

NADA MUDA, MUITO PODE MUDAR: POSSÍVEIS EFEITOS DE FUSÕES SUCESSIVAS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

Tatiana de Macedo Nogueira Lima¹

Resumo: Diversos grupos atuantes na saúde suplementar brasileira têm usado a estratégia de fusões sucessivas (*roll-up mergers*) para expandir sua atuação. Neste trabalho, propõe-se analisar os possíveis efeitos concorrenciais de estratégias desse tipo. Para tanto, utiliza-se como referencial teórico a literatura sobre barganha bilateral no setor de saúde. Foca-se nos possíveis efeitos que não são decorrentes de mudanças nas estruturas competitivas de mercados geográficos e de produto. Apontam-se uma série de situações nas quais o poder de barganha de um dos elos se altera, o que pode modificar preços e impactar no consumidor, independentemente de alterações nas configurações dos mercados.

Palavras-Chave: Defesa da concorrência. Atos de concentração. Fusões sucessivas. Saúde suplementar. Avaliação de impacto.

Abstract: Many groups in the Brazilian healthcare industry are using roll-up mergers as a strategy to expand. We discuss the potential competitive effects of this kind of strategy. Our focus is on effects caused by shifts in a party's bargaining power, even if they are not related to competitive structure changes in geographical and product markets. We discuss how roll-up mergers may increase prices and impact consumers in these cases. Our theoretical framework is the literature on bilateral bargaining in the healthcare industry.

Keywords: Antitrust. Mergers and acquisitions. Roll-up mergers. Healthcare industry. Impact evaluation.

1. Introdução

Em declaração em julho de 2020, Rohit Chopra, comissário da *Federal Trade Commission* (FTC) norte-americana, chamou a atenção para o uso de estratégias de fusões sucessivas (*roll-up mergers*) no setor de saúde

¹ Doutora em Teoria Econômica pela Universidade de São Paulo, especialista em políticas públicas e gestão governamental desde 2006, em exercício no Departamento de Estudos Econômicos (DEE) do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) desde 2019. Atualmente, é coordenadora de estudos de condutas anticompetitivas.

(CHOPRA, 2020). Essas estratégias caracterizam-se por ser uma forma de crescimento ou expansão das atividades de um grupo baseada em aquisições sucessivas de agentes independentes e com atuação local. No setor de saúde norte-americano, haveria riscos para a concorrência porque muitas das aquisições realizadas por grupos em expansão não satisfazem os critérios de notificação e, por isso, não são reportadas às autoridades antitruste. Embora uma operação que envolva um agente local e independente, isoladamente, possa ter pouco potencial anticoncorrencial, o conjunto dessas operações poderia modificar o setor e prejudicar a competição.

No Brasil, no setor de saúde, também se tem observado a formação e o crescimento de grupos econômicos cuja expansão baseia-se na realização de fusões e aquisições (Cade, 2022). Esse movimento iniciou-se no início deste século e expandiu-se na segunda década, em especial após a abertura comercial do setor, decorrente da aprovação da Lei 13.097, de 2015. O acesso de grupos nacionais a capital de terceiros foi facilitado, e possibilitou-se a abertura de capital e negociação na bolsa de valores de ações de prestadores de saúde. Grupos internacionais entraram em mercados de prestação de serviços, e grupos nacionais capitalizaram-se.

A maior facilidade de acesso a recursos financeiros permite a continuidade do uso da estratégia de fusões sucessivas para o crescimento da atuação dos grupos de saúde. Nos últimos cinco anos (até junho de 2021), a Hapvida Participações e investimentos S.A. (Hapvida), uma operadora de planos de saúde verticalizada, submeteu ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) 14 operações. A Notredame Intermédica Participações S.A. (Notredame), outra operadora de plano de saúde verticalizada, nesse mesmo período, submeteu 19 atos de concentração². Recentemente, essas duas operadoras fundiram-se. (ato de concentração 08700.003176/2021-71³). Na prestação de serviços de saúde, o grupo Diagnósticos da América S.A. (Dasa) notificou duas dezenas de operações nos últimos cinco anos (até setembro de

² Dados constantes do formulário de notificação do ato de concentração 08700.003176/2021-71, referente à combinação de negócios das operadoras Hapvida Participações e investimentos S.A e Notredame Intermédica Participações S.A, por meio da incorporação das ações da última pela primeira. O formulário pode ser acessado pelo sistema de consulta SEI do CADE, no qual está registrado sob o número 0919153.

³ Ver nota de rodapé anterior (1).

2021)⁴. Já a Rede D’Or São Luiz S.A. (Rede D’Or), que atua principalmente no setor hospitalar, mas não apenas nele, notificou oito operações no mesmo período (até janeiro de 2021)⁵.

Esses são apenas exemplos de grupos conhecidos que se utilizam dessa estratégia. Há ainda casos em que, em decorrência do tamanho do agente adquirido, as operações não são notificadas. No setor de diálise, por exemplo, o grupo DaVita Inc, que atua no setor de cuidados renais e é um dos principais agentes nesse setor nos Estados Unidos, entrou no Brasil após a abertura comercial e já tem 94 clínicas de hemodiálise, o que representa um pouco menos de 20% das clínicas privadas, com fins lucrativos, de cuidado renal existentes no Brasil, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, referente a abril de 2022. Essas aquisições, contudo, nesse setor, raramente satisfazem os critérios de notificação estabelecidos na Lei 12.529, de 2011.

Na avaliação dos efeitos concorrenciais de operações realizadas em um contexto de fusões sucessivas no setor de saúde, dois riscos existem. O primeiro é de que os atos de concentração sequer sejam submetidos à autoridade antitruste porque não atingem os requisitos para notificação obrigatória, como apontou o comissário norte-americano (CHOPRA, 2020). O segundo, e que se pretende discutir neste artigo, é de que não sejam identificados todos os efeitos na dinâmica concorrencial e no poder de mercado dos agentes ainda que as operações sejam analisadas pela autoridade antitruste. Esse risco deriva da possibilidade de não se considerar na análise como as negociações entre os contratantes de serviços de saúde e os prestadores de saúde são afetadas pelas operações em série.

⁴ Dados constantes do formulário de notificação do ato de concentração 08700.004980/2021-77, referente à aquisição indireta, pela Dasa da totalidade do capital das empresas Paquetá Participações S.A. e AMO Participações S.A.. O formulário pode ser acessado pelo sistema de consulta Sistema Eletrônico de Informações (SEI) do CADE, no qual está registrado sob o número 0956994.

⁵ Dados constantes do formulário de notificação do ato de concentração 08700.000167/2021-28, referente à aquisição pelos Hospitais Integrados da Gávea S.A., - Clínica São Vicente, uma sociedade indiretamente detida pela Rede D’Or São Luiz S.A. (“Rede D’Or” ou “Requerente”), de 100% do capital social do Hospital América Ltda.. O formulário pode ser acessado pelo sistema de consulta SEI do CADE, no qual está registrado sob o número 0853773.

