

Escola de **ECONOMIA** de São Paulo

**Textos para
Discussão**

263

Julho
de 2010



**COOPERATIVAS MÉDICAS: ILÍCITO
ANTITRUSTE OU GANHO DE BEM-ESTAR?**

SÍLVIA FAGÁ DE ALMEIDA
PAULO FURQUIM DE AZEVEDO



Os artigos dos *Textos para Discussão da Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas* são de inteira responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a opinião da FGV-EESP. É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos, desde que creditada a fonte.

Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas FGV-EESP
www.fgvsp.br/economia

Cooperativas médicas: ilícito antitruste ou ganho de bem-estar?

Sílvia Fagá de Almeida
FGV-EESP

Paulo Furquim de Azevedo
FGV-EESP

Resumo:

Um fenômeno verificado no mercado de saúde é a coordenação de médicos em cooperativas médicas para fazer frente ao exercício de poder de compra por parte das operadoras de planos de saúde. Na linha dos argumentos de Galbraith (1952), esse tipo de arranjo pode ser entendido como criação de poder compensatório, procurando dirimir a assimetria de poder na negociação entre médicos e operadoras. Entretanto, essa ação concertada entre prestadores de serviços de saúde tem sido condenada pelas autoridades de defesa da concorrência com base na interpretação de que essa coordenação entre médicos constitui formação de cartel, que é considerado um ilícito antitruste. Verifica-se, portanto, uma incoerência entre a atuação das autoridades de defesa da concorrência e a tese de poder compensatório. A análise empírica – utilizando o método econométrico de painel – indica que, no setor de saúde suplementar, pelo menos na dimensão preço, existe a possibilidade de efeitos positivos associados ao poder compensatório, resultado que desafia a prática antitruste corrente.

Abstract:

Physicians often coordinate themselves into cooperatives in order to counteract the exercise of purchasing power by health insurance firms. According to Galbraith (1952), this kind of arrangement can be understood as the establishment of countervailing power, reducing the power asymmetry in negotiations involving physicians and health insurance companies. However, this agreement among physicians, presumably competitors, has been condemned by antitrust authorities based on the interpretation that such collective bargain is a cartel – an antitrust offence. Therefore, there is an inconsistency between antitrust interventions and the countervailing power theory. The empiric analysis – using panel data – concludes that in the healthcare sector, at least in the price dimension, there is evidence of positive effects related to countervailing power. This finding contradicts current antitrust enforcement against medical cooperatives.

Palavras-chave: poder compensatório, defesa da concorrência, conduta uniforme, mercado de saúde suplementar.

Key-words: *countervailing power, competition policy, agreements among competitors, health care market.*

Classificação JEL: L41 L13 I11

1. Introdução

Médicos comumente se reúnem em cooperativas ou associações, com a finalidade de negociar o valor de seus serviços junto aos planos de saúde. Quase tão comuns são as condenações por parte das autoridades antitruste a este tipo de arranjo, que somam 73% das condenações do CADE de 1994 a 2006, e quase todos os anos levam médicos à prisão nos EUA. Tais decisões, entretanto, são tomadas sem fundamentação empírica que, de fato, indique que tais condutas implicam prejuízo ao bem-estar social. Mais surpreendente, não há consenso na teoria econômica a respeito da existência de prejuízo social decorrente desse tipo de conduta concertada, em particular quando esta tiver por objetivo a criação de poder compensatório. Em síntese, parte relevante da política de defesa da concorrência não tem lastro no conhecimento econômico teórico ou empírico.

Este artigo investiga empiricamente qual é o efeito da criação de cooperativas médicas, que ofertam serviços às operadoras de planos de saúde, sobre o preço pago pelo consumidor final, confrontando, desse modo, a prática corrente no antitruste, que trata esse tipo de associação como cartel, com a hipótese de criação de poder compensatório, segundo a qual esses arranjos poderiam resultar em ganhos de bem estar social.

Este problema não se restringe ao setor de saúde suplementar, embora seja nele mais evidente. A associação entre concorrentes é um fenômeno possivelmente tão comum quanto a firma, sendo a diferença entre ambas a estrutura de governança, contratual ou hierárquica, que coordena a produção a partir de ativos potencialmente concorrentes. Os propósitos desse tipo de associação são variados, podendo resultar em diversos benefícios ao coletivo dos concorrentes, tais como a exploração de ativos complementares, a oferta de bens coletivos e, por último e essencial à discussão que se segue, a coordenação de conduta comercial para fins de melhoria nas condições de negociação. Entre estas, há aquelas mais diretamente associadas à mera supressão da concorrência, ou seja, a tentativa de um grupo de concorrentes replicar o comportamento de um monopolista, com a conseqüente realização de lucros extraordinários. São os casos de cartéis, em suas mais variadas formas, os quais são consensualmente considerados pelas mais variadas jurisdições como ‘a mais grave das infrações antitruste’. Há, entretanto, tipos de coordenação de condutas comerciais que podem implicar ganhos de bem-estar social, seja por eventual redução de custos comuns de comercialização, tais como propaganda comum ou redução do número de contratos, seja por mitigar o exercício de poder de mercado pré-existente, no que Galbraith (1952) denominou por poder compensatório.

Mais precisamente, a criação de poder compensatório decorre da ação coordenada, que pode se traduzir na formação de associações, cooperativas, sindicatos ou ainda via fusões entre firmas, com vista à contraposição de poder de mercado de um grande consumidor ou vendedor. A idéia central é a de equilíbrio de forças entre agentes que interagem entre si. A atuação do poder compensatório ocorre no mesmo sentido da competição no que se refere à melhor alocação dos recursos, resultando em redução dos efeitos deletérios do exercício de poder de mercado pré-existente e, portanto, aumento do bem-estar.

Entretanto, não é toda elevação da concentração do mercado ou ação coordenada entre competidores que se traduz em poder compensatório e resulta em benefícios. Para que o aumento de poder de mercado seja benéfico, algumas condições são necessárias sendo que, em linhas gerais, dois elementos devem estar presentes. O primeiro, bastante evidente, é que exista, *ex-ante*, um poder pré-existente para ser compensado. Tão importante quanto esse critério é a existência de interdependência na relação entre os agentes envolvidos, de forma que nenhum destes tenha capacidade de impor as condições de negociação. Assim, os envolvidos têm incentivos a cooperar entre si, caracterizando uma barganha bilateral (Dobson *et al.* 1998). Na ausência do reconhecimento dessa interdependência, conforme será argumentado, o aumento da concentração poderia resultar em problemas de dupla-margem (Spengler, 1950 *apud* Tirole, 1988). A análise

empreendida por Dobson *et al.* (1998) corrobora os argumentos desenvolvidos inicialmente por Galbraith (1952) de que a criação de poder compensatório pode ser benéfica em termos de aumento de bem-estar. Mais recentemente, Almeida (2009) desenvolveu analiticamente as proposições de Dobson *et al.* (1998), corroborando o a tese de que, especialmente quando há reconhecimento de interdependência entre os agentes, a criação de poder compensatório é benéfica em termos de incremento de bem-estar social. Adicionalmente, Almeida (2009) conclui que, a depender das elasticidades da demanda e da oferta, o exercício de poder monopsônico pode ser mais deletério que o resultado de dupla margem, de tal modo que a formação de poder de mercado que mitigue o exercício de monopólio pode, mesmo ocorrendo dupla margem, gerar benefícios sociais. Nessa perspectiva, uma conduta concertada com fins de criação de poder compensatório seria convergente com o propósito da doutrina antitruste por diretamente mitigar assimetrias de poder na negociação entre os agentes.

O mercado de saúde é um locus interessante para investigar este problema. De um lado, o setor tende a ser concentrado, por conta de forte assimetria de informação e risco de insolvência, ao que se somou um marco regulatório conducente à concentração. De outro, os médicos, enquanto agentes que isoladamente estão em condições assimétricas de negociação, se organizam em associações para fazer frente ao poder de compra exercido pelas operadoras de plano de saúde. Trata-se, portanto, de um setor com características apropriadas para se confrontar a hipótese de mera cartelização com a de ocorrência de poder compensatório.

