

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

A Concentração Industrial no Setor de Operadoras de Planos de Saúde no Brasil

Felipe Borschiver

Matrícula: 104038501

Email: felbor@centroin.com.br

Orientador: Prof. David Kupfer

Email: dk@ufrj.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

A Concentração Industrial no Setor de Operadoras de Planos de Saúde no Brasil

Felipe Borschiver

Matrícula: 104038501

Email: felbor@centroin.com.br

Orientador: Prof. David Kupfer

Email: dk@ufrj.br

As opiniões expressas neste trabalho são de exclusiva responsabilidade do autor

AGRADECIMENTOS

A todos que me deram apoio e carinho na execução deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo uma análise da tendência de consolidação no setor de planos de saúde. Foi feita primeiramente uma revisão bibliográfica do tema da concentração industrial, destacando-se os conceitos que seriam aplicados ao setor de planos de saúde. Em seguida foi explicada a organização industrial do setor, procurando-se identificar os fatores favoráveis e desfavoráveis à concentração. Por fim, fez-se uma análise quantitativa da tendência de concentração.

Foi verificada a presença de tal tendência, esta sendo evidenciada pela influência de fatores como a “massa crítica atuarial”, a diferenciação tanto vertical quanto horizontal e o credenciamento exclusivo a nível regional.

A análise quantitativa revelou uma tendência de concentração absoluta após o marco regulatório de 1999. Observou-se um período de acomodação até 2001, e um posterior período de diminuição no número de empresas, que dura até hoje. O número de beneficiários revela, no nível nacional, maior concentração relativa no segmento de planos comerciais do que no setor inteiro. Pelo corte regional foi possível identificar as regiões onde a concentração relativa é mais intensa, como o Norte e o Centro-Oeste e aquelas onde o mercado é mais fragmentado, como o Sudeste. Em relação às variáveis financeiras, embora, por uma insuficiência da base de dados, a análise tenha sido limitada, foi possível identificar uma tendência de concentração pelo menos nos últimos três anos.

ABREVIATURAS, SIGLAS E CONVENÇÕES

ANS	Agência Nacional de Saúde
CADE	Conselho Administrativo de Defesa da Concorrência
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CR	Razão de Concentração
ET	Índice de Entropia de Theil
HH	Índice de Concentração de Hirschman-Herfindahl
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES E MEDIDAS DE CONCENTRAÇÃO INDUSTRIAL.....	14
I.1 – A concentração industrial como desvio em relação à teoria da concorrência perfeita.....	14
I.2 - Origens da concentração industrial.....	15
I.3 - Concentração industrial: estado ou processo?.....	17
I.4 - Medidas de concentração industrial.....	19
I.5 - Causas do processo de concentração.....	22
CAPÍTULO II – O SETOR DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE.....	27
II.1 - Organização do mercado de saúde suplementar no Brasil.	27
II.2 - A trajetória dos gastos com saúde.....	29
II.3 - Regulação na saúde suplementar.....	30
II.4 - A economia industrial do setor.....	31
II.4.1 - A estrutura de custos do setor.....	32
II.4.2 - Diferenciação de produtos nos setor.....	34
II.4.3 - Barreiras à entrada no setor.....	36
II.5 - Síntese das possíveis causas do processo de concentração de operadoras de planos de saúde.....	39
CAPÍTULO III – TENDÊNCIAS DE CONCENTRAÇÃO INDUSTRIAL NO SETOR DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE.....	42
III.1 - Metodologia de análise.....	41
III.1.1 - Base de dados utilizada.....	41
III.1.2 - Escolha da variável relevante.....	42
III.2 - Medição do grau de concentração.....	45
III.2.1 - Análise do número de beneficiários.....	45
III.2.2 - Análise das variáveis financeiras.....	49

CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53

TABELAS

Tabela 1: Número total de operadoras de planos de saúde no Brasil de 1999 até 2008.....	48
Tabela 2: Número de beneficiários por tipo de plano e região no Brasil atualmente.....	49
Tabela 3: Dados financeiros de operadoras (exceto seguradoras de saúde) no Brasil atualmente.....	49

GRÁFICOS

Gráfico 1: Gastos com saúde como proporção do PIB: Países selecionados 1960 – 2004.....	29
Gráfico 2: Número total de operadoras de planos de saúde no Brasil de 1999 até 2008.....	46
Gráfico 3: Número de operadoras de planos de saúde de 1977 até 1999.....	47

FIGURAS

Figura 1: Relações entre os agentes do mercado de saúde suplementar.....	28
--	----

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo medir a tendência atual da concentração industrial no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil. O poder constituinte brasileiro, núcleo do ordenamento jurídico nacional, entende a assistência à saúde como sendo um serviço de primeira necessidade e, portanto, prevê a existência de um sistema público de saúde, capaz de prover assistência para toda a população com qualidade e eficiência. Contudo, o tamanho da população brasileira e a vasta área geográfica que ocupa o nosso país, tornam muito árdua esta tarefa. Deste modo, o mesmo poder constituinte permite que os serviços de saúde sejam efetuados pela iniciativa privada, criando, assim, o arcabouço regulatório para a existência do setor de saúde suplementar, ao qual pertencem as operadoras de planos de saúde. Este setor teve os seus primórdios na primeira metade do século XX, mas é apenas com o marco regulatório de 1999, a Lei 8.656, que o setor começou a rumar para um grau de profissionalização e eficiência mínimo. Até 1999 não existiam leis específicas que regulassem o mercado de planos de saúde, sendo reguladas pela autarquia governamental responsável pelas seguradoras de todos os tipos, a SUSEP. Identificou-se, durante os anos 90, que muitas das operadoras de planos trabalhavam de forma ineficiente e, sendo a saúde um serviço de suma importância, tornou-se clara a necessidade da existência de um órgão regulatório específico para o setor, a ANS, que atua sobre as relações entre beneficiários e operadoras, assim como entre estes agentes e os provedores de serviços, e cujo objetivo seria a proteção do consumidor, visando a garantia da qualidade dos serviços prestados. Assim, a força de um ambiente regulatório cada vez mais demandante, combinada com as características intrínsecas da indústria de planos de saúde, na qual a existência de economias de escala e de barreiras à entrada é patente, torna o setor altamente propenso à concentração industrial. Deste modo, e apesar de que determinadas causas identificadas possam ser demasiadamente recentes para que seus efeitos sejam percebidos, faz-se necessária uma análise da situação atual da concentração neste setor.

Para isso desenvolveu-se primeiramente uma breve revisão do tema da concentração industrial, resgatando sua definição como desvio em relação à teoria da

concorrência perfeita e discutindo algumas de suas principais características, causas e medidas. Em seguida efetuou-se uma descrição do setor de operadoras de planos de saúde, com o objetivo de contextualizar a análise feita. Aqui se encontra uma discussão sobre os conceitos fundamentais do setor e o seu ambiente regulatório, assim como sobre sua economia industrial. A terceira parte atém-se a uma análise quantitativa da tendência de concentração industrial no setor, tecendo a proposta metodológica do trabalho, explanando as vantagens e limitações da base de dados utilizada e efetuando uma análise da base de dados coletada à luz dos indicadores discutidos no capítulo 1 e cuja fundamentação encontra-se, basicamente, no capítulo 2. Esta é seguida por uma nota que busca finalizar o trabalho de forma conclusiva.

CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES E MEDIDAS DE CONCENTRAÇÃO INDUSTRIAL

Este capítulo tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema da concentração industrial. Para que o presente trabalho ilustre adequadamente o tema proposto é preciso lançar mão dos fundamentos teóricos por trás do termo “concentração industrial”. A partir destes fundamentos, se definirá um paradigma no qual o setor de operadoras de planos de saúde poderá ser contextualizado. Deste modo, o capítulo encontra-se dividido em 5 partes: a primeira procura definir a concentração industrial enquanto desvio à teoria da concorrência; a segunda remonta as origens deste conceito para um melhor entendimento do seu significado; a terceira enumera e explica algumas das principais medidas de concentração industrial; a quarta traz a discussão sobre a natureza da concentração, enquanto processo e estado; e, finalmente, a quinta relata as possíveis causas da concentração industrial.

I.1 - A concentração industrial como desvio em relação à teoria da concorrência

A concentração industrial pode ser entendida, como mostra Labini (1984), como um desvio em relação ao paradigma da concorrência perfeita. Os economistas clássicos, primariamente Smith e Ricardo, supunham que a concorrência operava na maior parte dos mercados, sendo inseparável do desenvolvimento econômico humano. Essa era vista basicamente como um método para a distribuição dos frutos do progresso técnico, sendo, na verdade, considerada o método ideal do ponto de vista do bem estar geral.

A tese clássica, em especial a ricardiana, pode ser resumida da seguinte forma: o progresso técnico, exemplificado pela introdução de novas máquinas, se desdobra na diminuição dos custos de produção. Esta diminuição de custos, após promover um período efêmero de “lucros extraordinários” ao capitalista (que justificam a busca pelo avanço técnico), é revertida na diminuição dos preços que, combinada a uma rigidez para baixo dos salários nominais (limitados inferiormente pelo nível de subsistência), leva a um aumento dos salários reais. Com o passar do tempo, os lucros nominais voltam ao nível normal e os lucros reais aumentam, dada a diminuição de preços. Portanto, para

Labini (1984), “o mecanismo através do qual, segundo os clássicos, são distribuídos os frutos do progresso técnico, resulta essencialmente, numa queda dos preços relativamente aos rendimentos nominais.”

É importante destacar o papel central que a rigidez para baixo dos salários e a completa flexibilidade dos preços ocupam na teoria ricardiana. Se fosse possível a diminuição dos salários para um nível abaixo dos de subsistência, o caráter distributivo dos frutos do progresso técnico provavelmente se perderia com os capitalistas se apropriando inteiramente da diminuição dos custos. Ricardo justifica esta rigidez para baixo dos salários sob o ponto de vista da demanda: seria preciso que a massa trabalhadora possuísse um poder de compra mínimo de modo a viabilizar-se como mercado consumidor, dando sentido à produção.

Alternativamente, nas situações de monopólio e oligopólio os frutos do progresso técnico não se traduzem inteiramente em redução de preços. Desta forma, diferentemente da situação de concorrência perfeita, os preços não caem na mesma proporção em que aumenta a produtividade média do trabalho, podendo ser considerados rígidos no longo prazo. Assim, apropria-se o capitalista dos benefícios da produtividade.

I.2 - Origens da concentração industrial

O período inicial do capitalismo industrial se caracterizou por monopólios nas diferentes novas técnicas de produção, pelo domínio capitalista sobre as corporações de ofício através do sistema de trabalho por tarefas e pela organização econômica em torno de concessões régias. Sendo assim, prevalecem, nos início da acumulação capitalista, pequenas formações monopolísticas, muitas vezes ligadas às formas produtivas e políticas arcaicas.

Com o aparecimento das fábricas, instaurou-se um longo período de desconcentração industrial, com um ambiente concorrencial nos moldes daquele pensado pelos economistas clássicos. É possível ver, então, por que autores clássicos, como Ricardo e Smith, não tenham vislumbrado o poder de mercado como sendo à base de um fenômeno onde a rigidez dos preços canaliza os frutos do progresso técnico para a acumulação capitalista e não para o bem estar geral. Eles produziram as suas obras em

um tempo onde a organização industrial aproximava-se da concorrência perfeita, sendo a única referência de concentração industrial que possuíam a que estava atrelada aos desdobramentos dos sistemas produtivos monopolísticos arcaicos.

O progresso nos meios de transporte e comunicação do período anterior aos anos 1870/80 atingiu tal desenvolvimento que permitiu a unificação de mercados nacionais, continentais e até mundiais. Desta forma, despesas com transporte e comunicação passam a um papel secundário na estrutura de custos das unidades produtivas, tornando possível a alocação mais eficiente (no tempo e no espaço) destas unidades. A produção passaria a se dar no momento e lugar que proporcionassem o menor custo, e não mais nas proximidades do mercado consumidor. Ao mesmo tempo em que este processo levou à destruição de monopólios locais, ajudou a criar monopólios e oligopólios ainda mais estáveis e abrangentes (Labini, 1984).

No fim do século XIX, a análise marshaliana irá lançar as bases de um entendimento moderno da teoria da concorrência, superando as barreiras teóricas de Smith e Ricardo. Aqui, a concorrência não é mais vista como fruto da mobilidade do capital e sim como uma consequência do atomismo das firmas. Marshall utiliza a idéia de equilíbrio parcial para justificar este atomismo, identificado com a idéia de que uma firma individual não exerce influencia sobre o seu mercado. O ambiente onde nenhuma empresa é capaz de influenciar os preços relativos, interferindo no equilíbrio entre oferta e demanda, é definido, assim, como um ambiente de concorrência perfeita. Alternativamente, um ambiente de concentração industrial é aquele no qual pelo menos alguns agentes são capazes de influenciar estes preços relativos. Neste contexto, a concentração é menos o fruto de uma rigidez de preços e salários e mais uma consequência de um poder de mercado ampliado por fatores como a estrutura de custos, a diferenciação de produto e as barreiras à entrada. Esta concentração pode ocorrer tanto em um mercado onde existam apenas poucas empresas (a chamada concentração absoluta) quanto num ambiente onde coexistam muitas empresas, mas no qual algumas sejam notadamente maiores e possuam mais “poder de mercado” do que outras (a chamada concentração relativa).

I.3 - Concentração industrial: estado ou processo?

A literatura especializada destaca que a concentração industrial pode ser vista tanto do ponto de vista estático (como característica instantânea presente em determinados mercados), como dinâmico (enquanto processo distribuído no tempo). A primeira idéia é tratada por autores como Davis e Lyons (1991), Bain (Boianovsky, 1985), Resende e Boff (2002). Já a segunda é defendida por Feijó (2003) e, principalmente, por autores marxistas.

A metodologia estrutura-conduta-desempenho, ou seja, “a concepção de que o desempenho das firmas é determinado pela conduta que estas adotaram em função da estrutura de mercado em que se situam” (Boianovsky, 1985, p.750), cujo marco pode ser atribuído a Bain, ocupou lugar de destaque desde a década de 50, como paradigma teórico dominante na economia industrial. A obra deste autor, segundo Kupfer (1992, p.5), “passou a ser reconhecida como hipótese estruturalista básica, [onde] as condutas não importavam, a ponto de se considerar que a estrutura determinava direta e inequivocamente o desempenho do mercado”. Em um contexto onde a estrutura é considerada como um fio condutor da organização industrial, a literatura passa a identificar o termo “estrutura” com a idéia de “concentração”. Segundo Davies e Lyons (1991, p.92), “*muitos estudos empíricos utilizam os termos estrutura e concentração como sinônimos*”. Deste modo, a estrutura industrial, principal determinante da conduta e desempenho individual, é uma consequência do grau de concentração da indústria.

