (preços diferentes e qualidade de produtos também diferentes). Este fato – por si só – não é uma variável determinante das dimensões de um dado mercado relevante ou da análise antitruste como um todo, mesmo quando esta não usa mercado relevante como categoria de análise.

De outro lado, também, em regra se parte do pressuposto que a menor definição de mercado é aquela que é “conservadora” do ponto de vista social. Todavia, há exceções a este tipo de pressuposição que mercados menores são mais conservadores. Há casos em que, eventualmente, se o analista definir mercados muito pequenos, deixará de ver a dinâmica concorrencial mais ampla e concentrações mais relevantes sob o ponto de vista do mercado agregado.

Frise-se, todavia, que o DEE solicitou que as requerentes apresentassem testes quantitativos, como perda crítica ou raio agregado de desvio. Talvez, pudesse por meio de algum teste mostrar que consumidores de uma categoria específica (plano ambulatorial) não migram, de forma alguma, para planos de cobertura total, havendo elasticidade cruzada zero entre ambos tipos de planos, situação esta que realmente tenderia a caracterizar mercados totalmente segregados.

As requerentes alegaram que não teriam condições de realizar testes sobre definição de mercado relevante mais aprofundados, nem mesmo realizar testes de elasticidade de demanda.

Seja como for, o DEE não verificou qualquer impacto em termos de mudança de opinião finalística sobre o mérito do Ato de Concentração a depender de como o mercado relevante na dimensão produto for definida, mesmo quando se adota a visão mais restritiva proposta pelas requerentes. Deste modo, sem se comprometer com uma definição estrita de mercado relevante, serão analisados os cenários propostos pelas requerentes, neste aspecto.

2.2.2. Análise da dimensão geográfica de planos de saúde

No aspecto geográfico, as requerentes sugeriram, no **Documento Confidencial V.5.B (Anexo Confidencial 13)** do formulário inicial, que análise geográfica fosse municipal e nos municípios onde a concentração fosse superior a 20%, houvesse uma análise de clusters, baseado no fluxo de pessoas.

A SG não só concordou com o referido procedimento, como defendeu tal metodologia de análise.

“66. No mercado de planos de saúde médico-hospitalares, o mercado geográfico é definido com base na distribuição espacial dos seus prestadores de serviço. A unidade tradicionalmente adotada é o município pois, segundo a Resolução Normativa ANS nº 100, de 03 de junho de 2005, esta é a menor área geográfica na qual um plano de saúde pode atuar. Assim, cada um dos municípios atingidos pela operação neste segmento deveria ser considerado mercado relevante geográfico do plano de saúde médico-hospitalar.

67. Não obstante, em julgados anteriores deste Conselho concernentes ao segmento de planos de saúde², admitiu-se que, em determinados casos, tal abrangência poderia eventualmente ser expandida para regiões próximas do município em análise, de acordo com a disposição do consumidor em se deslocar até os prestadores de serviços cadastrados (ou pertencentes) ao plano de saúde.

68. Inicialmente, o Cade adotou metodologia proposta pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da UFMG (CEDEPLAR/UFMG), em estudo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para a definição de mercados relevantes no setor de planos de saúde.

69. Tal metodologia se assemelha, quanto ao resultado, ao procedimento anteriormente adotado pela SEAE, em que, quando a participação de mercado do município analisado de forma isolada era maior que 20%, a Secretaria ampliava o mercado geográfico para

² ACs 08012-010095/2008-16, 08012.007190/2008-24, 08012.000957/2008-94, 08012.010094/2008-63, 08012-002609/2007-71, 08012-000229/2008-82, entre outros.

municípios centralizadores. Nesse caso, a área máxima para análise é delimitada previamente.

70. Ao se comparar as duas metodologias, o estudo da CEDEPLAR tem a vantagem de agregar a informação quanto ao fluxo de pacientes; no entanto, esse estudo utiliza dados do SUS, o que resulta na superestimação do mercado relevante, já que a análise deve levar em consideração apenas leitos não-SUS, onde se dá efetivamente a concorrência.

71. Mais recentemente, o Cade tem adotado a análise por clusters, metodologia também utilizada pelo Department of Justice/Federal Trade Commission (DOJ/FTC) em diversos casos. Por essa metodologia, quando a concentração de mercado for superior a 20% no município, o mercado geográfico é expandido até que o fluxo de pacientes dentro do mercado geográfico alcance 75%. Assim, se no mínimo 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 metodologia de fluxo é mais simples que a adotada pela CEDEPLAR, mas com a vantagem de utilização de dados não-SUS.

72. Portanto, para a presente análise, utilizaremos essa última metodologia que, por adotar o critério de fluxo de beneficiários com a exclusão de dados do SUS, vem sendo utilizada com frequência por este Conselho”.

A respeito da metodologia utilizada acima, há que se mencionar que a mesma possui severas falhas, tais como o uso seletivo da análise de “fluxo de consumidores” apenas em prol da aprovação de um AC específico.

2.2.2.1. *Problema do uso seletivo da variável “fluxo de consumidores”*

Com efeito, é um equívoco analisar o “fluxo de consumidores”, para definir mercado geográfico, apenas e tão somente na hipótese de a concentração ser elevada (acima de 20%). A análise de “clusters” de municípios não deve ficar à mercê do nível de concentração de uma operação, por uma série de motivos.

Para explicitar este tipo de raciocínio, abaixo, são referidos casos:

HIPÓTESE 1 (dividir território e aprovar AC, independente do fluxo X)

- Imagine-se que há duas requerentes: A e B.
- Há dois mercados: mercado 1 e mercado 2. O mercado 1 seria grande com tamanho de 200, monopolizado por A e, no outro mercado, menor, os concorrentes A e B possuiriam, conjuntamente, uma participação ligeiramente inferior a 20%.
- Suponha que exista **grande fluxo** de consumidores entre os mercados 1 e 2 (fluxo X).

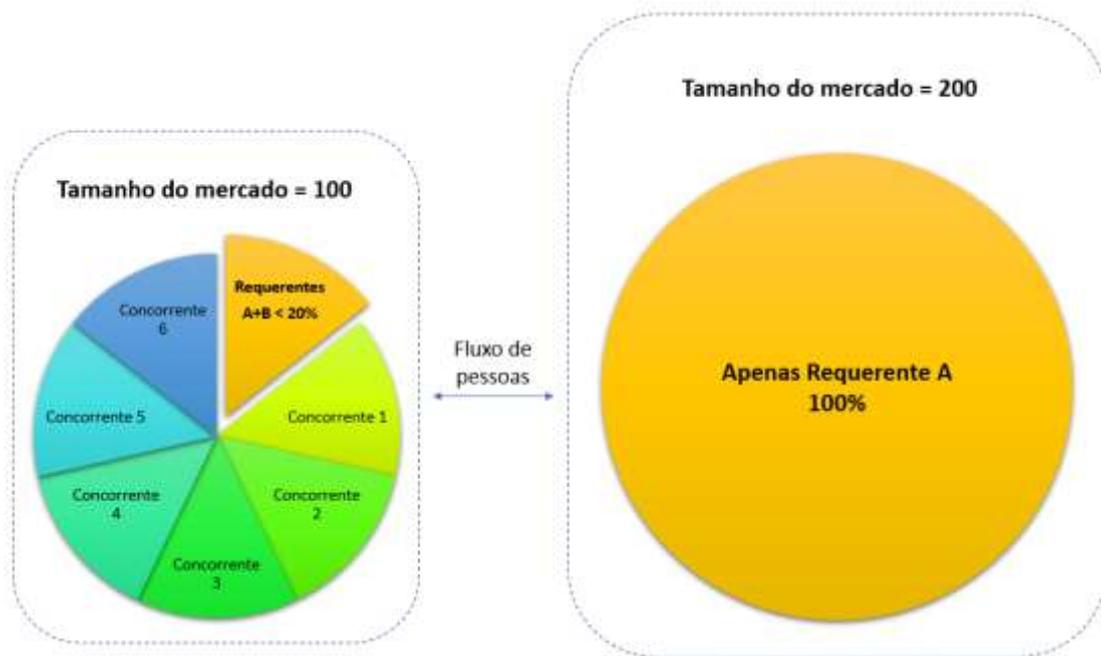


Figura 3 – Exemplo hipotético 1

No caso acima, há claramente uma concentração substantiva ocorrendo. Um agente que antes tinha 200 unidades de mercado, passará a ter 20 unidades adicionais de mercado em um território contíguo ao seu, em mercado adjacente ao seu, em que há elevado fluxo de consumidores entre ambos mercados. Tudo o mais constante, se o fluxo de consumidores é algo relevante a ser considerado, a lógica iria requerer que se desse continuidade à análise para que se analisassem os efeitos da referida concentração.

Todavia, seguindo a metodologia sugerida pelas requerentes e aceita pela Superintendência Geral do CADE, este seria um caso a ser aprovado sumariamente, porque (i) o mercado 1 seria monopolizado por A, não havendo mudanças no nível de concentração municipal após o AC e (ii) no mercado 2, A e B não chegariam no nível de 20% de concentração, o que, também, indicaria que a operação deveria ser aprovada. Ora, em tal hipótese, o grande fluxo grande de consumidores entre ambos mercados (fluxo X), foi simplesmente desconsiderado como variável relevante de análise.

Ou seja, para contestar a operação, o fluxo de consumidores não é analisado (mas para aprovar a operação o é).

HIPÓTESE 2 (dividir território e aprovar AC, independente do fluxo X)

Uma segunda hipótese, ainda mais extrema, seria pensar que o mercado municipal 1 seria monopolizado por B, enquanto que o mercado 2 seria monopolizado por A. Entre ambos mercados, haveria um elevado fluxo de X de consumidores. A metodologia usada pelas requerentes e aceita pela Superintendência Geral do CADE, no presente caso, iria analisar esta situação abstrata e iria concluir que se tratam de dois monopólios municipais, já consolidados, e situados em regiões distintas, desconsiderando, por completo, a variável “fluxo de consumidores”. Assim, por esta teoria, o ato de concentração não mudaria os níveis de concentração municipal do mercado 1 e do mercado 2. Deste modo, novamente, a SG não iria perquirir se o fluxo X de pessoas entre o mercado 1 e o mercado 2 é algo importante (ou não) para aumentar o escopo do mercado relevante.

Assim, mais uma vez, as requerentes e a SG tratariam este caso hipotético como sendo de aprovação, automática, sem restrições, no rito sumário, alegando ausência de nexo de causalidade, em que pese o fluxo X.

HIPÓTESE 3 (unir territórios, diluir market share segundo o fluxo X)

Já se o market share conjunto de A e B for 95% em um mercado municipal específico, aí, em tal hipótese (e apenas em tal hipótese) é que a metodologia adotada pela SG passa a analisar o fluxo X de consumidores como algo relevante. Ou seja, para aprovar a união de duas empresas com monopólios municipais em mercados contíguos, o “fluxo” de clientes não é uma variável mercadologicamente relevante, mas para diluir a elevada concentração intramunicipal de um dado mercado, em tal hipótese, entende-se o fluxo X de pessoas é algo digno a ser considerado pela análise concorrencial.

Não é possível considerar uma variável analítica como importante apenas para diluir o *market share*. Além do debate referido acima, sobre a “seletividade analítica” deste tipo de metodologia, outro problema metodológico se dá no nível teórico.

2.2.2.2. Problema do “fluxo de consumidores” como ferramenta para definir mercados relevantes

Os testes baseados em “Fluxo de consumidores” são chamados de testes Elzinga-Hogarty, em razão dos autores que sugeriram esta análise (ELZINGA & HOGARTY, 1973) (ELZINGA & HOGARTY, 1978). Os mesmos partiram da conceitualização de que se há comércio entre regiões de volume “significativo”, os mercados provavelmente são integrados.

Em detalhe, as medidas propostas são:

- Penetração de Importações, chamado de LIFO (*little in from outside*): um MR deve ter pouca importação de outras regiões (menos de 10% para uma evidência robusta ou menos de 25% para uma evidência mais fraca).

$$LIFO = \frac{M}{CA}$$

Onde X = exportações,
Y = produção doméstica,
M = importações e
CA = consumo aparente (CA=Y+M-X).

ELZINGA & SWISHER (2011) sugeriram mudar o nome da regra LIFO para “**importações direcionadas para o Mercado Relevante candidato**” e no caso de hospitais/planos de saúde/etc., em que há trânsito de pessoas e não de mercadorias, bastaria falar em **imigração**.

- Intensidade das Exportações, chamado de LOFI (*little out from inside*): deve-se haver pouca exportação (menos de 10% ou menos de 25%, a depender do teste).

$$LOFI = \frac{X}{Y}$$

Onde X = exportações,
 Y = produção doméstica,
 M = importações e
 CA = consumo aparente ($CA=Y+M-X$).

ELZINGA & SWISHER (2011) sugeriram mudar o nome da regra LOFI para “**exportações derivadas do Mercado Relevante candidato**” e no caso de hospitais, em que há trânsito de pessoas e não de mercadorias, bastaria falar em **emigração**.

Tal técnica já foi utilizada em decisões do CADE, para aprovação de operações [vide (AC G Barbosa/ Maratá , 2008) (AC Amil/Seísa/Carlos Chagas, 2014)].

A jurisprudência internacional já usou esta metodologia algumas vezes;

- Bathke v. Casey 's General Stores, Inc., 64 F.3d 340, 344 (8th Cir, 1995) (EUA);³
- FTCv. Freeman Hosp., 911 F. Supp. 1213 (W.D. Mo.), aff'd, 69 F.3d 260 (8th Cir. 1995) (EUA)⁴
- United States v. Pabst Brewing Co., 384 US 546 (1966). (EUA)
- United States v. Mercy Health Services, 902 F. Supp. 968 (N.D. Iowa 1995), vacated as moot, 107 F.3d 632 (8th Cir. 1997), (EUA)⁵
- FTC v. Tenet Healthcare Corp., 17 F. Supp. 2d 937 (E.D. Mo. 1998), rev 'd 186 F.3d 1045 (8th Cir. 1999). (EUA)
- California v. Sutter Health Sys., 84 F. Supp.2d 1057 (N.D. Cal. 2000) (EUA)
- Caso Pabst beer⁶, (SCHRANK & ROY, 1991). (MASSEY, 2000, p. 316)(EUA) – mercado de cerveja
- AC entre Barloworld Coatings e Midas Paints. África do Sul⁷ ⁸ - mercado de tintas
- Caso Italian Flat Glass. Europa

Por mais difundido que seja este teste, há várias críticas sobre a metodologia.

Inicialmente, cumpre referir que, de fato, os valores de 10% e 25% foram questionados por diversos autores, como KASERMAN & ZEISEL (1996), por não haver suporte teórico ou justificação prática para defini-los.

³ Por exemplo, no *Bathke v. Casey 's General Stores, Inc.*, 64 F.3d 340, 344 (8th Cir, 1995), que versava sobre um ato de concentração no setor de gasolina, o Oitavo Circuito rejeitou o argumento que o mercado relevante geográfico se resumia às 67 cidades pequenas em que os requerentes atuavam. Tendo em vista que mais de 40% dos moradores destas cidades trabalhavam em outras cidades, entendeu-se que o mercado relevante de gasolina deveria ser mais amplo, pois havia possibilidade dos consumidores abastecerem em outros lugares.

⁴ (holding the Commission had failed to identify a relevant geographic market).

⁵ Similarly, in the District Court relied on patient migration patterns, regional hospitals' outreach clinics, and the lack of evidence that patients' loyalty to their physicians would prevent them from defeating a price increase to find a broad geographic market.

⁶ *United States v. Pabst Brewing Co.*, 384 US 546 (1966).

⁷ *Barloworld Coatings and Midas Paints* (Autoridade Antitruste da África do Sul)

⁸ <http://www.econex.co.za/researchnotes/Quantitativetechniquesincompetitionpolicy.pdf>

Também, STIGLER & SHERWIN (1985) entenderam que a presença ou ausência de fluxo de mercadorias não é nem necessário, nem suficiente para estabelecer um mercado geográfico único. De fato, a ausência de fluxo de mercadorias não significa que os consumidores não irão reagir por meio de importações caso haja um aumento substancial do preço do produto. Áreas geográficas separadas, sem fluxo de mercadoria e que possuem alta elasticidade cruzada, podem ser, erroneamente, consideradas como mercados relevantes distintos, por meio do teste Elzinga Hogarty.⁹ Algumas limitações deste teste foram reconhecidas, inclusive, por Elzinga (ELZINGA & SWISHER, 2011).

EPSTEIN & RUBINFELD (2004) e MOTTA (2004) sugerem que as medidas tendem a indicar mercados muito limitados, pois não avaliam o que aconteceria frente a um SSNIP e baseia-se apenas no comércio atual entre regiões (cujas condições estruturais mudam com o AC). Seu uso é relativamente pequeno e certamente não decisivo, sendo empregado como estatística descritiva, para descrever mercados.

No Brasil, uma variação do referido teste foi usado no debate de definição de mercados relevantes de planos de saúde. Há dois trabalhos que, em regra são citados sobre este aspecto:

- SANTOS (2008)
- O Trabalho do CEDEPLAR - (ANDRADE, et al., 2010).

SANTOS (2008, p. 47), ao analisar o teste (Elzinga-Hogarty) já sabia que o mesmo “*tem sido criticado na literatura, pois a dinâmica competitiva neste setor não indica que a variável fluxo de pacientes seja determinante na formação de preços desses serviços*”. Em razão disto, propôs uma metodologia baseada em raios. Tal metodologia vale-se de pesquisas de opinião, de cadastro dos clientes nas lojas, da localização de anúncios publicitários, entre outras evidências quantitativas e qualitativas para verificar quanto os consumidores estão dispostos a se locomover. Santos verificou que, consumidores quando usam serviços hospitalares e de apoio à medicina diagnóstica se deslocam, em média, entre 20 a 30 km ou 30 a 40 minutos. Este padrão foi utilizado pelo CADE em alguns casos, conforme AC 08012.010095/2008-16, 08012.007190/2008-24, 08012.000957/2008-94 e 08012.005539/2012-70. Em documento de trabalho do DEE, foram analisados debates sobre a utilização de metodologias de raio (fixo e variável)¹⁰ para definir mercados relevantes em temas de saúde.

O CEDEPLAR (Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional) da UFMG, todavia, passou a sugerir o uso do modelo Elzinga-Hogarty para definir Mercado Relevante de planos de saúde, mesmo ciente de que poderia haver limitações em tal metodologia (ANDRADE, et al., 2010, pp. 346-348), tanto no sentido de que as regras LIFO e LOFI são determinadas de forma arbitrária, como que o simples fluxo de paciente não significa, necessariamente, ausência ou presença de concorrência, o que

⁹ Werden (1981) identifies two situations where the method will lead to fundamental errors regarding what represents a relevant market. *First*, in a situation where there are no shipments between two areas, the EH test would conclude that the areas belong to separate markets. However, if the cross-elasticity of demand is high, it is not likely that the exporters in the different areas would be able to set prices independently. When this is the case, the areas do in fact belong to the same economic market. The *second* situation arises when a shipment test neglects to define a relevant market area within the defined area. Simulation of Efficiency and Competitive Effects of Horizontal Mergers in the Iron Ore Industry Robert Lundmark & Linda Wårell conforme <http://pure.ltu.se/ws/fbspretrieve/649468>

¹⁰ Segundo (<http://www.cade.gov.br/aceso-a-informacao/publicacoes-institucionais/dee-publicacoes-anexos/documento-de-trabalho-001-2016-identificacao-do-mercado-geografico-relevante-para-os-hospitais-no-brasil.pdf>).

poderia levar a subestimações e ou sobrestimações do mercado. De todo modo, sugeriu-se uma derivação do modelo, a partir de uma fórmula gravitacional, conforme se verifica abaixo:

$$F_{ij} = \frac{D_i S_j}{d_{ij}^n}$$

D_i é a demanda potencial de serviços do município i ,
 S_j é a oferta potencial de serviços existente em j ,
 d_{ij}^n é a distância entre os municípios i e j e n é um coeficiente de atrito associado à distância.

Ou seja, ambos trabalhos acima referidos são cientes de sua limitação e a mencionam expressamente em seus textos.

Ainda assim, o CADE vem utilizando a técnica Elzinga-Hogarty, da forma mais simples (sem uso da fórmula gravitacional acima, mas apenas usando o teste LIFO e não o teste LOFI clássico), e, como já referido, apenas em casos com concentração municipal superior a 20% (como se verifica pelo próprio Parecer 17/2019/CGAA2/SGA1/SG).

As requerentes foram questionadas sobre estes problemas teóricos do teste Elzinga-Hogarty. Como resposta, apenas referiram que *“no aspecto geográfico, a metodologia utilizada pelas Requerentes corresponde ao método de análise amplamente utilizado pelo CADE e por este e. DEE, por meio do qual a definição do mercado relevante geográfico é inspirada no teste Elzinga-Hogarty e se baseia no fluxo de deslocamento dos pacientes para serem atendidos. Na visão das Requerentes, a análise dos dados de fluxo de pacientes é um retrato razoável do mercado relevante geográfico”*.

Referiram especificamente que a metodologia Elzinga-Hogarty:

“potencialmente se mostra como alternativa conservadora por ser um retrato estático (baseado na fotografia do fluxo presente de pacientes) e não dinâmico (baseado no possível comportamento futuro caso um monopolista hipotético realize um pequeno, porém significativo, aumento de preços), conforme indicado por MOTTA, 2004 (pág.114). (...) Adicionalmente, no mercado de planos de saúde empresariais, as Requerentes acreditam que um eventual aumento de preços poderá ser rivalizado por outras redes geograficamente próximas ao cluster em questão. Em tese, não se descarta a hipótese de que um monopolista hipotético, num cluster específico, poderia levar as empresas a contratarem planos com redes de cobertura marginalmente mais distantes, mas ainda assim consideradas adequadas ao atendimento de seus funcionários, o que indicaria mercados relevantes geográficos com contornos mais abrangentes. No que se refere ao aspecto do produto, as Requerentes esclarecem que devido à ausência de informações e de dados de preços dos demais agentes do mercado, não foi possível estimar as elasticidade-preço da demanda ou a elasticidade cruzada entre planos coletivos empresariais de cobertura ambulatorial e de planos coletivos empresariais de cobertura total para o mercado de maneira satisfatória. Não há, portanto, metodologia alternativa adotada pelas Requerentes para a definição de mercado relevante, como o uso de um método como o Teste do

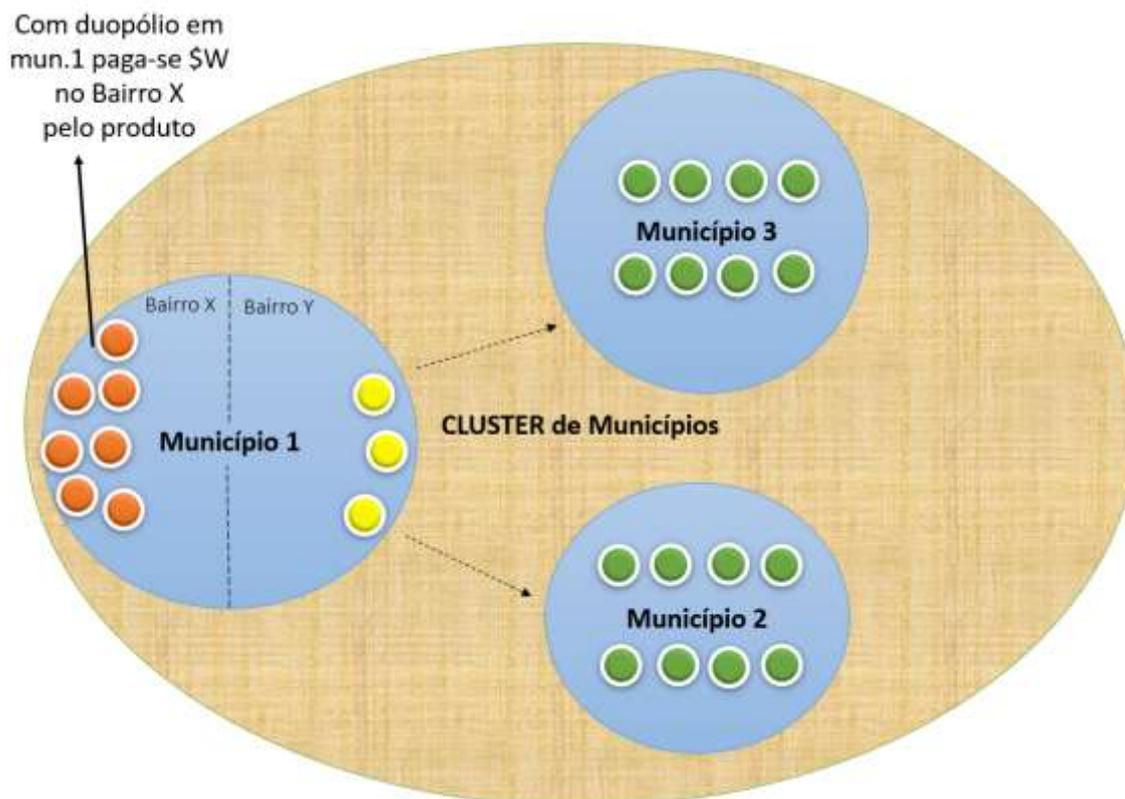
Monopolista Hipotético (TMH) - em essência, pela falta de informação sobre concorrentes. Outros estudos não foram realizados por não se enquadrarem à jurisprudência e, no julgamento das Requerentes, informarem pouco sobre a dinâmica de competição nesse mercado.”

Ou seja, deu-se a chance para as requerentes apresentarem outras metodologias que dessem conta dos problemas teóricos aqui referidos. As mesmas decidiram não apresentar qualquer outro teste, confiando que sua interpretação está correta, já que, em sua visão, estavam seguindo a jurisprudência vigente em relação a como se define mercado relevante e também porque entendem que o mercado relevante definido por meio da metodologia Elzinga-Hogarty é uma técnica “conservadora”.

Sobre tal aspecto, o DEE compreende que a técnica Elzinga-Hogarty não é, necessariamente, conservadora. Tal técnica pode subestimar e muito os efeitos de um ato de concentração, em especial quando a mesma é adotada de forma acrítica, dispensando-se os cenários municipais em prol de um cenário maior de cluster, como se o cenário maior de cluster (baseado em fluxos) fosse superior do ponto de vista analítico à definição do mercado menor municipal. Isso não é necessariamente verdade.

Explica-se.

- Imagine-se que há um duopólio simétrico no município 1, entre empresa Alfa e empresa Beta, cada qual com 50% de Market Share;
- Suponha que existam consumidores que moram no Bairro X (representados em laranja) e consumidores que moram no Bairro Y (representados em amarelo).
- Suponha ainda que o Bairro Y seja próximo dos municípios 2 e 3, enquanto o Bairro X é distante. Para os consumidores em amarelo, se houver preços altos no Bairro X eles podem adquirir produtos nos municípios 2 e 3, sem grandes custos de locomoção (o que não seria verdade para os consumidores laranjas). Suponha ainda que os consumidores em amarelo possuem uma sensibilidade elevada em relação a preços, já que residem em uma área de renda mais escassa e precisam economizar. Assim, do ponto de vista de utilidade não se importam em se deslocar um pouco mais para adquirir produtos em outras localidades. E veja que os consumidores em amarelo terão custo de transporte para adquirir produtos no bairro da mesma forma que terão ao se deslocar para o município 3. Portanto, faz sentido para estes consumidores se deslocarem caso exista algum tipo de diferença de preços mais considerável. Já os consumidores, em laranja, terão que se deslocar mais para acessar os municípios 2 e 3. Ou seja, eles têm maior custo de transporte. Também, estes consumidores em laranja, por estarem em uma zona mais nobre, possuem menor sensibilidade em relação a preços e preferem adquirir produtos no próprio bairro do que ter que arcar com custos e tempo de deslocamento, em razão de uma pequena diferença de preços entre municípios.



- O CADE ao analisar a fusão entre Alfa e Beta verifica que haverá um monopólio no município 1. Todavia, o CADE verifica que há um fluxo de consumidores de 30% para outros municípios (em regra consumidores amarelos).
- Ao usar o teste Elzinga-Hogarty o CADE aprova o Ato de Concentração, porque ao incluir os municípios 2 e 3 na amostra os Market shares de Alfa e Beta foram diluídos.
- Após o AC ser aprovado, os consumidores em laranja sentem um aumento de preços por parte dos monopólios e da perda da pressão concorrencial intramunicipal. Os monopolistas, então, aumentam o preço $\$W$ + o custo de locomoção que os consumidores laranja terão que pagar + um delta referente à insensibilidade de preços no Bairro X. Tal aumento faz com que consumidores comecem a ficar mais sensíveis ao nível de preços e pessoas que antes não consideravam viajar para outro município como alternativa comercial passam a ver mercados de outros municípios como eventuais substitutos de serviços que antes tinham preços módicos dentro do seu próprio bairro.
- O fluxo entre municípios aumenta em razão deste tipo de mecanismo, mas o preço local no Bairro X também aumenta.

Ora, o exemplo, mesmo que apenas teórico, mostra que após a concentração intramunicipal os preços podem aumentar ainda que exista elevado fluxo de

consumidores para outras zonas geográficas. E veja que o modelo apenas se complexificou marginalmente, admitindo heterogeneidades geográficas locais e heterogeneidades de consumidores.

Assim, é equivocado achar que um município é um ponto no mapa e que o simples fato de haver fluxos de consumidores de um lugar para outro torna os mercados integrados, podendo os municípios 2 e 3 contestar perfeitamente o poder de mercado no município 1. Este tipo de argumento, em alguma medida, lembra a Falácia do Celofane, porque, após a monopolização do município 1 com respectivo uso de poder de mercado, produtos distantes que antes não eram considerados substitutos passam a ser, ainda que tenha que se tenha que pagar mais caro pelos mesmos.

Ou seja, o fluxo para municípios próximos aumentou, no exemplo hipotético acima, após AC, porque os consumidores do bairro X do município 1 não possuem alternativa disponível a não ser aceitar o aumento de preços a eles impostos ou viajar para outros lugares, incorrendo em custos de transportes. Ou seja, o uso da metodologia Elzinga-Hogarty **não** é uma técnica “conservadora”.

Este tipo de metodologia tem elevadas falhas e aceitar a existência de monopolização ou quase monopolização geográfica de uma dada área, em razão de tecnicidades ou formalidades (como a aceitação de uma regra jurisprudencial, apenas porque o passado assim definiu, baseada em fluxos apenas) pode permitir que empresas se apropriem do excedente do consumidor que poderá ser forçado a se locomover mais caso não aceitem os preços que lhe serão apresentados.

Certamente que há uma série de outras variáveis que podem influir em um equilíbrio espacial de preços, mas do ponto de vista dinâmico não necessariamente tais variáveis irão garantir que outros agentes situados em zonas vizinhas consigam contestar de forma efetiva (e independente de custos de locomoção) monopólios geográficos locais e intramunicipais.

Aliás, talvez o nível do preço de outras zonas vizinhas seja até mais elevado, o que dificultaria a eventual contestação de uma internalização dos custos de transporte pelas partes requerentes de um AC.

Pelo contrário, eventualmente é possível que agentes de outras áreas, ao verem que seus vizinhos estão levantando preços, busquem também seguir a tendência do mercado e levantar seus preços também. Tal novamente demonstra que a análise de clusters, da maneira como foi feita, demanda cuidados e não necessariamente representa o mercado de maneira não viesada, correta ou mais fidedigna em termos de pressões concorrenciais.

Outra questão também interessante é que a escolha de um valor aleatório de 75% de imigração para definição de mercado coloca o CADE em uma situação de analisar cenários como o que está abaixo referido.

Em Baixo Guandu, **ACESSO RESTRITO REQUERENTES** dos atendimentos são feitos em até 6km do município. Todavia, para fechar “o número” de **ACESSO RESTRITO REQUERENTES** incluem-se mais 40 km até Colatina.

RESTRITO REQUERENTES

Tabela 5 – Fluxo de pacientes estimados pelas requerentes

Há vários outros casos semelhantes a estes. E que tipos de procedimentos estão sendo feitos próximos e distantes dos municípios em análise? Talvez, para procedimentos mais simples ou mais urgentes, a pessoa não esteja disposta a percorrer uma distância tão elevada, enquanto este fluxo seja composto, primordialmente, de procedimentos eletivos.

Aliás, há hospitais de baixa, média e alta complexidade. Assim, eventualmente, o fluxo também se diferencie pelo tipo de procedimento em face das complexidades exigidas de cuidado hospitalar.

Aliás, é no mínimo estranho que para planos de saúde se considerem raios acima de 20km, mas para a análise de mercados hospitalares isso não ocorra, já que em tese a pessoas adquirem um plano de saúde justamente para usar uma dada rede hospitalar e de clínicas. Obviamente que um plano de saúde pode ter uma abrangência nacional, estadual ou regional, em especial, para pessoas que estão em trânsito. De outro lado, este tipo de consideração também deveria impactar ou pelo menos conversar com a análise que o CADE faz do setor hospitalar.

De todo modo, aqui cumpre apenas mostrar como o Teste Elzinga-Hogarty pode ser limitado em todos estes aspectos.

2.2.2.3. *Problema de seguir uma dada jurisprudência sobre “definição geográfica” independentemente de qualquer outra consideração*

Além das considerações feitas acima, cumpre fazer uma análise geral a respeito das limitações de obedecer a uma jurisprudência para definições de mercado relevante (como determinação de regras de bolso sobre nexos de causalidade ou sobre dimensões geográficas) em que pese existam, talvez, argumentos econômicos contrários a este tipo de procedimento.

No Direito Antitruste, em que o objeto de análise tem estreita relação com a Economia, não faz sentido falar em uma “jurisprudência” ou mesmo um direito adquirido a respeito de um instrumento de análise¹¹. Mercados se modificam e compreensões sobre ferramentas de análise do mercado também. O Guia-H-2016, ou seja, o Guia de Análise de Atos de Concentração do CADE,¹² na página 13, item 2.3.1, é claro ao explicar o seguinte:

“A delimitação de mercado é uma ferramenta útil, entretanto, não é um fim em si mesmo. A identificação dos possíveis efeitos competitivos envolve avaliar condicionantes que, por vezes, estão fora do mercado relevante pré-definido. Assim, a delimitação do MR não vincula o Cade, seja porque é um mero instrumento de análise, seja porque o mercado é dinâmico.”

¹¹ O ex-Ministro da Suprema Corte norte-americana Oliver Holmes (1897) já mencionava que dominar a jurisprudência é relevante, mas não suficiente. Em todos os ramos do direito, haveria a necessidade de uma consideração racional da motivação pela qual se entende e se decide de um ou de outro modo, sem haver “imitação cega do passado”. Para Holmes, em 1897, o “Jurista do futuro” seria aquele que dominasse não a jurisprudência, mas Estatística, Economia e a relação do Direito com estas matérias.

¹² http://www.cade.gov.br/aceso-a-informacao/publicacoes-institucionais/guias_do_Cade/guia-para-analise-de-atos-de-concentracao-horizontal.pdf

Além disto, técnicas de análise evoluem com o tempo, assim como o CADE é composto por diferentes pessoas e órgãos que não necessariamente compartilham da mesma opinião a respeito de qual é a melhor técnica analítica a ser aplicada em um caso concreto (o que se dirá em todo e qualquer caso). E, ainda que eventualmente, houvesse tal concordância, há que se recordar que a própria composição do Plenário do CADE se modifica e se renova, permitindo uma visão plural de opiniões a respeito de como se deve interpretar a legislação antitruste e as ferramentas de análise mercadológica.

ELZINGA & SWISHER (2011) referiram que a definição de Mercado Relevante pode ser útil para circunscrever forças econômicas. Todavia, se evidências diretas de restrições competitivas de um Ato de Concentração estiverem disponíveis, conforme os autores, o exercício de definição de Mercado Relevante tornar-se-ia, até mesmo, desnecessário.

Também, PAKES (2010), de igual forma, alega que índices de concentração como HHI, baseados em Mercado Relevante, observam a lógica de produtos que estão dentro e fora do mercado. Todavia, os produtos possuem graus de substitutibilidade contínuos, logo, não-binários. Deste modo, qualquer filtro baseado em 0 e 1, seria inadequado

Ou seja, há outras espécies de análise que são passíveis de serem feitas e pensadas pela Autoridade Antitruste. Assim, é inócuo alegar que o fundamento último da decisão do CADE deva ser a repetição daquilo que já foi feito no passado, independentemente de mudanças metodológicas ou da racionalidade subjacente que dá suporte à decisão da autoridade.

Assim, ainda que se busque usar uma análise estruturalista clássica, baseada em Mercado Relevante, tem-se que, eventualmente, para um ato de concentração, talvez, faça sentido uma definição restrita de análise, já que, em tal contexto, talvez esta opção mais restrita seja a opção mais conservadora possível e disponível ao analista. De outro lado, para outro ato de concentração, talvez, a avaliação mais restrita do mercado relevante, em abstrato, usada em casos anteriores, não seja, para uma avaliação específica, a opção mais conservadora do ponto de vista social aplicada ao caso concreto.

Deste modo, não basta alegar que se segue um parâmetro jurisprudencial para fundamentar uma definição específica sobre o mercado relevante. Tal definição deve fazer sentido no caso sob análise.

2.2.2.4. *Problema conurbação e da múltipla contagem*

Não faz sentido usar uma análise baseada em parte do teste Elzinga Hogarty, apenas em casos onde as parte possuem 20% de market share no âmbito municipal, em um área conurbada, onde há uma série de intersecções entre as cidades analisadas.

No caso específico, verificou-se do ponto de vista geográfico, no Documento Confidencial V.5.A (Anexo Confidencial 12), que Vitória foi incluída em vários clusters municipais.

Por exemplo, olhando-se apenas os planos individuais:

- Vitória está no Cluster de Cariacica
- Vitória está no Cluster “Serra”

- Vitória está no Cluster “Viana”

Aqui está a tabela dos “clusters” formados:

Municípios	C.CARIACICA	C.SERRA	C.VIANA
Cariacica	x		x
Vitória	x	x	x
Viana	x		x
Vila Velha		x	x
Fundão		x	
Serra		x	

Tabela 6 – Clusters para planos individuais

Veja que o Cluster de Cariacica é idêntico ao Cluster Viana, com a única diferença que o Cluster Viana tem um município adicional. Obviamente que é possível dizer que se está analisando uma série de “cenários”. Todavia, seria estranho aprovar sumariamente um AC no município A, B e C e de maneira simultânea reprovar o ato de concentração no cluster {A, B, D}.