Isso porque, no setor de saúde privado brasileiro, a contratação de serviços costuma ser intermediada por uma operadora de plano de saúde ou seguradora especializada. Assim, os beneficiários de planos de saúde ou segurados utilizam serviços assistenciais, mas não pagam diretamente por eles. A negociação da forma de pagamento e dos valores de cada procedimento é feita entre a operadora ou seguradora e o prestador de serviço. Na análise de atos de concentração, contudo, o CADE avalia os possíveis efeitos tendo em vista, sobretudo, a relação entre prestadores e consumidores, quando os atos se referem à prestação de serviços, ou entre consumidores e operadoras de planos de saúde⁶, quando se referem a este setor. É possível que fusões sucessivas afetem a dinâmica de negociação entre prestadores e operadoras, ainda que tenham poucos efeitos concorrenciais quando analisadas isoladamente e apenas considerando-se as relações citadas anteriormente.

O objetivo deste artigo é discutir essa possibilidade, qual seja, de que fusões sucessivas modifiquem os resultados das negociações entre prestadores de saúde e operadoras de planos e, com isso, afetem a dinâmica concorrencial na saúde suplementar.

O suporte teórico para esse debate advém de extensa literatura econômica sobre os efeitos de fusões no setor hospitalar em um contexto no qual os preços estabelecidos por prestadores são resultados das negociações entre estes e operadoras de planos de saúde. Um dos primeiros artigos a analisar possíveis efeitos de fusões no setor hospitalar a partir de um arcabouço no qual se incluía a interação entre esses dois elos da cadeia da saúde foi (TOWN; VISTNES, 2001). Posteriormente, diversos artigos foram publicados, tais como (CAPPS; DRANOVE; SATTERTHWAITTE, 2003), (GOWRISANKARAN et alli, 2015), (LEWIS; PFLUM, 2017) e (HO; LEE, 2019). Na análise de atos de concentração nos Estados Unidos, a FTC tem utilizado um modelo conceitual desse tipo (FARRELL et alli, 2011).

Considerando-se o objetivo exposto, o artigo divide-se em quatro seções além desta introdução. Na seção seguinte, será feita uma breve descrição do setor de saúde suplementar brasileiro e da relação entre os agentes. O objetivo dessa seção é permitir ao leitor conhecer as principais características do setor que se relacionam com o debate a ser feito nas seções subsequentes.

⁶ Menções a operadoras abrangem também as seguradoras especializadas em saúde.

Em seguida, apresenta-se o arcabouço conceitual que orientará a discussão sobre os possíveis efeitos de fusões sucessivas no setor de saúde. Na quarta seção, discutem-se as possibilidades pelas quais fusões sucessivas poderiam impactar a concorrência. Por fim, na última seção, serão apresentadas as considerações finais.

2. O setor de saúde suplementar brasileiro

Apesar de a Constituição Federal brasileira estabelecer que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988, art. 196) e de o sistema único de saúde (SUS) ter sido formado, nos termos da Lei 8.080, de 1990, com o fim de garantir esse direito, aproximadamente um quarto da população brasileira é beneficiária de um plano de saúde. O sistema suplementar privado é anterior a constituição e se formou no início do século passado (CARVALHO; CECÍLIO, 2007). No final do século XX, passou a ser regulado, com a entrada em vigência da Lei 9.656, de 1998. Dois anos depois, a Lei 9.961, de 2000, instituiria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Atualmente, mais de 48 milhões⁷ de pessoas têm planos de assistência médica, comercializados ou disponibilizados por ofertantes que se constituem como cooperativas médicas, medicinas de grupo, filantropias, autogestões ou seguradoras especializadas em saúde. As modalidades distinguem-se por sua origem, constituição e, por vezes, por alguma norma específica, mas têm em comum o objeto de sua atuação, que é garantir a cobertura de procedimentos de saúde para os beneficiários vinculados a seus planos. Em troca, os contratantes desses planos pagam um valor pré-fixado⁸.

Para a provisão desses serviços as operadoras podem tanto usar serviços próprios, verticalizando-se, quanto contratar serviços de terceiros. Embora a verticalização tenha sido um tema recorrente ao se tratar do setor,

⁷ Dados coletados em https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html, em 10/10/2021. Importante notar que os dados da ANS se referem a quantidade de vínculos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde. Se um indivíduo tiver mais de um plano de saúde, ele é contabilizado mais de uma vez.

⁸ Existem também planos em pós-pagamento, nos quais os beneficiários utilizam os serviços assistenciais durante um período e, após, o contratante paga o valor das despesas assistenciais adicionado de uma taxa. Esses planos, contudo, são comercializados apenas para pessoas jurídicas e são pouco demandados.

apenas 9% dos eventos assistenciais pagos em 2020 foram realizados em prestadores próprios, conforme as demonstrações financeiras das operadoras apresentadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁹. A maior parte dos serviços ainda é, assim, contratada de terceiros.

Os prestadores de serviços independentes – hospitais gerais e especializados, serviços de apoio à medicina diagnóstica e terapia, clínicas especializadas e profissionais de saúde – são, portanto, agentes essenciais para que as operadoras de planos de saúde possam prover os serviços contratados por seus clientes. Até recentemente, a provisão dos diferentes serviços de saúde era, em geral, realizada por pequenos prestadores locais, independentes. Mesmo os hospitais, equipamentos que exigem investimentos iniciais relativamente altos, eram caracterizados pela escala reduzida, o que resultava em baixa eficiência (LA FORGIA; COUTTOLONE, 2009; PROÍTE; SOUSA, 2004).

Essa situação começou a alterar-se no início deste século, quando alguns grupos iniciaram estratégias para expandir seus negócios por meio da aquisição de prestadores independentes e locais. A abertura comercial do setor, decorrente da aprovação da Lei 13.097, de 2015, facilitou o acesso a diferentes formas de financiamento e possibilitou a abertura de capital de prestadores de serviços de saúde, o que intensificou o uso dessa estratégia por alguns grupos. Atualmente, embora ainda persistam prestadores isolados em muitos mercados, destaca-se a atuação de grandes grupos que atuam na prestação de serviços, como a Rede D’Or e a Dasa.

Na análise de atos de concentração, os mercados relevantes de produto de serviços de saúde são definidos conforme o serviço prestado e o tipo de prestador. Mercados distintos são estabelecidos, por exemplo, para hospitais gerais e especializados, exames de análises clínicas e de diagnóstico. Geograficamente, os mercados relevantes são definidos localmente, considerando-se a necessidade e possibilidade de deslocamento dos pacientes. A extensão dos mercados pode variar de um raio, definido a partir do prestador, de

⁹ Dividiu-se o total incluído pelas operadoras na conta 4115 - EVENTOS/ SINISTROS CONHECIDOS OU AVISADOS POR RATEIO DE CUSTOS DE RECURSOS PRÓPRIOS, pela conta 411 - EVENTOS/SINISTROS CONHECIDOS OU AVISADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, ambas do Documento de Informações Periódicas das Operações de Planos de Saúde (DIOPS) referente ao quarto trimestre de 2020. Os dados foram coletados em http://ftp.dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/demonstracoes_contabeis/2020/. Acesso em 14/10/2021.

