

# **Determinação de Mercados Relevantes no Setor de Saúde Suplementar<sup>1</sup>**

Thompson Santos<sup>2</sup>

Março / 2008

---

<sup>1</sup> Este trabalho expressa as opiniões do autor e não, necessariamente, reflete as posições oficiais da Secretaria de Acompanhamento Econômico - SEAE.

<sup>2</sup> Economista e Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Técnico da Coordenação-Geral de Controle de Estruturas de Mercado. [thompson.santos@fazenda.gov.br](mailto:thompson.santos@fazenda.gov.br)

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é sistematizar um roteiro, explicitando algumas informações e conclusões, a fim de contribuir para as análises, do ponto de vista concorrencial, de diversos mercados relevantes, do setor de saúde suplementar, existentes no Brasil.

A definição de cada mercado relevante, nos quais diversas instituições ofertam desde planos de saúde, doravante operadoras de planos de saúde (OPS), a serviços médico-hospitalar, hospitais, por exemplo, deve seguir a lógica do Guia para Análise Econômica de Atos de Concentração, a qual passa, primeiramente, pela identificação dos agentes econômicos que compõem este mercado, i. e., beneficiários, operadoras, prestadoras de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, etc) e empresas ofertantes de materiais para a saúde que efetivamente limitam as decisões referentes a preços (prêmios) e quantidades definidas pelos agentes ofertantes de planos de saúde.

Neste sentido, o primeiro passo é a identificação precisa da composição dos grupos econômicos que possam atuar em determinada região, bem como de suas empresas controladas direta ou indiretamente, através da explicitação da participação do grupo econômico no capital votante e no capital social de cada subsidiária. Tal exercício é fundamental para que se tenha uma noção mais precisa das relações horizontais ou verticais que possam existir entre tais empresas e as operadoras.

Em seguida, passa-se para a definição do mercado relevante nas suas dimensões produto e geográfica, levando-se em consideração algumas respostas dos diversos agentes econômicos aos questionários formulados, bem como estudos técnicos que possam existir no momento da análise.

## SUMÁRIO

I – Dimensão Produto no Setor de Planos de Saúde Médicos e/ou Odontológicos .....	7
I.1 – Pelo Lado da Oferta .....	7
I.2 – Pelo Lado da Demanda .....	13
I.2.1 – Plano de Saúde Individual/Familiar .....	15
I.2.2 – Plano de Saúde Coletivo .....	19
I.3 – Conclusão .....	20
II – Dimensão Produto no Setor Serviços de Cuidado com a Saúde .....	21
II.1 – Serviço Médico-Hospitalar .....	22
II.2 – Serviço de Apoio à Medicina Diagnóstica.....	27
II.2.1 – Exames de Medicina Laboratorial.....	29
II.2.2 – Exames de Apoio a Outros Laboratórios .....	33
II.2.3 – Diagnósticos Por Imagem .....	33
II.2.4 – Diagnósticos Por Métodos Gráficos .....	38
II.2.5 – Conclusão.....	39
III – Dimensão Geográfica.....	40
III.1 – Plano Médico Individual/Familiar e/ou Coletivo.....	40
III.2 – Dimensão Geográfica no Setor de Serviços de Cuidado com a Saúde .....	45
III.2.1 – Aspectos Teóricos .....	46
III.2.2 – Experiência de Mercado .....	48
III.3 – Conclusão .....	50



## **Introdução**

O objetivo deste trabalho é sistematizar um roteiro, explicitando algumas informações e conclusões, a fim de contribuir para as análises, do ponto de vista concorrencial, de diversos mercados relevantes, do setor de saúde suplementar, existentes no Brasil.

A definição de cada mercado relevante, nos quais diversas instituições ofertam desde planos de saúde, doravante operadoras de planos de saúde (OPS), a serviços médico-hospitalar, hospitais, por exemplo, deve seguir a lógica do Guia para Análise Econômica de Atos de Concentração, a qual passa, primeiramente, pela identificação dos agentes econômicos que compõem este mercado, i. e., beneficiários, operadoras, prestadoras de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, etc) e empresas ofertantes de materiais para a saúde que efetivamente limitam as decisões referentes a preços (prêmios) e quantidades definidas pelos agentes ofertantes de planos de saúde.

Neste sentido, o primeiro passo é a identificação que precisa da composição dos grupos econômicos que possam atuar em determinada região, bem como de suas empresas controladas direta ou indiretamente, através da explicitação da participação do grupo econômico no capital votante e no capital social de cada subsidiária. Tal exercício é fundamental para que se tenha uma noção mais precisa das relações horizontais ou verticais que possam existir entre tais empresas e as operadoras.

Em seguida, passa-se para a definição do mercado relevante nas suas dimensões produto e geográfica, levando-se em consideração algumas respostas dos diversos agentes econômicos aos questionários formulados, bem como estudos técnicos que possam existir no momento da análise<sup>3</sup>.

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma: na primeira seção, serão apresentadas algumas informações prestadas pelas operadoras em relação à dimensão produto do setor de planos de saúde; na segunda seção, serão compiladas informações semelhantes para o setor de cuidado com a saúde; e na terceira seção, serão comentadas

---

<sup>3</sup> Esta análise também deve contemplar a possibilidade e a probabilidade do exercício do poder de monopólio pela operadora de plano de saúde.

as definições da dimensão geográfica desses setores, com base em: a) informações prestadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, por outros agentes econômicos; b) aspectos teóricos; e c) experiências de mercado no Brasil e nos Estados Unidos da América – EUA.

## I – Dimensão Produto no Setor de Planos de Saúde Médicos e/ou Odontológicos

### I.1 – Pelo Lado da Oferta

Existem diversas tipologias para definir as operadoras de saúde. Segundo o gênero, a Lei 9.656/98 define operadora como Pessoa Jurídica que opera, administra ou comercializa plano privado de assistência à Saúde. Segundo a natureza de sua operação (função), a RDC n° 39, expedida pela ANS, em 27 de outubro de 2000, define sob quais modalidades uma operadora pode exercer sua função, são elas:

- i) **administradoras** – administram planos de assistência à saúde, financiados por operadora; não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos;
- ii) **cooperativa médica ou odontológica** – sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n° 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde ou exclusivamente planos odontológicos (exceto Unimeds ou Uniodontos);
- iii) **autogestão** – pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado – ou diretamente vinculada ou não à entidade pública ou privada – opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente ao grupo delimitado e fechado e aos grupos familiares dos beneficiários, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, conforme disposto na RN n° 137, de 14 de novembro de 2006;
- iv) **medicina de grupo ou odontologia de grupo** – empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde ou exclusivamente odontológicos, geralmente por meio de rede própria;

- v) **filantropia** – entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e que tenham obtido o certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS; e
- vi) **seguradoras especializadas em saúde** – sociedades seguradoras que operam exclusivamente seguro saúde, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades, conforme a Lei nº 10.185/01.

Os produtos ofertados pelos diversos tipos de empresas acima listadas, podem ser classificados sob diversas óticas. Por tipo de contratação, por exemplo, os planos podem ser divididos em: i) coletivo empresarial (compulsório); ii) coletivo por adesão; e iii) individual/familiar<sup>4</sup>.

Sob o aspecto da área geográfica de abrangência dos serviços contratados, na qual a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas, contratadas pelo beneficiário, de assistência à saúde, a classificação do plano pode ser<sup>5</sup>: i) nacional; ii) estadual; iii) grupo de estados; iv) municipal; ou grupo de municípios<sup>6</sup>.

E sob a ótica da segmentação assistencial, eles podem ser classificados em: i) plano-referência; ii) ambulatorial; iii) hospitalar; iv) obstétrico; v) odontológico; ou vi) uma combinação dos mesmos<sup>7</sup>. A ANS adota na sua publicação “Caderno de Informação da Saúde Suplementar”, para monitoramento da evolução de mercado, uma segmentação assistencial simplificada, considerando a sua significativa distinção entre dois grupos, quais sejam: i) planos de saúde de assistência médica com ou sem

---

<sup>4</sup> Resolução CONSU nº 14/1998.

<sup>5</sup> Conforme RDC nº 77/2001 e RN nº 100/2005.

<sup>6</sup> Há contratos que possuem cláusula de cobertura internacional, contudo, estes tipos de planos não são representativos aqui no país.

<sup>7</sup> Conforme Lei nº 9.656/1998, que estabelece também que as operadoras de planos de saúde, exceto as autogestões, devem oferecer obrigatoriamente aos consumidores o plano-referência, que garante assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica.



odontologia, que englobam as diversas combinações de cobertura supracitadas, exceto a cobertura específica do próximo item; ii) planos exclusivamente odontológicos<sup>8</sup>.

As classificações acima são determinadas pela regulamentação hoje vigente no país. Todavia, pode-se fazer uma diferenciação dos planos de saúde (produtos) sob a ótica da renda do consumidor (segurado): i) Categorias Máxima e Superior II; ii) Categoria Superior I; e iii) Categorias Standard e Básica<sup>9</sup>.

Os produtos acima listados são chamados, genericamente, de planos de saúde e/ou odontológicos. Tais planos podem ser definidos como um contrato de seguro, no qual uma operadora compromete-se a assumir determinados riscos (financeiros) relativos a diversos sinistros que podem ocorrer com o segurado, cada qual com uma determinada probabilidade de ocorrência. Em contra-partida, a empresa recebe do beneficiário (segurado)<sup>10</sup> um fluxo de pagamento mensal referente ao preço (prêmio) deste plano.

O cálculo do prêmio deste contrato pode ser realizado sob alguns regimes. Os principais são o *experience rating* e o *community rating*. Na primeira regra, mais utilizada nos mercados de seguros, o prêmio do seguro é uma função dos gastos esperados de um indivíduo pertencente a uma determinada classe de risco. Neste caso, há a possibilidade de discriminação dos beneficiários segundo os respectivos graus (classes) de risco. No *community rating*, o prêmio do seguro é calculado com base no risco agregado de toda a carteira da operadora. Isto implica em dizer que o preço do plano é uma função constante em relação às diversas classes de risco (com exceção da faixa etária), ou seja, todos os segurados pagam o mesmo prêmio. Tal fato gera uma falha de mercado derivada do problema de seleção adversa do beneficiário.

---

<sup>8</sup> Os planos exclusivamente odontológicos apresentam peculiaridades próprias, pois podem ser ofertados também por operadoras exclusivamente odontológicas, que não são obrigadas a ofertar o plano referência. Além disso, os odontológicos apresentam distinção em fatores como menor complexidade de custos e menor sensibilidade de preço em relação ao perfil etário de beneficiários. Para mais informações ver: i) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Regulação e Saúde: Planos odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório. Elisabeth Covre e Sandro Leal Alves. Série Regulação e Saúde, v.2. 2002.; e ii) Regulação econômica de planos de saúde no Brasil: uma análise comparativa dos mercados individual e coletivo. Rodrigo Mendes Leal e João Boaventura Matos. Congresso da ABRASCO, 2007.

<sup>9</sup> Conforme detalhado na seção seguinte.

<sup>10</sup> Pode existir também um terceiro pagador como, por exemplo, uma empresa que faz um contrato coletivo ou um órgão público.

Normalmente, a mesma operadora oferta mais de um tipo de plano, desde que sejam respeitadas as segmentações e demais regras estipuladas nas normas legais como, por exemplo, na Lei n° 9.656/98, inclusive sobre as limitações na regra de cálculo do prêmio de um contrato. No Brasil, a regra de precificação de um plano de saúde é semelhante àquela do *community rating* (mutualismo), sendo possível que o prêmio da maior faixa etária seja, no máximo, seis vezes o prêmio da menor. Ademais, a regulamentação dos contratos, no Brasil, estipulou uma padronização (homogeneização) dos tipos de coberturas para cada tipo de plano de saúde ofertado pelas diversas operadoras. Isto implica em dizer que, na precificação dos contratos, a operadora possui uma flexibilização limitada quanto à classe de risco do segurado (faixa etária) e possui uma flexibilidade mais limitada ainda quanto ao escopo dos serviços prestados, diferenciando os tipos de planos (produtos), normalmente, através da qualidade e quantidade dos prestadores de serviço que compõem sua rede credenciada.

Segundo informações prestadas por algumas operadoras<sup>11</sup>, para que elas possam ofertar tais contratos são necessários uma mão-de-obra formada por um grupo técnico (atuários) e um grupo de funcionários administrativos e de vendas. Também são necessárias informações sobre as tábuas de probabilidades de ocorrência dos sinistros cobertos no contrato, calculadas a partir da massa de beneficiários da carteira da operadora. Ademais, é necessário que a operadora possua alguma relação – comercial ou vertical – com os prestadores de serviço de saúde.

Assim, sob a ótica do seu processo tecnológico, a mesma operadora que vende um determinado tipo de contrato de plano de saúde poderia ofertar, em diversos casos, outro tipo de plano, sem incorrer em custos adicionais elevados, em um curto espaço de tempo<sup>12</sup>.

Quanto ao aspecto legal, a possibilidade de substituibilidade, entre os processos de elaboração e de comercialização de planos de saúde, pode depender, especialmente, da

---

<sup>11</sup> Vide, por exemplo, ofícios 06813 e 08802/2007/RJ – AC 08012.009994/2006-04.

<sup>12</sup> Nos casos de contratos de planos de saúde direcionados para um grupo de beneficiários de alta renda, é necessário verificar se os concorrentes, naquele mercado relevante, possuem condições de efetiva rivalidade, principalmente, através de capacidade de obtenção de crédito – próprio (por exemplo, capital de giro) ou de terceiros. Nestes contratos, normalmente, há cláusulas de reembolso total ou pós-pagamento, o que implicam em desembolsos maiores por parte da operadora de plano de saúde.

área de atuação da operadora<sup>13</sup>, na qual a empresa é obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde. Assim, a substituíbilidade, pelo lado da oferta, está restrita à área na qual está classificada a operadora de saúde. Todavia, segundo informações prestadas pela ANS e por algumas empresas participantes deste mercado<sup>14</sup>, o prazo<sup>15</sup> de alteração de classificação de uma região (área de atuação) não é um fator impeditivo à substituíbilidade.

Ademais, esta restrição legal dispõe sobre provisões técnicas e critérios de constituição de garantias financeiras de uma operadora de planos de saúde de acordo com sua classificação e massa de beneficiários. Mas, segundo informações prestadas por algumas operadoras<sup>16</sup>, tais regras também não são impeditivas à substituíbilidade pelo lado da oferta.

Em relação à alteração da área de atuação, cabe ainda um comentário adicional: o acesso aos fatores produtivos, neste caso, aos prestadores de serviço de saúde<sup>17</sup>.

Primeiro, deve-se destacar que a disponibilidade de tais serviços tende a possuir uma relação positiva com as seguintes variáveis: i) densidade populacional; e ii) renda per capita. Assim, uma região com menor densidade populacional e renda per capita

---

<sup>13</sup> A área de atuação de uma operadora é definida em conformidade com a Resolução RDC 77, de 7 de maio de 2001, da ANS. Ela é definida como o conjunto de municípios ou estados de cobertura e operação do Plano, de acordo com a “Abrangência Geográfica” definida nesta Resolução. As áreas de atuação são as seguintes:

**Região 1:** em todo o território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia;

**Região 2:** no Estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos no critério da região 1;

**Região 3:** em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando-se o Estado de São Paulo;

**Região 4:** no município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre ou de Curitiba;

**Região 5:** em grupo de municípios, exceto os definidos na região 4; e

**Região 6:** em um único município, excetuando os definidos na região 4.

<sup>14</sup> Vide, por exemplo, ofício 06813/2007/RJ – AC 08012.009994/2006-04.

<sup>15</sup> De 30 a 365 dias, conforme respostas dos ofícios 06813 e 08171/2007 – AC 08012.009994/2006-04/RJ.

<sup>16</sup> Vide, por exemplo, ofício 08802/2007/RJ – AC 08012.009994/2006-04.

<sup>17</sup> Enquadram-se nesta definição médicos, clínicas, laboratórios, hospitais entre outros agentes.

mais baixa tende a possuir uma quantidade menor de prestadores de serviço de saúde. Porém, pela natureza da oferta desses serviços, pode-se dizer que tal situação não seria, a princípio, um fator impeditivo para a contratação daqueles serviços existentes por uma nova operadora.

Segundo, como visto acima, uma operadora pode possuir uma rede própria ou não. Logo, para que ela possa ofertar um novo plano classificado em uma nova região, podem existir, entre outros, os seguintes cenários:

### 1) Quanto ao porte da operadora

- 1.1) grande porte; e
- 1.2) pequeno/médio porte<sup>18</sup>.

### 2) Quanto à área de atuação do plano de saúde<sup>19</sup>

- 2.1) nacional;
- 2.2) regional (mais de um estado e/ou município); e
- 2.3) municipal.

Para cada um dos cenários acima, podem existir as seguintes situações: a) todos os prestadores de serviço de saúde credenciados pela operadora já estão presentes na nova região; b) parte dos atuais prestadores de serviço de saúde está presente na nova região; e c) nenhum dos prestadores de serviço de saúde credenciados pela operadora está presente na nova região. Assim, o grau de dificuldade de acesso ao prestador de serviço pode ser diferente dependendo do cenário escolhido.

Conforme informações prestadas por algumas operadoras<sup>20</sup>, qualquer que seja o cenário acima apresentado, o tempo médio de contratação de novos prestadores pode variar de 30 a 365 dias. Tais empresas não conseguiram estimar o custo de tais

---

<sup>18</sup> Apesar de não existir uma classificação legal, convencionou-se que o porte da operadora pode ser definido com base na quantidade de beneficiários, da seguinte forma: a) **pequeno porte** – até 20.000 beneficiários; **médio porte** – entre 20.000 e 100.000 beneficiários; e **grande porte** – acima de 100.000 beneficiários. Uma referência legal sobre alguns desses limites pode ser encontrada na RN 89/2005 e na RN 128/2006.

<sup>19</sup> Simplificando as áreas de atuação especificadas na RDC 77.

<sup>20</sup> Vide, por exemplo, ofício 06813/2007/RJ – AC 08012.009994/2006-04.

processos, contudo, informaram que os mesmos não são impeditivos à entrada de novas operadoras<sup>21</sup>.

Por último, cabe mencionar um instrumento que pode criar alguma dificuldade no surgimento de novas operadoras de planos de saúde, qual seja, os **contratos de exclusividade**.

Estes contratos estão presentes, por exemplo, nas relações contratuais entre as operadoras classificadas como cooperativas médicas e os respectivos prestadores de serviços de saúde<sup>22</sup>.