Além desta introdução, o trabalho está dividido em mais três partes. Na próxima seção é feita a discussão acerca da regulação e da intervenção antitruste no mercado de saúde suplementar. Em seguida, apresenta-se a análise empírica acerca dos impactos em termos de preço decorrentes da criação de cooperativas médicas. O último item traz as conclusões do estudo.

2. Mercado de saúde suplementar brasileiro: regulação e intervenção antitruste

As atividades de saúde suplementar iniciaram-se na década de 1960, como resultado de conquistas trabalhistas, quando algumas empresas do setor industrial começaram a oferecer serviços de saúde a seus funcionários. Posteriormente, surgiram os planos destinados às classes sociais menos carentes.

Com o passar do tempo, os serviços oferecidos pelo Estado não evoluíram de forma a atender a população no que se refere à assistência à saúde, ampliando a demanda para os serviços de saúde suplementar (Pereira, 2003). Por conta disso, no final da década de 1980, revelou-se a existência de vultoso mercado de planos de saúde, ao mesmo tempo em que houve intensificação da comercialização de planos individuais, a entrada decisiva de grandes seguradoras no ramo da saúde e a adesão de novos grupos de trabalhadores à assistência médica supletiva (Montone, 2002).

Em face ao crescimento acelerado de número e modalidades de operadoras, os problemas característicos desse mercado se tornaram explícitos. Durante a década de 1990, o mercado de saúde suplementar apresentou diversos problemas, tais como: restrições de cobertura e exclusão de procedimentos, cobrança e/ou cobertura irregular para portadores de doenças preexistentes, exigências indevidas para a admissão de pacientes, prazos e carências irregulares, falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas, insuficiência na abrangência geográfica do plano de saúde, descumprimento das normas de atendimento de urgência e emergência etc.

Diante disso, teve início em 3 de junho de 1998 o marco legal da regulação do mercado de saúde suplementar, com a edição da Lei nº 9.656 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. A regulamentação do setor, que entrou de fato em vigor em janeiro de 1999, homogeneizou os contratos de planos e seguros de saúde e, desde então, tem sofrido

transformações, uma vez que eram inúmeros os dispositivos que deveriam ser regulamentados (Montone, 2002 – Série ANS no 3).

Com efeito, diferentes características do setor de saúde suplementar indicam a necessidade de intervenção governamental de forma a ampliar a eficiência do funcionamento do mercado. Além da existência de externalidades – os impactos da assistência à saúde vão além do bem-estar do indivíduo que obteve acesso a tratamento médico, neste setor estão presentes características – como a assimetria de informação e o risco de insolvência – que conferem maior eficiência ao funcionamento do mercado à medida que existe um número reduzido de empresas de grande porte. Em outras palavras, existe uma tendência para que o mercado de assistência supletiva seja concentrado e, conseqüentemente, que estas empresas detenham poder econômico.

Em face dessas características intrínsecas à atividade de saúde supletiva, a intervenção governamental visa garantir não apenas que os investimentos realizados no setor sejam aqueles socialmente desejados, mas também que os consumidores não sejam lesados em resposta ao exercício de poder de mercado por parte das operadoras de planos de saúde.

De forma concretizar tais garantias, o marco regulatório foi responsável por introduzir diversas regras, tais como as condições de entrada, de saída e de permanência das operadoras, bem como a obrigação de oferta de um pacote mínimo de benefícios. Com isso, além do aumento dos custos, eliminou-se a possibilidade de diferenciar a cobertura dos serviços de saúde, ou seja, foi abolida a possibilidade de discriminação dos preços, alterando profundamente a estrutura de risco das operadoras (Vianna, 2003).

Em função disso, um dos resultados da regulação do mercado foi a saída das empresas de menor porte, que não detinham ganhos de economias de escala, eram menos eficientes e com maiores riscos de insolvência. Ou seja, aumentou a concentração deste mercado, que já era elevada por conta das próprias características intrínsecas às atividades relacionadas à saúde.

Constata-se que o problema na detenção de poder econômico das operadoras é agravado por outro três elementos que facilitam que este poder seja efetivamente exercido. Mais precisamente, o que facilita o exercício de poder de compra por parte das operadoras – foco desta análise – é basicamente a existência de “custos de mudança” (*switching costs*) dos médicos e de barreiras à entrada de novas empresas ofertantes de planos de saúde.

No que se refere ao primeiro quesito, a mudança de operadora por parte dos médicos resulta em perda de parte considerável dos pacientes que não são beneficiários da nova empresa de plano de saúde, não sendo trivial recomposição da “carteira de clientes” de forma rápida (Duclos, 2005). Nesse sentido, outro custo importante é que o tempo do prestador de serviços de saúde é “perecível”: quando um médico deixa de atender um paciente em um dia, esse tempo não pode ser recuperado (Duclos, 2006).

Além disso, a existência de barreiras à entrada de novas empresas de planos de saúde também deve ser considerada no sentido de facilitar o exercício do poder econômico detido pelas operadoras. Um dos obstáculos é a existência de custos irre recuperáveis relacionados ao gasto necessário para constituir uma marca e uma rede de provedores de qualidade (Duclos, 2005). A importância da marca não é só uma barreira à entrada de novas empresas competidoras, mas também dificulta que os médicos prestem serviços aos consumidores finais sem o intermédio de uma operadora. Isto é, uma vez que os prestadores de serviços de saúde não estão em condições equivalentes de concorrer, isoladamente, com as operadoras, a necessidade da marca como sinalizador da competência dos médicos representa um obstáculo para que os serviços de saúde sejam oferecidos diretamente. Tanto é que, de acordo com Falcão (2006), somente 20% dos médicos não trabalham para operadoras de planos de saúde.

Outro aspecto importante é que todas as empresas atuantes neste mercado devem respeitar determinados quesitos de capital de forma a evitar problemas de risco de insolvência. Esta pode ser considerada mais uma barreira à entrada na medida em que potenciais ingressantes necessitam de um investimento inicial elevado.

Portanto, as operadoras de plano de saúde não só detêm poder econômico, mas também estão em condições de exercê-lo, sobretudo a montante na cadeia. Diante dessa realidade, a principal estratégia adotada no sentido de reduzir custos tem sido a de fazer uso do poder de compra para impor limites ao preço cobrado pelos prestadores de serviços médicos. Em função da baixa remuneração e das suas conseqüências, os médicos – enquanto agentes econômicos de poder reduzido – têm se organizado em associações com o objetivo equilibrar a assimetria de poder na negociação com as empresas de planos de saúde.

No que concerne à formação das cooperativas médicas, pouco se tem a dizer acerca da regulação do mercado exercida pela ANS ou Ministério da Saúde. No entanto, a intervenção governamental deve ser analisada no que se refere à atuação das autoridades antitruste. Nesse sentido, os órgãos de defesa da concorrência até reconhecem a fragilidade dos médicos frente ao poder de compra das operadoras de planos de saúde. Conforme a passagem abaixo retirada do voto do Conselheiro Roberto Pfeiffer¹:

“[P]arece-me legítimo que os médicos organizem-se por meio de cooperativas o que lhes permite inclusive, melhores condições de negociar com as operadoras de planos de saúde e seguro-saúde, detentores de inegável poder de barganha. No entanto, para que tal precificação seja legítima, ao fazê-lo devem observar os limites da legislação”

É justamente na interpretação dos limites determinados pelo Direito Antitruste que reside o problema que os médicos têm enfrentado com as autoridades de defesa da concorrência: esse tipo de coordenação entre os prestadores de serviços médicos tem sido condenado pelas autoridades antitruste, sendo interpretada como formação de cartel, considerado ilícito pela legislação brasileira.

A seguinte passagem do voto do Conselheiro-Relator Ruy Afonso de Santacruz Lima² evidencia que, há anos, esse é um assunto em pauta e, desde 1998, já era possível verificar a jurisprudência firmada em favor da condenação desse tipo de arranjo entre profissionais da saúde.