10 km ou 20¹⁰ minutos até um grupo de municípios, no caso de cidades pequenas (CADE, 2022).

Do lado das operadoras de planos de saúde, também se observaram mudanças relevantes na organização do setor nas últimas duas décadas. A primeira dessas mudanças é a gradual diminuição no número de agentes que atuam na saúde suplementar. Embora ainda existam mais de 705 operadoras médico-hospitalares, conforme dados da ANS referentes a junho de 2021¹¹, o número de agentes diminuiu bastante. Em dezembro de 1999, eram 1380 operadoras médico-hospitalares¹². Essa redução foi causada, principalmente, pela saída de operadoras de pequeno porte (até 20.000 beneficiários). Tavares (2010) considera que essa diminuição se deve, em grande parte, à regulação econômico-financeira do setor.

O ainda grande número de agentes pode fazer parecer que o setor é competitivo, mas é interessante notar que as dez maiores operadoras têm 40,36% dos beneficiários de assistência médica do país, conforme dados da ANS, referentes a junho de 2021¹³, e que os mercados locais são, em grande parte, muito concentrados (FERREIRA, 2020). As estratégias comerciais das operadoras maiores variam, havendo aquelas que atuam em diversas regiões, como a Bradesco Saúde S.A., maior operadora segundo os dados da ANS, e outras que concentram suas atividades em algumas regiões ou estados, como a Hapvida Assistência Médica Ltda, conhecida até recentemente por atuar principalmente no Nordeste. Em quaisquer dos casos, mesmo quando não são dominantes em um mercado, a quantidade de beneficiários pode ser um fator a influenciar as negociações com prestadores que também atuem em diversos mercados, como será discutido na próxima seção.

¹⁰ Conforme (CADE 2020), em manifestações recentes, a Superintendência-Geral do CADE esclareceu que se trata, na verdade, de um deslocamento de automóvel efetivo de 10 km.

¹¹ Dados coletados em http://landpage-h.cgu.gov.br/dadosabertos/index.php?url=http://ftp.dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/carderno_de_informacao/caderno.zip. Acesso em 01/10/2021.

¹² Dados coletados em http://landpage-h.cgu.gov.br/dadosabertos/index.php?url=http://ftp.dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/carderno_de_informacao/caderno.zip. Acesso em 01/10/2021.

¹³ Dados coletados em http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_cc.def. Acesso em 01/10/2021.

A segunda mudança verificada no setor é o crescimento de operadoras verticalizadas, como a Hapvida e a Notredame. Desde o começo da década de 2010, comenta-se sobre o aumento da verticalização do setor (SANTACRUZ, 2011). No entanto, em estudo realizado em 2013, Lima (2013) mostrou que, na maior parte dos mercados, a presença de operadoras verticalizadas ainda era baixa. Mais ainda, verificou-se que, os mercados em que a verticalização era maior, as operadoras com maior participação de mercado eram filantrópicas e cooperativas médicas.

Esse cenário, contudo, está-se modificando com o crescimento das operadoras mencionadas. Ambas são operadoras verticalizadas que atuavam localmente (a primeira, principalmente, na região nordeste, e a segunda, em São Paulo) e decidiram expandir sua atuação para outros mercados. A estratégia é baseada em fusões sucessivas e, para capitalizarem-se, as duas abriram capital em 2018. Entre 2017 e 2019, a operadora Notre Dame/Intermédica participou de nove atos em que havia integração vertical, e o Grupo Hapvida, de quatro (RANGEL, 2021). Assim, mesmo que ainda não se note a verticalização do setor ao se analisar os dados financeiros recentes, esse processo pode ter implicações relevantes. Possíveis efeitos que sobrepõem os mercados relevantes serão discutidos na seção 4.

Na análise de atos de concentração que envolvem operadoras de planos de saúde, os mercados geográficos de planos de saúde também são definidos localmente, pois se assume que os beneficiários preferem planos que tenham redes assistenciais próximas de onde estão. Os mercados geográficos abrangem, portanto, um município ou um grupo de municípios vizinhos. A definição de quais municípios farão parte do mercado é baseada no fluxo de pacientes entre municípios.

Em termos de produtos, os mercados são separados conforme a segmentação assistencial – assistência médica ou exclusivamente odontológica – e o contratante do plano. Três tipos de agentes podem adquirir planos e seguros de saúde. O primeiro são empregadores que contratam planos para o atendimento de seus empregados e trabalhadores vinculados. Planos empresariais são o principal produto negociado no Brasil (68,52% dos beneficiários

estavam nesses planos em agosto de 2021¹⁴). É muito comum que se assuma que seus contratantes têm capacidade de negociar preços e condições de aquisição com as operadoras de planos de saúde. O segundo tipo, também contratado coletivamente, são os planos por adesão, aos quais estavam vinculados 12,97% dos beneficiários em agosto de 2021¹⁵. Por fim, há os planos contratados individualmente. O legislador pressupôs que esses contratantes têm menor poder de negociação e, por isso, são estabelecidos limites aos reajustes desses planos, e é proibida a rescisão unilateral por parte das operadoras, salvo em casos de inadimplência ou fraude no momento de contratação (BRASIL, 1998).

Essa é a cadeia da saúde suplementar. Prestadores de serviços de saúde, são contratados por operadoras de planos de saúde, que, por sua vez, vendem produtos a pessoas físicas ou jurídicas. A forma como a interação entre prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde, contratantes de planos e beneficiários de planos de saúde relacionam-se pode influenciar nos impactos concorrenciais de fusões no setor de saúde. Pode, ainda, implicar que fusões tenham efeitos concorrenciais mesmo quando não modificam as estruturas competitivas dos mercados locais de prestadores de serviços de saúde ou de operadoras, como será discutido adiante.

3. Modelo conceitual do setor de saúde suplementar

Town e Vistnes (2001) publicaram o primeiro artigo no qual o setor de saúde foi modelado considerando-se uma dinâmica em dois estágios. No primeiro, operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde negociam os termos de seus contratos – serviços a serem prestados, forma e valor do pagamento. No segundo, os beneficiários de planos de saúde utilizam os serviços cobertos quando deles necessitam. Como os beneficiários não pagam diretamente pelos serviços¹⁶, fazem sua escolha sem considerar seus

¹⁴ Dados coletados em https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. Acesso em 01/10/2021.

¹⁵ Dados coletados em https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. Acesso em 01/10/2021.

¹⁶ Planos com coparticipação ou outro mecanismo financeiro de regulação são muitos usados nos Estados Unidos. Os modelos discutidos nesta seção assumem, em geral, que os valores a

preços. Avaliam apenas outros fatores, tais como o diagnóstico ou a doença, a qualidade do serviço e a distância que deverá ser percorrida.