Portanto, em regiões onde tais práticas estão presentes e a quantidade de prestadores de serviço de saúde não for suficiente para atender à demanda das operadoras, poderá haver uma elevação significativa dos custos para as novas operadoras e/ou entrantes potenciais de planos de saúde.

Desta forma, os fatos acima expostos sugerem a possibilidade de substituição pelo lado da oferta, em relação aos diversos tipos de planos<sup>23</sup>, qualquer que seja sua forma de classificação, exceto: i) quando estiverem presentes as condições do parágrafo anterior; e ii) em relação aos planos de saúde exclusivamente odontológicos, uma vez que, apesar de a substituição pelo lado da oferta, entre um plano de saúde e um plano exclusivamente odontológico, ser possível para uma operadora de planos de saúde, esta substituição não é factível para uma empresa que oferta somente planos odontológicos.

## **I.2 – Pelo Lado da Demanda**

A classificação de um plano de saúde pode ser feita sob diversas óticas, conforme comentado na seção anterior. São elas: i) por tipo de contratação; ii) por área geográfica de abrangência; e iii) por segmentação assistencial.

<sup>21</sup> Aqui também vale a mesma observação feita na nota de rodapé 12.

<sup>22</sup> O Conselho Administrativo de Defesa da Concorrência – CADE tem se pronunciado contra a exclusividade nas relações entre estes agentes econômicos. Vide, por exemplo, Processos Administrativos 08000.004488/1997-61, 08000.004961/1995-76, 08000.005351/1997-42 e 08012.000629/2006-26.

<sup>23</sup> Aqui também vale a mesma observação feita na nota de rodapé 12.

As classificações dos planos de saúde, com base nas óticas acima, são determinadas pela regulamentação hoje vigente no país. Todavia, pode-se fazer uma diferenciação desses produtos sob a ótica da renda do consumidor (segurado) levando-se em conta, entre outras, a existência (ou não) de:

- i) regras de livre acesso aos serviços contratados (reembolso);
- ii) fator moderador (co-pagamento ou franquia);
- iii) regra de formação do preço (pré-estabelecido ou pós-estabelecido<sup>24</sup>);
- iv) serviços e coberturas adicionais;
- v) padrão de acomodação; e
- vi) qualidade e escopo da rede prestadora de serviços de saúde coberta pelo contrato.

Neste sentido, o trabalho *PROPOSTA DE TIPOLOGIA DE PRODUTOS PARA A PESQUISA DE PREÇOS DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE*, elaborado pela Fundação Getúlio Vargas, em agosto de 2004, apresenta uma sugestão de categorias de **planos de saúde individuais** – exceto odontológicos, com base nas seguintes variáveis: i) forma de reembolso; ii) grau de liberdade de escolha; iii) quantidade e qualidade da rede prestadora; e iv) preço.

São elas (em ordem decrescente):

- Categoria Máxima;
- Categoria Superior II;
- Categoria Superior I;
- Categoria Standard; e
- Categoria Básica.

---

<sup>24</sup> Limitado à contratação do plano coletivo.

Seguindo a sugestão da ANS, essas categorias podem ser transpostas para três dimensões somente<sup>25</sup>:

- Categorias Máxima e Superior II;
- Categoria Superior I;
- Categorias Standard e Básica.

Neste ponto, cabe uma nota sobre a substituíbilidade, pelo lado da demanda, entre os diversos produtos ofertados pelas operadoras no mercado de planos de saúde, conforme detalhado nas seções seguintes.

### **I.2.1 – Plano de Saúde Individual/Familiar**

Quanto à possibilidade de substituição entre planos coletivos e individuais, esta fica prejudicada por diversos motivos:

- i) quanto à precificação, no mercado coletivo, em geral, os prêmios são calculados considerando-se um risco homogêneo para o grupo de beneficiários (empregados), enquanto que no mercado individual/familiar o risco é personalizado e rateado pela carteira de usuários (mutualismo);
- ii) há uma diferença em relação ao grau de regulação incidente sobre cada um desses mercados;
- iii) há uma assimetria na substituição; e
- iv) há um diferencial significativo entre os prêmios dos planos individuais e coletivos que são suportados pelo beneficiário.

Quanto ao terceiro aspecto, pode-se dizer que, ainda que seja possível para um detentor de um plano coletivo poder substituí-lo por um plano individual, em determinados casos muito particulares, o caso inverso não é necessariamente verdadeiro, pois a substituição somente aconteceria caso o beneficiário de um plano individual estivesse vinculado à uma pessoa jurídica (PJ) e esta PJ tivesse firmado um contrato coletivo com alguma operadora. Mesmo assim, a possibilidade de substituição ficaria reduzida somente àquela operadora contratada pela PJ.

---

<sup>25</sup> As motivações das classificações promovidas pela FGV e pela ANS estão constantes no trabalho citado no texto e na Nota/2005/GGEFP/DIPRO, elaborada pela ANS.

Ademais, o custo mensal de um plano coletivo empresarial suportado pelo beneficiário, em geral, é significativamente inferior àqueles de planos individuais/familiares. Normalmente, o prêmio deste contrato recai, em grande medida, sobre um terceiro pagador, a PJ na qual o beneficiário está empregado. Como é o usuário que arca com o ônus mensal do pagamento, no caso de um plano individual, ainda que seja possível a existência, neste mercado, de um plano semelhante àquele ofertado no mercado de planos coletivos, dificilmente o usuário substituirá o plano coletivo pelo individual, dado um pequeno, porém significativo e não transitório aumento do custo – por exemplo, co-pagamento – suportado pelo beneficiário no plano coletivo empresarial.

Quanto à possibilidade de substituíbilidade pelo lado da demanda entre produtos (planos) semelhantes ofertados pelas operadoras no mercado de planos de saúde individual/familiar, a mesma pode acontecer, em determinados casos, conforme explicado a seguir.

Apesar de a regulamentação ter promovido uma homogeneização do escopo dos serviços prestados nas diversas modalidades de planos de saúde ofertados pelas operadoras, para aqueles indivíduos que já possuem um contrato, a substituição de planos entre essas empresas torna-se pouco factível devido à presença do custo de transferência para o usuário. Isto ocorre devido à existência de um período de carência inicial nestes contratos e à falta de uma regra de portabilidade deste direito.

Em relação à qualidade e ao escopo da rede prestadora, não há uma barreira legal imposta pela regulamentação em vigor. Assim, as operadoras podem lograr uma estratégia de diferenciação de produto através dessas variáveis. Como a qualidade da rede prestadora não é uma variável facilmente observável pelo consumidor, a substituíbilidade entre planos de saúde pode ser comprometida de alguma forma.

Portanto, pode existir alguma concorrência entre as operadoras *ex-ante*, ou seja, antes de o indivíduo adquirir o contrato, e a concorrência *ex-post* poderá ser tanto menor quanto maior for o tempo de permanência no plano de origem e/ou a faixa etária do



beneficiário, uma vez que o beneficiário ficará novamente não coberto por um novo período, caso decida trocar de plano<sup>26</sup>.

Ademais, a regulamentação atual, apesar de não controlar a fixação do preço de venda do contrato, impõe uma regra de reajuste para os preços dos contratos já firmados, podendo distorcer possíveis cálculos de elasticidades próprias e cruzadas destes produtos.

Quanto à possibilidade de substituíbilidade pelo lado da demanda entre produtos diferenciados – com base na ótica da segmentação assistencial –, ofertados pelas operadoras no mercado de planos de saúde individual/familiar, a mesma não acontece, uma vez que as utilizações finais são distintas. Por exemplo, o plano ambulatorial possui condições, escopo e preço totalmente diferentes de um plano hospitalar. Ademais, estes produtos (planos) podem ser diferenciados com base em variáveis que possuem correspondência com a dimensão renda do beneficiário.

Deve-se destacar, sob a ótica assistencial, a possibilidade de existência de produtos resultantes da combinação de duas ou mais segmentações assistenciais. Este é o caso, por exemplo, dos planos médico-hospitalares (ambulatorial + hospitalar) com ou sem obstetrícia, e com ou sem odontologia. Por outro lado, existem os **planos individuais/familiares exclusivamente odontológicos**. Normalmente, estes planos são ofertados por operadoras ligadas somente a este setor, além de possuírem algumas normas legais, preços e utilizações finais totalmente diferentes dos demais planos de saúde. Portanto, os planos individuais/familiares exclusivamente odontológicos não devem pertencer ao mesmo mercado dos demais planos de saúde.

Por último, deve-se observar que ocorrerá a substituição entre planos de saúde, seja qual for sua tipificação, **somente se**, sua rede prestadora estiver localizada dentro do raio de deslocamento que o **beneficiário representativo** considere, normalmente, na sua **propensão a se deslocar** até a unidade de prestação de serviço da rede credenciada. Logo, esta localização é uma das principais variáveis que contribuem na definição da

---

<sup>26</sup> Vide Alan Beggs and Paul Klemperer (1992); Farrell and Klemperer (2001); Gabrielsen and Vagstad (2002); Burnham (2003); e Cadernos de Informação Suplementar, ANS, edições de março/2007, seção “Introdução”, e junho/2007, seção “Em Pauta”.

dimensão produto e na definição de seu prêmio<sup>27</sup>. A título de exemplo, abaixo estão apresentados os prêmios cobrados por determinado plano de saúde (em setembro de 2007), nas cidades do Rio de Janeiro, Niterói, Petrópolis e São Paulo, com as seguintes características:

**Cobertura:** Regional

**Tipo:** Rede Credenciada

**Acomodação:** quarto coletivo 2 ou mais leitos

**Localização:** Municipal

**Característica:** Individual: Somente uma pessoa

**Faixas Etárias:** 39 a 43 anos

### Quadro I

#### Preços de Planos de Saúde de Determinada Operadora

Município	Prêmio Mensal – R\$ - Setembro/2007
Rio de Janeiro	172,10
Niterói	185,16
Petrópolis	172,10
São Paulo	155,69

Fonte: Operadora de Plano de Saúde.

Do quadro I acima, fica corroborada a idéia de que a competição entre operadoras se dá no nível local, uma vez que observa-se a possibilidade de diferenciação dos prêmios cobrados em contratos de planos de saúde ofertados por determinada operadora, nos quais as principais características são semelhantes<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Este fato é baseado em opiniões de OPS. De fato, a localização é a principal variável no processo de escolha do beneficiário em relação à sua rede prestadora, a qual está relacionada à dimensão produto e à precificação de planos de saúde. Para uma consulta mais detalhada sobre a importância desta variável no processo de escolha do consumidor da rede de prestadores de serviços médico-hospitalares, vide GAYNOR, M. and VOGT, W. B., “*Competition Among Hospitals*”, draft, FTC, november/2002.

<sup>28</sup> Como destacado na seção II.2.1, ainda que existam preços “relativamente próximos”, tal fato não é uma condição suficiente para a determinação de produtos substitutos. Algum arcabouço teórico como, por exemplo, a estimação de elasticidades próprias e cruzadas, deveria ser utilizado no embasamento de tal argumentação, e não “testes *ad-hoc*”, tais como a evolução de preços relativos, de amplitude e/ou desvio padrão de preços. Assim, a igualdade dos prêmios cobrados em Petrópolis e no Rio de Janeiro não

## I.2.2 – Plano de Saúde Coletivo

No mercado coletivo, podem existir, basicamente: i) coletivos por adesão; e ii) coletivos empresariais (compulsórios). Há, ainda, uma diferenciação de produto em relação à quantidade de vidas seguras nesses planos: até cinquenta vidas, estas empresas são classificadas, normalmente, como “pequenas e médias empresas” – PME. Os planos coletivos são ofertados para empresas, associações, sindicatos, entre outros, sejam estes planos por adesão ou empresarial.

Os **planos coletivos por adesão** assemelham-se ao empresarial (compulsório), com a diferença de que o prêmio deste contrato é, normalmente, superior a esse último, uma vez que há uma indefinição inicial da quantidade total de beneficiários que irão aderir ao plano.

No mercado de **planos coletivos empresariais (compulsórios)**, não há, normalmente, o custo de transferência (carência) para o beneficiário da operadora – além de a PJ ser o terceiro pagador – e há a possibilidade de substituibilidade pelo lado da demanda entre os diversos produtos ofertados pelas operadoras.

Neste mercado, segundo o trabalho formulado pela Fundação Getúlio Vargas, os planos ofertados tendem a ser customizados<sup>29</sup>, não existindo um ou mais padrão único e pré-estabelecido de produto. Por outro lado, pode-se imaginar que a empresa contratante – terceiro pagador –, dado o seu objetivo de maximização de lucros, poderá substituir o plano coletivo contratado por outro com custo assistencial relativamente próximo.

Assim, poder-se-ia definir os “produtos relevantes”, pela ótica da renda, no mercado de planos coletivos, agrupando-os por intervalos de custo assistencial ou outra variável que possua correspondência com a dimensão renda do terceiro pagador.

Da mesma forma que no mercado individual, no mercado coletivo também há a possibilidade de oferta de produtos resultantes da combinação de duas ou mais segmentações assistenciais. Este é o caso, por exemplo, dos planos médico-hospitalares (ambulatorial + hospitalar) com ou sem odontologia. Por outro lado, neste mercado, também existem os **planos coletivos exclusivamente odontológicos**. Normalmente, estes planos são ofertados por operadoras ligadas somente a este setor, além de possuírem algumas normas legais, preços e utilizações finais totalmente diferentes dos demais planos de saúde. Portanto, os planos coletivos exclusivamente odontológicos não devem pertencer ao mesmo mercado dos demais planos de saúde.

---

implica necessariamente que estes municípios participem do mesmo mercado relevante. De fato, com base no exposto, nos parágrafos anteriores, tais municípios representam dimensões geográficas distintas.

<sup>29</sup> Segundo a FGV, a exceção são os planos coletivos para grupos de até 50 vidas. Todos os demais são chamados também “*taylor made*”. Neste caso, além das características normais da empresa – tamanho (faturamento), o perfil etário e a quantidade de empregados –, outras variáveis que podem impactar no custo assistencial são levadas em consideração, tais como: i) co-participação, franquia, qualidade do prestador de serviço, extensões de cobertura, garantias e critérios diferenciados de atendimento e acesso aos serviços, padrão de acomodação, entre outros.

Por último, cabe mencionar que os contratos dos segmentos planos coletivos por adesão e/ou empresarial podem ser ofertados por algumas modalidades de OPS. Quando tais produtos forem ofertados por PJs vinculadas a empresas e/ou a órgãos públicos, i. e., modalidade de autogestão – conforme item (iii) da seção I.1 –, tais PJs e seus respectivos produtos, não têm a possibilidade de concorrer com os demais planos de saúde coletivos ofertados por outras modalidades de OPS por força legal.

### I.3 – Conclusão

Do exposto acima, verifica-se que existem diversas formas de classificação de planos de saúde médicos e odontológicos pela ótica da demanda. A primeira delas faz a distinção entre plano médico individual/familiar, plano médico coletivo, plano exclusivamente odontológico individual/familiar e plano exclusivamente odontológico coletivo. Dadas as características regulatórias e a dinâmica da formação dos preços nesses quatro mercados, eles devem ser considerados mercados separados.

Ademais, segundo sua modalidade, aqueles produtos ofertados por PJs classificadas como “autogestão” não concorrem com os demais planos de saúde coletivos. Desta forma, a definição de **planos de saúde coletivos**, doravante, representará os “*planos de saúde coletivos exceto aqueles ofertados por PJs classificadas na modalidade autogestão”.*

As outras formas de classificação dos planos de saúde baseiam-se ou na ótica da utilização final ou da renda. Todavia, levando-se em consideração a possibilidade de substituição pelo lado da oferta, observada no item 3.1, pode-se definir, inicialmente, os produtos relevantes, no setor de planos de saúde, como<sup>30</sup>:

- i) plano médico individual/familiar;
- ii) plano médico coletivo;
- iii) plano exclusivamente odontológico individual/familiar; e

---

<sup>30</sup> Dependendo do caso que esteja sob análise, as dimensões produto a seguir poderão ser desagregadas com base em uma ou mais dimensões citadas nos parágrafos anteriores, principalmente naquelas variáveis que possuem correspondência com a “dimensão renda do beneficiário (individual/familiar) ou do terceiro pagador (coletivo)”, por exemplo: a) reembolso total ou não; b) forma de pagamento dos prêmios – pré-pago ou pós-pago.

- iv) plano exclusivamente odontológico coletivo.

## II – Dimensão Produto no Setor de Serviços de Cuidado com a Saúde

O quadro II abaixo apresenta os principais grupos de serviços de cuidado com a saúde, ofertados pelo Grupo A e pelo Grupo / Empresa B, que apresentam uma possível integração vertical com os planos de saúde médicos individuais/familiar e coletivos ofertados pelos mesmos.

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

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

Deve-se destacar que foram relacionados, no quadro II, os grupos de serviços ofertados pelo Grupo A e B que podem apresentar, mas não necessariamente apresentam, uma concentração horizontal e/ou uma integração vertical com os planos médicos individual/familiar e coletivos. Tal fato ocorre porque a dimensão geográfica de tais planos e serviços podem não ser as mesmas.

Todavia, estas possíveis integrações verticais não precisam ser analisadas, caso a participação dos respectivos Grupos/Empresas seja baixa, nos mercados relevantes *downstream* (plano médico individual/familiar e/ou coletivo).

Os serviços de cuidado com a saúde podem ser divididos, inicialmente, em dois grandes grupos: a) serviços médico-hospitalares; e b) serviços de apoio à medicina diagnóstica<sup>31</sup>.

## II.1 – Serviço Médico-Hospitalar

Neste grupo, podem ser classificadas instituições, tais como: hospitais; centros médicos; laboratórios; clínicas (de ortopedia, de fisioterapia, odontológicas, dermatológicas, etc); entre outras.

Em geral, os **Centros Médicos** não possuem leitos destinados a internações. Estas instituições prestam, normalmente, serviços ambulatoriais e/ou de emergência e outros ligados ao apoio à medicina diagnóstica para seus usuários. As clínicas tendem a ofertar serviços ligados à determinada especialidade, por exemplo: clínicas que prestam serviços médicos ligados à ortopedia, normalmente, possuem um corpo médico especializado e serviços complementares, como os ligados à área de fisioterapia e medicina diagnóstica. Em determinados casos, as clínicas podem realizar também pequenos procedimentos cirúrgicos.