“A despeito das características particulares de cada caso julgado, é patente a uniformidade das decisões e a clareza da jurisprudência firmada no Cade, na condenação de tabelas de preços elaboradas e divulgadas por sindicatos, associações ou Conselhos do setor de serviços de saúde.”

O seguinte trecho do voto da Conselheira-Relatora Lúcia Helena Salgado e Silva³ comprova que esse tipo de arranjo entre médicos é entendido como formação de cartel:

“[C]onstituem infração da ordem econômica, independentemente de culpa, os atos sob qualquer forma manifestados, que tenham por objeto ou possam

¹ Voto no Processo Administrativo Processo Administrativo nº 08012.007042/2001-33, de 27 de julho de 2005. Representante: UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (antigo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS) e Representadas: Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas da Bahia – COOPANEST/BA, Cooperativa do Grupo Particular de Anestesia S/C Ltda. – GPA.

² Voto no Processo Administrativo nº 08000.011521/94-11, de 14 de outubro de 1998, Representante: Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS, Representado: Sindicato dos Laboratórios de Análises Clínicas do Rio Grande do Sul – SINDILAC. In DOU de 30 de outubro de 1998.

³ Voto no Processo Administrativo nº 08000.002322/96-57, de 09 de fevereiro de 2000, Representada: Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Paraná – FEHOSPAR e Representada: Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo. In DOU de 20 de março de 2000, Seção 1, caderno eletrônico, pág. 1.

produzir os seguintes efeitos, ainda que não sejam alcançados: (...) As provas dos autos demonstraram que o representado atuou de forma a subverter os mecanismos de formação de preços dos serviços médico - hospitalares, induzindo suas entidades filiadas à prática de conduta cartelizada entre concorrentes.”

O entendimento mais comum por parte dos órgãos de defesa da concorrência é que a criação de poder de mercado dos médicos resulta em preços mais elevados de seus serviços e as operadoras repassam esse aumento de custo para o preço do seguro pago pelo consumidor final (resultado de dupla-margin). Esse entendimento é retratado com a seguinte passagem do voto do Conselheiro Luis Fernando Schuartz⁴:

“Em particular, mesmo as eventuais assimetrias de poder de negociação entre médicos e os “grandes planos de saúde” não são suficientes para legitimar ações concertadas por parte dos primeiros quanto à fixação dos preços cobrados pela prestação de seus serviços. Ainda que seja “compreensível”, a ação concertada de médicos “visando simplesmente a contrabalançar o poder de barganha dos planos de saúde” tenderia apenas a incrementar os custos para os consumidores finais.”

Portanto, verifica-se uma incongruência entre a jurisprudência e a teoria econômica. Logo, as autoridades de defesa da concorrência precisam ser cautelosas no reconhecimento da diferença entre poder compensatório e poder de mercado “original”, combatendo este último, mas preservando o primeiro. Para tanto, faz-se necessário que as autoridades antitruste passem a reconhecer a existência de outro mecanismo auto-regulador da economia além da concorrência.

Diante disso, é importante reavaliar esse alinhamento de conduta dos prestadores de serviços de saúde sob a ótica do proposto pela teoria econômica, ponderando os possíveis benefícios e prejuízos. O estudo empírico do mercado de saúde suplementar brasileiro permite verificar se, ao menos neste setor, a ação coordenada dos prestadores de serviços médicos ocorre no sentido de criar poder compensatório e aumentar o bem-estar social. O próximo item se dedica a apresentar esta análise.

3. Análise Empírica

A fim de investigar o efeito de ação concertada como instrumento de geração de poder compensatório, este artigo avalia os impactos da formação de cooperativas médicas sobre os preços dos planos/seguros de saúde para o consumidor final. Essa discussão é importante uma vez que é justamente nos efeitos sobre o preço final que reside uma das maiores críticas à teoria de poder compensatório de Galbraith. Ele defende que, em uma economia caracterizada por grandes produtores, esse poder de mercado deve ser combatido com a formação de outros “gigantes”, mas a questão remanescente é como esses ganhos serão repartidos com consumidores. Para Galbraith (1952), em um contexto de deflação, os varejistas seriam estimulados a repassar os ganhos aos consumidores via redução de preço. Entretanto, de acordo com Whitney (1953), momentos em que se verifica pressão inflacionária são bastante importantes e, neste cenário, o agente que obteve poder compensatório não teria, necessariamente, incentivos para dividir o seu ganho com os consumidores. Whitney (1953) também considera a possibilidade de, na prática, o poder

⁴ Voto no Processo Administrativo n.º 08012.007042/2001-33 de 26 de abril de 2006. Representante: União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS (antigo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde - CIEFAS) e Representadas: Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas da Bahia – COOPANEST-BA, Cooperativa do Grupo Particular de Anestesia S/C Ltda – GPA.

compensatório criado resultar em aumento de preço para o consumidor – que seria o resultado de dupla-margem⁵.

Além disso, a atenção da doutrina antitruste é praticamente exclusiva para os impactos sobre os consumidores – o que não é uma peculiaridade da política antitruste brasileira. Pioner & Canêdo-Pinheiro (2005) realizaram um estudo no qual compilaram informações de diversos países e a conclusão foi que o alvo da intervenção é, em geral, o consumidor, sobretudo os efeitos verificados na dimensão preço.

Por fim, ainda que os impactos em termos de qualidade sejam bastante importantes no mercado de saúde suplementar, estes envolvem elevado grau de subjetividade, não sendo verificáveis facilmente.

O estudo prossegue apresentando a metodologia que será empregada – análise de dados em painel –, bem como a base de dados que será utilizada. Ao final deste item, serão apresentados os resultados dos modelos econométricos para diferentes testes acerca dos impactos da formação de cooperativas médicas, da criação de poder compensatório e das intervenções das autoridades de defesa da concorrência.

3.1. Metodologia econométrica – dados em painel

A análise econométrica empreendida neste estudo faz uso do método de dados em painel. Esta é uma técnica que utiliza informações em duas dimensões: dados em *cross-section* (N observações) e disponíveis ao longo do tempo (T períodos). Essa metodologia permite uma análise mais acurada por conta de diferentes motivos. Em primeiro lugar, porque viabiliza o tratamento de questões econômicas que não poderiam ser respondidas com análise baseada em dados apenas em *cross-section* ou de séries de tempo. Isso é válido, sobretudo para análises dinâmicas do comportamento da economia. Além disso, a análise de dados em painel aumenta o número de observações, elevando os graus de liberdade e reduzindo a colinearidade entre as variáveis explicativas. Com isso, é maior a eficiência dos parâmetros estimados (Hsiao, 2003).

Por fim, outra motivação importante para o uso desse tipo de variável é a questão das variáveis omitidas, problema bastante comum em análises econômicas (Hsiao, 2003). Estas são, em geral, entendidas como características intrínsecas ao indivíduo e que não variam ao longo do tempo – ou seja, é um efeito que é diferente entre as observação em *cross-section*. A análise de dados em painel possibilita tratar esse tipo de problema com a utilização de diferentes métodos de estimação.

Em todos os testes empreendidos, utilizou-se o modelo de Efeito Fixo⁶, que demanda hipóteses menos restritivas para que os estimadores sejam consistentes. Para a análise, é utilizado o *software* STATA e, em todas as regressões econométricas realizadas neste estudo utilizam a matriz robusta de variância e covariância. Dessa forma, a inferência estatística pode ser feita mesmo existindo

⁵ Na medida em que os fornecedores se coordenem de forma a negociar coletivamente as condições do contrato – criando poder compensatório e equilibrando a assimetria de força na transação –, é de se esperar que esses agentes aumentem o preço do insumo. Sendo assim, o produtor monopsonista pode ter incentivos a repassar esse aumento de custo para o preço do consumidor final.

