

## **A CONCENTRAÇÃO NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**

**André Nunes**

Professor de Economia da Universidade de Brasília

e-mail : andrenunes@unb.br

**Resumo:** O objetivo desse artigo é discutir a concentração no mercado de Saúde Suplementar no Brasil. Para assegurar aos usuários a continuidade da assistência à saúde, a Agência Reguladora criou uma série de normas para garantir a solvência, a estrutura financeira adequada e os critérios mínimos de qualidade para o atendimento às necessidades de saúde dos usuários. Essas medidas produziram maior concentração no mercado. A controvérsia é se a concentração eleva a capacidade de majoração de preços por parte das operadoras de seguros de saúde. O estudo indica que, na presença de sinergias, há possibilidade da fusão reduzir o preço do bem final se alguma forma de capital for recombinação entre as firmas e se houver economia de escala. Verifica-se, ainda, empregando os índices de concentração C4 e HHI o grau de concentração desse mercado no Brasil e nas unidades da federação.

**Palavras-Chave:** Regulação em Saúde; Concentração. **JEL:I18**

**Abstract:** The aim of this paper is to discuss the concentration in the Supplementary Health in Brazil. To ensure that users get the continuity of health care, the regulatory agency created a series of standards to ensure solvency, adequate financial structure and the minimum quality criteria to meet the health needs of users. These measures have produced greater market concentration. The controversy is whether the concentration raises the capacity of increase the prices by health insurance companies. The study indicates that in the presence of synergies, there is possibility of merger reduces the price of the final good if some form of capital is recombined between the firms and if economy of scale exist. Verifying yet using the index concentration C4 and HHI the degree of market concentration in Brazil and in the states of federation.

**Key Words:** Health regulation; concentration. **JEL:I18**

## A Concentração no Mercado de Saúde Suplementar no Brasil

### 1. Introdução

O setor de saúde suplementar apresenta algumas peculiaridades que o tornam diferente dos demais setores econômicos e que podem resultar em perdas de bem-estar, na ausência de regulação. A distinção do setor de saúde suplementar ocorre porque há nele inúmeras falhas de mercado, que se traduzem em ineficiência econômica. A regulação surge como forma de corrigir essas ineficiências que, de modo geral, caracterizam-se como a presença de bens públicos, externalidades, monopólio natural e a assimetria de informação. Se o mercado funcionasse como uma economia competitiva, haveria poucas razões para regulação, entretanto como o mercado de saúde apresenta inúmeras imperfeições, justifica-se algum tipo de regulação. Há casos em que, mesmo em mercados competitivos, a regulação pode ser utilizada para melhorar o bem-estar do consumidor, como: demandas por universalização, proteção à saúde, competição destrutiva ou predatória.

Um dos principais problemas da regulação é decidir se ela deve ser adotada. A teoria do interesse público, ou análise “normativa como positiva” (*NTP – normative as positive theory*) sugere que a regulação é necessária na presença de imperfeições de mercado, em especial em mercados onde ocorrem *externalidades* ou concentração econômica e, por isso, deixam de ser competitivos. Outra abordagem da teoria positiva da regulação sugere que o regulador administra o bem-estar de vários grupos distintos de agentes, melhorando a situação de alguns em detrimento a de outros. No caso da regulação dos planos de saúde, essa hipótese parece a mais plausível.

O objetivo do artigo é discutir a questão da regulação no mercado de saúde suplementar no Brasil e, de modo específico os efeitos da regulação quanto à concentração do setor. Há dez anos, marco do início da regulação do setor, havia 1.969 operadoras de saúde médico-hospitalares no Brasil. Em dezembro de 2009, esse número havia se reduzido para 1.218. Nesse mesmo período, o número de usuários se elevou de 30,7 milhões para 42,9 milhões (ANS, 2010). Parece haver uma tendência a concentração no mercado de saúde suplementar. Essa concentração ocorreu, em sua grande maioria, por fusões e incorporações. Qualificar melhor os efeitos da concentração e indicar se ela provocou, ou não, melhoria de bem-estar aos consumidores é outra questão pertinente nesse contexto de regulação.

## 2. A Regulação no Setor de Saúde Suplementar

As primeiras operadoras de planos de assistência à saúde iniciaram suas atividades na década de 60. A normatização do setor começou a ser elaborada em 1994, quando da apresentação, na Câmara dos Deputados, do Projeto de Lei nº 4.425<sup>1</sup>. Quatro anos depois, a lei voltou a ser debatida no Senado e, em 1998, o projeto sofreu algumas alterações, principalmente no que diz respeito aos agentes reguladores. As regras de autorização de funcionamento, monitoramento econômico-financeiro e reajustes de preços continuaram a ser atribuições da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados). De outra parte, a regulação dos aspectos assistenciais mudou substantivamente, passando a ser atribuição do Ministério da Saúde (MS), através do Departamento de Saúde Suplementar (DESAS), órgão da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU)<sup>2</sup>. Também foi instituída a Câmara de Saúde Suplementar (CSS),<sup>3</sup> órgão consultivo permanente na regulação da assistência à saúde.

A Lei nº 9.656 foi sancionada em 3 de junho de 1998, pelo Presidente da República, conforme o texto aprovado na Câmara. No dia seguinte à publicação, editou-se a Medida Provisória nº 1.665, para alterar o texto original, segundo acordado com o Senado. O marco legal da regulação passou a ser a combinação da Lei nº 9.656/98 com a MP nº 1.665/98. A Lei normatizou aspectos relevantes para o funcionamento do mercado de saúde suplementar:

- (a) definiu o plano privado de assistência à saúde e, em consequência, operadora de planos de assistência à saúde;
- (b) padronizou os produtos oferecidos no mercado, determinando a transparência dos contratos, delimitando a carência e vedando exclusões e limitações na cobertura assistencial;
- (c) instituiu o controle de preços dos produtos;
- (d) vedou a discriminação de consumidores;
- (e) estabeleceu regras de autorização de funcionamento para as operadoras, entre elas a necessidade de demonstrar a viabilidade

---

1 O PL nº 4.425/94 tem origem no Senado Federal, onde foi aprovado o PL nº 93, de autoria do Senador Iram Saraiva, com a proposta de vedar às operadoras a exclusão de patologias e outros agravos à saúde nos contratos de planos de assistência médico-hospitalar.