Assim, uma possível classificação para os serviços prestados por **Centros Médicos** pode ser:

- i) **Atendimento ambulatorial e/ou de Emergência** – são casos que, apesar de os pacientes necessitarem de tratamento médico, não há necessidade de internação dos mesmos; e

---

<sup>31</sup> Além dos serviços apresentados no quadro I, podem existir outros tipos de serviços, tais como: cirurgias, maternidade, banco de sangue, pronto-socorro (emergência), remoção de doentes, entre outros.

- ii) **As diversas dimensões produto dos Serviços de Apoio à Medicina Diagnóstica** prestadas por estas instituições. Tais dimensões serão tratadas na próxima seção.

Os hospitais diferem das demais instituições por possuírem um propósito mais amplo de atendimento aos pacientes e capitais humano (corpo técnico) e tecnológico (equipamentos/instrumentos/instalações), normalmente, mais especializados. Além de prestarem serviços ambulatoriais, essas instituições também prestam serviços de emergência (pronto-socorro), de apoio à medicina diagnóstica e de patologias que requeiram internação, ligadas ou não a procedimentos cirúrgicos.

Uma possível classificação para os hospitais pode ser:

- i) **hospital-geral** – presta serviços relativos a diversas áreas de especialização da medicina (*cluster market*<sup>32</sup>); podem também se destacar em determinada área devido ao seu corpo médico e/ou de sua tecnologia (procedimentos/equipamentos) utilizados na prestação do referido serviço. Nesta categoria, estão compreendidos também a prestação de serviços ambulatoriais e/ou de pronto-socorro (emergência)<sup>33</sup>;
- ii) **casos graves** (alta complexidade e/ou Unidade de Tratamento Intensivo - UTI) – são instituições que atendem pacientes que os demais hospitais não conseguem tratá-los, seja por carência de médicos, tecnologia e/ou instalações especializados;
- iii) **especializado** – são os casos de instituições que, em geral, prestam serviços médico-hospitalar em uma área da medicina, na qual possuem um *know-how* especializado (corpo médico, tecnologia e instalações), por exemplo: pediatria, ginecologia e obstetrícia, mastologia, geriatria e gerontologia, hepatologia, nefrologia, oftamologia, otorrinolaringologia, pneumologia, urologia, colo-proctologia, infectologia, oncologia, cardiologia, neurologia,

<sup>32</sup> Vide DUCLOS, M.T. e SALLLES, O., “*Estudo III.1 – Análise de Concentração Horizontal no Setor de Saúde Suplementar*”, IPEA/ANPEC, nov/2005; GAYNOR, M. and VOGT, W. B., “*Antitrust and Competition in Healthcare Markets*”, Handbook of Health Economics, Vol. 1, Elsevier Science B.V., 2000, p.1423.

<sup>33</sup> A *Diagnosis Related Group* - DRG pode ser uma classificação da dimensão produto alternativa à classificação de hospital-geral, quando houver necessidade de uma maior desagregação da dimensão produto. Esta classificação baseia-se em grupos de patologias e procedimentos, baseados em diagnósticos médicos. Vide DUCLOS (2005).

ortopedia, reumatologia, endocrinologia, gastroenterologia, dermatologia, tratamento de queimaduras severas, transplante de órgãos, psiquiatria, entre outros;

- iv) **atendimento ambulatorial e/ou de emergência** – são casos que, apesar de os pacientes necessitarem de tratamento médico, não há necessidade de internação dos mesmos; e
- v) **as diversas dimensões produto dos serviços de apoio à medicina diagnóstica** prestadas por estas instituições. Tais dimensões serão tratadas na próxima seção.

Como um hospital-geral pode prestar um ou mais serviços especializados, em determinados casos, pode-se desmembrar a dimensão produto para uma ou mais especialidade que esteja presente na operação ou em uma localidade analisada.

Existem outras dimensões que podem (devem) ser consideradas na determinação do mercado relevante de prestadores de serviço médico-hospitalar. Em particular, três delas são importantes: i) a dimensão **público x privado**; ii) a dimensão **atendimento ambulatorial x internação**; e iii) qualidade.

No primeiro caso, dimensão público x privado, deve-se ter em mente que, caso venham a ser prestadas por instituições privadas, a dinâmica de formação dos serviços médico-hospitalar, dos seus respectivos preços e do poder de barganha dessas instituições com um órgão público podem ser totalmente diferente daquelas dadas no relacionamento (na negociação) com as operadoras de planos de saúde e/ou pacientes particulares.

Em geral, seja por questões de política pública, de restrição orçamentária ou de restrições legais – por exemplo, regras de licitação –, ligadas a determinado órgão governamental, o escopo de serviços médico-hospitalares prestados para órgãos públicos pode não ser idêntico àqueles prestados para o setor privado, bem como sua dinâmica de precificação. Nestes casos, normalmente, há uma tabela de “preços de referência” ou de “teto de preço”, estabelecidas pelo órgão governamental. Ademais, o processo de concorrência é diferente daquele estabelecido no setor privado, uma vez



que, nas licitações públicas a concorrência é pelo certame (mercado) e não no mercado, com acontece normalmente no setor privado.

Assim, as classificações adotadas nessa seção, itens de (i) a (v), juntamente com as três outras dimensões, poderiam ser utilizadas inicialmente nas definições da dimensão produto no setor de serviços médico-hospitalar.

Quanto à segunda dimensão, atendimento ambulatorial x internação, é importante destacar uma possível não substituíbilidade entre os serviços prestados para pacientes internados e para aqueles outros que somente recebem o tratamento, mas não ficam internados na instituição.

Existem vários fatores que podem contribuir para esta situação. Dentre eles, pode-se citar<sup>34</sup>:

- a) a não existência de serviço 24 horas de enfermagem ou leitos para a permanência do paciente – este é o caso dos centros médicos;
- b) em geral, são os médicos que determinam se o paciente deve ser internado ou não;
- c) caso um paciente necessite ser internado, uma OPS não consegue substituir tais serviços por aqueles ambulatoriais;
- d) caso haja uma elevação de preço significativa, porém não transitória, dos serviços médico-hospitalares destinados a pacientes internados, uma OPS não consegue substituir, em sua carteira, estes pacientes (beneficiários) por outros que não requeiram internação.

Por último, cabe mencionar dois aspectos da dimensão produto neste setor:

- por um lado, como no caso de centros médicos, os hospitais podem prestar serviços de apoio à medicina diagnóstica também para **pacientes não internados**; desta forma, podem existir outras dimensões de produtos (serviços)

---

<sup>34</sup> Vide “*Initial Decision, Docket No. 9315*”, Federal Trade Comissiton, October 20, 2005, p. 29.

ligadas à prestação de serviços médico-hospitalares prestados por hospitais e/ou centros médicos; tais dimensões serão tratadas na próxima seção;

- por outro lado, a variável **qualidade** (corpo médico, procedimentos, equipamentos, instalações, entre outras) tende a diferenciar os serviços neste setor; assim, a observação de alguma forma de acreditação pode contribuir para uma melhor identificação da dimensão produto; neste sentido, existem algumas instituições que aplicam procedimentos que, em alguns casos, visam: i) a classificação desses prestadores de serviço médico-hospitalar em níveis<sup>35</sup>; e ii) em outros casos, a certificação junto àquela instituição acreditadora. Normalmente, a dimensão qualidade desses serviços tende a apresentar uma correspondência com um conjunto de preços desses serviços; assim, a qualidade poderia ser relacionada à variável **renda do paciente**; esta última variável pode ser (indiretamente), em alguns casos, determinante na competição, pelo consumidor, entre duas ou mais instituições que prestam serviços médico-hospitalares; de fato, como destacado na seção 3.1.1, esta pode ser outra dimensão do produto, pelo lado da demanda; assim, a combinação das variáveis qualidade (**acreditação**) e **preço** de alguns serviços básicos, tais como, diárias (de UTI e de tratamentos não intensivos), honorários de médicos e anestesista, entre outros, poderiam ser utilizadas como mais um fator na determinação da dimensão produto desse setor.

Com efeito, a formação dos preços dessas instituições, normalmente, é resultado da interação entre esses prestadores de serviço e as OPS, no mercado privado . Isto significa que algumas dessas instituições podem fazer parte da rede credenciada de determinadas OPS, mas estes prestadores podem não participar da rede credenciada de outras OPS. Ademais, uma parte significativa da receita dos prestadores de serviço médico-hospitalar provém dos contratos assinados com as OPS no mercado privado.

Mas este fato somente estabelece que o consumidor que contribui diretamente na formação de preços, neste setor, é a OPS e não o paciente e a OPS pode ou não demandar (credenciar) um conjunto desses serviços. Em grande medida, tal decisão

---

<sup>35</sup> Vide: Organização Nacional de Acreditação – ONA; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; Joint Commission Internacional – JCI.

dependerá das estratégias e/ou restrições dadas pela OPS: maximização de lucro, aumento de participação no mercado, nível de renda e quantidade de beneficiários de sua carteira, etc.

Assim, as classificações adotadas nesta seção, juntamente com as três outras dimensões, poderiam ser utilizadas inicialmente nas definições da dimensão produto neste setor.

## II.2 – Serviço de Apoio à Medicina Diagnóstica

Os serviços de apoio à medicina diagnóstica representam um gênero de exames que têm como objetivo final auxiliar o médico na formação do seu diagnóstico sobre determinada patologia e sua respectiva forma de tratamento. Apesar de o objetivo final ser o mesmo, qual seja, auxiliar o processo decisório do profissional da área médica, tal decisão pode ocorrer com base em patologias e segmentos da medicina diferentes, o que requer profissionais e equipamentos distintos, em diversos casos. Ademais, dadas a heterogeneidade e complexidade de cada patologia, normalmente, a substituição na prestação do serviço desses exames, utilizados para auxiliar a decisão médica sobre determinada patologia, não é possível.

Porém, em certos grupos de exames, pode-se utilizar o conceito de *cluster markets* para determinar agrupamentos de serviços que podem representar o “serviço relevante”, como em alguns casos dos serviços médico-hospitalares.

Segundo Ian Ayres<sup>36</sup>, bens podem ser classificados em *clusters somente* quando estes forem “complementares transacionais”<sup>37</sup>. Segundo o autor, tais bens possuem esta característica quando, na compra dos mesmos em uma única empresa, consegue-se reduzir significativamente o custo de transação do consumidor. Ou seja, a aquisição do primeiro bem – produto e/ou serviço –, em determinada empresa, a disponibilidade e/ou facilidade de compra dos demais bens nesse mesmo local e o alto custo que o consumidor incorrerá para transferir de local a aquisição dos demais bens – em

---

<sup>36</sup> Vide AYRES, Ian “*Rationalizing Antitrust Cluster Markets*”, The Yale Law Journal, Vol. 95, No. 1 (Nov., 1985), p. 109-125.

<sup>37</sup> Tradução livre do autor do presente trabalho.

determinados casos, esta transferência pode nem ser factível – tendem a engendrar incentivos para que este consumidor decida por adquiri-los no local de aquisição do primeiro bem<sup>38</sup>. Logo, como nos casos de bens que apresentam *switching costs*, nos mercados de bens complementares transacionais existe também uma estrutura de incentivos que pode engendrar um exercício de poder de monopólio para a empresa na qual a compra do primeiro bem é realizada.

Assim, apesar de, em alguns sub-grupos do setor de apoio à medicina diagnóstica, os diversos tipos de serviços prestados não serem estritamente substitutos, pelo lado da demanda, o exercício do poder de mercado pode existir para os demais serviços, casos eles possam ser classificados como “bens complementares transacionais”.

Com efeito, esta característica está presente em alguns casos na prestação de serviços médico-hospitalares para pacientes internados. Como, em geral, requer-se um conjunto de exames e/ou procedimentos médicos no tratamento de tais pacientes internados, o custo para o consumidor (paciente / terceiro pagador) pode ser proibitivo. Ademais, em muitos casos, a remoção e/ou transferência do paciente pode envolver um elevado risco para a sua saúde.

No setor de apoio à medicina diagnóstica, existem algumas áreas que tal conceito poderia ser aplicada. Este é o caso dos sub-grupos de exames contidos nos grupos Exames de Medicina Laboratorial e/ou Exames de Apoio a Outros Laboratórios. Todavia, o mesmo não é, normalmente, verdadeiro para os grupos Diagnósticos Por Imagem e Diagnósticos Por Métodos Gráficos, como será visto em seguida.

---

<sup>38</sup> De fato, esta definição de “bens complementares transacionais” encaixa-se em uma das tipologias de *switching costs* dadas por Kemplerer, “*Transactional Costs of Swtching Suppliers*”. Vide: KEMPLERER, Paul, “*Competition When Cosnumers Have Switching Costs: An Overview With Application to Industrial Organization, Macroeconomics and Internacional Trade*”, *Review of Economics Studies* (1995) 62, 515-539.

## II.2.1 – Exames de Medicina Laboratorial<sup>39</sup>

Neste primeiro grupo, os principais sub-grupos que podem ser enquadrados são: a) Análises Clínicas; b) Anatomia Patológica; e c) Citologia Oncótica/Citopatologia. Nestes casos, podem ser aplicados processos – por exemplo, bioquímica, sorologia e hematologia robotizadas – e metodologias – por exemplo, radioimunoensaio –, os quais auxiliam na realização dos referidos exames.

O grupo **Análises Clínicas** compreende uma diversidade de exames, com características técnicas (metodologias e/ou equipamentos) e utilizações finais (auxílio nos diagnósticos de patologias) distintas. Os principais tipos de exames, contidos neste sub-grupo são: bioquímica, hematologia, imunologia, biologia molecular, endocrinologia, citometria de fluxo, citogenética, virologia, microbiologia, parasitologia, espectrometria de massa, hemostasia/coagulação e toxicologia.

Estes exames são realizados em materiais biológicos colhidos do paciente, cujas principais finalidades são: investigação diagnóstica; controle evolutivo de doenças e avaliação do estado de saúde (exame de sangue, fezes, urina, entre outros).

Em geral, esses diferentes tipos de exames envolvem áreas distintas de conhecimento médico, de forma que são utilizadas metodologias individuais e, mesmo quando são utilizadas a mesma metodologia, torna-se imprescindível alguma adaptação, que as torna diferentes.

Portanto, é necessário que os profissionais envolvidos na realização dos exames de laboratório possuam um nível educacional médio com formação técnica em patologia clínica. Requer-se, também, um treinamento adequado (programa de educação continuada), tanto na área do conhecimento médico, como na evolução tecnológica que ocorre nas diversas áreas. Em geral, os reagentes são exclusivos para cada tipo de exame. A água e as centrífugas são de uso comum.

---

<sup>39</sup> As transcrições abaixo foram feitas com base em relatos de empresas participantes do setor de serviços de apoio à medicina diagnóstica. Vide tabelas 1, 2 e 3 no Anexo A.

---

Como as diferentes metodologias e processos utilizam diferentes equipamentos, qualquer alteração no rol de exames oferecidos deverá ser precedida de treinamento específico. O tempo e o custo necessários para viabilizar a alteração na instalação do laboratório para que este passe a realizar outros tipos de exames dependerá de quais tipos de novos exames serão ofertados, levando-se em consideração os investimentos necessários (equipamentos e pessoal), bem como os custos diretos e indiretos que serão suportados com os novos exames.

Segundo informações prestadas por alguns laboratórios, em diversos casos, o tempo de adaptação à nova estrutura de oferta pode chegar a seis meses e o custo envolvido pode não ser proibitivo<sup>40</sup>. Assim, ainda que a substituição desses exames seja muito difícil, pelo lado da demanda, há indícios de que os mesmos poderiam ser considerados substitutos, pelo lado da oferta.

Ademais, como os médicos solicitam, normalmente, um conjunto desses exames que compõem o sub-grupo “Análises Clínicas”, o custo transacional para o consumidor, relativo à realização desses serviços, pode ser significativamente reduzido à medida que tais exames sejam feitos no mesmo local. Assim, com base na dinâmica de solicitação e realização desses exames, o conceito de *cluster market* indica que tais serviços podem ser agrupados também no cluster “Análises Clínicas”.

Os exames de **Anatomia Patológica** e **Citologia Oncótica/Citopatologia** são aqueles realizados em amostras de tecidos de seres humanos, colhidos por ato médico (cirurgias, biópsias, curetagem, etc), com a finalidade de diagnósticos de alterações estruturais dos tecidos, características de doenças, entre outros.

Entre esses dois exames, a diferença reside na amostra retirada: na Citologia, são coletadas células do órgão a ser estudado, em um processo mais simples, mais preventivo; na Anatomia Patológica, trabalha-se com uma amostra da doença ou do problema já instaurado, retirada através de procedimento cirúrgico.

---

<sup>40</sup> Com base em opiniões dos prestadores do serviço. Algumas delas indicaram a existência de escala mínima viável, 30.000 exames/mês; em outras, tal escala não foi confirmada.

Nessas amostras é realizada a análise física, que depende majoritariamente do técnico que faz a observação da mesma e que avaliará aspectos tais como cor e densidade. A análise química é muito pouco complexa, não sendo utilizado nenhum equipamento na sua realização.

Desta forma, é costume, na realização de tais exames, que a retirada das amostras não seja feita dentro do laboratório, bastando a sua remessa pelo médico solicitante, que é quem faz a sua retirada.

Um determinado representante de um grupo econômico que detém laboratórios, informou em sua resposta<sup>41</sup> que os preços dos exames de tais sub-grupos “... atendem a uma mesma faixa de preços.” Com o objetivo de verificar se a realidade de mercado validava tal opinião, verificou-se junto à Associação Médica Brasileira (AMB) e junto a participantes deste mercado a amplitude e o desvio padrão dos preços cobrados na prestação dos serviços de análises clínicas, anatomia patológica e citologia oncológica/citopatologia.

Com base na valoração dos portes dos procedimentos médicos e da unidade de custo operacional (UCO), comunicada, pela Comissão Nacional de Honorários Médicos, através da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), e divulgada pela Associação Médica Brasileira (AMB) em setembro de 2005, a amplitude (a) dos valores máximos e mínimos cobrados entre o porte de procedimentos médicos<sup>42</sup> 1A e 14C é:

$$a = R\$ 14C - R\$ 1A$$

$$a = R\$ 2.100,00 - R\$ 8,00$$

$$\mathbf{a = R\$ 2.092,00}$$

Em termos relativos, o valor cobrado pelo procedimento 14C é **262,5 vezes** superior àquele do procedimento 1A. Uma UCO é igual a R\$ 11,50, de acordo com esta valoração. Ademais, admite-se uma **banda** de até **20%**, para mais ou para menos, nos valores cobrados.