⁶ A comparação entre os estimadores obtidos nos modelos de painel de efeitos aleatórios e efeitos fixos possibilita a realização do teste de Hausman. Este teste tem como hipótese nula que a diferença entre os coeficientes encontrados para as variáveis explicativas nos dois modelos é não sistemática, ou seja, que os coeficientes são estatisticamente iguais (Wooldridge, 2002). Se os dois modelos apresentarem resultados estatisticamente iguais, isso quer dizer que não existe problema de vies de omissão associado ao termo c_i . Ou seja, este efeito não observável não é correlacionado com nenhuma variável independente. Sendo assim, utiliza-se o modelo em efeitos aleatórios, uma vez que este é mais eficiente. No entanto, se o teste indicar que os coeficientes são estatisticamente diferentes, então os estimadores obtidos pelo modelo em efeitos fixos é o mais adequado por corrigir o vies de omissão, uma vez que, neste caso, c_i é correlacionado com as variáveis independentes.

problemas como heterocedasticidade e autocorrelação, não sendo necessário inserir ajustes para corrigir problemas dessas naturezas (Wooldridge, 2002)⁷.

3.2. Base de dados da pesquisa e variáveis de interesse

A aplicação da metodologia de dados em painel utilizará informações anuais para quatro períodos: 2003, 2004, 2005 e 2006. Ademais, os dados estão segmentados por municípios. Esta divisão municipal pode ser considerada a melhor forma de agrupar as informações respeitando o que a literatura antitruste denomina de mercado relevante na dimensão geográfica. De acordo com Salgado, (1997), esta definição tem como função delimitar as fronteiras do espaço econômico da análise antitruste. Mais precisamente, esta delimitação é realizada de forma a garantir que os produtos/serviços substitutos estão disponíveis ao consumidor de uma determinada região⁸.

Além disso, vale salientar que o mercado relevante geográfico da contratação de serviços médicos (segmento *upstream*) é o mesmo que o da contratação de planos de saúde pelos consumidores (segmento *downstream*). Isso porque o principal fator responsável pela delimitação da área de atuação das operadoras é a mobilidade dos agentes, sendo que esta é bastante restrita tanto para os médicos quanto para os consumidores finais. Em outras palavras, em geral, os médicos não se locomovem por longas distâncias para atender pacientes; analogamente, os beneficiários não se deslocarão para regiões muito longínquas de suas residências para obter tratamento médico.

Sobre a dimensão produto da definição do mercado relevante, o foco da análise é o impacto da conduta concertada entre médicos sobre os preços de planos de saúde no que se refere ao provimento de serviço médico-hospitalar. Serão desconsideradas as informações sobre cooperativas e planos odontológicos, segmento do setor de saúde suplementar que possui outra dinâmica e que extrapola o escopo deste estudo.

Em todos os exercícios, a variável dependente será o preço pago pelos consumidores pelo plano de saúde⁹. A respeito das variáveis de controle, sob a ótica da demanda, como parte preponderante dos beneficiários possuem planos empresariais, o número de empresas que possui mais de quinhentos funcionários será utilizada como *proxy* do poder de compra dos consumidores finais. De forma a qualificar com maior precisão o perfil dos consumidores, também serão utilizadas informações sobre o poder aquisitivo¹⁰, bem como variáveis que representam o nível de escolaridade e a participação da população idosa na população de cada município.

Também são incluídas variáveis representando as características da oferta dos planos de saúde, tais como informações sobre custos das operadoras – como despesas médicas, despesas administrativas e despesas de comercialização. Outra variável de controle é o índice de concentração *Herfindahl-Hirschman* (HHI) em termos de valor de cada município, que é uma *proxy*

⁷ Utilizando-se a matriz robusta de variância e covariância, o teste de Hausman não é o mais apropriado para identificar qual método – de efeito fixo ou de efeito aleatório – é o mais adequado. Isso porque o teste de Hausman exige que as hipóteses de homocedasticidade e não auto-correlação seja respeitada.

⁸ Para algumas localidades, é possível que o município não seja a definição de mercado relevante mais precisa na dimensão geográfica. Isso pode acontecer porque a cidade é demasiadamente pequena, havendo concorrência com os serviços prestados em outros municípios da região. De toda forma, ainda que o mercado relevante pudesse ser definido de forma mais precisa, é possível inferir que, para a grande maioria dos casos, o município funciona como uma delimitação satisfatória da abrangência geográfica da concorrência neste setor. Ou seja, segmentar as informações por municípios é uma boa aproximação da divisão do Brasil nos diferentes mercados geográficos de saúde suplementar.

⁹ Representa o preço dos planos de saúde e corresponde à receita de prêmios (para as seguradoras) ou contraprestações pecuniárias (para as demais modalidades de operadoras) dividido pelo número de beneficiários.

¹⁰ Traduz o poder aquisitivo dos consumidores, representada pela remuneração média do pessoal ocupado em emprego formal. Foi utilizado todo o estoque de trabalhadores formais e que mantinham vínculos empregatícios em 31/12 do ano-base.

do poder de mercado das operadoras de planos de saúde a jusante e a montante na cadeia¹¹. A justificativa econômica para a inserção dessa variável é a hipótese de que a estrutura de mercado pode ter influência sobre o mecanismo de formação de preço. O modelo também conta com uma variável que representa os gastos do governo em saúde pública¹², sob a hipótese de que quanto melhor o atendimento público, menor tende a ser a procura pela assistência supletiva à saúde.

Por fim, para cada um dos testes, serão criadas variáveis *dummies* – relacionadas à presença de cooperativa médica e associada à intervenção antitruste –, cujos parâmetros estimados representam o objeto da análise empírica. Com base no Cadastro Nacional de Entidades de Saúde (CNES)¹³ é possível obter as cooperativas médicas existentes em cada estado brasileiro. Essas informações foram coletadas ao longo do mês de maio de 2007 e, naquele período, o site apresentava 187 cooperativas ativas. Como o intuito da pesquisa é avaliar a relação entre cooperativas médicas e operadoras de planos de saúde, do conjunto de cooperativas disponível, foram selecionadas apenas aquelas que atendiam aos planos de saúde. Observa-se que, das 187 cooperativas existentes, apenas 60 apresentam essas entidades – planos de saúde – na sua lista de atendimento.

Pelo site da CNES, é possível obter os nomes e a especialidade dos profissionais de saúde vinculados a cada uma das cooperativas. Além disso, o Cadastro disponibiliza a lista completa dos médicos existentes por especialidade e o por município de atuação¹⁴.

Essas informações permitem identificar o município no qual cada médico de cada cooperativa está presente. Com essas informações e a partir do número de médicos em cada município, é possível obter a participação de mercado das cooperativas em cada um dos mercados relevantes, para cada uma das especialidades médicas. Quando esse percentual ultrapassa 20%¹⁵ para ao menos uma das especialidades médicas da cooperativa, assume-se que esses médicos cooperados estão em condições de exercer poder de mercado naquele município. Das 60 cooperativas que atendem aos planos de saúde, apenas 17 apresentavam condições de exercer poder de mercado, sendo que apenas estas foram consideradas na análise.

Como os dados disponibilizados pelo CNES mostravam apenas as cooperativas existentes em maio de 2007 (período da pesquisa), foram utilizadas informações presentes no site do CADE¹⁶ para identificar possíveis cooperativas que existiam no período entre 2003 e 2006, mas que saíram do mercado até meados de 2007. A partir das decisões desse Conselho acerca dos processos envolvendo as cooperativas médicas, identificam-se aquelas que foram condenadas entre 2003 e 2006 por coordenação na negociação de preços¹⁷. Pelos pareceres, relatórios e votos das autoridades

¹¹ A doutrina de defesa da concorrência – brasileira e internacional – considera que a detenção de elevada participação de mercado é uma condição necessária, mas não suficiente para que determinada empresa esteja em condições de exercer poder de mercado. Conforme argumentado, o mercado de saúde suplementar é diferenciado e, por isso, o índice de concentração medido em termos de valor se mostra, em tese, mais apropriado.

¹² Dados contábeis dos municípios presente no site do Tesouro Nacional. Informações disponíveis no seguinte site: http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estatistica/est_estados.asp.

¹³ <http://cnes.datasus.gov.br>

¹⁴ Foram considerados na análise somente aqueles profissionais que tradicionalmente compõem o portfólio de atendimento médico dos planos de saúde. Outros profissionais que podem ser relacionados à saúde, tais como psicólogos, técnicos, pedagogos, bioquímicos etc., foram desconsiderados da análise. Cabe destacar que o segmento odontológico não faz parte do escopo do estudo e, por isso, os profissionais relacionados a esse mercado também foram desconsiderados na análise.