Em que pese seja estranho, em teoria, é possível que em um cenário se tenha um problema concorrencial e em outro não [e se faça uma análise de cenários]. Ou seja, é possível aprovar um AC à medida em que todos os cenários possíveis são condizentes com a decisão pela aprovação. Ocorre que a ideia de definir um mercado relevante pressupõe não uma visão de cenários, mas uma consideração de divisão binária da realidade que considera existir uma homogeneidade mercadológica dentro de uma determinada área, em termos espaciais, em termos de consumidores e produtores. E por isso é que, no exemplo hipotético referido acima, a ausência de relação concorrencial entre o município C e D (e que possuem intersecção com A e B) chama a atenção.

E veja que o nível de intersecções é muito grande entre os clusters sugeridos. Para Planos Empresariais e Coletivos, Vitória está presente em 15 Clusters (e os consumidores de Vitória são contados 15 vezes em diferentes estruturas de oferta):

Município	Quantidade de cluster a que o município pertence
Vitória	15
Colatina	14
Nova Venécia	8
Serra	8
Cariacica	7

Esta múltipla contagem de consumidores incomoda um pouco, olhando os clusters, não só pela contagem diversificada em si, mas pela falta de reconhecimento de interrelação entre os clusters assim formados, a partir de várias intersecções:

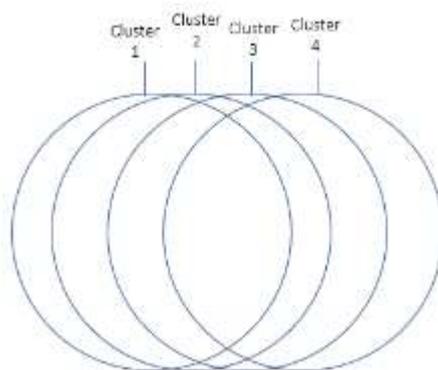


Figura 4 – Representação hipotética de clusters com elevadas intersecções entre si, mas entendidos como “Mercados Relevantes” isolados, uns dos outros

O que ilustra a dificuldade de conceber este tipo de técnica como algo que realmente representa a “dinâmica concorrencial” do mercado está no fato de que Colatina está presente em 14 Clusters de Planos Empresariais, mas o “Cluster Colatina” é formado apenas por Colatina.

Além disto, os clusters não só possuem elevada intersecção entre si, mas, também, destoam bastante de tamanho. Alguns possuem raios superiores a 300 km, enquanto outros “clusters” possuem raio de apenas 7km. Esta multiplicidade de intersecções e de raios diferenciados leva a uma múltipla contagem de consumidores, como demonstrado na tabela a seguir:

Clusters	Número de consumidores se contabilizados via somatório dos municípios envolvidos	Número de consumidores segundo somatório dos clusters (com múltipla contagem)
Adesão Cobertura Total	138.482 vidas no mercado (analisados sem múltipla contagem)	963.944 vidas (tendo em vista o fenômeno da múltipla contagem)
Individual ambulatorial	1.244 vidas no mercado (analisados sem múltipla contagem)	9.944 vidas (tendo em vista o fenômeno da múltipla contagem)
Individual cobertura total	123.516 vidas no mercado (analisados sem múltipla contagem)	953.235 vidas (tendo em vista o fenômeno da múltipla contagem)
Empresarial cobertura total	544.696 vidas no mercado (analisados sem múltipla contagem)	3.976.548 vidas (tendo em vista o fenômeno da múltipla contagem)
Empresarial ambulatorial	150.454 vidas no mercado (analisados sem múltipla contagem)	1.042.505 vidas (tendo em vista o fenômeno da múltipla contagem)

Tabela 7 – Efeito da múltipla contagem de vidas

É como se houvesse cerca de 10 vezes mais vidas do que os mercados analisados possuem. Esta “multiplicação de vidas” se dá quando se analisa o somatório dos cenários de clusters: o que demonstra o quão distante a visão via Cluster pode estar da realidade e pode dar uma ideia equivocada da dinâmica concorrencial.

Aliás, há que se perquirir também a respeito da acuracidade dos registros realizados sobre fluxo de consumidores, bem como sobre sua significância estatística.

Com efeito, eventualmente, uma pessoa pode ter feito alguns procedimentos no município vizinho, não porque os preços ali estavam melhores, mas porque:

- (i) Se mudou e se esqueceu de atualizar o endereço de sua residência na operadora de planos de saúde;
- (ii) O endereço do responsável pelo pagamento do plano é distinto dos demais beneficiários (e no banco de dados da operadora irá aparecer um fluxo permanente de pessoas, muito embora não exista fluxo algum);
- (iii) Ou a pessoa estava em uma viagem por diversos motivos e teve que realizar um procedimento fora de seu município, independentemente do nível de preços ou da dinâmica competitiva do referido município.

Aliás, sobre este último ponto, o fluxo ora analisado se dá dentro de uma rede já previamente contratada por consumidores. Sua decisão de migrar para outro município não ocorre, necessariamente, porque preços são melhores no município vizinho ou porque há poder de mercado sendo exercido em seu município de origem. Todavia, caso se autorize a monopolização de um município específico, é possível que os consumidores de tal município, para escapar de um exercício abusivo de poder de mercado, tenham que migrar e serem atendidos em outro município: viagens ao município vizinho que antes eram realizadas de maneira esporádica, poderão ser a única alternativa de alguns consumidores caso venham a sofrer um exercício abusivo de poder de mercado intramunicipal.

Neste sentido, é necessário ter um grande cuidado com este tipo de análise. Enfim, é possível haver uma grande quantidade de circunstâncias que se devam considerar ao utilizar a análise de fluxos.

2.2.2.5. *Posicionamento do DEE a respeito*

O ideal é que se pudesse pensar em uma análise de redes mais completa, via uso de teoria de sistemas complexos ou de aprendizado de máquina, plotando no mapa onde se encontram todos os consumidores, municípios afetados, fluxos de clientes, níveis de concentração, preços e margens de lucro. A partir das referidas informações propriamente mapeadas, seria possível analisar o poder de mercado em um contínuo e não em categorias binárias, definidas muitas vezes de maneira artificial e por critérios aleatórios.

Por ora, verifica-se que a análise de clusters possui os problemas já referidos:

- do uso seletivo do fluxo de consumidores apenas para “redefinir” mercados relevantes, na hipótese do mercado municipal ser concentrado, mas não agir deste modo quando o mercado mais restrito estiver desconcentrado.
- do uso de parte da imigração do teste Elzinga-Hogarty (desconsiderando a emigração), sendo tal índice construído a partir de valores aleatórios e não

justificados do ponto de vista econômico, com análises desvinculadas do nível de preços e de margens de lucro;

- do uso do teste em um ambiente conurbado com uma grande quantidade de “mercados relevantes” supostamente independentes, mas com elevado nível de intersecções

Assim, prefere-se usar o nível municipal para análise das concentrações, na ausência de uma análise mais profunda do mercado.

De todo modo, como o DEE é um órgão apenas consultivo, cabe informar ao Tribunal e ao Conselheiro sua opinião, mas também quais são os **cenários** possíveis de análise, fazendo-se as ressalvas de rigor. Em razão disto, o DEE irá apresentar as concentrações tanto pelos **cenários municipais** como via **cluster**.

Como se verá adiante, em ambos cenários, as concentrações apresentadas são significativas.

2.3. Participação de mercado e nexos de causalidade

Há algumas questões adicionais que merecem debate sobre como se deve ou como se pode computar a participação de mercado e o nexo de causalidade no presente caso. Tal ocorre porque há pelos menos três pontos de divergência da visão do DEE em relação à visão apresentada pelas requerentes:

- Primeiro ponto de divergência - As requerentes, de maneira equivocada, entenderam que o *market share* da SBS em planos coletivos empresariais de cobertura ambulatorial seria “irrelevante para a presente Operação” e, portanto, não deveria ser sequer computado ou considerado na análise antitruste¹³;
- Segundo ponto de divergência – As requerentes sugeriram, de forma equivocada, que se uma operadora de planos de saúde possuir menos de 100 (cem) vidas em um município específico, o CADE deve aprovar toda e qualquer operação de fusão ou concentração em geral com o referido agente, independentemente do nível de concentração do mercado;
- Terceiro ponto de divergência – Atualmente, há uma antinomia entre o Guia-H-2016 e a Resolução 2/2012 do CADE. As requerentes sustentam que, em face de tal antinomia, deve prevalecer a regra da

¹³ Segundo a versão pública do Formulário apresentado na petição inicial, “o SBS destina os seus esforços de vendas para os planos médico hospitalares coletivos na modalidade cobertura total, não comercializando de forma ativa os planos de cobertura ambulatorial. Ocorre que, por exigências regulatórias, o SBS mantém ativo um plano médico hospitalar coletivo na modalidade ambulatorial especialmente destinado a clientes que, porventura, desejem aumentar a quantidade de beneficiários em sua carteira” (...) Especificamente no que diz respeito aos planos de saúde médico hospitalares coletivos empresarial na modalidade de cobertura ambulatorial, registra-se que o SBS **deixou de comercializá-lo ativamente nos seus canais de vendas**. Nesse sentido, eventuais vendas residuais desse plano pelo SBS são decorrentes de obrigação regulatória perante a ANS, que exige que a seguradora mantenha ativo o referido plano, possibilitando assim que eventuais empresas seguradas possam incluir novos beneficiários àqueles planos anteriormente adquiridos ou podem compor vendas de pacotes de planos para clientes pontuais, em situações muito excepcionais.

Resolução 2/2012. O DEE defende a aplicação do Guia-H-2016. Para entender melhor a divergência, cumpre explicar o seguinte:

- as regras de decisão que constam na página 25 do Guia-H-2016 (Guia de Análise de Atos de Concentração do CADE), compreendem que em mercado com HHI superior a 1500 e com um delta de HHI de 100 pontos já é possível haver preocupação concorrencial, sendo necessário aprofundar a análise. Aliás, o referido Guia prevê uma série de exceções ao uso de regras formais de análise denexo de causalidade baseadas no HHI, não devendo esta regra de decisão ser analisada fora de seu contexto. Por isso, o DEE sustenta que as regras do Guia-H 2016, não só são mais novas, como são mais adequadas para analisar concentrações, em especial em casos complexos;
- Já as requerentes sustentam que a regra que o CADE deve seguir é aquela que está inserta no art. 8, inciso V da Resolução n. 2/2012 do CADE, que refere que casos com delta de HHI abaixo de 200 pontos em que as requerentes possuam *market share* conjunto abaixo de 50%, devem ser aprovados pelo CADE, por ausência de problemas concorrenciais.

Os motivos pelos quais o DEE entende que sua leitura é mais apropriada serão declinados a seguir, no tópico específico.

Abaixo estão os motivos pelos quais se entende que as requerentes possuem uma visão equivocada em relação a estes três pontos.

2.3.1. O estoque em termos de participação de mercado de planos de saúde é algo irrelevante?

Em sua petição inicial, as requerentes sustentaram o seguinte:

- O SAMP atualmente não oferta mais planos médico hospitalares individuais/familiares para novos beneficiários. O volume de beneficiários nessa categoria de planos resulta de estoque anteriormente comercializado pela companhia
- o SBS não oferta de forma ativa planos individuais/familiares para novos beneficiários. Portanto, o volume de beneficiários existentes nessa categoria se trata de estoque anteriormente comercializado pela companhia.
- Também, as requerentes informaram que, no que diz respeito aos planos médico hospitalares coletivos,
 - “o SBS destina os seus esforços de vendas para os planos médico hospitalares coletivos na modalidade cobertura total, não comercializando de forma ativa os planos de cobertura ambulatorial. Ocorre que, por exigências regulatórias, o SBS mantém ativo um plano médico hospitalar coletivo na modalidade ambulatorial especialmente destinado a clientes que, porventura, desejem aumentar a quantidade de beneficiários em sua carteira”.

Tendo em vista tais informações, este DEE solicitou, por meio dos Ofícios 8501/2019/DEE/CADE e 8504/2019/DEE/CADE o seguinte:

“Por mais que se alegue que uma das requerentes não comercializa planos ambulatoriais desde uma determinada data, apresente, mesmo assim, os cenários de Market Share, considerando os clientes existentes na carteira”

As requerentes responderam ao pedido do DEE alegando que a solicitação feita seria irrelevante para a presente operação. Apresentaram a seguinte argumentação:

ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES

[DOC SEI 0708043_E_mail_Athena_ES_SBS_SBAH_Resp_ofs_8501_e_8504_2019_.pdf](#)

Ou seja, as requerentes alegaram que o que lhes foi questionado é “irrelevante”, motivo pelo qual não precisava responder, nem mesmo apresentando um cenário solicitado. Ora, foi feita uma solicitação de análise de cenário. É sempre interessante e saudável em uma análise avaliar diferentes tipos de cenários.

Olhar o cenário com estoque e esquecer de analisar o aspecto dinâmico pode ser equivocado, já que um ato de concentração pode envolver uma concentração superior no aspecto dinâmico (de planos ativos ofertados no último ano no mercado).

Todavia, não se pode prescindir, também, de uma análise do cenário mais amplo, que inclua o estoque de pacientes, por diferentes motivos.

Um eventual motivo para tanto seria o “não-crescimento estratégico” de um dos agentes. Para entender este argumento, imagine-se a seguinte situação hipotética:

Há um duopólio hipotético, em um mercado de planos de saúde, em uma região específica. As empresas com o propósito de gerar um monopólio, pretendem solicitar a aprovação da operação ao CADE. Todavia, ambas empresas conseguem antever que o Conselho, como Autoridade de Defesa da Concorrência, irá vetar a operação em razão da mesma gerar danos aos consumidores. Os duopolistas, então, adotam uma nova estratégia. Um deles decide deixar de ofertar produtos no mercado por um período específico de tempo. Veja que este “deixar de ofertar serviços no mercado” não significa saída completa do mercado, mas apenas o não oferecimento de novos planos de saúde por um determinado período de tempo. A depender da taxa de crescimento estimada do mercado, tal perda não será tão grande assim.

De outro lado, a parte assume o risco de perder uma pequena parcela do mercado e da demanda (o que seria mais apropriado dizer “como risco de deixar de crescer por um período de tempo”) em troca de uma recompensa futura, porque sabe que, ao agir assim, segundo jurisprudência consolidada da Autoridade Antitruste, o entendimento da Autoridade irá mudar e as empresas irão conseguir aquilo que outrora lhes seria negado: a monopolização do mercado. Assim, os lucros de monopólio no futuro mais que compensarão eventual e temporário prejuízo do breve “não-crescimento” estratégico no mercado.

Em alguma medida, tal análise hipotética parece guardar algumas semelhanças com os dados que se verificam no presente caso.

Há autores que estudaram fenômenos análogos a este. Pinho (2017) estudou a não entrada estratégica em alguns mercados. Obviamente, que “não-entrada” é um fenômeno tanto distinto de “retirada estratégica” ou de “não-crescimento” estratégico”, embora exista uma solução de continuidade entre estes casos. De todo modo, seu artigo apresenta alguns insights interessantes sobre o tema, senão vejamos

(Morais, Rafael Pinho Senra. Strategic Non-Entry. Economic Analysis of Law Review; Brasília Vol. 8, Ed. 1, (Jan/Jun 2017): 228-247)

“A ideia é que uma empresa produtora num dado mercado geográfico ou mercado de produto A pode preferir não entrar noutra mercado geográfico ou de produto B para mais tarde adquirir o detentor do monopólio em B sem qualquer objeção da autoridade antitruste ou de concorrência competente por B – prejudicando assim os consumidores em B. Apresentamos fatos estilizados para este comportamento de não-entrada seguido de posterior entrada por aquisição e construímos um modelo teórico de jogo compatível com tais evidências. Nosso modelo estende o modelo clássico de entrada destacando a rationale para o comportamento observado. A implicação direta para política pública é que as autoridades de concorrência ou antitruste devem prestar mais atenção às fusões e aquisições propostas onde o poder de mercado só muda de mãos. A possibilidade de bloquear essas fusões – se não for demonstrado ganho de eficiência em comparação com a chamada entrada por construção ou entrada clássica – deve ser seriamente considerada, como sugere um arcabouço mais dinâmico como o nosso.”

O artigo apresenta a diferença do que seria um modelo clássico de entrada em que um agente em um nível decide se entra ou não no mercado e em um segundo nível se luta ou se acomoda no mercado:

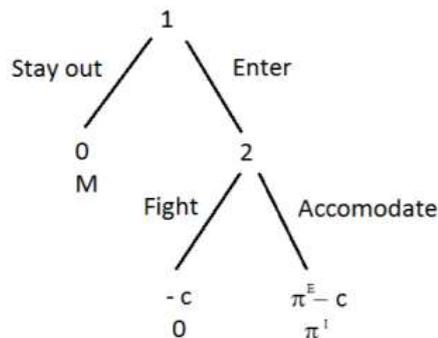


Figura 5 - Modelo em dois níveis de decisão de entrada

Fonte: Moraes, Rafael Pinho Senra. Strategic Non-Entry. Economic Analysis of Law Review; Brasília Vol. 8, Ed. 1, (Jan/Jun 2017): 228-247

Todavia, Pinho (2017) propõe um jogo em três níveis, em que o agente que fica de fora pode esperar para adquirir, via fusão, seu rival já estabelecido ao invés de entrar no mercado por meio de investimentos do tipo greenfield:

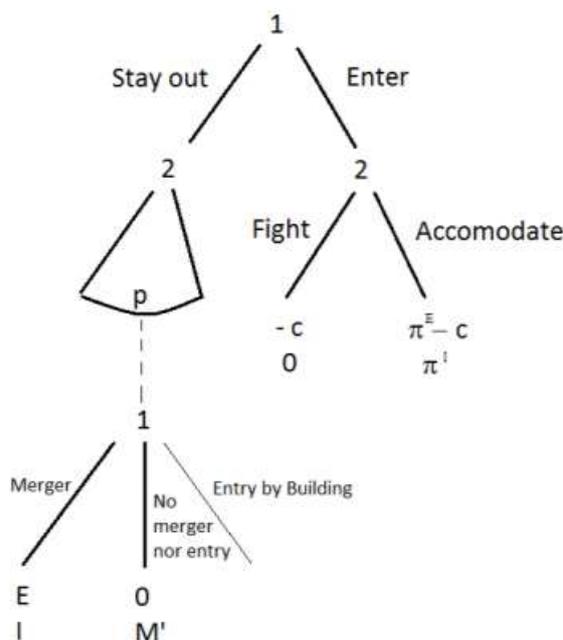


Figura 6- Modelo em três níveis de decisão de entrada, incluindo decisão de fusão posterior

Fonte: Morais, Rafael Pinho Senra. Strategic Non-Entry. Economic Analysis of Law Review; Brasília Vol. 8, Ed. 1, (Jan/Jun 2017): 228-247

Este modelo poderia ser aplicado com algumas modificações ao presente caso, se o mesmo incorporasse a decisão de quem já está no mercado se continua rivalizando em sua plenitude com os seus rivais já estabelecidos ou se decide deixar de crescer momentaneamente para ser adquirido, sem maiores questionamentos, em momento posterior, gerando elevadas concentrações de mercado.

Alguém poderia criticar tal teoria, alegando que a mesma versa sobre uma elucubração, uma teoria da conspiração e que nenhuma dono de empresa iria aceitar tal risco de perder temporariamente parte do mercado em prol da possibilidade de contornar uma eventual não aprovação do ato de concentração por parte do CADE.

Pois bem, mesmo passado alguns anos da suposta retirada da SBS de vários mercados municipais de planos de saúde coletivos com abrangência ambulatorial, SAMP e SBS ainda dominam vários destes mercados, como se demonstrará adiante. Portanto, não se pode tomar como descabida esta espécie de preocupação.

Há concentrações extremamente elevadas, caso se busque analisá-las ao invés de simplesmente esquecê-las. Algumas destas concentrações ultrapassam 95% de mercados municipais de planos ambulatoriais, caso não se descarte de pronto a possibilidade de concentração, como sugerido pela SG e pelas requerentes.

Tais dados foram construídos pelo DEE, sem auxílio das requerentes, que simplesmente se negaram a comentar os dados do DEE, alegando que entenderam como sendo “irrelevante” este tópico.

De outro lado, cumpre questionar: por que neste período em que a SBS não ofertou novos planos ambulatoriais, outras empresas não tomaram o mercado para si, explorando-o, contestando-o e ofertando novas possibilidades aos consumidores, com preços inferiores a ponto de diminuir este nível de concentração? Enfim, tal questão não parece bem explorada, em especial em um contexto no qual as requerentes alegam haver baixas barreiras à entrada e diminuição da oferta por parte de uma das requerentes em diversos mercados.

Dito isto, entende-se que não é razoável rotular o “estoque” de pacientes em uma carteira de um plano de saúde como algo irrelevante do ponto de vista concorrencial, em especial no âmbito de um ato de concentração. Por mais que a SG tenha feito tal consideração, este DEE acredita que a mesma não considerou este tipo de preocupação ora referido em suas análises pretéritas.

Deste modo, o DEE entende que deve haver uma modificação de compreensão no tratamento da referida questão, pelos motivos ora apresentados.

2.3.2. Regra das 100 vidas

O DEE, em ofício enviado à requerentes, referiu que analisou os dados abertos da ANS de alguns municípios do Espírito Santo em relação ao mês de junho de 2019, chegando a algumas concentrações municipais substantivas, sem cluster algum. Tais cenários foram apresentados às requerentes e solicitou-se a opinião das requerentes sobre os mesmos.

Ao analisar os cenários as requerentes alegaram que os mesmos não observaram a “regra das 100 vidas”.¹⁴ Segundo as requerentes, tal regra não foi observada pelo DEE, mas deveria ter sido, como se verifica pelo trecho abaixo:

Ao analisar os Atos de Concentração nº 08700.005705/2018-75 e nº 08700.005704/2018-21”, a “SG adotou como um primeiro filtro de análise a seguinte regra: somente serão objeto de análise concorrencial os municípios em que o número de beneficiários atendidos por cada uma das Requerentes for superior a 100 (cem) beneficiários. Nos termos desses precedentes, portanto, não é necessária uma análise de efeitos concorrenciais de determinada operação no mercado de Planos de Saúde Médico-Hospitalar Coletivos Empresariais nos municípios em que o número de beneficiários atendidos por cada uma das Requerentes for igual ou inferior a 100 (cem) beneficiários, pois assume-se que nessas situações eventuais impactos da operação na concorrência são irrelevantes. Portanto, de acordo com esse entendimento, na hipótese de uma das Requerentes não possuir pelo menos 100 (cem) beneficiários em determinado município, entende-se que a Operação, nesses municípios, não tem potencial de alterar as condições de concorrência e afetar materialmente o mercado e, portanto, tais sobreposições não precisam ser analisadas.”
DOCSEI 0610704_Formulario_de_Notificacao_de_AC p.75

¹⁴ **ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES**

DOC SEI 0708043_E_mail_Athena_ES_SBS_SBAH_Resp_ofs_8501_e_8504_2019_.pdf p.11/12

Com base em tal argumentação, este DEE foi buscar a fundamentação ou a gênese deste tipo de regra.

Verificou-se que a mesma foi citada no Parecer 14/2016/CGAA2/SGA1/SG – Ato de Concentração nº 08700.012652/2015-04 Requerentes: a) São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresária Ltda (“São Francisco”) b) Fundação Waldemar Barnsley Pessoa (“Fundação Waldemar”). Todavia, a SG parece ter aprovado tal caso mais porque o mesmo parecia uma reestruturação societária e menos pelos seus impactos no mercado.

De outro lado, tem razão as requerentes ao comentar que tal regra já foi aplicada em pelos menos dois casos envolvendo planos de saúde, a saber:

- Parecer 06/2019/CGAA2/SGA1/SG/CADE - Ato de Concentração nº 08700.005705/2018-75 Requerentes: Notre Dame Intermédica Saúde S.A., Mediplan Assistencial Ltda; Hospital Samaritano Ltda.; e Hospital e Maternidade Samaritano Ltda.
- Parecer 23/2018/CGAA3/SGA1/SG/CADE - Ato de Concentração nº 08700.005704/2018-21 - Requerentes: BCBF Participações S.A.; Notre Dame Intermédica Saúde S.A., Green Line Sistema de Saúde S.A, Pronto Socorro Itamaraty Ltda, Maternidade do Bráz Ltda e Laboratório Bio Master Ltda.

Ocorre que, ao analisar tais pareceres, não se verifica qualquer fundamentação a respeito dos motivos pelos quais a SG decidiu escolher não analisar mercados nos quais as partes requerentes tenham menos de 100 vidas, a não ser uma vaga menção de que, em tais casos, a SG entende que este tipo de hipótese não afeta a concorrência.

Como a SG não explicou sua motivação, cabe ao DEE tentar derivá-la ou mesmo inferi-la. Talvez, a SG tenha feito este juízo de valor, porque compreendeu que o número de 100 vidas é extremamente baixo. Assim, no âmbito municipal, não seria tal valor grande o suficiente para caracterizar um percentual mínimo do mercado relevante em análise.

Ocorre que tal presunção (de que 100 vidas é irrelevante e representa pequeno percentual do mercado relevante municipal em questão) pode ser equivocada, em especial no presente caso.

Para se ter noção de quão equivocada é tal presunção, de que 100 vidas não importam do ponto de vista concorrencial, é necessário analisar os dados com cuidado.

Olhando o Brasil como um todo, em outubro de 2017 havia 47 milhões de beneficiários de planos de saúde. De fato, neste universo, 100 vidas representam apenas uma pequena parte do mercado (0,00021% do mercado).

Nº DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA:						
Competência	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	NI		
OUT/16	47.864.971	31.747.676	6.481.516	1.768	9.430.875	203.136
SET/17	47.315.397	31.503.577	6.396.527	1.704	9.234.888	178.701
OUT/17	47.399.495	31.617.345	6.381.649	1.704	9.220.742	178.055

BENEFICIÁRIOS EM PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS:						
Competência	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	NI		
OUT/16	21.509.067	15.850.095	1.842.919	4.117	3.775.449	36.487
SET/17	22.837.313	16.801.697	1.847.157	4.042	4.153.060	31.357
OUT/17	22.966.382	16.895.463	1.849.685	4.040	4.185.995	31.199

Tabela 8 – Beneficiários de planos de saúde no Brasil

Fonte: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-aans/sobre-a-ans/4211-ans-divulga-numeros-atualizados-de-beneficiarios-de-planos-de-saude>, verificado em 11 de fevereiro de 2019

Nº DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS DE SAÚDE POR UF:				
UF	beneficiários em planos de assistência médica		beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	
	out/16	out/17	out/16	out/17
Acre	42.924	43.956	12.536	13.240
Alagoas	404.679	385.611	258.055	283.191
Amazonas	498.774	537.624	356.259	389.847
Amapá	71.447	70.005	39.481	41.866
Bahia	1.587.415	1.577.743	1.257.588	1.328.745
Ceará	1.241.783	1.282.076	769.358	918.483
Distrito Federal	885.096	861.324	500.121	497.296
Espírito Santo	1.091.535	1.100.681	419.173	423.298
Goiás	1.097.429	1.105.030	572.124	620.079
Maranhão	464.960	458.330	157.091	187.204
Minas Gerais	5.107.569	5.084.655	1.849.363	1.907.975
Mato Grosso do Sul	561.614	559.141	126.063	136.686
Mato Grosso	544.807	544.935	153.118	176.145
Pará	812.855	792.165	398.936	444.174
Paraíba	420.201	419.015	260.584	283.970
Pernambuco	1.352.651	1.318.126	819.143	935.261
Piauí	293.865	304.952	70.317	75.330
Paraná	2.834.148	2.836.961	1.120.776	1.162.370
Rio de Janeiro	5.625.812	5.430.879	2.834.279	2.892.827
Rio Grande do Norte	515.318	517.585	286.045	324.244
Rondônia	166.623	157.558	100.855	107.163
Roraima	29.472	28.092	8.399	9.536
Rio Grande do Sul	2.622.437	2.615.019	703.820	735.326
Santa Catarina	1.485.939	1.499.168	442.130	473.641
Sergipe	314.384	314.482	178.309	203.393
São Paulo	17.597.262	17.343.593	7.470.744	8.130.128
Tocantins	103.626	105.281	36.820	41.058
Não Identificado	90.346	105.508	307.580	223.906

Tabela 9 – Beneficiários de planos de saúde por estado

Fonte: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-aans/sobre-a-ans/4211-ans-divulga-numeros-atualizados-de-beneficiarios-de-planos-de-saude>, verificado em 11 de fevereiro de 2019

Tendo em vista que o Espírito Santo possuía, em 2017, a quantia de 1.100.681 usuários de planos de saúde, 100 vidas representariam apenas 0,009% deste mercado agregado. Os últimos dados que o DEE possui (de junho de 2019) mostram 962.439 usuários, sendo que analisando apenas municípios onde SAMP e SBS estão presentes a base fica com 959.773 usuários de planos de saúde no Espírito Santo. De todo modo, 0,009% ainda é um número baixo em termos representativos.

Analisando-se o Espírito Santo em termos extremamente agregados, verifica-se que:

* UnimedS teriam 505.343 vidas (52,5% do mercado)

* SBS teria 89.049 vidas (9,3% do mercado)

* SAMP teria 247.869 vidas (25,8% do mercado)

* Outras empresas teriam 12,5% do mercado. Frise-se que como “outras empresas” há uma grande franja. A maior empresa desta franja seria o Bradesco com 3,5% do mercado, seguido por Samedil (cerca de 25 mil vidas) e Amil (cerca de 13 mil vidas).

Ocorre que o mercado relevante geralmente adotado pelo CADE não é este mercado extremamente agregado.

Quando se desagrega o mercado por tipo de plano (retirando da amostra as autogestões e os planos exclusivamente odontológicos), é possível obter os seguintes números:

COLETIVO EMPRESARIAL	694907
COLETIVO EMPRESARIAL COM PATROCÍNIO	243
COLETIVO POR ADESÃO	138041
COLETIVO POR ADESÃO SEM PATROCÍNIO	703
INDIVIDUAL OU FAMILIAR	124308
NAO IDENTIFICADO	1494
NÃO IDENTIFICADO	77

Tabela 10 – Mercado relevante no Espírito Santo por tipo de Plano (apenas considerando municípios onde SAMP e SBS estão presentes)

(retirando da amostra as autogestões e os planos exclusivamente odontológicos),

Fonte: elaboração própria com base em dados da ANS (de junho de 2019)

Quando o plano “coletivo empresarial” e “coletivo empresarial com patrocínio” é desagregado por cidade, já é possível verificar algumas cidades em que há menos de cem vidas enquanto em outros o mercado municipal é composto por uma centena de vidas:

MUNICÍPIO	VIDAS
MUNICÍPIO IGNORADO - ES	21
MUCURICI	70
DORES DO RIO PRETO	90
PONTO BELO	104
IBITIRAMA	127
LARANJA DA TERRA	260
ALTO RIO NOVO	275
APIACA	275
AGUA DOCE DO NORTE	302
MANTENOPOLIS	307
DIVINO DE SAO LOURENCO	314

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

VILA PAVAO	354
SAO JOSE DO CALCADO	400
IRUPI	449
SANTA LEOPOLDINA	466
BREJETUBA	475
BOM JESUS DO NORTE	528
PRESIDENTE KENNEDY	608
BOA ESPERANCA	669
ITARANA	767
AGUIA BRANCA	815
ITAGUACU	835
VILA VALERIO	927
SAO DOMINGOS DO NORTE	999
ECOPORANGA	1013
CONCEICAO DO CASTELO	1043
GOVERNADOR LINDENBERG	1077
PANCAS	1118
MONTANHA	1122
JERONIMO MONTEIRO	1140
MUNIZ FREIRE	1201
CONCEICAO DA BARRA	1242
ALFREDO CHAVES	1298
IBATIBA	1308
IUNA	1316
MUQUI	1347
PINHEIROS	1456
ATILIO VIVACQUA	1518
SAO ROQUE DO CANAA	1538
PEDRO CANARIO	1581
RIO NOVO DO SUL	1640
PIUMA	1711
JAGUARE	1805
MARECHAL FLORIANO	1865
MARILANDIA	1889
IBIRACU	2042
RIO BANANAL	2071
MIMOSO DO SUL	2133
VARGEM ALTA	2140
SANTA TERESA	2182
FUNDAO	2208
GUACUI	2256
AFONSO CLAUDIO	2271
ALEGRE	2542
BAIXO GUANDU	2753
JOAO NEIVA	2780
SANTA MARIA DE JETIBA	2792
ITAPEMIRIM	2810
DOMINGOS MARTINS	2839
SOORETAMA	2914
ICONHA	2961
ANCHIETA	3003
MARATAIZES	3073
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	4126
BARRA DE SAO FRANCISCO	4404
SAO GABRIEL DA PALHA	4835
CASTELO	5715
NOVA VENECIA	6316
VIANA	13461
GUARAPARI	16433
SAO MATEUS	19199
ARACRUZ	24582
COLATINA	29000
LINHARES	35680
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	39681
CARIACICA	80939
VITORIA	93897
SERRA	116704
VILA VELHA	116730

TOTAL	697.137
-------	---------

Tabela 11 - Mercado Coletivo Empresarial

Fonte: elaboração própria com base em dados da ANS (de junho de 2019)

Ocorre que este ainda é o cenário agregado.

Destas 697.137 vidas, algumas referem-se a casos de municípios que não apresentaram concentração alguma intramunicipal, quais sejam:

MUNICÍPIO	TIPO	VIDAS
APIACA	Apenas ambulatorial	16
DORES DO RIO PRETO	Apenas ambulatorial	32
DIVINO DE SAO LOURENCO	Apenas ambulatorial	269
IBATIBA	Apenas ambulatorial	499
DIVINO DE SAO LOURENCO	Cobertura total	45
DORES DO RIO PRETO	Cobertura total	58
APIACA	Cobertura total	259
IBATIBA	Cobertura total	809
TOTAL		1987

Tabela 12 – Total de Vidas nos municípios sem concentração por tipo de cobertura (mercado coletivo empresarial)

Fonte: elaboração própria com base em dados da ANS (de junho de 2019)

Como se verifica, são municípios pequenos em que mesmo nestes onde não houve concentração, 100 vidas é uma parte representativa dos mesmos.

Retirando estas 1.987 vidas da amostra, sobram 695.150 vidas, sabendo-se que, destas:

- * 150.454 são pacientes do Mercado Coletivo Empresarial apenas ambulatorial
- * 544.696 são pacientes do Mercado Coletivo Empresarial com cobertura total

Assim, quando se analisam apenas pacientes que estão no mercado “coletivo empresarial apenas ambulatorial”, 100 vidas são extremamente relevantes para uma grande quantidade de municípios, senão vejamos:

MUNICÍPIO	Número de beneficiários no mercado	100/Número de beneficiários
MUCURICI	19	526%
PONTO BELO	19	526%
BOM JESUS DO NORTE	28	357%
IBITIRAMA	54	185%
ALTO RIO NOVO	64	156%
VILA PAVAO	66	152%
SAO JOSE DO CALCADO	74	135%
SAO DOMINGOS DO NORTE	76	132%
LARANJA DA TERRA	80	125%
GOVERNADOR LINDENBERG	112	89%
AGUA DOCE DO NORTE	116	86%
AGUIA BRANCA	119	84%
MANTENOPOLIS	130	77%

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

IRUPI	138	72%
ITARANA	139	72%
PRESIDENTE KENNEDY	143	70%
BREJETUBA	145	69%
SANTA LEOPOLDINA	148	68%
ECOPORANGA	163	61%
MONTANHA	171	58%
SAO ROQUE DO CANAA	175	57%
BOA ESPERANCA	178	56%
ATILIO VIVACQUA	204	49%
MARILANDIA	217	46%
VILA VALERIO	220	45%
ITAGUACU	230	43%
MUQUI	255	39%
JERONIMO MONTEIRO	257	39%
RIO NOVO DO SUL	260	38%
PANCAS	267	37%
JOAO NEIVA	278	36%
RIO BANANAL	279	36%
MIMOSO DO SUL	286	35%
IBIRACU	300	33%
VARGEM ALTA	318	31%
CONCEICAO DO CASTELO	322	31%
ICONHA	347	29%
CONCEICAO DA BARRA	365	27%
SOORETAMA	398	25%
MUNIZ FREIRE	422	24%
ALFREDO CHAVES	432	23%
FUNDAO	441	23%
MARECHAL FLORIANO	447	22%
PEDRO CANARIO	515	19%
DOMINGOS MARTINS	540	19%
IUNA	571	18%
SANTA TERESA	601	17%
ALEGRE	628	16%
PIUMA	675	15%
JAGUARE	686	15%
PINHEIROS	707	14%
CASTELO	720	14%
ANCHIETA	888	11%
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	924	11%
BAIXO GUANDU	926	11%
SAO GABRIEL DA PALHA	928	11%
GUACUI	954	10%
AFONSO CLAUDIO	955	10%
BARRA DE SAO FRANCISCO	1001	10%
SANTA MARIA DE JETIBA	1027	10%
MARATAIZES	1063	9%
ITAPEMIRIM	1113	9%
NOVA VENECIA	1307	8%
VIANA	3734	3%
ARACRUZ	4445	2%
SAO MATEUS	5165	2%
GUARAPARI	5514	2%
COLATINA	5538	2%
LINHARES	5672	2%
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	8345	1%
VITORIA	13400	1%
VILA VELHA	22564	0%
CARIACICA	22971	0%

SERRA	27.475	0%
TOTAL	150.454,00	0%

Tabela 13 – Vidas por municípios do Espírito Santo

Representatividade de 100 vidas
(Mercado Coletivo empresarial apenas ambulatorial)

Fonte: elaboração própria com base em dados da ANS

ES - Quantidade de beneficiários por cidade apenas ambulatorial

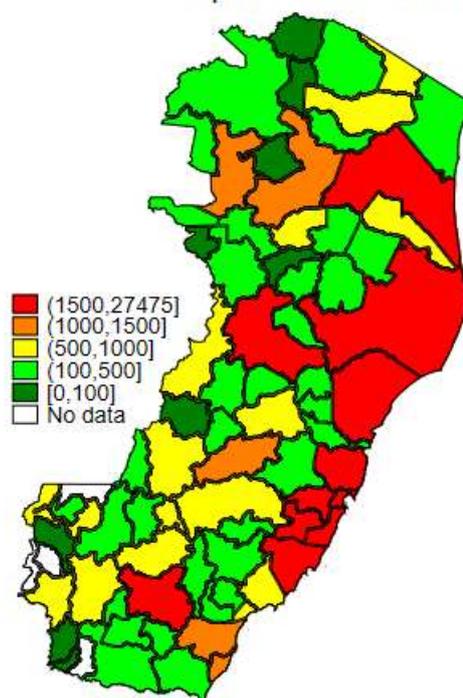


Figura 7 – Vidas por municípios do Espírito Santo (Mercado Coletivo empresarial apenas ambulatorial)

Assim, 9 de 75 municípios possuem mercados de até 100 vidas.