<sup>41</sup> Vide resposta ao ofício 08500/2007/RJ – AC 08012.002606/2007-37.

<sup>42</sup> Conforme estabelecido pela CBHPM.

Todavia, esta amplitude de procedimentos pode englobar um conjunto de prestações de serviços significativamente maior do que aqueles relativos aos exames de medicina laboratorial, anatomia patológica e citologia oncológica, apesar de, no capítulo 2 – Procedimentos Clínicos deste documento, ser verificada a mesma amplitude. De fato, o Laboratório DASA informou que existem grandes diferenças de preço entre um exame e outro. Conforme relatado, “no grupo de exames “análises clínicas”, existem exames que custam R\$ 2,40 até R\$ 950,00 por exame...”<sup>43</sup>. Ou seja, uma amplitude relativa de **395,8 vezes**.

No intuito de verificar esta amplitude e desvio padrão somente para estes segmentos, foram solicitadas, a alguns laboratórios, informações relativas aos preços médios cobrados tanto ao paciente particular como à operadora de plano de saúde no ano de 2006. Nestes casos, a amplitude relativa máxima entre esses três tipos de exames, em relação aos preços médios cobrados para OPS, pode chegar a **3 vezes** aproximadamente. Entre as metodologias aplicadas em análises clínicas, anatomia patológica e citologia oncológica, esta estatística pode alcançar aproximadamente **39,8 vezes**<sup>44</sup>.

Evidentemente, estas são apenas algumas observações que não necessariamente refletem um comportamento médio de determinado universo ou de uma amostra representativa do mesmo. Porém, seja com base nos valores apresentados na CBHPM ou naqueles pesquisados na presente análise, observa-se um indício de que estes segmentos possuem preços diferenciados<sup>45</sup>.

Porém, ainda que existam preços “relativamente próximos”, tal fato não é uma condição suficiente para a determinação de produtos substitutos. Algum arcabouço teórico como, por exemplo, a estimação de elasticidade, própria e cruzada, poderia ser utilizada no arcabouço teórico de tal argumentação, e não “testes *ad-hoc*”, tais como aquele comentado acima.

---

<sup>43</sup> Em resposta ao ofício 09051/2007/RJ – AC 08012.002606/2007-37.

<sup>44</sup> Em resposta ao ofício 09057/2007/RJ – AC 08012.002606/2007-37. Esta amplitude refere-se ao quociente entre os preços cobrados nos procedimentos de hematologia robotizada e radioimunoensaio.

<sup>45</sup> Para corroborar a hipótese de que tais preços são diferenciados, há que se realizar pesquisas mais amplas com diversas instituições em relação a estes mercados.



Como as formas de prestação de serviço de Anatomia Patológica e Citologia Oncótica/Citopatologia não se confundem com aquelas relativas à Análises Clínicas, pois requerem procedimentos e profissionais (médicos) distintos, sua separação pelo lado da oferta faz mais sentido. Todavia, com base na dinâmica de solicitação e realização desses exames, o conceito de *cluster market* indica que tais serviços podem ser agrupados nos *clusters*: i) Análises Clínicas; ii) Anatomia Patológica; e iii) Citologia Oncótica/Citopatologia. Dado que seus processos de realização são semelhantes, os dois últimos tipos de exames podem ser reunidos no serviço relevante “**Anatomia Patológica + Citopatologia**”.

### **II.2.2 – Exames de Apoio a Outros Laboratórios**

O grupo de Exames de Apoio a Outros Laboratórios compreende a mesma gama de exames, e com características semelhantes, daqueles contidos em Análises Clínicas, Anatomia Patológica e Citopatologia. A diferença reside no fato de que tais exames, neste caso, são realizados para outros laboratórios, de hospitais ou não, efetuando-se contra-provas e novas verificações em exames processados nessas entidades.

Desta forma, sob o ponto de vista de sua dimensão produto, este grupo pode conter os mesmos sub-grupos detidos pelos Exames de Medicina Laboratorial, quais sejam: a) Análises Clínicas; e b) Anatomia Patológica + Citopatologia. A diferença reside na sua dimensão geográfica, como será explicitada na seção “Dimensão Geográfica”.

### **II.2.3 – Diagnósticos Por Imagem**

Como no caso dos exames de medicina laboratorial e/ou de apoio a outros laboratórios, os exames de diagnóstico por imagem têm como finalidade apoiar a decisão médica quanto ao diagnóstico clínico de determinado paciente.

Neste grupo, enquadram-se diversos tipos de exames. Os principais são: raio X, ultrassonografia (USG), mamografia, densiometria óssea, vulvoscopia, colposcopia, ecocardiograma, endoscopia, holter, tomografia computadorizada, ressonância nuclear

magnética, doppler, histeroscopia, colonoscopia, retossigmoidoscopia, sistema de monitoração contínua de glicose (CGMS - *Continuous Monitoring Glucose System*), entre outros<sup>46</sup>.

Todavia, aqui também cabe a mesma observação feita anteriormente: apesar de o objetivo final ser o mesmo, qual seja, auxiliar o processo decisório do profissional da área médica, tal decisão pode ocorrer com base em patologias e áreas de especialização da medicina diferentes, o que requer profissionais e equipamentos distintos, em diversos casos.

Essas duas últimas variáveis (ou fatores produtivos), mão-de-obra e capital, participam da composição do “estado da arte” da tecnologia – conjunto de ativos tangíveis e/ou intangíveis – empregado em determinado processo produtivo de um ou mais bens ofertados em determinado mercado em dado período de tempo. Como, normalmente, há pouca flexibilização desses fatores produtivos no segmento de diagnósticos por imagem e/ou por métodos gráficos, esta situação apresenta fortes indícios de que a definição de mercado relevante nestes segmentos, com base na substituição pelo lado da oferta, pode ser equivocada, não servindo seja ao seu objetivo principal (teórico), seja à ordenação legal existente atualmente.

Com efeito, o Guia para Análise Econômica de Atos de Concentração estabelece em seu parágrafo 33, *in verbis*:

*“Em casos específicos poderão ser considerados como participantes de mercado os produtores potenciais de curto prazo, isto é, empresas que não produzem atualmente, mas que podem passar a produzir em resposta a um “pequeno porém significativo e não transitório aumento” dos preços, em um período não superior a um ano e sem a necessidade de incorrer em custos significativos de entrada ou de saída.”*

---

<sup>46</sup> Optou-se por não definir cada um desses exames. Estas definições podem ser encontradas no site [http://pt.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico\\_por\\_imagem](http://pt.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico_por_imagem).

Tais “produtores potencias” são aqueles que possuem uma condição necessária, qual seja deter ativos capazes de serem flexibilizados para a ampliação do escopo dos bens ofertados pelos mesmos, *i.e.*, entrar em novos mercados, sem grandes custos e no curto prazo de tempo.

Este entendimento está também retratado no voto do Conselheiro-Relator, Luis Fernando Schuartz, no julgamento do Ato de Concentração 0812.006008/2005-75, de interesse das empresas Diagnósticos da América S. A. e Laboratório Frichmann Aisengart S.A.. Nele, o Conselheiro destaca, *in verbis*:

*“Conceitualmente, meu entendimento é que, em regra, a perspectiva adequada para definir-se o mercado relevante em um caso concreto é a perspectiva da demanda, valendo a constatação da **elevada flexibilidade dos ativos** ou “substituibilidade pelo lado da oferta” como argumento para a identificação dos agentes participantes do mercado relevante anteriormente – em tempo lógico – definido.”* (grifo nosso)

Além da necessidade de haver “elevada flexibilidade dos ativos”, o Conselheiro-Relator destaca também que, neste setor, pode existir um problema relativo à *ausência de incentivos econômicos suficientes* para tornar racional a decisão de entrar. Segundo o Conselheiro, a explicação pode ser derivada da dinâmica competitiva existente neste setor<sup>47</sup>, *in verbis*:

*“... A explicação para isso residiria na política de preços adotada pelos maiores demandantes desse serviço, vale dizer, os operadores de planos de saúde que, dado o seu **poder de barganha**, “imporiam” aos laboratórios condições (e margens de lucro) insatisfatórias.*

*... Parece bem plausível, assim, imaginar-se a postura negocial dos demandantes, no que toca aos preços que estão dispostos a pagar aos laboratórios, como o principal fator a dificultar a entrada no mercado de AC...”* (grifo nosso)

<sup>47</sup> Conforme destacado nos dois últimos parágrafos da seção II.1.

Com o objetivo de buscar subsídios na experiência de mercado sobre este tema, no segmento de diagnósticos por imagem e/ou por métodos gráficos, foram formuladas algumas questões relativas à flexibilidade de utilização desses fatores produtivos pelos laboratórios na prestação de diferentes tipos de exames.

Em suas respostas, os diversos laboratórios, que prestam serviço neste grupo, indicaram que os exames de imagem são realizados, normalmente, de modo individualizado por equipamento e por um ou mais profissional da saúde e sempre o relatório final será realizado por um médico especializado na respectiva modalidade diagnóstica. Em algumas situações, o médico se envolverá diretamente na realização do procedimento, citando como exemplo a ultrassonografia, ou na sua supervisão, por exemplo, a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética.

Ademais, dadas a heterogeneidade e complexidade de cada patologia, normalmente, a substituição na prestação do serviço desses exames, utilizados para auxiliar a decisão médica sobre determinada patologia, não é possível.

A fim de verificar o **hábito prescritivo do médico** na solicitação de tais exames, foram feitas algumas perguntas sobre este tema para diversos laboratórios e hospitais. A maioria das respostas aponta para a solicitação de modo individualizado. Todavia, diversos laboratórios informaram que os exames de raio X, ultrassonografia, mamografia e densitometria óssea são solicitados, em alguns casos, de forma conjunta. Assim, mesmo tendo preços e/ou finalidades distintas, tais exames poderiam ser agrupados em um único *cluster* “raio X + ultrassonografia + mamografia + densitometria óssea”, caso tais solicitações sejam representativas em relação ao seu total em determinado mercado relevante e período de tempo.

Assim, as considerações sobre a “elevada flexibilidade dos ativos”, o “poder de barganha das operadoras de planos de saúde” e a “experiência de mercado” devem permear as considerações iniciais na busca da definição do mercado relevante pelo lado da oferta. No setor de diagnósticos por imagem e/ou por métodos gráficos, tais considerações tendem a indicar que esta definição pode ser equivocada.

Como nos casos de exames laboratoriais, testes *ad-hoc* de amplitude e de desvio padrão dos preços, cobrados na prestação dos exames de diagnósticos por imagem, não são condições suficientes para agrupar estes serviços em um determinado conjunto.

Porém, com o objetivo de verificar se, pelo menos, tais serviços podem apresentar preços relativamente próximos, foi consultada a amplitude relativa máxima entre os procedimentos médicos, dada pela CBHPM, no capítulo 4 referente à “Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos”. Da mesma forma, foi realizado um conjunto de perguntas, semelhantes aos casos de exames laboratoriais, a alguns laboratórios que prestam exames de diagnóstico por imagem.

No caso dos procedimentos médicos precificados pela AMB, a amplitude máxima relativa é de **32,5 vezes** (com base no quociente entre os portes 7B e 1A). Com o intuito de verificar esta amplitude, somente para os exames deste segmento, também foram solicitadas, a alguns laboratórios, informações relativas aos preços médios cobrados tanto ao paciente particular como à operadora de plano de saúde no ano de 2006. Apesar de terem apresentados dados para poucos tipos de exames, nestes casos, a amplitude relativa máxima entre alguns desses exames, com base nos preços médios cobrados para as OPS, chegou a **4 vezes** aproximadamente<sup>48</sup>.

Da mesma forma que anteriormente, estas observações podem não refletir um comportamento médio. Porém, seja com base nos valores apresentados na CBHPM ou naqueles pesquisados na presente análise, observa-se um indício de que estes segmentos possuem preços diferenciados<sup>49</sup>.

Assim, seja por questões ligadas à substituição pelo lado da demanda ou pelo lado da oferta, a reunião desses tipos de exames em alguns sub-conjuntos não apresenta uma base teórica sustentável. Soma-se isto, o fato de que, neste segmento, o conceito de *cluster market* pode não ser aplicável para todo os exames deste subgrupo. Uma possível explicação reside na observação de algumas respostas de laboratórios que,

---

<sup>48</sup> Em resposta ao ofício 09051/2007/RJ – AC 08012.002606/2007-37.

<sup>49</sup> Para corroborar a hipótese de que tais preços são diferenciados, há que se realizar pesquisas mais amplas com diversas instituições em relação a estes mercados.

quando perguntados, qual seria a forma que, normalmente, o médico (o consumidor de fato) solicita os respectivos exames, estas empresas indicaram que estes profissionais normalmente tendem a solicitá-los de forma individualizada. As exceções seriam os tipos de exames raio X, ultrassonografia, mamografia e densiometria óssea que podem, em alguns casos, ser solicitados conjuntamente por esses profissionais, conforme destacado acima.

Portanto, a alternativa mais conservadora é adotar o teste do monopolista hipotético, com base no **Guia Para Análise Econômica de Atos de Concentração Horizontal** – Portaria Conjunta SEAE/SDE n° 50/2001, definindo o mercado relevante mais restrito, isto é, para cada exame envolvido na operação que apresente sobreposição horizontal, exceto para o *cluster* “raio X + ultrassonografia + mamografia + densiometria óssea” em casos específicos.

#### II.2.4 – Diagnósticos Por Métodos Gráficos

Os exames contidos nesta classificação possuem o mesmo objetivo geral dos exames de diagnósticos por imagem, qual seja, apoiar a decisão médica quanto ao diagnóstico clínico de determinado paciente.

Neste grupo, enquadram-se diversos tipos de exames. Os principais são: eletroencefalograma, eletrocardiograma (exame de eletrocardiograma – ECG), teste ergométrico, Monitoração Ambulatória de Pressão Arterial (MAPA), entre outros<sup>50</sup>.

A mesma observação pode ser feita também aqui: apesar de o objetivo final ser o mesmo, qual seja, auxiliar o processo decisório do profissional da área médica, tal decisão pode ocorrer com base em patologias e áreas de especialização da medicina diferentes, o que requer profissionais e equipamentos distintos, em diversos casos.

Como no caso dos exames de diagnóstico por imagem, seja pelo lado da demanda, seja pelo lado da oferta ou com base na teoria de *cluster market*, o agrupamento desses exames em subconjuntos carece de uma melhor fundamentação teórica.

---

<sup>50</sup> Optou-se por não definir cada um desses exames. Estas definições podem ser encontradas no site [http://pt.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico\\_por\\_imagem](http://pt.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico_por_imagem).

Assim, adotar-se-á a mesma metodologia de definição de mercado relevante no segmento de exames de diagnóstico por imagem, qual seja: o teste do monopolista hipotético, com base no **Guia Para Análise Econômica de Atos de Concentração Horizontal** – Portaria Conjunta SEAE/SDE nº 50/2001, definindo o mercado relevante mais restrito, isto é, para cada exame envolvido na operação que apresente sobreposição horizontal.

## **II.2.5 – Conclusão**

A dimensão produto no setor de serviços de apoio à medicina diagnóstica é diversificada. Com base no exposto acima, observa-se que existem, pelo menos os seguintes produtos relevantes neste setor:

### **a) Serviço Médico-Hospitalar<sup>51</sup>**

#### **a.1) Centro Médico**

- a.1.1) Ambulatório/Emergência;
- a.1.2) Exames de Medicina Laboratorial (conforme seções 3.2.2.1 e 3.2.2.2);
- a.1.3) Diagnósticos Por Imagem (conforme seção 3.2.2.3) e
- a.1.4) Diagnósticos Por Métodos Gráficos;

#### **a.2) Hospitais**

##### **a.2.1) Hospital-Geral**

##### **a.2.2) Casos Graves;**

##### **a.2.3) Especializado;**

- a.2.4) Ambulatório/Emergência;
- a.2.5) Exames de Medicina Laboratorial (conforme seções 3.2.2.1 e 3.2.2.2);
- a.2.6) Diagnósticos Por Imagem (conforme seção 3.2.2.3) e
- a.2.7) Diagnósticos Por Métodos Gráficos;

### **b) Serviço de Apoio à Medicina Diagnóstica**

#### **b.1) Exames de Medicina Laboratorial**

##### **b.1.1) Análises Clínicas; e**

---

<sup>51</sup> As desagregações de a.1.1 até a.1.4 e de a.2.4 até a.2.7 devem ser utilizadas nos casos de concentrações de hospitais, centros médicos e/ou laboratórios, somente para pacientes que não são internados e quando, normalmente, na(s) localidade(s) afetada(s) pela operação, a prestação desses serviços, pelos demais agentes de mercado, laboratórios e centros médicos, não for suficiente para atender à demanda.

- b.1.2) Anatomia Patológica + Citopatologia;**
- b.2) Exames de Apoio a Outros Laboratórios**
  - b.2.1) Análises Clínicas; e**
  - b.2.2) Anatomia Patológica + Citopatologia;**
- b.3) Exames de Diagnósticos Por Imagem (por tipo de exame<sup>52</sup>); e**
- b.4) Exames de Diagnósticos Por Métodos Gráficos (por tipo de exame)**

Ademais, conforme observação feita na seção 3.2.1, quando for o caso, deve-se separar, inicialmente, os mercados relevantes de serviços médico-hospitalar e de apoio à medicina diagnóstica entre mercado público e mercado privado.

A seguir, será definida a dimensão geográfica dos produtos ofertados nos setores de planos médicos individual/familiar; planos médicos coletivos e serviços de cuidado com a saúde.

### **III – Dimensão Geográfica**

#### **III.1 – Plano Médico Individual/Familiar e/ou Coletivo**

Definido(s) o(s) produto(s) relevante(s) na etapa anterior, a análise da dimensão geográfica procura determinar o menor conjunto de áreas (regiões), nas quais o suposto monopolista hipotético poderá impor um pequeno, porém significativo e não transitório aumento de preço de seu(s) produto(s) sem que seja possível para o consumidor desviar uma parcela significativa de sua demanda para produtos provenientes de outras regiões.

No exame da possibilidade do desvio de demanda, pelo consumidor, para outras áreas são considerados diversos fatores pelo **Guia Para Análise Econômica de Atos de Concentração Horizontal** – Portaria Conjunta SEAE/SDE n° 50/2001. Em particular, estão o tempo e custos envolvidos na decisão de consumir ou produzir produtos idênticos ou substitutos de outras áreas.

---

<sup>52</sup> Exceto para o cluster “raio X + ultrassonografia + mamografia + densiometria óssea” em casos específicos.



