

CONDUTA LESIVA À CONCORRÊNCIA: UMA ANÁLISE DO FENÔMENO DA VERTICALIZAÇÃO NO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Thiago Martins Lage Bonsucesso¹

Resumo: O presente artigo analisa aspectos nocivos à livre concorrência, abordando questões relativas ao abuso de poder de mercado e ao fenômeno da verticalização no mercado dos planos de saúde no Brasil. Para tanto, analisa-se o processo administrativo aberto pelo Instituto Radiológico de Bento Gonçalves em face do plano de saúde PTS, o qual se negou a credenciar o instituto, sob a alegação de que dispunha de instalações próprias para o atendimento radiológico de seus afiliados.

Sumário: 1. Introdução - 1.1. Relatório da averiguação preliminar do CADE - 1.2. Justificativas para a recusa de contratar - 1.3. Parecer do CADE - 2. Controle da Concentração do Poder Econômico - 2.1. Mercado Relevante - 2.2. Processo de Verticalização - 3. Conclusão - 4. Referências Bibliográficas

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Washington Albino, a intervenção do Estado no Domínio Econômico pressupõe uma maneira de agir pela via da exceção, uma vez que ao se falar em intervenção, conserva-se o princípio

¹ Monitor Bolsista de Direito Civil II (Teoria Geral dos Contratos) da Universidade Federal de Minas Gerais. Membro do Grupo de Estudos em Direito Empresarial da Universidade Federal de Minas Gerais. Graduando em Direito na Universidade Federal de Minas Gerais.

ideológico liberal da abstenção do Estado, em termos de ação econômica direta.²

A atuação governamental no domínio econômico perdeu o nível de atuação direta, por força do disposto no art. 173 da Constituição Federal, mas conservou o potencial de sustentáculo de atividades econômicas. Neste contexto, a política econômica tem sido implementada através da fiscalização, do incentivo e do planejamento.³

O impulso para as reformas econômicas brasileiras, no contexto da Nova Ordem Internacional (1989), tem seu ponto de partida na redação do art. 175 da Constituição Federal, que prevê a prestação de serviços públicos sob o regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação,⁴ *ipsis litteris*:

Art. 175. Incumbe ao poder público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos.

Parágrafo único. A lei disporá sobre:

I - O regime das empresas concessionárias e permissionárias de serviços públicos, o caráter especial de seu contrato e de sua prorrogação, bem como as condições de caducidade, fiscalização e rescisão da concessão ou permissão;

II - os direitos dos usuários;

III - política tarifária;

IV - a obrigação de manter serviço adequado.

Na medida em que os serviços públicos passam a ser executados pelas empresas, ao Estado é atribuída a função reguladora, como disposto no art. 174 da CF/88:

“(…) como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor

² SOUZA, Washington Peluso Albino de. *Primeiras linhas de Direito Econômico*. 4 ed. São Paulo. (1999: p. 321)

³ LEOPOLDINO DA FONSECA, João Bosco. *Direito Econômico*. 7 ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro. Forense. (2014: p. 218)

⁴ Id. p. 219.

privado.”

Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pela Lei n. 9.961/00, entidade autárquica vinculada ao Ministério da Saúde, com o propósito de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.⁵

O Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), por sua vez, autarquia federal vinculada ao Ministério da Justiça, foi criado pela Lei nº 12.529/2011 com a finalidade de zelar pela livre concorrência no mercado, sendo responsável, no âmbito do Poder Executivo, pela investigação e decisão, em última instância, sobre a matéria concorrencial, bem como pelo fomento e disseminação da cultura da livre concorrência, exercendo as funções: preventiva, repressiva e pedagógica.⁶

Neste trabalho, analisamos o fenômeno da verticalização no mercado de planos de saúde no Brasil, sob o prisma de ambas as entidades,⁷ no que tange a regulação do mercado brasileiro de saúde suplementar, enquanto agentes estatais competentes para coibir abusos do poder econômico. A ANS como autarquia responsável pelo conjunto de medidas e ações do Governo que envolvam a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público,⁸ e o CADE como autarquia responsável pela análise e decisão sobre fusões, aquisições de controle, incorporações e outros atos de

⁵ Site oficial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>. Acesso em 21/05/2015.

