

## **Poder de Mercado no Setor de Saúde Suplementar<sup>1</sup>**

José Tavares de Araujo Jr.

Setembro de 2008

### **1. Introdução**

Como bem resumiu Martin Feldstein (2006), um sistema nacional de saúde deveria, idealmente, cumprir três objetivos: (a) assegurar o acesso universal aos serviços de saúde, independentemente da capacidade de pagamento do paciente; (b) evitar o desperdício de recursos; (c) permitir que o atendimento reflita as preferências individuais do paciente. Entretanto, como estes objetivos tendem a ser conflitantes, em diversos países, os sistemas de saúde costumam ser marcados pela combinação de altos custos, qualidade insatisfatória e acesso limitado aos serviços médicos (Porter e Teisberg, 2007).

A experiência internacional mostra que os sistemas que se aproximam do desenho ideal referido por Feldstein são aqueles nos quais convivem entidades públicas e empresas privadas no provimento de serviços de saúde (Culyer e Newhouse, 2000). Embora o sistema brasileiro tenha esta característica, seu desempenho ainda está longe do padrão ideal. O gasto nacional em saúde corresponde atualmente a cerca de 8,5% do PIB, e é superior ao da maioria dos países de renda média, mas seu impacto sobre o bem estar da população é inferior ao de outras economias latino-americanas, como Chile, Colômbia, Costa Rica e Cuba. Do lado público, o principal desafio que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta não é a escassez de verbas, mas a subutilização dos recursos disponíveis (Banco Mundial, 2007). Conforme registrou um estudo recente, a região metropolitana do Rio de Janeiro tem uma densidade de aparelhos de tomografia computadorizada e ressonância magnética que é o dobro daquela existente em Paris para uma população semelhante (IESS, 2008). No entanto, as taxas de mortalidade infantil no Brasil estão entre as mais altas da América Latina.

Do lado privado, o sistema reúne dois aspectos aparentemente antitéticos: oferta

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi preparado por solicitação da *Amil Assistência Médica Internacional Ltda.*. Os argumentos aqui apresentados são, entretanto, da exclusiva responsabilidade do autor.

atomizada em âmbito nacional e exercício de poder de mercado em âmbito municipal. Em dezembro de 2000, existiam 2.723 operadoras de planos de saúde registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Este número caiu para 1.877 em junho de 2008, mas ainda é o mais elevado do mundo. Como veremos adiante neste trabalho, estes dados mostram que a maioria das operadoras brasileiras não possui uma escala adequada para este tipo de atividade, e que a competição é intensa, sobretudo entre as operadoras de médio e grande porte. Entretanto, desde a criação do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC)<sup>2</sup> em 1994, o setor de saúde suplementar tem se destacado pelo elevado número de condutas anticompetitivas punidas pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE). Os casos julgados até o presente possuem um perfil comum. A representada é, quase sempre, uma cooperativa médica, que é a única operadora estabelecida em determinado município, e que impõe exclusividade aos seus prestadores de serviços.

O presente trabalho mostra que o paradoxo acima é parte de um conjunto de características transitórias do setor de saúde suplementar no Brasil, que tem sido submetido a um intenso processo de mudança iniciado em 1998 com a edição da Lei nº 9.656, que instituiu um novo marco regulatório e, dentre outras consequências, permitiu a criação da ANS dois anos mais tarde. A seção 2 descreve o atual perfil das operadoras estabelecidas no país e revela que a tendência à concentração do setor persistirá no futuro próximo, devido a dois fatores principais: a ação da ANS e a crescente sofisticação tecnológica dos serviços médicos. A seção 3 focaliza alguns detalhes importantes, através do exame dos indicadores de desempenho das operadoras sediadas no estado do Rio de Janeiro. A seção 4 discute os critérios usados pelas autoridades antitruste para delimitar os mercados relevantes do setor de saúde suplementar. Embora existam métodos sofisticados para executar esta tarefa, eles ainda não foram aplicados no Brasil, porque a concentração criada pelos atos já submetidos ao SBDC tem sido muito baixa. Por fim, a seção 5 resume as conclusões do trabalho.

## **2. A Competição em âmbito nacional**

---

<sup>2</sup> O SBDC é composto pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), a Secretaria de Direito Econômico (SDE) do Ministério da Justiça e a Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) do Ministério da Fazenda. O CADE foi criado pela Lei nº 4.137, de 10.09.62, mas só se tornou uma autoridade antitruste efetiva após a Lei nº 8.884, de 11.06.94, que, entre outras providências, conferiu à SDE e à SEAE as funções de órgãos de instrução dos processos antitruste.

Segundo as estatísticas da ANS, em junho de 2008, as 1.877 operadoras de planos de saúde estabelecidas no Brasil atendiam a 49 milhões de beneficiários, dos quais cerca de 40 milhões dispunham de assistência médico-hospitalar e os demais eram amparados apenas por planos odontológicos. Este perfil de atendimento não tem similar no resto do mundo. Nos Estados Unidos, onde o número de operadoras também é elevado, 1.300 empresas cobrem 200 milhões de beneficiários. Nos demais países a oferta é bem mais restrita. Na França, por exemplo, existem 142 operadoras para 12 milhões de pessoas; na Austrália, a relação é de 44 para 20 milhões; no Chile, é de 15 para 4,5 milhões (IESS, 2008). Assim, a experiência internacional indica que, em virtude dos custos operacionais e dos riscos financeiros desta atividade, a escala mínima para assegurar a sustentabilidade de uma operadora é da ordem de 100 mil beneficiários. No Brasil, 95% das firmas existentes não cumprem este requisito, conforme mostra a tabela 1.