No caso do setor de saúde suplementar, os diversos tipos de “produtos” – planos de saúde – ofertados pelas operadoras têm como objeto, em grande parte, a prestação de serviços de saúde por diversos agentes econômicos – verticalizados ou não – que são credenciados pelas operadoras.

Assim, na análise do desvio de demanda de planos de saúde, deve-se ter em mente as áreas geográficas onde são prestados (ofertados) os serviços de saúde e até onde estes desvios podem ocorrer<sup>53</sup>. Desta forma, **Proposição 1**, a localização dos pontos de venda dos produtos (contratos) de planos de saúde, em uma determinada área de cobertura do plano de saúde, torna-se secundária no processo de escolha do consumidor, uma vez que a existência desses pontos em determinada localidade não é uma condição necessária ou suficiente para a determinação até onde o beneficiário está disposto a se deslocar para demandar os serviços prestados pela rede credenciada. Por outro lado, **Proposição 2**, a localização da rede credenciada de prestadores de serviço de saúde, em uma determinada área de cobertura do plano de saúde, é uma condição necessária para que a operadora possa ofertar um determinado tipo de plano de saúde.

A fim de demonstrar as proposições 1 e 2, considere as seguintes definições:

- a) A e B – áreas geográfica de abrangência do plano de saúde, por exemplo municípios;
- b)  $r_{j,i}$  – distância percorrida pelo j-ésimo consumidor representativo para utilização do i-ésimo plano de saúde, isto é, até o seu prestador de serviço;
- c)  $r_j^*$  - propensão de deslocamento (raio médio) que, normalmente, o j-ésimo consumidor representativo deseja percorrer para utilizar o plano, ou seja, até o prestador de serviço;
- d)  $c_j$  – ponto central do raio de deslocamento do j-ésimo consumidor representativo, onde  $j = 1$  e  $2$ ;
- e)  $x_i$  – plano de saúde da i-ésima operadora, tal que  $i = 1, 2, 3$  e  $4$ ;
- f)  $d_{j,i}$  - distância percorrida pelo j-ésimo consumidor representativo para comprar o i-ésimo plano de saúde, isto é, até o seu ponto de venda;

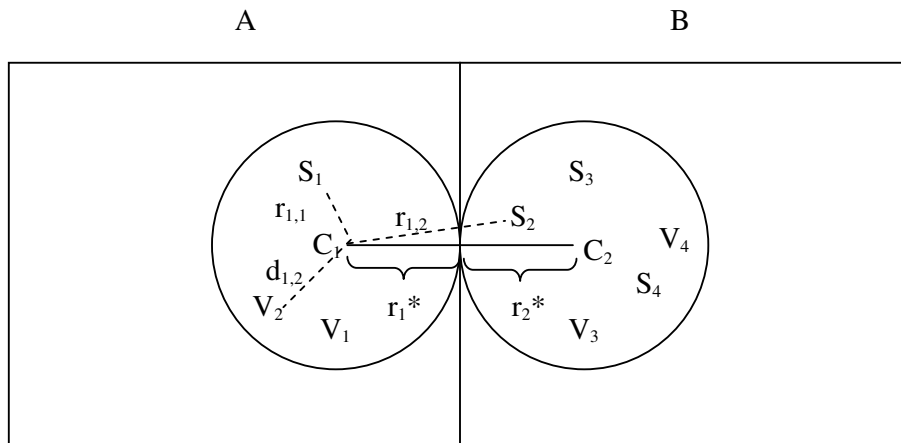
<sup>53</sup> Vide tabelas 1, 2 e 3 do Anexo A.

- g)  $d_j^*$  - propensão de deslocamento (raio médio) que, normalmente, o  $j$ -ésimo consumidor representativo deseja percorrer para comprar o plano, ou seja, até o ponto de venda;
- h)  $s_i$  – rede credenciada da  $i$ -ésima operadora;
- i)  $p_i$  – prêmio do plano de saúde ofertado pela  $i$ -ésima operadora;
- j)  $v_i$  – ponto de venda da  $i$ -ésima operadora.

Sem perda de generalidade, suponha que: a) os serviços prestados pelas redes credenciadas das operadoras sejam classificados como “próximos substitutos” pelo consumidor representativo, e que os preços dos respectivos planos de saúde sejam relativamente próximos localmente; b) a operadora 1 produziu um “pequeno porém significativo e não transitório” aumento do prêmio (preço) do seu plano de saúde; e c)  $d_{j,i} \leq d_j^*$ , para todo  $i = 1$  e  $2$ ;  $j = 1, 2, 3$  e  $4$ . Assim:

- a) Prova de que a localização do ponto de venda não é condição suficiente

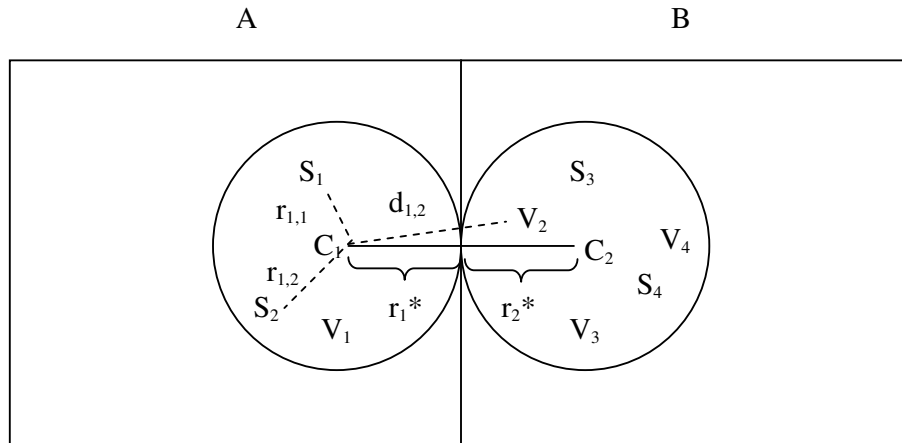
**figura 1**



Neste caso, a operadora 1 pode considerar o aumento do prêmio do seu plano ( $p_1$ ) rentável, uma vez que, apesar de existir um ponto de venda da operadora 2, dentro do raio médio de deslocamento para utilização do serviço,  $d_{1,2} < r_1^*$ , o consumidor 1 não demandará o plano de saúde 2 ( $x_2$ ) ou qualquer outro, pois os respectivos prestadores de serviço estão localizados a uma distância superior àquela definida pelo consumidor 1, ou seja,  $r_{1,i} > r_1^*$ , para  $i = 2, 3$  e  $4$ .

b) Prova de que a localização do ponto de venda não é condição necessária

**figura 2**



Apesar de existir um ponto de venda da operadora 2 fora do raio médio de deslocamento para utilização do serviço,  $d_{1,2} > r_{1,*}$ , a operadora 1 **não** pode considerar o aumento do prêmio do seu plano ( $p_1$ ) rentável, uma vez que, existe uma rede prestadora de serviço da operadora 2 dentro do raio médio de deslocamento do consumidor 1,  $r_{1,2} < r_{1,*}$ .

Portanto, este consumidor poderá demandar o plano de saúde 2 ( $x_2$ ) e, segundo o teste do monopolista hipotético, deve-se acrescentá-lo à definição original de mercado relevante. Porém, o consumidor 1 não demandará qualquer outro plano de saúde, pois os respectivos prestadores de serviço estão localizados a uma distância superior àquela por ele definida, ou seja,  $r_{1,i} > r_{1,*}$ , para  $i = 3$  e  $4$ .

c) Prova de que a localização da rede prestadora é condição necessária

A partir das situações representadas nas figuras 1 e 2, percebe-se que a operadora 1 poderá considerar o aumento do prêmio do seu plano ( $p_1$ ) rentável **somente se**  $r_{1,i} > r_{1,*}$ , para  $i = 2, 3$  e  $4$ . Portanto, percebe-se que a localização da rede prestadora de serviços, presente na dimensão produto, contribui na definição de sua dimensão geográfica.

Como observado anteriormente, a localização geográfica da rede prestadora também pode refletir-se nos prêmios dos contratos de planos de saúde, o que contribui para a idéia de que a competição entre as operadoras ocorre no nível local.

A propensão de deslocamento médio ( $r_j^*$ ) que o consumidor está disposto a percorrer é função de diversas variáveis. Segundo informações levantadas em reuniões com a ANS, os agentes econômicos prestadores dos serviços de saúde podem ser divididos em dois grandes grupos:

- i) agentes que prestam serviços de alta complexidade – normalmente hospitalares;
- ii) demais agentes – compreendem: médicos, clínicas, laboratórios, dentre outros, que realizam exames clínicos, laboratoriais, consultas médicas, etc.

Em que medida há (ou não), no processo de escolha de um plano de saúde, uma hierarquização entre esses dois grupos vai depender das preferências e necessidades dos consumidores. Esta última também está relacionada ao tempo e urgência que são considerados pelo consumidor – e, principalmente, pela “boa prática médica” – caso um determinado sinistro aconteça.

Em geral, tempo e urgência são importantes, principalmente, quando se trata de atendimentos relacionados a serviços de saúde de alta complexidade. Portanto, é plausível supor que os indivíduos tendam a privilegiar instituições que prestem estes tipos de serviços e que estejam localizadas mais próximas, ou dentro de determinado raio, de suas residências ou dos seus locais de trabalho. De forma semelhante, os indivíduos acabam escolhendo os demais agentes que estejam relativamente próximos de suas residências ou dos seus locais de trabalho.

Segundo informações prestadas por algumas operadoras<sup>54</sup>, a renda do consumidor pode interferir nas decisões de até onde o mesmo estaria disposto a se deslocar para demandar determinado serviço. Assim, indivíduos com maior poder aquisitivo são mais propensos a demandar serviços com um grau de especialização maior, o que poderia engendrar um deslocamento maior. Por outro lado, aqueles com menor poder aquisitivo

---

<sup>54</sup> Vide, por exemplo, ofícios SEAE/7177/2007/RJ e SEAE/7463/2007/RJ – AC 08012.009994/2006-04.

tendem a demandar os serviços de cuidado com a saúde, localizados mais próximos às suas residências ou locais de trabalho.

Todavia, deve-se observar que, em regiões com menor poder aquisitivo e de baixa densidade demográfica, há uma tendência de existir uma menor oferta de serviços de saúde, seja de alta complexidade ou não. Assim, nestas regiões o “raio de atuação” dessas instituições tende a ser superior aos de instituições localizadas em regiões com maiores poder aquisitivo e densidade demográfica.

Logo, a análise da dimensão geográfica deve focar os fatores que afetam as decisões de escolha dos consumidores em relação, principalmente, a esses quatro conjuntos de variáveis: i) instituições que prestam serviços de alta complexidade; ii) demais instituições; iii) tempo; e iv) urgência. Ademais, o poder aquisitivo e a densidade demográfica tendem a interferir na determinação do “raio de atuação” das instituições prestadoras de serviços de saúde.

Segundo informações prestadas pelas por diversas instituições, em geral, o beneficiário está disposto a se deslocar, levando em consideração as variáveis acima, de 30 a 40 minutos<sup>55</sup>. Isto significa um deslocamento de, aproximadamente, 20 a 30 km. Portanto, em tese, a dimensão geográfica pode ser inferior à área municipal em determinados casos, quando leva-se em consideração o tempo e a distância de deslocamento por parte do consumidor informados por estas empresas. Todavia, deve-se destacar que, em determinados casos, principalmente dependendo da densidade demográfica e renda per capita, tal definição poderá ser superior à localidade municipal<sup>56</sup>.

### **III.2 – Dimensão Geográfica no Setor de Serviços de Cuidado com a Saúde**

Como explicitada na seção 3.3.1, a dimensão geográfica de planos de saúde pode (deve) ser definida a partir da dimensão geográfica de seus prestadores de serviços. Assim, a tarefa de definição desta dimensão para o setor de serviços de cuidado com a saúde está contida na referida seção.

---

<sup>55</sup> Vide, por exemplo, ofício 08802/2007/RJ – AC 08012.009994/2006-04. .

<sup>56</sup> O menor nível de desagregação da área geográfica de cobertura, permitida pela ANS, é o município.

Tendo o objetivo de acrescentar outras informações sobre este tema, e tentando não ser redundante, esta seção terá o objetivo de tecer alguns comentários sobre a determinação da dimensão geográfica, com base nos seguintes aspectos: i) teóricos; e ii) experiência de mercado no Brasil, bem como nos Estados Unidos da América – EUA.

Ainda que, na seção anterior, verificou-se uma dimensão produto diferente para estes serviços, a dimensão geográfica, aqui comentada, não fará esta distinção, uma vez que, o objetivo principal será explicitar algumas variáveis que podem afetar o comportamento do consumidor de até onde o mesmo está disposto a se deslocar para demandar tais serviços. Ademais, nos serviços médico-hospitalar podem estar compreendidos, em determinados casos, os serviços relativos ao apoio à medicina diagnóstica. Assim, não será objeto deste trabalho uma estimação de tais variáveis para cada grupo de serviços. Por outro lado, as opiniões dos agentes econômicos destes mercados, no Brasil e daquelas verificadas nos casos analisados nos EUA, poderão contribuir para um melhor entendimento de tais dimensões.

### **III.2.1 – Aspectos Teóricos**

Existem algumas metodologias na literatura econômica, direcionadas para o setor de saúde suplementar, que sugerem alguns métodos de determinação da dimensão geográfica no setor de hospitais<sup>57</sup>:

#### **Teste Elzinga- Hogarty (E-H)**

O primeiro refere-se ao *Teste Elzinga-Hogarty* (E-H). Este teste possui a premissa de que o fluxo de pacientes, em determinada instituição, é uma variável determinante na formação dos preços dos serviços médico-hospitalares prestados por estas instituições. Na utilização deste teste, são empregadas, basicamente, duas variáveis: LIFO (*Little In From Outside*) e LOFI (*Little Out From Inside*).

---

<sup>57</sup> Estas metodologias não serão objetos de profundo detalhamento, pois tal exercício já foi realizado em outros trabalhos. Para uma consulta mais aprofundada sobre as mesmas e outras referências bibliográficas sobre este assunto, vide DUCLOS, M.T. e SALLLES, O., “*Estudo III.1 – Análise de Concentração Horizontal no Setor de Saúde Suplementar*”, IPEA/ANPEC, nov/2005.

Segundo DUCLOS (2005), a variável LIFO procura capturar o movimento de um paciente que reside dentro dos limites do mercado geográfico provisional para uma instalação fora daquela área em busca de serviços de hospital. Este movimento é considerado uma importação destes serviços para dentro daquele mercado geográfico.

A variável LOFI captura o movimento de um paciente que reside fora do mercado geográfico provisional para uma instalação dentro do mercado geográfico provisional em busca de serviços de hospital. Este movimento é considerado uma exportação destes serviços para fora do mercado geográfico.

Assim, a observação de um fluxo baixo de pacientes entrando ou saindo de uma mesma localidade perto dos prestadores de serviço médico-hospitalar, envolvidos em um ato de concentração, pode ser considerada como uma indicação de que a possibilidade (probabilidade) de substituição entre estes serviços e outros, provenientes de outras localidades, é pequena.

DUCLOS (2005) conclui que este teste não deve ser utilizado isoladamente, mas em conjunto com outras “ferramentas” e esclarece que o nível de agregação da dimensão do serviço relevante pode conduzir a distintas dimensões geográficas.

Este teste 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. Segundo esta literatura, o processo de concorrência neste setor ocorre em quatro estágios e a variável “preço” não é afetada significativamente na interação entre o prestador de serviço e o paciente<sup>58</sup>.

No primeiro estágio, os prestadores de serviços médico-hospitalares interagem com as OPS sendo que, deste processo, resultam os preços de equilíbrios desses serviços. No segundo, as OPS concorrem pelo terceiro pagador – pessoa jurídica de direito público ou privado. No terceiro estágio, existe a relações entre estes terceiros pagadores e seus beneficiários (empregados, por exemplo), no qual busca-se o seguro de assistência médico-hospitalar como forma de compensação salarial para os empregados.

---

<sup>58</sup> “Initial Decision, Docket No. 9315”, Federal Trade Comissiton, October 20, 2005, p. 16.

E no último estágio, há a interação entre o prestador do serviço com o paciente, na qual o prestador busca satisfazer as necessidades desse indivíduo através de variáveis, tais como: qualidade, facilidade de acesso aos serviços, **localização**, entre outros.

### **Teste de Perda Crítica – (Critical Loss Analysis – CLA)**

Segundo DUCLOS (2005), este teste procura identificar a perda de quantidade demandada destes serviços médico-hospitalares, de determinada instituição, causada pela elevação dos preços desses serviços, antes que tal aumento torne-se não lucrativo.

Assim, deve-se observar as variáveis, tais como: i) margem de lucro (preços); ii) quantidade vendida; iii) fluxo de pacientes; iv) estimativas de elasticidades; iv) **pesquisas de opinião**; entre outras.

Este teste possui também diversas críticas. Seja pela questão do fluxo de pacientes, como também por problemas potenciais na estimação da Perda Real, isto é, o nível real de vendas perdidas. Outra crítica estabelece que tal metodologia não esclarece como uma mudança nos preços relativos afetaria a migração desses pacientes<sup>59</sup>.

### **III.2.2 – Experiência de Mercado**

Como visto acima, existem algumas metodologias que podem ser utilizadas em conjunto com outros procedimentos com o objetivo de determinação da dimensão geográfica de determinado mercado relevante. Porém, todas apresentam pontos suscetíveis a críticas.

Com base na experiência de mercado de alguns prestadores de serviço de cuidado com a saúde e de algumas OPS, foram elaboradas algumas **pesquisas de opinião** com o

---

<sup>59</sup> Há ainda outros testes como, por exemplo, “*The Option Demand Approach*”. Para uma consulta rápida a esta metodologia, consulte DUCLOS (2005).



intuito de determinação da dimensão geográfica em alguns mercados relevantes analisados no Brasil<sup>60</sup>.

As respostas dos prestadores desses serviços indicaram que o paciente (beneficiário) estaria disposto a se deslocar por um tempo médio de 30 a 40 minutos ou de 20 a 30 km<sup>61</sup>.

Tais opiniões, em geral, estão em linha com determinados estudos de casos, realizados nos EUA, que apontam algumas avaliações (decisões) equivocadas, realizadas por autoridades neste país, no julgamento de atos de concentração no setor de serviços médico-hospitalar.