Davies e Lyons (1991) definem o termo “concentração de mercado” como sendo “*a extensão pela qual um mercado individual é dominado por seus maiores ofertantes.*” Para estes autores a situação de oligopólio pode ser vista como um espectro de estruturas de mercado, estando entre os dois extremos do monopólio e da concorrência perfeita. Assim, uma medida satisfatória para a concentração seria o número de ofertantes no mercado tratado. Autores como Cournot (Labini, 1984) utilizam o número de empresas como *proxy* ao grau de concentração. A falha em se utilizar tal critério é que este ignora possíveis desigualdades entre firmas.

De fato, há uma forte tendência em se associar desigualdade à concentração. A desigualdade, apesar de ser um índice de concentração, não pode ser tomada isoladamente. Como mostram Resende e Boff (2002, p.75),

Apesar de próximos, os dois conceitos não são equivalentes. Por exemplo, uma indústria composta de duas empresas que dividem o mercado em partes iguais possui graus de desigualdade e de concentração mínimos. Entretanto, a entrada de uma terceira empresa para atender 1% do mercado em detrimento das empresas estabelecidas (que preservam 49,5% cada uma) aumentará consideravelmente o grau de desigualdade, mas não o grau de concentração, já que o poder de mercado das empresas instaladas não será significativamente afetado com a presença da empresa entrante.

Alternativamente, para Feijó (2003, p.2), as singularidades de cada indústria e as diferentes perspectivas que se pode ter sobre uma mesma atividade industrial limitam a utilização de marcos precisos de concentração que discriminem uma indústria concentrada de outra não concentrada. Isto leva a autora a definir “concentração industrial” como sendo o “processo que consiste no aumento do controle exercido pelas grandes empresas sobre a atividade econômica”.

O paradigma marxista, utilizando a premissa da insustentabilidade do modo de produção capitalista, se preocupa com *“a tendência de longo prazo do poder concentrar-se nas mãos de um grupo pequeno e declinante de firmas conglomeradas”*, como apontam Davies e Lyons (1991, p.73). Deste modo, a visão marxista sobre o processo de concentração é a de que este é uma das tendências indelévels do desenvolvimento capitalista, assim como as taxas de lucros declinantes, que, em última instância, levam a subversão das estruturas de poder.

É importante a aplicação das diversas atribuições do conceito de concentração industrial no estudo de casos concretos. Contudo, o reconhecimento do fenômeno enquanto processo, possivelmente o mais adequado ao tema em questão, revela a existência de concentração em mercados que ainda não apresentam um pequeno número de firmas, mas no qual certamente impera a desigualdade. Deste modo, a abordagem relativa do tema (realçando a importância do poder de mercado) parece ser a mais adequada.

I.4 - Medidas de concentração industrial

Índices de concentração visam fornecer medidas sintéticas do grau de concentração de um mercado individual. A utilização deste tipo de índice origina-se, tradicionalmente, da abordagem de estrutura-conduta-desempenho, como mostram Resende e Boff (2002, p.74-75):

O padrão concorrencial vigente é o resultado da ação dos produtores individuais (conduta), ao escolherem os níveis de preço ou as quantidades ofertadas (variáveis estratégicas), dadas as características específicas dos produtos fabricados, as preferências dos consumidores e as condições de acesso. [...] O padrão concorrencial pode eventualmente ser balizado também por fatores de ordem institucional, tais como arcabouços jurídicos e tarifários que limitam ou disciplinam a atuação das empresas ou do mercado. O padrão concorrencial contribui para dar uma estrutura particular à indústria, como consequência do desempenho das empresas e dos resultados obtidos. [...] Os resultados obtidos pelas empresas lhes conferem, pelo seu lado, um determinado “poder de mercado” individual no seio da indústria que o índice de concentração tentará justamente capturar, de forma sintética.

O “poder de mercado” a que se referem os autores é, como foi dito, característico da abordagem relativa do tema e pode ser representado por diversas variáveis. Enquanto que a mais utilizada é o *market share*, ou seja, a participação da oferta da empresa individual na oferta global da indústria, outras medidas, como o número de empregados e a capacidade produtiva instalada podem, em certos casos, fornecer um retrato mais fidedigno da real estrutura do mercado estudado.

As medidas de concentração podem ser divididas entre positivas e normativas. Medidas positivas são aquelas que levam em conta apenas as variáveis representativas de poder de mercado. Estas medidas não dependem dos parâmetros comportamentais dos agentes do mercado. Deste modo, conceitos como a aversão à incerteza dos produtores e as elasticidades de substituição dos consumidores são prontamente ignorados em prol de uma análise mais objetiva. Segundo Resende e Boff (2002, p.76), “medidas positivas resumem melhor os aspectos estatísticos presentes no fenômeno da

concentração, mas nem sempre são adequadas para uma avaliação econômica do desempenho industrial.”

Medidas normativas são justamente as que consideram estes aspectos comportamentais dos agentes, juntamente com a estrutura aparente do mercado. Por razões óbvias, estas medidas são mais difíceis de serem construídas, demandando um maior nível de subjetividade no seu manuseio.

Pode-se também classificar as medidas de concentração em sumárias e parciais. Enquanto as primeiras compreendem todos os ofertantes do mercado estudado, as últimas limitam-se apenas uma parte destas empresas, notadamente as maiores. Apesar de muitas vezes fornecerem dados mais abrangentes sobre os mercados em estudo, medidas sumárias são difíceis de serem construídas justamente pela escassez de dados detalhados sobre determinadas indústrias. Dentre as medidas sumárias destaca-se o índice de Hirschman-Herfindahl ou HH e entre as parciais estão as razões de concentração.

A *razão de concentração* é definida como a soma das parcelas de mercado das maiores empresas da indústria. Este índice fornece uma medida positiva e parcial da concentração industrial e pode ser expresso como (Resende e Boff, 2002):

$CR(k) = \sum S_i$, onde i denota as empresas a serem tomadas e são tomadas as k maiores empresas da indústria

Este índice possui a qualidade de ser sucinto e prático, podendo ser rapidamente obtido e entendido. Contudo, possui algumas falhas importantes. Ele ignora a existência das demais empresas (menores) no mercado. Assim, ante um aumento efetivo na concentração através, por exemplo, de uma fusão entre empresas pequenas cujo resultado se mantenha abaixo da k -ésima posição, não será produzido efeitos no índice.

Além disso, as *razões de concentração* não são sensíveis a participação relativa de cada uma das maiores empresas do mercado. Assim, como denota Resende e Boff (2002, p.77-78), “importantes transferências de mercado que ocorrem no interior do grupo não afetarão a concentração medida pelo índice.”

Outra possível falha deste índice é que, tomando-se a concentração industrial ao longo do tempo é possível que o grupo das k maiores empresas tenha os seus componentes mudados, provocando imprecisão. Estas falhas são próprias de índices parciais.