¹⁵ Este percentual foi adotado com base nos critérios de análise da doutrina antitruste brasileira. De acordo com o Guia-H, uma empresa com participação de mercado inferior a 20% não possui condições de exercer poder econômico.

¹⁶ <http://www.cade.gov.br/>.

¹⁷ Provavelmente por conta da condenação, essas cooperativas não estavam mais ativas em 2007. Com efeito, das seis cooperativas utilizadas na análise, três não estavam presentes no banco de dados do CNES. As outras três, de acordo com o CNES, não atendiam planos de saúde privado e, por isso, não integram o conjunto de cooperativas identificadas a partir dessa fonte. Como nenhuma dessas 17 cooperativas encontradas via CNES foram condenadas pelo CADE, foi

antitruste, foi possível mapear a área de atuação de cada cooperativa, ou seja, identificou-se o mercado relevante geográfico no qual essas entidades estão inseridas.

É razoável inferir que as entidades processadas e condenadas pelo CADE apresentam comportamento distinto das demais cooperativas¹⁸. Isso porque esses processos administrativos, em sua grande maioria, iniciaram-se a partir de denúncias das contratantes dos serviços médicos contra a ação coordenada desses profissionais na negociação de preços. Logo, existem elementos que tornam as relações entre as cooperativas médicas e o elo a jusante mais conflituosa que aquelas que envolvem cooperativas que não são alvos de processos no CADE. O maior atrito na negociação entre os agentes, por si só, pode ter sido responsável por ampliar os custos dessa transação, motivando a instauração do processo administrativo pela parte contratante do serviço (que se considerou lesada na negociação). Logo, é importante que se analise os dois grupos de cooperativas separadamente, o que permite identificar se existem efeitos distintos para cada um deles.

Diante disso, são criadas mais duas variáveis binárias:

- (i) *Dummy* cooperativa 1: variável construída com base apenas nas informações do CNES. Os dados disponibilizados pela CNES foram utilizados da seguinte forma: a variável assumiu valor 1 para o município que apresenta ao menos uma cooperativa que possui participação de mercado superior a 20% em pelo menos uma das especialidades médicas. Para determinar os períodos nos quais a cooperativa deve ser considerada, utilizou-se o ano no qual a cooperativa iniciou suas atividades a partir da data de cadastro da cooperativa no CNES. Para testar a robustez dos resultados, foi criada uma segunda variável binária com outro critério de participação de mercado: a variável assume valor 1 para o município que detiver um cooperativa que possua participação de mercado maior que 50% em pelo menos uma especialidade médica¹⁹;
- (ii) *Dummy* cooperativa 2: contempla somente as cooperativas condenadas pelo CADE. A variável assume valor 1 para os municípios pertencentes aos mercados relevantes das cooperativas nos anos anteriores ao da condenação (e 0 nos períodos seguintes). Essa construção está pautada na hipótese de que, antes da decisão do CADE, essas cooperativas detinham condições de exercer poder de mercado – sendo esse um dos motivos da existência de processo contra elas.

possível construir dois grupos de cooperativas: (i) cooperativas que não foram alvo de condenação; e (ii) cooperativas que foram alvo de condenação por parte do CADE.

¹⁸ É interessante notar que metade das cooperativas consideradas já não estava disponível no CNES.

¹⁹ A participação de mercado é uma aproximação do que deve ser entendido como poder econômico. No caso das cooperativas médicas, 20% pode ser insuficiente para que as cooperativas detenham de fato poder econômico e, em linha com os critérios que o próprio CADE tem utilizado em suas análises, considerou-se válido testar a sensibilidade dos resultados no caso de o critério de participação de mercado fosse superior.

A Tabela 1 sintetiza o conjunto de informações que será utilizado no estudo empírico.

Tabela 1: Síntese das variáveis utilizadas no modelo econométrico

Variável	Nomenclatura	Fonte	Descrição
Preço plano de saúde	P	ANS	Receita média das operadoras por município
Despesa médica	DM	ANS	Remuneração dos serviços médicos
Despesa comercial	DC	ANS	Despesa com comercialização dos planos de saúde
Despesa administrativa	DA	ANS	Gastos administrativos e impostos
Índice de concentração HHI valor	HHI – valor	ANS	Concentração medida a partir da receita das operadoras no mercado de saúde suplementar
Índice de concentração HHI volume	HHI – volume	ANS	Concentração medida a partir do número de beneficiários das operadoras no mercado de saúde suplementar
Gastos do governo com saúde	Gasto governo	Tesouro Nacional	Gastos do governo com saúde pública
Renda	Renda	RAIS	Rendimento médio do pessoal ocupado no emprego formal
Grandes empresas	Grandes empresas	RAIS	Percentual de empresas com mais de 500 funcionários
Escolaridade	Escolaridade	RAIS	Percentual de trabalhadores formais que completaram o ensino fundamental
Participação de idosos	Idoso	RAIS	Percentual de trabalhadores formais com 65 anos ou mais
Dummy cooperativa 1	Dummy cooperativa 1	CNES	Presença de cooperativa médica com poder de mercado
Dummy cooperativa 2	Dummy cooperativa 2	CADE	Presença de cooperativa médica condenada pelo CADE

Fonte:Elaboração própria.

Nota: * Variáveis expressas em unidades monetárias (R\$) e deflacionadas pelo IPCA.

3.3. Testes econométricos

Com base nesses dados abertos por município para os anos de 2003, 2004, 2005 e 2006 é possível fazer uso de um modelo econométrico de painel, no qual o número de períodos é igual a quatro²⁰ e as informações em *cross-section* são os municípios.

Dois exercícios são apresentados. O primeiro deles analisa o impacto sobre o preço do plano de saúde decorrente da mera existência de cooperativas médicas que detêm poder de mercado. Esse teste já traz um primeiro indício acerca dos possíveis efeitos desse tipo de coordenação entre concorrentes. Ademais, esse exercício ilustra a importância de se considerar que o efeito sobre o preço depende da existência de um poder de mercado a jusante a ser compensado. É justamente esse o tratamento realizado no exercício 2, que explora os efeitos da criação de poder econômico para contrabalançar um poder de mercado pré-existente. Ou seja, neste caso é testada a tese de existência de benefícios relacionados à criação de poder compensatório.

Em síntese, esses exercícios permitem testar econometricamente duas hipóteses, a saber:

- ❖ H_1 : a existência de associações de médicos não implica aumento do preço do plano de saúde para o beneficiário; e
- ❖ H_2 : a criação de poder compensatório causa redução de preço ao consumidor final.

²⁰ A análise com quatro períodos é suficiente uma vez que, para análise em painel, importa que seja relativamente grande o número de observações em *cross-section* – no caso, o número de municípios ou microregiões.

Exercício 1: Impactos sobre o preço dos planos de saúde decorrentes das cooperativas médicas

O modelo a ser primeiramente testado pode ser representado pela seguinte equação:

$$P_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 DM_{it} + \alpha_2 DA_{it} + \alpha_3 DC_{it} + \alpha_4 HHI_{it} + \alpha_5 Renda_{it} + \alpha_6 GastoGoverno_{it} + \alpha_7 GrandesEmpresas_{it} + \alpha_8 Idoso_{it} + \alpha_9 Escolaridade_{it} + \alpha_{10} Dummy_cooperativa_{it}$$

Onde a *dummy_cooperativa* assume valor 1 no município que possui ao menos uma cooperativa médica que detém poder de mercado. Conforme já anunciado, duas variáveis *dummies* distintas são construídas para representar a presença desse tipo de arranjo: *dummy cooperativa 1* (cooperativas médicas não condenadas pelo CADE – fonte CNES) e *dummy cooperativa 2* (cooperativas médicas condenadas pelo CADE). Com o intuito de avaliar a robustez dos resultados, serão testadas as variáveis binárias construídas a partir do critério de 20% e de 50% para presunção de poder de mercado.