No julgamento de alguns atos de concentração envolvendo prestadores de serviço médico-hospitalar, foram determinados os seguintes raios de atuação: a) entre 112 e 160 km; b) entre 40 e 60 km; e c) entre 24 e 48 km<sup>62</sup>. Segundo o autor, estes órgãos (Cortes Distritais) determinaram as respectivas dimensões geográficas, com base na combinação de: teoria econômica, fatos e hipóteses. Porém, este estudo demonstrou que as Cortes equivocaram-se em suas decisões, pois, nos três casos, houve exercício do poder de mercado no período posterior à conclusão dessas concentrações.

Na Decisão Inicial, proferida pelo FTC, no caso Evanston Northwestern Healthcare Corporation<sup>63</sup>, o FTC obteve depoimentos de OPS e Prestadores indicando que para o plano de saúde ser atraente, bem como na definição da localização da rede prestadora de serviço médico-hospitalar, deve-se levar em consideração diversas variáveis, dentre elas: as preferências do paciente, suas **necessidades geográficas**, **facilidade de acesso**, qualidade dos serviços. Ademais, as variáveis densidade demográfica e renda per capita contribuem para a determinação da quantidade desses prestadores de serviço em determinada região.

---

<sup>60</sup> Segundo a OCDE, no caso de serviços médico-hospitalares, uma boa forma de investigação sobre o mercado geográfico é através da **pesquisa de opinião com as OPS locais** e suas alternativas factíveis, uma vez que são elas que, de fato, negociam os preços desses serviços com os respectivos prestadores. Para uma consulta mais aprofundada, vide OCDE, “*Competition In The Provision of Hospital Services*”, DAF/COMP(2006)20, de October 27<sup>th</sup>, 2006, p.48-52. Para uma referência legal, vide o inciso II do Anexo III da Instrução Normativa nº 15, de 14 de dezembro de 2007, ANS.

<sup>61</sup> Vide, por exemplo, ofício 08802/2007/RJ – AC 08012.009994/2006-04. .

<sup>62</sup> Vide SIMPSON, John, “*Geografic Markets in Hospital Mergers*”, Federal Trade Commission, jan/2006.

<sup>63</sup> Vide “*Initial Decision, Docket No. 9315*”, Federal Trade Commission, October 20, 2005.

Assim, na determinação da dimensão geográfica, pelo FTC, este órgão reuniu os prestadores de serviço que possuíam uma distância máxima de, aproximadamente, 16 km ou 9 minutos daquelas instituições que fizeram parte do Ato de Concentração<sup>64</sup>.

### III.3 – Conclusão

Como observado acima, **é muito difícil que exista uma dimensão geográfica única**, qualquer que seja o setor a ser considerado: planos de saúde; serviços médico-hospitalar; ou apoio à medicina diagnóstica. Tal dimensão tende a sofrer influência, direta e/ou indireta, de diversas variáveis. Como não se pode garantir, inicialmente, que tais variáveis serão idênticas em qualquer região do país e que tais variáveis terão um impacto na dimensão geográfica de mesma intensidade, não se pode afirmar, *a priori*, que os agentes econômicos possuirão um mesmo raio de atuação em qualquer região do país.

A princípio, esta dimensão pode ser maior ou menor do que, por exemplo, a área municipal. Em casos particulares, esta dimensão pode representar, até mesmo, um grupo de municípios e/ou de estados. **A única exceção diz respeito ao mercado geográfico dos exames de apoio a outros laboratórios**. Neste caso, como a amostra, já coletada por determinado laboratório, pode vir a ser objeto de, por exemplo, controle de qualidade, ela poderá ser enviada a outro laboratório localizado no território brasileiro para tal procedimento. Portanto, pode-se definir, a princípio, a dimensão geográfica dos exames de apoio a outros laboratórios como sendo a nacional.

Assim, deve-se buscar uma regra geral que possua algumas variáveis que podem estar presentes em qualquer análise e o custo de identificação dessas variáveis e de

---

<sup>64</sup> Existem outros estudos de caso que apresentam dimensões geográficas mais restritas. Para consulta, vide DAFNY, Leemore, “*Estimation and Identification of Merger Effects: An Application to Hospital Mergers*”, Northwestern University and NBER, september/2005; GAYNOR, M. and VOGT, W. B., “*Competition Among Hospitals*”, draft, FTC, november/2002; NOERTHER, M., “*Competition Among Hospitals*”, Staff Report, FTC, 1987; ABRAHAM, Jean M. *et al.*, “Entry and Competition in Local Hospital Markets”, working paper 11649, NBER, september/2005.

elaboração desta análise não seja significativo. Ao mesmo tempo, deve-se garantir a eficácia da metodologia de tal regra na identificação dos diversos mercados relevantes (benefício).

Portanto, uma alternativa mais conservadora é adotar o teste do monopolista hipotético, com base no **Guia Para Análise Econômica de Atos de Concentração Horizontal** – Portaria Conjunta SEAE/SDE nº 50/2001, definindo o mercado relevante mais restrito. Todavia resta definir o que é “mais restrito”.

Como observado anteriormente, a menor região geográfica, na qual uma operadora é obrigada a garantir a cobertura assistencial é o município. Ademais, a maioria das respostas, dos agentes que prestam serviços de apoio à medicina diagnóstica e/ou serviços médico-hospitalares, indica que, normalmente, os raios de atuação não são muito extensos, entre 20 a 30 km ou 30 a 40 minutos<sup>65</sup>. Logo, como no caso de planos de saúde, uma alternativa seria adotar o ponto de partida da análise em dados municipais, para os casos de mercados relevantes de serviços de apoio à medicina diagnóstica e/ou serviços médico-hospitalares e definir mais precisamente sua dimensão geográfica a partir das condições locais imputadas sobre as variáveis que afetam a mesma.

Evidente está que a definição do ponto de partida não está baseada em estudos teóricos e, muito menos, será, necessariamente, a dimensão geográfica resultante da análise<sup>66</sup>. Mas seja por questões ligadas à obrigação legal, à experiência de mercado desses agentes ou aos estudos de casos apresentados, a análise do mercado relevante mais restrito poderia ser iniciada com base em dados e/ou pesquisas de opinião<sup>67</sup> municipais, expandindo-o ou contraindo-o conforme houver necessidade de novas análises, desta dimensão, por exemplo, aquelas identificadas na seção III.2.1<sup>68, 69</sup>.

---

<sup>65</sup> Principalmente, em municípios com maior densidade populacional e/ou maior renda per capita.

<sup>66</sup> Pode ocorrer o caso no qual os agentes econômicos estejam próximos à fronteira entre dois municípios.

<sup>67</sup> Baseadas em questionários, previamente elaborados, baseados, por exemplo: 1) na experiência de mercado de diversos agentes econômicos sobre: 1.1) raio de atuação das instituições e de deslocamento do paciente naquela região; 1.2) fatores relevantes que podem interferir nestes raios e na propensão de deslocamento do paciente; 1.3) relação de concorrentes a partir de determinado ponto; 2) dados tempo e distância de deslocamento, a partir do ponto de prestação do serviço e/ou numa data localidade.; 2.1) relação de prestadores de serviços compreendidos na área delimitada por essas variáveis; entre outras.

<sup>68</sup> Outras variáveis poderiam servir de orientação na busca de uma definição da dimensão geográfica, de forma a tentar reduzir a relação custo/benefício da análise. Neste sentido, as variáveis densidade

Por último cabe uma pergunta: por que não iniciar a análise a partir de dados mais agregados, por exemplo, região metropolitana ou dados estaduais? Em que pese a definição inicial de tais dimensões seja tão *ad-hoc* quanto à definição municipal, como se busca uma regra que possua um ponto de partida geral, esta última (municipal) representa uma melhor aproximação com as questões mencionadas no parágrafo anterior. É claro que a dimensão geográfica resultante da análise, em determinados casos, pode representar, de fato, áreas mais ou menos amplas do que o município.

---

populacional, renda per capita e quantidade de beneficiários residentes poderiam ser utilizadas para comparar características sócio-econômicas entre diferentes localidades. Caso a base (região) comparativa já possua uma definição da sua dimensão geográfica, o trabalho de determinação dessa dimensão na outra localidade poderia ser refinado a partir dessa base de comparação.

<sup>69</sup> Como o objetivo é tentar reduzir a relação custo/benefício de determinada análise, principalmente em casos de atos de concentração, técnicas de estimação da dimensão geográfica, no estilo de Gaynor e Vogt (2002), deveriam ser utilizadas, caso haja divergência significativa nas pesquisas de opinião e/ou das características sócio-econômicas observadas.

---

**Referência Bibliográfica:**

ABRAHAM, Jean M. *et al*, "Entry and Competition in Local Hospital Markets", working paper 11649, NBER, september/2005.

AYRES, Ian, "Rationalizing Antitrust Cluster Markets", The Yale Law Journal, Vol. 95, No. 1 (Nov., 1985), p. 109-125.

BEGGS, Alan and KLEMPERER, Paul "Multi-Period Competition with Switching Costs", *Econometrica*, Vol. 60, No. 3 (May, 1992), pp. 651-666.

BURNHAM, Thomas A. "Consumer Switching Costs: A Typology, Antecedents, and Consequences", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 31, No. 2, 109-126 (2003).

Cadernos de Informação Suplementar, ANS, edições de março/2007, seção "Introdução", e junho/2007, seção "Em Paulista".

COYRE, Elisabeth e LEAL, Sandro, "Regulação e Saúde: Planos odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório", *Série Regulação e Saúde*, v.2., Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 2002.

DAFNY, Leemore, "Estimation and Identification of Merger Effects: An Application to Hospital Mergers", Northwestern University and NBER, september/2005.

DUCLOS, M.T. e SALLLES, O., "Estudo III.1 – Análise de Concentração Horizontal no Setor de Saúde Suplementar", IPEA/ANPEC, nov/2005.

FARRELL, Joseph and KEMPLERER, Paul, "Coordination and Lock-In: Competition with Switching Costs and Network Effects", draft, december/2001.

GABRIELSEN, T. S. and VAGSTAD, S. "Markets with Consumer Switching Costs and Non-Linear Pricing", Department of Economics, University of Bergen, march/2002.

GAYNOR, M. and VOGT, W. B., “*Antitrust and Competition in Healthcare Markets*”, Handbook of Health Economics, Vol. 1, Elsevier Science B.V., 2000, p.1423.

GAYNOR, M. and VOGT, W. B., “*Competition Among Hospitals*”, draft, FTC, november/2002.

“*Initial Decision, Docket No. 9315*”, Federal Trade Comissiton, October 20, 2005.

KEMPLERER, Paul, “*Competition When Cosnumers Have Switching Costs: An Overview With Application to Industrial Organization, Macroeconomics and Internacional Trade*”, Review of Economics Studies (1995) 62, 515-539.

LEAL, Rodrigo e MATTOS, J. B., “*Regulação econômica de planos de saúde no Brasil: uma análise comparativa dos mercados individual e coletivo*”, Congresso da ABRASCO, 2007.

NOERTHER,M., “*Competition Among Hospitals*”, Staf fReport, FTC, 1987.

OCDE, “*Competition In The Provision of Hospital Services*”, DAF/COMP(2006)20, de October 27th, 2006, p.48-52.

SIMPSON, John, “*Geografic Markets in Hospital Mergers*”, Federal Trade Comission, jan/2006.

# Anexo A

**Tabela 1 - Pesquisa de Opinião - Serviços de Cuidado com a Saúde<sup>1,2</sup>**

I - Dimensão Produto

Ato de Concentração 08012.	Ofício / E-mail / Doc.	Data da Resposta/ Doc.	Instituição	Req. - R Conc. - C Outras - O	Resposta / Argumentação Sobre:			AJUSTE		Observação
					Substituição Pelo Lado da Oferta	Substituição Pelo Lado da Demanda	Bens Complementares	A Resp./Arg. Possui Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição do Serviço Relevante = Diagnósticos Por Imagem? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	
000180/2007-87	09611/2007	13/12/2007	DASA	C	A categoria de exames de diagnósticos por imagem engloba diversos tipos de exames, que são <b>tecnicamente agrupados</b> em razão de <b>certas similaridades, especialmente pela oferta usualmente em conjunto</b> desses exames <b>pelo mesmo prestador</b> . ...  <u>Neste sentido, contabilizamos o faturamento do segmento de exames por imagem como um todo ...</u>			S	S	c/ teoria Subst. Oferta + própria opinião
	06366/2008	14/2/2008	Clín. Rad. L F Mattoso	C			Com base na nossa experiência de mercado, são <b>comuns</b> as solicitações de realização de mais de um exames para: <b>raio X+ultrassonografia (USG) mamografia +densiometria óssea.</b>  <b>Menos frequentes:</b> USG + tomografia computadorizada.	N		
	09999/2007	3/3/2008	DASA	C	Sob a perspectiva clássica de definição de <b>substitutibilidade</b> pelo lado da <b>demanda e/ou da oferta, ela não existe entre os exames de diagnóstico por imagem...</b>		O que <b>indubitavelmente existe</b> , não só entre os diversos tipos de exames por imagem, mas regra geral <b>entre todos os exames</b> de apoio à medicina diagnóstica, é <b>uma complementaridade</b> , definida em função da condição clínica do paciente e, conseqüentemente, em função da complexidade, detalhamento e especificidade necessários ao diagnóstico que o médico busca...  <b>Isso se dá em função da complementaridade de tais exames</b> , que decorre, como já mencionado, das <b>necessidades do médico</b> de obter <b>laudos suplementares</b> , na complexidade e especificidade para o diagnóstico.	S	S	contradiz a resp ao ofic. 9611  c/ teoria de c/user market



Tabela 1 - Pesquisa de Opinião - Serviços de Cuidado com a Saúde<sup>1,2</sup>

I - Dimensão Produto (continuação)

Ato de Concentração 08012.	Ofício / E-mail / Doc.	Data da Resposta/ Doc.	Instituição	Req. - R Conc. - C Outras - O	Resposta / Argumentação Sobre:			AJUSTE		Observação
					Substituição Pelo Lado da Oferta	Substituição Pelo Lado da Demanda	Bens Complementares	A Resp./Arg. Possui Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição do Serviço Relevante = Diagnósticos Por Imagem? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	
	e-mail	6/3/2008	Rede Labs	C	Os exames de USG e Ecocardiograma e Endoscopia só podem ser realizados por médicos que possuem especialização nessas áreas...	Os métodos de diagnósticos não são substituíveis entre si. A utilização de cada um é específica...		N		
002606/2007-37	09434/2007	28/11/2007	Lab Fleury	C	Os exames de imagem são realizados de modo <b>individualizado</b> por um ou mais prof. da saúde e sempre o relatório final será realizado por um <b>médico especializado</b> na respectiva modalidade diagnóstica.			N		
	06425/2008	22/2/2008	Alpha Clin	C			<b>Tratando-se de diagnósticos por imagem</b> , dos clientes que aqui frequentam, cerca de 95% deles, apresentam a <b>prescrição médica individual</b> para o exame solicitado. <b>Apenas 5%</b> em conjunto: <u>USG + Raio X</u> .	N		
	06156/2008	10/3/2008	Medical	C			Os mais comuns são: mamografia + densitometria óssea + USG de mamas. Na área cardiológica: teste ergométrico + eletrocardiograma + ecocardiograma.	N		
	06422/2008	12/3/2008	Fleury	C			... é possível considerar a existência de um <b>padrão de associação frequente</b> entre <b>alguns</b> dos exames listados...  <b>Existe um padrão frequente</b> de solicitações médicas com associações de diagnósticos por imagem, tais como <u>vulvoscopia ou colposcopia com densitometria óssea, mamografia e ultra-som pélvico ou de mama</u> .			

**Tabela 1 - Pesquisa de Opinião - Serviços de Cuidado com a Saúde<sup>1,2</sup>**

I - Dimensão Produto (continuação)

Ato de Concentração 08012.	Ofício / E-mail / Doc.	Data da Resposta/ Doc.	Instituição	Req. - R Conc. - C Outras - O	Resposta / Argumentação Sobre:			AJUSTE		Observação
					Substituição Pelo Lado da Oferta	Substituição Pelo Lado da Demanda	Bens Complementares	A Resp./Arg. Possui Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição do Serviço Relevante = Diagnósticos Por Imagem? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	
							<p><b>É também comum</b> a associação de exames de <u>Raio X do tórax com Métodos Gráficos</u>, como <u>teste ergométrico e/ou ecocardiograma</u>, por exemplo.</p> <p><b>Os demais exames são predominantemente solicitados individualmente</b>, pois se tratam de exames mais <b>complexos utilizados</b> para <b>confirmação</b> de alguma hipótese diagnóstica, não sendo apenas exames de triagem.</p> <p>Os métodos gráficos cardiológicos frequentemente são solicitados formando combinações de teste ergométrico com ecocardiograma e com raio X do tórax...</p> <p><b>Há também solicitações médicas</b> para a <b>realização combinada</b> de Monitoração Ambulatória de Pressão Arterial - <u>MAPA e HOLTER com teste ergométrico</u>.</p>	N		
002609/2007-71	06432/2008	21/2/2008	Lab Rhesus	C			<p>As solicitações mais freqüentes são em paciente do sexo feminino: mamografia + ultrassonografia + densiometria óssea + raio X.</p> <p>Também restando comuns: tomografia e Raio X; USG e Ressonância; USG e Endoscopia.</p>	N		

**Tabela 1 - Pesquisa de Opinião - Serviços de Cuidado com a Saúde<sup>1,2</sup>**

## I - Dimensão Produto (continuação)

Ato de Concentração 08012.	Ofício / E-mail / Doc.	Data da Resposta/ Doc.	Instituição	Req. - R Conc. - C Outras - O	Resposta / Argumentação Sobre:			AJUSTE		Observação
					Substituição Pelo Lado da Oferta	Substituição Pelo Lado da Demanda	Bens Complementares	A Resp./Arg. Possui Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição do Serviço Relevante = Diagnósticos Por Imagem? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	
	09443/2007	28/11/2007	Lab Rhesus	C	É necessário treinamento para os técnicos e biomédicos com tempo estimado em seis meses e cujo custo representa 3% do faturamento da área de imagem diag.  Para reforma, adaptação e funcionamento da área de imagem para a realização de todos os exames o custo estimado é de <b>R\$ 2,5 milhões</b> (25% do faturamento da área de imagem) com tempo mínimo de três meses.			N		
008550/2007-24	06367/2008	21/2/2008	Hosp. São Camilo	C			Em nossa experiência no centro de diagnóstico por imagem, é incomum a solicitação de mais de um tipo de exame diagnóstico em um mesmo pedido médico, especialmente em exames de maior complexidade, como tomografia computadorizada e ressonância magnética.	N		
	06370/2008	19/2/2008	Hospital Metropolitano	C			Conforme a patologia do paciente, poderá sim haver a solicitação de mais de um tipo exame para confirmação do diagnóstico.	N		

1. Compreende: a) Serviços médico-hospitalares; e b) Exames de Apoio à Medicina Diagnóstica.

2. Respostas/Argumentações repetidas de uma mesma instituição e sobre o mesmo tema foram computadas somente uma vez.

3. Indício, neste caso, significa alguma opinião explícita ou menção à opinião/referência de terceiros.

4. Contradição, neste caso, significa algum conflito entre respostas da própria instituição ou entre sua resposta e uma teoria econômica ou entre sua resposta ou com legislação.