⁶ Site oficial do Conselho Administrativo de Defesa da Concorrência (CADE). Disponível em: <http://www.cade.gov.br/Default.aspx?6dcd4ed259b778d261>. Acesso em 21/05/2015.

⁷ ANS e CADE

⁸ Id. Cit. 5.

concentração econômica entre grandes empresas que possam colocar em risco a livre concorrência.⁹

Para tanto, analisamos a regulação do fenômeno da verticalização do sistema de saúde suplementar brasileiro, pela ANS, e, no contexto material, o parecer do CADE sob o processo n. 08012.006899/2003-06, que aprecia a denúncia de suposta violação à livre concorrência.

1.1 RELATÓRIO DA AVERIGUAÇÃO PRELIMINAR DO CADE

O relatório da averiguação preliminar n. 08012.006899/2003-06 do CADE (Conselho Administrativo de Defesa Econômica), trata da representação do Instituto Radiológico Bento Gonçalves (IRGB) em face da Sociedade Dr. Bartholomeu Tacchini (SDBT) com o intuito de que se apurasse se a recusa de credenciamento do IRBG junto ao plano de saúde da SDBT constituiria prática lesiva à concorrência¹⁰.

Como consta do relatório, supramencionado, a SDBT era a entidade mantenedora do Hospital Tacchini (HT) e do Plano de Saúde Tacchimed (PST), sendo o HT o único hospital do município de Bento Gonçalves e o PST o único plano de saúde junto ao qual o HT era credenciado. O HT era, ainda, o único agente credenciado junto ao PST para a realização de exames radiográficos e ecografia.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), o PST detinha em 2005 aproximadamente 90% de participação no mercado relevante de planos de saúde no município de Bento Gonçalves, sendo o IRBG prestador de serviços de radiologia e ecografia na mesma cidade.

⁹ Id. Cit. 6.

¹⁰ CADE - Averiguação Preliminar n. 08012.006899/2003-06.

Com a prática denunciada era de restrição vertical com o objetivo de exclusão de concorrentes, a Secretaria de Direito Econômico (SDE)¹¹, à época, entendeu por analisar dois mercados, sob a ótica do produto: (i) planos de saúde, no qual a representada detém posição dominante, e (ii) prestação de serviços de radiologia e ecografia para clientes de planos de saúde e particulares, segmento em que concorrem representante e representada, e no qual se insere a suposta prática de infração à concorrência.

A SDE asseverou que a posição dominante da representada, por si só, não resultaria em limitação da concorrência, por ter decorrido de sua maior eficiência - invocando, para tanto, o parágrafo 1º do artigo 20 da Lei 8.884 de 1994. No presente caso, a verticalização representaria a criação de economias de escopo e redução de custos de transação. Esses fatores gerariam economia de recursos para a sociedade, a qual provavelmente proporcionaria a redução dos valores pagos pelos consumidores finais.

A SDE considerou haver evidência de eficiência na verticalização do presente caso, pois, apesar de a participação de mercado do PST alcançar mais de 90%, segundo os dados da época, no segmento de planos de saúde de Bento Gonçalves, os preços praticados pelo representante no mercado *downstream* de prestação de serviços de radiologia e ecografia eram superiores aos da própria representada¹².

Outrossim, considerou relevante o fato de a negativa de credenciamento do IRBG pela SDBT não ter levado à eliminação de concorrentes ou limitação da concorrência - em especial o representante, que permaneceu no mercado prestando serviços de radiologia e ecografia por meio de plano

¹¹ A Lei n. 12.529/2011, que atualmente estrutura o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência, revogou os dispositivos da Lei n. 8.884/1994 e reestruturou o CADE, que absorveu as competências da Secretaria de Direito Econômico (SDE).

¹² Informação constante às fls. 1301 dos autos averiguação preliminar do CADE n. 08012.006899/2003-06.

de saúde concorrentes da representada (Bradesco, Ipê, Banco do Brasil, CEF, Banrisul, Sener Saúde, Amil, Ulbra Saúde e Unimed). Frisou que o representante prestava serviços no mercado de Bento Gonçalves há mais de vinte e cinco anos e a prática questionada perdurava há mais de cinco anos, tendo sido incapaz de eliminar concorrentes do mercado de prestação de serviços médicos de radiologia e ecografia.