*Tabela 1*

*Tipos de Operadoras Segundo a Quantidade de Beneficiários em 2008*

<i>Beneficiários</i>	<i>Nenhum</i>	<i>1 a 10.000</i>	<i>10.001 a 100.000</i>	<i>100.001 a 500.000</i>	<i>Acima de 500.000</i>	<i>Total</i>
<i>Administradoras</i>						
<i>Autogestão</i>	19	-	-	-	-	19
<i>Cooperativas</i>	31	160	70	9	2	272
<i>Medicina de Grupo</i>	16	243	206	29	4	498
<i>Filantropia</i>	210	514	210	29	8	971
<i>Seguradoras</i>	5	61	35	2	-	103
	2	1	2	7	2	14
<b>Total</b>	<b>283</b>	<b>979</b>	<b>523</b>	<b>76</b>	<b>16</b>	<b>1.877</b>

Fonte: ANS, Caderno de Informação da Saúde Suplementar, Junho de 2008.

A tabela 1 reflete alguns traços importantes do padrão de competição vigente no

Brasil. Num universo de quase dois mil agentes, apenas 82 competem, de fato, entre si. Este segmento é composto por 33 cooperativas médicas e 37 empresas de medicina de grupo com mais de 100 mil beneficiários, e 12 seguradoras especializadas em saúde com registro na ANS. As razões deste fenômeno são as seguintes:

- (a) o primeiro tipo de agente listado na tabela 1 são as administradoras, que prestam serviços aos demais tipos de operadoras e, portanto, não têm beneficiários, nem competem no mercado de planos de saúde;
- (b) também não competem neste mercado as operadoras de autogestão, cuja origem comentaremos adiante, e as entidades filantrópicas;
- (c) 264 operadoras ainda não entraram formalmente no mercado, porque não têm registro definitivo na ANS e, por conseguinte, seus beneficiários não estão computados nas estatísticas da ANS;
- (d) no segmento composto por operadoras de pequeno porte, que inclui 449 cooperativas e 724 empresas de medicina de grupo, a maioria atua em municípios do interior não atendidos por operadoras de médio e grande porte.

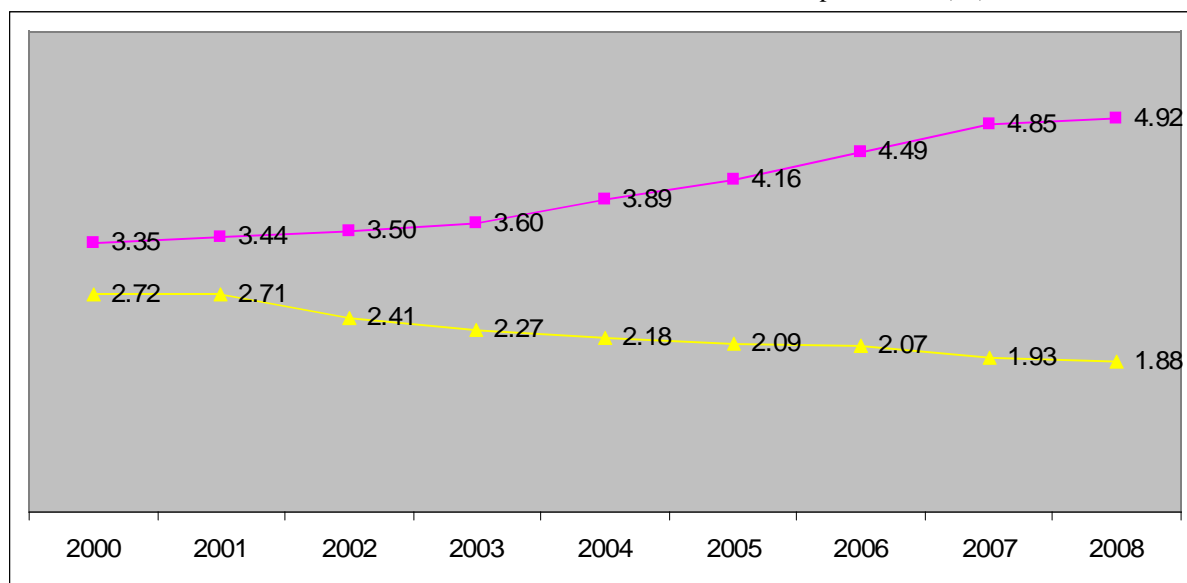
Outra característica notável das atuais condições de concorrência no mercado de planos de saúde é sua volatilidade, conforme indica o gráfico 1. Desde a criação da ANS, o número de operadoras em atividade no território nacional vem declinando a cada ano, enquanto que a taxa de expansão do universo de beneficiários tem superado a do crescimento populacional do país. Estas tendências resultaram, em grande medida, da ação da ANS em duas áreas: o aprimoramento dos critérios para concessão de registros definitivos e a melhoria de qualidade das informações sobre o setor de saúde suplementar. Assim, nos últimos oito anos, a agência cancelou o registro de 1.378 operadoras, e o quadro descrito na tabela 1 sugere que o ritmo de cancelamentos continuará elevado no futuro próximo. Por outro lado, até o final da década passada, os dados agregados sobre o setor eram precários e, em geral, superestimados. Por exemplo, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA),

“a população atendida pela medicina supletiva passou de 22,4 milhões, em 1987, para **perto de 40 milhões, em 1997**, correspondendo a mais de 25% da população; antes da criação do SUS, era inferior a 17%.” (1997, p. 78) (grifo meu) Na mesma linha, o estudo do Valor, Análise Setorial, nota que: “o número de beneficiários do setor salta de 32 milhões, em 1992, para pouco mais de **41 milhões em 1997**.” (2006, p. 10) (grifo meu) Em contraste, segundo a ANS, o número de beneficiários só alcançou o patamar de 40 milhões em 2005. A origem da disparidade entre as estatísticas atuais da ANS e as cifras (certamente exageradas) que aparecem nas duas citações precedentes reside, provavelmente, no fato de que, após a obtenção do registro definitivo junto à Agência, a contabilidade da operadora passa a ser fiscalizada. Desta maneira, a interpretação mais segura para a expansão registrada ao longo da presente década é a de que, como os dados agregados atuais são mais precisos, o mercado de planos de saúde não cresceu tanto quanto parece, mas se tornou mais transparente.