Tabela 2 - Pesquisa de Opinião - Serviços de Cuidado com a Saúde<sup>1,2</sup>

## II - Dimensão Geográfica

Ato de Concentração	Ofício / E-mail / Doc.	Data da Resposta/ Doc.	Instituição	Req. - R Conc. - C Outras - O	Resposta / Argumentação Sobre:				AJUSTE			AJUSTE		
					Descrição	Distância Média P/ Considerar Lab. Como Concorrente - Km	Tempo Médio P/ Considerar Lab. Como Concorrente - Minutos	Distância Média Percorrida Pelo Paciente - Km	Tempo Médio de Deslocamento do Paciente - Minutos	A Resp./Arg. Apresenta Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição da Dimensão Geográfica = Região Metropolitana? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	Observação	A Resp./Arg. Apresenta Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição da Dimensão Geográfica <= Município? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)
009994/2006-04	08586/2006	6/12/2006	Grupo Amil	R	<p>As principais variáveis consideradas pelas empresas de planos de saúde ao definir a localização de ponto de venda dos seus produtos são os seguintes: 1) densidade populacional e sua consequente demanda; 2) poder aquisitivo da população; e 3) existência de rede assistencial de serviços, na qual é oferecida a cobertura médico-hospitalar.</p> <p>As principais variáveis, provavelmente, consideradas pelo usuário ... 3) rede de serviços assistenciais... 4) acesso assistencial - qualidade da rede assistencial, distribuição geográfica da rede compatível com a cobertura oferecida.</p> <p>O usuário ao demandar um serviço de plano de saúde poderá se deslocar para os municípios limítrofes, ou em determinados casos para o município polo em busca de assistência adequada...</p>					N			S	
	08802/2006	27/12/2006	SulAmérica	C	<p>As principais variáveis consideradas pelas empresas de planos de saúde ao definir a localização de ponto de venda dos seus produtos são os seguintes: maior renda, maior grau de instrução, maior oferta de prestadores (hospitais, clínicas, laboratórios e médicos)...</p> <p>Os principais fatores qualitativos que influenciam a decisão de um usuário são: qualidade e abrangência da rede de prestadores ...</p> <p>Estimativa do raio no qual um determinado usuário estaria disposto a se deslocar para ser atendido: A principal variável é a rede de prestadores, principalmente no que diz respeito a hospitais e laboratórios.</p> <p>A distância para atendimento em um grande hospital se torna fator secundário quando determinado prestador tem reconhecimento sobre qualidade de seus serviços para a especialidade demandada pelo usuário.</p> <p>Já a escolha pela utilização de um laboratório ou médico pode ser afetada pela distância. Acredito que um usuário estaria disposto a se deslocar.</p>				30 - 40	N			S	

Tabela 2 - Pesquisa de Opinião - Serviços de Cuidado com a Saúde<sup>1,2</sup>

## II - Dimensão Geográfica (continuação)

Ato de Concentração 08012.	Ofício / E-mail / Doc.	Data da Resposta/ Doc.	Instituição	Req. - R Conc. - C Outras - O	Resposta / Argumentação Sobre:				AJUSTE			AJUSTE			
					Descrição	Distância Média P/ Considerar Lab. Como Concorrente - Km	Tempo Médio P/ Considerar Lab. Como Concorrente - Minutos	Distância Média Percorrida Pelo Paciente - Km	Tempo Médio de Deslocamento do Paciente - Minutos	A Resp./Arg. Apresenta Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição da Dimensão Geográfica = Região Metropolitana? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	Observação	A Resp./Arg. Apresenta Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição da Dimensão Geográfica <= Município? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	Observação
	06960/2006	22/2/2007	Bradesco Seguros	C	Há significativa preferência pelo acesso a médicos, dentistas, clínicas, laboratórios e hospitais o mais próximo possível à residência ou ao local de trabalho do consumidor. O tempo de deslocamento e o conforto de acesso podem ser as principais variáveis a explicar essas preferências.					N			S		
	06813/2007	28/5/2007	Grupo Amil	R	Os principais motivos que podem dificultar ou impedir a substituição, pelo beneficiário, entre planos de saúde são a localização da rede credenciada, a amplitude de cobertura ...										
	07440/2007	25/7/2007	Unimed	C	Quanto ao tempo e a distância que um cliente estaria disposto a percorrer para ser atendido por um prestador de serviço:  Em casos de extrema urgência, a variável "proximidade" será fundamental para a escolha da clínica ou do hospital...			20	30	N			S		
	06693/2007	31/5/2007	ANS	O	Sob o ponto de vista operacional, a disponibilidade de rede assistencial é o principal fator a ser considerado pelas empresas de planos de saúde no momento de definir a sua área de atuação (conforme RN 100, de 03/06/2005).					N			S		
000180/2007-87	07442/2207	20/6/2007	Grupo Amil	R	A localização geográfica dos usuários interfere na formação do preço em função dos custos dos serviços médicos da região onde residem...										
	10093/2007	21/1/2008	Lab. Eliel Figueiredo	C	O primeiro indicador de serviços é o livro de credenciados. O segundo indicador é a proximidade à residência. O cliente não se desloca de um bairro para outro buscando serviços médicos.					N			S		
	06429/2007	22/2/2008	Lab. Richet	C	Os fatores mais importantes na decisão do consumidor são: a indicação do médico, o prestígio do laboratório no mercado e as comodidades que o serviço oferece como conforto de suas instalações e coletas em domicílio.	60	2	100	2	S	S	c/ teoria + e próp. resp.	N	S	c/ teoria + e próp. resp.

Tabela 2 - Pesquisa de Opinião - Serviços de Cuidado com a Saúde<sup>1,2</sup>

## II - Dimensão Geográfica (continuação)

Ato de Concentração	Ofício / E-mail / Doc.	Data da Resposta/ Doc.	Instituição	Req. - R Conc. - C Outras - O	Resposta / Argumentação Sobre:				AJUSTE			AJUSTE			
					Descrição	Distância Média P/ Considerar Lab. Como Concorrente - Km	Tempo Médio P/ Considerar Lab. Como Concorrente - Minutos	Distância Média Percorrida Pelo Paciente - Km	Tempo Médio de Deslocamento do Paciente - Minutos	A Resp./Arg. Apresenta Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição da Dimensão Geográfica = Região Metropolitana? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	Observação	A Resp./Arg. Apresenta Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição da Dimensão Geográfica <= Município? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	Observação
	09999/2007	3/3/2008	DASA	C	<p>Conforme já manifestado perante o SBDC e expressamente reconhecido pelo CADE, a dim. geo. = região metropolitana.</p> <p>Isso se dá pelo fato de que a principal variável considerada pelas empresas prestadoras de tais serviços, no momento de definir a sua área de atuação, é a <b>área de cobertura dos planos de saúde</b>, as quais o prestador está credenciado ou pretende negociar.</p> <p>Neste contexto, tem-se que, <b>nos termos dos contratos</b> entre as operadoras ... e seus clientes (pacientes), a cobertura geográfica refere-se <b>usualmente</b> a uma região metropolitana.</p> <p><b>Dai a DASA entender</b> que não há racionalidade econômica em se avaliar os mercados na área de saúde sob a dimensão municipal.</p>					S	S	contradição c/ RN 100, art 13, par. 1	N	S	c/ teo. +Labs.
	06427/2008 06584/2008	12/3/2008	Lab. Sérgio Franco	R	<p><u>A concorrência pode ser dividida por áreas regionais</u>, por exemplo: Zona Norte, Zona Sul, Zona Oeste, Baixada Fluminense, Niterói, etc. Assim qualquer laboratório da região metropolitana do Rio de Janeiro é considerado concorrente.</p> <p>Na realidade, para a realização dos <b>exames mais comuns</b>, o cliente geralmente escolhe o <b>laboratório mais próximo</b> de sua <b>residência</b> ou de seu <b>trabalho</b>, ou seja, aquele que lhe for mais conveniente. Contudo, no tocante aos <b>exames mais complexos</b>, que <u>poucas empresas realizam</u>, o paciente normalmente vai ao local indicado pelo <u>médico</u>, independente da distância a ser percorrida.</p> <p>É certo que o consumidor geralmente escolhe o serviço mais próximo de sua residência ou de seu trabalho. No entanto, é muito comum que o médico solicite um exame em um determinado local e, o paciente não se incomode com a distância a ser percorrida.</p>					N		c/ teo.: não existe definição única legislação	S		
	06677/2008	12/3/2008	CEPEM	C	<p><b>Com base em nossa experiência</b>, consideramos que a distância e o tempo médios seriam:</p> <p>... Entendemos que essa distância média e/ou tempo médio <b>devem ser considerados pelos concorrentes</b>, pois são fatores relevantes - <b>porém não determinantes</b> - quando o paciente <b>elege</b> o laboratório que irá prestar-lhe atendimento.</p> <p><b>Com base em nossa experiência</b>, nosso laboratório tem atendido pacientes das mais diversas <b>regiões da cidade</b>, motivo pelo qual entendemos que a <b>distância</b> e o <b>tempo podem ser fatores relevantes</b>, mas <b>não são fatores determinantes</b> na escolha do consumidor...</p>	2	30			N			S		

Tabela 2 - Pesquisa de Opinião - Serviços de Cuidado com a Saúde<sup>1,2</sup>

## II - Dimensão Geográfica (continuação)

Ato de Concentração 08012.	Ofício / E-mail / Doc.	Data da Resposta/ Doc.	Instituição	Req. - R Conc. - C Outras - O	Resposta / Argumentação Sobre:					AJUSTE			AJUSTE		
					Descrição	Distância Média P/ Considerar Lab. Como Concorrente - Km	Tempo Médio P/ Considerar Lab. Como Concorrente - Minutos	Distância Média Percorrida Pelo Paciente - Km	Tempo Médio de Deslocamento do Paciente - Minutos	A Resp./Arg. Apresenta Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição da Dimensão Geográfica = Região Metropolitana? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	Observação	A Resp./Arg. Apresenta Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição da Dimensão Geográfica <= Município? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	Observação
002606/2007-37	06424/2007	25/2/2007	Lab. Padrão	C	Estamos localizados na região do ABCD em São Paulo, que é uma região onde as <b>divisas entre as cidades são próximas</b> , com fácil acesso a transportes públicos.	25					N			N	
	06425/2008	22/2/2008	Alpha Clin	C	Tratando-se de concorrentes e clientes...	0,5	8	1	10		N			S	
	06156/2008	10/3/2008	Medical	C	Quanto ao distanciamento, <b>nossa experiência diz que normalmente os pacientes não se deslocam em um raio superior a 1 Km</b> , seja da residência ou do trabalho.			1			N			S	
	06422/2008	12/3/2008	Fleury	C	<b>A concorrência no mercado de medicina diagnóstica não é determinada em razão da distância geográfica</b> entre as empresas.  <b>Existem outros fatores relevantes...</b> (i) indicação médica; (ii) acesso ao convênio/plano de saúde; (iii) preferência da marca; (iv) mix de exames oferecidos nas unidades de atendimento. Neste sentido, <b>a escolha do laboratório em razão de sua localização é fator considerado pelo Fleury como secundário.</b>  Levando-se em conta as <b>preferências do consumidor</b> listadas na resposta à questão acima, <b>entendemos que o paciente estaria disposto a se deslocar para qualquer ponto da cidade de São Paulo para realizar seus exames clínicos em laboratórios.</b> Observe-se, ainda, que tais exames também podem ser feitos na rede pública de saúde.						N			S	
002609/2007-71	07177/2007	13/6/2007	Grupo Medial	R	Pela experiência neste mercado, <b>a requerente crê que não haja propriamente um raio</b> no qual um usuário estaria disposto a se deslocar. Esse <b>deslocamento dependerá</b> de diversas variáveis ( <b>renda do beneficiário, localização, comodidade e facilidade de acesso</b> ).  Além disso, a <b>locomomoção dependerá da praça</b> em que se localiza o usuário: se no <b>Acre</b> , talvez o usuário esteja disposto a deslocar-se em <b>100 km</b> para acessar um serviço, mas em <b>São Paulo</b> , esse deslocamento <b>será certamente menor</b> .  De qualquer forma, <b>é um entendimento geral</b> de que o deslocamento será feito para o recurso <b>mais perto possível, considerando os interesses do usuário</b> .						N			S	
	06432/2008	21/2/2008	Lab. Rhesus	C	Para prestação de serviços de <b>apoio a outros laboratórios</b> - 4.000 km; tempo de deslocamento (por avião) - 7 horas.  Para os exames prestados diretamente para os consumidores finais:			15	30 - 60		N			S	
	06436/2008	22/2/2008	Labor Clin	C	Existem seis laboratórios ao redor de nossa empresa...	0,2	5	5	30		N			S	

Tabela 2 - Pesquisa de Opinião - Serviços de Cuidado com a Saúde<sup>1,2</sup>

II - Dimensão Geográfica (continuação)

Ato de Concentração 08012.	Ofício / E-mail / Doc.	Data da Resposta/ Doc.	Instituição	Req. - R Conc. - C Outras - O	Resposta / Argumentação Sobre:				AJUSTE			AJUSTE			
					Descrição	Distância Média P/ Considerar Lab. Como Concorrente - Km	Tempo Médio P/ Considerar Lab. Como Concorrente - Minutos	Distância Média Percorrida Pelo Paciente - Km	Tempo Médio de Deslocamento do Paciente - Minutos	A Resp./Arg. Apresenta Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição da Dimensão Geográfica = Região Metropolitana? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	Observação	A Resp./Arg. Apresenta Algum Indício <sup>3</sup> P/ a Definição da Dimensão Geográfica <= Município? (S/N)	A Resp./Arg. Apresenta Alguma Possível Contradição <sup>4</sup> ? (S/N)	Observação
	06434/2008	10/3/2008	CientificaLab (DASA)	C	O CientificaLab acredita que os pacientes que realizam exames em suas instalações deslocar-se-iam no âmbito de uma <u>região metropolitana</u> , pelo menos, <b>caso precisassem realizar</b> exames e só o pudessem fazer, <b>por questões financeiras</b> , em laboratórios vinculados à <b>rede pública do SUS</b> .  ... A localização do prestador não é o fator principal ou decisivo na escolha pelo paciente...					S	S	contexto da rede públ.  c/ artigos teste empíros	N	S	
008550/2007-24	10030/2007	18/1/2008	Grupo Amil	R	Os hospitais listados como <b>concorrentes estão situados em áreas geográficas próximas e de fácil acesso</b> . Desta forma, os pacientes não encontram barreiras geográficas na escolha entre um dos referidos hospitais.										
	06155/2008	18/2/2008	Hosp. Metropol.	C	Os <b>principais fatores</b> que tomam as empresas acima <b>concorrentes</b> são: <b>proximidade</b> e capacidade de atendimento.			30		N			S		

1. Compreende: a) Serviços médico-hospitalares; e b) Exames de Apoio à Medicina Diagnóstica.

2. Respostas/Argumentações repetidas de uma mesma instituição e sobre o mesmo tema foram computadas somente uma vez.

3. Indício, neste caso, significa alguma opinião explícita ou menção à opinião/referência de terceiros.

4. Contradição, neste caso, significa algum conflito entre respostas da própria instituição ou entre sua resposta e uma teoria econômica ou entre sua resposta ou com legislação.



**Tabela 3 - Pesquisa de Opinião - Serviços de Cuidado com a Saúde****III - Estatísticas****III.1 - Dimensão Produto**

	Serviço Relevante = Diagnóstico Por Imagem?	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa - %
De respostas / argumentos positivos (S)	2	16,7
De respostas / argumentos negativos (N)	10	83,3
Total de Observações	12	

**Ajustado Pela Possível Contradição**

	Serviço Relevante = Diagnóstico Por Imagem?	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa - %
De respostas / argumentos positivos (S)	0	0,0
De respostas / argumentos negativos (N)	10	100,0
Total de Observações	10	

**III.2 - Dimensão Geográfica**

	Geográfica = Região Metropolitana?		Geográfica <= Município?	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa - %	Frequência Absoluta	Frequência Relativa - %
De respostas / argumentos positivos (S)	3	15,8	15	78,9
De respostas / argumentos negativos (N)	16	84,2	4	21,1
Total de Observações	19		19	

**Ajustado Pela Possível Contradição**

	Geográfica = Região Metropolitana?		Geográfica <= Município?	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa - %	Frequência Absoluta	Frequência Relativa - %
De respostas / argumentos positivos (S)	0	0,0	15	93,8
De respostas / argumentos negativos (N)	16	100,0	1	6,3
Total de Observações	16		16	

## **Documentos de Trabalho publicados pela SEAE<sup>70</sup>**

- **Documento de Trabalho nº 01- junho de 1999**

Título: Estimación Del Grado de Competencia En La Industria Panameña de Distribución de Combustibles  
Autores: Paulo Corrêa, Secretário-Adjunto da SEAE e Víctor Herrera, Economista da Dirección Ejecutiva Económica (DEE) da Comissão de Livre Concorrência e Assuntos do Consumidor-CLICAC, no Panamá.

- **Documento de Trabalho nº 02 - agosto de 1999**

Título: Referencial Metodológico sobre Equilíbrio Econômico-Financeiro: "O Caso das Companhias Aéreas"  
Autores: Sérgio Savino Portugal, Secretário-Adjunto da SEAE; Francisco de Assis Leme Franco, Secretário-Adjunto da SEAE; Frederico Campos Guanais, Coordenador-Geral de Defesa da Concorrência - DF da SEAE e Ricardo Romano, Coordenador-Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura da SEAE.

- **Documento de Trabalho nº 03 - novembro de 1999**

Título: Desenvolvimento Econômico e Política Antitruste: Razões para a adoção das Portarias n.º 39 e n.º 45 da SEAE/MF e n.º 305 do Ministério da Fazenda  
Autores: Claudio Considera, Secretário de Acompanhamento Econômico e Paulo Corrêa, Secretário-Adjunto da SEAE.