Neste contexto, o CADE analisou a recusa de contratar, cuja temática representa um dos tópicos de análise mais complexa no âmbito do Direito Concorrencial, uma vez que a norma concorrencial, em princípio, parece tolher um dos direitos basilares de um agente econômico, qual seja: a liberdade de iniciativa.

1.2 JUSTIFICATIVAS PARA A RECUSA DE CONTRATAR

No que tange a análise de indício de prática de conduta lesiva à concorrência, relativa ao processo de verticalização, algumas justificativas pertinentes, do ponto de vista técnico, foram observadas na averiguação preliminar realizada pelo CADE, quais sejam:

- Proteção dos consumidores (recusa de contratar membros não qualificados para a prestação de serviço)
- Inadimplência
- Aumento de eficiência com redução de custos

Em princípio, a verticalização observada no caso em tela, entre o PST e o HT, teria gerado economias de escopo e redução de custos de transação tornando a representada mais eficiente que outros prestadores, sendo, portanto, considerado um caso de verticalização eficiente, com ausência de conduta anticompetitiva.

1.3 PARECER DO CADE

De acordo com o CADE, uma intervenção para que o PST credenciasse o IRBG, por si só, não garantiria que os efeitos desejados pela autoridade antitruste fossem alcançados, pois o SBDC não teria condições de monitorar os preços praticados pelos planos de saúde. Como resultado, a ação poderia reduzir as eficiências alegadas pela HT e PST sem auferir os benefícios de um possível aumento de concorrência no mercado.

Assim, uma intervenção poderia causar um padrão de concorrência ineficiente em um mercado no qual existiam elementos que indicavam a presença de rivalidade entre as empresas, uma vez que a conduta do PST e do HT não gerou prejuízos à concorrência.

Não está claro se a verticalização como forma de promover a eficiência entre planos e a rede credenciada seria o caminho mais adequado nestes mercados, mas menos claro ainda seria a conveniência de uma intervenção do órgão da concorrência, especialmente em se tratando de mercado com indícios de rivalidade¹³.

Contudo, não foram confirmados os indícios de infração à ordem econômica e a averiguação preliminar foi arquivada.

2. CONTROLE DA CONCENTRAÇÃO DO PODER ECONÔMICO

É cada vez maior o número de operações de aquisição de hospitais por planos de saúde (ou de aquisição de planos de saúde por operadoras concorrentes, sendo ambos já verticalizados). Em alguns mercados geográficos analisados pelo CADE, parte significativa dos hospitais, mesmo em grandes cidades, já pertencia a uma ou poucas operadoras de planos de saúde, como no AC 08012.000229/2008-8212, no

¹³ Averiguação preliminar do CADE n. 08012.006899/2003-06.

qual cerca de 30% dos leitos hospitalares pertenciam a um único grupo econômico¹⁴.

O controle da concentração do poder econômico a ser feito pelo CADE no exercício da sua função preventiva está disciplinado no artigo 54, da Lei 8.884 de 1994:

“Art. 54. Os atos, sob qualquer forma manifestados, que possam limitar ou de qualquer forma prejudicar a livre concorrência, ou resultar na dominação de mercados relevantes de bens e serviços, deverão ser submetidos à apreciação do CADE.

Como destaca Pedro Dutra, a forma do ato jurídico de que trata o artigo 54 não interessa à prevenção do abuso do poder econômico, a Lei refere-se a “atos sob qualquer forma manifestados”. No regime constitucional vigente, de livre iniciativa, cabe às partes contratantes determinar a forma do ato jurídico que vão celebrar, desde que não contrário à Lei. O que interessa ao CADE examinar são os efeitos irradiados do ato realizado a se projetar sobre o mercado concorrencial, e estes irão irradiar-se do ato jurídico necessariamente¹⁵.

Como se pode constatar da averiguação preliminar n.08012.006899/2003-06, o caso foi analisado a partir de três pontos principais, quais sejam: (i) a detenção de poder de mercado por parte do PST, (ii) a existência de justificativas objetivas para a recusa de contratar com o IRBG e (iii) a potencialidade de danos substanciais à concorrência no mercado de prestação de serviços de radiologia e ecografia¹⁶.