2 Criado pelo Decreto nº 2.477/98, com as alterações do Decreto nº 4.044/2001, o CONSU é atualmente integrado pelos Ministros da Justiça, que o preside, da Saúde, da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão.

3 Atualmente a CSS é integrada pelo Diretor Presidente da ANS, por representantes dos Ministérios da Fazenda, Previdência e Assistência Social, do Trabalho e Emprego, da Justiça, da Saúde, além de outros atores do setor e da sociedade.

econômico-financeira e a obrigatoriedade de publicação das demonstrações financeiras.

O marco regulatório, aprovado em junho de 1998, entrou em vigor, em janeiro de 1999. Diversas medidas provisórias editadas posteriormente trouxeram sucessivas modificações à Lei. Na etapa seguinte, ocorreu a unificação das atribuições de regulação do setor no Ministério da Saúde, através da MP nº 1908-18, de 24 de setembro de 1999. Como consequência dessa MP, o CONSU foi transformado em Conselho Ministerial. A CSS teve suas atribuições ampliadas, passando a se manifestar sobre o aspecto econômico-financeiro da regulação.

O marco referencial dessa revisão do modelo de regulação é a criação da Agência Nacional de Saúde - ANS, pela Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que passou a assumir todas as atribuições de regulação do mercado de saúde suplementar. A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores. Uma das atribuições mais importantes da ANS é monitorar a situação econômico-financeira das operadoras, com o objetivo primeiro de avaliar a solvência<sup>4</sup> das operadoras e, por esse mecanismo regulatório, zelar pelo equilíbrio econômico-financeiro do mercado.

Para a ANS efetuar o controle econômico-financeiro de mercado tão heterogêneo, é fundamental que haja transparência e padronização nas demonstrações contábeis, isto é, deve existir um plano de contas padrão<sup>5</sup>. Antes do marco regulatório, cada modalidade de operadora adotava seu plano de contas. O Plano de Contas Padrão das operadoras de planos de assistência à saúde tem por finalidade uniformizar os registros contábeis, estabelecer regras, critérios e procedimentos necessários à obtenção e divulgação de dados, além de possibilitar o acompanhamento do mercado de saúde suplementar e permitir a avaliação do desempenho das operadoras (NOGUEIRA, 2004).

O principal problema do plano de contas é o custo associado a sua implementação, principalmente, para as operadoras de pequeno porte, pois exige que se organize razoável

---

<sup>4</sup> Solvência é a capacidade da operadora em honrar seus compromissos com seus credores.

<sup>5</sup> O Plano de Contas é o principal instrumento de controle operacional dos agentes regulados. Ele propicia a análise mais completa e acurada da situação econômico-financeira da operadora, permite o exame da dinâmica de desempenho de uma mesma operadora ao longo de sua existência, viabiliza comparativos entre desempenhos de operadoras de porte igual ou diferente e, ainda, facilita as ações de fiscalização sobre os agentes regulados, sejam *in loco* ou na sede do órgão regulador.

infra-estrutura contábil e administrativa e muitas operadoras não podem arcar, o que resulta em concentração no mercado de operadores e planos de saúde. As medidas de controle, como necessidade de autorização para funcionamento, regras de operação, sujeição à intervenção e liquidação e exigência de reserva, produziram também a redução de empresas, provocando uma tendência de concentração no setor de saúde suplementar.

A interferência da regulação no setor de saúde suplementar fez-se sentir de forma acentuada mediante a obrigatoriedade de assistência integral à saúde, a proibição de seleção de risco, a proibição da rescisão unilateral dos contratos e a regulamentação dos prazos de carência e dos reajustes de preços. Em princípio, considerando a teoria “normativa como positiva”, o regulador bem-intencionado<sup>6</sup> engendra as medidas que objetivam limitar os ganhos das empresas e elevar a utilidade dos usuários. Entretanto, as empresas reguladas reagem à regulação e o que interessa é o resultado final no bem-estar dos consumidores.

No Brasil, conforme já visto, no período que se segue à regulamentação, observa-se uma redução significativa do número de operadoras. O marco regulatório que instituiu o Plano de Contas, as normas financeiras e outras limitações à entrada de novas operadoras, engendrou um processo de concentração no setor. A situação financeira das operadoras de pequeno porte é, quase sempre, pior que a da média e a de grande porte. Duclos & Salles (2005a) indicam que 55% das operadoras com até 1.000 beneficiários<sup>7</sup> apresentavam índice de liquidez<sup>8</sup> inferior a 1. Esse percentual diminuiu para 44% nas operadoras que possuem de 1.000 a 5.000 beneficiários. Na faixa de 5.000 a 10.000 beneficiários, o percentual caiu para 42%. Para as operadoras nas faixas de 10.000 a 15.000 e 15.000 a 20.000, os percentuais são de respectivamente 33% e 42%.

A sinistralidade<sup>9</sup> do setor vem aumentando gradualmente nos últimos dez anos, devido ao aumento da utilização dos serviços por parte dos beneficiários, da elevação dos custos e da inflação na área médica face à introdução de novas tecnologias.

O índice razoável de sinistralidade, para uma operadora eficiente é em torno de 70% a 75%. No estudo de Costa e Castro (2003), 37,4% das operadoras da amostra trabalham com

---

<sup>6</sup> O regulador é dito bem-intencionado quando opera sobre o mercado com o intuito de maximizar o bem-estar da sociedade.