Medidas sumárias, como o índice de *Hirschman-Herfindahl* (HH), são, geralmente, imune a estas falhas. Este pode ser definido como:

$$HH = \sum Si^2, \text{ onde são tomadas todas as empresas da indústria}$$

Ao elevar as parcelas de mercado ao quadrado, o índice atribui um peso maior as maiores empresas. Deste modo, obtém-se uma medida mais fidedigna do grau de concentração, assim como os seus casos extremos, o de monopólio (onde $HH = 1$) e o de concorrência perfeita (onde o número de empresas tende ao infinito e todas as empresas têm o mesmo tamanho, $HH = 0$). O índice HH pode ser normalizado de forma a eliminar o tamanho do mercado total de sua elaboração. Deste modo, o chamado índice de HH normalizado (HH^*) pode ser calculado da seguinte forma:

$$HH^* = [HH - (1/x)] / [1 - (1/x)], \text{ onde } x \text{ é o número de empresas da indústria}$$

Outro índice amplamente usado foi desenvolvido na Teoria da Informação e posteriormente apropriado pelos teóricos da Economia Industrial (Resende e Boff, 2002). Este é o *índice de entropia de Theil* (ET). Sem entrar em demais detalhes, este índice fornece uma medida inversa da concentração (quanto maior ET , menor a concentração) e pode ser descrito como:

$$ET = - \sum Si \ln(Si), \text{ tomadas todas as empresas da indústria}$$

A multiplicidade de índice e as qualidades e defeitos de cada um torna complicada a tarefa de escolher o índice ideal para representar a concentração em um mercado. Resende e Boff (2002, p. 88-90), utilizando a obra de Encaoua e Jacquemin (1980) enumeram cinco propriedades básicas as quais devem atender bons índices de

concentração. A primeira é o *princípio da transferência*. Segundo este, “se uma empresa maior ocupar parte do mercado atendido por uma empresa menor, o índice de concentração não poderá diminuir” (Rezende e Boff, 2002, p. 89). Em seguida, a *minimalidade em simetria* mostra que o índice deve apresentar valor mínimo no caso em que todas as empresas possuem parcelas idênticas de mercado. O *Critério de Lorenz* fala sobre as relações entre índices de indústrias diferentes. Neste, se em duas indústrias com o mesmo número de empresas e parcelas de mercado a primeira distribuição dominar a segunda, então a concentração na primeira deverá mostrar-se maior do que na segunda. O quarto critério impõe que não deve haver decréscimo do índice ante fusões horizontais na indústria. Finalmente, o último critério é o de que “em uma indústria com empresas de igual tamanho na qual existe acomodação perfeita à entrada de uma nova empresa, o índice de concentração não aumenta” (Resende e Boff, 2002, p.89). Através de uma análise matemática, Encaoua e Jacquemim (1980) mostram que o índice de HH e o negativo do índice de entropia (-ET) satisfazem a todas as cinco proposições. A razão de concentração (CR), apesar de não ser a medida mais satisfatória do ponto de vista matemático, possui a vantagem de ser facilmente compreendida e elaborada. Por isso, utiliza-se no capítulo 3 deste trabalho não só o HH como também as razões de concentração de 4 e 8 empresas.

1.5 - Causas do processo de concentração

Como foi enunciado no item 1.1 do presente texto, o fenômeno da concentração industrial pode ser entendido como uma fuga da teoria clássica da competição perfeita. Para entender-se a natureza deste desvio, devem-se examinar as suas causas. A teoria da concentração industrial nasceu do rompimento com a idéia ricardiana sobre a distribuição dos frutos do progresso técnico. De fato, este foi a primeira causa do fenômeno a ser apontada e constitui a sua literatura basal. Contudo, ao longo do tempo, tornou-se claro que outros fatores, sejam de ordem econômica ou institucional, também contribuíam para a sua existência.

Na tradicional teoria da Economia Industrial, calcada no modelo de estrutura-conduta-desempenho descrito acima, a tecnologia possui papel de destaque na

determinação do processo de concentração. Davies e Lyons (1991, p.91) corroboram com este argumento: “as conclusões iniciais dos primeiros advogados do modelo de estrutura-conduta-desempenho tendem a reforçar o argumento tecnológico”. De acordo com esta visão, concentração é freqüentemente o desdobramento de uma necessidade econômica. Para atingir o grau mínimo de eficiência, as plantas industriais e, conseqüentemente as firmas, precisam possuir um tamanho mínimo, sendo que alguns mercados só são capazes de acomodar poucas firmas. Davies e Lyons (1991) oferecem uma explicação simples e completa ao modelo: suponha que todos os ofertantes de um mercado produzam o mesmo bem e tenham acesso à mesma curva de custo médio de longo prazo em formato de U. Assumindo a livre entrada no mercado, no longo prazo as firmas tenderam ao equilíbrio competitivo onde o preço (p^*) é igual ao ponto de mínimo da curva (q^*). Se a demanda referente ao preço de equilíbrio é D então o mercado consegue acomodar D/q^* firmas de igual tamanho, sendo esta razão o determinante do grau de concentração (o índice HH seria, portanto, q^*/D). Sendo assim, a indústria é tão concentrada quanto maior for o tamanho eficiente da firma (q^*) relativo ao tamanho do mercado (D).

De um ponto de vista prático, a tecnologia está associada ao fenômeno da escala mínima, no qual a operação da firma só é viável a partir de um volume mínimo de negócios. Este fenômeno pode ser uma conseqüência tanto da indivisibilidade técnica de insumos e maquinário, que impede a firma de negociar pequenas quantidades destes, quanto da especialização do trabalho, que requer a presença de um número mínimo de trabalhadores na manufatura para viabilizar a produção.

As críticas à tecnologia como causa primeira do processo de concentração surgem da oposição (ou expansão) ao modelo estrutura-conduta-desempenho. Davies e Lyons (1991, p.92) salientam que tanto a tecnologia como as barreiras à entrada não fornecem uma explicação completa ao processo de concentração: De fato, a descrição do modelo parece ignorar as desigualdades entre firmas, focando-se apenas no número de firmas em cada mercado.

Os autores propõem uma alternativa à curva U do modelo estrutura-conduta-desempenho que incorpore a presença de uma escala mínima: a curva em L. Se assumirmos uma curva em L para a os custos médios de longo prazo de uma indústria

ou firma, devemos admitir que algumas firmas irão operar em escalas acima da mínima (q^*), mesmo no longo prazo. Deste modo, o índice de concentração se torna indeterminado.

Na verdade, as limitações do modelo estrutura-conduta-desempenho (ECD) podem se estender além do formato da curva de custo. A própria idéia de que a causalidade unidirecional do modelo (da estrutura para o desempenho, passando pela conduta) já foi amplamente questionada. Se a causalidade do modelo é multidirecional, então, não só a conduta possui um papel de maior relevância do que no modelo ECD básico, mas também a estrutura passa a ser um elemento parcialmente endógeno ao modelo. Esta será a raiz da segunda causa possível para o processo de concentração, a econômica.

Para a explicação desta causa faz-se necessária, primeiramente, uma definição e classificação do conceito de diferenciação de produto. Este pode ser entendido como a atribuição de particularidades ao bem produzido de modo a torná-lo atraente a dados mercados consumidores. A diferenciação pode ser tanto horizontal quanto vertical (Davies e Lyons, 1991). Considerando que as preferências dos consumidores podem ser distribuídas em um espectro linear, a diferenciação horizontal ocorre quando as firmas alocam o seu produto em um ponto escolhido deste espectro, cunhando para si um nicho neste mercado e suprindo os consumidores cujas preferências mais se aproximam do ponto escolhido. Um exemplo tradicional deste tipo de diferenciação é o do mercado de jornais. Uma editora pode posicionar o conteúdo de seu jornal em um espectro que compreende desde o mais corriqueiro tablóide até a mais erudita publicação, conquistando para si um determinado perfil de consumidor. A diferenciação vertical ocorre de maneira distinta. Esta se refere ao ordenamento de produtos em um espectro de qualidade que será percebido igualmente por todos os consumidores. Deste modo, uma marca será unanimemente percebida como superior à outra. Com efeito, se as marcas se diferenciam apenas quanto à sua qualidade, é de se esperar que as marcas associadas à melhor qualidade sejam vendidas por preços superiores às de menor prestígio. Se as firmas têm por objetivo a solidez e reconhecimento das suas marcas para que possam vender seus produtos a preços superiores, elas devem implementar melhorias a estas marcas. Isto implicará em um maior nível de custos fixos (como no

caso do investimento em pesquisa e desenvolvimento para aumentar a velocidade de um modelo de computador) ou de custos variáveis (como a utilização de matérias primas de qualidade superior).