No mapa acima, nos municípios

- Em verde escuro estão os municípios com até 100 vidas;
- Em verde claro estão mercados de 101 até 500 vidas;
- Em amarelo estão mercados de 501 até 1.000 vidas;
- Em laranja estão mercados de 1.001 até 1.500 vidas;
- Em vermelho estão mercados acima de 1.500 vidas até o limite de 27.475 vidas;

Nestes municípios (em especial nos municípios marcados em verde e amarelo), 100 vidas é uma quantia muito relevante. Ou seja, em dezenas de municípios, 100 vidas representam parcela substantiva do mercado municipal de planos de saúde coletivos empresariais restritos ao atendimento ambulatorial no Espírito Santo.

Assim, olhar para a concentração intramunicipal e descartá-la, de pronto, sem mesmo cogitar a hipótese de incluir o município em um cluster, é um equívoco evidente. Mantenópolis, por exemplo, é um município onde houve concentração, mas não houve consideração do mesmo em um cluster. O município simplesmente foi excluído. E há outros casos semelhantes.

Assim, a aplicação cega da referida regra jurisprudencial de “100 vidas”, na realidade, cria uma nova categoria de análise: a definição de “mercados irrelevantes”.

Usar tal teoria (Regra das 100 vidas) significa dizer que estes mercados são irrelevantes do ponto de vista econômico (e não apenas analítico), podendo ser plenamente monopolizados, porque não importam para a Autoridade Pública. Ora, não é possível admitir tal interpretação como válida, ainda que tenha sido repetida e adotada por outros órgãos, como um regra de decisão default. Cabe alertar à SG a respeito do risco de continuar seguindo este tipo de metodologia, sem cuidados apropriados.

Em razão de todo o exposto, o DEE discorda da aplicação da regra de 100 vidas como filtro válido de análise para aferição de nexo de causalidade de um ato de concentração.

Apenas por uma questão de completude, também, se apresenta a distribuição de consumidores no mercado de Planos de Saúde, Empresarial, Cobertura Total. Neste cenário, é menos crítico, mas, ainda assim, em 33 municípios, 100 vidas representa 10% ou mais do mercado.

MUNICÍPIO	VIDAS	100/VIDAS
MUNICÍPIO IGNORADO - ES	21	476%
MUCURICI	51	196%
IBITIRAMA	73	137%
PONTO BELO	85	118%
MANTENOPOLIS	177	56%
LARANJA DA TERRA	180	56%
AGUA DOCE DO NORTE	186	54%
ALTO RIO NOVO	211	47%
VILA PAVAO	288	35%
IRUPI	311	32%
SANTA LEOPOLDINA	318	31%
SAO JOSE DO CALCADO	326	31%
BREJETUBA	330	30%
PRESIDENTE KENNEDY	465	22%
BOA ESPERANCA	491	20%
BOM JESUS DO NORTE	500	20%
ITAGUACU	605	17%
ITARANA	628	16%
AGUIA BRANCA	696	14%
VILA VALERIO	707	14%
CONCEICAO DO CASTELO	721	14%
IUNA	745	13%
PINHEIROS	749	13%
MUNIZ FREIRE	779	13%
ECOPORANGA	850	12%
PANCAS	851	12%
ALFREDO CHAVES	866	12%

CONCEICAO DA BARRA	877	11%
JERONIMO MONTEIRO	883	11%
SAO DOMINGOS DO NORTE	923	11%
MONTANHA	951	11%
GOVERNADOR LINDENBERG	965	10%
PIUMA	1036	10%
PEDRO CANARIO	1066	9%
MUQUI	1092	9%
JAGUARE	1119	9%
GUACUI	1302	8%
ATILIO VIVACQUA	1314	8%
AFONSO CLAUDIO	1316	8%
SAO ROQUE DO CANAA	1363	7%
RIO NOVO DO SUL	1380	7%
MARECHAL FLORIANO	1418	7%
SANTA TERESA	1581	6%
MARILANDIA	1672	6%
ITAPEMIRIM	1697	6%
IBIRACU	1742	6%
SANTA MARIA DE JETIBA	1765	6%
FUNDAO	1767	6%
RIO BANANAL	1792	6%
VARGEM ALTA	1822	5%
BAIXO GUANDU	1827	5%
MIMOSO DO SUL	1847	5%
ALEGRE	1914	5%
MARATAIZES	2010	5%
ANCHIETA	2115	5%
DOMINGOS MARTINS	2299	4%
JOAO NEIVA	2502	4%
SOORETAMA	2516	4%
ICONHA	2614	4%
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	3202	3%
BARRA DE SAO FRANCISCO	3403	3%
SAO GABRIEL DA PALHA	3907	3%
CASTELO	4995	2%
NOVA VENECIA	5009	2%
VIANA	9727	1%
GUARAPARI	10919	1%
SAO MATEUS	14034	1%
ARACRUZ	20137	0%
COLATINA	23462	0%
LINHARES	30008	0%
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	31336	0%
CARIACICA	57968	0%
VITORIA	80497	0%
SERRA	89229	0%
VILA VELHA	94166	0%

Tabela 14 - Vidas por municípios do Espírito Santo
Representatividade de 100 vidas

(Mercado Coletivo empresarial cobertura total)

Fonte: elaboração própria com base em dados da ANS

ES - Quantidade de beneficiários por cidade cobertura total

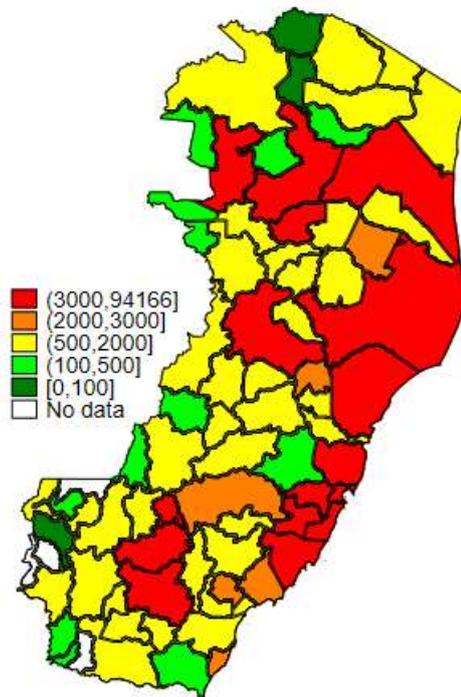


Figura 8 - Vidas por municípios do Espírito Santo
(Mercado Coletivo empresarial cobertura total)

Deste modo, mais uma vez, entende-se que não se deve, de pronto, descartar municípios com 100 vidas, mesmo neste cenário de cobertura total.

2.3.3. Regra do delta de 10% de market share

Outra regra de decisão utilizada pelas requerentes é a que entende que deltas de concentração de até 10% de market share não deveriam causar preocupações de caráter concorrencial.

O delta de 10% de market share não parece fazer sentido para uma análise de nexo de causalidade. Enquanto diversas Autoridades Antitruste internacionais entendem que deltas de HHI de 100 pontos são suficientes para que uma preocupação concorrencial ocorra, o Brasil, caso adote ou continue a adotar o critério acima, destoaria bastante da prática internacional e de uma prática conservadora sobre os impactos concorrenciais de um ato de concentração.

Independentemente de uma praxis jurisprudencial e de uma regra de bolso adotada por outros órgãos do CADE, cabe avaliar se tal praxis faz sentido.

Para se ter uma ideia do impacto deste tipo de “regra”, ao adotar-se tal delta, seria possível imaginar as seguintes situações hipotéticas

- Mais branda = 20% + 9,99% equivale a delta de **399,6 pontos de HHI**
- Mais intensa = 90% + 9,99% equivale a delta de **1798,2 pontos de HHI**

Ora, quase 1800 pontos de delta de HHI na hipótese mais intensa equivale a 18 vezes a métrica internacional a respeito denexo de causalidade, sendo que a hipótese mais branda, de quase 400 pontos de HHI equivale a 4 vezes o que os Estados Unidos entendem como nexo de causalidade entre operação e eventual dano concorrencial. Se houvesse 11 concorrentes com share idêntico (de 9,09%) em um mercado, seria possível comprá-los, sequencialmente, chegando-se à monopolização, com o aval do CADE, sem que o CADE reconhecesse a existência de qualquer nexo de causalidade entre uma situação desconcentrada e outra extremamente concentrada.

Por isso, tal regra é uma simplificação não justificável da análise. Caso ela tenha sido usada na jurisprudência do CADE, há que se repensar se é correto continuar a utilizá-la.

Com a continuidade de tal regra, o CADE não só destoaria da prática internacional, como, também, não seguiria o seu próprio Guia de Análise de Atos de Concentração, que, também, concorda com a aplicação de um delta de HHI de 100 pontos, para considerações de nexo de causalidade, que é um patamar muito inferior ao pugnado pelas requerentes no presente ato de concentração e permite uma análise estrutural mais granularizada.

Assim, o DEE entende que a regra do delta de 10% não deve ser adotada neste caso, já que, como demonstrado, não é tal regra prudente ou mesmo coerente em termos de análise de nexo de causalidade.

2.3.4. Regra dos 40%

As requerentes alegam que se o share conjunto delas for igual ou inferior a 40% o CADE deve aprovar a operação, mormente se o delta for de 10%, conforme se verifica no texto abaixo:

“A título de exemplo, o Ato de Concentração nº 08700.004030/2018-47, envolvendo a aquisição da São Lucas por São Francisco Saúde, resultou em concentração de 46,59% no mercado de planos de saúde de Promissão (SP) e de 46,32% em Guaiçara (SP), e foi aprovado sem restrições pelo e. Cade. Naquele caso, a d. SG avaliou que inexistiam preocupações concorrenciais em tais mercados, cujas participações conjuntas entre São Lucas, São Francisco Saúde e Sistema Unimed - i.e., as Requerentes da Operação e seu principal rival -chegavam a 95% (no cluster de Promissão) e 92,31% (no cluster de Guaiçara). Além de reconhecer a inexistência de preocupações concorrenciais em contextos de dominância por dois agentes econômicos principais, a d. SG compreendeu que a verticalização do Sistema Unimed é um fator de reforço de rivalidade. Notadamente, naquela ocasião, a d. SG considerou que "a Unimed possui participação de mercado significativa e que é verticalizada (haja vista a existência do Hospital Unimed Lins), entende-se que, em eventual exercício de poder de mercado, os clientes poderão migrar e voltar a ser atendidos pela Unimed Por sua vez, o Ato de Concentração nº 08700.006185/2018-18, envolvendo a aquisição do Hospital Regional de Franca S.A. pela São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresária Ltda. resultou em concentração de 51,15% no mercado de planos de saúde de Itirapuã (SP) e também foi aprovado sem restrições pelo e. Cade. Naquele caso, verificou-se que tal concentração foi reputada inofensiva à concorrência, uma vez que "a operação não implica aumento significativo de participação de mercado visto que uma da Requerentes já possui participação relevante no mercado., Este fator de análise também é aplicável à presente Operação. Ao se avaliar as sobreposições geradas pela aquisição do SBS pela SAMP,

verifica-se que em diversos mercados uma das Requerentes já possui uma participação de mercado relevante, havendo pouco acréscimo de share na combinação das participações de ambas operadoras. Tendo em conta os precedentes citados acima em conjunto com as condições de rivalidade e as entradas que vem ocorrendo no estado do Espírito Santo, amplamente abordadas nos autos, as Requerentes, respeitosamente, entendem que os mercados em que sua participação conjunta seja de até 40% ou em que o acréscimo de market share decorrente da Operação seja de até 10%, não apresentam grandes preocupações concorrenciais”.

As requerentes sustentam que no Ato de Concentração nº 08700.00403012018-47 e no Ato de Concentração nº 08700.006185/2018-18, a Superintendência Geral teria aprovado concentrações superiores a 40% como incapazes de gerar efeitos anticompetitivos.

Tal fato está correto.

Ocorre que a aprovação dos referidos atos de concentração apenas ocorreu após análise da SG de questões de rivalidade e do delta de HHI específico. As aprovações não ocorreram apenas porque as requerentes possuíam cerca de 40% de market share. Pelo contrário, as análises evoluíram na SG após a verificação de que o share era elevado.

Obviamente que é possível ter diferentes opiniões se foi bem ou mal feita a análise de rivalidade (ou como seria uma análise correta a respeito de tal questão). Todavia, não se pode presumir a existência de rivalidade em todo e qualquer mercado.

A SG, inclusive, nos casos acima, fez também análises municipais (e não apenas em cluster) e considerou aspectos intramunicipais em alguns casos.

Portanto, não se pode simplesmente aprovar um ato de concentração apenas e tão somente porque as partes possuem 40% ou menos de participação de mercado! Com efeito, aplicar este tipo de regra sugerida pelas requerentes para todo e qualquer tipo de situação, como regra de decisão default, seria capaz de criar triopólios, em que duas empresas teriam 80% do mercado e uma terceira teria 20% do mercado, sem que tais operações passem no filtro do CADE a respeito do que é uma estrutura concentrada ou problemática. Tais análises seriam automáticas, gerando aprovações ainda que não existam eficiências associadas a tais concentrações ou que não exista um nível de rivalidade suficiente no mercado para contrabalancear os efeitos no caso concreto.

Assim, parece equivocada a regra sugerida pelas requerentes, como filtro inicial.

2.3.5. Guia-H-2016 e Resolução 2/2012 do CADE

De acordo com art. 8º da Resolução 2 do CADE de 2012 [com redação dada pela Resolução 9 de 1º de outubro de 2014], o CADE compreende que um AC pode ser enquadrado no “rito sumário”, nas seguintes hipóteses:

*Art.8, III, Res.2 - **Baixa participação de mercado com sobreposição horizontal:** as situações em que a operação gerar o controle de parcela do mercado relevante comprovadamente abaixo de 20%, a critério da Superintendência-Geral, de forma a não deixar dúvidas quanto à irrelevância da operação do ponto de vista concorrencial;*

Art.8, V, Res.2 - **Ausência de nexos de causalidade:** concentrações horizontais que resultem em variação de HHI inferior a 200 desde que a operação não gere o controle de parcela de mercado relevante superior a 50%. (Redação dada pela Resolução nº 09, de 1º de outubro de 2014)

Ora, teoricamente, é possível haver um mercado com HHI de 1.500 e variação de 100 pontos, em que as requerentes não possuem 20% de participação de mercado. Abaixo está um exemplo de uma fusão entre A e B, em que o HHI era moderadamente concentrado e passa a ser extremamente concentrado (com presunção de problema concorrencial pela regra do HHI), mas que a Resolução 2, por considerar que as requerentes possuem menos de 20% do Market Share compreende que se trata de “rito sumário” por baixa participação de mercado”.

Concorrentes	ANTES (%)	HHI PRÉ	DEPOIS	HHI PÓS	VARIAÇÃO HHI
A++	4	16	19	361	
B++	15	225			
C	20	400	20	400	
D	5	25	5	25	
E	20	400	20	400	
F	36	1369	36	1369	
SOMA	100	2435	100	2630	195

Tabela 15 – Fusão hipotética, com divergência entre resolução 2 e regra do HHI

Outro conflito de regras, pode ocorrer em relação ao nexos de causalidade. O Guia-H-2016 e a Resolução 2/2012 divergem em relação ao que é (i) variação relevante do ponto de vista estrutural abstrato (ii) um mercado concentrado, com potenciais problemas estruturais e (iii) a regra de decisão em face de um mesmo problema.

Para que fique clara a contradição, a tabela abaixo mostra os referidos itens de divergência:

	GUIA-H-2016	Art.8, V, Resolução 2 Ausência de nexos de causalidade
Varição	100 de HHI	200 de HHI (muito acima de 100 de HHI)
Mercado	Acima de 1.500 de HHI	Acima de 50% [HHI mínimo 2.500 = 50 ² +concorrentes pequenos] [HHI máximo 5.000 = 50 ² +50 ²] (muito acima de 1.500 de HHI)
Decisão	Continuar a análise (Pode ter problema)	Sumário por ausência de “nexos de causalidade” (Sem problema)

Tabela 16 - Conflito entre a regra do HHI do Guia-H-2016 e a Resolução 2/2012 do CADE

Frise-se que esta antinomia de regras decisórias não é criada pela Guia-H-2016. O novo Guia apenas reconheceu regras que são utilizadas em alguns casos ordinários pela SG e pelo Conselho: em que casos ordinários, analisam-se concentrações utilizando a regra do HHI, enquanto, em ACs sumários, utiliza-se a regra prevista na Resolução 2.

Ou seja, em muitos casos, há maior rigor analítico em casos ordinários que em casos sumários.

A Resolução 2/2012 tem inspiração europeia. Na Europa, no Guia-Euro-2004 (considerando a Comunicação da comissão relativa a um procedimento simplificado para o tratamento de certas concentrações nos termos do Regulamento (CE) n.139/2004, publicada no Jornal da União Europeia em dezembro de 2013)¹⁵, o AC horizontal, pode ter uma notificação simplificada se:

- a empresa resultante do AC tiver 20% do Mercado
- a empresa resultante do AC tiver 50% do Mercado e **variação de HHI for de 150**

Isso significa dizer que, na Europa, eventualmente, também se analisaria a fusão de “A++” com “B++” como problemática pelas regras do HHI, em que pese o AC seja classificado como de “notificação simplificada”.

Enfim, caberia ao CADE pensar como agir em razão da referida contradição, tanto em termos gerais (via mudança de regras ou de guias) como no caso concreto.

Uma solução, que parece ser mais razoável em termos de coerência (mas que talvez interfiram na quantidade de casos classificados como ordinários), poderia ser, no curto ou médio prazo, modificar a resolução 2 para que a mesma também siga a regra do HHI de maneira ampla, tanto no que diz respeito ao que se entende por baixa concentração de mercado, como no que tange à discussão sobre nexos de causalidade.

De outro lado, tal contradição também precisa ser contextualizada. Com efeito, o espírito da modificação do Guia-H-2016 é justamente reconhecer que há outros tipos de análise que não se baseiam em uma discussão estrutural (e sequer se valeria do referido filtro). Como mencionado, no próprio Guia H-2016, há uma série de exceções às regras de HHI (fusões parciais, mercados com bens diferenciados, mercados com grandes franjas, eliminação de mavericks, eliminação de concorrência potencial, entre outras questões). Ou seja, não é porque um AC passou ou não na regra do HHI (ou porque o AC foi ou não classificado como “sumário”) que o nível de preocupação ou de vigilância [em especial em relação à adequação e às exceções do HHI e dos demais filtros estruturais] deva diminuir. Com efeito, cabe à SG, tanto no âmbito da triagem, como nas Coordenações setoriais, ter vigilância e cuidados permanentes, com o propósito de verificar se há ou não motivos para desconfiar da aplicação da regra do HHI, em especial em casos que eventualmente tenham sido classificados como não problemáticos por este tipo de filtro simplificado. Nesse sentido, vale ressaltar que, apesar da existência um critério objetivo, o enquadramento de um AC como sendo sumário é discricionário por parte do CADE, segundo a Resolução 2:

“Art. 7º. A decisão de enquadramento do pedido de aprovação de ato de concentração em Procedimento Sumário é discricionária, e será adotada pelo Cade conforme os critérios de conveniência e oportunidade, com base na experiência adquirida pelos órgãos integrantes do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência na análise de atos de concentração e na identificação daqueles que tenham menor potencial ofensivo à concorrência”.

Não bastasse isso, a aplicação automática do art.8. V da Resolução 2/2012 pode ser responsável pela criação de duopólios, em vários mercados, que o CADE sequer terá consciência da existência de um “processo de concentração” ou por que motivos estes

¹⁵De acordo com o site [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013XC1214\(02\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013XC1214(02)&from=EN), verificado em 7 de julho de 2016

duopólios estão sendo criados. Para criar duopólios, sem supervisão da Autoridade Antitruste, segundo o art.8. V da Resolução 2/2012, basta que se adquiram empresas pequenas partes de seus concorrentes, inferiores a 200 pontos de HHI, e nunca ultrapassem 50% do mercado. Assim, é possível sair do cenário de concorrência perfeita até a condição de duopólio sem qualquer supervisão da Autoridade Antitruste.

E, é neste contexto, que se precisa decidir no caso concreto, como interpretar o presente ato de concentração? O DEE sugere que deve ser observada a análise proposta pelo novo Guia-H-2016, que – além de contextualizar diferentes tipos de exceção à regra default do HHI, também, propõe metodologias que são independentes do HHI ou de definição do mercado relevante.

O uso de experimentos naturais, de análises de contrafactual, da avaliação qualitativa de documentos das partes, entre outras metodologias, além da avaliação dos efeitos de uma operação via índice de pressão de preços não seguem, necessariamente, uma postura dependente da definição de mercado relevante, embora precisem de um banco de dados com informações desagregadas, o que se faz utilizando os “dados disponíveis” que são segmentados de uma maneira específica predeterminada.

Tal concepção, adotada pelo Guia-H-2016, é uma verdadeira ruptura do paradigma anterior. Gize-se que tal ruptura de paradigma não é inaugurada pelo Guia-H-2016, mas apenas reconhecida por este instrumento. Com efeito, houve um amadurecimento do SBDC (Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência), refletido no âmbito da jurisprudência recente desta autarquia, vide, por exemplo, decisão no (AC Braskem/Solvay, 2014) e na melhoria das técnicas utilizadas pelo Departamento de Estudos Econômicos do CADE (DEE).

Há simulações específicas, que o *Guia-H-2016* as reconheceu de maneira genérica, que, também, dispensam a definição milimétrica do MR, embora dependam de um banco de dados que seja construído com determinadas variáveis, cuja agregação ou desagregação é pressuposta.

Dentre tais metodologias há:

- **VCRCM** - valores críticos para redução de custos marginais (WERDEN G. , A robust test for consumer welfare enhancing mergers among sellers of differentiated products, 1996)
- **PPI** – Price Pressure Index ou Índice de Pressão de Preços (SALOP & O'BRIEN, 2000),
- **UPP** – Upward Pricing Pressure ou Pressão de Preços para Cima (SHAPIRO, 1996) (SHAPIRO C. , “Unilateral Effects Calculations,” Discussion paper, Working Paper, University of California at Berkeley, 2010) (SHAPIRO & FARRELL, 2010)¹⁶ (SIMONS & M., 2010) (SHAPIRO C. , The 2010 Horizontal Merger Guidelines: from hedgehog to fox in forty years, 2010).
- **GPP** – Generalized Pricing Pressure ou Pressão de Preços Generalizada (JAFFE & WEYL, 2013)

¹⁶ Os autores fizeram referência ao caso *Federal Trade Commission v. Whole Foods Mkt., Inc.*, 502 F. Supp. 2d 1 (D.D.C. 2007), em que a Corte Distrital teria compreendido que o Federal Trade Commission (Autoridade Antitruste norte-americana) não conseguiu demonstrar que o MR era tão pequeno quanto o alegado, ou seja, de “supermercados premium de comidas orgânicas e naturais”. O FTC apelou e ganhou na apelação. Tais autores alegaram que o conceito de “MR” apenas endereçava indiretamente o problema se a fusão era ou não era anticompetitiva, devendo-se atentar aos modelos de eventos e experimentos naturais, às manifestações das próprias requerentes e ao raio de desvio entre ambas.

- Entre outras metodologias mais recentes

Alguns dos índices acima referidos necessitam da mensuração de “variáveis principais”, que em grande medida referem-se:

- (i) à margem de lucro das empresas requerentes;
- (ii) ao cálculo do RD (raio de desvio) de demanda entre as requerentes; e

O RD mede a proporção de vendas capturadas, em termos de quantidades ou de faturamento, por diferentes produtos quando o preço de outro é aumentado.

- (iii) às eficiências prometidas, para avaliar qual o impacto da operação.

Como é possível notar, entre estas 3 variáveis principais, não há menção a quotas de mercado ou a mercado relevante. Obviamente, que é possível montar modelos mais sofisticados, demandando estas ou outras variáveis. Citam-se estes casos específicos apenas para ilustrar o argumento de Kaplow a respeito da existência de caminhos alternativos de análise que independem do cômputo do *market share* específico das requerentes de um AC.¹⁷

Considerando estes aspectos, verifica-se que o debate travado é recente e com diversas implicações, sendo que uma destas implicações é justamente a revisão da postura que identifica deltas de HHI como regras de observação obrigatória, ainda que não informativas sobre o que ocorre no mercado de forma mais ampla.

Dito isto, o DEE posiciona-se pela aplicação do Guia-H-2016 e pela não aplicação do art.8, V, da Resolução 2/2012, como forma de retirar da análise concentrações elevadas pelo único motivo de que as requerentes não possuem, ainda, metade do mercado analisado.

2.4. Níveis de concentração

Nas tabelas abaixo, são apresentados cenários municipais e cenários de clusters (como sugerido pelas requerentes). O DEE usou dados públicos, fornecidos pela ANS, de junho de 2019 para formatação das tabelas abaixo.

Frise-se que nos cenários apresentados pelo DEE foram incluídos as vidas que SBS já possui, **ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES**

Abaixo estão diversas tabelas que permitem identificar onde há municípios ou cluster:

- com HHI superior a 1500 (análise 1), conforme sugerido pelo Guia de análise de atos de concentração do CADE. Nas tabelas abaixo, na coluna “análise 1”, sempre que o HHI ultrapassar 1500 pontos irá ser indicado o diagnóstico “Alto”. Caso contrário, ou seja, caso exista um HHI abaixo de 1500 pontos, aparecerá na coluna “análise 1”, como diagnóstico “baixo”.
- Com delta de HHI superior a 100 (análise 2), conforme sugerido pelo Guia de análise de atos de concentração do CADE. Nas tabelas abaixo, na coluna “análise 2”, sempre que o delta HHI ultrapassar 100 pontos irá ser indicado o

¹⁷ Frise-se que – por mais que não seja necessário milimetrar o MR – os bancos de dados utilizados para fazer inferências estatísticas podem, em alguma medida, serem estabelecidos a partir de uma segmentação específica, assim como é necessário pensar em estratégias que consigam dar conta de análises de entrada e rivalidade.

diagnóstico “Alto”. Caso contrário, ou seja, caso exista um delta de HHI abaixo de 100 pontos, aparecerá na coluna “análise 2”, como diagnóstico “baixo”.

- Com concentração superior a 80% (análise 3). Esse valor de 80% foi referido aqui para servir como filtro de processos de concentração, em que a análise do HHI pode ser, eventualmente, falha. Para exemplificar a referida preocupação, pode-se em um mercado hipotético, há 200 players, cada um com uma participação pequena (0,5% de market share). Se um único agente do mercado fizer aquisições, simultâneas, mas separadas, uma a uma, poderá adquirir toda a franja do mercado, sem gerar um delta de HHI de 100 pontos, saindo de quase concorrência perfeita para monopólio, sem gerar alertas à Autoridade Antitruste. Deste modo, para lidar com este tipo de problema, quando as concentrações de mercado ultrapassam determinado nível, em especial em mercados com grande franja, há que se ter uma salutar desconfiança em relação à aplicação da regra default do HHI. Como a SG já apontou o fato de haver grande franja de mercado neste setor, é importante que se faça este terceiro tipo de análise. Como 80% já representa uma concentração elevada para um único agente, entendeu-se que seria interessante indicar eventual problema após o referido patamar para captar efeitos concentracionais em mercados com franjas. Sempre que o share pós-fusão estiver acima de 80%, aparecerá na coluna “análise 3”, o diagnóstico “acima 80%”.

As diversas tabelas estão abaixo referidas para diferentes tipos de cenários. Apresentou-se a informação de concentração em share e em nível para que o analista consiga ter uma ideia mais clara dos cenários identificados pelo DEE.

Duas situações foram entendidas como problemáticas e que mereceriam um aprofundamento da análise:

- Análise 1 e 2 indicando valores “altos”, ou seja, um delta superior a 100 pontos de HHI em mercados com HHI superior a 1.500 pontos; ou
- Análise 3 indicando “acima 80%”, havendo assim concentração em mercados nos quais as requerentes possuem share conjunto acima de 80%, independentemente do delta de HHI.

Caso uma das duas situações acima se verifique, a coluna “Diagnóstico” indicará “problema”. Caso contrário, não havendo preocupações concorrenciais, a coluna “Diagnóstico” indicará “ok”.

Explicitadas as regras de diagnóstico, passa-se a apresentar as tabelas.

2.4.1. Análise das concentrações em municípios

Abaixo estão as concentrações verificadas em termos de cenários municipais em market share:

MERCADO	Município	A=SBS	B=Sampl	A+B	HHI prévio	Δ HHI	Análise 1	Análise 2	Análise 3	Diagnóstico
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	FUNDAO	10%	4%	13,6%	4.151,2	71,73	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	VILA VELHA	7%	5%	12,0%	2.771,7	71,71	Alto	Baixo		ok

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	VITORIA	6%	3%	9,7%	4.325,3	41,64	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	JAGUARE	8%	2%	10,0%	6.531,9	27,78	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	NOVA VENECIA	18%	1%	18,6%	5.772,1	27,27	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	PINHEIROS	11%	1%	12,2%	7.394,3	19,66	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	BOA ESPERANCA	1%	7%	8,0%	7.347,6	17,78	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	GUARAPARI	4%	2%	6,0%	3.943,6	15,83	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	BAIXO GUANDU	26%	0%	25,9%	4.333,0	14,96	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	ARACRUZ	2%	2%	4,2%	6.532,6	8,83	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	MARECHAL FLORIANO	5%	1%	6,0%	5.213,7	8,77	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	AFONSO CLAUDIO	5%	1%	5,5%	3.255,6	7,32	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	JOAO NEIVA	4%	1%	4,9%	7.798,9	6,22	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	IBIRACU	2%	1%	3,2%	7.767,0	5,03	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	SAO MATEUS	10%	0%	10,6%	6.167,5	4,99	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	SANTA TERESA	13%	0%	12,6%	6.172,9	3,40	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	1%	1%	2,4%	3.975,9	2,70	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	BARRA DE SAO FRANCISCO	6%	0%	5,8%	8.136,0	2,35	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	PIUMA	2%	1%	2,4%	3.811,1	2,08	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	DOMINGOS MARTINS	2%	1%	2,3%	6.044,1	1,86	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	LINHARES	7%	0%	6,8%	5.960,8	0,97	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	ITAPEMIRIM	1%	0%	1,6%	7.873,4	0,92	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	COLATINA	20%	0%	19,5%	6.402,7	0,66	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	MARATAIZES	1%	0%	1,1%	8.070,2	0,47	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	2%	0%	2,3%	9.111,5	0,27	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	IUNA	0%	0%	0,7%	6.484,5	0,23	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	VIANA	14%	22%	35,8%	1.876,5	611,46	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	CARIACICA	12%	13%	24,6%	2.212,6	300,97	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	SERRA	14%	10%	23,2%	2.630,2	260,73	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	SANTA LEOPOLDINA	13%	8%	20,3%	2.724,6	195,31	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	BREJETUBA	13%	7%	20,0%	2.177,8	177,78	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	VILA VALERIO	40%	2%	42,1%	3.930,4	141,58	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	SANTA TERESA	80%	20%	100,0%	6.800,0	3.200,0	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	VILA VELHA	67%	20%	86,8%	4.983,1	2.632,95	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	GUARAPARI	14%	86%	100,0%	7.551,0	2.448,98	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	VITORIA	74%	15%	89,9%	5.818,2	2.297,42	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	ARACRUZ	13%	88%	100,0%	7.812,5	2.187,50	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	SERRA	71%	15%	85,9%	5.408,2	2.089,44	Alto	Alto	Acima 80%	Problema

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	CARIACICA	72%	14%	86,2%	5.492,5	2.037,73	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	VIANA	85%	4%	89,6%	7.387,2	711,81	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	COLATINA	99%	1%	100,0%	9.777,8	222,19	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal individual agregado	VILA VELHA	7%	6%	12,7%	2.732,7	79,44	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	FUNDAO	10%	4%	13,7%	4.137,9	72,95	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	VITORIA	7%	3%	10,1%	4.279,8	45,31	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	BOA ESPERANCA	3%	7%	9,2%	7.160,7	34,63	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	NOVA VENECIA	19%	1%	19,7%	5.666,3	28,58	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	JAGUARE	8%	2%	10,0%	6.531,9	27,78	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	PINHEIROS	11%	1%	12,2%	7.394,3	19,66	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	GUARAPARI	4%	2%	6,2%	3.926,9	17,43	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	BAIXO GUANDU	28%	0%	28,7%	4.216,2	15,94	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	ARACRUZ	2%	3%	5,0%	6.430,6	12,21	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	MARECHAL FLORIANO	5%	1%	6,0%	5.213,7	8,77	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	AFONSO CLAUDIO	5%	1%	5,5%	3.255,6	7,32	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	SANTA TERESA	13%	0%	13,2%	6.103,7	6,99	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	JOAO NEIVA	5%	1%	5,3%	7.709,0	6,82	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	SAO MATEUS	12%	0%	12,0%	5.990,9	5,61	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	IBIRACU	2%	1%	3,2%	7.767,0	5,03	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	1%	1%	2,4%	3.975,9	2,70	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	BARRA DE SAO FRANCISCO	6%	0%	6,2%	8.006,8	2,49	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	PIUMA	2%	1%	2,4%	3.811,1	2,08	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	DOMINGOS MARTINS	2%	1%	2,3%	6.044,1	1,86	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	LINHARES	7%	0%	6,8%	5.945,3	1,62	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	COLATINA	21%	0%	20,7%	6.272,6	1,38	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	ITAPEMIRIM	1%	0%	1,6%	7.873,4	0,92	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	MARATAIZES	1%	0%	1,2%	8.045,8	0,56	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	2%	0%	2,4%	9.096,2	0,28	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	IUNA	0%	0%	0,7%	6.484,5	0,23	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal individual agregado	VIANA	17%	21%	37,9%	1.843,0	710,35	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal individual agregado	CARIACICA	13%	13%	26,1%	2.155,5	341,86	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal individual agregado	SERRA	15%	10%	24,3%	2.580,0	282,12	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal individual agregado	SANTA LEOPOLDINA	13%	8%	20,3%	2.724,6	195,31	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal individual agregado	BREJETUBA	13%	7%	20,0%	2.177,8	177,78	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal individual agregado	VILA VALERIO	40%	2%	42,1%	3.930,4	141,58	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	RIO BANANAL	59%	1%	59,7%	4.119,1	91,99	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VILA PAVAO	22%	2%	23,3%	2.243,2	74,75	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SAO ROQUE DO CANAA	56%	1%	56,9%	4.478,6	74,31	Alto	Baixo		ok

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	CONCEICAO DA BARRA	5%	7%	11,9%	1.989,5	68,65	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PIUMA	3%	9%	12,8%	2.876,7	63,92	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VILA VALERIO	41%	1%	41,3%	3.848,5	46,09	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SAO GABRIEL DA PALHA	28%	1%	28,6%	4.421,4	45,57	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MANTENOPOLIS	16%	1%	17,5%	5.438,1	37,03	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ECOPORANGA	17%	1%	18,0%	5.382,5	32,11	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	BARRA DE SAO FRANCISCO	11%	1%	12,1%	5.361,8	31,88	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PONTO BELO	13%	1%	14,1%	2.401,4	30,45	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	DOMINGOS MARTINS	1%	15%	15,8%	3.886,6	28,47	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SANTA MARIA DE JETIBA	2%	6%	7,6%	7.525,5	22,65	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	GOVERNADOR LINDENBERG	36%	0%	36,6%	4.715,0	22,55	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	AGUIA BRANCA	39%	0%	39,5%	4.586,8	22,54	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	2%	3%	5,3%	6.268,6	13,81	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MIMOSO DO SUL	3%	2%	5,2%	6.788,3	13,41	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SAO DOMINGOS DO NORTE	22%	0%	22,6%	5.531,2	9,72	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MARATAIZES	2%	3%	4,5%	5.718,8	9,53	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ITAPEMIRIM	2%	3%	4,5%	4.446,7	9,33	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MARILANDIA	31%	0%	30,9%	5.213,9	7,35	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MUNIZ FREIRE	1%	6%	6,3%	6.218,1	7,25	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PRESIDENTE KENNEDY	1%	1%	2,6%	7.863,8	3,33	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	RIO NOVO DO SUL	1%	2%	2,3%	6.213,0	2,31	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	JERONIMO MONTEIRO	1%	1%	1,9%	8.384,0	1,54	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	IUNA	0%	3%	3,0%	5.413,3	1,44	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ATILIO VIVACQUA	1%	1%	1,6%	8.896,6	1,27	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VARGEM ALTA	0%	1%	1,5%	8.712,6	0,66	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	CONCEICAO DO CASTELO	0%	2%	2,1%	8.520,2	0,54	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ALEGRE	0%	2%	1,8%	6.490,7	0,52	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MUQUI	0%	3%	2,7%	7.282,8	0,49	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	0%	1%	1,2%	7.572,1	0,27	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	CASTELO	0%	1%	0,9%	8.777,6	0,23	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ICONHA	0%	2%	1,8%	8.166,3	0,13	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	BOM JESUS DO NORTE	0%	0%	0,4%	1.769,4	0,08	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	FUNDAO	13%	42%	55,1%	2.992,5	1.071,33	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SERRA	11%	34%	45,0%	2.255,0	770,59	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ANCHIETA	22%	16%	37,7%	1.662,3	687,79	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	COLATINA	32%	9%	40,7%	3.496,1	553,76	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SANTA LEOPOLDINA	12%	21%	33,6%	1.920,0	524,50	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	GUARAPARI	8%	29%	36,9%	2.312,4	463,68	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	BOA ESPERANCA	31%	6%	37,1%	2.649,0	388,33	Alto	Alto		Problema