**Gráfico 1**

**Número de Operadoras e de Beneficiários de Planos de Saúde no Brasil: 2000–2008**

Unidades: Beneficiários (■) – Dezena de milhão  
Operadoras (▲) – Mil



Fonte: ANS, Caderno de Informação da Saúde Suplementar, Junho de 2008.

O centro das transformações em curso no setor de saúde suplementar reside na

tendência ao declínio do número de operadoras. Além da ação a ANS, dois fatores adicionais são responsáveis por este processo: os custos crescentes dos serviços de assistência médica, em virtude das mudanças no perfil demográfico do país e do progresso técnico, e a competição entre as operadoras líderes do setor, que nos últimos anos gerou várias iniciativas de fusões e aquisições neste setor. Conforme registrou uma publicação recente: “*Hoje, a retirada de uma vesícula custa cerca de R\$12 mil por causa da sofisticação do procedimento, feito por laparoscopia. Há dez anos, não sairia por mais de R\$6 mil. Gastos com drogas quimioterápicas chegam a R\$25 mil por mês. Há uma década, custavam R\$8 mil.*” (Valor, Análise Setorial, 2006, p. 39) Evidências menos anedóticas mostram que o envelhecimento da população e os avanços tecnológicos são as variáveis explicativas para o fato de que, desde a década de 1970, os gastos com saúde têm aumentado acima da taxa de crescimento do PIB em virtualmente todos os países industrializados. Hagist e Kotlikoff (2005) examinaram a evolução dos gastos de dez países da OECD, em valores constantes (i.e. deflacionados pelo índice de preços de cada país), entre 1970 e 2002 e encontraram uma taxa média de crescimento de 5% ao ano.

Tal como ocorre em outras economias, a competição por diferenciação de produtos é intensa entre as operadoras de grande porte estabelecidas no Brasil. Para lidar com os padrões tecnológicos atuais, estas empresas tem sido “*obrigadas a gerenciar seus custos, por meio do aumento dos investimentos em tecnologia da informação, incremento de ações de medicina preventiva, intensificação das vendas de planos coletivos, em detrimento dos individuais, e expansão de sua rede própria de hospitais, laboratórios e clínicas.*” (Valor, Análise Setorial, 2006, p. 41) Neste ambiente, a disputa por parcelas de mercado é baseada na oferta de produtos específicos para os diversos segmentos da população, tais como os programas de gestão de saúde para doentes crônicos, como diabéticos e hipertensos; serviços especializados para pacientes em estado crítico; e planos acessíveis aos clientes de menor poder aquisitivo. (Ibidem, pp. 42-3) Dado que estas estratégias nem sempre são suficientes para assegurar um bom desempenho neste mercado, a aquisição de operadoras de pequeno e médio porte tornou-se um recurso bastante usado pelas empresas líderes deste setor nos últimos anos.

Uma fonte adicional de crescimento das operadoras de grande porte poderá advir de uma eventual reestruturação de operadoras do tipo autogestão. Na terminologia da ANS, estas entidades prestam serviços “*exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes.*” (ANS, 2008, p. 116) Neste grupo diversificado, incluem-se os planos de saúde de órgãos estatais, como Petrobrás, Eletrobrás, Banco do Brasil, BNDES, etc., antigas empresas públicas, como Embratel e Cia. Vale do Rio Doce, e outras grandes empresas privadas.

Esta modalidade de assistência médica surgiu na década de 1960, e foi amplamente estimulada pelos governos militares durante o período do chamado “milagre brasileiro”. Apesar da vigorosa expansão do aparato produtivo estatal na época, e da mentalidade intervencionista então vigente, aqueles governos não se empenharam em constituir um sistema público de saúde compatível com o ritmo de crescimento da economia. Em contraposição, criaram um instrumento conhecido como “convênio-empresa”, que incentivava as grandes empresas a prover diretamente os cuidados com a saúde de seus funcionários. Os incentivos incluíam a isenção das contribuições previdenciárias e a redução de outros tributos. Sob a ótica do atendimento médico-hospitalar, o convênio-empresa não implicava riscos para o beneficiário, mas consistia num arranjo anti-econômico subsidiado com recursos públicos. Por maior que fosse a empresa, seu contingente de empregados não seria suficiente para gerar uma escala operacional adequada para a administração de planos de saúde. Atualmente, os principais remanescentes deste modelo são os programas de assistência das empresas estatais.

Em virtude dos custos crescentes dos serviços de assistência médica, as pressões no sentido da reestruturação das operadoras de autogestão poderão resultar em três tipos de soluções: (a) a fusão dos planos de saúde das empresas estatais; (b) o encerramento da autogestão através da transferência dos serviços para uma operadora de grande porte; (c) no caso das 11 operadoras deste tipo que possuem mais de 100 mil beneficiários (ver tabela 1), uma alternativa possível seria a de mudar sua personalidade jurídica e passar a competir no

mercado de planos de saúde, substituindo o formato autogestão pelos de cooperativa médica ou de medicina de grupo. Em qualquer hipótese, tais mudanças irão intensificar a competição entre as operadoras de grande porte, bem como a concentração do setor de saúde suplementar.