Como mostram Davies e Lyons (1991), em um ambiente de diferenciação horizontal, dada a livre entrada a um certo custo fixo, um mercado de tamanho crescente tem por efeito atrair novos entrantes, que se posicionem em pontos cada vez mais limitados do espectro de preferências, fazendo, no limite, com que cada consumidor tenha suas preferências perfeitamente atendidas. Logo, a concentração não parece estar relacionada à diferenciação horizontal.

Contudo, se tomarmos um ambiente de diferenciação vertical, principalmente naqueles em que as melhorias de qualidade são geradas por um aumento dos custos fixos, a competição forçará as firmas a aumentarem suas parcelas de custos fixos nos custos totais. O efeito deste movimento é que o crescimento no tamanho do mercado leva a um aumento dos custos fixos, limitando a entrada de novos concorrentes e favorecendo a concentração.

Nota-se que em ambos os casos a razão entre os custos fixos e o tamanho do mercado determinará o grau de concentração, desempenhando o mesmo papel da razão q^*/D no caso da tecnologia. Observa-se também que no caso de diferenciação vertical, não há dúvidas sobre o fato de as economias de escala causarem a concentração, pois ambos os fenômenos são endógenos.

A terceira causa está relacionada ao efeito das instituições, em especial aquelas ligadas ao Estado, sobre as estruturas de mercado. As motivações do Estado para estimular a concentração podem ser várias. Certos setores privados, como o de serviços de saúde e educação, servem também ao interesse público. O Estado deve garantir aos seus cidadãos a plena fruição dos seus direitos civis através da utilização dos serviços e produtos originados nestes setores. Neste sentido, é possível que a existência de empresas maiores haja de forma positiva, seja disponibilizando produtos a preços mais acessíveis (através de economias de escala), seja tornando as empresas individuais mais expostas à fiscalização estatal. Este estímulo pode ser feito de diversas formas. Além de moldar o direito positivo, o Estado pode também interferir na estrutura de mercado

através da jurisprudência, da execução de licitações e da constituição de agências reguladoras (Labini, 1984).

CAPÍTULO II – O SETOR DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Neste capítulo procura-se fazer uma síntese das características do setor de planos de saúde no Brasil. Para isso é descrita a organização do mercado em questão, explicando-se brevemente os conceitos básicos da atividade das operadoras de planos de saúde. Em seguida, para ilustrar a importância deste setor nos sistemas econômicos do Brasil e de outros países, é feita uma análise dos gastos nacionais com saúde. A terceira parte do capítulo explica o relevante papel que a regulação exerce no setor. A quarta parte descreve a economia industrial do setor, salientando sua estrutura de custos, diferenciação de produto e barreiras a entrada. A parte final do capítulo sintetiza as possíveis causas do processo de concentração no mercado estudado.

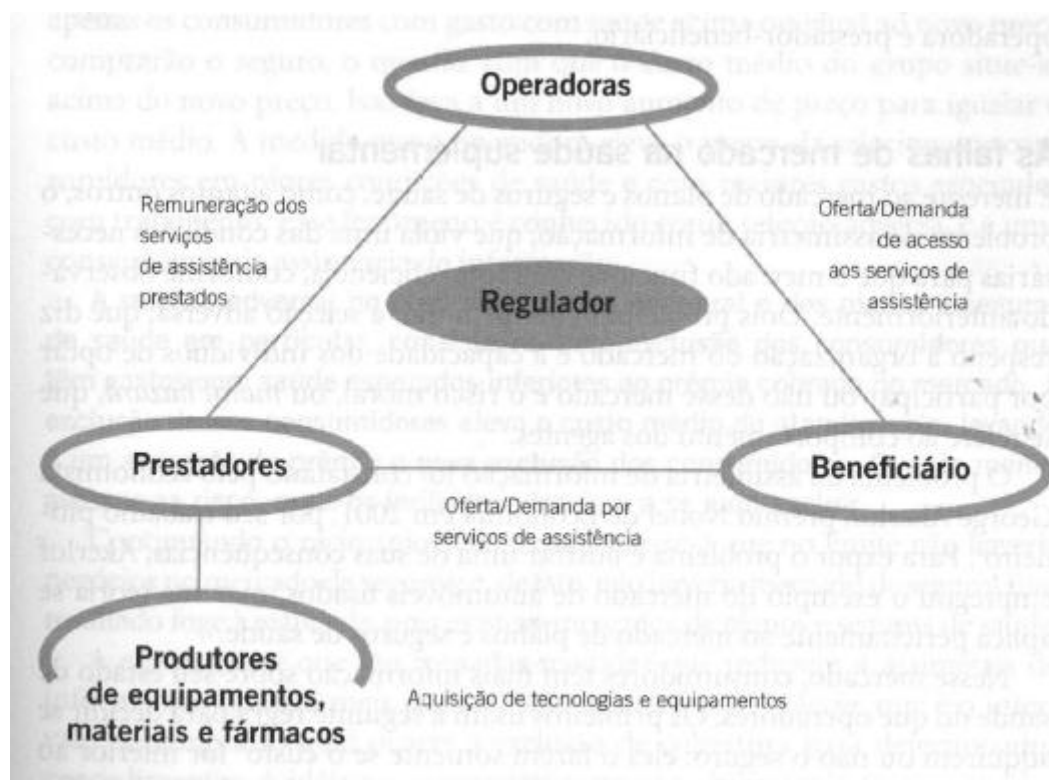
II.1 - Organização do mercado de saúde suplementar no Brasil

O conceito de plano de saúde é uma ramificação da idéia de seguro. Expostas a uma miríade de riscos aleatórios com conseqüências financeiras potencialmente catastróficas, as pessoas decidiram, há tempos atrás, juntar-se em associações que, através do crédito coletivo e solidário, poderiam sanar eventuais sinistros. As evoluções destas associações são as seguradoras, entidades autônomas coletoras de prêmios cuja função é a cobertura de sinistros futuros. Os planos de saúde são um gênero destas. Gastos com doença variam bastante, tornando praticamente inviável poupar-se o suficiente para pagar todo o tipo de tratamentos aos quais estamos potencialmente sujeitos. Para que estes custos potenciais estejam efetivamente diluídos é necessária a obtenção de massa atuarial, um volume de membros e contribuintes alto o bastante para que eventos catastróficos pontuais não prejudiquem a saúde da entidade seguradora. As operadoras de planos de saúde coletam prêmios, comumente mensais, comprometendo-se a cobertura de sinistros futuros. Ao custo que as operadoras destinam a esta cobertura chama-se sinistralidade.

No Brasil, assim como em diversos outros países, o mercado de saúde organiza-se em basicamente cinco agentes: os consumidores (ou beneficiários), os prestadores de

serviço (como hospitais, médicos, clínicas e laboratórios), as operadoras de planos e seguros (ou pagadores), o órgão regulador (no caso brasileiro a ANS) e as indústrias de equipamentos, materiais e fármacos. Estes agentes normalmente interagem da seguinte forma: beneficiários demandam acesso aos serviços de assistência às operadoras, estes serviços são prestados pelos provedores que por sua vez são remunerados pelas operadoras e servidos por produtores de equipamentos. Quase todas estas relações são, de acordo com o ordenamento jurídico brasileiro, reguladas pela Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS). A única exceção é a seara da indústria de equipamentos, regulada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). No momento da compra do plano os consumidores celebram um contrato com uma operadora. Neste contrato estão definidos a mensalidade, os serviços médicos cobertos e a rede de atendimento e o tipo de plano (podendo ser coletivo ou individual), além de detalhes sobre co-participação, franquias, período de carência, regras de reajuste de preço, revisão por faixa etária etc. A forma de inserção dos agentes pode ser vista na figura 1.