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	LINHARES	25%	8%	32,8%	2.376,8	388,02	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VITORIA	10%	17%	27,2%	2.295,7	338,73	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VIANA	3%	50%	53,1%	3.029,9	334,55	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	CARIACICA	4%	45%	48,9%	2.890,6	322,48	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	AFONSO CLAUDIO	5%	29%	34,3%	3.419,4	305,19	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ARACRUZ	17%	9%	26,0%	3.159,7	303,03	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VILA VELHA	5%	27%	32,7%	2.159,4	288,37	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	NOVA VENECIA	32%	4%	36,5%	2.406,9	284,95	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MARECHAL FLORIANO	6%	25%	30,5%	4.594,0	275,42	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SAO MATEUS	22%	6%	28,1%	1.756,6	273,58	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SANTA TERESA	21%	7%	27,4%	4.293,3	271,97	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MUCURICI	14%	10%	23,5%	2.149,2	269,13	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	IBIRACU	21%	6%	26,8%	4.069,9	234,10	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	LARANJA DA TERRA	19%	6%	25,0%	2.736,4	230,86	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	JAGUARE	18%	6%	23,9%	2.850,9	212,94	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PANCAS	42%	2%	44,5%	4.345,9	207,62	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	BAIXO GUANDU	29%	3%	32,0%	2.687,2	180,33	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SOORETAMA	18%	5%	23,0%	3.760,0	176,82	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ITARANA	5%	18%	22,6%	3.824,8	170,39	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ALFREDO CHAVES	5%	16%	21,1%	2.858,3	165,61	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PINHEIROS	14%	6%	19,8%	3.632,1	158,72	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ALTO RIO NOVO	55%	1%	55,9%	4.101,7	154,98	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	JOAO NEIVA	11%	6%	17,1%	4.675,3	135,30	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ITAGUACU	32%	2%	33,7%	4.330,7	116,00	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	AGUA DOCE DO NORTE	18%	3%	21,0%	4.403,4	114,46	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PEDRO CANARIO	6%	10%	15,5%	1.665,7	110,88	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MONTANHA	13%	4%	16,8%	4.425,5	102,52	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	JOAO NEIVA	20%	2%	22,3%	5.951,5	93,86	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	BOA ESPERANCA	13%	3%	16,5%	3.795,1	90,74	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SAO DOMINGOS DO NORTE	76%	0%	76,2%	5.969,4	67,97	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	IBIRACU	20%	2%	21,9%	5.759,9	64,50	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	JAGUARE	15%	2%	16,8%	3.492,6	63,21	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VITORIA	4%	8%	11,9%	6.300,4	62,98	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MONTANHA	11%	3%	13,4%	3.645,4	55,80	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	PANCAS	74%	0%	74,8%	5.918,2	52,81	Alto	Baixo		ok

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	PINHEIROS	17%	1%	18,0%	3.200,5	47,17	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	BAIXO GUANDU	44%	1%	44,4%	3.221,8	43,97	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	NOVA VENEZIA	37%	1%	37,7%	3.147,8	43,26	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	COLATINA	50%	0%	50,8%	3.597,6	43,06	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	LINHARES	27%	1%	27,5%	2.356,3	40,25	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	PEDRO CANARIO	16%	1%	16,9%	3.137,5	39,06	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MARILANDIA	60%	0%	60,1%	4.096,4	38,46	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	RIO BANANAL	59%	0%	59,7%	4.170,9	38,29	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SOORETAMA	38%	0%	38,2%	3.178,6	35,60	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ALFREDO CHAVES	3%	4%	7,2%	6.212,6	25,81	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	BREJETUBA	4%	4%	7,1%	5.969,4	25,51	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SAO MATEUS	15%	1%	16,1%	3.323,0	23,76	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ANCHIETA	2%	5%	7,3%	7.058,6	23,25	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SAO GABRIEL DA PALHA	58%	0%	58,6%	4.093,2	21,70	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	LARANJA DA TERRA	6%	2%	7,5%	3.392,7	21,36	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	6%	1%	7,0%	4.288,2	15,76	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	DOMINGOS MARTINS	2%	5%	6,4%	7.086,9	15,36	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	3%	2%	5,1%	4.406,2	12,89	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ITARANA	13%	0%	13,3%	5.598,7	11,05	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ATILIO VIVACQUA	2%	3%	4,5%	7.323,2	9,18	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SANTA MARIA DE JETIBA	2%	2%	4,0%	5.354,1	7,90	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	PIUMA	2%	2%	3,8%	4.556,7	7,13	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MUQUI	4%	1%	5,2%	5.222,8	6,68	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MIMOSO DO SUL	5%	0%	5,4%	4.105,2	4,17	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MARATAIZES	5%	0%	5,5%	3.405,8	3,98	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	IUNA	1%	2%	3,1%	5.059,8	3,66	Alto	Baixo		ok

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ITAPEMIRIM	2%	1%	2,7%	3.397,2	2,42	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ICONHA	1%	1%	1,8%	3.950,4	1,54	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	CASTELO	0%	0%	0,7%	4.306,7	0,27	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ALEGRE	0%	0%	0,3%	5.207,2	0,03	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VIANA	4%	49%	52,6%	3.835,9	391,57	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SERRA	9%	20%	29,3%	4.537,5	375,05	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	CARIACICA	4%	36%	40,3%	3.594,8	300,39	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VILA VALERIO	76%	2%	77,8%	5.887,9	297,32	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	FUNDAO	9%	9%	18,3%	4.626,8	167,56	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VILA VELHA	4%	20%	23,5%	4.537,4	150,88	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ARACRUZ	14%	5%	18,5%	5.980,9	129,00	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SANTA TERESA	32%	2%	34,0%	4.546,2	124,77	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MARECHAL FLORIANO	6%	10%	15,4%	5.841,4	111,63	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	AFONSO CLAUDIO	5%	11%	15,9%	3.452,4	110,61	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	GUARAPARI	5%	12%	16,1%	5.383,2	104,92	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SANTA LEOPOLDINA	2%	23%	25,2%	3.178,7	104,89	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	JOAO NEIVA	20%	2%	22,3%	5.951,5	93,86	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	BOA ESPERANCA	13%	3%	16,5%	3.795,1	90,74	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SAO DOMINGOS DO NORTE	76%	0%	76,2%	5.969,4	67,97	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	IBIRACU	20%	2%	21,9%	5.759,9	64,50	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	JAGUARE	15%	2%	16,8%	3.492,6	63,21	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VITORIA	4%	8%	11,9%	6.297,5	63,03	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MONTANHA	11%	3%	13,4%	3.645,4	55,80	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	PANCAS	74%	0%	74,8%	5.918,2	52,81	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	PINHEIROS	17%	1%	18,0%	3.200,5	47,17	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	BAIXO GUANDU	44%	1%	44,4%	3.221,8	43,97	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	NOVA VENECIA	37%	1%	37,7%	3.147,8	43,26	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	COLATINA	50%	0%	50,8%	3.597,6	43,06	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	LINHARES	27%	1%	27,5%	2.356,3	40,25	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	PEDRO CANARIO	16%	1%	16,9%	3.137,5	39,06	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MARILANDIA	60%	0%	60,1%	4.096,4	38,46	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	RIO BANANAL	59%	0%	59,7%	4.170,9	38,29	Alto	Baixo		ok

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SOORETAMA	38%	0%	38,2%	3.178,6	35,60	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ALFREDO CHAVES	3%	4%	7,2%	6.212,6	25,81	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	BREJETUBA	4%	4%	7,1%	5.969,4	25,51	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SAO MATEUS	15%	1%	16,1%	3.323,0	23,76	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ANCHIETA	2%	5%	7,3%	7.058,6	23,25	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SAO GABRIEL DA PALHA	58%	0%	58,6%	4.093,2	21,70	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	LARANJA DA TERRA	6%	2%	7,5%	3.392,7	21,36	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	DOMINGOS MARTINS	2%	5%	6,4%	7.086,9	15,36	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	6%	1%	6,9%	4.166,5	15,30	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	3%	2%	5,1%	4.406,2	12,89	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ITARANA	13%	0%	13,3%	5.598,7	11,05	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ATILIO VIVACQUA	2%	3%	4,5%	7.323,2	9,18	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SANTA MARIA DE JETIBA	2%	2%	4,0%	5.354,1	7,90	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	PIUMA	2%	2%	3,8%	4.495,0	7,04	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MUQUI	4%	1%	5,2%	5.222,8	6,68	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MIMOSO DO SUL	5%	0%	5,4%	4.105,2	4,17	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MARATAIZES	5%	0%	5,5%	3.405,8	3,98	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	IUNA	1%	2%	3,1%	5.059,8	3,66	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ITAPEMIRIM	2%	1%	2,7%	3.397,2	2,42	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ICONHA	1%	1%	1,8%	3.950,4	1,54	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	CASTELO	0%	0%	0,7%	4.306,7	0,27	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ALEGRE	0%	0%	0,3%	5.207,2	0,03	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VIANA	4%	49%	52,6%	3.835,9	391,57	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SERRA	9%	20%	29,3%	4.529,7	375,47	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	CARIACICA	4%	36%	40,4%	3.595,0	300,93	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VILA VALERIO	76%	2%	77,8%	5.887,9	297,32	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	FUNDAO	9%	9%	18,3%	4.626,8	167,56	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VILA VELHA	4%	20%	23,5%	4.532,1	150,96	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SANTA TERESA	32%	2%	34,0%	4.546,2	124,77	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ARACRUZ	13%	4%	17,7%	6.121,5	118,10	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MARECHAL FLORIANO	6%	10%	15,4%	5.841,4	111,63	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	AFONSO CLAUDIO	5%	11%	15,9%	3.452,4	110,61	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	GUARAPARI	5%	12%	16,1%	5.383,2	104,92	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SANTA LEOPOLDINA	2%	23%	25,2%	3.178,7	104,89	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	LINHARES	1%	60%	61,0%	4.602,2	82,97	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VILA VALERIO	2%	23%	24,5%	5.944,2	82,64	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	PIUMA	0%	61%	61,8%	4.891,8	54,52	Alto	Baixo		ok

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	PANCAS	1%	30%	30,7%	4.763,0	44,89	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	0%	50%	50,7%	4.664,7	42,17	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	GOVERNADOR LINDENBERG	1%	21%	21,4%	6.596,0	36,67	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	ATILIO VIVACQUA	0%	31%	31,9%	5.495,5	30,76	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	SAO GABRIEL DA PALHA	1%	20%	21,1%	6.557,0	26,48	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	MANTENOPOLIS	1%	8%	9,2%	8.311,2	13,02	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	0%	17%	17,4%	6.903,8	7,45	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	GUACUI	0%	18%	18,3%	6.949,2	3,82	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	FUNDAO	17%	68%	85,7%	5.104,4	2.383,47	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	RIO BANANAL	16%	59%	74,9%	4.175,6	1.896,17	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	AFONSO CLAUDIO	8%	87%	95,2%	7.659,7	1.421,41	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VITORIA	9%	74%	83,2%	5.697,3	1.395,42	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	ALFREDO CHAVES	6%	89%	94,9%	7.990,6	1.031,49	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	DOMINGOS MARTINS	6%	69%	75,6%	5.315,5	848,77	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VILA VELHA	5%	83%	87,2%	6.917,7	770,70	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	SERRA	5%	77%	82,2%	6.203,6	740,38	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	IBIRACU	5%	59%	63,7%	4.607,3	586,67	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	CARIACICA	3%	84%	86,7%	7.136,6	473,02	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	JOAO NEIVA	3%	87%	89,9%	7.728,9	440,19	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	GUARAPARI	3%	80%	82,5%	6.633,1	436,95	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	ANCHIETA	2%	79%	80,9%	6.402,1	354,07	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VIANA	1%	88%	89,3%	7.801,4	254,22	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	ARACRUZ	1%	76%	77,7%	6.274,5	202,76	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	COLATINA	4%	26%	30,2%	5.096,0	197,89	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	BOA ESPERANCA	1%	97%	97,8%	9.449,6	109,20	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	NOVA VENEZIA	0%	96%	96,9%	9.297,0	88,51	Alto	Baixo	Acima 80%	Problema

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatório	PEDRO CANARIO	0%	99%	99,4%	9.807,3	76,92	Alto	Baixo	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatório	SOORETAMA	0%	88%	88,2%	7.798,5	44,19	Alto	Baixo	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatório	SANTA TERESA	0%	97%	97,0%	9.383,6	32,23	Alto	Baixo	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatório	JAGUARE	0%	96%	95,8%	9.153,9	27,88	Alto	Baixo	Acima 80%	Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	DOMINGOS MARTINS	2%	25%	27,2%	3.205,9	97,85	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MANTENOPOLIS	10%	4%	14,0%	6.488,9	82,76	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	BARRA DE SAO FRANCISCO	8%	5%	13,0%	5.707,4	78,02	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	2%	13%	14,8%	5.375,4	51,37	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MARATAIZES	1%	15%	16,6%	5.127,8	35,21	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ITAPEMIRIM	1%	16%	16,7%	4.461,2	31,35	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MIMOSO DO SUL	2%	5%	7,8%	6.656,3	26,06	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MUNIZ FREIRE	0%	16%	16,9%	5.639,1	13,73	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	RIO NOVO DO SUL	1%	10%	10,7%	5.461,5	12,27	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PRESIDENTE KENNEDY	1%	5%	6,1%	7.352,5	10,06	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ATILIO VIVACQUA	1%	5%	5,7%	8.245,1	7,16	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	IUNA	0%	22%	22,4%	4.600,4	6,77	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	JERONIMO MONTEIRO	0%	4%	4,5%	8.185,0	3,54	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VARGEM ALTA	0%	7%	7,4%	7.814,3	3,34	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	BOM JESUS DO NORTE	0%	5%	5,5%	1.616,6	2,01	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	CONCEICAO DO CASTELO	0%	10%	10,5%	7.426,2	1,99	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ALEGRE	0%	8%	7,8%	6.262,2	1,82	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	0%	5%	4,8%	7.365,5	1,36	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MUQUI	0%	8%	7,9%	6.806,3	1,16	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	CASTELO	0%	4%	4,0%	8.308,3	1,07	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	GUACUI	0%	8%	8,3%	6.865,6	0,73	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ICONHA	0%	7%	6,6%	7.372,5	0,44	Alto	Baixo		ok
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	BOA ESPERANCA	23%	30%	53,2%	2.351,4	1.385,64	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	FUNDAO	14%	48%	61,2%	3.236,8	1.293,47	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	NOVA VENECIA	25%	23%	49,0%	2.073,9	1.196,31	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ANCHIETA	16%	34%	50,4%	2.092,0	1.112,69	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SANTA TERESA	15%	31%	46,6%	3.237,1	952,44	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	RIO BANANAL	53%	9%	61,7%	3.417,0	913,02	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	JAGUARE	11%	40%	51,2%	2.754,1	899,72	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SAO MATEUS	16%	28%	44,0%	1.803,0	893,67	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SERRA	10%	44%	53,8%	2.766,5	869,32	Alto	Alto		Problema

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	LARANJA DA TERRA	13%	32%	45,4%	2.344,7	844,97	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SANTA LEOPOLDINA	8%	45%	53,2%	2.749,0	750,70	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PINHEIROS	7%	51%	58,2%	3.544,6	741,02	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ITAGUACU	23%	16%	38,9%	2.773,3	730,78	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	AFONSO CLAUDIO	6%	53%	59,9%	3.870,3	692,04	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	LINHARES	21%	16%	37,3%	2.018,5	682,63	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	COLATINA	27%	12%	38,7%	3.581,7	641,42	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ARACRUZ	14%	21%	35,4%	2.853,8	604,12	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PANCAS	32%	9%	41,2%	3.967,1	581,80	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	GUARAPARI	6%	46%	52,2%	3.069,0	574,32	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VILA PAVAO	18%	16%	33,1%	1.852,9	544,22	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SOORETAMA	16%	16%	31,9%	3.062,0	508,02	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	IBIRACU	19%	13%	32,2%	3.672,7	502,28	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VITORIA	10%	26%	35,2%	2.271,1	492,68	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MUCURICI	10%	23%	32,9%	2.036,7	457,14	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ALTO RIO NOVO	42%	5%	47,3%	3.763,4	456,20	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	BAIXO GUANDU	19%	12%	30,9%	3.219,6	448,65	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ALFREDO CHAVES	5%	40%	45,7%	2.884,8	434,59	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SAO ROQUE DO CANAA	50%	4%	54,0%	4.089,4	415,04	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PONTO BELO	11%	19%	29,8%	1.973,0	406,80	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VILA VELHA	5%	38%	43,3%	2.474,1	391,61	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	CARIACICA	3%	56%	59,6%	3.716,8	376,76	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VILA VALERIO	31%	6%	37,3%	3.841,5	366,98	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MARECHAL FLORIANO	4%	42%	45,8%	4.132,8	348,49	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MONTANHA	11%	16%	26,6%	3.698,0	343,07	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VIANA	3%	60%	63,2%	4.012,0	341,56	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PEDRO CANARIO	4%	39%	42,8%	2.230,0	305,09	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	JOAO NEIVA	10%	14%	24,4%	4.074,7	289,72	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	CONCEICAO DA BARRA	4%	34%	37,1%	2.108,2	237,89	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	AGUIA BRANCA	33%	3%	36,9%	4.506,2	230,16	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SAO GABRIEL DA PALHA	23%	5%	27,2%	4.599,7	207,59	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ITARANA	4%	23%	27,1%	3.159,6	181,54	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	GOVERNADOR LINDENBERG	33%	2%	35,0%	4.716,7	157,35	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SAO DOMINGOS DO NORTE	21%	4%	24,4%	5.195,5	153,49	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	AGUA DOCE DO NORTE	11%	7%	17,5%	5.444,3	144,73	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PIUMA	2%	30%	32,1%	2.919,0	132,92	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ECOPORANGA	14%	5%	18,9%	5.433,5	130,00	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SANTA MARIA DE JETIBA	1%	40%	41,3%	4.606,5	103,26	Alto	Alto		Problema
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MARILANDIA	27%	2%	29,1%	5.302,3	100,83	Alto	Alto		Problema

Tabela 17 – Análise de market share em percentual em mercados municipais (Dados ANS/ Junho de 2016)

Além dos cenários municipais em *market share*, incluiu-se, também, os cenários em nível, para possibilitar que o analista verifique o tamanho dos mercados analisados.

Dos 345 cenários municipais, há os seguintes:

- Até 100 vidas = 20 cenários
- De 100 até 1.000 vidas = 170 cenários
- Acima de 1.000 vidas = 155 cenários

O maior cenário analisado foi de 116 mil 730 vidas.



Figura 9 – Vidas por cenário municipal

Os cenários com menores número de vidas foram os seguintes:

- Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial – Santa Teresa = 5
- Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial – Guarapari = 7
- Mercado Municipal Individual segregado cobertura total – Brejetuba = 15
- Mercado Municipal individual agregado – Brejetuba = 15
- Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial – Aracruz = 24
- Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total – Brejetuba = 28
- Mercado Municipal coletivo por adesão agregado – Brejetuba = 28
- Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial – Viana = 48
- Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total – Mucurici = 51
- Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total- Laranja da Terra = 53

Ou seja, os cenários são heterogêneos em termos de tamanho e há cenários muito pequenos como o de Santa Teresa individual ambulatorial acima referido. No entanto, estes cenários são apresentados de forma simultânea à análise de clusters, que possui, como já referido, uma série de limitações.

Enfim, os dados encontram-se abaixo dos diferentes cenários:

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

MERCADO	MUNICÍPIO	SBS (VIDAS)	SAMP (VIDAS)	TOTAL - MERCADO (VIDAS)
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	FUNDAO	47	17	472
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	VILA VELHA	2049	1681	30995
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	VITORIA	1985	1004	30940
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	JAGUARE	10	2	120
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	NOVA VENECIA	117	5	655
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	PINHEIROS	13	1	115
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	BOA ESPERANCA	1	5	75
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	GUARAPARI	122	62	3091
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	BAIXO GUANDU	88	1	343
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	ARACRUZ	61	62	2926
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	MARECHAL FLORIANO	6	1	117
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	AFONSO CLAUDIO	6	1	128
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	JOAO NEIVA	27	5	659
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	IBIRACU	8	7	472
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	SAO MATEUS	128	3	1240
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	SANTA TERESA	92	1	736
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	2	3	211
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	BARRA DE SAO FRANCISCO	27	1	479
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	PIUMA	3	1	170
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	DOMINGOS MARTINS	7	2	388
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	LINHARES	276	3	4122
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	ITAPEMIRIM	3	1	255
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	COLATINA	1153	1	5903
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	MARATAIZES	5	2	653
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	179	5	8086
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	IUNA	1	1	297
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	VIANA	165	258	1180
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	CARIACICA	1252	1381	10719
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	SERRA	1440	1017	10599
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	SANTA LEOPOLDINA	8	5	64
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	BREJETUBA	2	1	15
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	VILA VALERIO	23	1	57

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	SANTA TERESA	4	1	5
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	VILA VELHA	189	55	281
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	GUARAPARI	1	6	7
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	VITORIA	140	29	188
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	ARACRUZ	3	21	24
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	SERRA	131	27	184
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	CARIACICA	204	40	283
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	VIANA	41	2	48
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	COLATINA	88	1	89
Mercado Municipal individual agregado	VILA VELHA	2238	1736	31276
Mercado Municipal individual agregado	FUNDAO	48	17	473
Mercado Municipal individual agregado	VITORIA	2125	1033	31128
Mercado Municipal individual agregado	BOA ESPERANCA	2	5	76
Mercado Municipal individual agregado	NOVA VENECIA	126	5	664
Mercado Municipal individual agregado	JAGUARE	10	2	120
Mercado Municipal individual agregado	PINHEIROS	13	1	115
Mercado Municipal individual agregado	GUARAPARI	123	68	3098
Mercado Municipal individual agregado	BAIXO GUANDU	101	1	356
Mercado Municipal individual agregado	ARACRUZ	64	83	2950
Mercado Municipal individual agregado	MARECHAL FLORIANO	6	1	117
Mercado Municipal individual agregado	AFONSO CLAUDIO	6	1	128
Mercado Municipal individual agregado	SANTA TERESA	96	2	741
Mercado Municipal individual agregado	JOAO NEIVA	30	5	663
Mercado Municipal individual agregado	SAO MATEUS	149	3	1262
Mercado Municipal individual agregado	IBIRACU	8	7	472
Mercado Municipal individual agregado	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	2	3	211
Mercado Municipal individual agregado	BARRA DE SAO FRANCISCO	29	1	483
Mercado Municipal individual agregado	PIUMA	3	1	170
Mercado Municipal individual agregado	DOMINGOS MARTINS	7	2	388
Mercado Municipal individual agregado	LINHARES	276	5	4128
Mercado Municipal individual agregado	COLATINA	1241	2	5992
Mercado Municipal individual agregado	ITAPEMIRIM	3	1	255
Mercado Municipal individual agregado	MARATAIZES	6	2	654
Mercado Municipal individual agregado	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	186	5	8093
Mercado Municipal individual agregado	IUNA	1	1	297
Mercado Municipal individual agregado	VIANA	206	260	1228
Mercado Municipal individual agregado	CARIACICA	1456	1421	11002
Mercado Municipal individual agregado	SERRA	1571	1044	10783
Mercado Municipal individual agregado	SANTA LEOPOLDINA	8	5	64
Mercado Municipal individual agregado	BREJETUBA	2	1	15
Mercado Municipal individual agregado	VILA VALERIO	23	1	57
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	RIO BANANAL	1055	14	1792

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VILA PAVAO	62	5	288
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SAO ROQUE DO CANAA	767	9	1363
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	CONCEICAO DA BARRA	44	60	877
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PIUMA	35	98	1036
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VILA VALERIO	288	4	707
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SAO GABRIEL DA PALHA	1087	32	3907
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MANTENOPOLIS	29	2	177
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ECOPORANGA	145	8	850
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	BARRA DE SAO FRANCISCO	362	51	3403
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PONTO BELO	11	1	85
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	DOMINGOS MARTINS	22	342	2299
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SANTA MARIA DE JETIBA	36	98	1765
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	GOVERNADOR LINDENBERG	350	3	965
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	AGUIA BRANCA	273	2	696
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	760	892	31336
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MIMOSO DO SUL	52	44	1847
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SAO DOMINGOS DO NORTE	207	2	923
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MARATAIZES	35	55	2010
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ITAPEMIRIM	28	48	1697
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MARILANDIA	514	2	1672
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MUNIZ FREIRE	5	44	779
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PRESIDENTE KENNEDY	6	6	465
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	RIO NOVO DO SUL	10	22	1380
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	JERONIMO MONTEIRO	5	12	883
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	IUNA	2	20	745
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ATILIO VIVACQUA	10	11	1314
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VARGEM ALTA	5	22	1822
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	CONCEICAO DO CASTELO	1	14	721
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ALEGRE	3	32	1914
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MUQUI	1	29	1092
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	4	34	3202
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	CASTELO	8	36	4995
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ICONHA	1	45	2614
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	BOM JESUS DO NORTE	1	1	500

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	FUNDAO	223	750	1767
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SERRA	10249	29931	89229
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ANCHIETA	469	328	2115
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	COLATINA	7508	2030	23462
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SANTA LEOPOLDINA	39	68	318
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	GUARAPARI	875	3159	10919
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	BOA ESPERANCA	151	31	491
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	LINHARES	7527	2321	30008
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VITORIA	7795	14079	80497
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VIANA	327	4840	9727
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	CARIACICA	2063	26263	57968
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	AFONSO CLAUDIO	69	383	1316
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ARACRUZ	3477	1767	20137
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VILA VELHA	4943	25865	94166
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	NOVA VENEZIA	1603	223	5009
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MARECHAL FLORIANO	78	355	1418
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SAO MATEUS	3058	881	14034
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SANTA TERESA	330	103	1581
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MUCURICI	7	5	51
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	IBIRACU	370	96	1742
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	LARANJA DA TERRA	34	11	180
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	JAGUARE	202	66	1119
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PANCAS	358	21	851
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	BAIXO GUANDU	528	57	1827
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SOORETAMA	455	123	2516
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ITARANA	30	112	628
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ALFREDO CHAVES	45	138	866
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PINHEIROS	106	42	749
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ALTO RIO NOVO	115	3	211
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	JOAO NEIVA	275	154	2502
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ITAGUACU	193	11	605
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	AGUA DOCE DO NORTE	33	6	186
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PEDRO CANARIO	60	105	1066
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MONTANHA	122	38	951

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	JOAO NEIVA	110	13	552
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	BOA ESPERANCA	15	4	115
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SAO DOMINGOS DO NORTE	169	1	223
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	IBIRACU	64	5	315
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	JAGUARE	41	6	279
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VITORIA	1614	3203	40517
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MONTANHA	21	5	194
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	PANCAS	210	1	282
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	PINHEIROS	35	3	211
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	BAIXO GUANDU	175	2	399
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	NOVA VENEZIA	509	8	1372
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	COLATINA	2354	20	4676
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	LINHARES	1240	35	4644
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	PEDRO CANARIO	25	2	160
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MARILANDIA	186	1	311
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	RIO BANANAL	184	1	310
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SOORETAMA	80	1	212
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ALFREDO CHAVES	8	10	249
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	BREJETUBA	1	1	28
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SAO MATEUS	375	19	2449
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ANCHIETA	14	29	591
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SAO GABRIEL DA PALHA	314	1	538
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	LARANJA DA TERRA	3	1	53
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	285	71	5068
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	DOMINGOS MARTINS	10	30	625
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	11	9	392
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ITARANA	30	1	233
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ATILIO VIVACQUA	2	4	132
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SANTA MARIA DE JETIBA	5	4	225
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	PIUMA	5	6	290
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MUQUI	12	2	268
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MIMOSO DO SUL	12	1	240
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MARATAIZES	39	3	767
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	IUNA	1	3	128

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ITAPEMIRIM	8	2	364
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ICONHA	1	1	114
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	CASTELO	3	2	672
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ALEGRE	2	1	1140
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VIANA	54	652	1341
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SERRA	1391	2908	14687
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	CARIACICA	437	3803	10519
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VILA VALERIO	116	3	153
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	FUNDAO	46	47	508
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VILA VELHA	1171	6014	30553
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ARACRUZ	339	113	2437
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SANTA TERESA	231	14	720
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MARECHAL FLORIANO	16	26	273
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	AFONSO CLAUDIO	17	35	328
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	GUARAPARI	168	434	3728
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SANTA LEOPOLDINA	3	30	131
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	JOAO NEIVA	110	13	552
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	BOA ESPERANCA	15	4	115
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SAO DOMINGOS DO NORTE	169	1	223
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	IBIRACU	64	5	315
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	JAGUARE	41	6	279
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VITORIA	1614	3207	40527
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MONTANHA	21	5	194
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	PANCAS	210	1	282
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	PINHEIROS	35	3	211
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	BAIXO GUANDU	175	2	399
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	NOVA VENEZIA	509	8	1372
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	COLATINA	2354	20	4676
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	LINHARES	1240	35	4644
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	PEDRO CANARIO	25	2	160
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MARILANDIA	186	1	311
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	RIO BANANAL	184	1	310
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SOORETAMA	80	1	212
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ALFREDO CHAVES	8	10	249
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	BREJETUBA	1	1	28
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SAO MATEUS	375	19	2449
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ANCHIETA	14	29	591
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SAO GABRIEL DA PALHA	314	1	538
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	LARANJA DA TERRA	3	1	53
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	DOMINGOS MARTINS	10	30	625

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	285	71	5143
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	11	9	392
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ITARANA	30	1	233
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ATILIO VIVACQUA	2	4	132
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SANTA MARIA DE JETIBA	5	4	225
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	PIUMA	5	6	292
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MUQUI	12	2	268
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MIMOSO DO SUL	12	1	240
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MARATAIZES	39	3	767
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	IUNA	1	3	128
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ITAPEMIRIM	8	2	364
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ICONHA	1	1	114
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	CASTELO	3	2	672
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ALEGRE	2	1	1140
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VIANA	54	652	1341
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SERRA	1391	2918	14704
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	CARIACICA	437	3828	10544
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VILA VALERIO	116	3	153
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	FUNDAO	46	47	508
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VILA VELHA	1171	6026	30576
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SANTA TERESA	231	14	720
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ARACRUZ	339	113	2547
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MARECHAL FLORIANO	16	26	273
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	AFONSO CLAUDIO	17	35	328
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	GUARAPARI	168	434	3728
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SANTA LEOPOLDINA	3	30	131
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	LINHARES	39	3422	5672
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VILA VALERIO	4	50	220
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	PIUMA	3	414	675
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	PANCAS	2	80	267
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	35	4195	8345
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	GOVERNADOR LINDENBERG	1	23	112
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	ATILIO VIVACQUA	1	64	204
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	SAO GABRIEL DA PALHA	6	190	928
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	MANTENOPOLIS	1	11	130
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	2	159	924
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	GUACUI	1	174	954
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	FUNDAO	77	301	441
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	RIO BANANAL	45	164	279
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	AFONSO CLAUDIO	78	831	955

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VITORIA	1267	9888	13400
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	ALFREDO CHAVES	25	385	432
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	DOMINGOS MARTINS	33	375	540
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VILA VELHA	1053	18632	22564
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	SERRA	1314	21267	27475
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	IBIRACU	15	176	300
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	CARIACICA	648	19259	22971
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	JOAO NEIVA	7	243	278
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	GUARAPARI	151	4399	5514
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	ANCHIETA	20	698	888
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VIANA	54	3282	3734
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	ARACRUZ	59	3395	4445
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	COLATINA	207	1466	5538
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	BOA ESPERANCA	1	173	178
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	NOVA VENEZIA	6	1260	1307
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	PEDRO CANARIO	2	510	515
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	SOORETAMA	1	350	398
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	SANTA TERESA	1	582	601
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	JAGUARE	1	656	686
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	DOMINGOS MARTINS	55	717	2839
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MANTENOPOLIS	30	13	307
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	BARRA DE SAO FRANCISCO	362	209	4404
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	795	5087	39681
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MARATAIZES	35	475	3073
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ITAPEMIRIM	28	442	2810
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MIMOSO DO SUL	52	114	2133
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MUNIZ FREIRE	5	198	1201
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	RIO NOVO DO SUL	10	165	1640
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PRESIDENTE KENNEDY	6	31	608
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ATILIO VIVACQUA	11	75	1518
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	IUNA	2	293	1316
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	JERONIMO MONTEIRO	5	46	1140
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VARGEM ALTA	5	153	2140
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	BOM JESUS DO NORTE	1	28	528
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	CONCEICAO DO CASTELO	1	108	1043
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ALEGRE	3	196	2542
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	6	193	4126
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MUQUI	1	105	1347
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	CASTELO	8	218	5715

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	GUACUI	1	186	2256
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ICONHA	1	195	2961
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	BOA ESPERANCA	152	204	669
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	FUNDAO	300	1051	2208
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	NOVA VENEZIA	1609	1483	6316
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ANCHIETA	489	1026	3003
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SANTA TERESA	331	685	2182
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	RIO BANANAL	1100	178	2071
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	JAGUARE	203	722	1805
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SAO MATEUS	3058	5386	19199
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SERRA	11563	51198	116704
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	LARANJA DA TERRA	34	84	260
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SANTA LEOPOLDINA	39	209	466
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PINHEIROS	106	741	1456
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ITAGUACU	193	132	835
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	AFONSO CLAUDIO	147	1214	2271
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	LINHARES	7566	5743	35680
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	COLATINA	7715	3496	29000
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ARACRUZ	3536	5162	24582
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PANCAS	360	101	1118
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	GUARAPARI	1026	7558	16433
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VILA PAVAO	62	55	354
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SOORETAMA	456	473	2914
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	IBIRACU	385	272	2042
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VITORIA	9062	23967	93897
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MUCURICI	7	16	70
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ALTO RIO NOVO	115	15	275
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	BAIXO GUANDU	528	322	2753
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ALFREDO CHAVES	70	523	1298
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SAO ROQUE DO CANAA	767	64	1538
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PONTO BELO	11	20	104
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VILA VELHA	5996	44497	116730
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	CARIACICA	2711	45522	80939
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VILA VALERIO	292	54	927
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MARECHAL FLORIANO	78	777	1865
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MONTANHA	122	177	1122
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VIANA	381	8122	13461
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PEDRO CANARIO	62	615	1581
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	JOAO NEIVA	282	397	2780
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	CONCEICAO DA BARRA	44	417	1242
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	AGUIA BRANCA	273	28	815
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SAO GABRIEL DA PALHA	1093	222	4835
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ITARANA	30	178	767
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	GOVERNADOR LINDENBERG	351	26	1077
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SAO DOMINGOS DO NORTE	207	37	999

Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	AGUA DOCE DO NORTE	33	20	302
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PIUMA	38	512	1711
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ECOPORANGA	145	46	1013
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SANTA MARIA DE JETIBA	36	1118	2792
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MARILANDIA	514	35	1889

Tabela 18 –Análise de market share em nível em mercados municipais (Dados ANS/ Junho de 2016)

2.4.2. Análise das concentrações em clusters

Além dos cenários municipais, apresentam-se 156 cenários de clusters de municípios, conforme sugerido pelas requerentes, nas tabelas abaixo:

MERCADO	Município	A=SBS	B= Samp	A+B	HHI prévio	Δ HHI	Análise 1	Análise 2	Análise 3	Diagnóstico
Cluster individual cobertura total	CARIACICA	8%	6%	14,1%	3.353,0	97,99	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	VIANA	7%	6%	13,2%	3.046,0	86,47	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	ANCHIETA	7%	6%	12,6%	2.098,0	78,48	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	SERRA	8%	5%	12,7%	3.186,0	77,05	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	AFONSOCLAUDIO	9%	4%	12,9%	3.039,0	70,77	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	FUNDAO	8%	5%	12,3%	3.857,0	70,61	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	IBIRACU	8%	4%	12,5%	2.691,0	70,55	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	PINHEIROS	9%	4%	12,8%	2.510,0	66,52	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	VILAVELHA	7%	4%	10,8%	3.364,0	56,47	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	VITORIA	6%	3%	9,7%	4.325,0	41,64	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	NOVA VENECIA	16%	1%	16,3%	4.282,0	16,94	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	BOAESPERANCA	12%	1%	13,1%	6.122,0	16,68	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	GUARAPARI	4%	2%	6,0%	3.944,0	15,83	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	JAGUARE	13%	0%	13,2%	6.041,0	12,56	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	MONTANHA	12%	0%	12,4%	6.036,0	9,92	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	ARACRUZ	2%	2%	4,2%	6.533,0	8,83	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	SAOMATEUS	10%	0%	10,6%	6.168,0	4,99	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	SAOGABRIELDAPALHA	20%	0%	20,2%	5.315,0	3,41	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	VILAVALERIO	14%	0%	14,6%	3.198,0	3,04	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	ALTORIONOVO	21%	0%	20,7%	6.156,0	1,28	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	BAIXOGUANDU	20%	0%	19,9%	6.267,0	1,27	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	RIOBANANAL	7%	0%	7,1%	5.886,0	1,00	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	LINHARES	7%	0%	6,8%	5.961,0	0,97	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	SOORETAMA	7%	0%	6,8%	5.945,0	0,95	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	PANCAS	20%	0%	20,2%	6.311,0	0,67	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	COLATINA	20%	0%	19,5%	6.403,0	0,66	Alto	Baixo		ok