<sup>7</sup> Dados da ANS informam que 79% das operadoras são de pequeno porte.

<sup>8</sup> Índice de liquidez inferior a 1 indica que os direitos de curto prazo não são suficientes para saldar as obrigações de igual prazo.

<sup>9</sup> Sinistralidade, de acordo com o dicionário simplificado de seguros da Certa Seguros (Disponível em: <[www.certaseguros.com.br/dicionario/](http://www.certaseguros.com.br/dicionario/)>), é o número de vezes que os sinistros ocorrem e seus valores. Esta mede, em última análise, a expectativa de perda, que é imprescindível para estabelecer o prêmio básico, ou o custo puro de proteção. Sinistro é a ocorrência do acontecimento previsto no contrato de seguro e que legalmente obriga a seguradora a indenizar.

sinistralidade superior a 75%. A tendência é que as empresas brasileiras passem por um período de fusões e aquisições, vez que as empresas pequenas têm maior dificuldade para enfrentar os gargalos do setor. “A tendência atual, com a regulação imposta pela ANS, é a concentração de contratos nas empresas com mais de 100 mil beneficiários” (COSTA & CASTRO, 2003, p. 50-51). Outro efeito indesejável da concentração é a possibilidade da elevação do nível médio de preços e do achatamento dos pagamentos realizados aos prestadores de serviços médicos, fato que pode produzir efeitos indesejáveis na qualidade do serviço prestado. Para Ocké-Reis (2005), após a criação da ANS, a elevação dos prêmios dos seguros saúde foi, na média, mais elevado que a inflação do setor saúde, o que representa uma *proxy* dos custos do setor. Para Ocké-Reis (2005, p.04):

Os grandes *players* acabam atuando enquanto oligopsônios, achatando os preços dos prestadores médico-hospitalares, o que poderia prejudicar a qualidade da atenção médica prestada aos consumidores, sobretudo os usuários cobertos pelos planos de segunda linha. Pode-se imaginar, portanto, que médicos e hospitais encontram-se espremidos entre os custos crescentes e o “mau pagador”, salvo aqueles prestadores que contam com estrutura empresarial própria, larga reputação, ou ainda, detêm o monopólio da prestação — seja por motivos tecnológicos, seja pela localização geográfica. (OCKÉ-REIS, 2005, p.04).

O novo marco regulatório, após implementar o plano de contas e efetuar o controle financeiro sobre as operadoras, para evitar a inadimplência, conduziu o mercado a uma situação de maior concentração. Tal condição vai de encontro ao propósito da própria regulação que é melhorar o bem-estar do consumidor. Ocké-Reis (2005) faz as seguintes considerações a respeito desse processo:

- a) se determinado tipo de regulação produz preços mais baixos e maior cobertura depende da força relativa de seus efeitos intermediários sobre o número de operadoras e sobre a concentração do mercado [Chollet, Kirk & Simom (2003:02)];
- b) é possível que haja ganhos de eficiência e um aumento do poder de monopólio resultantes de um mesmo processo de concentração. Se os consumidores estão piores ou melhores depende de que efeito é maior [Hass-Wilson (2003:140)];
- c) torna-se difícil assegurar, precisamente, como internalizar os supostos ganhos de eficiência, isto é, como fazer com que os agentes regulados produzam, de fato, preços competitivos [Kahn (1998)]; e
- d) é importante reconhecer o “(...) impacto negativo de longo prazo das fusões das seguradoras de saúde sobre os pacientes e médicos” [AMA (2004)], como apontam os médicos norte-americanos, que lutam pela aprovação do projeto de lei intitulado *Health Care Antitrust Improvements Act*. (OCKÉ-REIS, 2005, p.04).

Afirmar que os preços, após a regulação, subiram mais que a inflação do setor saúde, indica dizer que houve perda de bem-estar para o consumidor. Entretanto, esta resposta é parcial, pois não há prova contrafactual, ou seja, não se responde à pergunta de como estariam os preços, caso o mercado não tivesse sido regulado. Também é provável que o tipo de

serviço de saúde oferecido agora seja superior em tecnologia e em custos de produção, àquele oferecido antes da implantação do marco regulatório.

Os preços de serviços de saúde podem ser definidos de formas diferentes e mesmo que se chegasse a um acordo seria difícil saber se o preço pago aos provedores de serviços de saúde tem mudado. Se o consumidor quer os preços dos serviços de saúde a níveis de dez anos atrás, deveria aceitar o mesmo tipo de tratamento de dez anos atrás. O setor é especial neste sentido, fica difícil saber se o preço realmente mudou, quando todos os tipos de preços ou a base dos preços muda. Outro fenômeno é a diferença entre o preço listado e o preço negociado. Muitos dos preços listados pelos provedores de saúde não são os preços praticados efetivamente devido às negociações e, assim fica difícil obter uma informação precisa sobre a evolução dos preços (DUCLOS & SALLES, 2005).

Uma fusão de seguradoras pode gerar eficiências, como reduzir os custos de oferta de serviços, negociando melhores preços com seus provedores e conseguir descontos em contrapartida de maior volume de negócios. Uma seguradora maior possui um *network* maior de provedores e mais estável financeiramente, podendo melhorar ou aumentar o ‘valor’ da seguradora para o cliente. (DUCLOS & SALLES, 2005).

Para demonstrar a possibilidade de uma fusão entre firmas reduzir o preço do bem final e, assim, melhorar o bem-estar do consumidor, dada à ocorrência de sinergias e economias de escala, utiliza-se o modelo de Pinheiro & Pioner (2005) e Farrell & Shapiro (1990).