Do ponto de vista da regulação, um dos desafios atuais da ANS é o de fiscalizar a conduta das centenas de operadoras de pequeno porte que atuam em municípios do interior do país. A experiência recente mostra que, frequentemente, estas empresas podem representar uma dupla ameaça para o consumidor. Por um lado, como não possuem escala suficiente para enfrentar os riscos desta atividade, é elevada a probabilidade de que os beneficiários sejam subitamente desamparados, em virtude da falência da operadora ou de sua incapacidade de atender a casos que requeiram recursos tecnológicos sofisticados. Por outro lado, quando a operadora é um monopolista local, são usuais as tentativas de compensar a fragilidade empresarial através de práticas abusivas, conforme atestam os diversos casos julgados pelo CADE nos últimos dez anos.

Por fim, uma peculiaridade adicional do padrão de competição vigente no setor de saúde suplementar diz respeito ao papel exercido pelas seguradoras, que se distinguem dos demais tipos de operadoras sob dois aspectos. Em primeiro lugar, segundo a Lei nº 10.185/01, elas estão proibidas de entrar em outros ramos. Portanto, seu perfil empresarial é necessariamente distinto daquele que é usual entre as operadoras de grande porte, que atuam em todos os segmentos do setor de saúde, sobretudo através de investimentos em hospitais, laboratórios e centros de reabilitação. Em segundo lugar, a sustentabilidade de uma seguradora depende, basicamente, da solidez do grupo financeiro a que está associada, e não do tamanho de sua carteira de beneficiários. Conforme veremos adiante neste trabalho, este é um dos fatores explicativos da heterogeneidade de desempenhos no mercado de planos de saúde.



### 3. O Perfil do estado do Rio de Janeiro

Alguns detalhes importantes do panorama descrito na seção anterior aparecem com maior nitidez quando examinamos o perfil do setor de saúde suplementar no estado do Rio de Janeiro, que possui determinadas características que facilitam a análise. Em primeiro lugar, o número de operadoras sediadas neste estado é relativamente pequeno, quando comparado ao resto do país, mas sua distribuição por tamanho e por tipo de operadora é bastante similar àquela que se observa em âmbito nacional, conforme indicam a tabela 2 e o gráfico 2. Em segundo lugar, este grupo inclui as duas maiores operadoras do país, Amil e Bradesco Seguros, bem como algumas das principais cooperativas médicas e operadoras de autogestão pertencentes a grandes empresas, como Eletrobrás, Embratel, Furnas, Petrobrás e Vale. Em terceiro lugar, o contraste entre a situação vigente na cidade do Rio de Janeiro e nos demais municípios do estado reproduz com fidelidade o paradoxo referido na introdução deste trabalho, quanto à dicotomia entre oferta atomizada e poder de mercado.

*Tabela 2*

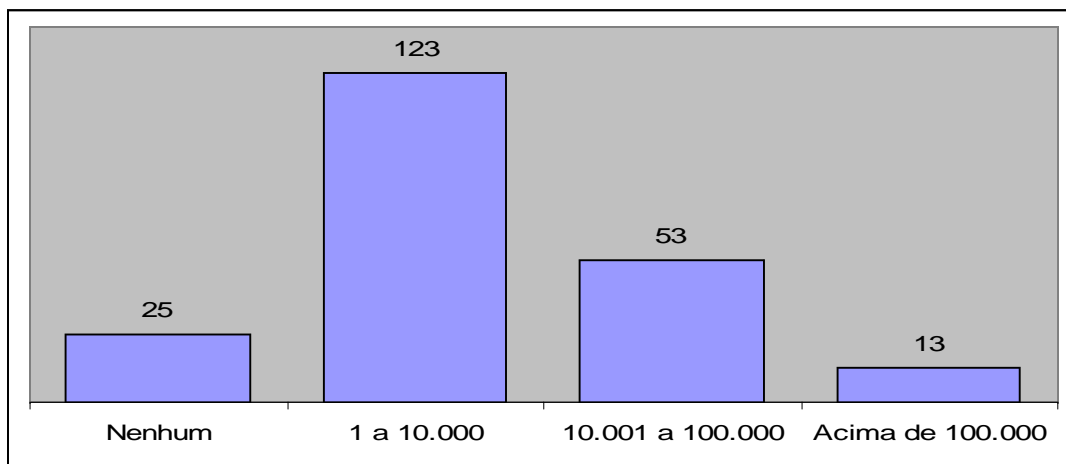
*Operadoras de Planos de Saúde com Sede no Estado do Rio de Janeiro*

<i>Local da sede</i>	<i>Município do</i>	<i>Outros</i>	<i>Total</i>
<i>Tipo</i>	<i>Rio de Janeiro</i>	<i>Municípios</i>	
<i>Administradoras</i>	2	1	3
<i>Autogestão</i>	29	1	30
<i>Cooperativas</i>	4	33	37
<i>Medicina de Grupo</i>	79	59	138
<i>Filantropia</i>	2	1	3
<i>Seguradoras</i>	3	-	3
<b><i>Total</i></b>	<b><i>119</i></b>	<b><i>95</i></b>	<b><i>214</i></b>

Fonte: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) (Informações disponíveis em 15.07.08)

*Gráfico 2*

*Estado do Rio de Janeiro: Número de Operadoras segundo a Quantidade de Beneficiários*



Fonte: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) (Informações disponíveis em 15.07.08)

A tabela 2 e o gráfico 2 registram sete aspectos notáveis:

- (1) Das 214 operadoras do estado,<sup>3</sup> 119 estão sediadas na cidade do Rio de Janeiro, enquanto que as demais estão distribuídas em 30 municípios do interior.
- (2) Como o estado tem 92 municípios, isto significa que em 61 deles os eventuais beneficiários de planos de saúde são atendidos por operadoras sediadas em outros municípios.
- (3) Quase todas as cooperativas médicas (33 entre 37) estão localizadas em municípios do interior.
- (4) O oposto ocorre com as operadoras de autogestão, que praticamente só atuam na cidade do Rio de Janeiro (29 entre 30).