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cluster individual cobertura total	SAOROQUEDOCAN AA	20%	0%	20,2%	6.251,0	0,66	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	CACHOEIRODEITAP EMIRIM	2%	0%	2,3%	9.112,0	0,27	Alto	Baixo		ok
Cluster individual cobertura total	VENDANOVAOIMI GRANTE	10%	10%	20,1%	1.806,0	201,43	Alto	Alto		Problema
Cluster individual cobertura total	SANTATERESA	13%	8%	20,3%	2.070,0	192,78	Alto	Alto		Problema
Cluster individual cobertura total	ITAGUACU	10%	6%	15,7%	2.711,0	114,11	Alto	Alto		Problema
Cluster individual cobertura total	LARANJADATERRA	9%	6%	15,2%	3.125,0	112,14	Alto	Alto		Problema
Cluster individual ambulatorial	FUNDAO	69%	19%	88,7%	5.237,0	2.668,83	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	VILAVELHA	70%	18%	88,1%	5.286,0	2.512,81	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	IBIRACU	71%	17%	88,8%	5.447,0	2.482,07	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	GUARAPARI	14%	86%	100,0%	7.551,0	2.448,98	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	ANCHIETA	69%	17%	86,7%	5.178,0	2.416,23	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	SERRA	70%	17%	87,5%	5.315,0	2.392,76	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	AFONSOCLAUDIO	75%	16%	90,8%	5.902,0	2.370,00	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	VITORIA	74%	15%	89,9%	5.818,0	2.297,42	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	VIANA	72%	16%	87,5%	5.450,0	2.260,13	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	PINHEIROS	75%	15%	90,3%	5.941,0	2.244,30	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	SANTATERESA	74%	15%	89,1%	5.788,0	2.210,43	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	ARACRUZ	13%	88%	100,0%	7.813,0	2.187,50	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	LARANJADATERRA	73%	14%	87,3%	5.580,0	2.109,70	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	VENDANOVAOIMI GRANTE	72%	14%	86,3%	5.505,0	2.033,33	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	CARIACICA	74%	14%	87,9%	5.738,0	2.029,62	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	ITAGUACU	76%	13%	89,1%	6.036,0	1.945,55	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	RIOBANANAL	25%	25%	50,0%	3.750,0	1.250,00	Alto	Alto		Problema
Cluster individual ambulatorial	VILAVALERIO	94%	2%	96,3%	8.864,0	418,11	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	COLATINA	99%	1%	100,0%	9.778,0	222,19	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	PANCAS	99%	1%	100,0%	9.785,0	215,03	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	SAOROQUEDOCAN AA	99%	1%	100,0%	9.792,0	208,31	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	BAIXOGUANDU	99%	1%	100,0%	9.806,0	194,16	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	ALTORIONOVO	99%	1%	100,0%	9.815,0	185,17	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster individual ambulatorial	SAOGABRIELDAPALHA	99%	1%	100,0%	9.821,0	178,56	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	VITORIA	4%	8%	11,9%	6.300,0	62,98	Alto	Baixo		ok

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cluster coletivo por adesão cobertura total	VILAVALERIO	35%	1%	36,1%	2.456,0	44,12	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	PANCAS	52%	0%	52,1%	3.678,0	43,81	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	SAOGABRIELDAPALHA	49%	0%	49,6%	3.300,0	43,30	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	ALTORIONOVO	52%	0%	52,0%	3.651,0	43,24	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	BAIXOGUANDU	50%	0%	50,3%	3.560,0	43,20	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	COLATINA	50%	0%	50,8%	3.598,0	43,06	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	NOVAVENECIA	29%	1%	29,6%	2.869,0	42,35	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	RIOBANANAL	29%	1%	29,5%	2.382,0	41,78	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	SAOROQUEDOCANAA	53%	0%	53,2%	3.754,0	41,57	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	SOORETAMA	27%	1%	27,9%	2.371,0	40,30	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	LINHARES	27%	1%	27,5%	2.356,0	40,25	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	BOAESPERANCA	23%	1%	23,3%	3.109,0	36,93	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	MONTANHA	22%	1%	23,1%	3.110,0	36,84	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	JAGUARE	23%	1%	23,4%	3.107,0	36,32	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	SAOMATEUS	15%	1%	16,1%	3.323,0	23,76	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	CACHOEIRODEITAPEMIRIM	6%	1%	7,0%	4.288,0	15,76	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	MUQUI	5%	1%	5,3%	4.593,0	5,58	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	CASTELO	0%	0%	0,7%	4.497,0	0,23	Alto	Baixo		ok
Cluster coletivo por adesão cobertura total	SANTATERESA	15%	20%	34,9%	3.501,0	597,42	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	ITAGUACU	8%	14%	22,3%	4.755,0	235,14	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	IBIRACU	8%	12%	20,9%	4.697,0	210,51	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	PINHEIROS	12%	9%	20,2%	4.501,0	200,52	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	VENDANOVAOIMIGRANTE	3%	27%	30,5%	3.422,0	187,72	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	AFONSOCLAUDIO	9%	10%	18,8%	5.120,0	177,41	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	ANCHIETA	4%	20%	24,2%	3.796,0	164,13	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	LARANJADATERRA	5%	15%	20,1%	5.194,0	155,44	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	SERRA	5%	14%	19,0%	5.269,0	138,12	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	FUNDAO	6%	11%	16,9%	5.717,0	134,07	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	VIANA	4%	16%	20,4%	5.027,0	130,25	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	ARACRUZ	14%	5%	18,5%	5.981,0	129,00	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	CARIACICA	4%	15%	18,6%	5.344,0	117,52	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	GUARAPARI	5%	12%	16,1%	5.383,0	104,92	Alto	Alto		Problema
Cluster coletivo por adesão cobertura total	VILAVELHA	4%	13%	16,9%	5.454,0	101,64	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ECOPORANGA	17%	1%	18,0%	5.383,0	32,11	Alto	Baixo		ok
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	CACHOEIRODEITAPEMIRIM	2%	3%	5,3%	6.269,0	13,81	Alto	Baixo		ok
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	MUQUI	2%	2%	4,3%	6.965,0	8,96	Alto	Baixo		ok
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	CASTELO	0%	1%	1,0%	8.760,0	0,32	Alto	Baixo		ok
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SANTATERESA	12%	31%	43,0%	2.066,0	760,87	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ITAGUACU	11%	28%	39,4%	2.021,0	624,81	Alto	Alto		Problema

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cluster Coletivo empresarial cobertura total	PINHEIROS	16%	19%	34,6%	1.570,0	592,50	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	AFONSCLAUDIO	13%	22%	34,6%	1.853,0	563,34	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	COLATINA	32%	9%	40,7%	3.496,0	553,76	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	IBIRACU	12%	22%	34,7%	1.808,0	552,88	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SAOROQUEDOCAN AA	33%	8%	41,5%	3.507,0	547,57	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	FUNDAO	12%	24%	35,2%	2.251,0	546,35	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	PANCAS	32%	8%	40,8%	3.520,0	545,85	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	BAIXOGUANDU	32%	8%	40,0%	3.429,0	524,48	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	LARANJADATERRA	9%	30%	38,7%	2.201,0	518,66	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ALTORIONOVO	32%	8%	40,3%	3.452,0	517,37	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SERRA	9%	27%	35,3%	2.161,0	464,53	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	GUARAPARI	8%	29%	36,9%	2.312,0	463,68	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SAOGABRIELDAPAL HA	31%	7%	38,1%	3.028,0	429,16	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	CARIACICA	7%	30%	37,4%	2.299,0	419,09	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	RIOBANANAL	27%	7%	34,3%	2.336,0	396,32	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VILAVALERIO	27%	7%	34,4%	1.793,0	389,00	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	LINHARES	25%	8%	32,8%	2.377,0	388,02	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SOORETAMA	25%	8%	32,1%	2.451,0	368,84	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VIANA	6%	29%	35,6%	2.239,0	365,97	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VITORIA	10%	17%	27,2%	2.296,0	338,73	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VILAVELHA	7%	23%	30,2%	2.179,0	333,57	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ARACRUZ	17%	9%	26,0%	3.160,0	303,03	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	BOAESPERANCA	24%	6%	30,0%	1.938,0	281,40	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	JAGUARE	24%	6%	29,9%	1.926,0	279,93	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SAOMATEUS	22%	6%	28,1%	1.757,0	273,58	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	MONTANHA	24%	6%	29,3%	1.989,0	269,07	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ANCHIETA	5%	28%	32,6%	1.857,0	255,01	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	NOVAVENECIA	25%	5%	29,6%	1.706,0	238,57	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VENDANOVADOIMI GRANTE	3%	36%	39,5%	2.261,0	220,71	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	LINHARES	1%	60%	61,0%	4.602,0	82,97	Alto	Baixo		ok
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SOORETAMA	1%	62%	62,8%	4.732,0	81,90	Alto	Baixo		ok
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	CACHOEIRODEITAP EMIRIM	0%	50%	50,7%	4.665,0	42,17	Alto	Baixo		ok
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VITORIA	9%	74%	83,2%	5.697,0	1.395,4 2	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VILAVELHA	6%	79%	85,8%	6.435,0	1.023,1 3	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SERRA	6%	78%	84,2%	6.319,0	911,01	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	FUNDAO	6%	76%	82,2%	6.064,0	891,68	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	CARIACICA	5%	81%	85,8%	6.678,0	793,98	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VIANA	5%	81%	86,3%	6.763,0	785,79	Alto	Alto	Acima 80%	Problema

Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	LARANJADATERRA	5%	78%	83,1%	6.279,0	766,49	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	AFONSOCLAUDIO	5%	71%	75,8%	5.195,0	753,17	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	IBIRACU	5%	73%	78,4%	5.565,0	739,77	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	ITAGUACU	5%	75%	80,2%	5.850,0	732,22	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	PINHEIROS	4%	71%	75,5%	5.273,0	611,57	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SANTATERESA	4%	76%	79,2%	5.889,0	553,84	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	ANCHIETA	3%	77%	80,3%	6.114,0	475,43	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	GUARAPARI	3%	80%	82,5%	6.633,0	436,95	Alto	Alto	Acima 80%	Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VENDANOVAOIMIGRANTE	3%	77%	79,7%	6.100,0	408,07	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SAOGABRIELDAPALHA	3%	38%	40,4%	4.625,0	209,80	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	ARACRUZ	1%	76%	77,7%	6.275,0	202,76	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	COLATINA	4%	26%	30,2%	5.096,0	197,89	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SAOROQUEODOCANAA	4%	27%	30,2%	5.112,0	192,93	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	PANCAS	4%	27%	30,2%	5.079,0	191,77	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	BAIXOGUANDU	3%	27%	30,0%	5.204,0	171,51	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	RIOBANANAL	1%	60%	61,7%	4.566,0	170,11	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	ALTORIONOVO	3%	27%	29,9%	5.198,0	165,04	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VILAVALERIO	1%	58%	59,2%	4.060,0	160,98	Alto	Alto		Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	NOVAVENECIA	0%	82%	82,2%	6.859,0	25,52	Alto	Baixo	Acima 80%	Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	JAGUARE	0%	90%	89,8%	8.096,0	17,54	Alto	Baixo	Acima 80%	Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	BOAESPERANCA	0%	90%	90,3%	8.183,0	17,17	Alto	Baixo	Acima 80%	Problema
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	MONTANHA	0%	90%	89,9%	8.118,0	14,67	Alto	Baixo	Acima 80%	Problema

Tabela 19 – Análise de market share em percentual em clusters (Dados ANS/ Junho de 2016)

Dos 156 cenários de clusters, há os seguintes:

- Até 100 vidas = 6 cenários
- De 100 até 1.000 vidas = 21 cenários
- Acima de 1.000 vidas = 129 cenários



Figura 10 – Vidas por cenário de cluster de municípios

O maior cenário analisado foi de 345 mil 510 vidas (valor equivalente a quase 3 vezes o maior cenário municipal) . Abaixo estão os dados em nível dos clusters:

MERCADO	MUNICÍPIO	SBS (VIDAS)	SAMP (VIDAS)	TOTAL - MERCADO (VIDAS)
Cluster individual cobertura total	CARIACICA	3402	2643	42.839,00
Cluster individual cobertura total	VIANA	5451	4324	73.834,00
Cluster individual cobertura total	ANCHIETA	3614	3132	53.708,00
Cluster individual cobertura total	SERRA	5521	3719	73.006,00
Cluster individual cobertura total	AFONSOCLAUDIO	4814	2107	53.541,00
Cluster individual cobertura total	FUNDAO	3660	2113	46.804,00
Cluster individual cobertura total	IBIRACU	7046	3797	87.088,00
Cluster individual cobertura total	PINHEIROS	5346	2104	58.155,00
Cluster individual cobertura total	VILAVELHA	4034	2685	61.935,00
Cluster individual cobertura total	VITORIA	1985	1004	30.940,00
Cluster individual cobertura total	NOVAVENECIA	410	14	2.603,00
Cluster individual cobertura total	BOAESPERANCA	259	14	2.085,00
Cluster individual cobertura total	GUARAPARI	122	62	3.091,00
Cluster individual cobertura total	JAGUARE	255	10	2.015,00
Cluster individual cobertura total	MONTANHA	261	9	2.176,00
Cluster individual cobertura total	ARACRUZ	61	62	2.926,00
Cluster individual cobertura total	SAOMATEUS	128	3	1.240,00
Cluster individual cobertura total	SAOGABRIELDAPALHA	1421	6	7.076,00
Cluster individual cobertura total	VILAVALERIO	1794	13	12.393,00
Cluster individual cobertura total	ALTORIONOVO	1333	2	6.446,00
Cluster individual cobertura total	BAIXOQUANDU	1241	2	6.246,00
Cluster individual cobertura total	RIOBANANAL	296	3	4.218,00
Cluster individual cobertura total	LINHARES	276	3	4.122,00
Cluster individual cobertura total	SOORETAMA	282	3	4.222,00
Cluster individual cobertura total	PANCAS	1223	1	6.063,00
Cluster individual cobertura total	COLATINA	1153	1	5.903,00
Cluster individual cobertura total	SAOROQUEDOCANAA	1232	1	6.112,00
Cluster individual cobertura total	CACHOEIRODEITAPEMIRIM	179	5	8.086,00
Cluster individual cobertura total	VENDANOVAOIMIGRANTE	1284	1390	13.312,00
Cluster individual cobertura total	SANTATERESA	4171	2484	32.785,00
Cluster individual cobertura total	ITAGUACU	5966	3405	59.670,00

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cluster individual cobertura total	LARANJATERRA	4706	3408	53.483,00
Cluster individual ambulatorial	FUNDAO	282	78	406,00
Cluster individual ambulatorial	VILAVELHA	329	84	469,00
Cluster individual ambulatorial	IBIRACU	555	135	777,00
Cluster individual ambulatorial	GUARAPARI	1	6	7,00
Cluster individual ambulatorial	ANCHIETA	401	101	579,00
Cluster individual ambulatorial	SERRA	461	111	654,00
Cluster individual ambulatorial	AFONSOCLAUDIO	375	79	500,00
Cluster individual ambulatorial	VITORIA	140	29	188,00
Cluster individual ambulatorial	VIANA	574	126	800,00
Cluster individual ambulatorial	PINHEIROS	406	80	538,00
Cluster individual ambulatorial	SANTATERESA	448	90	604,00
Cluster individual ambulatorial	ARACRUZ	3	21	24,00
Cluster individual ambulatorial	LARANJATERRA	483	96	663,00
Cluster individual ambulatorial	VENDANOVAOIMIGRANTE	205	40	284,00
Cluster individual ambulatorial	CARIACICA	385	71	519,00
Cluster individual ambulatorial	ITAGUACU	587	98	769,00
Cluster individual ambulatorial	RIOBANANAL	2	2	8,00
Cluster individual ambulatorial	VILAVALERIO	127	3	135,00
Cluster individual ambulatorial	COLATINA	88	1	89,00
Cluster individual ambulatorial	PANCAS	91	1	92,00
Cluster individual ambulatorial	SAOROQUEOCANAA	94	1	95,00
Cluster individual ambulatorial	BAIXOQUANDU	101	1	102,00
Cluster individual ambulatorial	ALTORIONOVO	106	1	107,00
Cluster individual ambulatorial	SAOGABRIELDAPALHA	110	1	111,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	VITORIA	1614	3203	40.517,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	VILAVALERIO	4908	86	13.832,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	PANCAS	2564	21	4.958,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	SAOGABRIELDAPALHA	3346	30	6.809,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	ALTORIONOVO	2825	23	5.482,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	BAIXOQUANDU	2529	22	5.075,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	COLATINA	2354	20	4.676,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	NOVA VENECIA	1417	36	4.908,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	RIOBANANAL	1424	36	4.954,00

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cluster coletivo por adesão cobertura total	SAOROQUEOCANAA	2686	20	5.084,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	SOORETAMA	1320	36	4.856,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	LINHARES	1240	35	4.644,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	BOAESPANCA	934	34	4.147,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	MONTANHA	940	35	4.226,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	JAGUARE	925	33	4.100,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	SAOMATEUS	375	19	2.449,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	CACHOEIRODEITAPEMIRI M	285	71	5.068,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	MUQUI	24	3	508,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	CASTELO	4	2	834,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	SANTATERESA	5275	6923	34.965,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	ITAGUACU	6117	9988	72.087,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	IBIRACU	8329	12358	98.889,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	PINHEIROS	8455	6327	73.045,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	VENDANOVAOIMIGRAN TE	504	3915	14.499,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	AFONSOCLAUDIO	6058	6386	66.039,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	ANCHIETA	2097	10370	51.476,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	LARANJADATERRA	3509	9967	67.082,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	SERRA	4222	12172	86.265,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	FUNDAO	3795	6303	59.736,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	VIANA	3276	13672	82.930,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	ARACRUZ	339	113	2.437,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	CARIACICA	2105	7658	52.377,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	GUARAPARI	168	434	3.728,00
Cluster coletivo por adesão cobertura total	VILAVELHA	2785	9217	71.070,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ECOPORANGA	145	8	850,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	CACHOEIRODEITAPEMIRI M	760	892	31.336,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	MUQUI	53	73	2.939,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	CASTELO	13	58	6.817,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SANTATERESA	24958	61217	200.402,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ITAGUACU	28273	73010	257.051,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	PINHEIROS	43351	51657	274.939,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	AFONSOCLAUDIO	30232	49662	230.874,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	COLATINA	7508	2030	23.462,00

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cluster Coletivo empresarial cobertura total	IBIRACU	42367	76993	343.510,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SAOROQUEDOCANAA	8275	2039	24.825,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	FUNDAO	22719	46880	197.455,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	PANCAS	7866	2051	24.313,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	BAIXOGUANDU	8036	2087	25.289,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	LARANJADATERRA	20282	70931	235.530,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ALTORIONOVO	8509	2111	26.351,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SERRA	23210	70625	265.659,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	GUARAPARI	875	3159	10.919,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SAOGABRIELDAPALHA	10405	2287	33.301,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	CARIACICA	10185	45182	148.192,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	RIOBANANAL	8582	2335	31.800,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VILAVALERIO	21071	5491	77.127,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	LINHARES	7527	2321	30.008,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SOORETAMA	7982	2444	32.524,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VIANA	15128	71047	242.358,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VITORIA	7795	14079	80.497,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VILAVELHA	12738	39944	174.663,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ARACRUZ	3477	1767	20.137,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	BOAESPERANCA	4918	1177	20.283,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	JAGUARE	4863	1170	20.162,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SAOMATEUS	3058	881	14.034,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	MONTANHA	4889	1184	20.743,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ANCHIETA	9219	56836	202.717,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	NOVAVENECIA	6212	1211	25.113,00
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VENDANOVAOIMIGRANTE	2289	27607	75.672,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	LINHARES	39	3.422,00	5.672,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SOORETAMA	40	3.772,00	6.070,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	CACHOEIRODEITAPEMIRIM	35	4.195,00	8.345,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VITORIA	1.267,00	9.888,00	13.400,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VILAVELHA	2.320,00	28.520,00	35.964,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SERRA	3.711,00	50.088,00	63.880,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	FUNDAO	2.740,00	35.852,00	46.940,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	CARIACICA	1.969,00	32.429,00	40.105,00

Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VIANA	3.022,00	51.061,00	62.669,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	LARANJADATERRA	3.309,00	52.836,00	67.542,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	AFONSOCLAUDIO	3.025,00	39.928,00	56.633,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	IBIRACU	4.038,00	58.790,00	80.113,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	ITAGUACU	3.515,00	54.500,00	72.336,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	PINHEIROS	2.902,00	48.085,00	67.553,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SANTATERESA	2.313,00	47.654,00	63.090,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	ANCHIETA	1.935,00	48.526,00	62.849,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	GUARAPARI	151	4.399,00	5.514,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VENDANOVAOIMIGRANTE	764	22.233,00	28.853,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SAOGABRIELDAPALHA	219	2.951,00	7.849,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	ARACRUZ	59	3.395,00	4.445,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	COLATINA	207	1.466,00	5.538,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SAOROQUEOCANAA	207	1.521,00	5.713,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	PANCAS	209	1.546,00	5.805,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	BAIXOQUANDU	207	1.731,00	6.464,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	RIOBANANAL	84	3.586,00	5.951,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	ALTORIONOVO	209	1.823,00	6.795,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VILAVALERIO	262	10.893,00	18.830,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	NOVAVENEZIA	13	6.862,00	8.361,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	JAGUARE	7	6.421,00	7.158,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	BOAESPERANCA	7	6.637,00	7.357,00
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	MONTANHA	6	6.603,00	7.350,00

Tabela 20 – Análise em nível de participação de mercados de clusters (Dados ANS/ Junho de 2016)

2.4.3. Avaliação das concentrações

Como demonstrado nas tabelas acima, dos 501 cenários analisados, houve 251 cenários em que se verificou algum tipo de problema concorrencial em razão das regras de decisão já mencionadas.

Frise-se que houve problema em:

- 102 Cenários de clusters
- 149 Cenários municipais

De forma pormenorizada, pode-se dizer que os cenários problemáticos ficaram distribuídos da seguinte forma:



Figura 11 – Cenários com problema e sem problema por mercado

Mercado	Problema	ok	Total
Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	28	3	31
Cluster Coletivo empresarial cobertura total	31	4	35
Cluster individual ambulatorial	24	0	24
Cluster individual cobertura total	4	28	32
Cluster coletivo por adesão cobertura total	15	19	34
Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	12	38	50
Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	12	38	50
Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	48	22	70
Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	22	11	33
Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	34	35	69
Mercado Municipal individual agregado	6	26	32
Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	9	0	9
Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	6	26	32
Total	251	250	501

Tabela 21 – Cenários com problema e sem problema por mercado

Assim, independentemente se se classifica o mercado por cluster ou por município, há muitos cenários problemáticos. Portanto, seria importante que as requerentes apresentassem uma análise completa de forma pormenorizada por cluster ou por municípios (e não uma análise do estado do Espírito Santo como um todo), em termos de rivalidade, de barreiras à entrada, de eficiências, analisando-se caso-a-caso cada uma das situações e dos mercados onde houve concentração.

2.5. Sobre as justificativas apresentadas pelas requerentes

Embora em diversos cenários dos 251 acima listados (102 cenários de clusters e 149 cenários municipais) exista **presunção** de problemas concorrenciais, que apenas seriam afastados com evidências robustas, analisadas, mercado-a-mercado de que há justificativas para a operação, as requerentes, mesmo intimadas a se manifestar sobre alguns destes cenários, referiram que:

ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES

Ora, o DEE discorda e entende que o market share da SBS em planos coletivos empresariais de cobertura ambulatorial é relevante, pelos motivos já mencionados anteriormente (vide debate sobre nexos de causalidade em termos de estoque, feito no item anterior).

Frise-se que mesmo em cenários que não envolvem concentrações nos planos exclusivamente ambulatoriais, ainda assim, há uma série de cenários que não foram considerados ou comentados pelas requerentes. As mesmas simplesmente referiram que “respeitosamente discordam da metodologia de análise aplicada por este d. DEE”, baseando-se na Resolução 2/2012 do CADE, na regra das 100 vidas, na regra dos 40% e na regra do delta de 10%. DOC SEI 0708043_E_mail_Athena_ES_SBS_SBAH_Resp._ofs_8501_e_8504_2019_.pdf

O DEE, em que pese entenda os argumentos das requerentes, também, respeitosamente, discorda dos mesmos, pelos motivos já mencionados nos itens anteriores desta nota. De outro lado, ao discordar das requerentes, o DEE fica sem uma análise específica sobre as condições de entrada, rivalidade e eficiência para cada um dos cenários, já que tal análise não foi feita, em que pese o DEE tenha feito tal solicitação no âmbito do Ofício 8501 e 8504.

De todo modo, cumpre seguir nas demais análises referentes a atos de concentração, como barreira à entrada, rivalidade e eficiências.

2.6. Análise sobre entrada

Em relação à análise de barreiras à entrada, as requerentes afirmaram em sua petição o seguinte:

“A entrada no mercado de planos de saúde médico-hospitalares individual/familiar e coletivo está sujeita à regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As empresas que ingressam neste mercado devem obedecer às determinações desta agência relativas, por exemplo, a provisões técnicas e critérios de constituição de garantias financeiras. Nenhuma dessas determinações, contudo, constitui barreira efetiva à entrada de novos agentes nesse mercado. Ainda, de acordo com o Caderno Saúde/2018, a depender das características do mercado, reconhece-se que entrantes arcam com custos afundados como investimentos em publicidade e a disponibilização de uma rede apta a atrair novos clientes. Afirma-se ainda que haveria no mercado uma tendência de integração vertical com hospitais e prestadores de serviços de medicina diagnóstica que, em tese, pode constituir uma barreira de entrada. Quanto a este último ponto, a jurisprudência do CADE reconhece que tais barreiras devem ser relativizadas quando a entrante em questão é uma OPS de grande porte. Ressalta-se, ainda, a grande preocupação da ANS com a qualidade dos serviços oferecidos e o fato de que esta agência tem apoiado e incentivado um movimento de consolidação no setor para

diminuição da exposição dos beneficiários a riscos, principalmente envolvendo a fragilidade econômica de alguns prestadores de serviços de assistência à saúde. (...) As OPS só se viabilizam economicamente a partir de um determinado número de beneficiários, sendo que, abaixo de certo patamar, a construção de estatísticas de risco pode ficar prejudicada”.

DOC SEI - 0610703_Formulario_de_Notificacao_de_AC, p.221

As requerentes também informaram que:

“A entrada da EXM Brasil, que se apresenta ao mercado como Amex Saúde Brasil, é ilustrativa da inexistência de barreiras para agentes econômicos detentores de uma rede credenciada já estabelecida em regiões adjacentes aos mercados analisados. Notadamente, a EXM Brasil é uma operadora baseada no estado da Bahia que, a partir de 2016, conforme se verifica das Memórias de Cálculo já apresentadas à d. SG, passou a desenvolver um projeto de expansão regional, entrando com sucesso em diversos municípios do estado do Espírito Santo. De acordo as Memórias de Cálculo apresentadas pelas Requerentes, verifica-se a entrada da EXM Brasil nos clusters de Boa Esperança, Jaguaré, Montanha, Nova Venécia e São Mateus. Isso significa dizer que até mesmo os municípios de menor representatividade do faturamento do SBS constituem mercados atrativos para motivar a entrada de novos concorrentes.

21. Adicionalmente à entrada e expansão da EXM Brasil, as Requerentes notam que, conforme exposto no Formulário de Notificação e em outras manifestações apresentadas nos autos, foi possível identificar outros movimentos relevantes de entrada de novos competidores no mercado do Espírito Santo. A Mais Saúde S/A ('Mais Saúde'), por exemplo, foi capaz de entrar no mercado em 2018, e em pouco tempo de atuação, já possui carteira de 4.517 (quatro mil quinhentos e dezessete) beneficiários no Espírito Santo, nos municípios de Anchieta, Cariacica, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. A Premium Saúde Eireli ("Premium Saúde"), também entrou no mercado do Espírito Santo em 2018, possuindo atualmente carteira de 2.738 (dois mil setecentos e trinta e oito) beneficiários no Espírito Santo, nos municípios de Águia Doce do Norte, Aracruz, Cariacica, Conceição da Barra, Fundão, Guarapari, Itarana, São Mateus, Serra, Sooretama, Viana, Vila Velha e Vitória

*No Formulário de Notificação, as Requerentes também indicaram que o Grupo Meridional seria um potencial concorrente no mercado de planos de saúde médico hospitalares, dado que opera 6 (seis) hospitais no estado do Espírito Santo, 9 possui uma clínica de medicina diagnóstica e tem como um de seus principais acionistas o H.I.G. Capital (fundo de investimentos que administra mais de US\$ 34 bilhões). Tal como afirmado, destaca-se que em 28 de agosto de 2019, foi publicada no Diário Oficial da União a autorização de funcionamento, pela Agência Nacional de Saúde ('ANS'), da operadora de planos de saúde Excelência Planos de Saúde S.A. ("Excelência"), uma controlada do Grupo Meridional (vide **Documentos de Acesso Público 2 e 3**) que, de acordo com suas Demonstrações Financeiras, "foi fundada em 2018 como passo inicial de **um projeto de desenvolvimento de um plano de saúde próprio**". Trata-se, portanto, da entrada de mais um player relevante no mercado de planos de saúde do Espírito Santo com amplo acesso a capital e que poderá rapidamente se expandir pelo estado, já que é amparado por um fundo de investimentos capaz de financiar sua expansão.*

23. Além disso, conforme informado pelas Requerentes em reunião mantida nesta d. SG em 28 de agosto de 2019, outros movimentos relevantes no mercado também indicam o acirramento da pressão competitiva no estado do Espírito Santo por meio do fortalecimento do portfólio de agentes econômicos que já integram a franja do mercado

de planos de saúde médico-hospitalares. Mais especificamente, nota-se (i) que a Hapvida adquiriu o Grupo São Francisco marcando sua expansão para a região Sudeste do país o que "deverá auxiliar na expansão futura em municípios pequenos e médios" 23; e (ii) que o Grupo Notre Dame Intermédica ('GNDI') anunciou em maio deste ano a aquisição da operadora de planos de saúde odontológicos Belo Dente, cuja carteira de beneficiários está focada nos estados de Minas Gerais e do Espírito Santo²⁴, sendo a segunda maior carteira de planos odontológicos do Espírito Santo em número de beneficiários (contando atualmente com cerca de 88.000 (oitenta e oito mil) vidas no Espírito Santo). Tais movimentos são particularmente relevantes, uma vez que os canais de vendas e o público alvo de planos odontológicos são os mesmos de planos de saúde médico-hospitalares."

DOC SEI – 0663545, p.9

DOC SEI -0663544 p.2-3

Apresentou-se, assim, como entrantes, atuais ou potenciais:

- EXM Brasil
- Mais Saúde S/A ('Mais Saúde'),
- Premium Saúde Eireli ("Premium Saúde "),
- Grupo Meridional
- Hapvida

A SG refutou o argumento das requerentes considerando o seguinte:

“127. Como já ressaltado por esta SG na análise do AC nº 08700.003459/2016-55 (Requerentes: Amil Assistência Médica Internacional e Elual Participações S.A.), a jurisprudência do CADE tem entendido que a entrada de novos concorrentes no mercado de planos de saúde individuais e coletivos não pode ser considerada elemento suficiente para conter um eventual exercício de poder de mercado.

128. O entendimento deste Conselho considera as características próprias do mercado de planos de assistência à saúde, como a alta verticalização do setor com os serviços hospitalares, necessidade de economias de escala, escala mínima viável elevada, assim como as elevadas exigências impostas pela ANS para o funcionamento das operadoras de saúde, como fatores que dificultam a entrada de novos concorrentes no mercado.

129. Ou seja, não importa a estrutura de mercado sob a análise, as características de funcionamento do mercado de plano de saúde relevam que não é possível considerar novas entradas, por si só, como elemento capaz de afastar as preocupações concorrenciais derivadas de uma operação que resulte em elevadas concentrações de mercado com risco de prejuízos ao consumidor.

ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES

132. Contudo, esta SG entende que, ainda que fosse possível considerar a possibilidade de entrada de novas operadoras no mercado de planos de saúde, no caso em tela, as estruturas de mercado dos clusters após a operação, com a permanência de apenas duas operadoras relevantes, caracterizando um duopólio (com uma franja competitiva na maioria dos mercados), verticalizadas, atuam como uma barreira à entrada

relevante (e mesmo ao crescimento dos players restantes nos mercados relevantes em pauta).

133. Prova disso é que grandes operadoras nacionais que já atuam há mais de cinco anos em alguns dos mercados relevantes em análise, não conseguiram crescer de forma expressiva e se mantêm na franja de mercado. Além disso, as estruturas verticalizadas prévias à operação serão reforçadas após a mesma, como será melhor analisado adiante.

134. Dessa forma, esta SG não acha crível que essas potenciais entradas citadas pelas requerentes sejam capazes de contestar o poder de mercado alcançado pela Athena após a operação. Em outras palavras, dificilmente tais entradas seriam suficientes para suplantar o poder de mercado alcançado pela Athena nos 26 clusters.

135. A própria racionalidade econômica para a presente operação, apresentada pelas requerentes, vai de encontro a tese de que tais entradas mitigariam a probabilidade de exercício de poder de mercado da Athena, pois as requerentes afirmam que necessitam da operação para se tornarem uma rival mais efetiva, para fazer frente à líder de mercado no Espírito Santo, a Unimed. Como as requerentes, pós operação, alcançarão uma market share médio (nos 26 clusters) de cerca de 42%, não é razoável supor que um entrante com um market share diminuto, se deparando com uma estrutura altamente verticalizada em tais mercados, seria um rival efetivo a elas.”

Vide ANEXO AO PARECER TÉCNICO nº 17/2019/CGAA2/SGA1/SG, p.39

Sobre este ponto, no entanto, o DEE não encontrou análise de barreiras à entrada no AC nº 08700.003459/2016-55 (Requerentes: Amil Assistência Médica Internacional e Elual Participações S.A.), em que pese o mesmo já tenha sido até sido citado em outros precedentes como exemplo de análise de barreiras à entrada (vide voto no Ato de Concentração nº 08700.005705/2018-75, entre Notre Dame Intermédica Saúde S.A., Mediplan Assistencial Ltda; Hospital Samaritano Ltda.; e Hospital e Maternidade Samaritano Ltda.).

Há, todavia, menção a outros casos que teriam realizado este tipo de análise (como Atos de concentração nº 08012.008853/2008-28, 08012.002609/2007-71, 08012.007443/2009-41 e 08700.008540/2013-89). Nos referidos casos, mencionou-se que são barreiras à entrada o fato da regulação exigir das operadoras garantias financeiras, provisões técnicas, margem de solvência, número mínimo de beneficiários, dentre outros requisitos, afetam diretamente a possibilidade de entrada de novos competidores. Além disso, há uma tendência atual de verticalização no setor, o que também contribui para o aumento das barreiras à entrada, seja por meio de estratégias de fechamento de mercado ou por meio da elevação do nível de investimento necessário para tornar a entrada eficiente. Também, referiu-se que no Brasil a ANS tem registrado, desde 1999, queda significativa na quantidade total de OPS em atividade e OPS com beneficiários no Brasil.

As requerentes, no entanto, sustentam que a SG presumiu de forma equivocada que não haveria entradas no mercado capazes de contestar eventual poder de mercado das requerentes. Alegam que:

- * A Escala Mínima Viável de 50 mil vidas não é adequada ao mercado
- * Há grandes oportunidades de venda no mercado

* A entrada estimada pelas requerentes seria suficiente

Tais questões serão analisadas a seguir pelo DEE.

2.6.1. Argumentos sobre barreiras à entrada

Um dos primeiros passos para tal análise e a avaliação do que ocorre em termos de entrada de novos competidores e em que medida o AC induz novas entradas ou de que maneira entrantes esperados ou apenas em potencial acabam disciplinando o preço no MR. Com efeito, a avaliação dos fatores de entrada na análise antitruste de ACs baseia-se na premissa de que a entrada de um novo agente no mercado constitui elemento efetivo para coibir efeitos anticompetitivos decorrentes do AC. Isso acontece porque, no caso de abuso de poder de mercado, a nova entrante se torna opção eficaz aos consumidores, obstando o abuso por parte daquelas firmas. Nesse caso, não haveria razão para reprovar ou restringir a operação.

BAIN (1950; 1956) teria analisado em que medida condições de entrada seriam afetadas no longo prazo considerando vantagens absolutas nos custos, diferenciação de produtos e economias de escala, em que o entrante poderia estar em desvantagem, caso estivesse em uma escala subótima de produção. Já STIGLER (1968) teria uma outra concepção a respeito do que significaria “barreiras à entrada”, compreendendo que seriam custos incorridos pelos entrantes e que as empresas incumbentes não precisariam se preocupar. Assim, discordou de que diferenciação de produto fosse, necessariamente, uma barreira à entrada. Segundo o autor, a diferenciação apenas seria uma barreira se houvesse custos maiores para os entrantes. Também, economias de escala não seriam necessariamente, segundo tal visão, uma barreira à entrada.

Autores como DIXIT (1979) e GABSZEWICZ & THISSE (1980) desenvolveram teorias sobre como se dá a entrada e a saída de agentes no mercado. Também, a discussão sobre “mercados contestáveis” (BAUMOL & WILLIG, 1981; BAUMOL, 1982; BAUMOL, PANZAR, & WILLIG, 1982; BAUMOL, PANZAR, & WILLIG, 1983) em grande medida, é o que justifica a análise Antitruste sobre este aspecto, no âmbito dos ACs.

Conforme explica CARVALHO (2010, p. 177):

“A teoria dos mercados contestáveis é o instrumento utilizado para justificar a existência de concorrência em mercados com elevada concentração econômica ampliando o âmbito das estruturas desejáveis do ponto de vista concorrencial. Um mercado é contestável quando a ausência de barreiras à entrada, a pouca importância de custos de saída e a dificuldade das empresas se adaptarem a cortes de preços, permitem a criação de um ambiente concorrencial. Nesses casos, mesmo as estruturas de oligopólio e monopólio, poderiam ser disciplinadas pela ameaça constante da entrada de novos competidores no mercado. Nessa configuração, seria a concorrência potencial de um novo entrante que impediria a extração de lucros monopolísticos e o aumento de preços para o consumidor. Para os autores que desenvolveram essa teoria, a contestabilidade perfeita depende de algumas condições para se concretizar. Os potenciais entrantes devem poder, sem restrições, atingir a mesma demanda do mercado e usar as mesmas técnicas produtivas que as empresas já presentes naquele setor. Em segundo lugar, embora eles decidam a viabilidade econômica da participação com base no preço cobrado pelas firmas já presentes, a entrada depende da capacidade de garantirem seus lucros vendendo por preços mais baixos, tendo em vista a previsão de queda de preços decorrente do aumento

da oferta de produtos. Essas condições dizem respeito à inexistência de barreiras à entrada que é, sem dúvida, a principal condição para se promover a competição potencial. As barreiras à entrada podem ser naturais ou artificiais. As barreiras naturais compõem as próprias características da indústria – os aspectos tecnológicos e a estrutura de produção – e têm relação com a natureza dos insumos e os aspectos geográficos. De outro lado, as barreiras artificiais são edificadas pelos próprios atores do mercado ou estimuladas por regulamentações estatais”.