### **3. A Concentração na Teoria Econômica**

No setor de saúde suplementar, as operadoras são, ao mesmo tempo, vendedoras de seguro e compradoras de serviços médicos. Fusões ou aquisições envolvendo seguradoras de saúde podem potencialmente levantar questões relacionadas tanto ao poder de monopólio como ao de monopsônio.

As principais preocupações, quanto ao poder de mercado, no caso da saúde suplementar são o poder de monopsônio e o *foreclosure*. O monopsônio está relacionado ao exercício do poder das seguradoras contra hospitais e médicos. As recentes ‘crises’ entre médicos e seguradoras no Brasil retratam bem essa questão. O *foreclosure* surge em uma situação de integração vertical, negócios exclusivos, ou cláusulas de *most-favored nation* - *MFN* (REIFFEN, 1992 e REY & TIROLE, 2003).

No caso brasileiro, além da concentração de contratos, os segmentos empresariais menos competitivos criam barreiras jurídicas formais e informais para reforçar o seu poder de mercado, como práticas de unimilitância, detectadas nas cooperativas médicas ou a construção institucional de clientela cativas, como no segmento de operadoras do tipo autogestão.

A idéia de fusões verticais como indutoras de eficiências preponderou durante longo tempo no pensamento da *Chicago School*. Assim o *foreclosure* não era visto como uma prática anticompetitiva (BORK, 1978). Desenvolvimentos mais recentes apontam para certo poder anticompetitivo das fusões monopsonitas (RIORDAN & SALOP, 1995). Outras análises, como as de Cooper & Fries (1991) indicam que a *most-favored nation - MFN* tem potencial de ser anticompetitiva e de aumentar a eficiência. Não é raro que no mercado de saúde surjam situações onde exista pequeno número de hospitais e pequeno número de seguradoras, ocorrendo o monopólio e o monopsônio conjuntamente. É o que se chama de poder de mercado bilateral.

Herndon (2002) acredita que o modelo tradicional de monopsônio, onde as quantidades oferecidas são menores, não captura a natureza de poder de monopsônio das seguradoras de saúde. Ele presume que a seguradora de saúde não queira reduzir suas compras, pois teriam de reduzir o total de serviços disponíveis para seus beneficiários e conseqüentemente diminuir o valor de seu produto. A seguradora preferiria usar seu poder de compra para obter o mesmo nível de serviços a um gasto mais baixo. Com isso, a seguradora pode manter a atratividade de seus produtos de seguro e capturar um montante maior do excedente do produtor. (DUCLOS & SALLES, 2005)

Na ótica do provedor, a decisão de aceitar ou rejeitar as condições da seguradora é uma proposição de ‘tudo ou nada’, isto é, o médico não toma decisões marginais olhando para quantidade de serviços a oferecer, como implica no modelo tradicional. A seguradora contrata os serviços médicos para um número fechado de beneficiários. O modelo de Herndon (2002) conclui que é o custo médio e não o custo marginal a decisão relevante para a oferta de serviços pelos médicos. Neste caso, o modelo de monopsônio de ‘tudo ou nada’ é mais apropriado para analisar o poder de compra da seguradora de saúde. A curva de oferta indica a quantidade máxima do serviço que será ofertada dada à alternativa de não vender nada. Neste caso, a curva de oferta relevante é a curva de custo médio e a decisão do produtor será operar se conseguir cobrir seus custos médios. Conseqüentemente, os efeitos a curto prazo de monopsônio são puramente distribucionais: a seguradora capta todo o excedente do produtor

(provedor) e tem-se o poder de monopólio sem haver queda do produto (DUCLOS & SALLES, 2005).

Nesse modelo, os custos são impostos aos provedores pelo poder de monopólio (*switching costs*). Então, o custo incorrido pelos provedores de serviços médicos (custo para trocar de compradores, ou seja, de seguradora de saúde) é parte importante da análise do monopólio. Um custo alto de troca torna mais difícil para o provedor redirecionar seus negócios para outra seguradora, quando se depara com oferta de reembolso mais baixo por parte da seguradora monopsonista. Conseqüentemente, quanto mais altos os custos de troca, por parte dos vendedores, mais provável que a seguradora monopsonista exerça seu poder de mercado. Para Duclos & Salles (2005), o custo de troca, por parte dos médicos, pode ser bastante elevado, por dois motivos: i) tempo do médico é precioso, diferente de uma *commodity* física. Se ele perde um paciente e não pode oferecer seus serviços naquele dia, este tempo é irre recuperável; ii) pode ser difícil para um médico refazer sua clientela de uma forma rápida.

As operadoras de planos de saúde são, ao mesmo tempo, vendedoras de serviços de saúde e compradoras de serviços médicos e hospitalares. Fusões ou aquisições que envolvam operadoras podem provocar poder de monopólio e de monopólio. O poder de mercado na compra de insumos (serviços médicos e hospitalares) pode ser usado para mitigar o poder dos fornecedores (*countervailing power*). Utilizando-se o arcabouço teórico desenvolvido por Pinheiro & Pioner (2005) e Farrell & Shapiro (1990) é possível avaliar o impacto de fusões no que diz respeito ao bem-estar dos consumidores.

Suponha uma empresa que demande insumos de outras que o fornecem em um mercado competitivo. Os lucros das firmas *upstream* ( $\pi_U$ ) e *dowstream* ( $\pi_D$ ) são dados por:

$$\pi_U = p(x)x - c(x) \quad (1)$$

$$\pi_D = P[Q(x)]Q(x) - p(x)x \quad (2)$$

onde,  $x$  é a quantidade de insumo transacionada,  $p(x)$  é o preço do insumo,  $c(x)$  é o custo de se produzir o insumo,  $Q(x)$  é a quantidade do bem final em função da quantidade transacionada de insumo,  $P[Q]$  é a curva de demanda inversa do bem final.