- **Documento de Trabalho nº 04 - novembro de 1999**

Título: O Transporte Aéreo Doméstico e a Lógica da Desregulamentação  
Autora: Márcia Prates Tavares, Coordenadora-Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura da SEAE.

- **Documento de Trabalho nº 05 - outubro 2000**

Título: Antitrust And Predation – Reflections On The state Of Art  
Autor: Marcelo Ramos, Coordenador-Geral de Comércio e Serviços da SEAE.

- **Documento de Trabalho nº 06 - fevereiro 2001**

Título: Como a relação entre as elasticidades cruzada e renda sobre a elasticidade preço de demanda pode auxiliar as análises antitruste na definição do mercado relevante e da possibilidade do exercício do poder de mercado  
Autora: Cristiane Alkmin Junqueira Schmidt, Secretária-Adjunta da SEAE.

- **Documento de Trabalho nº 07 - abril de 2001**

Título: Medidas *Antidumping* no Brasil  
Autoras: Cristiane Alkmin Junqueira Schmidt, Secretária-Adjunta da SEAE; Isabel Ramos de Sousa, Coordenadora de Investigação de Práticas Anticoncorrenciais da Coordenação-Geral de Defesa da Concorrência - DF da SEAE e Claudia Vidal Monnerat do Valle, Coordenadora-Geral de Produtos Industriais da SEAE.

- **Documento de Trabalho nº 08 - abril de 2001**

Título: Política Governamental e Regulação do Mercado de Medicamentos  
Autores: Eduardo Fiuza, Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos Macroeconômicos (DIMAC) do Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA); Marcus Lisboa, Professor da escola de Pós-Graduação em economia da Fundação Getúlio Vargas (EPGE/FGV); Mônica Viegas Andrade, Consultora externa CEDEPLAR/UFMG e Lucas Ferraz, Assistente de pesquisa GPOE/FGV.

- **Documento de Trabalho nº 09 - junho de 2001**

Título: Privatization and Regulatory Reform in Brazil: The Case of Freight Railways  
Autores: Antonio Estache, Banco Mundial; Andrea Godstein, Centro de Desenvolvimento da OCDE e Russel Pittman, Divisão Antitruste do Departamento de Justiça Americano.

---

<sup>70</sup> Todos os números da Série Documentos de Trabalho encontram-se disponibilizados em

- **Documento de Trabalho nº 10 - agosto de 2001**

Título: The Relationship Between Competition Policy and Regulation in the Brazilian Economy  
Autores: Claudio Considera, Secretário de Acompanhamento Econômico e Kélvia Albuquerque, Chefe do Gabinete.
- **Documento de Trabalho nº 11- janeiro de 2002**

Título: The Political Economy of Antitrust in Brazil: from Price Control to Competition policy  
Autores: Claudio Considera, Secretário de Acompanhamento Econômico e Paulo Corrêa, Secretário-Adjunto da SEAE.
- **Documento de Trabalho nº 12 - fevereiro de 2002**

Título: Recent Deregulation of the Air Transportation in Brazil  
Autores: Francisco de Assis Leme Franco, Secretário-Adjunto da SEAE; Pricilla Maria Santana, Coordenadora-Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura da SEAE; Celso Barbosa de Almeida, Coordenador na Coordenação-Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura da SEAE e Ricardo de João Braga, Coordenador na Coordenação-Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura da SEAE.
- **Documento de Trabalho nº 13 - março de 2002**

Título: Índices de Concentração  
Autores: Cristiane Alkmin Junqueira Schmidt, Secretária-Adjunta da SEAE e Marcos André de Lima, Técnico da COGDC – DF da SEAE.
- **Documento de Trabalho nº 14 - abril de 2002**

Título: Comércio e Competição  
Autores: Cristiane Alkmin Junqueira Schmidt, Secretária-Adjunta da SEAE; Isabel Ramos de Sousa, Coordenadora de Investigação de Práticas Anticoncorrenciais da Coordenação-Geral de Defesa da Concorrência - DF da SEAE (COGDC – DF) e Marcos André de Lima, Técnico da COGDC – DF.
- **Documento de Trabalho nº 15 - maio de 2002**

Título: Prováveis impactos na economia brasileira decorrentes da liberalização do mercado de derivados de petróleo e os possíveis entraves ao funcionamento competitivo desse mercado  
Autores: Claudio Monteiro Considera, Secretário de Acompanhamento Econômico; Francisco de Assis Leme Franco, Secretário-Adjunto da SEAE; Marcelo Barbosa Saintive, Secretário-Adjunto da SEAE; Paulo Guilherme Farah Corrêa, Secretário-Adjunto da SEAE; Equipe da Coordenação Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura - COGSI; Pricilla Maria Santana, Coordenadora-Geral; Ricardo Kalil Moraes, Coordenador na Coordenação-Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura - COGSI; Maurício Estellita Lins Costa, Coordenador; Marcelo Pacheco dos Guarany's, Assistente e Isabela Orzil Cançado de Amorim, Assistente.
- **Documento de Trabalho nº 16 - julho de 2002**

Título: Estimativas e Previsões da Demanda por Energia Elétrica no Brasil  
Autores: Cristiane Alkmin Junqueira Schmidt, Secretária-Adjunta da SEAE; e Marcos André de Lima, Técnico da COGDC – DF da SEAE.
- **Documento de Trabalho nº 17 - agosto de 2002**

Título: Tipologias de *Dumping*  
Autores: Cristiane Alkmin Junqueira Schmidt, Secretária-Adjunta da SEAE; Isabel Ramos de Sousa, Coordenadora de Investigação de Práticas Anticoncorrenciais da Coordenação-Geral de Defesa da Concorrência - DF da SEAE e Marcos André de Lima, Técnico da COGDC – DF da SEAE.
- **Documento de Trabalho nº 18 - agosto de 2002**

Título: O Modelo Brasileiro de Telecomunicações: Aspectos Concorrenciais e Regulatórios  
Autores: Claudio Monteiro Considera, Secretário de Acompanhamento Econômico; Francisco de Assis Leme Franco, Secretário-Adjunto da SEAE; Marcelo Barbosa Saintive, Secretário-Adjunto da SEAE; Cleveland Prates Teixeira, Secretário-Adjunto da SEAE; Maurício Canêdo Pinheiro, Coordenador-Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura da SEAE; Ricardo Kalil Moraes, Coordenador na Coordenação-Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura da SEAE; Pricilla Maria Santana, Coordenadora-Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura da SEAE e Danielle Pinho Soares, Técnica da Coordenação-Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura da SEAE.

- **Documento de Trabalho nº 19 - outubro de 2002**

Título: Regulation and Competition Issues in the Electricity Sector

Autores: Claudio Monteiro Considera, Secretário de Acompanhamento Econômico; Francisco de Assis Leme Franco, Secretário-Adjunto da SEAE; Maurício Canêdo Pinheiro, Coordenador-Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura da SEAE; Celso Barbosa de Almeida, Coordenador na Coordenação-Geral de Serviços Públicos e Infra-Estrutura da SEAE e Ernani Lustosa Kuhn, Coordenador da COGSI.

- **Documento de Trabalho nº 20 - outubro de 2002**

Título: Competition Advocacy in Brazil – Recent Developments

Autores: Claudio Monteiro Considera, Secretário de Acompanhamento Econômico e Mariana Tavares de Araujo, Coordenadora-Geral de Defesa da Concorrência - DF da SEAE.

- **Documento de Trabalho nº 21 - novembro de 2002**

Título: The Brazilian Experience on International Cooperation in Cartel Investigation

Autora: Mariana Tavares de Araujo, Coordenadora-Geral de Defesa da Concorrência - DF da SEAE.

- **Documento de Trabalho nº 22 - novembro de 2002**

Título: Uma Breve História da Economia Política da Defesa da Concorrência

Autor: Claudio Monteiro Considera, Secretário de Acompanhamento Econômico.

- **Documento de Trabalho nº 23 - novembro de 2002**

Título: Substantive Criteria Used for the Assessment of Mergers – Brazil (Seae/MF)

Autores: Claudio Monteiro Considera, Secretário de Acompanhamento Econômico; Cristiane Alkmin Junqueira Schmidt, Secretária-Adjunta da SEAE; Claudia Vidal Monnerat do Valle, Coordenadora-Geral de Produtos Industriais da SEAE; Kélvia Albuquerque, chefe de gabinete; Leandro Pinto Vilela, Coordenador de Bens de Consumo Duráveis da SEAE e Marcelo Souza Azevedo, Coordenador na Coordenação-Geral de Produtos Industriais da SEAE.

- **Documento de Trabalho nº 24 - dezembro de 2002**

Título: The Importance of Communications: Enhancing Competition Advocacy in Brazil

Autores: Claudio Monteiro Considera, Secretário de Acompanhamento Econômico; Cristiane Alkmin Junqueira Schmidt, Secretária-Adjunta da SEAE; Mariana Tavares de Araujo, Coordenadora-Geral de Defesa da Concorrência - DF da SEAE, e Kélvia Albuquerque, Chefe de Gabinete.

- **Documento de Trabalho nº 25 - dezembro de 2002**

Título: Some Lessons on the Antitrust Procedures in the USA for the Brazilian Competition Defense System

Autora: Cristiane Alkmin Junqueira Schmidt, Secretária-Adjunta da SEAE.

- **Documento de Trabalho nº 26 - dezembro de 2002**

Título: O Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência: Uma Proposta de Reestruturação

Autores: Secretaria de Acompanhamento Econômico –MF, Secretaria de Direito Econômico –MJ e Conselho Administrativo de Defesa Econômica-MJ.

- **Documento de Trabalho nº 27 - dezembro de 2002**

Título: Sobre Política Antitruste no Brasil e seus Aspectos Críticos

Autora: Carmen Diva Monteiro, especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, Mestra em Administração Pública pela EBAPE/FGV e Mestra em Engenharia Civil pela PUC/RJ. Coordenadora de Gestão da SEAE

- **Documento de Trabalho nº 28 - dezembro de 2002**

Título: Âncora Verde: o papel da agricultura no ajuste econômico

Autores: Claudio Monteiro Considera, Secretário de Acompanhamento Econômico; Eduardo Luiz Leão de Souza, Coordenador-Geral de Produtos Agrícolas e Agroindustriais da SEAE. Gustavo Bracale, Assessor Técnico da SEAE.

- **Documento de Trabalho nº 29 - Janeiro de 2004**

Título: *Questões Regulatórias do Setor de Saneamento no Brasil*  
Autor: Ronaldo Seroa da Motta, Coordenador de Regulação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA.
- **Documento de Trabalho nº 30 – fevereiro de 2004**

Título: *Poder de Compra do Varejo Supermercadista: Uma Abordagem Antitruste*  
Autora: Leila Baeta Cavalcante, Coordenadora de Serviços Diversos – COSDI.
- **Documento de Trabalho nº 31 – outubro de 2004**

Título: O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil  
Autores: Andréa Pereira Macera, Assessora do Gabinete, Marcelo Barbosa Saintive, Secretário-Adjunto de Acompanhamento Econômico.
- **Documento de Trabalho nº 32 – fevereiro de 2006**

Título: *O Processo de Flexibilização e as Fusões e os Acordos de Cooperação no Mercado de Transporte Aéreo de Passageiros*  
Autor: Carlos Emmanuel Joppert Ragazzo, Coordenador-Geral de Defesa da Concorrência.
- **Documento de Trabalho nº 33 – maio de 2006**

Título: *A Regulação Tarifária e o Comportamento dos Preços Administrados*  
Autores: Marcelo Barbosa Saintive, Secretário-Adjunto da Secretaria de Acompanhamento Econômico, Regina Simões Chacur, Assessora Técnica da Coordenação Geral de Análise de Mercados.
- **Documento de Trabalho nº 34 – Agosto de 2006**

Título: Unbundling Policy in Telecommunications: A Survey  
Autor: César Mattos, Consultor Legislativo da Câmara dos Deputados.
- **Documento de Trabalho nº 35 – Dezembro de 2006**

Título: A Retomada da Reforma/Melhora Regulatória no Brasil: Um passo fundamental para o crescimento Econômico Sustentado  
Autora: Kélvia Frota de Albuquerque, Chefe de Gabinete da Secretaria de Acompanhamento Econômico.
- **Documento de Trabalho nº 36 – Dezembro de 2006**

Título: A Interação entre Antitruste e Antidumping: Problema ou Solução?  
Autora: Andrea Pereira Macera, Coordenadora-Geral de Análise de Mercados da SEAE.
- **Documento de Trabalho nº 37 – Dezembro de 2006**

Título: Estudo Sobre a Regulação do Setor Brasileiro de Planos de Saúde  
Autores: Ana Carolina, Mônica Viegas, Mirian Martins e Rubens José Amaral de Brito.
- **Documento de Trabalho nº 38 – Dezembro de 2006**

Título: Fusões e Aquisições na indústria Brasileira de alimentos e bebidas: Efeito Poder de Mercado e Efeito Eficiência  
Autora: Cláudia Assunção dos Santos Viegas Secretária-Adjunta de Acompanhamento Econômico.

- **Documento de Trabalho nº 39 – Dezembro de 2006**

Título: Uma análise sobre a regulação do mercado de Produtos correlatos para a Saúde  
Autor: Leandro Fonseca da Silva, Assessor Técnico da Coordenação de Economia da Saúde da Secretaria de Acompanhamento Econômico.

- **Documento de Trabalho nº 40 – Dezembro de 2006**

Título: Aspectos Econômicos e Jurídicos sobre cartéis na revenda de Combustíveis: Uma agenda para Investigações  
Autores: Carlos Emmanuel Joppert Ragazzo, Coordenador-Geral de Defesa da concorrência da Secretaria de Acompanhamento Econômico. Rutely Marques da Silva, Coordenador-Geral de Energia e Saneamento da Secretaria de Acompanhamento Econômico.

- **Documento de Trabalho nº 41 – Dezembro de 2006**

Título: Neutralidades de Redes: O futuro da Internet e o Mix Institucional  
Autor: Marcelo de Matos Ramos, Coordenador-geral de Comunicação e Mídia da Secretaria de Acompanhamento Econômico.

- **Documento de Trabalho nº 42 – Dezembro de 2006**

Título: Sobre o uso eficiente do espectro radio elétrico  
Autores: Marcelo Sá Leitão Fiuza Lima, Assessor técnico da Coordenação-Geral de Comunicação e Mídia e Marcelo de Matos Ramos, Coordenador-Geral de Comunicação e Mídia da Secretaria de Acompanhamento Econômico.

- **Documento de Trabalho nº 43 – Dezembro de 2006**

Título: Regulação dos Jogos de Azar na América do norte: Uma análise introdutória  
Autora: Michelle Merética Miltons, Assistente da Secretaria de Acompanhamento Econômico

- **Documento de Trabalho nº 44 – Dezembro de 2006**

Título: Interesse Público: Critérios para consideração em processos de investigação antidumping  
Autora: Carmen Diva Beltrão Monteiro e Letícia Andreoli Galvão

- **Documento de Trabalho nº 45 – Janeiro de 2007**

Título: A experiência brasileira na desregulação do transporte aéreo: um balanço e propositura de diretrizes para novas políticas  
Autora: Carmen Diva Beltrão Monteiro e Letícia Andreoli Galvão

## Documentos de Trabalho Secretaria de Acompanhamento Econômico/MF

A Secretaria de Acompanhamento Econômico - SEAE iniciou, em junho de 1999, a série Documentos de Trabalho. Essa série, publicada sem periodicidade definida, tem como escopo a divulgação de estudos referentes aos temas ligados às áreas de atuação da SEAE, destacando-se: (i) defesa da concorrência; (ii) promoção da concorrência; e (iii) regulação econômica. Dá-se preferência a publicações inéditas, sobre a economia brasileira e oriundas do corpo técnico da SEAE. Os trabalhos podem possuir cunho acadêmico ou caráter aplicado, como estudos de casos originados no órgão, respeitando-se o sigilo legal.

Com a finalidade de reduzir o fluxo de papéis, a série circulará, predominantemente, por via eletrônica sendo enviada a diversas entidades ligadas à área em questão.

Os trabalhos expressam as opiniões dos autores, não refletindo necessariamente as posições oficiais da SEAE.

Com a publicação e a divulgação da série Documentos de Trabalho, a SEAE espera contribuir para o aprofundamento do debate técnico nas áreas de atuação da Secretaria.

### Instruções aos Autores

1. Os trabalhos inéditos no Brasil terão preferência para a publicação.
2. Os trabalhos destinam-se, prioritariamente, ao corpo técnico da Secretaria, o que não exclui a possibilidade de se atingir um público mais amplo.
3. Os textos devem ser redigidos em português, inglês ou espanhol. Solicita-se a utilização do processador de texto **Word for Windows** (últimas versões).
4. A primeira página do texto deverá conter as seguintes informações: (i) título; (ii) nome(s), função e local de trabalho do(s) autor(es); (iii) nota de rodapé contendo endereço, telefone, número de fax e endereço de correio eletrônico do(s) autor(es). A segunda página do texto deverá conter resumo com cerca de 100 palavras.
5. As referências bibliográficas deverão ser citadas sumariamente no corpo do texto, e devem figurar completas no final do mesmo. A referência sumária obedecerá à forma “Solow (1949)” e a referência completa conterá os seguintes elementos, pela ordem: a) autor ou autores; b) título completo (entre aspas, se for um artigo); c) nome do periódico (em negrito), volume, número, páginas, mês e ano.  
**Exemplo:**  
DÍAZ-ALEJANDRO, C. “Good-bye financial repression, hello financial crash”. **Journal of Development Economics**, vol.19, nº 1-2, pp.39-53, setembro 1985.
6. A formatação final dos trabalhos ficará a cargo de uma equipe de edição formada por técnicos da SEAE. Solicita-se o máximo de clareza e nitidez, sobretudo no que toca a fórmulas, gráficos e diagramas, evitando-se símbolos e notações que possam ensejar mais de uma interpretação.
7. Os textos apresentados serão julgados por uma Comissão Editorial, composta pelos Secretários – Adjuntos da SEAE.
8. Os interessados deverão encaminhar seus textos, por via eletrônica, à Comissão Editorial ([antonio.silveira@fazenda.gov.br](mailto:antonio.silveira@fazenda.gov.br) e [pricilla.santana@fazenda.gov.br](mailto:pricilla.santana@fazenda.gov.br)), que informarão sobre o processo de seleção realizado, incluindo a data provável da publicação do texto, se for o caso.