O objetivo é avaliar o parâmetro dessa variável *Dummy cooperativa* (α_{10}) que, se for estatisticamente maior que zero, implica rejeição da hipótese inicial. Economicamente, se a hipótese inicial não for rejeitada, quer dizer que a formação de cooperativas por parte dos prestadores de serviços médicos não tem condão de prejudicar o consumidor final na dimensão preço²¹.

Foram testadas diferentes especificações. A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos com erros robustos²² para as especificações consideradas mais apropriadas em termos de sinais dos parâmetros e estatística de teste²³.

²¹ No que concerne ao controle preço dos planos de saúde, a regulação estabeleceu regras diferenciadas para contratos coletivos e individuais. Os contratos coletivos podem ser livremente negociados pelas partes e são apenas monitorados pela ANS. No entanto, os preços dos planos individuais são controlados pela Agência. É importante destacar, contudo, que os planos individuais representam apenas 11% do mercado (Macera e Saintive, 2004).

²² A matriz robusta de variância e covariância para inferência torna os resultados robustos com relação à heterocedasticidade e auto-correlação dos resíduos.

²³ A diferença entre as magnitudes dos parâmetros estimados por efeito fixo e efeito aleatório é um forte indício de que não é respeitada a hipótese que garante que o efeito não-observável não é correlacionado com as variáveis explicativas. Logo, as estimativas com base no método de efeitos aleatórios não devem ser consistentes, sendo o modelo de efeitos fixos o mais apropriado para a análise. Por isso, apenas são apresentados os resultados do modelo de efeito fixo. Diferentes testes econométricos foram realizados, nos quais as variáveis despesa comercial, gasto do governo com saúde, renda, escolaridade e participação de idosos foram descartadas da especificação final por não serem estatisticamente significativas e/ou por não apresentarem o sinal esperado pela teoria econômica.

Tabela 2 – Resultados do Exercício 1**Variável dependente: preço do plano de saúde**

Número de observações: 22.256

Variável	Critério 20%	Critério 50%
	Efeito Fixo	Efeito Fixo
Constante	11,83 (0.00)***	11,91 (0.00)***
Despesa médica	1,02 (0.00)***	1,02 (0.00)***
Despesa administrativa	0,95 (0.00)***	0,95 (0.00)***
HHI - valor	21,07 (0.00)***	21,07 (0.00)***
Grandes empresas	-5,87 (0.10)*	-5,90 (0.09)*
Dummy Cooperativa 1	14,91 (0.02)**	20,08 (0.04)**
Dummy Cooperativa 2	-22,41 (0.00)***	-22,52 (0.00)***
Dummy tempo 2003	-20,89 (0.00)***	-20,94 (0.00)***
Dummy tempo 2004	-14,91 (0.00)***	-14,95 (0.00)***
Dummy tempo 2005	-7,66 (0.00)***	-7,68 (0.00)***

(em parênteses estão as estatísticas de testes - p-valor)

*** Significativo a 1%; ** Significativo a 5%; * Significativo a 10%

Dummy Cooperativa 1: fonte CNES; Dummy Cooperativa 2: fonte CADE

Fonte: Elaboração própria.

É possível verificar que, independentemente da especificação do critério de presunção de poder de mercado (20% ou 50%) e da metodologia adotada, três coeficientes apresentam os sinais esperados pela teoria econômica: (i) despesa médica e despesa administrativa: parâmetro positivo retratando que quanto maior o gasto da operadora, maior será o preço praticado por ela; (ii) HHI - valor: coeficiente traduz a relação positiva entre concentração de mercado e preço; e (iii) grandes empresas: também apresenta o sinal esperado pela teoria econômica e se mostra significativa. A intuição econômica do parâmetro negativo é que quanto maiores forem os demandantes por plano de saúde, maior tende a ser o poder de compra e, conseqüentemente, menor tende a ser o preço pago pelo plano de saúde. No que tange a essa última variável, é interessante notar que já existem indícios de que a existência de poder compensatório a jusante na cadeia – poder de compra dos beneficiários, retratado pela presença de grandes empresas – mitiga o exercício de poder de mercado das operadoras, resultando em menor preço dos planos de saúde. Esse resultado, embora não seja foco da análise empírica, é mais um indício de que a criação de poder compensatório pode gerar benefícios em termos de redução de preço e aumento de bem-estar social.

Para controlar possíveis efeitos comuns a todos os municípios, mas diferentes entre si a depender do ano, foram introduzidas as *dummies* de tempo. Verifica-se que os coeficientes obtidos são, em geral, estatisticamente significativos a 1% e apresentam valor negativo. Isso

quer dizer que, para os anos de 2003, 2004 e 2005, existem elementos – que não estão associados aos custos, à estrutura da oferta e da demanda de serviços médicos e de planos de saúde – que foram responsáveis por diminuir o patamar dos preços dos planos de saúde.

Sobre as *dummies* cooperativa – foco da análise – observa-se que, a depender da variável analisada, a conclusão pode ser distinta. É possível inferir que as cooperativas processadas e condenadas pelo CADE podem deter características distintas daquelas associações que não foram objeto de condenação por parte das autoridades antitruste. Quando se avalia o resultado relacionado à *dummy* cooperativa 2 – que compreende as cooperativas condenadas pelo CADE – é possível verificar que esse tipo de arranjo entre os médicos é responsável por diminuir o preço de planos de saúde ao consumidor final – resultado estatisticamente significativo a 5%. Destaca-se que esse resultado contraria a hipótese de dupla-margem, tradicionalmente esperado pelas autoridades de defesa da concorrência na fundamentação da condenação.

Uma possível explicação para esse resultado é que apenas as cooperativas condenadas pelo CADE efetivamente detinham poder de mercado. Ou seja, somente esse grupo de associações estaria em condições de buscar equilibrar a assimetria de poder na negociação com as operadoras de plano de saúde, induzindo que se iniciasse um processo de barganha bilateral.

A conclusão, contudo, é diferente quando se avalia os efeitos relacionados à *dummy* cooperativa 1. Neste caso, a existência de cooperativas médicas possui o condão de aumentar o preço do plano de saúde ao consumidor final, resultado que independe do método econométrico adotado e é estatisticamente significativo a 1%.

Essa diferença nos resultados obtidos a partir da *dummy* cooperativa 1 e 2 pode ser explicada pelo seguinte argumento. O poder de mercado mensurado pelo critério utilizado para a construção desta variável *dummy* 1 seria insuficiente para que as cooperativas médicas estivessem em condições de equilibrar o poder nas relações comerciais com as operadoras e as conduzissem a uma relação de barganha bilateral. Logo, o poder econômico criado com a ação concertada entre os médicos levaria a um resultado mais próximo do que a literatura econômica denomina de dupla-margem. Ou seja, essas associações – não condenadas pelo CADE – até conseguiriam elevar o preço pago pelos procedimentos médicos. Contudo, sem a cooperação entre as partes, esse aumento de custo das operadoras seria simplesmente repassado para o preço dos planos de saúde. Com efeito, o resultado de dupla-margem estaria em consonância com a ausência de conflitos entre as partes, típicos de uma barganha bilateral e, por isso, essas cooperativas não tenham sido objeto de processos administrativos no SBDC. Portanto, os dois conjuntos de cooperativas analisados apresentam um viés que levam a resultados bastante distintos.

De toda forma, esse exercício é apenas um primeiro indício dos impactos sobre o preço do plano de saúde decorrente da existência de cooperativas médicas que detêm poder econômico. A análise segue explorando se a ação concertada entre médicos representa, efetivamente, a criação de poder compensatório para dirimir a assimetria de poder na negociação com as operadoras de planos de saúde.