Considerando que o produtor de insumos atua de forma competitiva, seu preço é igual ao seu custo marginal:

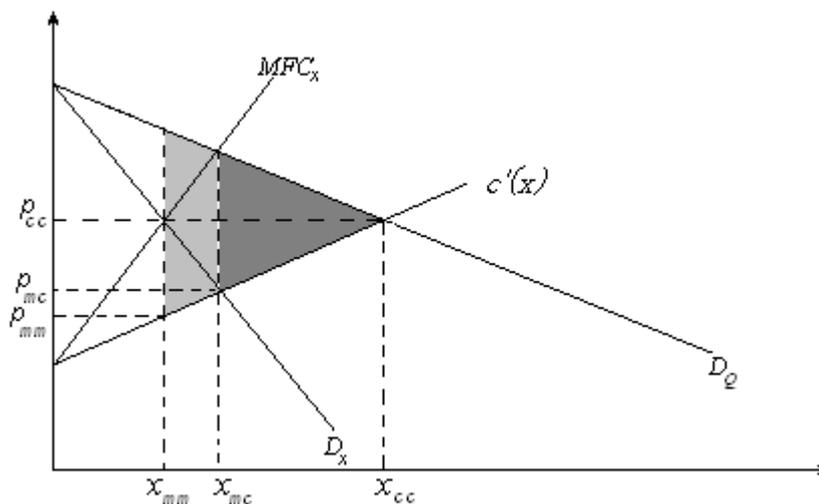
$$p(x) = c'(x) \quad (3)$$

Se a firma *downstream* também atua em concorrência perfeita na compra do insumo e na venda do bem final, temos que:

$$P[Q(x)]Q'(x) = c'(x) \quad (4)$$

Então, considerando um mercado em concorrência perfeita a quantidade transacionada é dada por  $x_{cc}$  e o preço por  $p_{cc}$ , conforme ilustrado na Figura 1.

**Figura 1: Poder de Monopsônio contra Vendedores sem Poder de Mercado**



Fonte: Pinheiro & Pioner (2005, p. 02).

Suponha agora que a empresa *dowstream* atue como monopsonista na compra do insumo, mas enfrenta concorrência no mercado de bens finais. Agora sua função lucro torna-se:

$$\pi_D = \bar{P}Q(x) - c'(x)x$$

Então, o novo equilíbrio<sup>10</sup> se dá num ponto onde:

$$P[Q(x)]Q'(x) = c''(x)x + c'(x) \quad (5)$$

A curva  $c'(x)$  é a despesa média que o monopsonista incorre com a compra do insumo. Se ele exerce poder de compra contra um fornecedor competitivo, o custo que o monopsonista incorre com a compra de uma unidade adicional de insumo (despesa marginal) é denotado por  $MFC_x = c''(x)x + c'(x)$ . Como a despesa média é crescente, a curva de despesa marginal

<sup>10</sup> Considerando que  $c'(x) > 0$  e  $c''(x) \geq 0$

também tem inclinação positiva e é tal que  $MFC_x(x) \geq c'(x)$  para qualquer quantidade de insumo, conforme ilustrado na Figura 1. Nesse caso, a escolha ótima do monopsonista será feita de modo a igualar a despesa marginal ( $MFC_x$ ) ao valor do insumo  $D_Q$ . Agora o monopsonista compra  $x_{mc}$  unidades de insumo ao preço  $p_{mc}$ . Comparando com o mercado competitivo, são vendidas menos unidades do insumo a um preço inferior ( $x_{mc} < x_{cc}$  e  $p_{mc} < p_{cc}$ ). A perda de bem-estar associada ao exercício do poder de monopsonio é denotada pelo triângulo cinza escuro na Figura 1.

Suponha agora que o monopsonista também é monopolista no mercado de bens finais, ou seja, um 'monoemporista'. Sua função lucro torna-se  $\pi_D = P[Q(x)]Q(x) - c'(x)x$ . Sendo assim, em equilíbrio temos:

$$P'[Q(x)]Q'(x)Q(x) + P[Q(x)]Q'(x) = c''(x)x + c'(x) \quad (6)$$

O primeiro membro da equação acima dá a demanda pelo bem x ( $D_x$ ). São vendidas  $x_{mm}$  unidades do insumo ao preço  $p_{mm}$  de forma a igualar a despesa marginal ( $MFC_x$ ) à receita marginal ( $D_x$ ). Note que  $x_{mm} < x_{cc}$  e que  $p_{mm} < p_{cc}$ . A perda bruta de bem-estar, associada ao exercício do poder de monopólio, no mercado de bens finais, é dada pelo trapézio em cinza claro na Figura 1.

Nota-se que em ambos os casos, há perdas de bem-estar. O poder de monopsonio resulta em perdas de bem-estar exercido contra os fornecedores competitivos. Essas perdas são maiores, se o poder de monopsonio é combinado com o poder de mercado na venda do bem final.

O tamanho do poder de monopsonio e do poder de mercado depende da elasticidade da demanda pelo bem final e da elasticidade da oferta do insumo. Quanto mais inelástica maior é o poder de mercado. Por exemplo, se supormos que a oferta pelo insumo é infinitamente elástica, ou seja, se  $c''(x) = 0$ , o monopsonista não pode exercer poder de mercado sobre os fornecedores de insumos. Da equação (6) temos que:

$$P[Q(x)]Q'(x)\left[1 + \frac{1}{\varepsilon_Q}\right] = c'(x)\left[1 + \frac{1}{\varepsilon_x}\right], \quad (7)$$

onde  $\varepsilon_Q$  é a elasticidade da demanda por  $Q$  e  $\varepsilon_x$  é a elasticidade da oferta de  $x$ . Então, pela CPO, temos:

$$\frac{dx}{d\varepsilon_Q} = \frac{\frac{1}{\varepsilon_Q^2} P[Q(x)]Q'(x)}{\left[1 + \frac{1}{\varepsilon_Q}\right]\{P'[Q(x)][Q'(x)]^2 + P[Q(x)]Q'(x)\} - c''(x)\left[1 + \frac{1}{\varepsilon_x}\right]} < 0, \quad (8)$$

$$\frac{dx}{d\varepsilon_x} = \frac{\frac{1}{\varepsilon_x^2} c'(x)}{\left[1 + \frac{1}{\varepsilon_Q}\right]\{P'[Q(x)][Q'(x)]^2 + P[Q(x)]Q'(x)\} - c''(x)\left[1 + \frac{1}{\varepsilon_x}\right]} > 0, \quad (9)$$