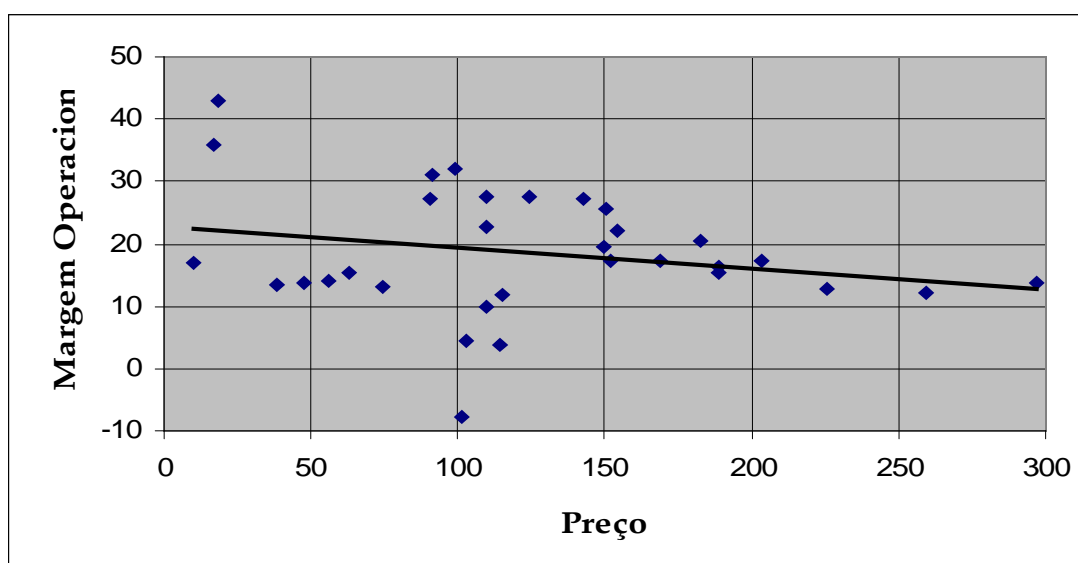
<sup>3</sup> Este número estava disponível no site da ANS em 15.07.08. No entanto, a edição de junho de 2008 do *Caderno de Informação da Saúde Suplementar* indica um número ligeiramente superior, de 222 operadoras.

- (5) A carteira de clientes das 95 operadoras do interior é, quase sempre, inferior a 10 mil associados.
- (6) Em contraste com o elevado número de operadoras na cidade do Rio de Janeiro, a competição é virtualmente ausente no interior, onde apenas dez municípios contam com mais de três operadoras.
- (7) Em todo o estado, apenas 13 operadoras possuem mais de 100 mil clientes.

Em síntese, há uma situação inusitada no setor de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro, que é idêntica àquela que vigora no resto do país: as pequenas empresas, embora despreparadas para lidar com os riscos desta atividade, possuem poder de mercado nos municípios do interior, enquanto que as grandes empresas estão submetidas a pressões competitivas intensas nos grandes centros, conforme demonstra o gráfico 3, que apresenta uma regressão linear entre preço médio da mensalidade dos planos de saúde e margem de lucro de um conjunto de operadoras de grande porte no período 2004–2006.

**Gráfico 3**

***Rentabilidade das Operadoras de Grande Porte Sediadas no Estado do Rio de Janeiro***



Fonte: Anuário ANS, 2005 e 2006.

Conforme comentamos na seção anterior, desde a sua criação, a ANS vem tomando providências para promover a transparência do mercado de planos de saúde. Um dos instrumentos para alcançar este objetivo é o *Anuário*, que divulga regularmente os dados econômico-financeiros das operadoras registradas na Agência. A partir desses dados, é possível calcular, por exemplo, o preço médio da mensalidade<sup>4</sup>, o custo variável médio<sup>5</sup> e, portanto, a margem operacional<sup>6</sup> de cada operadora. O gráfico 3 mostra a relação entre preço da mensalidade e margem operacional de onze operadoras durante o período 2004–2006. Este grupo inclui cinco empresas de medicina de grupo (Amico, Amil, Golden Cross, Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro e Semeg Saúde), três seguradoras (Bradesco Saúde, Brasil Saúde e Sul América Seguro Saúde), duas cooperativas (Unimed-Rio e Unimed-São Gonçalo) e uma operadora de autogestão (APP AI). Com exceção da Brasil Saúde, que atualmente tem cerca de 90 mil associados, todas as demais operadoras desta amostra possuem carteiras com mais de 100 mil clientes.<sup>7</sup>

Duas conclusões podem ser extraídas do gráfico 3. A primeira é a de que, mesmo entre as operadoras de grande porte, a competição é segmentada em diversos nichos de mercado, onde são ofertados produtos com distintos níveis de sofisticação, conforme revela o comportamento dos preços e dos lucros. A mensalidade média do conjunto da amostra é de R\$ 124,00, mas os valores podem variar entre R\$ 10,00 (cobrada pela Semeg em 2004) e R\$ 300,00 (Sul América em 2006). Da mesma forma, a margem operacional média é de 19%, mas pode oscilar entre um prejuízo de 8% (sofrido pelo Bradesco em 2005) e uma rentabilidade de 43% (obtida pela APP AI em 2005).

---

<sup>4</sup> Para calcular o preço médio da mensalidade ( $p$ ) a cada ano, basta dividir o valor da rubrica “contraprestações efetivas” por 12 e, em seguida, dividir pelo número de beneficiários da operadora naquele ano.