Todavia, algo que não parece ser muito debate no Antitruste pátrio é o resultado desafiador de pesquisas que desafiam o argumento de que “barreiras à entrada” possa ser um argumento a ser utilizado em um Ato de Concentração, como algo capaz de disciplinar os preços internos.

Ou seja, tem-se aqui uma discussão teórica sobre a possibilidade do uso deste argumento como fundamento de uma defesa antitruste no âmbito de um AC.

A este respeito, por exemplo, WERDEN & FROEB (1998) referiram que:

“O Direito Antitruste presume que a entrada normalmente previne ou reverte os efeitos anticompetitivos derivados de fusões horizontais. Todavia, quando custos afundados associados com a entrada são considerados aos níveis sugeridos pela estrutura de mercado prevalente, a oportunidade para entrada criada por uma fusão anticompetitiva é plausivelmente muito pequena para induzir entrada, ainda que ausente barreiras à entrada Stiglerianas. Tal é ilustrado em modelos de Cournot e Bertrand. Entradas significativas também fazem o que outrora era uma fusão de Bertrand lucrativa em não lucrativa, caso não se assumam ganhos de eficiência. Consequentemente, a questão da entrada pode ser colapsada no argumento de eficiência: se a fusão presumivelmente lucrativa não gera eficiências significativa, não poderá induzir a entrada”.

Ou seja, tais autores utilizaram modelos de simulação para desafiar grande parte da análise sobre este aspecto, incluindo os precedentes norte-americanos que acreditavam que, sem barreiras à entrada, preços supracompetitivos não poderiam se manter [*United States v. Baker Hughes Inc.*, 908 F.2d 981, 987 (D.C. Cir. 1990) *Cargill, Inc. v. Monfort of Colorado, Inc.*, 479 US 104, 119-20 n.15 (1986)].¹⁸

Outros estudos apresentam conclusões diferentes [mas a partir de hipóteses distintas], tais como CABRAL (2003), que considera a possibilidade de entrada em uma indústria Bertrand espacialmente diferenciada.

Neste debate, o DEE não descarta esse argumento, em que pese seja necessário aprofundar estudos a respeito do tema. Neste caso concreto, deve-se observar se os mercados em que ocorreu a operação são caracterizados por elevadas barreiras à entrada ou se o mercado é contestável.

Para tanto, serão analisados os argumentos das requerentes sobre Escala Mínima Viável e oportunidades de vendas.

2.6.2. Escala Mínima Viável

O Guia-H-2016 apresenta o seguinte conceito de EMV:

“EMV é o menor nível de vendas anuais que o entrante potencial deve obter para que seu capital seja adequadamente remunerado. Para tanto, analisa-se qual o investimento necessário e o lucro [retorno do investimento] que um entrante teria em um determinado

¹⁸ [*United States v. Syufy Enterprises*, 903 F.2d 659, 664 (9th Cir. 1990)].

período no mercado em que pretende entrar (sendo necessário especificar o custo do entrante [fixo, variável/marginal], o mark-up do entrante e o volume de vendas esperado do entrante). As informações podem ser apresentadas ou organizadas na forma de fluxos de caixa de projeto de investimento. A análise da entrada pode utilizar estimativas do valor presente líquido, taxa interna de retorno, payback, payback descontado e outros indicadores que mostram a viabilidade econômica e financeira da entrada”.

Conforme leciona (BERGH & CAMESASCA, 2001, p. 560), EMV é “o menor nível médio de vendas que um entrante comprometido deve persistentemente obter em termos de lucratividade, aos **preços pré-fusão**. EMV é uma função das receitas esperadas, baseadas nos **preços pré-fusão**”.¹⁹

A este respeito, o Departamento de Justiça (DOJ)²⁰ refere que:

*“o conceito de EMV difere do conceito de Escala Mínima Eficiente (EME). Enquanto a EME é a menor escala na qual os custos médios são minimizados, a EMV é a escala na qual os custos médios são iguais aos **preços pré-fusão**”.*²¹

Obviamente que quando se fala que os “custos médios” devem ser iguais aos “preços pré-fusão” [no que toca à EMV], não se está aqui retirando a possibilidade de lucro. Possivelmente, o DOJ, quando apresenta tal conceito, está incluindo, na noção de “custo”, o conceito de “custo de oportunidade”. Tanto é assim, que o próprio site refere que uma entrada será provável se ela for lucrativa (considerando uma taxa de retorno de investimento apropriada) aos preços pré-fusão, e se tais preços puderem ser assegurados pelo entrante.

Com efeito, o Departamento de Justiça (DOJ)²² explica que:

*“uma entrada alternativa é provável se for lucrativa a **preços pré-fusão**, e se tais preços puderem ser assegurados pelo entrante. A entrante comprometida não será hábil a assegurar os preços aos níveis pré-fusão se sua produção for grande demais para o mercado absorver sem deprimir os preços ainda mais. Portanto, a entrada é improvável se a EMV for maior que as oportunidades de vendas disponíveis aos entrantes. EMV é a menor média anual de vendas que um entrante comprometido deve persistentemente conseguir para manter lucratividade aos **preços pré-fusão**. EMV é uma função das receitas esperadas, baseadas nos preços pré-fusão, e toadas as categorias de custos associadas com a entrada alternativa, incluindo uma taxa apropriada de retorno sobre o capital investido dado que a entrada pode falhar e os custos afundados, se houver, serão perdidos”.*²³

A respeito do conceito de “preços pré-fusão” [aplicado à noção de EMV], todavia, parece que o mesmo tende a ser mais apropriado a um mercado homogêneo, já que – em um mercado heterogêneo – se espera que exista um contínuo de preços entre marcas com diferentes qualidades.

No presente caso, as requerentes alegaram que a Escala Mínima Viável de 50 mil vidas utilizada na jurisprudência do CADE não é adequada. Com efeito, a Superintendência Geral do CADE usa este termo para análise de rivalidade (o que fez

¹⁹ (Tradução livre e grifos nossos)

²⁰ De acordo com o site <https://www.justice.gov/atr/33-likelihood-entry>, verificado em 22 de junho de 2016.

²¹ (Tradução livre e grifos nossos)

²² De acordo com o site <https://www.justice.gov/atr/33-likelihood-entry>, verificado em 22 de junho de 2016.

²³ (Tradução livre e grifos nossos)

neste caso e também em outros precedentes, como no Parecer Técnico nº 36, de 24/01/2014, referente ao AC nº 08700.008540/2013-89).

De fato, assiste razão às requerentes no sentido de que EMV não é ou não deveria ser uma medida de “rivalidade”. Também sustentam que **ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES**

Tabela 22 – Rol e Ebitda média das OPS segundo requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**

ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES

Figura 12 – Margem EBITDA média e proporção de operadoras consistentemente saudáveis de 2014 a 2018 segundo requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**

Após solicitação do DEE, as requerentes apresentaram, também, alguns cenários de EMV, prevendo uma entrada lucrativa no seguinte sentido:

ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES

Veja que as requerentes ainda fizeram uma atualização do Ticket Médio por um IPCA pressuposto para o futuro (o que não significa necessariamente o conceito de “preços pré-fusões”). De todo modo, estes são valores muito altos de EMV em relação aos mercados afetados pela operação.

Dos 251 cenários entendidos como problemáticos, há 155 situações em que o número de vidas é inferior a 10.000. Dividindo-se os cenários por municipais e por clusters, tem-se a seguinte tabela:

cenários	Diagnóstico		Total
	Problema	ok	
cluster.acima 10k v..	63	14	77
cluster.até 10k vidas	39	40	79
mun.acima 10k vidas	33	8	41
mun.até 10k vidas	116	188	304
Total	251	250	501

Tabela 23 – Cenários até 10k vidas e acima de 10k por tipo de análise (cluster e municipal) e se há problema ou não identificado

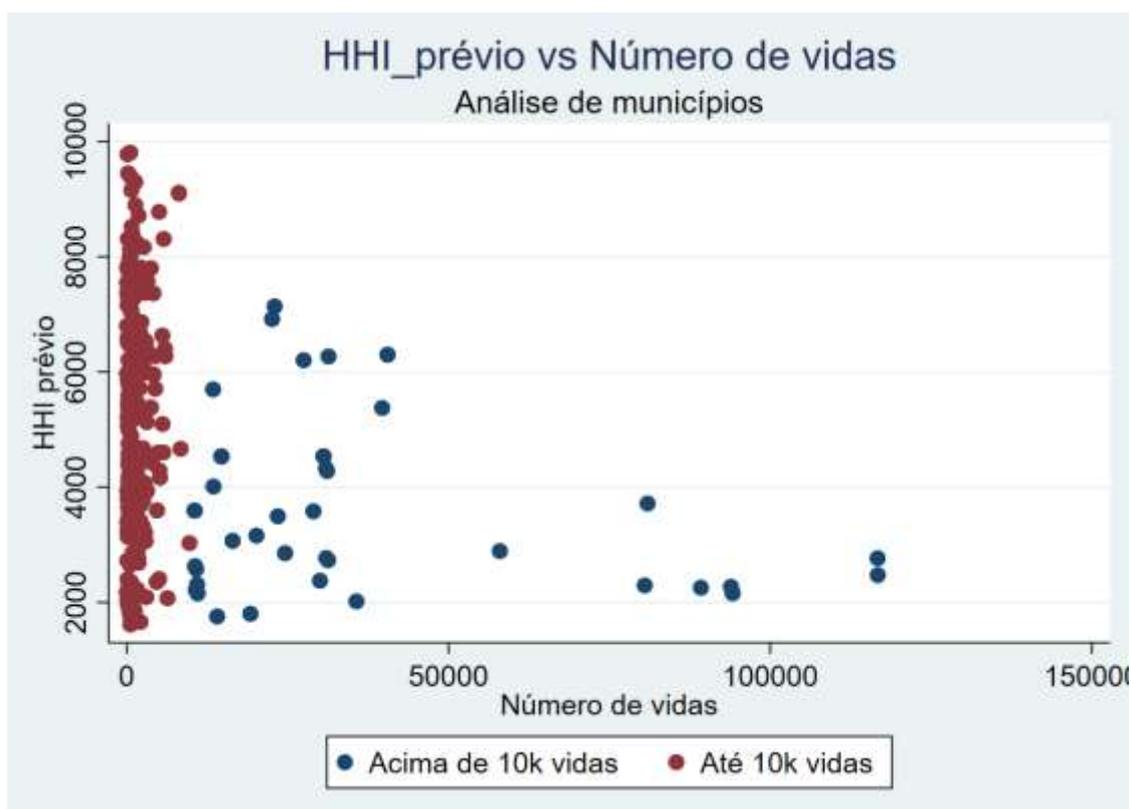


Figura 13 -- HHI prévio e número de vidas (municípios)

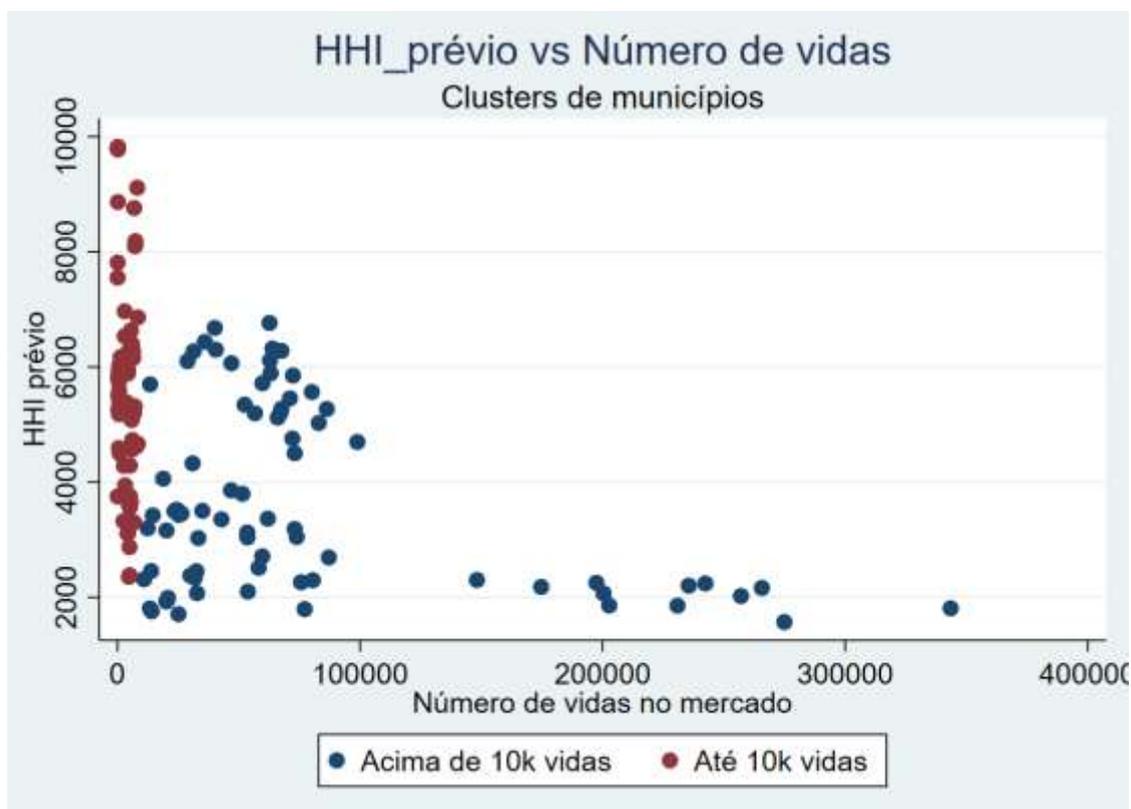


Figura 14 – HHI prévio e número de vidas (clusters)

Portanto, vários cenários (clusters e municipais) estariam abaixo da Escala Mínima Viável referida pelas requerentes. Ou seja, mesmo que estes mercados crescessem 100%, ainda assim, pelos cálculos apresentados pelas próprias requerentes não haveria espaço para mais um concorrente, em grande parte da amostra entendida como problemática.

Em regra, se analisa a “Escala Mínima Viável” dentro de um dado mercado. Por outro lado, talvez, as requerentes busquem argumentar que para ser viável economicamente, é necessário estar em um município grande ou em um cluster grande para se viabilizar economicamente e, após, garantir entrada via crescimento marginal nos mercados menores, mais isolados, onde se verificou elevada concentração. Outro cenário de entrada lucrativa poderia, talvez, ser aquele que prevê a entrada simultânea em múltiplos mercados municipais pequenos ou clusters pequenos, para viabilizar uma entrada lucrativa (acima de 10k vidas).

Talvez por isso as requerentes estejam olhando o “mercado do Espírito Santo como um todo”.

Em que pese este tipo de argumento, realmente, destoe da prática usual da análise deste tópico (que em regra olha para variáveis de entrada dentro do mercado relevante analisado), há que se cogitar que eventual entrada em uma parte “lucrativa” e desconcentrada do estado do Espírito Santo ocorra e seja provável, mas não garanta a expansão do entrante para outras zonas, menores, eventualmente marginais, onde efetivamente se verificam problemas de concentração, em razão de custos de transporte, dificuldade de criação de uma rede assistencial distante, entre outras questões.

Assim, se complexifica bastante a avaliação de EMVs.

De todo modo, cabe investigar o debate de oportunidades de vendas.

2.6.3. Oportunidades de vendas

As requerentes alegaram que o mercado do Espírito Santo de Planos de Saúde está em expansão. Apresentaram assim a seguinte tabela, baseada nos clusters:

Evolução do Número de Beneficiários Totais de Planos Coletivos Empresariais por Cluster

Cluster	Evolução nº Beneficiários Totais (Coletivo Empresarial)			Δ 2016-2018		Δ 2017-2018	
	2016	2017	2018	Nº de Vidas	% (2018/2016)	Nº de Vidas	% (2018/2017)
Afonso Cláudio	319.100	310.921	320.961	1.861	0,58%	10.040	3,23%
Anchieta	256.249	246.973	259.581	3.332	1,30%	12.608	5,11%
Aracruz	22.601	22.810	24.001	1.400	6,19%	1.191	5,22%
Baixo Guandu	29.988	31.039	31.492	1.504	5,02%	453	1,46%
Boa Esperança	26.332	27.074	27.619	1.287	4,89%	545	2,01%
Cariacica	182.693	177.491	184.984	2.291	1,25%	7.493	4,22%
Colatina	27.408	28.410	28.827	1.419	5,18%	417	1,47%
Fundão	239.186	232.503	241.774	2.588	1,08%	9.271	3,99%
Guarapari	15.022	14.429	15.330	308	2,05%	901	6,24%
Ibiraçu	411.913	402.048	419.238	7.325	1,78%	17.190	4,28%
Itaguaçu	315.849	310.675	324.262	8.413	2,66%	13.587	4,37%
Jaguaré	26.143	26.799	27.376	1.233	4,72%	577	2,15%
Linhares	32.201	33.303	35.436	3.235	10,05%	2.133	6,40%
Montanha	26.794	27.638	28.028	1.234	4,61%	390	1,41%
Nova Venécia	31.894	32.788	33.475	1.581	4,96%	687	2,10%
Pancas	28.520	29.504	29.949	1.429	5,01%	445	1,51%
Pinheiros	329.691	326.573	338.701	9.010	2,73%	12.128	3,71%
Rio Bananal	34.042	35.241	37.481	3.439	10,10%	2.240	6,36%
Santa Teresa	245.939	246.133	259.962	14.023	5,70%	13.829	5,62%
São Gabriel da Palha	39.049	40.234	40.912	1.863	4,77%	678	1,69%
São Mateus	18.229	18.912	19.255	1.026	5,63%	343	1,81%
Serra	323.791	311.852	325.074	1.283	0,40%	13.222	4,24%
Sooretama	35.093	36.218	38.514	3.421	9,75%	2.296	6,34%
Viana	297.843	287.357	300.423	2.580	0,87%	13.066	4,55%
Vila Velha	211.880	201.124	207.971	-3.909	-1,84%	6.847	3,40%
Vitória	297.843	287.357	300.423	2.580	0,87%	13.066	4,55%

Elaboração Própria. Fonte: ANS.

Tabela 24 – Evolução de vidas nos clusters analisados entre 2016, 2017 e 2018

DOCSEI 0687767 p.24/25

DOCSEI 0687756 p. 20/21

A tabela mostra a visão das requerentes a respeito de como os clusters evoluíram em termos de vidas (e alguns deles aumentaram a quantidade de vidas de 2016 para 2018).

Do ponto de vista agregado, no Espírito Santo **ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES**

DOCSEI 0687767 p.24/25

ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES

Figura 15 - Estimativa de crescimento do ES segundo requerentes

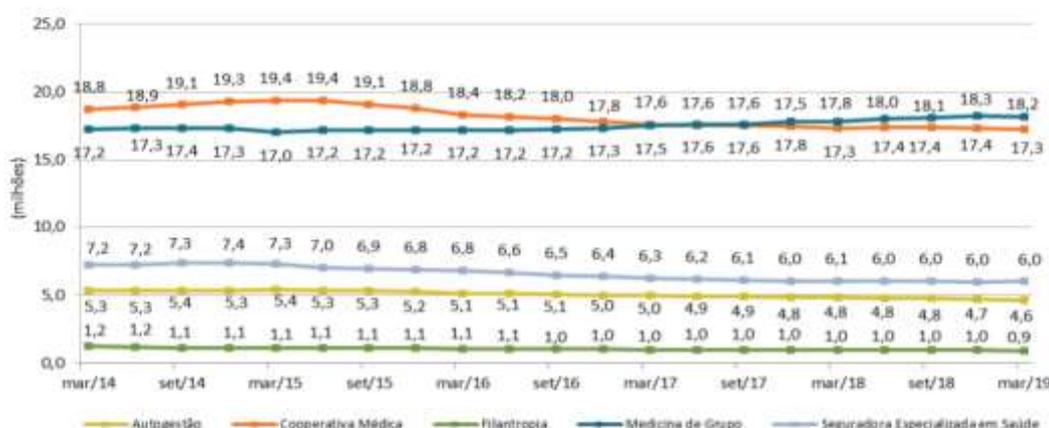
DOCSEI 0687767 p.25/26

Este número de **ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES** não é suficiente em diversos mercados, pelos motivos já apresentados, já que a EMV é inferior ao tamanho de 155 mercados problemáticos (39 clusters e 116 cenários municipais).

De todo modo, mesmo estes **ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES** acima referidos já é, por si só, uma estimativa extremamente otimista. Analisando o desempenho dos planos de saúde no Brasil nos últimos 5 anos, verifica-se:

- *Diminuição de consumidores de 7,2 milhões para 6 milhões em Seguradoras (diminuição de 20%);
- *Diminuição de consumidores de 5,3 milhões para 4,6 milhões em Autogestões(diminuição de 15,2%);
- *Diminuição de consumidores de 1,2 milhões para 0,9 milhões em Filantropia(diminuição de 33%);
- *Diminuição de consumidores de 18,8 milhões para 17,3 milhões em Cooperativas(diminuição de 8,7%);
- *Aumento de consumidores de 17,2 milhões para 18,2 milhões em Med.de Grupo(aumento de 5,5%).

Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - março/2014-março/2019)

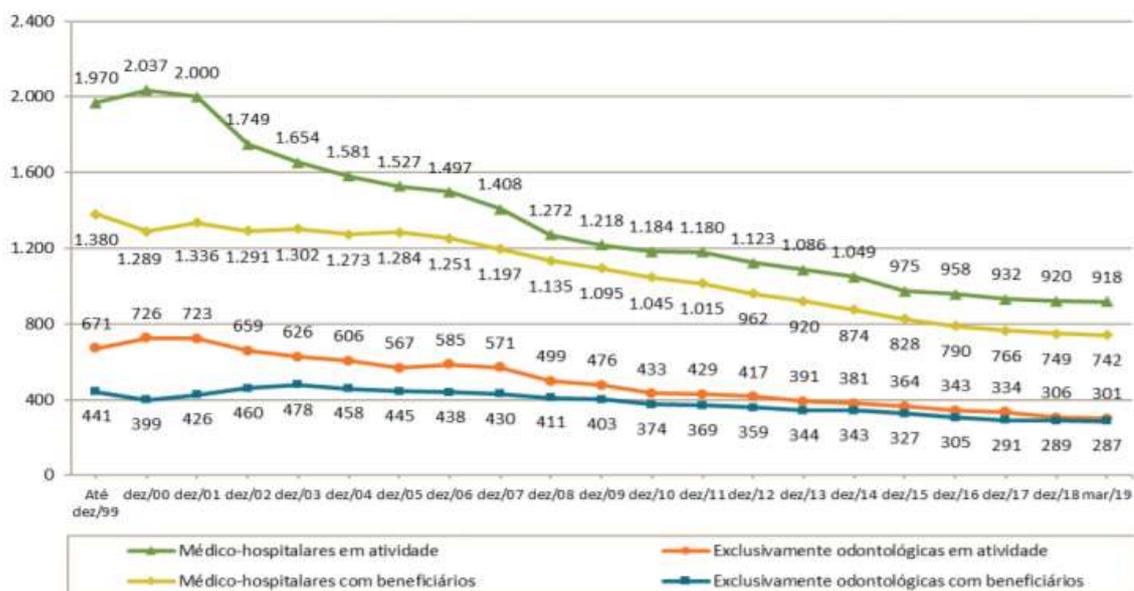


Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2019
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Junho/2019
 Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.
 2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Figura 16 – Beneficiários de planos de saúde por modalidade da operadora (2014 a 2019)
 Fonte: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/total-cad-info-jun-2019.pdf, verificado em 15 fevereiro de 2020

Há também diminuição do número de operadoras no mercado:

Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-março/2019)



Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2019 e CADOP/ANS/MS - 03/2019
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2019
 Nota: Operadoras com beneficiários, por modalidade da operadora.

Figura 17 – Operadoras de planos de saúde em atividade (dez/99 a mar.2019)

Fonte: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/total-cad-info-jun-2019.pdf, verificado em 15 fevereiro de 2020

Em 19 anos, no Brasil, houve decréscimo de 5,8 milhões de consumidores. Abaixo há o gráfico e a tabela explicitando o referido dado:

	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico	Excluindo planos apenas odontológicos
dez/00	31	2,6	28,4
mar/19	47,1	24,5	22,6
Diferença	16,1	21,9	-5,8

Tabela 25 – Evolução da quantidade de beneficiários no Brasil

Tais números sugerem que a estimação das requerentes está sobrestimada, não havendo indícios suficientes que o mercado possui oportunidades de vendas suficientes para contrabalançar as preocupações identificadas neste parecer em vários cenários analisados, mesmo quando se analisa o cenário macro, mais agregado, sem fazer análises específicas de cada mercado, como se espera de uma análise de atos de concentração.

2.7. Análise sobre rivalidade

Do ponto de vista de “análise tradicional” de rivalidade, espera-se que os agentes que constam dentro de um dado mercado relevante venham a reagir, impedindo que exista o exercício do poder de mercado das empresas fusionadas. Tais empresas agiriam

assim mesmo contra o seu próprio interesse de, talvez, adentrar em um equilíbrio tácito de preços de mercado.

Em que pese seja difícil este tipo de comprovação, verifica-se, de pronto, que para vários cenários analisados, (em especial no cenário ambulatorial), as requerentes iriam adquirir estruturas de oferta de monopólio ou muito próximas de monopólio. Assim, seria no mínimo imprudente ou equivocado dizer que a “rivalidade” em tais cenários seria responsável por disciplinar o preço dos agentes envolvidos. A respeito destes tipos de concentrações monopolísticas ou próximas de monopólio, a tabela a seguir mostra as concentrações tanto no cenário municipal quanto no cenário via cluster:

Município	A=SBS	B=Samp	A+B	HHI prévio	Delta HHI	MERCADO
SANTA TERESA	80%	20%	100%	6.800	3.200	Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial
GUARAPARI	14%	86%	100%	7.551	2.449	Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial
COLATINA	99%	1%	100%	9.778	222	Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial
GUARAPARI	14%	86%	100%	7.551	2.449	Cluster individual ambulatorial
ARACRUZ	13%	88%	100%	7.813	2.188	Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial
ARACRUZ	13%	88%	100%	7.813	2.188	Cluster individual ambulatorial
COLATINA	99%	1%	100%	9.778	222	Cluster individual ambulatorial
PANCAS	99%	1%	100%	9.785	215	Cluster individual ambulatorial
SAOROQUEDOCANAA	99%	1%	100%	9.792	208	Cluster individual ambulatorial
BAIXOGUANDU	99%	1%	100%	9.806	194	Cluster individual ambulatorial
ALTORIONOVO	99%	1%	100%	9.815	185	Cluster individual ambulatorial
SAOGABRIELDAPALHA	99%	1%	100%	9.821	179	Cluster individual ambulatorial
PEDRO CANARIO	0%	99%	99%	9.807	77	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial
BOA ESPERANCA	1%	97%	98%	9.450	109	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial
SANTA TERESA	0%	97%	97%	9.384	32	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial
NOVA VENECIA	0%	96%	97%	9.297	89	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial
VILAVALERIO	94%	2%	96%	8.864	418	Cluster individual ambulatorial
JAGUARE	0%	96%	96%	9.154	28	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial
AFONSO CLAUDIO	8%	87%	95%	7.660	1.421	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial
ALFREDO CHAVES	6%	89%	95%	7.991	1.031	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial
AFONSOCLAUDIO	75%	16%	91%	5.902	2.370	Cluster individual ambulatorial
PINHEIROS	75%	15%	90%	5.941	2.244	Cluster individual ambulatorial
BOAESPANCA	0%	90%	90%	8.183	17	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial
JOAO NEIVA	3%	87%	90%	7.729	440	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial
MONTANHA	0%	90%	90%	8.118	15	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial
VITORIA	74%	15%	90%	5.818	2.297	Cluster individual ambulatorial
VITORIA	74%	15%	90%	5.818	2.297	Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial
JAGUARE	0%	90%	90%	8.096	18	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial
VIANA	85%	4%	90%	7.387	712	Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial
VIANA	1%	88%	89%	7.801	254	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial
ITAGUACU	76%	13%	89%	6.036	1.946	Cluster individual ambulatorial
SANTATERESA	74%	15%	89%	5.788	2.210	Cluster individual ambulatorial

IBIRACU	71%	17%	89%	5.447	2.482	Cluster individual ambulatorial
FUNDAO	69%	19%	89%	5.237	2.669	Cluster individual ambulatorial
SOORETAMA	0%	88%	88%	7.799	44	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial
VILAVELHA	70%	18%	88%	5.286	2.513	Cluster individual ambulatorial
CARIACICA	74%	14%	88%	5.738	2.030	Cluster individual ambulatorial
VIANA	72%	16%	88%	5.450	2.260	Cluster individual ambulatorial

Tabela 26 – Alguns dos cenários problemáticos onde há níveis de concentração de monopólio ou próximos de monopólio

Em tais cenários, seguramente, o argumento de rivalidade, tradicional, acima referido, não é válido.

As requerentes poderão, aqui, novamente afirmar que **ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES**

Esta nota já lidou com o referido assunto, quando se debateu a questão do não-crescimento estratégico de agentes de mercado, mormente para facilitar fusões e aquisições em cenários que levem a concentrações próximas de monopólio. De todo modo, se o que as requerentes alegam é que a **ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES** (o que o DEE discorda **ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES** De outro lado, as requerentes alegam o seguinte: “*nota-se que há intensa rivalidade entre os principais players no mercado de planos de saúde no Estado do Espírito Santo, quais sejam, além das Requerentes, o Sistema Unimed, Bradesco Saúde, Amil e Sul América*”. DOC SEI - 0610703_Formulario_de_Notificacao_de_AC, p.239.

Nos slides abaixo, as requerentes sustentam existir elevada rivalidade nos mercados de planos de saúde do Espírito Santo, em especial entre SAMP e Unimed.

Alega-se, basicamente, o seguinte:

- (i) A requerente refere que há um elevado “*churn*”. “Churn” é uma métrica que indica o quanto sua empresa perdeu de receita ou clientes. Para calcular o churn basta dividir a quantidade de clientes que se perdeu ao longo de um período pelo total de clientes do início do período.
- (ii) Tal “churn” (perda de clientes) é direcionado para a Unimed. Assim, a Samp perde clientes para Unimed que consegue fazer propostas a preços baixos para os mesmos, roubando-os da Samp;
- (iii) Ao mesmo tempo, alega que não há proximidade dos planos ofertados pela Samp e pela SBS, que seriam direcionados a públicos distintos e estariam situados em regiões geográficas distintas.

Sobre o debate da complementariedade geográfica, as requerentes apresentaram a seguinte informação:

Figura 18 – Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**

Fonte: Apresentado em reunião ao DEE, bem como por e-mail

Também, as requerentes apresentaram pesquisas qualitativas que serão mais adiante referidas. De todo modo, a síntese dos argumentos de rivalidade diz respeito a estes três argumentos (Churn médio alto, alta perda de contratos das requerentes para

com a Unimed e falta de proximidade entre os produtos das requerentes entre si), que transparecem nos slides abaixo (apresentados pelas requerentes):

Figura 19 – Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**

Figura 20 – Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**

Figura 21– Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**

Figura 22 – Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**

Figura 23 – Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**

Com efeito, há duas pesquisas que foram juntadas aos autos, realizadas pela **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**

Figura 24 – Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**
DOCSEI - 0687768

Figura 25 – Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**
DOCSEI – 0687768

Figura 26– Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**
DOCSEI – 0687768

Figura 27– Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**
DOCSEI – 0687768

Figura 28 – Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**
DOCSEI – 0687768

Figura 29 – Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**
DOCSEI – 0687768

Figura 30 - - Slides apresentados pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**
DOCSEI – 0687768

Veja que as análises anteriores tiveram alguns pontos que merecem ser destacados:

- Entenderam que o mercado do Espírito Santo é um todo homogêneo, não fazendo distinção do diferente nível de rivalidade por região ou nível de concentração e de concorrência em cada cluster e em cada município;
- Nas entrevistas qualitativas, não se sabe quem foi entrevistado. Em que pese tal procedimento possa ser justificado em determinado contexto para garantir o conforto necessário ao entrevistado de apresentar sua opinião, no âmbito do Direito Antitruste não parece representar uma evidência forte à medida em que a Autoridade Antitruste não pode contrachecar o referido dado;

- Não foram apresentadas as entrevistas completas, mas apenas parte das entrevistas;
- O CADE não estava presente no processo de coleta das referidas opiniões;
- Não parece haver uma representatividade das referidas entrevistas, assim como não há precisão em diferentes formas de resposta. Exemplificativamente, **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**
- **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**

Enfim, há lacunas neste tipo de consideração ou prova produzida a partir das pesquisas apresentadas acima.

Posteriormente, as requerentes ainda apresentaram uma terceira análise, sendo esta última de cunho quantitativo.

Tabela 27 – Análise de migração de CPFs realizada pelas requerentes **ACESSO RESTRITO REQUERENTES**

DOCSEI 0712181_E_mail_Athena_ES_SBS_e_SBAH_Resp_of_8501_e_8504_19_.pdf

ACESSO RESTRITO REQUERENTES

Para as requerentes, esta terceira evidência corroboraria o número coletado pela Hiboou consultoria. Em relação a estes dados, as requerentes entenderam o seguinte:

“Assim sendo, nota-se que a rivalidade direta entre as Requerentes pré-operação era baixa, sendo que menos de [ACESSO RESTRITO CADE E REQUERENTES] clientes perdidos no ano migraram entre as duas. 23. É importante notar que o número de CPFs únicos na base de ambas Requerentes está acima de [ACESSO RESTRITO AO CADE], o que resulta em uma variação da base de [ACESSO RESTRITO AO CADE] de um ano para o outro. Esse alto grau de variação anual na base de clientes denota a existência de elevada rivalidade existente no mercado. Desse modo, em confronto com os dados de migração de planos, assim como a baixa migração entre as Operadoras, há forte evidência para a baixa rivalidade entre as Requerentes e motivação para a separação dos mercados em planos de cobertura total e ambulatorial”.

Veja que a análise pura do “churn” não diz respeito à análise de um raio de desvio derivado de um aumento de preços, nem avalia margens de lucro ou poder de mercado. Consumidores podem estar deixando a Samp ou a SBS não para migrar necessariamente para a Unimed (ou para escapar de um aumento de preços da Samp), mas apenas porque decidiram trocar de estado, por exemplo.

Veja que o mercado de saúde como um todo declinou.

Em dezembro de 2000, havia 28,4 milhões de pessoas com planos de saúde (excluindo planos apenas odontológicos). Em março de 2019, havia apenas 22,6 milhões de usuários de planos de saúde. O churn rate foi de 5,8 milhões do mercado como um todo. Essa perda ou esse “churn” nacional foi devido necessariamente à rivalidade? E se todos os agentes do mercado tiveram perdas?

Obviamente que há fatores macroeconômicos referentes ao churn que podem não ter qualquer ligação com o nível de rivalidade de um determinado setor. Assim, olhar

para o “churn” nacional mostra como esta variável é limitada para explicitar a existência ou ausência de rivalidade.

A taxa de desvio de um concorrente para o outro pressupõe a divisão da elasticidade cruzada preço da demanda pela elasticidade própria preço da demanda, porque pressupõe que exista uma “reação” da demanda em relação a modificações nos preços dos produtos. Quando se olha o “churn” não se está olhando se e em que medida houve mudança de preços, nem se está buscando mensurar elasticidades próprias ou cruzadas. Apenas se fez uma avaliação muito bruta do que as empresas perderam.

Deste modo, para se ter uma visão mais completa do mercado, há que se analisar o que ocorreu com os principais concorrentes do mercado, em relação à demanda e ao desvio de clientela, mas não apenas entre as requerentes e sim entre todos os agentes. Deve-se analisar, também, o churn tendo em vista os níveis de preços e aos lucros relativos de cada um para se ter uma compreensão melhor do nível de rivalidade no mercado.

Segundo dados da ANS de junho de 2019:

- * SBS teria 89.049 vidas (9,3% do mercado)
- * Samp teria 247.869 vidas (25,8% do mercado)
- *Unimed teria 505.343 (52,51% do mercado)

Abaixo, estão os CPFs válidos de cada operadora, de vários anos, incluindo de 2019.

Tabela 28 – CPFs únicos de cada empresa por ano ACESSO RESTRITO AO CADE

Tendo em vista a complexidade da instrução, dos dados acima, constam apenas dados de algumas Unimeds mais representativas do ES, que repassaram dados ao DEE (sendo que a Central Nacional da Unimed repassou dados apenas dados do ano de 2019):

CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	22.937,00	4,54%
UNIMED NORTE CAPIXABA- COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	32.513,00	6,43%
UNIMED SUL CAPIXABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	83.865,00	16,60%
UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	289.135,00	57,22%
UNIMEDS OFICIADAS ES	428.450,00	84,78%
UNIMED TOTAL	505.343,00	

Tabela 29 – Representatividade das Unimeds por número de vidas em relação ao grupo Unimed como um todo no ES em junho de 2019.

Após, foi possível avaliar quantos CPFs únicos em cada período cada um dos players possuía:

Tabela 30 – CPFs únicos por tipo de agente, conforme variável categórica d18 ACESSO RESTRITO AO CADE

Legenda da variável d18 da Tabela 31:

- *3 são consumidores que estavam na operadora em 2018 e em 2019
- *2 são consumidores que estavam na operadora apenas em 2019
- *1 são consumidores que estavam na operadora apenas em 2018

*0 são consumidores que estavam na operadora apenas em outros anos

Após, o DEE buscou analisar quantos CPFs migraram do ano de 2018 para o ano de 2019. Levou-se, em consideração, portanto, os dados da Central Nacional da Unimed. Verificou-se se os CPFs migraram:

da SBS para SAMP

da SBS para Unimed

da SAMP para SBS

da SAMP para Unimed.