A percepção de que o bem-estar é reduzido, quando um monopolista exerce seu poder de compra contra firmas que não têm poder de mercado, pode ser facilmente estendida para o caso em que vários compradores percebem que possuem poder de mercado para alterar (ou fixar, como é mais usual no caso da saúde) o preço dos insumos que compram. Suponha  $m$  firmas comprando o insumo  $x$  e  $M$  firmas vendendo o bem  $Q$  para os consumidores finais<sup>11</sup>. A função de lucro da  $i$ -ésima afirma é  $\pi_{iD} = P[Q(x)]Q_i(x_i) - c'(x)x_i$ , onde  $x$  e  $Q$  representam respectivamente as quantidades de insumo e produto transacionadas por todas as firmas. Então, em equilíbrio, tem-se que:

$$Q'_i(x_i)\{P[Q(x)] + P'[Q(x)]Q_i(x_i)\} = c''(x)x_i + c'(x). \quad (10)$$

Rearranjando a equação 10 temos que:

$$P[Q(x)]Q'_i(x_i)\left[1 + \frac{S_i}{\varepsilon_Q}\right] = c'(x)\left[1 + \frac{S_i}{\varepsilon_x}\right] \quad (11)$$

A equação (11) quando  $M = m = 1$  se resume ao caso denotado na equação (7), pois nesse caso  $S_i = s_i = 1$ . Então, a firma *downstream* age como monopolista no mercado de bem final e monopsonista na compra de insumo. O poder de monopsonio é maior para firmas que detêm parcelas maiores do total de compras do insumo e das vendas do bem final. Se as firmas forem simétricas<sup>12</sup> mostra-se que  $m$  e  $M$  aumentam indefinidamente, convergindo-se para o caso em que há competição na compra do insumo e na venda do bem final, dado pela equação (4). Um corolário desta afirmação é que os efeitos anticompetitivos são maiores se as

<sup>11</sup> Aqui cabe lembrar que  $m$  pode ser diferente de  $M$ , pois os mercados relevantes para compra de insumos e para venda do bem final não coincidem (mercado de serviços médicos). Um mesmo insumo pode ser usado por setores diferentes (operadoras de planos de saúde, SUS e pagamento do próprio bolso) então  $m > M$ . Também firmas que fabricam o mesmo produto podem usar insumos diferentes ( $m < M$ ).

<sup>12</sup> Se há simetria então podemos reescrever (11) de modo que  $P[Q(x)]Q'_i(x_i)\left[1 + \frac{1}{M\varepsilon_Q}\right] = c'(x)\left[1 + \frac{1}{m\varepsilon_x}\right]$ . Fazendo

$M$  e  $m$  crescerem indefinidamente chega-se a equação (4):  $P[Q(x)]Q'(x) = c'(x)$ .

compras do insumo ou as vendas do bem final são mais concentradas, ou seja,  $m$  ou  $M$  são menores.

O poder de compra será maior se as curvas de oferta do insumo e demanda do bem final forem inelásticas<sup>13</sup>. É também de se esperar que o exercício do poder de compra será maior em mercados nos quais as barreiras à entrada para novos compradores de insumos ou vendedores do bem final forem mais altas (BLAIR & HARRISON, 1992).

Considerando o modelo de Farrell e Shapiro (1990) e os desenvolvimentos realizados por Pinheiro & Pioner (2005), entende-se que: i) se uma fusão não gera sinergias, então o preço do bem final aumenta. Percebe-se que a mera re-alocação da produção entre diversas plantas não é o suficiente para garantir a redução do preço cobrado do consumidor final; ii) há possibilidade de uma fusão reduzir o preço do bem final, se alguma forma de capital puder ser re-combinada entre as firmas e se há economias de escala; iii) quando a fusão diminui o preço do insumo, os consumidores somente serão beneficiados, se o mercado *downstream* se mantiver competitivo. Ou seja, se a participação de mercado das firmas fusionadas na venda do produto aumenta (ou se a demanda se torna mais inelástica).

Em síntese, considerando-se o modelo de Farrell & Shapiro (1990) e o de Pinheiro & Pioner (2005): (a) dificilmente uma fusão aumenta simultaneamente o bem-estar de consumidores e fornecedores; (b) o bem-estar de ambos só é aumentado simultaneamente na presença de economias de escala, aprendizado ou algum tipo de sinergia. (c) na ausência de sinergias, economias de escala ou aprendizado, o aumento do bem-estar dos consumidores somente se dá à custa dos fornecedores e vice-versa.

#### **4. A concentração no mercado de saúde suplementar no Brasil**

A verticalização no mercado de saúde é apontada por Lima (ver ano). Para o autor, grandes organizações médicas estão sendo criadas pela agregação de hospitais, clínicas e laboratórios às operadoras. E, embora, existam 1.500 operadoras, que registraram um faturamento de R\$ 53 bilhões, em 2009, mais de 40% desse faturamento se concentra em apenas dez empresas. A assunção da carteira de beneficiários da Avimed pela Itálica e, mais recentemente, da Medial pela Amil são, para Lima ( ) exemplos concretos do que está acontecendo hoje com o mercado de saúde suplementar.