<sup>5</sup> O custo variável médio ( $c_m$ ) é o resultado da soma das rubricas “eventos indenizáveis” e “despesas de comercialização”, dividida por 12 e pelo número de beneficiários.

<sup>6</sup> A margem operacional é igual a  $[(p - c_m)/p] \times 100$ .

<sup>7</sup> Dentre as operadoras do estado do Rio de Janeiro que possuem mais de 100 mil associados apenas três, do tipo autogestão, não foram incluídas no gráfico 3 (Caixa de Previdência dos Servidores da Fundação Serviços de Saúde Pública, Petrobrás e Vale) porque seus indicadores econômico-financeiros não aparecem no Anuário da ANS.

A segunda conclusão é a de que, ao contrário do padrão usual em mercados onde a competição é baseada na diferenciação de produtos, a regressão linear apresentada no gráfico 3 indica uma tendência declinante da margem de lucro da operadora, à medida que seus planos de saúde se tornam mais sofisticados. Este fenômeno resulta da combinação de diversos fatores, que incluem a intensidade da competição nas grandes cidades, a dificuldade de repassar os custos dos tratamentos que dependem de tecnologias de fronteira, limitações advindas do marco regulatório, escala inadequada da operadora, etc. O escopo deste texto não comporta uma avaliação da importância relativa de cada um desses fatores. No entanto, o comportamento atípico das margens de lucro das operadoras de grande porte é um dos elementos a serem considerados pelas autoridades antitruste ao analisar atos de concentração no setor de saúde suplementar. Além disso, este fenômeno sugere que existem anomalias neste setor que demandam a atenção da ANS.

#### **4. Tendência à concentração e análise antitruste**

Conforme vimos nas seções anteriores, a tendência à concentração tem sido marcante no setor de saúde suplementar nos últimos dez anos. Neste momento, estão em análise no SBDC cerca de 20 processos de fusões ou aquisições de operadoras, e todos os casos julgados pelo CADE desde 1994 foram aprovados sem restrições significativas.<sup>8</sup> Este resultado é coerente com a atuação da ANS, cujo objetivo primordial é assegurar “*a permanência de empresas sólidas e aptas para garantir as condições contratadas com qualidade.*” (Anuário ANS, 2005, p. 7)

Os critérios usados pelo SBDC para analisar os atos de concentração neste setor são, como se sabe, aqueles descritos no *Guia SDE/SEAE para Análise Econômica de Atos de Concentração Horizontal*, cuja primeira etapa é a da definição dos mercados relevantes da operação. Esta tarefa é cumprida através do teste do “monopolista hipotético”, que visa delimitar a menor área geográfica e o menor grupo de produtos compatíveis com a imposição

---

<sup>8</sup> Nenhum caso já submetido ao SBDC sofreu impugnações de natureza antitruste por parte de concorrentes, fornecedores ou clientes das operadoras de planos de saúde. As poucas restrições impostas pelo CADE foram relativas a detalhes do contrato apresentado pelas requerentes.

de um “pequeno mas significativo e não transitório” aumento de preços. No caso do setor de saúde suplementar, em virtude das características discutidas anteriormente, a dimensão geográfica do mercado relevante é, em princípio, municipal. No entanto, em determinadas operações, o mercado de alguns produtos, como serviços hospitalares especializados e planos coletivos oferecidos a grandes empresas, o mercado pode ser regional, ou até nacional.

Em geral, os atos de concentração entre operadoras costumam envolver duas classes de produtos: planos de saúde e serviços de cuidados com a saúde, que envolvem a propriedade de ativos variados, como hospitais, laboratórios, clínicas e ambulatórios. Devido às normas estabelecidas pela Lei nº 9656/98,<sup>9</sup> nos casos já examinados pelo SBDC, os mercados dos planos de saúde são definidos segundo dois critérios: (a) tipo de contratação (individual/familiar ou coletivo); (b) tipo de cobertura (assistência médico-hospitalar ou exclusivamente odontológica).<sup>10</sup>

Com relação aos demais ativos das operadoras, os mercados relevantes são definidos de acordo com a natureza, o grau de especialização e a qualidade dos serviços prestados. No caso de hospitais, por exemplo, a jurisprudência norte-americana gerou diversa metodologias para avaliar poder de mercado neste setor (Gaynor e Vogt, 1999; ABA, 2003; FTC/DOJ 2004; Duclos, 2006). Um aspecto interessante daquela jurisprudência é o de que, entre 1994 e 2000, a *Federal Trade Commission* (FTC) e a Divisão Antitruste do Departamento de Justiça (DOJ) examinaram cerca de 900 casos de fusões de hospitais, e todos eles foram aprovados. No entanto, em sete casos, as duas agências tentaram vetar a operação, mas perderam o litígio na justiça, porque as requerentes conseguiram apresentar definições amplas e convincentes dos mercados relevantes da operação, com base no teste de Elzinga-Hogarty (E-H) ou na análise da perda crítica (DOJ/FTC, 2004).

O teste E-H foi formulado originalmente para medir fluxos de mercadorias entre

---

<sup>9</sup> Segundo a Lei nº 9656/98, os planos de saúde oferecidos por seguradoras, cooperativas e empresas de medicina de grupo, deve cobrir, obrigatoriamente, gastos com hospitais, ambulatórios e serviços de obstetrícia.