Abaixo estão os resultados:

Tabela 31 Migração de CPFs da SBS para SAMP (2018/2019)

ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES

Tabela 32 – Migração de CPFs da SBS para Unimed (2018/2019)

SBS->UNIMED = **ACESSO RESTRITO AO CADE**

Tabela 33 - Migração de SAMP para SBS (2018/2019)

ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES

Tabela 34 - Migração de SAMP para Unimed (2018/2019)

SAMP->UNIMED = **ACESSO RESTRITO AO CADE**

ACESSO RESTRITO AO CADE

Deste modo, o exercício utilizado pelas requerentes **ACESSO RESTRITO AO CADE**

tende a ser uma leitura equivocada do mercado, tanto do ponto de vista de análise de eficiências como do ponto de vista de rivalidade.

De outro lado, os dados acima são apenas dados agregados.

Do ponto de vista de rivalidade, caso se pudesse falar de uma rivalidade única, para todo o estado do Espírito Santo, haveria, **ACESSO RESTRITO SBS**. Ocorre que quando se olham os dados dos players do mercado, verifica-se que, em algumas cidades, os agentes possuem elevadas margens de lucro não contestadas por outros agentes do mercado. Por exemplo, abaixo estão listados **ACESSO RESTRITO SBS**

Dos dados apresentados pela SBS é possível extrair uma série de informações do ponto de vista espacial. Todavia, os dados da SAMP são mais difíceis de serem compreendidos neste aspecto. Por exemplo, foram apresentadas cidades com diferentes “códigos” do IBGE, diferentes formas de escrita o que dificultou colapsar os dados por

cidade. Também, há casos de valores negativos (sem explicação) ao longo da tabela, bem como vários casos de município sem despesa assistencial alguma. A não ser que se acredite que ninguém usou o plano de saúde em tais municípios, tal dado necessita ser explicado melhor. Tudo isso dificultou bastante o trabalho de análise.

ACESSO RESTRITO SAMP

Estes dados demonstram que há diferentes níveis de rivalidade em diferentes municípios. Há municípios com margens de lucro negativas e municípios com margens de lucro extremamente positivas (que não são contestados espacialmente).

2.7.1. Análise do comportamento dos agentes.

Uma análise extremamente relevante em relação à rivalidade diz respeito aos preços cobrados por cada agente. Este tipo de análise não foi possível fazer neste caso de forma mais ampla, porque de acordo com as requerentes:

ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES

Ou seja, o CADE tentou buscar tais dados, mas as requerentes não os dispõem. Assim, cumpre analisar outras variáveis como indicativas de rivalidade e de poder de mercado como uma alternativa analítica possível.

Abaixo serão também descritas algumas variáveis do setor que poderão ser utilizadas para fazer este tipo de avaliação.

2.7.1.1. SBS

ACESSO RESTRITO SBS

2.7.1.2. SAMP

ACESSO RESTRITO SAMP

2.7.2. Conclusão sobre rivalidade

Há uma grande heterogeneidade espacial e de produtos neste mercado, assim como há heterogeneidade de consumidores.

Há casos de grandes lucros percentuais em determinadas regiões e em relação a alguns consumidores que são incompatíveis com a hipótese de rivalidade extremada clássica em que, em tal hipótese, ao menor sinal descolamento do preço em relação ao custo do mercado, seria verificada a contestabilidade do mercado.

Obviamente que não se paga apenas pela utilização do plano de saúde, mas pela possibilidade de utilizá-lo, pelo risco do cliente eventualmente vir a ficar doente. Caso o cliente não fique, tal fato irá gerar um lucro ao operador, próprio de sua atividade de risco.

De todo modo, os dados obtidos ainda estão um pouco poluídos e restou difícil fazer uma análise mais pormenorizada do nível de rivalidade do mercado, com este nível de qualidade de dados.

Todavia, o exercício utilizado pelas requerentes de GUPPI, que usa um raio de desvio menos que proporcional entre as requerentes (e mais que proporcional entre a Unimed e as requerentes) tende a ser uma leitura equivocada do mercado, pelos motivos já expostos.

Obviamente que se houver um aumento de preços por parte das requerentes, espera-se que a Unimed venha absorver parte da demanda, tendo em vista o seu elevado share no mercado. Todavia, acredita-se que a proximidade das requerentes entre si seja algo maior do que o que sugere a hipótese de proporcionalidade da taxa de desvio em relação ao seu market share. Neste sentido, a adoção da hipótese de proporcionalidade não parece ser descabida ao presente caso.

De outro lado, as grandes heterogeneidades espaciais e a não contestabilidade de alguns municípios por parte da Unimed (como vários municípios em que SBS teria estoque de vidas) sugere que a rivalidade não é tão intensa em diferentes partes do território do Espírito Santo. Em algumas partes do território é possível haver acomodação dos agentes e lucros supranormais vis-à-vis outras partes do território do ES.

Tal análise é ainda robustecida pela avaliação já feita pela SG de que não haveria mudanças intensas no nível dos shares dos agentes, no âmbito dos clusters.

Assim, em que pese o argumento das requerentes de que a rivalidade das requerentes em relação à Unimed acabaria com qualquer preocupação de caráter concorrencial, entende-se, com a devida vênia, o contrário: de que se deva passar para a análise das eficiências neste caso, não havendo evidências suficientes de que a rivalidade atual do mercado, por si só, consiga disciplinar o comportamento dos agentes ou que venha a amenizar toda as diversas preocupações já referidas nesta nota técnica em termos concorrenciais pela existência da presente concentração.

2.8. Análise sobre eficiências

Para análise de eficiências, há que se pressupor um nível intermediário de concentração. Como já demonstrado acima, há um grande número de cenários que pressupõe monopolização do mercado.

Cumprе ressaltar que, em vários precedentes, o CADE reconheceu limites ao uso do argumento de eficiência. Segundo voto de Paulo Furquim em (AC DGB/Chinaglia, 2009, p. 49)], ainda que operações consigam demonstrar que os benefícios decorrentes do AC sejam distribuídos equitativamente entre os participantes e os consumidores ou usuários finais, gerando, portanto, eficiências impossíveis de se obter por vias alternativas, não se admitiria a eliminação de “parte substancial” da concorrência.

No mesmo sentido, há o seguinte precedente: *“Em outras palavras, a situação de quase monopólio não gera incentivos para que os consumidores se beneficiem das possíveis eficiências. O entendimento exarado no parágrafo anterior encontra respaldo na jurisprudência internacional, principalmente no FTC e na Comissão Europeia. De acordo com estas autoridades, o argumento de eficiência não pode ser empregado como justificativa para a eliminação da concorrência ou para a criação de quase monopólios.*

A esse respeito, assim se posicionou a Comissão Europeia, in verbis: “**há um claro limite para o uso do argumento de eficiências: a eliminação da competição.** Portanto, mesmo que as partes sejam capazes de provar que a operação possa trazer elevados ganhos de eficiência, essas eficiências não são capazes de justificar a eliminação da competição” (g.n.) (Voto do Conselheiro-relator Elvino de Carvalho Mendonça no (AC Unimed Franca/Hosp.Regional Franca, 2013)).

Assim, o padrão decisional do CADE leva em consideração não apenas uma avaliação estrita das eficiências alocativas, mas, também, se preocupa em manter algum tipo de pressão concorrencial.

No presente caso, como já referido, há cenários em que há monopolização ou quase monopolização. De todo modo, por solicitação do DEE, as requerentes foram solicitadas a apresentar algum modelo de simulação dos efeitos deste ato de concentração.

As requerentes apresentaram o modelo GUPPI. O referido modelo é derivado de uma série de artigos (SHAPIRO C. , “Unilateral Effects Calculations,” Discussion paper, Working Paper, University of California at Berkeley, 2010) (SHAPIRO & FARRELL, 2010) (SIMONS & M., 2010) (SHAPIRO C. , The 2010 Horizontal Merger Guidelines: from hedgehog to fox in forty years, 2010).

De maneira bem resumida descreveremos o modelo GUPPI. A referência adotada para o GUPPI (*Gross Upward Pricing Pressure Index*) é Salop e Moresi (2009)²⁴. Trata-se de um teste em que se assume competição em preços e produtos diferenciados, mas não se assume a existência de eficiências na expressão final, tal como na expressão final do UPP (*Upward Pricing Pressure*), além de apresentar o resultado em proporção ao preço para o qual o GUPPI está sendo calculado.

Assim, a expressão usada para o GUPPI resulta em:

$$GUPPI_1 = \frac{(p_2 - mc_2)D_{12}}{P_1}$$

Essa expressão é, por definição, positiva e devolve um valor percentual para o aumento de preços do produto após a fusão. De forma didática, pode-se dizer que a probabilidade de um aumento de preços após a fusão é influenciada por dois fatores: (i) o primeiro fator é a migração dos consumidores, também chamada taxa de desvio, do produto 1 para o produto 2. A taxa de desvio busca responder a seguinte pergunta: se o preço do produto 1 aumentar, qual parte dos consumidores irá mudar para o produto 2?; (ii) o segundo fator relevante é a margem de lucro bruta do produto 2 definida como a diferença entre o preço (p_2) e o custo marginal (mc_2). Em suma, a probabilidade de um aumento de preços após a fusão é calculada pela multiplicação da margem de lucro bruta e a taxa de desvio.

²⁴ SALOP, STEVEN. MORESI, SERGE. Updating the Merger Guidelines: Comments. 2009. Disponível em: https://www.ftc.gov/sites/default/files/documents/public_comments/horizontal-merger-guidelines-review-project-545095-00032/545095-00032.pdf

Por sua vez, segundo referido pelas requerentes:

ACESSO RESTRITO ÀS REQUERENTES

Sobre o modelo apresentado, em que pese o esforço realizado, o DEE apresenta algumas discordâncias em relação às suas conclusões, por diversos motivos:

- O modelo acima é dependente de como os mercados relevantes foram estruturados. Como demonstrado ao longo da presente nota, há vários cenários de extrema concentração. Esta extrema concentração não transparece no modelo, porque o modelo partiu de premissas denexo de causalidade e de definição de mercado relevante, muito diferentes das premissas deste DEE;
- Ainda que os cenários estejam corretos, o modelo aplicou uma taxa de lucro linear para todos os cluster, enquanto, ao longo da presente nota demonstrou-se que há lugares no ES em que há elevada margem de lucro, ao mesmo tempo em que há outros lugares com menores taxas de lucro. Esta questão não é captada pelo modelo que usa uma avaliação linear do mercado.
- As requerentes estimaram 3% como sendo o valor das eficiências. Há vários cenários que sequer foram cogitados pelas requerentes e que se analisados de maneira mais detida iriam, seguramente, levar a outro tipo de conclusão no que tange à avaliação das eficiências.

2.8.1. Modelo alternativo: PC-AIDS

Como alternativa ao modelo apresentado pelas requerentes, o DEE apresenta uma análise por meio do PC-AIDS que já foi utilizada em diversos casos recentes.

A simulação via PC-AIDS tende a ser mais completa porque a mesma leva em consideração a reação dos agentes rivais pós-Ato de Concentração (que também, em teoria, podem maximizar seus lucros se elevarem seu preço pós-Ato de Concentração) e o fato de as elasticidades pré-operação se modificarem no cenário pós-operação.

Com efeito, realizou-se uma simulação do impacto da operação no preço ao consumidor, utilizando o modelo PC-AIDS (*Proportionally Calibrated Almost Ideal Demand System* ou Sistema de Demanda Quase Ideal Proporcionalmente Calibrado). O modelo adotado para o cálculo dos efeitos da presente operação pertence à classe de modelos AIDS (*Almost Ideal Demand System*), com o modelo original criado por Deaton e Muellbauer (1980)²⁵. Porém, em razão de sua conveniência, para a presente análise utiliza-se o *PCAIDS*, criado por Epstein e Rubinfeld (2001)²⁶.

²⁵ DEATON, A., & MUELLBAUER, J. (1980). An Almost Ideal Demand System. *American Economic Review*, 70, 312-326.

²⁶ EPSTEIN, R. J., & RUBINFELD, D. L. (2001). Merger Simulation: A simplified approach with new applications. *Antitrust Law Journal*, 69, 883-919.

De acordo com Marcelo Ranieri Cardoso “*O que as hipóteses do PC-AIDS conseguem é gerar um sistema que simula efeitos unilaterais de uma fusão calibrando os parâmetros pré-fusão com o uso de apenas uma elasticidade-preço própria da demanda de um dos produtos, mais a elasticidade-preço própria da indústria e os market shares de todos os players do mercado em estudo. Uma premissa que o modelo manter é considerar para sua formulação um mercado de produtos diferenciados com n firmas uni-produto, cada uma delas produzindo um tipo de produto diferenciado, por exemplo, pela respectiva marca, e agindo como competidoras em um modelo de oligopólio Nash-Bertrand*” (CARDOSO).

O modelo *AIDS* necessita de vários parâmetros estimados, como as elasticidades cruzadas dos produtos no mercado definido para análise, o que exige tempo para o teste de diferentes especificações econométricas, se é que será realmente possível a obtenção de elasticidade cruzadas com valores intuitivos e significância estatística. Essas dificuldades favorecem o uso de um modelo que exige menos parâmetros estimados. Segue, no entanto, que há perda de complexidade na análise, pois será necessário assumir relações hipotéticas entre os produtos analisados para definir os parâmetros não estimados.

A hipótese mais importante do modelo, inovando em relação ao *AIDS* original, é a proporcionalidade no aumento de preço em relação ao *market share* da empresa no mercado analisado. Recorre-se aqui ao exemplo de Epstein e Rubinfeld (2001) em uma versão do modelo em que cada empresa produz um único produto e se analisam três produtos (nomeados 1, 2 e 3). Abaixo definiremos as relações de *market shares* e preços proposta por um modelo *AIDS*:

$$S_1 = a_1 + b_{11} \ln(p_1) + b_{12} \ln(p_2) + b_{13} \ln(p_3)$$

$$S_2 = a_2 + b_{22} \ln(p_2) + b_{21} \ln(p_1) + b_{23} \ln(p_3)$$

$$S_3 = a_3 + b_{33} \ln(p_3) + b_{31} \ln(p_1) + b_{32} \ln(p_2)$$

onde os S são os *market shares* das empresas, os coeficientes b com subscritos repetidos são os “coeficientes próprios” e os com subscritos diferentes são os “coeficientes cruzados”; intuitivamente, esses coeficientes possuem uma relação clara com as elasticidades-preço da demanda, ao que o “coeficiente próprio” deve ter um sinal negativo (um aumento de preços, dada a substitubilidade por outros produtos, diminui o *market share* da empresa) e o “coeficiente cruzado” deve ter, por consequência, um sinal positivo.

Diferenciando as equações acima, chega-se em parte da dinâmica que se pretende obter, geralmente, com os efeitos de uma fusão. Seguem as equações após a diferenciação total:

$$dS_1 = b_{11} \frac{dp_1}{p_1} + b_{12} \frac{dp_2}{p_2} + b_{13} \frac{dp_3}{p_3}$$

$$dS_2 = b_{22} \frac{dp_2}{p_2} + b_{21} \frac{dp_1}{p_1} + b_{23} \frac{dp_3}{p_3}$$

$$dS_3 = b_{33} \frac{dp_3}{p_3} + b_{32} \frac{dp_2}{p_2} + b_{31} \frac{dp_1}{p_1}$$

O modelo deixa clara a dificuldade e o tempo necessário para estimação dos parâmetros de um modelo *AIDS*, já que mesmo em um caso hipotético simples compreende-se a necessidade de estimar nove parâmetros diferentes, os coeficientes próprios e cruzados (os coeficientes *b*) das três equações.

A alternativa diante da necessidade de tantos parâmetros, definida por Epstein e Rubinfeld (2001), foi assumir uma relação de proporcionalidade. Como já defendido anteriormente, a hipótese de proporcionalidade é favorável às requerentes no presente caso, sendo razoável utilizá-la no modelo de simulação. Entende-se que tal hipótese é razoável e até mesmo favorável às requerentes

ACESSO RESTRITO APENAS AO CADE

De todo modo, como dito acima, a diferença do PCAIDS em relação ao exercício de GUPPI feito pelas requerentes não se limita apenas a aceitar a hipótese de proporcionalidade em um e no outro não. No PCAIDS, há o controle da reação dos rivais, pressupondo que os mesmos maximizarão seus lucros pós operação, bem como há controle da mudança dos níveis de elasticidade pós-operação.

Em um exemplo usado no artigo, se a firma que produz o produto 2 possui um *market share* de 40% e a firma que produz o 3, um *market share* de 20%, o *market share* da firma que produz o produto 2 deve aumentar duas vezes mais que a que produz o produto 3. Essa assunção permite definir uma relação matemática entre o coeficiente próprio e os coeficientes cruzados, de tal maneira que (no presente exemplo):

$$b_{21} = -S_2 / (S_2 + S_3) b_{11}$$

Essa assunção permite que o número de coeficientes não conhecidos caía de 9 para 3. A adição da hipótese de proporcionalidade, contudo, ainda permite diminuir mais ainda o número de parâmetro necessários para a estimação. O que se precisa, em síntese, para solucionar o sistema de equações são somente estimativas da elasticidade-preço da demanda para o mercado inteiro, a elasticidade-preço da demanda residual de uma das empresas e os *market shares* das empresas²⁷. As equações que resumem estas relações seguem abaixo e conduzem aos principais parâmetros de interesse:

²⁷ Os resultados estão provados no apêndice do artigo original de Epstein e Rubinfeld (2001). Contudo, tenta-se neste documento destacar qual é a lógica principal do modelo.

$$b_{11} = S_1(e_{11} + 1 - S_1(e + 1))$$

$$b_{ii} = \frac{S_i}{1 - S_1} \frac{1 - S_i}{S_1} b_{11}$$

$$e_{11} = -1 + \frac{b_{11}}{S_1} + S_1(e + 1)$$

$$e_{ij} = -1 + \frac{b_{ij}}{S_i} + S_i(e + 1)$$

onde e , com os subscritos 11, é a elasticidade-preço da demanda própria do produto 1 e e , sem os subscritos, é a elasticidade-preço da demanda de mercado; no caso dos subscritos distintos, i e j , tem-se a fórmula acima das elasticidades cruzadas. Dessa forma, podemos chegar a todos os parâmetros necessários para a fusão, ao que se comparará os efeitos pós fusão de uma empresa detentora dos novos produtos diferenciados, comparando a sua solução de maximização de lucro antes e depois da fusão. No presente caso, o uso do modelo PCAIDS prevê aumento de preços expressivos, mesmo nas hipóteses das eficiências referidas de 3%. O modelo foi ponderado com uma elasticidade própria de -3 e elasticidade da indústria de -1, para 230 dos 251 cenários problemáticos.

Os resultados são sintetizados nesta figura:

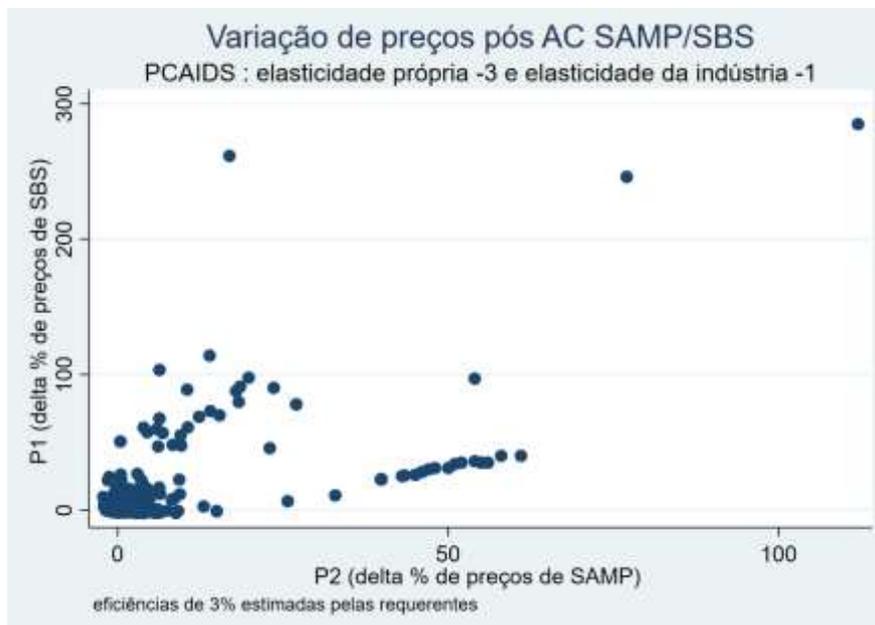


Figura 31 – Variação de preços das requerentes (cenário estimado com elasticidade própria de -3 da SBS)

- P1, diz respeito à variação esperada de preços EM PERCENTUAL que o modelo PCAIDS indica para a SBS em diferentes tipos de cenários de clusters e municipais considerados como problemáticos, mesmo considerando 3% de eficiências
- P2, diz respeito à variação esperada de preços EM PERCENTUAL que o modelo PCAIDS indica para a SAMP em diferentes tipos de cenários de clusters e municipais considerados como problemáticos, mesmo considerando 3% de eficiências

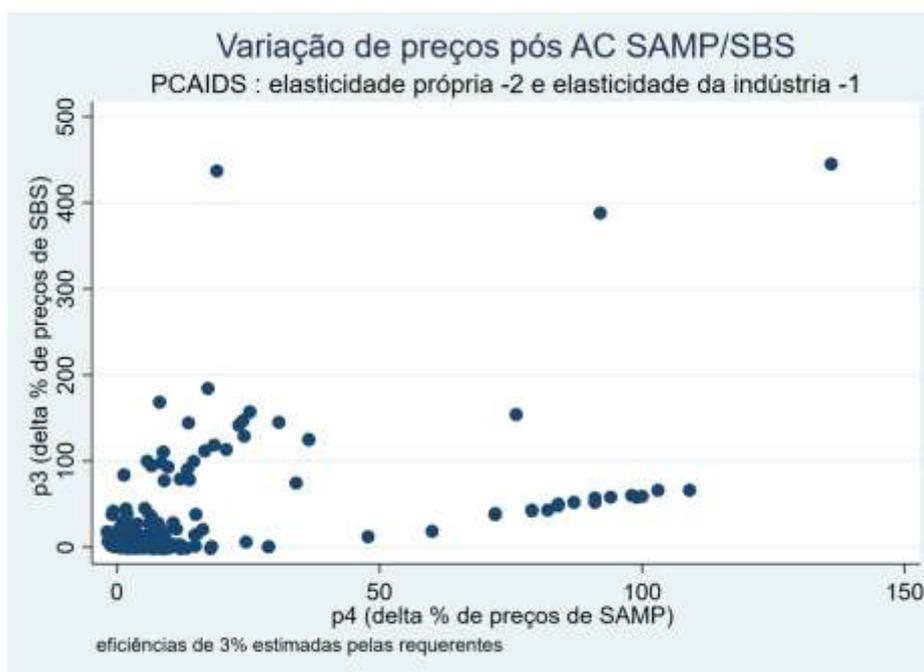


Figura 32– Variação de preços das requerentes (cenário estimado com elasticidade própria de -2 da SBS)

- P3, diz respeito à variação esperada de preços EM PERCENTUAL que o modelo PCAIDS indica para a SBS em diferentes tipos de cenários de clusters e municipais considerados como problemáticos, mesmo considerando 3% de eficiências
- P4, diz respeito à variação esperada de preços EM PERCENTUAL que o modelo PCAIDS indica para a SAMP em diferentes tipos de cenários de clusters e municipais considerados como problemáticos, mesmo considerando 3% de eficiências

Os modelos indicam, em média, uma elevação de preços de 7% a 14% para SAMP e de 17% a 29% para a SBS. Seguramente que os aumentos de preços tendem a ser mais acentuados onde há maior concentração de mercado, no cenário investigado:

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
P1	230	17.40935	37.3512	-2.4	285
P2	230	7.997913	16.27446	-2.2	112
p3	230	29.70952	59.62927	-2	445
p4	230	14.32196	25.95855	-1.9	136

Tabela 35 – Análise descritiva de P1, P2, P3 e P4

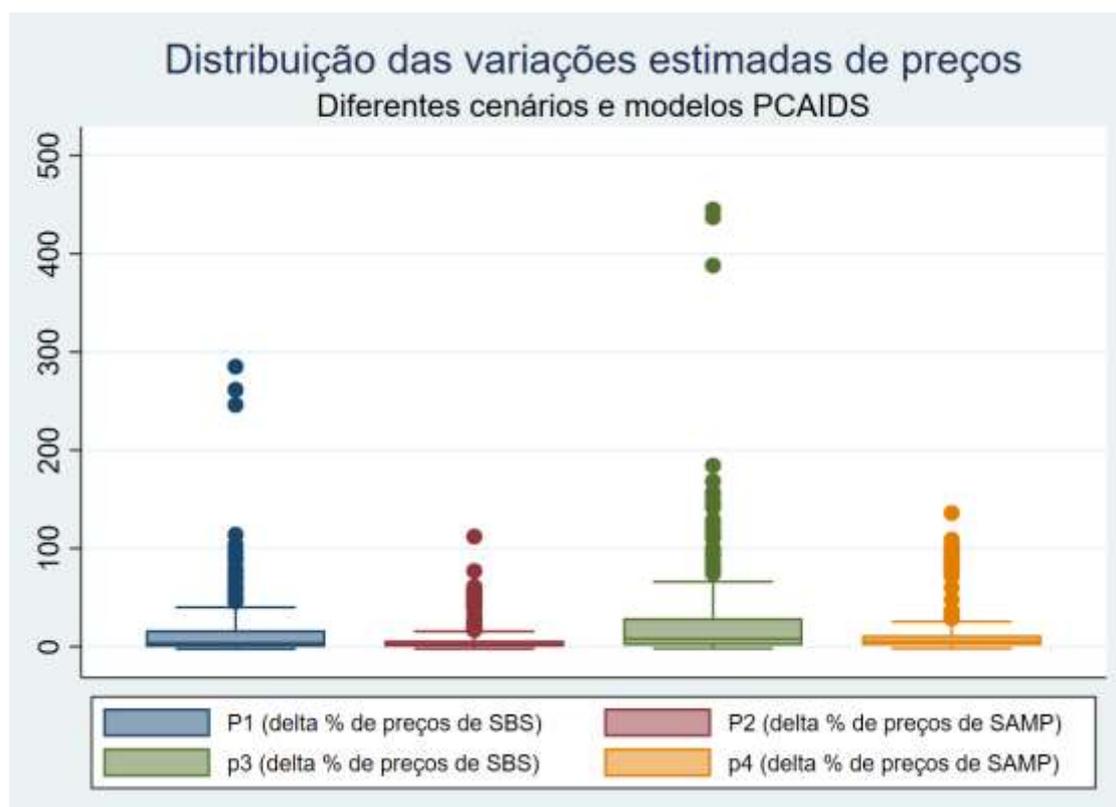


Figura 33 – Diferentes níveis de variação de preços estimadas considerando as eficiências calculadas pelas requerentes

- P1, diz respeito à variação esperada de preços EM PERCENTUAL que o modelo PCAIDS indica para a SBS em diferentes tipos de cenários de clusters e municipais considerados como problemáticos, mesmo considerando 3% de eficiências
- P2, diz respeito à variação esperada de preços EM PERCENTUAL que o modelo PCAIDS indica para a SAMP em diferentes tipos de cenários de clusters e municipais considerados como problemáticos, mesmo considerando 3% de eficiências
- P3, diz respeito à variação esperada de preços EM PERCENTUAL que o modelo PCAIDS indica para a SBS em diferentes tipos de cenários de clusters e municipais considerados como problemáticos, mesmo considerando 3% de eficiências
- P4, diz respeito à variação esperada de preços EM PERCENTUAL que o modelo PCAIDS indica para a SAMP em diferentes tipos de cenários de clusters e municipais considerados como problemáticos, mesmo considerando 3% de eficiências

Há uma grande variação dos modelos e de cenário.

Em relação a P1 e P2:

- Em 19 modelos P1 e P2 foram negativos, ambos
- Em 42 modelos P1 foi positivo e P2 foi negativo
- Em 53 modelos P2 foi positivo e P1 foi negativo
- Em 116 modelos P1 e P2 foram positivos, ambos

Em relação a P3 e P4:

- Em nenhum modelo P3 e P4 foram negativos, ambos

- Em 33 modelos P4 foi positivo e P3 foi negativo
- Em 37 modelos P3 foi positivo e P4 foi negativo
- Em 160 modelos P3 e P4 foram positivos, ambos

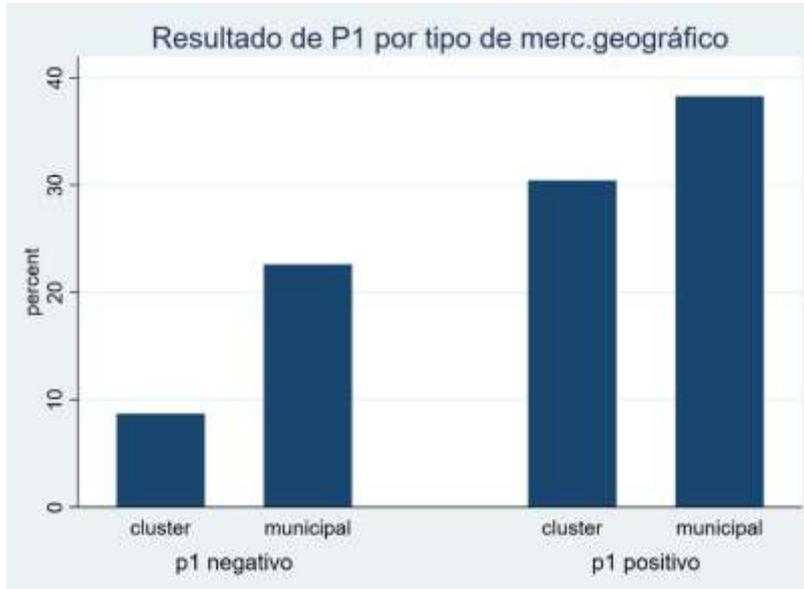


Figura 34 – Resultado de P1 por mercado geográfico



Figura 35 – Resultado de P2 por mercado geográfico



Figura 36 - Resultado de P3 por mercado geográfico



Figura 37 - Resultado de P4 por mercado geográfico

Como demonstrado acima, o tipo de mercado relevante geográfico (se por cluster ou por município) não influencia tanto no resultado geral das simulações, que em média estão prevendo variação positiva de preços nos níveis acima referidos.

Frise-se que nem todos cenários foram possíveis de serem simulados, já que alguns levavam à monopolização de alguns mercados, sendo que o modelo tem dificuldade de fazer a análise da monopolização completa.

De todo modo, estima-se que nos cenários de monopolização completa o efeito anticompetitivo seja ainda superior.

3. Conclusões

A presente nota técnica analisou aspectos concorrenciais do ato de concentração referente à aquisição, pela Athena Saúde Espírito Santo Holding S.A., do controle das seguintes empresas: Casa de Saúde São Bernardo S.A. (SBS); São Bernardo Apart Hospital S.A. (SBAH); Centro Médico de Especialidades, Terapias e Diagnósticos Capixaba Ltda (Centro Médico Capixaba); Total Clínicas Ltda. – EPP (Total Clínicas); São Bernardo Emergência Ltda.; Ativa Serviços Empresariais Ltda; Call Express Central de Atendimento Ltda.

Muito embora o presente ato de concentração envolva múltiplas relações horizontais e verticais, como a SG não detectou qualquer problema concorrencial nas demais relações verticais e horizontais e como a controversa principal entre SG e requerentes se dá no mercado de planos de saúde no ES, a presente analisou apenas os contornos do referido mercado.

O DEE analisou a definição de mercado relevante no presente caso, problematizando a questão da dimensão produto e geográfica adotadas em outras análises, bem como uma série de regras default de análise donexo de causalidade, como, por exemplo, da regra das 100 vidas, em que o CADE aprovaria concentrações de planos de saúde se uma das requerentes tivesse apenas até 100 vidas em um dado município. As razões de tal discordância encontram-se no corpo da nota. Também, vale destacar que o DEE discordou da possibilidade de retirada do “estoque de vidas” da análise. Após, chegou-se a 502 cenários possíveis de concentração, sendo que em 251 verificou-se problemas (102 Cenários de clusters e 149 Cenários municipais foram entendidos como problemáticos). O DEE não encontrou justificativa para amenizar as referidas concentrações, nem em razão do argumento de entrada, nem de rivalidade, nem de eficiências.

Do ponto de vista da análise de entradas, verificou-se que o setor não está crescendo nos níveis estimados pelas requerentes, não havendo assim oportunidades de vendas suficientes para aceitar o argumento de que entradas disciplinariam o mercado. Do ponto de vista de rivalidade, verificou-se que houve monopolização em vários cenários, o que não condiziria com a hipótese da rivalidade disciplinar o mercado. Também, mesmo nos demais casos, verificou-se haver grandes margens de lucro em diferentes municípios do ES, que não seriam contestadas pelos demais agentes do mercado.

No que diz respeito às eficiências, o DEE apontou algumas falhas no modelo apresentado pelas requerentes, bem como fez um novo modelo (PC-AIDS) que teria identificado elevados aumentos percentuais de preços possíveis pós-operação, mesmo com o nível de eficiências alegado pelas requerentes. Tendo em vista o disposto na presente nota, o DEE considera haver indícios de que o presente ato de concentração tem potencial de gerar problemas concorrenciais.