Figura 1: Relações entre os agentes do mercado de saúde suplementar

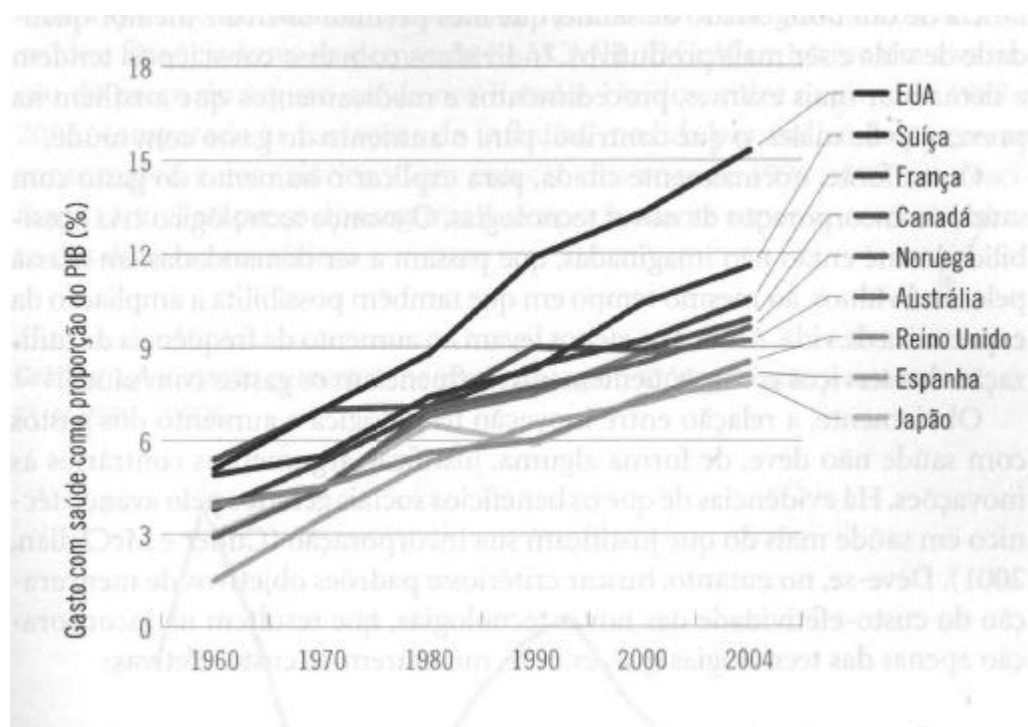


Fonte: Cechin, 2008

II.2 – A trajetória dos gastos com saúde

Para ilustrar-se a importância dos serviços de saúde na economia do Brasil e de outros países remete-se aqui aos gastos com saúde nos países desenvolvidos. Há uma tendência mundial de aumento dos gastos com saúde acima do crescimento da economia. O resultado direto desta tendência é ilustrado no Gráfico 1 abaixo, no qual se vê, para um conjunto de países, os gastos com saúde como proporção do PIB se elevando ano após ano no período de 1960 a 2004.

Gráfico 1: Gastos com saúde como proporção do PIB: Países selecionados 1960 - 2004



Fonte: OECD Health Data 2006

Claramente os Estados Unidos é o país que apresentou maior crescimento nesta proporção. Em 1960 o gasto com saúde como proporção do PIB daquele país era de 5%, ligeiramente inferior ao gasto na Noruega, então possuidora da maior proporção. Ao final do período apresentado, os Estados Unidos não só superaram a Noruega como se encontraram bastante a frente (cerca de cinco pontos percentuais) do segundo colocado,

a Suíça. É importante notar que apesar de alguns países oscilarem entre épocas de queda e elevação, todos apresentam crescimento substancial no período. Por trás desse movimento de elevação dos gastos com saúde há dois fatores fundamentais: o aumento da frequência do uso de serviços médicos e a crescente incorporação de tecnologia na prática médica.

O Brasil gasta cerca de 8% do seu PIB com serviços de saúde. Esta proporção encontra-se abaixo dos países desenvolvidos, o que demonstra não só o quão aquém está a economia da saúde no país como também as amplas oportunidades de que pode desfrutar o setor nos próximos anos. Sendo assim, em nosso país, é seguro afirmar que estes serviços tenderão a crescer mais rápido do que a economia geral, aumentando sua importância relativa, tal qual ocorre nos países desenvolvidos.

II.3 - Regulação na saúde suplementar

A assistência à saúde é definida na Carta Constitucional de 1988 como um serviço de utilidade pública (art.196 a 198 da CF88). Serviços desta natureza, como é também o caso da educação, são compulsoriamente prestados pelo Estado, podendo ser desempenhados por entes privados, desde que regulados da forma apropriada (art.199 da CF88). Esta permissão, que muitas vezes pode levar a conflitos de interesse, ocorre como consequência do reconhecimento da insuficiência do Estado brasileiro em prover tais serviços para a população. Durante os anos 90, dentro do contexto do liberalismo econômico, decidiu-se pela adoção do modelo de agências reguladoras para a supervisão destes serviços, assim como de outros que haviam recentemente sido privatizados. Deste modo, em 1998 foi promulgada a Lei 9.656/98, que regula diversos aspectos do mercado de saúde e prevê a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulador do setor de saúde que atua sobre as relações entre beneficiários e operadoras, assim como entre estes agentes e os provedores de serviços. A agência tem como seus objetivos principais a proteção do consumidor de planos de saúde e serviços médicos. Este marco regulatório veio na esteira do reconhecimento de que o mercado de saúde suplementar (privado) no Brasil passava por uma crise na qual consumidores não acessavam os serviços pelos quais pagavam e frequentemente eram

vítimas de esquemas fraudulentos. A multiplicidade de operadoras e o descaso das autoridades tornavam as relações no setor obscuras. Sendo assim, a Lei cuidou de prever a existência de regras mínimas com o objetivo de assegurar a saúde econômico-financeira das operadoras, visando, como foi dito acima, a proteção do consumidor. Conferiu-se competência ao CONSU (Conselho de Saúde Suplementar) e à ANS para estabelecer normas e parâmetros para que as operadoras tenham uma situação econômico-financeira compatível com as obrigações assumidas e dotem mecanismos de gestão condizentes, conferindo maior solidez e confiabilidade ao mercado.

Dentre estes critérios destacam-se aqueles relacionados à solvência: o patrimônio líquido mínimo, a margem de solvência e a dependência operacional, assim como a constituição de provisões de risco, remissão e eventos não avisados. Aparte destes há também a obrigatoriedade da publicação anual de demonstrações financeiras (adequado a um plano de contas especial), necessidade de autorização para funcionamento de operadora, registro de produto e manutenção destes, entre outros. Também foram definidos pela agência critérios para o reajuste de preço de planos individuais (pautado pelo reajuste nos planos coletivos e pela faixa etária da população coberta) e ressarcimento ao SUS por membros serviços prestados na rede pública a membros da operadora.

II.4 - A economia industrial do setor

Como foi dito anteriormente, a concentração em um setor está freqüentemente atrelada a um ou mais dos três seguintes fatores: econômico, tecnológico e institucional. Procura-se aqui elucidar as características econômicas deste setor através de uma análise estrutural, para a posterior verificação de sua contribuição ao processo de concentração. Estas características servirão de fundamento teórico para os dados empíricos analisados posteriormente. Cabe aqui uma discussão sobre a estrutura de custos e diferenciação de produto no setor, assim como das barreiras à entrada e saída pertinentes a este.