De acordo com o mesmo documento, supramencionado, para fins de delimitação do escopo da presente análise, a determinação de mercados relevantes no setor de saúde

¹⁴ Selected Works of carlos Ragazzo. *Desafios da análise do CADE no setor de planos de saúde (Janeiro de 2011)*. Disponível em: <http://works.bepress.com/carlos_ragazzo/12>. Acesso em 21.05.2015.

¹⁵ DUTRA, Pedro. *Livre concorrência e regulação de mercados: estudos e pareceres*. Rio de Janeiro: Renovar. (2003: p. 330).

¹⁶ Disponível em: <http://www.cade.gov.br/temp/t91020146461139.pdf>. Acesso em 21.05.2015.

complementar foi definida a partir da dimensão geográfica de seus prestadores de serviços, pois é com base na rede de prestadores de serviço que o consumidor opta pela escolha do plano.

2.1. MERCADO RELEVANTE

De acordo com João Bosco Leopoldino da Fonseca, a expressão “Mercado relevante” advém de uma tradução literal do inglês (relevant market), que tem justamente o sentido de determinar-se o mercado pertinente, o mercado que interessa, o mercado sobre o qual se questiona (le marche em cause). O autor destaca, ainda, citando Posner e Easterbrook que, “dada a importância prática da participação de mercado na identificação de monopólio ou de poder de mercado, a definição de mercado – a decisão sobre quais produtos e que vendedores nele incluir – torna-se a questão determinante em muitos casos.”¹⁷

O caso em tela enquadra-se nas seguintes hipóteses de condutas contra a ordem econômica, nos termos do artigo 21, *ipsis litteris*:

Art. 21. As seguintes condutas, além de outras, na medida em que configurem hipótese prevista no art. 20 e seus incisos, caracterizam infração da ordem econômica:

IV – limitar ou impedir o acesso de novas empresas ao mercado;

V – criar dificuldades à constituição, ao funcionamento ou ao desenvolvimento de empresa concorrente ou de fornecedor, adquirente ou financiador de bens ou serviços.

O direito de acesso ao mercado exige que não se erijam barreiras indevidas à entrada de competidores, como destacado por João Bosco Leopoldino da Fonseca em voto proferido no processo administrativo n. 53500-000359-99, do CADE,

¹⁷ R.A Posner; F. H. Easterbrook. *Antitrust: Cases, economic notes, and other materials*, 2ª ed., (1981: p. 353).

abaixo:

“A recusa em contratar nem sempre é ilegal de acordo com o princípio da autonomia da vontade, como ensina o Professor Caio Mário da Silva Pereira, em seu livro *Instituições de Direito Civil*, vol. III, p. 10:

A ordem jurídica, que assegura aos indivíduos a faculdade de criar direito e estabelecer uma vinculação efetiva, não se contenta com isto, e concede-lhes a liberdade de contratar. (...)

Mas este princípio não pode ser absoluto, nem refletir a realidade social em sua plenitude. Acima da autonomia da vontade encontra-se o poder regulador estatal que defende as normas de ordem pública (...)

Assim, há que haver um equilíbrio entre a autonomia da vontade e as normas de ordem pública para que não se atente contra a justiça e contra o equilíbrio do mercado e no mercado¹⁸.

2.2 PROCESSO DE VERTICALIZAÇÃO

Como destacado por Perry (1989), citado em Canêdo-Pinheiro e Pioner (2006),¹⁹ uma firma pode ser descrita como verticalmente integrada "*se abrange dois processos produtivos em que: a) toda a produção do processo upstream é empregada como um insumo intermediário no processo downstream ou; b) toda a produção do processo downstream é obtida de parte (ou de toda) a produção do processo upstream*".

Acerca da legitimidade dos acordos horizontais e verticais, João Bosco Leopoldino da Fonseca destaca o parecer do Professor Werter Faria, invocando o ensinamento de Thiesing-Schroter-Hochbaum:

¹⁸ FONSECA, João Bosco Leopoldino da. *Lei de proteção da concorrência: (Comentários à Legislação Antitruste)*. Rio de Janeiro: Forense. (2007: p. 241).