As preferências dos consumidores são levadas em consideração pelas operadoras no momento de negociação dos contratos com os prestadores. Quanto mais a presença de um prestador na rede assistencial de um plano permitir que sejam cobrados preços mais altos por aquele produto, maior será o poder de barganha¹⁷ daquele prestador em relação à operadora.

Também importante para os resultados finais das negociações é a presença de substitutos. Se existem dois prestadores que são muito valorizados pelos consumidores pelos mesmos motivos, a operadora pode prescindir de um se tiver realizado uma negociação bem-sucedida com o outro.

A partir desse arcabouço, podem-se estimar os efeitos de uma fusão. A previsão do modelo é de que o impacto concorrencial de uma operação será tanto maior quanto mais os consumidores perceberem os prestadores como substitutos. É fácil perceber por quê. Imagine uma operação pela qual dois prestadores muito similares e vizinhos passem a atuar como um grupo. Antes, se as negociações com um dos prestadores não prosperassem, a operadora tinha uma alternativa para continuar a oferecer uma rede assistencial atraente para os consumidores. Depois da operação, se a negociação com o grupo formado for mal-sucedida, o resultado é a exclusão dos dois prestadores da rede assistencial. Fica mais difícil oferecer uma rede suficientemente atrativa para os consumidores.

Artigos posteriores desenvolveram esse arcabouço, definindo claramente os estágios da interação entre prestadores, operadoras, contratantes de

serem pagos pelos beneficiários independentem do prestador escolhido. Portanto, os preços negociados entre operadora e prestador não influenciam na escolha de um prestador pelo beneficiário, mesmo quando há pagamento de coparticipação.

¹⁷ Ainda que haja diferenças formais nos modelos apresentados nos diversos artigos dessa literatura, estes têm em comum o pressuposto de que a relação entre um prestador e uma operadora gera um valor quantificável (por exemplo, os valores financeiros decorrentes do aumento nas vendas de um plano que tenha o prestador na sua rede adicionado do aumento de preço facultado também pelo mesmo motivo, descontados os custos de transação associados à negociação e os custos dos serviços prestados aos beneficiários). As negociações entre esses dois entes visa repartir esse valor, sendo o poder de barganha de um lado sua capacidade de capturar uma parte desse montante. Assim afirmar que há aumento de poder de barganha significa dizer que, tudo o mais constante, há capacidade de capturar uma fatia maior do valor gerado pela relação. Nos trabalhos empíricos, testa-se esse pressuposto e pode-se estimar o valor gerado por relação.

planos e beneficiários e modelando formalmente cada uma dessas etapas. Mostrou-se que, quanto mais próximos são os concorrentes que se fundem, maior tende a ser o incremento na posição de negociação do novo grupo. Além da formalização matemática, a literatura avançou no sentido de explicitar e modelar outros elementos da dinâmica no setor de saúde.

Capps, Dranove e Satterthwaite (2003) notam que os consumidores de planos de saúde escolhem um produto antes de saberem de quais serviços de saúde precisarão. A demanda por planos depende assim das suas expectativas em relação a quais doenças podem acometê-los e quais os prestadores que consideram mais aptos a tratar cada uma dessas condições. Isso porque a contratação de um plano implica o comprometimento com uma rede restrita, mas a possibilidade de usar todos os prestadores dessa rede.

O principal resultado do artigo assemelha-se ao trabalho de TOWN; VISTNES (2001), qual seja, quanto mais os prestadores que se juntam são percebidos como substitutos próximos pelos consumidores, maior o potencial de danos à concorrência de uma fusão entre estes. A diferença entre os dois artigos está no fato de que, em (CAPPS; DRANOVE; SATTERTHWAITE, 2003), o que importa é como os consumidores percebem cada prestador antes mesmo de recorrerem a ele e não de a quem recorrem quando já contrataram um plano. Embora a mudança possa parecer sutil, o modelo permite avançar em várias frentes. Além de aprimorar as estimativas dos efeitos de fusões, pode ser usado para a definição de mercados relevantes.

Posteriormente, Gaynor e Town (2012) desenvolvem um modelo no qual as interações entre os elos da cadeia e entre estes e os beneficiários acontecem em três estágios distintos. Evidencia-se, assim, o fato de que os beneficiários, quando escolhem um plano, avaliam sua rede assistencial, antes de utilizarem a cobertura contratada.

No primeiro estágio, as operadoras de planos de saúde contratam os prestadores de serviços de saúde que farão parte de sua rede assistencial. No segundo, tendo o plano configurado, as operadoras o comercializam. É nesse momento que os consumidores escolhem os produtos a serem adquiridos, considerando apenas suas expectativas em relação às doenças que os beneficiários possam vir a ter e à qualidade do tratamento provido por diferentes prestadores. No terceiro estágio, os beneficiários, em decorrência de doenças ou por

alguma outra motivação, utilizam os prestadores que fazem parte da rede assistencial de seus planos.

O ganho para a operadora com a inclusão de um prestador é a diferença entre o valor adicionado pelo hospital à rede assistencial da operadora e o montante a ser pago pelos serviços prestados aos beneficiários somados aos custos de transação da negociação. Para um hospital, quanto mais o contrato com uma operadora gerar demanda para si, mais valor ele terá. Operadoras que têm mais beneficiários ou aquelas cujos beneficiários tendem a usar mais serviços de saúde tendem a ter uma melhor posição nas negociações.

Em outros artigos, por exemplo (HO; LEE, 2019), agrega-se um quarto estágio no modelo, que é a negociação entre a operadora e contratantes de planos coletivos¹⁸. Diferentemente de planos individuais/familiares, a formatação e os preços de planos empresariais contratados por grandes empresas costumam ser negociados. Mais do que um aprimoramento formal, incluir essa etapa da dinâmica permite compreender melhor os impactos concorrenciais de atos de concentração.

Em VISTNES; SAFARADIS (2013), investiga-se como dependências cruzadas entre mercados afetam o impacto concorrencial de fusões no setor de saúde, utilizando-se um modelo desse tipo. Uma das razões para a existência dessas dependências cruzadas é que empregadores que têm funcionários em mais de um mercado podem preferir contratar planos que tenham rede assistencial em todos os mercados em que têm funcionários. Assim, operadoras cujas redes assistenciais abrangem diversos mercados seriam privilegiadas nas negociações em comparação àquelas que têm apenas redes locais. Paralelamente, grupos de prestadores que têm hospitais em diversos mercados também tenderiam a ter melhor posição de negociação com essas operadoras.

¹⁸ Há uma diferença entre o funcionamento dos planos coletivos empresariais nos Estados Unidos e no Brasil. No primeiro, os empregadores costumam disponibilizar mais de um plano para seus empregados, e estes escolhem o que melhor lhe convém. No Brasil, usualmente, os empregados não podem escolher os planos coletivos empresariais aos quais se vincularão. É por isso que, no modelo de Ho e LEE (2019) há esse quarto estágio que pode ser difícil de entender considerando-se o funcionamento do setor no Brasil. Nos Estados Unidos a escolha do plano pelo beneficiário no segundo estágio é diferente do momento de contratação do plano pelo empregador. Cita-se esse artigo porque ressaltar que os termos dos contratos podem ser negociados, se o contratante tiver muitas vidas, é relevante para a discussão do setor no Brasil.