II.4.1 - A estrutura de custos do setor

O setor de planos de saúde não costuma apresentar especialização do trabalho ou indivisibilidade de insumos ou maquinário. No entanto, parte da estrutura de custos das operadoras de saúde possui algumas das características associadas à indivisibilidade. Os custos destas empresas podem ser divididos entre despesas operacionais e sinistralidade. A base operacional específica destas empresas é constituída de três partes.

Há uma área de atendimento, cuja função é a comunicação tanto com clientes que desejam esclarecer dúvidas sobre cobertura de procedimentos e assuntos como com a rede médico-hospitalar referenciada no plano, que busca a aprovação de procedimentos e o esclarecimento de glosas. Apesar do costume no setor seja o uso de corretores terceirizados para a venda de planos novos (o que, no caso, é uma obrigação para as seguradoras, dada pela legislação da SUSEP), algumas operadoras de planos, especialmente as medicinas de grupo, possuem áreas de vendas internas, normalmente ligadas à área de atendimento. Há também uma área de auditoria clínica quase inteiramente povoada por médicos, cuja função é a análise e posterior autorização (ou glosa) de procedimentos. Esta área possui uma das funções mais importantes em uma operadora, sendo a grande responsável pelo controle de sinistralidade. A recente ênfase em tratamentos de saúde preventivos, que seriam também fatores mitigadores da sinistralidade, tem levado ao surgimento, em algumas operadoras, da área de gestão de saúde e medicina preventiva. Esta área também costuma ser povoada por médicos e está freqüentemente ligada a auditoria clínica.

Nas operadoras existe também a área de precificação e atuaria. Nesta seara, cujos funcionários costumam ser atuários ou matemáticos, é feita a análise atuaria da sinistralidade futura esperada de cada grupo segurado, a qual é utilizada para efetuar-se a precificação dos planos, preferencialmente a um nível de preços que seja economicamente satisfatório para a empresa. Aparte destas áreas específicas ao setor há também os departamentos comuns a maioria das empresas: administrativo, jurídico, diretoria etc. Um fenômeno peculiar às empresas de medicina de grupo, e que, portanto, não abrange a totalidade das operadoras de saúde, é o da verticalização da rede hospitalar. As empresas, visando uma melhora da gestão de saúde de seus assegurados e

uma conseqüente diminuição de seus índices de sinistralidade, possuem dentro de sua estrutura uma rede própria de provedores médico-hospitalares. Estes provedores são entidades com estruturas de custos altamente fixos. De fato, estima-se que até 70% dos custos de um hospital sejam fixos.

Como se pode verificar, estas empresas sustentam operações extremamente intensivas em trabalho com o qual a sua estrutura de custos é primariamente variável. A possível mitigação deste fato está nas medicinas de grupo que possuem rede médico-hospitalar própria que, apesar de ainda serem empresas intensivas em trabalho, possuem uma parte maior de sua estrutura em ativos imobilizados e custos fixos. De modo geral, verifica-se que o setor de planos de saúde, por alocar a maior parte dos seus custos em uma força de trabalho ajustável ao volume de negócios, não possui significantes economias de escala.

Embora seja também um custo variável, a sinistralidade da margem para importantes economias de escala. Procuraremos ilustrar este ponto sem a utilização de ferramentas atuariais por julgarmos estas fora do escopo deste trabalho. Imaginemos, primeiramente, uma seguradora que possuísse apenas um cliente. Este iria cumprir com suas obrigações em dia e, ante um evento médico, iria cobrar da operadora a cobertura total de suas despesas. Contudo, para esta empresa, a resultante econômica deste negócio seria negativa uma vez que existe uma grande possibilidade de que o custo do evento a ser coberto ultrapasse os prêmios pagos pelo membro ao longo do seu contrato. Para resolver este problema é preciso a adição de novos membros, de modo a diluir a probabilidade de eventos custosos, viabilizando a atividade de seguro. Desta forma, constitui-se o conceito de “massa crítica atuarial” como sendo a quantidade mínima de membros necessária para a viabilização do seguro. Sendo assim, operadoras de planos com um número maior de membros (volume maior) teoricamente possuem custos médios inferiores, constituindo economias de escala.

Alternativamente, há também o fenômeno da “gestão de risco”, potencial mitigador destas economias de escala. No momento da subscrição de uma apólice de seguro há a clara existência de uma assimetria informacional entre as partes (operadora e membro). Isto porque o futuro membro possui, teoricamente, plena ciência do seu quadro clínico enquanto que a operadora está limitada à quantidade e qualidade de informação que o

cliente desejar divulgar. Com isto cria-se o potencial para a existência de risco moral, no qual o futuro membro omite certos fatos sobre sua saúde, objetivando pagar prêmios de seguro menores do que pagaria se fosse completamente honesto sobre sua condição. Verifica-se, então, que a precificação e mitigação dos custos são de extrema importância para o sucesso econômico de uma apólice de seguros. Para uma eficaz precificação da apólice é necessário que se conheça o perfil de risco do grupo segurado em questão. Este perfil perpassa informações triviais como idade e sexo e inclui uma miríade de fatos sobre o segurado, desde seus hábitos alimentares até sua herança genética. Quanto mais se sabe sobre um potencial membro mais eficiente será a precificação da sua apólice. A mitigação dos custos também vem atrelada a este perfil, sendo cristalizada em programas direcionados de prevenção a saúde e no encaminhamento do paciente (colocando-o na direção certa para um tratamento mais eficiente e menos custoso). Como se pode ver, o conhecimento do perfil do membro é de extrema importância. Contudo, é notório que o aumento do volume de negócios de uma operadora leva a um maior distanciamento de seus clientes e, portanto, um potencial piora na “gestão de risco”. Aqui observa-se deseconomias de escala, no entanto, estas não parecem contrabalançar inteiramente as economias de escala geradas pelos fatores acima mencionados

II.4.2 - Diferenciação de produtos nos setor

Como já foi explicado neste trabalho, a diferenciação de produtos, seja sob a forma horizontal ou vertical, pode levar a presença de vantagens competitivas em determinadas empresas. Estas vantagens costumam traduzir-se num maior poder de mercado e, portanto, em concentração nas indústrias em que se fazem presentes. Logo, para a análise da concentração no setor e suas possíveis causas, cabe-se uma discussão sobre a diferenciação, tanto no plano horizontal quanto no vertical. A definição destes termos pode ser encontrada na primeira parte deste estudo. Para que a diferenciação horizontal exista é preciso que os produtos ou serviços em questão possuam características que possam ser amplamente variadas e recombinadas de modo a produzir um espectro amplo o suficiente no quais os diferentes agentes do setor possam se

posicionar. Este não é o caso do setor de saúde. Aqui, o objetivo de cada um dos pacientes é praticamente o mesmo: obter segurança financeira sobre todos os tipos de eventos médicos futuros, garantindo, assim, sua saúde. Como não há limites para o tamanho que a rede referenciada de uma operadora possa ter (além, é claro, das limitações geográficas, uma vez que a assistência à saúde raramente se dá fora do âmbito regional), nem custos adicionais para um médico em filiar-se a uma operadora, é natural que a maior parte das operadoras de uma dada região ofereça uma rede credenciada semelhante para um mesmo patamar de preços. Se o caso especial do enfermo que procura ter apenas a sua patologia específica coberta no plano pudesse ser generalizado, haveria espaço para a diferenciação horizontal. Contudo, enquanto ainda procuramos cobertura para todos (ou quase todos) eventos que possam nos acometer, este tipo de diferenciação parece distante da realidade do setor.