Brasília, 20 de fevereiro de 2020

DEE/CADE

Assinado eletronicamente no DOCSEI 0722190

Anexo

Resultados – Modelos PC-AIDS

- A coluna “cenário” abaixo é apenas referencial.
- A coluna P1 diz respeito ao aumento esperado de preços EM PERCENTUAL que o modelo PCAIDS indica para a SBS em diferentes tipos de cenários de clusters e municipais considerados como problemáticos, mesmo considerando 3% de eficiências [calibrado com elasticidade do mercado -1 e elasticidade própria -3]
- A coluna P2 diz respeito ao aumento esperado de preços EM PERCENTUAL que o modelo PCAIDS indica para a SAMP em diferentes tipos de cenários de clusters e municipais considerados como problemáticos, mesmo considerando 3% de eficiências [calibrado com elasticidade do mercado -1 e elasticidade própria -3]
- A coluna P3 diz respeito ao aumento esperado de preços EM PERCENTUAL que o modelo PCAIDS indica para a SBS em diferentes tipos de cenários de clusters e municipais considerados como problemáticos, mesmo considerando 3% de eficiências [calibrado com elasticidade do mercado -1 e elasticidade própria -2]
- A coluna P4 diz respeito ao aumento esperado de preços EM PERCENTUAL que o modelo PCAIDS indica para a SAMP em diferentes tipos de cenários de clusters e municipais considerados como problemáticos, mesmo considerando 3% de eficiências [calibrado com elasticidade do mercado -1 e elasticidade própria -2]

Cenário	P1	P2	p3	p4	MERCADO	Município	A=SBS	B=Samp
Cenário 1	261.5	16.9	437	19	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	BOA ESPERANCA	0.01	0.97
Cenário 2	10.8	32.9	18,4	60	Cluster individual ambulatorial	VILAVALERIO	0.94	0.02
Cenário 3	285	112	445	136	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	AFONSO CLAUDIO	0.08	0.87
Cenário 4	246	77	388	92	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	ALFREDO CHAVES	0.06	0.89
Cenário 5	40	61	66	109	Cluster individual ambulatorial	AFONSOCLAUDIO	0.75	0.16
Cenário 6	35	56	59	100	Cluster individual ambulatorial	PINHEIROS	0.75	0.15
Cenário 7	114	13.9	184,3	17,3	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	JOAO NEIVA	0.03	0.87
Cenário 8	35	55	58	99	Cluster individual ambulatorial	VITORIA	0.74	0.15
Cenário 9	35	55	58	99	Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	VITORIA	0.74	0.15
Cenário 10	6.5	25.7	12,1	47,8	Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	VIANA	0.85	0.04
Cenário 11	103.4	6.3	168,39	8,09	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VIANA	0.01	0.88

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cenário 12	26	45	43	82	Cluster individual ambulatorial	ITAGUACU	0.76	0.13
Cenário 13	31	50	52	91	Cluster individual ambulatorial	SANTATERESA	0.74	0.15
Cenário 14	36	54	60	98	Cluster individual ambulatorial	IBIRACU	0.71	0.17
Cenário 15	40	58	66	103	Cluster individual ambulatorial	FUNDAO	0.69	0.19
Cenário 16	35	52	58	94	Cluster individual ambulatorial	VILAVELHA	0.70	0.18
Cenário 17	25	43	42	79	Cluster individual ambulatorial	CARIACICA	0.74	0.14
Cenário 18	28	46	48	84	Cluster individual ambulatorial	VIANA	0.72	0.16
Cenário 19	31	48	52	87	Cluster individual ambulatorial	SERRA	0.70	0.17
Cenário 20	25.5	43.4	43	79	Cluster individual ambulatorial	LARANJADATERRA	0.73	0.14
Cenário 21	97.7	19.8	157,2	25,3	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VILA VELHA	0.05	0.83
Cenário 22	34	51	57	91	Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	VILA VELHA	0.67	0.20
Cenário 23	30	47	50	84	Cluster individual ambulatorial	ANCHIETA	0.69	0.17
Cenário 24	88.9	10.5	144,3	13,6	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	CARIACICA	0.03	0.84
Cenário 25	91.1	18.5	147	24	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VIANA	0.05	0.81
Cenário 26	22.5	39.9	38	72	Cluster individual ambulatorial	VENDANOVAOIMIGRANTE	0.72	0.14
Cenário 27	22.5	39.8	38	72	Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	CARIACICA	0.72	0.14
Cenário 28	22.9	39.9	39	72	Mercado Municipal individual segregado cobertura ambulatorial	SERRA	0.71	0.15
Cenário 29	87.8	17.9	141,6	23,2	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	CARIACICA	0.05	0.81
Cenário 30	90.2	23.6	144,9	30,8	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VILAVELHA	0.06	0.79
Cenário 31	97	54	154	76	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	FUNDAO	0.17	0.68
Cenário 32	79.8	18.3	128,9	24,2	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SERRA	0.06	0.78
Cenário 33	78	27	124,9	36,5	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	VITORIA	0.09	0.74
Cenário 34	78	27	124,9	36,5	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VITORIA	0.09	0.74
Cenário 35	73	14	118,5	18,5	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	LARANJADATERRA	0.05	0.78
Cenário 36	67.6	6.3	110,5	8,8	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	GUARAPARI	0.03	0.80
Cenário 37	67.6	6.3	110,5	8,8	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	GUARAPARI	0.03	0.80
Cenário 38	69.9	15.4	113,3	20,8	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	FUNDAO	0.06	0.76
Cenário 39	68.8	12.3	111,7	16,7	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	SERRA	0.05	0.77
Cenário 40	60.83	3.9	99,85	5,75	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	ANCHIETA	0.02	0.79
Cenário 41	59.8	5.9	98	8,4	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	ANCHIETA	0.03	0.77
Cenário 42	61	10.6	99,5	14,6	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	ITAGUACU	0.05	0.75
Cenário 43	57.47	4.45	94,39	6,55	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VENDANOVAOIMIGRANTE	0.03	0.77
Cenário 44	56.8	6.8	93	9,7	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SANTATERESA	0.04	0.76
Cenário 45	55.2	9.5	90,3	13,4	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	IBIRACU	0.05	0.73

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cenário 46	-0.83	14.97	0,44	28,85	Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VILA VALERIO	0.76	0.02
Cenário 47	-0.83	14.97	0,44	28,85	Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VILA VALERIO	0.76	0.02
Cenário 48	50.59	0.38	83,8	1,3	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	ARACRUZ	0.01	0.76
Cenário 49	50.59	0.38	83,8	1,3	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	ARACRUZ	0.01	0.76
Cenário 50	48.1	8.3	79,1	12	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	AFONSOCLAUDIO	0.05	0.71
Cenário 51	47.6	9.6	78,2	13,8	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	DOMINGOS MARTINS	0.06	0.69
Cenário 52	46.9	6.1	77,2	9	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	PINHEIROS	0.04	0.71
Cenário 53	45.7	23	74,4	34,1	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	RIO BANANAL	0.16	0.59
Cenário 54	26.72	2.96	45,06	5,28	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	IBIRACU	0.05	0.59
Cenário 55	26.14	0.45	44,4	1,7	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VIANA	0.03	0.60
Cenário 56	2.65	12.99	5,94	24,56	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	RIO BANANAL	0.53	0.09
Cenário 57	24.4	-1.3	41,78	-0,72	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	RIOBANANAL	0.01	0.60
Cenário 58	22.4	9.3	38	15	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	FUNDAO	0.14	0.48
Cenário 59	22.4	3.5	38,02	6,16	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	AFONSO CLAUDIO	0.06	0.53
Cenário 60	22.32	0.51	38,1	1,9	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	CARIACICA	0.03	0.56
Cenário 61	22	-1.5	37,87	-0,93	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	VILAVALERIO	0.01	0.58
Cenário 62	20.53	3.69	34,97	6,58	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PINHEIROS	0.07	0.51
Cenário 63	-2.2	8.8	-1,7	17,8	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ALTO RIO NOVO	0.55	0.01
Cenário 64	16.55	6.27	28,3	10,7	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	FUNDAO	0.13	0.42
Cenário 65	-0.71	9.13	0,6	18	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SAO ROQUE DO CANAA	0.50	0.04
Cenário 66	16.13	4.37	27,78	7,81	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SERRA	0.10	0.44
Cenário 67	16.01	3.3	27,65	6,19	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SANTA LEOPOLDINA	0.08	0.45
Cenário 68	11.7	9.4	20,4	16,3	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	BOA ESPERANCA	0.23	0.30
Cenário 69	16.71	-0.21	29,11	0,97	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VIANA	0.03	0.50
Cenário 70	16.27	0.25	28,4	1,6	Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VIANA	0.04	0.49
Cenário 71	16.27	0.25	28,4	1,6	Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VIANA	0.04	0.49
Cenário 72	15.64	1.75	27,18	3,87	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	GUARAPARI	0.06	0.46
Cenário 73	13.86	4.46	24,07	8,08	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	JAGUARE	0.11	0.40
Cenário 74	11.88	6.41	20,8	11,3	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ANCHIETA	0.16	0.34
Cenário 75	8.52	8.52	15,2	15,2	Cluster individual ambulatorial	RIOBANANAL	0.25	0.25
Cenário 76	7.64	8.18	13,8	14,8	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	NOVA VENEZIA	0.25	0.23
Cenário 77	13.69	-0.44	24,2	0,68	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	CARIACICA	0.04	0.45
Cenário 78	-0.41	7.48	1,1	14,9	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ALTO RIO NOVO	0.42	0.05
Cenário 79	9.63	4.91	17,17	9,08	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SANTA TERESA	0.15	0.31

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cenário 80	11.7	-0.3	20,97	0,93	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MARECHAL FLORIANO	0.04	0.42
Cenário 81	11.42	0.38	20,4	1,9	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ALFREDO CHAVES	0.05	0.40
Cenário 82	9.5	3.89	17,02	7,45	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	LARANJA DA TERRA	0.13	0.32
Cenário 83	9.71	3.2	17,4	6,34	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SERRA	0.11	0.34
Cenário 84	-1.9	6.4	-1,2	13,2	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PANCAS	0.42	0.02
Cenário 85	7.89	4.52	14,36	8,58	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SAO MATEUS	0.16	0.28
Cenário 86	10.1	0	18,3	1,4	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VILA VELHA	0.05	0.38
Cenário 87	8.31	3.17	15,12	6,39	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SANTATERESA	0.12	0.31
Cenário 88	10.06	-0.68	18,29	0,39	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PEDRO CANARIO	0.04	0.39
Cenário 89	-2.2	5.7	-1,8	12,1	Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	VILA VALERIO	0.40	0.02
Cenário 90	-2.2	5.7	-1,8	12,1	Mercado Municipal individual agregado	VILA VALERIO	0.40	0.02
Cenário 91	0.44	6.02	2,4	12,1	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SAOROQUEDOCANAA	0.33	0.08
Cenário 92	9.7	-2.2	17,8	-1,9	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SANTA MARIA DE JETIBA	0.01	0.40
Cenário 93	0.74	5.94	2,86	11,9	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PANCAS	0.32	0.09
Cenário 94	0.48	5.8	2,4	11,7	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	PANCAS	0.32	0.08
Cenário 95	0.55	5.76	2,6	11,6	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	COLATINA	0.32	0.09
Cenário 96	0.55	5.76	2,6	11,6	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	COLATINA	0.32	0.09
Cenário 97	8.79	-0.72	16,22	0,35	Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	CARIACICA	0.04	0.36
Cenário 98	9	-1.4	16,6	-0,7	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SAOGABRIELDAPALHA	0.03	0.38
Cenário 99	8.72	-0.73	16,11	0,34	Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	CARIACICA	0.04	0.36
Cenário 100	0.28	5.65	2,1	11,5	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ALTORIONOVO	0.32	0.08
Cenário 101	0.35	5.57	2,2	11,3	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	BAIXOGUANDU	0.32	0.08
Cenário 102	8.5	-1.4	15,84	-0,57	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VENDANOVAOIMIGRANTE	0.03	0.36
Cenário 103	6.8	2	12,75	4,69	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ITAGUACU	0.11	0.28
Cenário 104	3	4.75	6,45	9,48	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ITAGUACU	0.23	0.16
Cenário 105	7	1.1	13,2	3,2	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	LARANJADATERRA	0.09	0.30
Cenário 106	1.7	5	4,31	10,12	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	COLATINA	0.27	0.12
Cenário 107	-0.29	5.01	1,2	10,4	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SAOGABRIELDAPALHA	0.31	0.07
Cenário 108	4.55	3.44	8,99	7,09	Mercado Municipal individual agregado	VIANA	0.17	0.21
Cenário 109	2.74	4.33	6,05	8,79	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ANCHIETA	0.22	0.16
Cenário 110	6.78	0.26	12,8	1,9	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	CARIACICA	0.07	0.30
Cenário 111	-0.72	4.79	0,55	10,11	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VILA VALERIO	0.31	0.06
Cenário 112	2.89	4.11	6,29	8,39	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	LINHARES	0.21	0.16
Cenário 113	7.3	-1.2	13,85	-0,35	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	CONCEICAO DA BARRA	0.04	0.34

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cenário 114	-0.55	4.72	0,82	9,96	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	BOA ESPERANCA	0.31	0.06
Cenário 115	6.35	0.66	12,1	2,5	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	GUARAPARI	0.08	0.29
Cenário 116	6.35	0.66	12,1	2,5	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	GUARAPARI	0.08	0.29
Cenário 117	-1.6	4.6	-0,9	10	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	AGUIA BRANCA	0.33	0.03
Cenário 118	-1.3	4.5	-0,32	9,77	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	NOVA VENECIA	0.32	0.04
Cenário 119	4.4	2.4	8,78	5,38	Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	VIANA	0.14	0.22
Cenário 120	6.11	-0.15	11,8	1,3	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VIANA	0.06	0.29
Cenário 121	4.1	2.4	8,27	5,45	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ARACRUZ	0.14	0.21
Cenário 122	5.47	0.75	10,6	2,7	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SERRA	0.09	0.27
Cenário 123	4.8	1.6	9,4	4,1	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	FUNDAO	0.12	0.24
Cenário 124	5.2	1	10,2	3,2	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VITORIA	0.10	0.26
Cenário 125	-2.1	4.1	-1,6	9,2	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	GOVERNADOR LINDENBERG	0.33	0.02
Cenário 126	3.7	2.5	7,6	5,62	Cluster coletivo por adesão cobertura total	SANTATERESA	0.15	0.20
Cenário 127	4.3	1.8	8,7	4,4	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	IBIRACU	0.12	0.22
Cenário 128	4.1	2	8,3	4,7	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	AFONSOCLAUDIO	0.13	0.22
Cenário 129	3.3	2.6	7,06	5,8	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	PINHEIROS	0.16	0.19
Cenário 130	-0.39	3.99	1,1	8,6	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VILAVALERIO	0.27	0.07
Cenário 131	5.79	-0.64	11,3	0,54	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	AFONSO CLAUDIO	0.05	0.29
Cenário 132	-0.31	3.95	1,2	8,6	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	RIOBANANAL	0.27	0.07
Cenário 133	-2.3	3.9	-1,9	8,8	Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SANTA TERESA	0.32	0.02
Cenário 134	-2.3	3.9	-1,9	8,8	Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SANTA TERESA	0.32	0.02
Cenário 135	-2.3	3.8	-1,9	8,7	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ITAGUACU	0.32	0.02
Cenário 136	3.9	1.6	8	4,2	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SANTA LEOPOLDINA	0.12	0.21
Cenário 137	2.2	2.7	5,2	6	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	VILA PAVAO	0.18	0.16
Cenário 138	4.14	0.89	8,5	3	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MUCURICI	0.10	0.23
Cenário 139	-0.26	3.52	1,3	7,8	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	LINHARES	0.25	0.08
Cenário 140	-0.26	3.52	1,3	7,8	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	LINHARES	0.25	0.08
Cenário 141	5.12	-0.74	10,2	0,4	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VILA VELHA	0.05	0.27
Cenário 142	5.2	-1	10,37	-0,03	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ANCHIETA	0.05	0.28
Cenário 143	1.5	2.7	4	6,2	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	IBIRACU	0.19	0.13
Cenário 144	5.4	-2	10,9	-1,5	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PIUMA	0.02	0.30
Cenário 145	-0.37	3.32	1,1	7,5	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SOORETAMA	0.25	0.08
Cenário 146	-1.9	3.5	-1,3	8	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	BAIXO GUANDU	0.29	0.03
Cenário 147	2.3	2.1	5,4	5,1	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SOORETAMA	0.16	0.16

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cenário 148	0.87	2.56	3,1	6	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	BAIXO GUANDU	0.19	0.12
Cenário 149	4.22	-0.78	8,73	0,36	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MARECHAL FLORIANO	0.06	0.25
Cenário 150	4.6	-1.5	9,41	-0,81	Cluster coletivo por adesão cobertura total	VENDANOVAOIMIGRANTE	0.03	0.27
Cenário 151	4.5	-1.5	9,22	-0,73	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	SAOROQUEDOCANAA	0.04	0.27
Cenário 152	4.5	-1.5	9,22	-0,75	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	PANCAS	0.04	0.27
Cenário 153	4.4	-1.4	9,15	-0,67	Mercado Municipal coletivo empresarial cobertura ambulatorial	COLATINA	0.04	0.26
Cenário 154	4.4	-1.4	9,15	-0,67	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	COLATINA	0.04	0.26
Cenário 155	3.7	-0.2	7,8	1,3	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VILAVELHA	0.07	0.23
Cenário 156	-1	2.9	0,08	6,81	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	BOAESPERANCA	0.24	0.06
Cenário 157	4.4	-1.7	9,2	-1	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	BAIXOGUANDU	0.03	0.27
Cenário 158	-1	2.9	0,07	6,75	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	JAGUARE	0.24	0.06
Cenário 159	4.4	-1.7	9,2	-1,1	Cluster Coletivo empresarial apenas ambulatorial	ALTORIONOVO	0.03	0.27
Cenário 160	2.81	0.72	6,3	2,8	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	PONTO BELO	0.11	0.19
Cenário 161	-1.4	2.8	-0,45	6,74	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	NOVAVENECIA	0.25	0.05
Cenário 162	2.89	0.36	6,5	2,2	Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SERRA	0.09	0.20
Cenário 163	-1.1	2.7	-0,01	6,49	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	MONTANHA	0.24	0.06
Cenário 164	2.88	0.36	6,4	2,2	Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SERRA	0.09	0.20
Cenário 165	-2.4	2.8	-2	6,9	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MARILANDIA	0.27	0.02
Cenário 166	-0.95	2.35	0,2	5,9	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	SAOMATEUS	0.22	0.06
Cenário 167	-0.95	2.35	0,2	5,9	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SAO MATEUS	0.22	0.06
Cenário 168	-0.9	2.2	0,28	5,51	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SANTA TERESA	0.21	0.07
Cenário 169	-1.5	2.3	-0,67	5,78	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SAO GABRIEL DA PALHA	0.23	0.05
Cenário 170	2.07	0.23	5,1	2	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	VITORIA	0.10	0.17
Cenário 171	2.07	0.23	5,1	2	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	VITORIA	0.10	0.17
Cenário 172	3.3	-1.5	7,27	-0,75	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ITARANA	0.04	0.23
Cenário 173	-1.2	2.1	-0,24	5,43	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	IBIRACU	0.21	0.06
Cenário 174	1.6	0.46	4,4	2,4	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	MONTANHA	0.11	0.16
Cenário 175	0.84	0.91	3,1	3,2	Mercado Municipal individual agregado	CARIACICA	0.13	0.13
Cenário 176	-0.3	1.6	1,2	4,4	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ARACRUZ	0.17	0.09
Cenário 177	-0.3	1.6	1,2	4,4	Cluster Coletivo empresarial cobertura total	ARACRUZ	0.17	0.09
Cenário 178	2.9	-2.1	6,8	-1,7	Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	SANTA LEOPOLDINA	0.02	0.23
Cenário 179	2.9	-2.1	6,8	-1,7	Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	SANTA LEOPOLDINA	0.02	0.23
Cenário 180	-1.1	1.6	-0,05	4,56	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	LARANJA DA TERRA	0.19	0.06
Cenário 181	0.7	0.43	2,9	2,4	Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	CARIACICA	0.12	0.13

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cenário 182	1.03	0.09	3,4	1,8	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	JOAO NEIVA	0.10	0.14
Cenário 183	-1.8	1.7	-1,2	4,8	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	SAO DOMINGOS DO NORTE	0.21	0.04
Cenário 184	-0.15	0.92	1,5	3,3	Mercado Municipal individual agregado	SERRA	0.15	0.10
Cenário 185	2.3	-1.6	5,63	-0,82	Cluster coletivo por adesão cobertura total	ANCHIETA	0.04	0.20
Cenário 186	-1.2	1.4	-0,2	4,2	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	JAGUARE	0.18	0.06
Cenário 187	2.1	-1.7	5,36	-0,98	Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	VILA VELHA	0.04	0.20
Cenário 188	-0.16	0.7	1,5	3	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MUCURICI	0.14	0.10
Cenário 189	2.1	-1.7	5,35	-0,98	Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	VILA VELHA	0.04	0.20
Cenário 190	-0.23	0.64	1,4	2,8	Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	SERRA	0.14	0.10
Cenário 191	-1.5	1.2	-0,71	3,98	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	SOORETAMA	0.18	0.05
Cenário 192	1.6	-1.4	4,55	-0,57	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ITARANA	0.05	0.18
Cenário 193	0.75	-0.46	3,03	0,98	Cluster coletivo por adesão cobertura total	ITAGUACU	0.08	0.14
Cenário 194	1.1	-1.4	3,65	-0,48	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	ALFREDO CHAVES	0.05	0.16
Cenário 195	-2.05	0.91	-1,5	3,5	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	AGUA DOCE DO NORTE	0.18	0.03
Cenário 196	0.33	-0.57	2,35	0,82	Cluster coletivo por adesão cobertura total	IBIRACU	0.08	0.12
Cenário 197	1.1	-1.8	3,8	-1,1	Cluster coletivo por adesão cobertura total	VIANA	0.04	0.16
Cenário 198	-0.84	0.16	0,42	2,12	Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	SANTA LEOPOLDINA	0.13	0.08
Cenário 199	-0.84	0.16	0,42	2,12	Mercado Municipal individual agregado	SANTA LEOPOLDINA	0.13	0.08
Cenário 200	-0.9	0.2	0,33	2,18	Cluster individual cobertura total	SANTATERESA	0.13	0.08
Cenário 201	-0.63	0	0,77	1,83	Cluster coletivo por adesão cobertura total	PINHEIROS	0.12	0.09
Cenário 202	0.78	-1.4	3,14	-0,52	Cluster coletivo por adesão cobertura total	LARANJADATERRA	0.05	0.15
Cenário 203	-0.2	-0.37	1,5	1,2	Cluster individual cobertura total	VENDANOVOAOMIGRANTE	0.10	0.10
Cenário 204	-1.14	0.26	-0,07	2,31	Mercado Municipal Individual segregado cobertura total	BREJETUBA	0.13	0.07
Cenário 205	-1.14	0.26	-0,07	2,31	Mercado Municipal individual agregado	BREJETUBA	0.13	0.07
Cenário 206	-1.43	0.36	-0,53	2,5	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PINHEIROS	0.14	0.06
Cenário 207	0.53	-1.54	2,74	-0,73	Cluster coletivo por adesão cobertura total	SERRA	0.05	0.14
Cenário 208	-1.74	0.28	-1	2,4	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	ECOPORANGA	0.14	0.05
Cenário 209	-0.45	-0.56	1,07	0,89	Cluster coletivo por adesão cobertura total	AFONSOCLAUDIO	0.09	0.10
Cenário 210	0.61	-1.79	2,9	-1,1	Cluster coletivo por adesão cobertura total	CARIACICA	0.04	0.15
Cenário 211	-1.7	0.2	-0,99	2,26	Cluster coletivo por adesão cobertura total	ARACRUZ	0.14	0.05
Cenário 212	-1.7	0.2	-0,99	2,26	Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	ARACRUZ	0.14	0.05
Cenário 213	-0.58	-0.62	0,86	0,79	Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	FUNDAO	0.09	0.09
Cenário 214	-0.58	-0.62	0,86	0,79	Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	FUNDAO	0.09	0.09
Cenário 215	-1.79	0.04	-1,1	2	Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	ARACRUZ	0.13	0.04

[Continuação da Nota Técnica nº [nº]/2020/DEE/CADE]

Cenário 216	-1.24	-0.34	-0,22	1,31	Mercado Municipal coletivo empresarial agregado	AGUA DOCE DO NORTE	0.11	0.07
Cenário 217	-1.37	-0.36	-0,42	1,28	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	JOAO NEIVA	0.11	0.06
Cenário 218	-0.37	-1.28	1,25	-0,28	Cluster coletivo por adesão cobertura total	FUNDAO	0.06	0.11
Cenário 219	0.14	-1.87	2,1	-1,2	Cluster coletivo por adesão cobertura total	VILAVELHA	0.04	0.13
Cenário 220	-1.93	-0.12	-1,3	1,8	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	MONTANHA	0.13	0.04
Cenário 221	-0.18	-1.75	1,6	-1	Cluster coletivo por adesão cobertura total	GUARAPARI	0.05	0.12
Cenário 222	-0.18	-1.75	1,6	-1	Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	GUARAPARI	0.05	0.12
Cenário 223	-0.18	-1.75	1,6	-1	Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	GUARAPARI	0.05	0.12
Cenário 224	-0.4	-1.6	1,21	-0,79	Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	AFONSO CLAUDIO	0.05	0.11
Cenário 225	-0.4	-1.6	1,21	-0,79	Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	AFONSO CLAUDIO	0.05	0.11
Cenário 226	-1.53	-0.64	-0,66	0,84	Cluster individual cobertura total	ITAGUACU	0.10	0.06
Cenário 227	-0.6	-1.5	0,88	-0,64	Mercado Municipal empresarial segregado cobertura total	PEDRO CANARIO	0.06	0.10
Cenário 228	-0.67	-1.46	0,76	-0,56	Mercado Municipal coletivo por adesão segregado cobertura total	MARECHAL FLORIANO	0.06	0.10
Cenário 229	-0.67	-1.46	0,76	-0,56	Mercado Municipal coletivo por adesão agregado	MARECHAL FLORIANO	0.06	0.10
Cenário 230	-1.39	-0.88	-0,43	0,42	Cluster individual cobertura total	LARANJADATERRA	0.09	0.06

Referências

- AC Amil/Seísa/Carlos Chagas, Ato de Concentração 08700.008540/2013-89 (Amil Assistência Médica Internacional S.A. ("Amil"); Seísa Serviços Integrados de Saúde Ltda ("Seísa"); Hospital Carlos Chagas S.A. ("HCC") (CADE 24 de Janeiro de 2014).
- AC Braskem/Solvay, Ato de Concentração 08700.000436/2014-27 entre Braskem S.A. e Solvay S.A (CADE 14 de Novembro de 2014).
- AC DGB/Chinaglia, Ato de Concentração 08012.013152/2007-20 (DBG Logística - Distribuição Geográfica do Brasil e Fernando Chinaglia Distribuidora S.A.) (CADE 26 de Agosto de 2009).
- AC G Barbosa/ Maratá , Ato de Concentração 08012.006553/2007-23 (Requerentes: G Barbosa Comercial Ltda. e Comercial Maratá Ltda.) (CADE 23 de Julho de 2008).
- AC Geral de Concretos / Holcim, Atos de Concentração n.º 08012.009419/2004-31 e n.º 08012.010786/2004-88 (Geral de Concreto S.A. e Holcim Brasil S.A.) (CADE 13 de Fevereiro de 2008).
- AC HSBC/Bradesco, Ato de Concentração 08700.010790/2015-41 (Banco Bradesco S.A. e HSBC Bank Brasil S.A. - Banco Múltiplo) (CADE 8 de Junho de 2016).
- AC Sadia/Perdigão, Ato de Concentração 08012.004423/2009-18 (Perdigão S.A. e Sadia S.A) (CADE 13 de Julho de 2011).
- AC Tigre/Condor, Ato de Concentração 08700.009988/2014-09 (Tigres S/A - Tubos e Conexões e Condor Pincéis Ltda) (CADE 4 de Setembro de 2015).
- ANDRADE, M. V., GAMA, M. M., RUIZ, R. M., MAIA, A. C., MODENESI, B., & TIBURCIO, D. M. (2010). Estrutura do mercado de saúde suplementar no Brasil. *Texto de discussão 400, 21*, 1-66. Acesso em 15 de October de 2015, disponível em <http://www.cedeplar.face.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20400.pdf>
- BAIN, J. S. (1950). Workable Competition in Oligopoly: Theoretic Considerations and Some Empirical Evidence. *American Economic Review (Papers & Proceedings)*, 40, 35-47.
- BAIN, J. S. (1956). *Barriers to New Competition*. Cambridge: Harvard.
- BAKER, J. (2002). Mavericks, Mergers, and Exclusion: Proving Coordinated Competitive Effects Under the Antitrust Laws. *New York University Law Review*, 77(1), 135-203.

- BAUMOL, W. J. (1982). Contestable Markets: An Uprising in the Theory of Industry Structure. *American Economic Review*, 72, 1-15.
- BAUMOL, W. J., & WILLIG, R. D. (1981). Fixed Cost, Sunk Cost, Entry Barriers and the Sustainability of Monopoly. *Quarterly Journal of Economics*, 95, 405-431.
- BAUMOL, W. J., PANZAR, J., & WILLIG, W. (1982). *Contestable Markets and the Theory of Industry Structure*. Nova Iorque: Harcourt Brace Javonovich.
- BAUMOL, W. J., PANZAR, J., & WILLIG, W. (1983). Contestable Markets: An Uprising in the Theory of Industry Structure: Reply. *American Economic Review*, 73, 491-496.
- BERGH, R. v., & CAMESASCA, P. D. (2001). *European Competition Law and Economics: A Comparative Perspective*. Antuérpia: Intersentia.
- BERRY, S., & WALDFOGEL, J. (2001). Do mergers increase product variety? : Evidence from radio broadcasting. *Quarterly Journal of Economics*, 116.
- BREUNIG, R., & MENEZES, F. (2008). Empirical Approaches for Identifying Maverick Firms: An Application to Mortgage Providers in Australia. *Journal of Competition Law and Economics*, 4(3), 811-836.
- CABRAL, L. M. (2003). Horizontal mergers with free-entry: Why cost efficiencies may be a weak defense and asset sales a poor remedy. *International Journal of Industrial Organization*, 21, 607-23.
- CARVALHO, V. M. (2010). *O Direito do Saneamento Básico*. São Paulo: Quartier Latin.
- CRAWFORD, G. S. (2012). Endogenous product choice: A progress report . *International Journal of Industrial Organization*, 315-320.
- CRAWFORD, G. S., SHCHERBAKOV, O., & SHUM, M. (2015). The Welfare Effects of Endogenous Quality Choice in Cable Television Markets. *CEPR Discussion Paper No. DP10793*, 1-40. Acesso em 20 de Maio de 2016, disponível em <http://ssrn.com/abstract=2655479>
- DEATON, A., & MUELLBAUER, J. (1980). An Almost Ideal Demand System. *American Economic Review*, 70 , 312-326.
- DIXIT, A. (1979). A Model of Duopoly Suggesting a Theory of Entry. *The Bell Journal of Economics*, 20-32.
- DRAGANSKA, M., MAZZEO, M., & SEIM, K. (2009). Beyond plain vanilla: Modeling joint product assortment and pricing decisions. *Quantitative Marketing and Economics*, 7(2), 105-146.

- EIZENBERG, A. (2014). Upstream Innovation and Product Variety in the U.S. Home PC Market. *Review of Economic Studies*, 1003-1045. Acesso em 23 de Maio de 2016, disponível em <http://www.restud.com/wp-content/uploads/2014/02/MS16572manuscript.pdf>
- ELZINGA, K. G., & HOGARTY, T. F. (1973). The Problem of Geographical Market Delineation in Antimerger Suits. *Antitrust Bull.* 45, 18.
- ELZINGA, K. G., & SWISHER, A. W. (2011). Limits of the Elzinga–Hogarty in Hospital Mergers: The Evanston Case. *International Journal of the Economics of Business*, 133-146.
- ELZINGA, K. L., & HOGARTY, T. (1978). The Problem of Geographical Market Delineation Revisited: The Case of Coal. *Antitrust*, 1.
- ENGEL, C., & OCKENFELS, A. (2014). Maverick: Making sense of a Conjecture of Antitrust Policy in the Lab. *Max Planck Institute for Research on Collective Goods*, 1-27.
- EPSTEIN, R., & RUBINFELD, D. (2004). *Effects of Mergers Involving Differentiated Products. Technical Report COMP/B1/2003/07*. Comissão Europeia. Bruxelas: Departamento Antitruste - Mergers. Acesso em 23 de Agosto de 2015, disponível em http://ec.europa.eu/competition/mergers/studies_reports/effects_mergers_involving_differentiated_products.pdf
- EPSTEIN, R. J., & RUBINFELD, D. L. (2001). Merger Simulation: A simplified approach with new applications. *Antitrust Law Journal*, 69, 883-919.
- FAN, Y. (2013). Ownership consolidation and product characteristics: A study of the U.S. Daily Newspaper Market. *American Economic Review*, 103, 1598-1628.
- FARRELL, J., & SHAPIRO, C. (2008). Improving critical loss analysis. *Antitrust Source*, 1-20. Acesso em 22 de Abril de 2016, disponível em <http://faculty.haas.berkeley.edu/shapiro/critical2008.pdf>
- FARRELL, J., & SHAPIRO, C. (2010). Recapture, Pass-Through, and Market Definition. *Antitrust Law Journal*, 585-604.
- GABSZEWICZ, J., & THISSE, J. (1980). Entry and exit in a differentiated industry. *J. Econom. Theory*, 327-338.
- GANDHI, A., FROEB, L., TSCHANTZ, S., & WERDEN, G. (Março de 2008). Post-merger product repositioning. *Journal of Industrial Economics*, 56(1), 49-67.
- GEORGE, L. (1 de Agosto de 2001). What's Fit To Print: The Effect Of Ownership Concentration On Product Variety In Daily Newspaper Markets. 1-41.

- GILO, D. (2000). The anticompetitive effect of passive investment. *Michigan Law Review*.
- GOTZ, G., & GUGLER, K. (2006). Market concentration and product variety under spatial competition: Evidence from retail gasoline. *Journal of Industrial Competition and Trade*.
- GRAMLICH, J. (2009). Gas prices, fuel efficiency, and endogenous product choice in the u.s. automobile industry. *J.E.L.*
- HERFINDAHL, O. (1950). *Concentração na indústria de ferro dos EUA. Dissertação não publicada*. Columbia: Universidade de Columbia.
- HIRSCHMAN, A. O. (1945). *National Power and the Structure of Foreign Trade*. Berkeley: University of California Press.
- HIRSCHMAN, A. O. (1964). The patternity of an index. *The American Economic Review*, 761.
- HOLMES, O. W. (1897). The path of the Law. *Harvard Law Review*, 457.
- JAFFE, S., & WEYL, E. G. (2013). The first order approach to merger analysis. *American Economic Journal: Microeconomics*, 5(4), 188-218.
- KAPLOW, L. (2010). Why (ever) define markets? *Harvard Law Review*, 124, 437-517.
- KASERMAN, D., & ZEISEL, H. (1996). Market Definition: Implementing the Department of Justice Merger Guidelines. *Antitrust Bulletin*, 41(3), 665-690.
- LEE, J. (8 de Novembro de 2013). Endogenous product characteristics in merger simulation: A study of the u.s. airline industry. working paper. 1/57. Acesso em 23 de Maio de 2016, disponível em <http://econweb.tamu.edu/jinkooklee/research.html>
- MANUSZAK, M., & MOUL, C. C. (Março de 2008). Prices and Endogenous market structure in office supply superstores. *The Journal of Industrial Economics*, LVI (1), 94-112.
- MASKIN, E., & RILEY, J. R. (1984). Monopoly with Incomplete Information. *RAND Journal of Economics*, 15, 171-196.
- MASSEY, P. (Outubro de 2000). Market Definition and Market Power in Competition Analysis: Some Practical Issues. *The Economic and Social Review*, 31(4), 309-328.
- MAZZEO, M. (1998). *Product Choice and Oligopoly Market Structure: An Empirical Analysis of the Motel Industry*. Ph.D dissertation, Department of Economics, Stanford University. Palo Alto: Stanford.

- MORESI, S. X., SALOP, S. C., & WOODBURY, J. R. (31 de Agosto de 2010). *Scoring Unilateral Effects with the GUPPI : The Approach of the New Horizontal Merger Guidelines*. Acesso em 7 de Junho de 2016, disponível em CRAI: http://www.crai.com/sites/default/files/publications/Commentary-on-the-GUPPI_0.pdf
- MOTTA, M. (2004). *Competition Policy: Theory and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MUSSA, M., & ROSEN, S. (1978). Monopoly and Product Quality. *Journal of Economic Theory*, 18, 301-317.
- NOSKO, C. (2013). *Competition and Quality Choice in the CPU Market*. Phd Dissertation. Boston: Harvard. Acesso em 23 de Maio de 2016, disponível em http://faculty.chicagobooth.edu/workshops/marketing/past/PDF/nosko_jmp.pdf
- PAKES, A. (11 de Novembro de 2010). *Upward Pricing Pressure Screens in the New Merger Guidelines; Some Pro's and Con's*. Acesso em 2 de Junho de 2016, disponível em http://www.competitioneconomics.org/dyn/files/basic_items/363-file/Pakes-SNorwich.pdf
- QIU, Z. (22 de Abril de 2015). *Merger analysis with endogenous prices and product qualities - Generalized Theorem and the Application to the U.S. Airline Industry*. Fonte: Universidade de Illinois - Department of Economics: <http://www.economics.illinois.edu/seminars/documents/Ziyi.pdf>
- SALOP, S. C., & MORESI, S. (9 de Novembro de 2009). *Updating the Merger Guidelines: Comments*. Acesso em 6 de Junho de 2016, disponível em FTC: https://www.ftc.gov/sites/default/files/documents/public_comments/horizontal-merger-guidelines-review-project-545095-00032/545095-00032.pdf
- SALOP, S. C., & O'BRIEN, D. P. (2000). Competitive Effects of Partial Ownership: Financial Interest and Corporate Control. *Antitrust Law Journal*, 67, 559-614. Acesso em 22 de Maio de 2014, disponível em <http://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1200&context=facpub>
- SANTOS, T. (2008). Determinação de Mercados Relevantes no Setor de Saúde Suplementar. Documento-de-trabalho-no-46-1 - SEAE. Fonte: [/www.seae.fazenda.gov](http://www.seae.fazenda.gov)
- SCHMALENSEE, R. (2009). Should New Merger Guidelines Give UPP Market Definition? *CPI Antitrust Chronicle*, 1-7. Fonte: <https://www.competitionpolicyinternational.com/assets/Free/SchmalenseeDEC-091.pdf>

- SCHRANK, W., & ROY, N. (1991). Market Delineation in the Analysis of the United States Groundfish Market. *Antitrust Bulletin*, 36(1), 91-154.
- SEIM, K. (2006). An empirical model of firm entry with endogenous product-type choices. *Rand Journal of Economics*, 37, 619-640. Acesso em 18 de Maio de 2016, disponível em <http://pages.stern.nyu.edu/~acollard/seim.pdf>
- SHAPIRO, C. (1996). Mergers with Differentiated Products. *Antitrust*, 23-30. Acesso em 11 de Março de 2016, disponível em <http://faculty.haas.berkeley.edu/shapiro/diversion.pdf>
- SHAPIRO, C. (Outubro de 2010). “Unilateral Effects Calculations,” *Discussion paper, Working Paper, University of California at Berkeley*. Acesso em 3 de Maio de 2015, disponível em Haas School of Business - University of California at Berkeley: <http://faculty.haas.berkeley.edu/shapiro/unilateral.pdf>
- SHAPIRO, C. (2010). The 2010 Horizontal Merger Guidelines: from hedgehog to fox in forty years. *Antitrust Law Journal*, vol. 77.
- SHAPIRO, C., & FARRELL, J. (2010). *Antitrust evaluation of horizontal mergers: an economic alternative to market definition*. Acesso em 3 de Maio de 2015, disponível em SSRN: ssrn.com/abstract=1313782.
- SIMONS, J., & M., C. (2010). *Upward pressure on price (upp) analysis: issues and implications for merger policy” mimeo*. Acesso em 3 de Maio de 2015, disponível em http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1558547.
- SPENCE, A. M. (1975). Monopoly, Quality, and Regulation . *Bell Journal of Economics*, 417-429.
- STIGLER, G. J. (1964). A Theory of Oligopoly. *The Journal of Political Economy*, 44-61.
- STIGLER, G. J. (1968). *The Organization of Industry, ch. 6 (Irwin, Homewood, IL). US Department of Justice and Federal Trade Commission, 1992, Horizontal Merger Guidelines, reprinted in 4 Trade Reg. Rep. ? 13.*, Homewood, Illinois: R. D. Irwin.
- STIGLER, G., & SHERWIN, R. (1985). The extent of the market. *Journal of Law and Economics*, 555-585.
- SWEETING, A. (2007). Dynamic product repositioning in differentiated product industries: the case of format switching in the commercial radio industry. *NBER Working Paper No. 13522*, 1-68. Acesso em 23 de Maio de 2016, disponível em econ.duke.edu/~atsweet/SWEETINGformatchoice.pdf
- SWEETING, A. (2010). The effects of horizontal mergers on product positioning: Evidence for the music radio industry. *RAND Journal of Economics*, 1-47.

Acesso em 23 de Maio de 2016, disponível em econ.duke.edu/~atsweet/SWEETING_mergersJan10.pdf

- SZPIRO, G. (1987). Hirschman versus Herfindahl: some topological properties for the use of concentration indexes. *Mathematical Social Sciences*, 14, 299-302.
- WATSON, R. (Junho de 2009). Product Variety and Competition in the Retail Market for Eyeglasses. *The Journal of Industrial Economics*, 57(2), 217-251.
- WERDEN, G. (1996). A robust test for consumer welfare enhancing mergers among sellers of differentiated products. *The Journal of Industrial Economics*, 409-413.
- WERDEN, G. J., & FROEB, L. M. (1998). The entry-inducing effects of horizontal mergers. *Journal of Industrial Economics*, 525-43.
- WERDEN, G., & FROEB, L. (1996). Simulation as an alternative to structural merger policy in differentiated products industries. *The Economics of the Antitrust Process. Topics in Regulatory Economics and Policy Series Volume 22*, 65-88.
- ZHU, T., & SINGH, V. (2007). Spatial Competition with Endogenous Location Choices: An Application to Discount Retailing. Acesso em 2016 de Maio de 23, disponível em <http://ssrn.com/abstract=1003313>