¹⁹ CANÊDO-PINHEIRO, Maurício e PIONER, Heleno. *Concentrações verticais e poder de compra em atos de concentração horizontal*. In: Métodos quantitativos em defesa da concorrência e regulação econômica. Coord.: FIUZ, Eduardo e MOTTA, Ronaldo. Rio de Janeiro. IPEA. 2006.

“Os acordos que restringem a concorrência são proibidos, sem qualquer distinção, conforme as empresas em causa estejam situadas no mesmo estágio ou estágios diferentes do processo econômico. Portanto, a disposição proíbe não somente as restrições da concorrência entre concorrentes (acordos horizontais) mas também as restrições da concorrência verticais (...).

A partir do momento em que uma empresa entra a fazer parte de um mercado e, principalmente, desde que passa a fornecer neste mercado um serviço público por concessão governamental e desde que ali assume posição dominante, sujeita-se a um contexto normativo constitucional e legal que supera as vinculações que atingem outras empresas.

Se outras empresas, principalmente as que detêm posição dominante, não podem dividir mercados, não podem limitar ou impedir o acesso de outras empresas, não podem criar dificuldade ao funcionamento ou ao desenvolvimento de empresas concorrentes e não podem discriminar adquirentes ou fornecedores de bens ou serviços, com muito maior razão estão sujeitas a tais restrições de ordem constitucional e legal as empresas que detêm posição dominante em consequência de uma concessão administrativa²⁰.

Como destacado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp-SP), na busca pela redução do custo de transação, as operadoras passaram a ter seus próprios hospitais, seus laboratórios de análises e a contratar médicos como assalariados, na maioria das vezes desrespeitando a legislação trabalhista e precarizando o vínculo. Desta forma, passaram a ter o controle sobre toda a linha de serviços, monopolizando o mercado²¹.

²⁰ FONSECA, João Bosco Leopoldino da. *Lei de proteção da concorrência: (Comentários à Legislação Antitruste)*. Rio de Janeiro: Forense. (2007: p. 243-244).

²¹ *Os médicos e os planos e saúde - Guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras*. Coordenação de Renato Azevedo Júnior; Mário Scheffer e Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Câmara Técnica de Saúde Suplementar do Cremesp, 2012. Cap. 14 – Os Riscos da Verticalização. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=livro&pg=36>. Acesso em 21.05.2015.

De acordo com estudo realizado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no primeiro semestre de 2014, a pedido do Jornal *O Estado de São Paulo*, pelo menos 40% dos planos de saúde dispunham de rede própria de atendimento, formada por hospitais, ambulatorios e centros de exames laboratoriais.²² Trata-se, portanto, de uma tendência do setor em busca de redução de custos, o que nem sempre se converte em eficiência nos serviços prestados.

O Cremesp-SP apontou prejuízos, também, para os médicos: "Quem é contratado para atender em um hospital de operadora tem suas decisões limitadas. Perde autonomia até para solicitar exames." Para Rosa, aumentar a fiscalização sobre a rede própria dos convênios é parte das medidas necessárias para proteger os direitos dos usuários. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por sua vez, se manifestou dizendo que modelo é visto com preocupação, no entanto, afirmou que as normas existentes já servem para fiscalizar a verticalização do sistema.

Iolanda Ramos, presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), identificou três objetivos principais no processo de verticalização do sistema de saúde brasileiro, quais sejam: (i) o aumento do poder de negociação em função de menor dependência do mercado, (ii) a incorporação controlada de novas tecnologias e (iii) a redução de incertezas relacionadas à evolução futura dos custos médicos, possibilitando um horizonte de planejamento de longo prazo²³.

No entanto, como mencionado por Jorge Luiz

²² 40% dos planos de saúde já oferecem hospitais e laboratórios próprios. Estadão. Disponível em: <http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,40-dos-planos-de-saude-ja-oferecem-hospitais-e-laboratorios-proprios-imp-,1125988>. Acesso em 21.05.2015.