Exercício 2: Impactos sobre o preço dos planos de saúde decorrentes da criação de poder compensatório

O segundo modelo a ser realizado – que representa o teste sobre os efeitos da criação de poder compensatório – pode ser representado pela seguinte equação:

$$P_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 DM_{it} + \alpha_2 DA_{it} + \alpha_3 DC_{it} + \alpha_4 HHI_{it} + \alpha_5 Renda_{it} + \alpha_6 GastoGoverno_{it} + \alpha_7 GrandesEmpresas_{it} + \alpha_8 Idoso_{it} + \alpha_9 Escolaridade_{it} + \alpha_{10} Dummy_Cooperativa_{it} + \beta_{11} Dummy_Cooperativa_{it} * HHI_{it}$$

Onde a variável *dummy_cooperativa* assume valor 1 no município que possui ao menos uma cooperativa médica que detém poder de mercado. Serão testadas as variáveis binárias construídas a partir do critério de 20% e de 50% para presunção de poder de mercado de forma a avaliar a robustez dos resultados. Já a *dummy Cooperativa*HHI* é obtida a partir da interação da *dummy cooperativa* com a participação do mercado das operadoras de plano de saúde (HHI) permite avaliar o impacto da existência das cooperativas que detém poder de mercado quando estas interagem com operadoras que também possuem poder econômico.

Este modelo representa o teste acerca dos efeitos da criação de poder compensatório. A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos no modelo de efeito fixo²⁴ com erros robustos. Foram mantidas na especificação do modelo apenas as variáveis que se mostraram significativas estatisticamente e que apresentavam o sinal esperado pela teoria econômica²⁵.

²⁴ A diferença entre as magnitudes dos parâmetros estimados por efeito fixo e efeito aleatório foi um forte indício de que não é respeitada a hipótese que garante que o efeito não-observável não é correlacionado com as variáveis explicativas. Logo, as estimativas com base no método de efeitos aleatórios não são consistentes, sendo as estimativas obtidas pelo modelo de efeitos fixos são robustas e mais apropriadas para a análise.

²⁵ Diferentes testes econométricos foram realizados, sendo que as variáveis despesa comercial, gasto do governo com saúde, renda, escolaridade e participação de idosos foram descartadas da especificação final por não serem estatisticamente significativas e/ou por não apresentarem o sinal esperado pela teoria econômica.

Tabela 3 – Resultados do Exercício 2**Variável dependente: preço do plano de saúde**

Número de observações: 22.256

Variável	Critério 20%		Critério 50%	
	Efeito Fixo	Efeito Fixo	Efeito Fixo	Efeito Fixo
Constante	12,12 (0.00)***	11,79 (0.00)***	12,15 (0.00)***	11,91 (0.00)***
Despesa médica	1,02 (0.00)***	1,02 (0.00)***	1,02 (0.00)***	1,02 (0.00)***
Despesa administrativa	0,95 (0.00)***	0,95 (0.00)***	0,95 (0.00)***	0,95 (0.00)***
HHI - valor	20,36 (0.00)***	20,96 (0.00)***	20,48 (0.00)***	21,07 (0.00)***
Grandes empresas	-5,87 (0.10)*	-5,85 (0.10)*	-5,85 (0.10)*	-5,90 (0.09)*
Dummy Cooperativa 1	-14,76 (0.24)	-	17,17 (0.15)	20,08 (0.04)**
Dummy Cooperativa 1 *HHI	96,67 (0.05)**	62,88 (0.01)***	13,21 (0.75)	-
Dummy Cooperativa 2	-29,19 (0.00)***	-22,12 (0.00)***	-29,80 (0.00)***	-22,52 (0.00)***
Dummy Cooperativa 2 *HHI	16,96 (0.35)	-	17,51 (0.33)	-
Dummy tempo 2003	-20,93 (0.00)***	-20,83 (0.00)***	-20,97 (0.00)***	-20,94 (0.00)***
Dummy tempo 2004	-14,89 (0.00)***	-14,84 (0.00)***	-14,93 (0.00)***	-14,95 (0.00)***
Dummy tempo 2005	-7,57 (0.00)***	-7,62 (0.00)***	-7,63 (0.00)***	-7,68 (0.00)***

(em parênteses estão as estatísticas de testes - p-valor)

*** Significativo a 1%; ** Significativo a 5%; * Significativo a 10%

Dummy Cooperativa 1: fonte CNES; Dummy Cooperativa 2: fonte CADE

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que os parâmetros das variáveis de despesa médica e administrativa e HHI-valor são todos positivos, conforme esperado pela teoria econômica, e estatisticamente significativos a 1%. A variável ‘grandes empresas’ apresenta o sinal esperado pela teoria econômica (inferior a zero) e se mostra estatisticamente significativa. Novamente foram introduzidas também as *dummies* de tempo, que indicam a existência de um efeito negativo para os anos de 2003, 2004 e 2005 sobre os patamares de preços de planos de saúde.

No que se referem às variáveis de interesse, que representam a criação de poder compensatório (interação entre *dummy* cooperativa com o HHI), novamente, a depender da *dummy* avaliada, a análise e a conclusão podem ser distintas. É razoável inferir que os dois grupos de cooperativas médicas possuem características distintas que podem justificar uma análise separada dos seus impactos sobre os preços.

No caso da *dummy* cooperativa 2, em linha com o resultado obtido no exercício 1, a estimativa do parâmetro é negativa e significativa a 1%, indicando que a existência de cooperativas é responsável por diminuir o patamar do preço dos planos de saúde. É possível inferir que esse resultado indique que apenas as cooperativas condenadas pelo CADE estavam em condições de contrapor o poder econômico detido pelas operadoras de plano de saúde. Cabe destacar, contudo, que o parâmetro associado à interação da *dummy* cooperativa 2 com o HHI não se mostra

significativo nem a 10%, indicando que o efeito da presença de cooperativa com poder de mercado não difere em função da magnitude do poder econômico dos agentes a jusante. Esses resultados se mostram robustos para diferentes critérios de presunção de poder de mercado (20% ou 50%).

Já os resultados associados à *dummy* cooperativa 1 indicam que a criação de poder compensatório representado pelas cooperativas médicas possui o condão de aumentar o preço ao consumidor final, efeito que se intensifica conforme aumenta o HHI. No modelo com o critério de presunção de poder de mercado a 20%, a estimativa do parâmetro da *dummy* cooperativa 1 não é significativa (estatisticamente igual a zero), indicando que a mera existência de cooperativas médicas com poder de mercado não impacta o preço ao consumidor final. Ao mesmo tempo, o sinal positivo do parâmetro associado à interação da *dummy* cooperativa 1 com o HHI indica que os preços dos planos de saúde são maiores quando há cooperativa médica ofertando para operadoras que detêm poder econômico, efeito que será mais intenso quanto maior for o poder de mercado das operadoras de planos de saúde. A intuição econômica por trás desse resultado é que, quanto maior o poder de compra das operadoras, maior o poder econômico que essas empresas detêm a jusante na cadeia, intensificando o resultado de dupla-margem oriundo da criação de poder de mercado das cooperativas médicas.

Esse resultado, contudo, não é robusto. Quando analisado o modelo que utiliza como critério de presunção de poder de mercado a detenção de mais de 50% do mercado, a *dummy* cooperativa 1 é significativa, mas a interação dessa variável com o HHI deixa de ser. A interpretação deste resultado equivale às conclusões obtidas no exercício 1: o conjunto de cooperativas que detêm poder de mercado e não foram condenadas pelo CADE possui o condão de aumentar o preço dos planos de saúde²⁶.

Portanto, os resultados associados à *dummy* cooperativa 1 não permitem extrair conclusões robustas acerca dos impactos da criação de poder compensatório associada à existência de cooperativas médicas que possuem poder de mercado. De toda forma, com base nos resultados da *dummy* cooperativa 2, não se rejeita a hipótese inicial de que, ao menos na dimensão preço, a cooperação entre médicos para compensar o poder de mercado detido pelas operadoras é capaz de ampliar o bem-estar social.

4. Conclusão

Cooperativas médicas são frequentemente condenadas pela política de defesa da concorrência por conduta concertada entre concorrentes. Tais condenações baseiam-se na presunção de que esses arranjos, a exemplo dos cartéis *hardcore*, estão associados a prejuízos ao bem-estar dos consumidores, não sendo necessário o aprofundamento das investigações para se concluir por sua ilicitude. Entretanto, não há base teórica ou empírica para fundamentar essa presunção, a qual vem tendo profundas implicações para a aplicação da política de defesa da concorrência.