Note-se que a razão para que o poder de barganha de uma operadora ou grupo de prestadores incremente-se quando passa a atuar em um novo mercado é similar à razão pela qual o poder de barganha de dois entes concorrentes cresce quando estes se fundem. Quando dois prestadores concorrentes se fundem, os ganhos para uma operadora que atua em diversos mercados de contratar com o grupo que provê serviços em mais de um mercado é maior do que a soma dos ganhos de se contratar diversos prestadores em diferentes mercados. Paralelamente, quando uma operadora passa a atuar em um novo mercado, os ganhos gerados para o empregador com a contratação de planos daquela operadora são maiores do que a soma dos ganhos se contratasse operadoras distintas em diferentes mercados.

Esse não é, contudo, o único motivo pelo qual fusões sucessivas podem ter impacto concorrencial ainda que a estrutura competitiva não seja significativamente alterada em nenhum dos mercados alvo da operação. Em (LEWIS; PFLUM, 2017), avalia-se que grupos com atuação mais dispersa podem ter melhores informações sobre os agentes com os quais negociam do que agentes isolados. Segundo os autores, achados da literatura teórica sobre negociação sugerem que o poder de barganha de um agente pode derivar da quantidade de informação que tem sobre o valor do contrato para a outra parte.

Além dessas possibilidades, é fácil verificar que, se houver interdependências entre os preços praticados em diferentes mercados relevantes, a necessidade de se estabelecer preços relativamente parecidos entre os mercados pode criar uma ligação entre eles. Por exemplo, se prestadores em um mercado tiverem conhecimento das negociações em outra área e não aceitarem preços inferiores àqueles que foram negociados em outros lugares, cria-se uma relação de dependência entre as negociações.

Nos Estados Unidos, o modelo conceitual empregado pela Federal Trade Commission é baseado nessa literatura, mas não considera a interdependência entre mercados. A análise costuma começar com a estimação das taxas de desvio e nem sempre são definidos mercados relevantes, já que a relação entre os diferentes hospitais é definida pela estimação do modelo empírico (FARRELL et alli, 2011). Segundo Vistnes e Safaridis (2013), o Departamento de Justiça do país reconheceu a possibilidade de existência de efeitos relacionados à interdependência entre mercados em um caso.

No Brasil, nas análises de fusões no setor de prestação de serviços e de operadoras de planos de saúde, algumas das conclusões da literatura exposta foram incorporadas na análise de atos de concentração de forma conceitual. Esse fato pode ser constatado em (CADE, 2022). Todavia, por vezes, a análise apropria-se dessas conclusões, mas não as incorpora em sua totalidade. Discute-se, por exemplo, a possibilidade de o poder de barganha de operadoras limitar o poder de mercado de prestadores, mas não como operações podem aumentar o poder de barganha de prestadores. Empiricamente, esses modelos ainda não foram utilizados para realização de estimativas econométricas dos impactos de atos de concentração.

A organização do setor de saúde suplementar brasileiro, contudo, assemelha-se em muito à modelada na literatura apresentada, como se pode depreender da descrição realizada na seção anterior. É possível, assim, que a avaliação de operações nesse setor pela autoridade antitruste se beneficie da incorporação dos achados dessa literatura.

4. Possíveis efeitos de fusões sucessivas na saúde tendo-se em vista a interdependência entre mercados nas negociações entre operadoras e planos de saúde

Inicialmente, cumpre destacar que o CADE já demonstrou preocupação com fusões sucessivas. Por exemplo, no julgamento do ato de concentração 08700.003244/2019-87, entre a Prosegur Brasil Transportadora de Valores e Segurança S.A. e a Transvip – Transporte de Valores e Vigilância Patrimonial, a conselheira Paula Farani de Azevedo Silveira¹⁹ expressou sua preocupação com fusões sucessivas no setor de segurança privada. A conselheira afirmou que a tendência de aquisições reiteradas despertava a atenção da autoridade de concorrência, pois fomentava um cenário propício à atuação coordenada dos agentes e poderia diminuir a rivalidade no mercado. A dinâmica do setor de segurança privada é, no entanto, diferente da do setor de saúde suplementar. Em que pese poder também haver efeitos coordenados decorrentes de fusões sucessivas no setor de saúde suplementar, os possíveis danos a

¹⁹ SILVEIRA, Paula. Voto no ato de concentração nº08700.003244/2019-87. Disponível no SEI do CADE, no qual está registrado sob o número 0696965.

serem discutidos nesta seção relacionam-se com a dinâmica exposta e analisada na seção anterior e não advêm necessariamente da coordenação entre agentes.

Também é importante notar que a regulação do setor suplementar brasileiro estabelece um rol de procedimentos a ser cobertos bastante extenso e regras que determinam prazos máximos de atendimento dos beneficiários. Essas características são iguais para a maior parte dos planos comercializados e não os diferenciam, como acontece em outros países. Esse fato pode fazer aumentar a importância da rede assistencial na escolha do plano.

Feitas essas considerações, nesta seção, serão analisados possíveis efeitos de fusões sucessivas na prestação de serviços de saúde e, posteriormente, no setor de operadoras de planos de saúde, considerando-se também os movimentos de verticalização. Focar-se-á nos efeitos peculiares a saúde suplementar e que podem ocorrer ainda que a estrutura competitiva dos mercados relevantes não se altere significativamente. Esses possíveis efeitos são derivados da forma como a cadeia é organizada e do fato de que os principais contratantes de serviços de saúde (operadoras) o fazem para prover cobertura a seus beneficiários, como apresentado na seção anterior.

A literatura discutida naquela seção permite inferir que o poder de barganha de um grupo de prestação de serviços de saúde aumenta se, dada uma modificação na sua estrutura, sua saída da rede assistencial da operadora resultar em perdas para esta maiores do que na configuração anterior. Como discutido, é fácil notar isso quando se trata de dois ou mais concorrentes que se unem. Esta, contudo, não é a única situação em que um prestador de serviços pode aumentar seu poder de barganha.

Considerando-se operações que não alteram a estrutura competitiva nos mercados relevantes, mas que resultam em expansão geográfica ou para outros mercados relevantes de produtos, há quatro fatores que podem aumentar o poder de barganha de um grupo de prestação de serviços de saúde.

Primeiramente, a expansão do grupo pode dificultar sua substituição. No pior cenário possível, uma negociação malsucedida com um prestador local que atua em apenas um mercado de produto, inviabilizará a venda de planos de saúde naquele mercado. Essa situação, contudo, somente ocorrerá se o prestador não tiver substitutos e se os serviços que presta forem imprescindíveis por força da regulação ou por conta da demanda. Já uma negociação

malsucedida com um grupo que atua em diversos mercados, tem maior potencial de prejudicar os resultados de uma operadora. Tende a ser mais difícil encontrar-se diversos substitutos rapidamente.