²³ RAMOS, Iolanda. *Verticalização e Auditoria*. Debates GVsaúde - Revista GVsaúde da FGV-EAESP. Primeiro Semestre de 2011. Número 11 (2011: p.25). Disponível em: <http://gvsauade.fgv.br/sites/gvsauade.fgv.br/files/Debates11.pdf>. Acesso em 21.05.2015.

Fagundes,²⁴ é importante observar que apesar de atos de concentração, de qualquer natureza, bem como condutas que resultem na eliminação da concorrência, gerarem diversos tipos de eficiências econômicas, em particular eficiências estáticas no âmbito da produção e distribuição de produtos e de custos de transação, ou em termos de diferenciação de produtos ou ainda dinâmicas, no campo das inovações de produtos e processos, tais estratégias – incluindo aquelas voltadas para a redução da concorrência através de fusões, aquisições e joint-ventures – também implicam o surgimento de ineficiências, tais como: ineficiência na alocação de recursos (ineficiência na produção agregada), excesso ou escassez de diferenciação e mesmo aquelas de natureza dinâmica.

Em outra matéria veiculada no Jornal *O Estado de São Paulo*, também no primeiro semestre de 2014, o presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, João Ladislau Rosa, contestou os benefícios da verticalização e negou os benefícios citados pelas operadoras: "Só quem ganha com isso é o plano de saúde. A partir do momento em que a livre escolha acaba, não há vantagens para o usuário. Ainda que iniciem o tratamento necessário no local de sua preferência, os pacientes podem ser transferidos a qualquer momento para a rede própria do plano".²⁵

O mercado de planos de saúde no Brasil vive um processo de verticalização perceptível desde os anos 1970 e 1980, quando hospitais privados e mesmo filantrópicos criaram e passaram a vender seus próprios planos de saúde. A partir de 1990, no entanto, foram as operadoras que começaram a abrir

²⁴ FAGUNDES, Jorge Luiz S. S. *Fundamentos econômicos das políticas de defesa da concorrência – Eficiência Econômica e Distribuição de Renda em Análises Antitruste*. São Paulo : Singular. (2003: p. 162).

²⁵ *Cremesp critica prática e pede nova regulamentação*. Estadão. Matéria publicada em 03 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,cremesp-critica-pratica-e-pede-nova-regulamentacao-imp-,1125991>. Acesso em 21.05.2015.

ou comprar hospitais, formando sua rede própria²⁶.

Para os médicos, a verticalização representou uma ameaça ao mercado de trabalho, já que as operadoras passaram a ter controle muito maior sobre os prestadores de serviço, comprometendo, em muitos casos, a qualidade do serviço prestado. Como a ANS não regulamentou esse processo de verticalização – nem obteve sucesso na regulação da relação prestador e operadora – a tendência é que as relações se tornem ainda mais difíceis e desequilibradas²⁷.

Verifica-se uma considerável tendência ao processo de verticalização tanto no Brasil, quanto no exterior, fundamentada por uma noção mais avançada de *eficiência dinâmica dos mercados*²⁸. É crescente nas legislações e nos órgãos responsáveis por sua aplicação, tanto nos EUA como na Europa, a aceitação de defesas de operações de aquisição, fusão e *joint ventures* que aumentem a concentração industrial, com base em alegação bem fundada de promoção de maior eficiência produtiva, técnica e organizacional, em benefício pelo menos parcial dos consumidores e sem prejuízo da concorrência²⁹.

²⁶ *Os médicos e os planos e saúde - Guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras*. Coordenação de RENato Azevedo Júnior; Mário Scheffer e Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Câmara Técnica de Saúde Suplementar do Cremesp, 2012. Cap. 14 – Os Riscos da Verticalização. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=livro&pg=36>. Acesso em 21.05.2015.

²⁷ *Os médicos e os planos e saúde - Guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras*. Coordenação de RENato Azevedo Júnior; Mário Scheffer e Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Câmara Técnica de Saúde Suplementar do Cremesp, 2012. Cap. 14 – Os Riscos da Verticalização. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=livro&pg=36>. Acesso em 21.05.2015.

²⁸ Afonso, 1992. *Ensaio sobre economia e direito da concorrência* – Mario Luiz Possas... (et al.). – São Paulo : Singular, (2002: p. 26)

²⁹ Id. p. 27.