A análise empírica empreendida neste artigo apresenta evidências que contradizem a presunção corrente das autoridades antitruste sobre o efeito de arranjos cooperativos entre médicos. Em síntese, os resultados indicam que, no que se refere aos preços de planos de saúde, existem impactos positivos associados à criação de poder compensatório cristalizada na ação coordenada entre os médicos. Ainda que os testes não permitam que se descarte o resultado de dupla-margem, os exercícios 1 e 2 mostram que a existência de cooperativas médicas que buscam equilibrar a assimetria de poder na negociação com as operadoras de planos de saúde – criando poder compensatório – pode ser responsável por reduzir preços aos consumidores finais. Adicionalmente,

²⁶ Os testes feitos com o HHI, em termos de números de beneficiários, reforçam a falta de robustez dos resultados obtidos acerca da *dummy* cooperativa 1.

não se pode ignorar a possibilidade de outros possíveis efeitos benéficos da ação coordenada entre os prestadores de serviços médicos que vão além dos impactos sobre os preços.

Destaca-se, contudo, que esse resultado estaria associado às cooperativas condenadas pelo CADE, que devem representar o grupo de associações que efetivamente deteriam poder econômico para equilibrar a assimetria de poder na negociação com os planos de saúde. Por conta dessas conclusões, é importante reavaliar as decisões do CADE, enquanto política pública que visa aumentar o bem-estar social, nos diversos casos que envolvem cooperativas médicas. Como a maioria dos denunciantes (representantes dos Processos Administrativos) são as contrapartes em um processo de barganha e o fazem invariavelmente quando há impasse nas negociações, é possível que o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência tenha sido utilizado como instrumento de barganha privada, não havendo nesses casos prejuízos à sociedade que justificassem a intervenção antitruste. Em outras palavras, o CADE pode ter sido usado como um árbitro para solucionar conflitos privados entre as associações de médicos e as operadoras de planos de saúde. Paradoxalmente, o órgão terminou por condenar práticas cujo efeito era, em última análise, a redução de preços aos consumidores finais, consistentemente com a hipótese de existência de poder compensatório. Uma vez que esses resultados desafiam a prática antitruste corrente, é desejável uma reunião estudos similares em outros contextos de mercado e regulatórios, a fim de avaliar quão robustas são suas conclusões e suas implicações para a política de defesa da concorrência.

5. Referências bibliográficas

_____. *Antitrust Guidelines for Horizontal Merger*. Federal Trade Commission – US Department of Justice. 1997. Disponível em <http://www.usdoj.gov/atr/public/guidelines/hmg.htm>

_____. *Antitrust Guidelines for Collaboration among Competitors*. Federal Trade Commission – US Department of Justice. 2000. Disponível em www.ftc.gov/os/2000/04/ftcdojguidelines.pdf.

_____. *Antitrust Guidelines on the Assessment of horizontal mergers under the Council Regulation on the control of concentration between undertakings – Official Journal of the European Union*. 2004.

_____. *Antitrust Guidelines on the applicability of Article 81 of the EC Treaty to horizontal cooperation agreements – Official Journal of the European Communities*. 2001.

_____. Atlas Econômico-financeiro da Saúde Suplementar – 2005. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2006.

_____. Guia para análise econômica de atos de concentração horizontal. Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) do Ministério da Fazenda e Secretaria de Direito Econômico (SDE) do Ministério da Justiça. 2001. Disponível em http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/guias

_____. U.S. Department of Justice and the Federal Trade Commission. *Improving Health Care: A Dose of Competition*, 2004. (www.ftc.gov)

ADAMS, W. Countervailing power. In: EATWELL, J.; MILGATE, M.; NEWMAN, P. (eds.): *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*. London: Macmillan, 1987.

ALMEIDA, S. F. Poder Compensatório e Política de Defesa da Concorrência: referencial geral e aplicação ao mercado de saúde suplementar brasileiro. Tese de doutorado. Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Prof. Orientador: Paulo Furquim de Azevedo. 2009.

- ANDREAZZI M. A., ANDREAZZI, M. F., PINHEIRO, M. C., SICSÚ, B. Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In www.ans.gov.br. Rio de Janeiro. 2003.
- ANDREAZZI, M. F., Formas de Remuneração de Serviços de Saúde. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília, dezembro de 2003.
- AZEVEDO, P. F., ALMEIDA, S. F, Poder Compensatório: coordenação horizontal na Defesa da Concorrência. *XXXIV Encontro Nacional de Economia*. 2006.
- BECKER, G.. Human Capital. Chicago: *University of Chicago Press*. 3ª Edição. Cap. 4. 1993.
- CANÊDO-PINHEIRO, M., PIONER, H.M. Métodos Quantitativos e Relações Verticais entre Agentes: aplicações à defesa da concorrência. Relatório Final no Âmbito do Projeto ‘Estudos em Métodos Quantitativos Aplicados à Defesa da Concorrência e à Regulação Econômica’. 2005.
- CURRIE, J., FERRIE, J. Strikes and The Law in the U.S., 1881-1894: New Evidence on the Origins of American Exceptionalism. *NBER Working Paper Series*, n. 5368. 1995.
- DOBSON P., WATERSON M., CHU A. The Welfare Consequences of the Exercise of Buyer Power. Research paper prepared for the Office of Fair Trading.1998.
- DUCLOS, M. T. Poder de Monopólio e Condutas Verticais no Mercado de Saúde. Convênio ANPEC/IPEA/SDE. Rio de Janeiro, 2005.
- DUCLOS, M.T., Atos de Concentração, Poder de Monopólio e Restrições Verticais no Mercado de Saúde Suplementar. Métodos Quantitativos em Defesa da Concorrência. Cap.9, Tomo II. Coordenadores Eduardo P. S. Fiusa. Secretaria de Direito Econômico – Ministério da Justiça, IPEA e ANPEC. Rio de Janeiro, 2006.
- FALCÃO, C. Diagnóstico dos Planos. Conjuntura Econômica – Fundação Getúlio Vargas. Vol.60, no40. pp. 28-33. 2006.
- GALBRAITH, J.K. American Capitalism: The Concept of Countervailing Power. Boston, MA: Houghton Mifflin, 1952.
- GALBRAITH, J.K. Countervailing Power. *The American Economic Review*, vol. 44. Nº 2, 1954.
- GOLDBERG, D. Poder de Compra e a Política Antitruste. São Paulo, SP. Editora Singular, 2006.
- HOFMANN, E.; LIBECAP, G. Institutional Choice and the Development of U.S. Agriculture Policies in the 1920s. *The Journal of Economic History*. Vol.51.nº 2. pp. 397-411. 1991.
- HOVENKAMP, Herbert (2005). *The Antitrust Enterprise: Principle and Execution*. Cambridge-MA: Harvard Univ. Press.
- HSIAO, W. C. Abnormal Economics in the Health Sector. *Health Policy*. 32. 1995.
- HSIAO, H.C. Analysis of Panel Data. *Cambridge University Press*. 2ª edição. 2003. Disponível em <http://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=i9iPG7C3EP4C&oi=fnd&pg=PR13&dq=panel+data&ots=H8PsaZ3hSi&sig=o2ARaghkegIRxQUs6Rb-KcCnkGQ#PPA15,M1>. Acessado em 24/02/08).
- MACERA, A. P., SAINTIVE, M. B., O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil. Documento de Trabalho no 31. Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE/MF). Brasília, outubro de 2004.
- SPILLER, P., & TOMMASI, M. The Institutions of Regulations. An Application to Public Utilities. In: Claude MÉNARD e Mary M. SHIRLEY (eds.) *Handbook of New Institutional Economics*. Springer: 515-544. 2005.

SHIRLEY, M. M., Institutions and Development. In: Claude MÉNARD e Mary M. SHIRLEY (eds.) Handbook of New Institutional Economics. Springer: 611-638. 2005.

STIGLITZ, F.E., Economics of the Public Sector. *W.W. Norton & Company*. 2000.

VIANNA, C. M. M. O Impacto das Ações da ANS no Mercado Operador. In www.ans.gov.br . 2003.