Vejam-se, por exemplo, os atos de concentração 08700.003593/2021-13, referente à aquisição indireta pela Dasa da totalidade das ações do capital representativo de empresas que atuavam na prestação de serviços médicos-hospitalares, especialmente de diagnósticos, nos municípios de São Luís (MA) e São José de Ribamar (MA), e o 08700.006821/2021-15, relativo à aquisição pelo Fleury S.A. de 100% das ações representativas do capital social de laboratórios que atuavam na região metropolitana de Recife (PE). Em ambos os casos, a Superintendência-Geral do CADE²⁰ considerou, na análise de rivalidade, a existência de *players* de porte nacional nos mercados afetados e o poder de barganha das operadoras de planos de saúde, o que inibiria um hipotético aumento de preços.

Além disso, conforme CADE (2022), nos atos de concentração relativos a operações no setor de medicina diagnóstica, tem-se destacado que os contratos de credenciamento entre as grandes redes e as grandes operadoras abrangem inúmeros mercados relevantes, de modo que a existência de poder de mercado em um local não permitiria automaticamente o exercício abusivo desse poder devido a possibilidade de retaliação. Mais ainda, no caderno recentemente publicado pelo CADE (2022), relata-se que, na análise recente de uma operação, argumentou-se que seria apropriado estender-se a abrangência geográfica considerada, pois empresas localizadas em municípios vizinhos poderiam exercer pressão competitiva nas requerentes.

Essas análises estão em linha com a literatura explorada na seção anterior. De TOWN e VISTNES (2001) a HO e LEE (2019), a presença de concorrentes com características semelhantes às requerentes nos mercados relevantes em que atuam e o poder de barganha do elo a jusante são fatores a limitar os preços de procedimentos negociados entre prestadores e operadoras. A interdependência entre os mercados nas negociações entre grandes grupos é coerente com o modelo apresentado em VISTNES e SAFARADIS (2013).

²⁰ O parecer 20/2021/CGAA2/SGA1/SG, no ato de concentração 08700.003593/2021-13 está registrado no SEI do CADE com o número 0984007, e o parecer 5/2022/CGAA2/SGA1/SG, no ato de concentração 08700.006821/2021-15, está registrado no SEI do CADE com o número 1044606.

Não se considerou nas análises mencionadas, todavia, que as interdependências entre mercados podem, ao invés de limitar o exercício do poder de mercado das redes de prestadores nacionais, aumentá-lo. Isso porque o impasse em negociações com esses prestadores tende a afetar a atividade da operadora em diferentes mercados. Mesmo que em alguns haja concorrência, em outros, aquele prestador pode ser imprescindível para que o valor percebido do plano pelo beneficiário se mantenha estável. É possível, portanto, que, a despeito de haver competidores que rivalizam nos mercados locais, a troca de redes locais por grupos nacionais não implique resultados neutros nos preços.

Ainda que se considere a possibilidade de verticalização, a adoção dessa estratégia tem de ser crível para favorecer a operadora nas negociações com os prestadores de serviços de saúde. Exceto pelos agentes que já a têm como modelo de negócios, verticalizar-se é uma opção mais factível se implementada em poucos mercados. À medida que aumenta o número de mercados, implementá-la exige não apenas mais investimentos, mas pode até implicar mudança no modelo de negócio da operadora. Decisões dessa natureza costumam exigir tempo maior do que o que seria considerado tempestivo para serem tomadas, seja porque as instâncias decisórias estão no ápice da hierarquia institucional, seja porque é preciso encontrar fontes de recursos.

Uma segunda razão pela qual o crescimento de um grupo de prestação de serviços de saúde pode aumentar mais que proporcionalmente seu poder de barganha é que é possível ser menos custoso negociar apenas com uma entidade do que com muitas. Como apontado na seção anterior, o poder de barganha de um prestador relaciona-se com a diferença de ganhos para a operadora de sua presença na rede em comparação com os substitutos, se estes existirem. Esses ganhos referem-se à diferença de preços de planos quando o prestador faz parte da rede assistencial da operadora em relação a quando não faz, descontados os custos da prestação do serviço e de negociação. Se houver redução significativa nos custos da negociação quando a operadora contrata prestador que atende diferentes mercados em relação à contratação de prestadores independentes, os ganhos referentes a essa redução podem ser divididos entre a operadora e o prestador.

Nos modelos discutidos na seção anterior, não são considerados os custos de negociação. O pressuposto parece ser de que estes são irrelevantes em relação aos custos dos serviços em si. No Brasil, contudo, embora não se

tenha estimativas da proporção dos custos de transação comparados aos custos de serviços, sabe-se que as negociações são por vezes bastante conflituosas e resultam em impasses. A fim de resolver essa questão, a Lei 13.003, de 2014, estabeleceu que se não houvesse acordo em até 90 dias, contados do início de cada ano-calendário, em contratos já estabelecidos sobre o reajuste dos valores a serem pagos aos prestadores, a ANS deveria definir o índice. A normatização dessa questão é um indício das dificuldades de obtenção de acordos.

Pode, portanto, ser consideravelmente menos oneroso para operadora negociar com apenas um agente ao invés de vários. Considere-se o setor de atendimento a pacientes renais terminais, que, até recentemente, era formado apenas por clínicas locais. Como mencionado, a abertura comercial favoreceu a entrada de grupos, que vêm adquirindo clínicas em diversos locais do país. O grupo norte-americano DaVita, que entrou no país em 2015, por exemplo, tem 94 unidades em 13 estados da federação, conforme sua página na internet²¹. Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, havia, em abril de 2022, 481 clínicas privadas com equipamentos para realização de diálise no país²². Sendo consideravelmente menos custoso negociar apenas com esse grupo do que com estabelecimentos diferentes em cada um dos treze estados em que a DaVita tem clínicas, os ganhos resultantes da diminuição dos custos de transação poderiam ser divididos entre o prestador e as operadoras. Este seria um caso de eficiências que não estão sendo levadas em conta pelo Conselho.

A terceira razão decorre de aspectos da negociação entre operadoras e contratantes de planos. Pode ser mais fácil para os primeiros conhecerem a reputação e a qualidade dos serviços de um grupo de prestação de serviços que atua em diversos mercados do que de um agente local e independente. Uma rede assistencial em que estejam presentes prestadores dos grupos maiores,

²¹ <https://www.davita.com.br/tratamento-renal/sobre-davita/historia/>. Acesso em 21/05/2022. As aquisições do grupo DaVita, na maior parte das vezes, não se enquadram nos requisitos de notificação obrigatória em decorrência do faturamento das empresas alvo. Em consulta ao sistema processual do CADE, em 21/05/2022, foram encontrados apenas dois atos de concentração cuja requerente era a Davita Healthcare Brasil Serviços Médicos Ltda.