3. CONCLUSÃO

A expansão do mercado de planos de saúde privados no Brasil é reflexo da ineficiência das políticas públicas ligadas ao setor, incapazes de atender toda a demanda da população. Tal carência na tutela do acesso aos serviços de saúde básicos, por parte, sobretudo, da população carente, não permite que este mercado seja regulado unicamente pelo viés econômico e pela lógica liberal.

O processo de verticalização observado no setor não pode ser legitimado unicamente pelo conceito de maior eficiência produtiva, técnica e organizacional, em benefício parcial de consumidores e prestadores de serviços, uma vez que o setor da saúde não pode ser regido fundamentalmente pela lógica de mercado e pela mera ideia de redução de custos.

Concluimos, portanto, que o processo histórico de verticalização no mercado de planos de saúde brasileiro é nocivo à concorrência e afeta diretamente a qualidade do serviço oferecido, ocasionando a formação de monopólios em determinadas regiões e cerceando, diretamente, o direito de escolha do usuário à rede credenciada, fato que também contribui para a desvalorização do profissional da saúde, afetando a qualidade e diversidade dos serviços prestados.



4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4.1. LIVROS

- CANÊDO-PINHEIRO, Maurício e PIONER, Heleno. *Concentrações verticais e poder de compra em atos de concentração horizontal*. In: *Métodos quantitativos em defesa da concorrência e regulação econômica*. Coord.: FIUZ, Eduardo e MOTTA, Ronaldo. Rio de Janeiro. IPEA. 2006.
- Ensaio sobre economia e direito da concorrência* – Mario Luiz Possas... (et al.). – São Paulo : Singular, 2002.
- DUTRA, Pedro. *Livre concorrência e regulação de mercados: estudos e pareceres*. Rio de Janeiro: Renovar. 2003.
- FAGUNDES, Jorge Luiz S. S. *Fundamentos econômicos das políticas de defesa da concorrência – Eficiência Econômica e Distribuição de Renda em Análises Antitruste* – São Paulo : Singular. 2003.
- FONSECA, João Bosco Leopoldino da. *Direito Econômico*. 7 ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro. Forense. 2014.
- FONSECA, João Bosco Leopoldino da. *Lei de proteção da concorrência: (Comentários à Legislação Antitruste)*. Rio de Janeiro: Forense. 2007.
- R.A Posner; F. H. Easterbrook. *Antitrust: Cases, economic notes, and other materials*, 2º ed., 1981.
- SOUZA, Washington Peluso Albino de. *Primeiras linhas de Direito Econômico*. 4 ed. São Paulo. 1999.
- WHISH Richard. *Competition Law*. 5º ed. Oxford University Press, 2003.

4.2 PUBLICAÇÕES DISPONÍVEIS NA INTERNET

Cremesp critica prática e pede nova regulamentação. Estadão. Matéria publicada em 03 de fevereiro de 2014. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,cremesp-critica-pratica-e-pede-nova-regulamentacao-imp-,1125991>>.

Acesso em 21.05.2015.

Os médicos e os planos e saúde - Guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras. Coordenação de Renato Azevedo Júnior; Mário Scheffer e Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Câmara Técnica de Saúde Suplementar do Cremesp, 2012. Cap. 14 – Os Riscos da Verticalização. Disponível em:

<<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=livro&pg=36>>. Acesso em 21.05.2015.

RAMOS, Iolanda. *Verticalização e Auditoria.* Debates GVsaúde - Revista GVsaúde da FGV-EAESP . Primeiro Semestre de 2011 . Número 11 (2011: p.25). Disponível em:

<http://gvsauade.fgv.br/sites/gvsauade.fgv.br/files/Debate_s11.pdf>. Acesso em 21.05.2015.

Selected Works of Carlos Ragazzo. *Desafios da análise do CADE no setor de planos de saúde (Janeiro de 2011).* Disponível em:

<http://works.bepress.com/carlos_ragazzo/12>. Acesso em 21.05.2015.

40% dos planos de saúde já oferecem hospitais e laboratórios próprios. Estadão. Disponível em:<<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,40-dos-planos-de-saude-ja-oferecem-hospitais-e-laboratorios-proprios-imp-,1125988>>. Acesso em 21.05.2015.