<sup>10</sup> Ver, por exemplo, AC nº 08012.009994/2006-04 e AC nº 08012.000180/2007-87. Para uma descrição detalhada da metodologia usada pelo SBDC, ver Santos (2008).

regiões, e não para avaliar poder de mercado de hospitais. Com base numa metodologia similar à do tradicional índice Grubel-Lloyd de comércio intra-industrial, Elzinga e Hogarty (1973) sugeriram parâmetros para avaliar as pressões competitivas advindas das importações e exportações de uma determinada mercadoria que é produzida tanto na região em estudo quanto em regiões vizinhas. O primeiro parâmetro mede o grau de auto-suficiência da região no consumo daquele bem através do índice  $LIFO = [1 - (\text{importações}/\text{consumo})]$  (*little in from outside*). A região será auto-suficiente quando as importações representarem menos de 10% do consumo e, por conseguinte, o índice LIFO for superior a 0,9. O segundo parâmetro é o índice  $LOFI = [1 - (\text{exportações}/\text{produção})]$  (*little out from inside*) que mede a parcela da produção destinada ao consumo local. Assim, quando os dois índices se aproximarem de 1, isto significa que os produtores daquela região não competem com seus congêneres nas regiões vizinhas.

As fórmulas acima podem ser adaptadas para indicar se o mercado relevante de um determinado hospital é municipal, regional ou nacional. Basta substituir a razão importações/consumo pelo fluxo de pacientes residentes no município do hospital que buscam atendimento em hospitais de outros municípios. Neste caso, o índice LIFO mede o grau de contestabilidade das “importações” de serviços hospitalares naquele município. Da mesma forma, no índice LOFI, a razão exportações/produção é substituída pelo fluxo de pacientes do resto do país, ou do exterior, que usam os serviços do hospital do município em análise.

Um detalhe irônico do debate acadêmico sobre os índices LIFO e LOFI é que Kenneth Elzinga e Thomas Hogarty acham que esse índices não são adequados para delimitar os mercados relevantes de hospitais. Segundo eles, esta metodologia é útil quando aplicada a bens e serviços relativamente homogêneos, como cerveja, minérios e serviços bancários. No entanto, como serviços hospitalares são muito heterogêneos, o fluxo de pacientes é um indicador pouco confiável do poder de mercado de um hospital (DOJ/FTC, 2005)

A análise da perda crítica (*critical loss analysis* – CLA) é baseada no princípio de que nenhuma firma irá elevar seus preços se esta medida provocar uma queda nos lucros. Este método foi introduzido por Harris e Simons (1989), com o objetivo de estabelecer uma regra

aritmética simples para o teste do monopolista hipotético e, portanto, é aplicável a qualquer tipo de ato de concentração. A perda crítica é a redução percentual no volume de vendas que um monopolista hipotético sofrerá ao elevar seus preços até o ponto de maximização dos lucros. A principal vantagem do método CLA é a de que ele não depende de qualquer teoria sobre o comportamento da firma, ou sobre o padrão de concorrência vigente no mercado, mas apenas da elasticidade da demanda pelos produtos oferecidos pela firma. Como disseram Scheffman e Simons (2003), CLA é pura aritmética.

No caso de hospitais, por exemplo, a aplicação deste método é feita da seguinte forma. Em primeiro lugar, calcula-se a perda crítica a partir dos preços vigentes, com base numa estimativa confiável da elasticidade da demanda pelos serviços do hospital. Em seguida, calcula-se o percentual de perda efetiva que o hospital teria no município onde está instalado. Se este coeficiente for superior ao da perda crítica, isto significa que o município é pequeno demais para constituir um mercado relevante. Este exercício é então repetido em âmbito regional ou nacional, até o ponto em que as duas margens de perdas forem idênticas.

Apesar da simplicidade conceitual, a aplicação do método CLA em casos concretos tem sido tão polêmica quanto a do teste E-H, devido a dificuldades empíricas variadas, como os critérios de agregação dos serviços hospitalares, o cálculo dos fluxos de pacientes entre municípios, a disponibilidade de dados fidedignos para estimar as elasticidades de demanda, o uso de dados qualitativos, como pesquisas de opinião de consumidores e concorrentes, etc. Cabe notar, entretanto, que em relação aos atos de concentração entre operadoras de planos de saúde no Brasil, este debate é exclusivamente teórico, porque os casos submetidos ao SBDC até o presente envolveram empresas que atuam em grandes cidades, onde a intensidade da competição é evidente, e dispensa a aplicação de métodos quantitativos como CLA e o teste E-H para analisar a operação.

Sob a ótica do produto, a delimitação dos mercados relevantes de hospitais também é controvertida, em virtude da multiplicidade de serviços prestados, sua heterogeneidade tecnológica e respectivas finalidades. Santos (2008), por exemplo, apresenta uma classificação com 17 tipos de produtos relevantes, divididos em dois grandes grupos



(atendimento médico-hospitalar e serviços de apoio à medicina diagnóstica), três subgrupos (centro médico, hospital e laboratório) e diversos segmentos. Esta classificação tem sido mencionada em alguns pareceres da SEAE,<sup>11</sup> mas, até agora, não foi necessário aplicá-la em nenhum caso, para esclarecer dúvidas sobre o poder de mercado das requerentes. Mesmo nos Estados Unidos, em diversos casos, a FTC e o DOJ têm usado classificações mais simples, onde os serviços são analisados de forma agregada, com base no conceito de mercado padrão (*cluster market*).<sup>12</sup>

## 5. Conclusão

Este trabalho mostrou que o debate sobre regulação e concorrência no setor de saúde suplementar no Brasil está apenas começando, e que o processo de mudança que marcou o setor nos últimos dez anos ainda não se completou. As seções anteriores abordaram cinco temas que, no futuro próximo, permanecerão na agenda deste setor:

- (a) *O tamanho das operadoras.* Apesar da tendência à concentração do mercado, os desafios advindos da fragilidade econômico-financeira das operadoras de pequeno porte não irão desaparecer em breve, devido ao alto número de firmas cujo tamanho é inadequado para lidar com os riscos desta atividade. Por mais intensos que sejam os ritmos de fusões e aquisições, e de saída de firmas do mercado nos próximos anos, é improvável que a situação atual seja alterada rapidamente, já que 95% das operadoras registradas na ANS possuem menos de 100 mil associados.
- (b) *O poder de mercado dos monopolistas municipais.* Como vimos nas seções 2 e 3, este problema está diretamente relacionado com o anterior, já que grande parte das operadoras pequenas estão sediadas em municípios do interior, onde desfrutam da condição de monopolista. Apesar das punições já aplicadas pelo CADE, e das providências tomadas pela ANS para ampliar a transparência do

---

<sup>11</sup> Ver, por exemplo, AC nº 08012.000180/2007-87.