Outros índices comprovam a situação. Pouco mais de 3% das operadoras no Brasil atendem dois terços dos 42 milhões de brasileiros que têm planos de saúde contratados. Por outro lado,

---

13 Uma grande parte dos estudos sobre elasticidade da demanda por saúde apontam para uma demanda inelástica

88% delas são responsáveis por apenas 20% dos beneficiários. Operadoras menores, que contam com menos de 10 mil usuários, equivalem a 70% do total. (Lima, ano e pag)

Essa mesma idéia a respeito da concentração é compartilhada pelo Boletim Fundap-Cebrap nº 2, de fevereiro de 2009. O Boletim aponta que 16,2% das operadoras de planos de saúde no Brasil detêm 80,6% dos beneficiários. Destaca também a tendência de redução das operadoras em atividade a partir de 2000, associando essa diminuição aos efeitos do processo de regulação do setor. Em termos regionais, evidencia-se uma forte concentração de beneficiários dos planos de assistência médica na região Sudeste, principalmente em São Paulo, que concentra mais de 40% dos planos de saúde no país.

Outro aspecto destacado no Boletim é o grande número de pequenas operadoras que contam com menos de 10.000 usuários, isto é, 70,4% do universo. De acordo com a pesquisa do Cedec, é nessa fatia do mercado que é possível constatar dezenas de operadoras em situação patrimonial deficitária declarada, com nítido agravamento da situação econômico-financeira desde a implantação da regulamentação do setor de planos de saúde (lei 9.656/98) e a posterior criação da Agência Nacional de Saúde (lei 9.961/00). Esses aspectos podem ter incidido no forte decréscimo do registro de operadoras em atividade a partir de 2000.

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar-IESS, utilizando indicadores de concentração nacionais, regionais e estaduais para os anos de 2003 a 2008, calculou os índices concentração de C4 e o Herfindahl-Hirschmann (HHI). O C4 mede o percentual de beneficiários das quatro maiores operadoras<sup>14</sup>. O índice Herfindahl-Hirschmann (HHI) considera todas as empresas e seu tamanho relativo e é obtido pela soma dos quadrados dos *market-shares* das empresas que ofertam no mercado<sup>15</sup>.

Analisando os dados do IESS para o período, observa-se que o índice C4 era de 15% em 2003 e 17% em 2008, revelando um mercado altamente competitivo a nível nacional. O índice de HHI pouco variou, permanecendo em torno do valor médio de 1,22%, corroborando os resultados do índice C4, indicando um mercado altamente competitivo.

Quando se analisa o mercado suplementar de saúde em nível regional, os resultados, de um modo geral, replicam a situação nacional. A Região Norte apresenta o maior índice

---

14 O mercado é considerado concentrado quanto o C4 for maior que 75%.

15  $HHI \leq 10\%$ : mercado altamente competitivo;  $10\% < HHI \leq 18\%$ : mercado moderadamente concentrado;  $18\% < HHI < 100\%$ : mercado altamente concentrado;  $HHI = 100\%$ : Monopólio.

HHI (8%), que ainda aponta para alta competitividade no setor, ao passo que a Região Sudeste mostrou-se a mais competitiva (2%). O índice foi mensurado para os anos de 2004 a 2008 e, nesse período não sofreu grandes alterações.

Entretanto, quando se desagrega a análise pelos entes federados, os índices de concentração se apresentam de modo bastante peculiar àqueles verificados em nível nacional. Estados da Região Norte apresentam índices C4 e HHI elevados, revelando mercados altamente concentrados. É o caso, por exemplo, do Pará e do Amapá. Os estados do Nordeste demonstraram variação nos índices de concentração, sendo os mais elevados no Ceará (C4 = 67,5% e HHI = 19,5%) e os mais baixos na Bahia e em Pernambuco (C4 = 28,3 e 28,2% e HHI = 3,7 e 4,0%, respectivamente).

**TABELA 1 - Unidades da Federação: Intervalos dos índices HHI e C4, 2008.**

| Intervalos  |  |
|---|--|
| <b>HHI</b>  |  |
| HHI ≤ 10%   | BA, MA, PE, PI, DF, SP <sup>1</sup> , RJ, MG, ES, RS, PR, SC |
| 10% < HHI ≤ 18%   | RO, RR, AM, TO, AL, PB, RN, SE, MT, MS, GO                   |
| 18% < HHI < 100%  | AC <sup>2</sup> , PA, AP, CE                                 |
| HHI = 100%  | -  |
| <b>C4</b>   |  |
| 0% < C4 < 50%   | BA, MA, PE, DF, SP <sup>3</sup> , RJ, MG, ES, RS, PR, SC, GO |
| 50% < C4 < 75%  | PI, RO, RR, AM, TO, AL, PB, RN, SE, MT, MS, AC, PA, CE       |
| 75% ≤ C4 < 100%   | AP <sup>4</sup>  |
| Fonte: ANS - 2008   |  |
| <sup>1,2</sup> Valores mínimo e máximo de HHI, respectivamente. |  |
| <sup>3,4</sup> Valores mínimo e máximo de C4, respectivamente.  |  |

Na Região Centro-Oeste os índices de concentração indicam, para 2008, moderada concentração no Mato Grosso do Sul e Mato Grosso e mercado altamente competitivo nos demais estados. A região Sudeste concentra o maior número de operadoras e maior taxa de cobertura da população residente com planos de saúde e apresentou um aumento do indicador C4 e estabilidade do HHI. Contudo, mostra-se, ainda, um mercado altamente competitivo em todos os estados. Igualmente, a Região Sul, apresentou mercado altamente competitivo nos três estados, ocorrendo também uma elevação do número de operadoras e do número de beneficiários.