²² Os dados foram obtidos na página do DATASUS (<https://datasus.saude.gov.br/transferecia-de-arquivos/>). Foram unidas as tabelas ST- Estabelecimentos e DC – Dados Complementares e, após, selecionados clínica/centro de especialidade (TP_UNID=36), privados (NAT_JUR>1999 e NAT_JUR<3000).

portanto, pode ter mais valor que uma rede assistencial de prestadores locais e independentes. Se for esse o caso, a operadora poderá cobrar preços mais altos por seus produtos quando os grupos de prestadores estiverem em sua rede e, em consequência, poderá negociar valores mais altos também com os prestadores.

Nos atos de concentração referentes a operações de operadoras de planos de saúde e de prestadores de medicina diagnóstica, a marca tem sido apontada seja por aumentar os custos de entrada, seja por ser relevante na caracterização da rivalidade (CADE, 2022). No entanto, a atribuição de maior valor para marcas nacionais por contratantes que adquirem planos para beneficiários em diferentes localidades de redes nacionais não foi discutida.

No ato de concentração 08700.003593/2021-13, anteriormente citado, por exemplo, mencionou-se a presença de um outro *player* nacional²³ em mercado afetado pela operação. A existência de rivais foi corroborada ainda pela presença de concorrentes regionais, que tinham marcas conhecidas na região. No entanto, para aferir se as redes regionais limitam a possibilidade de exercício de poder de mercado tanto quanto as nacionais, seria preciso analisar qual a parcela dos contratos cujos beneficiários se localizam em diferentes mercados geográficos. Sendo a parcela destes beneficiários significativa, seria preciso avaliar se, e como, os contratantes desses planos diferenciam prestadores locais dos nacionais.

Por último, como também exposto na seção anterior, a atuação em diferentes mercados pode fazer com que o prestador tenha mais informações sobre a situação da operadora, sua capacidade de pagamento e sua importância para a rede assistencial do que prestadores isolados. Essas informações podem afetar as negociações e gerar resultados mais positivos para partes mais bem informadas.

Note-se que tanto os ganhos relacionados à reputação quanto os relacionados à detenção de mais informações podem ocorrer mesmo se o grupo hospitalar estiver negociando com operadora local. Contratantes que adquirem plano que abrange apenas um mercado relevante podem preferir produtos que tenham em sua rede prestadores reputados nacionalmente. As informações

²³ Parecer 20/2021/CGA2/SGA1/SG. Disponível no SEI, com o número 0984007.

coletadas em um mercado podem contribuir para a compreensão da dinâmica de outro mercado mesmo quando estes não são diretamente relacionados.

Do lado das operadoras, o aumento do seu poder de barganha em relação aos contratantes em seguida à expansão geográfica tem causas muito semelhantes àquelas que podem aumentar o poder de barganha dos prestadores. Para um contratante de plano que tem beneficiários em diversos mercados, tende a ser mais difícil a substituição de operadoras que conseguem prover serviços em todas as localidades em que existem empregados/beneficiários. Se for significativamente menos custoso negociar com uma operadora do que com muitas, o poder de barganha de operadoras capazes de atender todos os beneficiários vinculados ao contratante é ainda maior. Por fim, pode ser mais fácil para os consumidores conhecerem a reputação e a qualidade dos serviços de agentes que atuem em muitos mercados, o que impactaria na negociação de contratos tanto coletivos quanto individuais/familiares.

Nas negociações das operadoras com os prestadores, como visto na seção anterior, o contrato com uma operadora terá maior valor para um prestador de serviços de saúde se gerar maior demanda pelos seus serviços. Isso porque, como visto, as operadoras negociam com os prestadores os valores a serem pagos pelos serviços, mas os pagamentos somente ocorrem, na maior parte dos casos, se os beneficiários utilizarem os serviços.

Para grupos de prestadores que atuam em mais de um mercado relevante geográfico, quanto mais beneficiários a operadora tiver, em mais mercados onde o grupo tem prestadores, maiores tendem a ser os ganhos com os contratos. Assim, operadoras que expandem sua atuação geograficamente podem aumentar seu poder de barganha ainda que as fusões que deram origem a essa expansão não resultem em modificações na estrutura competitiva dos mercados locais.

Note-se que, nessa negociação, o aumento do poder de barganha das operadoras resultaria em preços negociados de serviços de saúde menores. Assim, se, por um lado, a expansão de uma operadora pode viabilizar que cobre preços mais altos dos contratantes, por outro lado, pode reduzir seus custos, o que lhe possibilitaria reduzir os preços. Não é possível estabelecer a direção dos efeitos de forma geral.

Por fim, há que se tratar da expansão territorial de operadoras que atuam verticalizadas. O arcabouço teórico que orienta este trabalho pode, à

primeira vista, não ser adequado para tratar desses casos, pois se baseia na análise das negociações entre prestadores e operadoras. No entanto, no que tange a efeitos locais, há ganhos em utilizar esse referencial para orientar a análise. Se a operadora entra em um novo mercado adquirindo um hospital, por exemplo, pode-se prever que este será usado prioritariamente por seus beneficiários. Se assim for, o poder de barganha dos hospitais não verticalizados, especialmente dos que forem substitutos próximos do adquirido, nas negociações com as demais operadoras, tende a aumentar. O poder de barganha das outras operadoras pode também alterar-se a depender de como se configure a distribuição de beneficiários entre os agentes não verticalizadas.

A análise dos efeitos decorrentes de alterações na configuração dos mercados locais foge, no entanto, ao escopo deste trabalho. Em relação a efeitos que são passíveis de ocorrer mesmo se as configurações locais não se alterarem, são bastante semelhantes àqueles descritos para operadoras não verticalizadas no que se trata das relações com os contratantes de planos de saúde. Como não há, a princípio, relação com prestadores independentes, não há negociações, portanto, efeitos decorrentes dessa interação.

As interdependências entre mercados e possíveis efeitos no poder de barganha dos agentes, como ora apresentado, têm sido pouco exploradas na análise dos atos de concentração que envolvem operadoras de planos de saúde. Em atos que tratam da substituição de concorrentes regionais por nacionais, essa análise pode ser bastante relevante. Observam-se, contudo, prenúncios de que, se julgar necessário, o CADE pode vir a estudá-las. No ato de concentração 08700.003176/2021-71²⁴, referente à combinação dos negócios das operadoras Hapvida Participações e Investimentos S.A. e Notre Dame Intermédica Participações S.A, foi considerada na análise de cada mercado a presença de outras operadoras que atuam nacionalmente e a probabilidade de entrada dessas operadoras.

5. Considerações finais

O objetivo deste artigo era fazer notar a possibilidade de existirem efeitos concorrenciais de fusões sucessivas, pelas quais prestadores de

²⁴ Parecer 24/2021/CGAA2/SGA1/SG. Disponível no SEI do CADE com o número 0997527.

serviços ou operadoras de planos de saúde expandem sua atuação geográfica ou para outros mercados de produtos, ainda que não sejam alteradas as estruturas dos mercados locais. Para isso, foi usado um referencial teórico no qual se modelam os efeitos de fusões no setor de saúde em um contexto no qual os preços das prestações de serviços de saúde e, no caso de grandes contratantes de planos, dos próprios planos, são resultados de barganha bilateral.