<sup>12</sup> Ver FTC/DOJ, 2004.

mercado, as práticas abusivas registradas na última década só serão contidas definitivamente a partir do momento em que as operadoras de médio e grande porte começarem a atuar em municípios do interior.

- (c) *A reestruturação das operadoras de autogestão.* Este processo não foi iniciado ainda, mas constitui uma das perspectivas promissoras do setor, posto que implicará a eliminação de um foco antigo de ineficiência, herdado dos governos militares. Entretanto, como as principais operadoras deste tipo são subordinadas a empresas estatais, os incentivos para promover a mudança são pequenos. De fato, a principal fonte de estímulos à reestruturação provém do trabalho que vem sendo desenvolvido pela ANS, ao divulgar regularmente os indicadores de desempenho das operadoras, e tornar mais evidente, a cada ano, que autogestão é um arranjo irracional para administrar planos de saúde.
- (d) *A tendência declinante das margens de lucro das operadoras de grande porte.* As evidências aqui apresentadas sobre esta tendência são, evidentemente, limitadas, porque estão baseadas numa amostra de onze operadoras sediadas no estado do Rio de Janeiro, durante um período de apenas três anos. Contudo, a amostra inclui algumas das principais operadoras do país, e as condições de concorrência neste estado são similares àquelas vigentes em âmbito nacional, como vimos na seção 3. Assim, este é um tema cujo estudo merece ser aprofundado.
- (e) *Os instrumentos da análise antitruste.* Até o presente, os atos de concentração entre operadoras de planos de saúde submetidos ao SBDC não provocaram mudanças significativas na estrutura do setor. Por este motivo, a aprovação destes atos não dependeu da aplicação de instrumentos analíticos sofisticados para delimitar os mercados relevantes da operação e avaliar a possibilidade de condutas restritivas à concorrência. Mas, como o ritmo de fusões e aquisições neste setor continuará elevado, pelas razões aqui discutidas, é provável que, em breve, aqueles instrumentos se tornem necessários, não obstante as limitações discutidas na seção 4. Assim, o uso apropriado dos métodos quantitativos, e a

atenção às peculiaridades do setor de saúde suplementar no Brasil, são cuidados indispensáveis à análise dos atos de concentração que forem submetidos ao SBDC nos próximos anos.

### Referências

- American Bar Association. 2003. **Health Care Mergers and Acquisitions Handbook**, Chicago: ABA Publishing.
- Culyer, A. J., e Newhouse, J. P. (orgs.) 2000. **Handbook of Health Economics**, Amsterdam: North Holland.
- Banco Mundial. 2007. **Governance in Brazil's Unified Health System (SUS)**, Report No. 36601-BR, Washington, D.C.
- Duclos, M. T. 2006. “*Atos de Concentração, Poder de Monopólio e Restrições Verticais no Mercado de Saúde Suplementar*”, in Eduardo P. S. Fiuza e Ronaldo Seroa da Motta (orgs.), **Métodos Quantitativos em Defesa da Concorrência e Regulação Econômica**, Rio de Janeiro: IPEA.
- Elzinga, K., e Hogarty, T. 1973. “*The Problem of Geographic Market Delineation in Antitrust Suits*”, **Antitrust Bulletin**, no. 18.
- Federal Trade Commission e Department of Justice. 2004. **Improving Health Care: A Dose of Competition**, Washington, D.C.
- Feldstein, M. 2006. “*Balancing the Goals of Health Care Provision*”, **NBER Working Paper 12279**, Cambridge.
- Gaynor, M., e Vogt, W. B. 1999. “*Antitrust and Competition in Health Care Markets*”, **NBER Working Paper 7112**, Cambridge.
- Hagist, C., e Kotlikoff, 2005. “*Who's Going Broke? Comparing Growth in Healthcare Costs in Ten OECD Countries*”, **NBER Working Paper 11833**, Cambridge.
- Harris, B., e Simons, J. 1989. “*Focusing Market Definitions: How Much Substitution is Necessary?*”, **Research in Law and Economics**, vol. 12.
- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. 2008. **A História e os Desafios da Saúde Suplementar**, São Paulo: Saraiva.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 1997. **O Brasil na Virada do Milênio: Trajetória do Crescimento e Desafios do Desenvolvimento**, Brasília.
- Porter, E. P., e Teisberg, E. O. 2007. **Repensando a Saúde**, Porto Alegre: Bookman.

Santos, T. 2008. “*Determinação de Mercados Relevantes no Setor de Saúde Suplementar*”, **SEAE/MF Documento de Trabalho nº 46**, Brasília: Ministério da Fazenda.

Scheffman, T. S., e Simons, J. J. 2003. “*The State of Critical Loss Analysis: Let’s Make Sure We Understand the Whole Story*”, **The Antitrust Source**, November, [www.antitrustsource.com](http://www.antitrustsource.com).

Valor, Análise Setorial. 2006. **Saúde Suplementar**, [www.valoronline.com.br](http://www.valoronline.com.br).