De um modo geral, pode-se afirmar que os indicadores de concentração do mercado de saúde suplementar nos estados, seguiram a tendência de alto grau de concorrência, verificados no mercado nacional e regional. Isso ocorre principalmente nas regiões metropolitanas, que concentram grande parte do mercado de planos, conformando mercados altamente

competitivos. No entanto, alguns mercados, afastados dos grandes centros urbanizados e industrializados, mostram-se bastante concentrados. (IESS ver ano).

Não obstante os indicadores apontarem para mercados competitivos, é evidente o movimento de diminuição do número de operadoras no Brasil. Essa tendência deve continuar no curto prazo, seja pelo movimento de fusões e aquisições que se intensificaram a partir de 2006, pela redução no número de pequenas operadoras, ou, ainda, pela ampliação da área de cobertura das operadoras (operadoras locais ou regionais que passam a operar em outras regiões ou em todo o território nacional). Em síntese, os resultados do estudo, indicam a não existência de concentração no mercado de saúde suplementar no Brasil. Uma análise dos mercados estaduais revela resultados bastante assimétricos, apontando grau de concentração relevante nesses mercados, principalmente nos mercados afastados dos grandes centros urbanizados e industrializados.

## **5. Considerações Finais**

O modelo de provisão de saúde no Brasil possui diversas formas de financiamento e de organização: o Sistema Único de Saúde, os Planos e Seguros Privados, os Planos de Servidores Públicos de acesso restrito e a Provisão de Saúde eminentemente privada, com o pagamento *out-of-pocket*. Nesse ensaio preocupa-se com as formas de organização dos planos e seguros privados, o chamado setor de Saúde Suplementar. Nos últimos vinte anos esse setor apresentou grande crescimento. Quando do início da regulação do setor, havia 1.969 operadoras de saúde médico-hospitalares no Brasil. Em dezembro de 2009, esse número havia se reduzido para 1.218. Nesse mesmo período, o número de usuários se elevou de 30,7 milhões para 42,9 milhões.

Embora haja certo consenso de que os preços praticados pelos planos e seguros saúde tenham crescido acima da taxa média de inflação do período, não é consenso que o processo de concentração seja o responsável por esse efeito, pois a estrutura de provisão de serviços em saúde apresenta uma função de produção de custos crescentes e de acréscimo de variedades relevantes ao longo do tempo, o que torna difícil comparar a oferta de saúde de cinco anos atrás, com a observada atualmente. O comportamento do modelo de saúde suplementar no Brasil ratifica os dados de Pinheiro & Pioner (2005) e Farrel & Shapirro (1990), pois, de modo geral, pode-se dizer que, na ausência de sinergias, o aumento do bem-estar dos consumidores só é possível à custa dos fornecedores e vice-versa.

Os testes destinados a mensurar os índices de concentração (C4 e HHI) apontam para a não existência de concentração no mercado brasileiro. Pelo contrário, eles indicam um mercado altamente competitivo. Entretanto, quando particularizamos a análise para o nível estadual, os resultados não são simétricos. Utilizando-se o HHI, verifica-se que há mercados moderadamente concentrados em onze estados e mercados altamente concentrados nos estados do Ceará, Acre, Pará, Amapá.

### Referências Bibliográficas

ANS (2010). *Cadastro de Beneficiários e Operadoras da ANS/MS*. Acessível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/consultas/consultas.asp>>.

BLAIR, R. D; HARRISON, J.L. The Measurement of Monopsony Power. *Antitrust Bulletin*, v.37, n.1,p.133-50, 1992.

BORK, R. *The Antitrust Paradox: A Policy at War with Itself*. Basic Books, Ney York, 1978.

COOPER, T. & FRIES, T. The most-favored-nation pricing policy and negotiated prices. *International Journal of Industrial Organization* 9: 209-233, 1991.

COSTA. N. R. & CASTRO, A. J. W. O Regime Regulatório e a Estrutura do Mercado de Planos de Assistência à Saúde no Brasil. In BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & Saúde, vol 3: Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2 tomos. Tomo 1, p 49-64, 2003.

DUCLOS, M. T. & SALLES, O. R. *Retrato do Setor Saúde Suplementar e Análise de Solvência*. In versão preliminar do relatório final de projeto: Métodos quantitativos aplicados à defesa da concorrência e a regulação econômica. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_ *Estudo sobre concentração, poder de mercado e relações verticais ao longo da cadeia de serviços: aplicabilidade da legislação de defesa da concorrência às negociações entre esses segmentos*. In versão preliminar do relatório final de projeto: Métodos quantitativos aplicados à defesa da concorrência e a regulação econômica. Brasília, 2005.

FARRELL, J., SHAPIRO, C. Horizontal Merges: An Equilibrium Analysis. *American Economic Review*, v. 80, p 107-126, 1990.

HERNDON, J.B. Health Insurer Monopsony Power: the all-or-none model. *Journal of Health Economics* 21, 197-206, 2002.

NOGUEIRA, C. A. L. *Análise da estrutura econômica da saúde suplementar*. Dissertação de mestrado em saúde pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

OCKÉ-REIS, C. *O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado*. Rio de Janeiro: IPEA, 2005 (Texto para Discussão 1094).

PINHEIRO, M.C. & PIONNER, H. M. *Concentrações Horizontais e Poder de Mercado na Compra de Insumos*. In versão preliminar do relatório final de projeto: métodos quantitativos aplicados à defesa da concorrência e a regulação econômica. Brasília, 2005.

REIFFEN, D. Equilibrium Vertical Foreclosure: Comment. *American Economic Review*, v.82, p.694-697, 1992.

REY, P., TIROLE, J. A Primer on Foreclosure. In Porter, R., Armstrong, M. (org) *Handbook of Industrial Organization III* (forthcoming), 2003.

RIORDAN, M. H. & SALOP, S. C. *Evaluating vertical mergers: A post-Chicago approach*. *Antitrust Law Journal* 63:513-568, 1995.