A escolha desse escopo tem uma motivação. Embora haja movimento de fusões sucessivas facilmente percebido no setor de saúde suplementar brasileiro, têm-se discutido pouco a possibilidade de efeitos ligados a mudanças na configuração do setor que não se relacionem a alterações nas estruturas dos mercados relevantes. Fatores que induzem a preocupação do comissário Chopra, nos Estados Unidos, podem, no entanto, estar presentes também no Brasil, ainda que por outras vias.

Não se pretendeu esgotar a lista de possíveis efeitos do tipo ora discutido nesse artigo. Mostrar que podem existir efeitos dessa natureza é uma primeira contribuição. A segunda, é indicar como o uso de um referencial teórico mais adaptado ao setor de saúde suplementar pode aprimorar a análise de atos de concentração nesse setor. Não se trata de crítica ao trabalho do CADE, conhecido pelo rigor de suas análises, mas de apontar caminhos que podem até facilitar essa análise.

O setor de saúde suplementar atende cerca de um quarto dos brasileiros. Mudanças em sua estrutura podem afetar o bem-estar de uma parcela considerável da população. É, portanto, imprescindível que se utilize as técnicas e referências mais adequadas para a análise de operações na saúde suplementar a fim de se evitar que potenciais efeitos anticoncorrenciais não sejam considerados nas análises de atos de concentração.

Bibliografia

_____.Ato de concentração 08700.003176/2021-71. Parecer 24/2021/CGAA2/SGA1/SG.

_____.Ato de concentração 08700.003593/2021-13. Parecer 20/2021/CGAA2/SGA1/SG.

_____.Ato de concentração 08700.006821/2021-15. Parecer 5/2022/CGAA2/SGA1/SG.

_____.Lei 12.529, de 30 de novembro de 2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112529.htm. Acesso em 14/10/2021.

_____.Lei 13.003, de 24 de junho de 2014. Disponível em <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=Texto-Lei&format=raw&id=MjkwMA==>. Acesso em 22/05/2022.

_____.Lei 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm. Acesso em 14/10/2021.

_____.Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 14/10/2021.

_____.Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em 14/10/2021.

_____.Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em 14/10/2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

CADE - CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA, *Atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica*. Brasília: CADE, 2022. Disponível em https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-economicos/cadernos-do-cade/Cadernos-do-Cade_AC-saude-suplementar.pdf. Acesso em 21/05/2022.

CADE - CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA. Ato de concentração 08700.003244/2019-87. Voto da Relatora Paula Farani de Azevedo Silveira, datado de 02/12/2014.

CAPPS, C.; DRANOVE, D.; SATTERTHWAITE, M. Competition and Market Power in Option Demand Markets. *The RAND Journal of Economics*, v. 34, n. 4, p. 737–763, 2003.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. DE O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 2167–2177, set. 2007.

CHOPRA, R. *Statement of Commissioner Rohit Chopra Regarding Private Equity Roll-ups and the Hart-Scott-Rodino Annual Report to Congress*. Disponível em: <<http://www.ftc.gov/legal-library/browse/cases-proceedings/public-statements/statement-commissioner-rohit-chopra-regarding-private-equity-roll-ups-hart-scott-rodino-annual>>. Acesso em: 22 maio. 2022.

FARRELL, J. et al. Economics at the FTC: Hospital Mergers, Authorized Generic Drugs, and Consumer Credit Markets. *Review of Industrial Organization*, v. 39, n. 4, p. 271–296, dez. 2011.

FERREIRA, L. F. *Delimitação de mercados relevantes de planos de saúde e análise de concentração*. Dissertação para obtenção do grau de mestre apresentada à Escola Brasileira de Economia e Finanças. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/29419>. Acesso em 14/10/2021.

GAYNOR, Martin, TOWN, Robert. Competition in health care markets. Working Paper nº 12/282. The Centre for Market and Public Organisation, 2012. Disponível em <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cmpo/migrated/documents/wp282.pdf>. Acesso em 14/10/2021.

GOWRISANKARAN, G.; NEVO, A.; TOWN, R. Mergers When Prices Are Negotiated: Evidence from the Hospital Industry. *American Economic Review*, v. 105, n. 1, p. 172–203, jan. 2015.

HO, K.; LEE, R. S. Equilibrium Provider Networks: Bargaining and Exclusion in Health Care Markets. *American Economic Review*, v. 109, n. 2, p. 473–522, fev. 2019.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENE, B. F. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Editora Singular, 2009.

LEWIS, M. S.; PFLUM, K. E. Hospital systems and bargaining power: evidence from out-of-market acquisitions. *The RAND Journal of Economics*, v. 48, n. 3, p. 579–610, 2017.

LIMA, T. DE M. N. Advocacia da Concorrência 1º Lugar: Integração vertical na saúde suplementar: mapeamento da integração entre hospitais gerais e planos de saúde. 2013. Brasília: ESAF, 2013. Disponível em <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/5447>. Acesso em 14/10/2021.

PROITE, A.; SOUSA, M. Eficiência Técnica, economias de escala, estrutura da propriedade e tipo de gestão no sistema hospitalar brasileiro. Trabalho apresentado no XXII Encontro Nacional de Economia, dezembro de 2004. Disponível em <http://www.anpec.org.br/encontro2004/artigos/A04A100.pdf>. Acesso em 14/10/2021.

RANGEL, A. Verticalização no setor de saúde: aquisições em série entre hospitais e planos de saúde no período de 2017 a 2019. Em *Direito Econômico e Defesa da Concorrência*, volume 3. Brasília: CADE, 2021. Disponível em <https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/collet%C3%A2nea%20de%20artigos/VOLUME-03.pdf>. Acesso em 14/10/2021.

SANTACRUZ, Ruy. Verticalização do mercado brasileiro de saúde suplementar. Texto para discussão nº 282. Universidade Federal Fluminense, 2011. Disponível em http://economia.uff.br/wp-content/uploads/sites/584/2020/11/UFF_TD282.pdf. Acesso em 14/10/2021.

TAVARES, J. Poder de mercado no setor de saúde suplementar. Em: *Concorrência e regulação no setor de saúde suplementar*. FARINA, Laércio; GUIMARÃES, Denis (org.). São Paulo (SP): Singular, 2010.

TOWN, R.; VISTNES, G. Hospital competition in HMO networks. *Journal of Health Economics*, v. 20, n. 5, p. 733–753, 2001.

VISTNES, G. S.; SARAFIDIS, Y. CROSS-MARKET HOSPITAL MERGERS: A HOLISTIC APPROACH. *Antitrust Law Journal*, v. 79, n. 1, p. 253–293, 2013.