A diferenciação vertical é facilmente encontrada entre as operadoras de planos de saúde. Apólices de seguros são estruturas simples que possuem, virtualmente, duas dimensões: amplitude da rede e eventos cobertos. As operadoras procuram, então, praticar patamares crescentes de preços conforme se amplia a rede referenciada (normalmente para comportar profissionais mais consagrados) e o espectro de eventos cobertos. Assim, coberturas como de parto de obstetrícia e acesso a hospitais de primeira linha ou a médicos de renome podem ser incluídos no desenho das apólices mediante aumentos nos prêmios. Este fenômeno estende-se por um largo espectro vertical, começando nas operadoras que oferecem serviços que não se diferenciam substancialmente do precário Sistema Único de Saúde e terminando em empresas especializadas na saúde de executivos de alto escalão, oferecendo atendimento personalizado e internação nos hospitais mais caros e consagrados do país. O marco regulatório de 1999 trouxe na sua busca pela proteção do consumidor, a criação de um “rol mínimo de procedimentos” a serem oferecidos pelas operadoras de planos. Este rol estabelece um patamar mínimo de cobertura, obrigando até os planos mais simples a comportarem certos eventos considerados mínimos a manutenção da saúde. Assim, apesar de ser um fator presente neste setor, a diferenciação vertical encontra-se aqui limitada.

II.4.3 - Barreiras à entrada no setor

A concentração industrial leva aos chamados “lucros de oligopólio”. Estes configuram-se no montante do lucro da empresa oligopolista que excede o lucro que esta obteria em um ambiente de concorrência perfeita. Estes lucros, com o passar do tempo e o ajuste dos mercados, tendem a ser mitigados pela entrada de novos agentes no mercado, exceto se houverem relevantes barreiras à entrada neste setor. Com isso as barreiras à entrada são elementos importantes à sedimentação do processo de concentração. No setor de operadoras de planos de saúde é possível identificarmos a presença de três barreiras à entrada relevantes: a necessidade de uma “massa crítica atuarial” para a viabilização das operações de seguro, já explicada anteriormente e apontada como barreira econômica; as exigências econômico-financeiras impostas pela ANS, também já explicada e descrita como barreira institucional; e o credenciamento exclusivo de provedores, seja por arranjos societários (verticalização ou “unimilitância”) ou estratégicos, também uma barreira econômica.

A “massa crítica atuarial” está no bojo do modelo de negócios de uma seguradora e cristaliza-se na obrigatoriedade de uma escala mínima de negócios para que a atividade de operadora de planos seja economicamente viável. Deste modo, operadoras pequenas que desejem aventurar-se neste mercado enfrentam grandes dificuldades por estarem sujeitas a eventos pontuais potencialmente catastróficos. O exemplo extremo (obviamente apenas ilustrativo) deste caso foi descrito na seção anterior, quando discorreu-se sobre as possíveis economias de escala no setor, e descreve uma operadora com apenas um beneficiário, que está subordinada a uma situação de risco perene por não conseguir diluir suas perdas atuariais. Assim, o setor tende a favorecer empresas de maior tamanho, cujo volume de negócios permite a segurança financeira necessário para que ambos, cliente e operadora, sobrevivam ante eventos médicos catastróficos.

Esta é, em contraparte, a maior preocupação da ANS. Como já foi dito, a agência olha pela proteção do consumidor de plano de saúde procurando garantir a sustentabilidade financeira das operadoras de planos. Isto é feito através da imposição de exigências econômico-financeiras a estas operadoras. Estas exigências, apesar de se apresentarem sob diversas formas, traduzem-se, em última análise, no requerimento de

montantes satisfatórios de patrimônio líquido e caixa na empresa de modo a cobrir potenciais eventos médicos que venham a aleijar a capacidade de geração de lucro desta. Com isto, para que uma empresa de pequeno porte entre no mercado de planos de saúde ela precisa não só mostrar-se capaz de suportar o impacto econômico da sinistralidade da sua carteira de clientes, como também alocar boa parte de seu capital (patrimônio líquido contra caixa) nas rubricas requeridas pela ANS. O montante de algumas destas exigências é diluído conforme a empresa aumenta seu volume de negócios, o que torna a situação das empresas de pequeno porte pior também sob a ótica relativa.

O credenciamento exclusivo de provedores é a terceira barreira à entrada no setor e pode ser visto como uma consequência do caráter regional que possui assistência à saúde no Brasil. Como já foi dito, o relativo isolamento e as disparidades sócio-econômicas, somados a idéia de que a área de influência de provedores de saúde normalmente não compreende uma grande área geográfica, conferem a este mercado um caráter marcadamente regional. Com isso, muitas cidades ou regiões apresentam número limitado de provedores (tanto hospitais, como clínicas médicas ou diagnósticas) e de operadores de planos. O credenciamento exclusivo configura-se em um desvio da normalidade do setor onde o aspecto regional mencionado é explorado para produzir barreiras à entrada e pode surgir de três maneiras: quando operadoras de planos possuem provedores de serviços (a chamada verticalização); quando cooperativas médicas coíbem seus associados à exclusividade; e quando o isolamento regional leva a virtuais monopólios de operadoras que forçam a exclusividade.

A verticalização não é um fenômeno novo, mas pode-se dizer que foi intensificado nos últimos anos. Operadoras de planos de saúde, notoriamente as do tipo medicina de grupo (mas ocasionalmente também as cooperativas médicas), compram ou constroem provedores de serviços que passam a habitar dentro da sua estrutura societária. Este provedores tem por fim a “gestão de saúde” (atrelada ao controle de sinistralidade) e o posicionamento estratégico das operadoras. Uma operadora que possui um provedor (normalmente um hospital ou centro médico) pode admitir membros de outras operadoras na medida em que desejar, estando, assim, livre para dedicar este provedor para os seus membros apenas. Sendo assim, ao possuir um provedor de alta relevância

em uma região, o único hospital com foco em cardiologia, por exemplo, uma operadora está na prática obrigando a todos os consumidores daquela região que desejem cobertura hospitalar para cardiologia a comprarem um dos seus planos de saúde. Esta prática, na sua função de posicionamento, é mais comum em cidades de pequeno a médio porte, onde a escassa presença de provedores e operadoras a permite.

E é justamente neste porte de cidade que se encontra a maior força das cooperativas médicas. Estas foram criadas nos anos de 1960 por um grupo de médicos de Santos, SP e constituem uma peculiaridade do mercado brasileiro, não encontradas em nenhum outro lugar do mundo. O modelo de cooperativas espalhou-se rapidamente pelo Brasil, através da marca Unimed, graças a sua forma descentralizada (uma cooperativa serve apenas a uma região ou cidade), uma resposta inteligente à baixa penetração de planos de saúde no país e ao caráter regional do setor. Combinadas, cooperativas são a maior operadora de planos médicos do país, possuindo, em Dezembro de 2008, cerca de 34% deste mercado a nível nacional. É notório que grande parte do sucesso das cooperativas se deu graças ao credenciamento exclusivo compulsório de seus membros. Ao aderir a uma cooperativa, o médico compra uma cota no capital social desta, sendo, portanto sócio e, efetivo da empreitada. A legislação civil, garante que este médico credencie-se como provedor de outra operadora de planos de saúde. Contudo, visando a dominação dos provedores da região, a cooperativa pode forçar o médico a recusar credenciamento em outra operadora, muitas vezes sob pena de expulsão da cooperativa. Os médicos, que costumam ser altamente dependentes do volume de negócios trazidos por essa, normalmente aceitam o acordo. Com isso, a cooperativa local é capaz de reter boa parte do quadro clínico de uma região, dificultando a entrada de outras operadoras. Nota-se que a barreira à entrada criada por esta prática costuma atuar sobre médicos individuais, sobre os quais a cooperativa possui maior poder de barganha, enquanto que a verticalização é característica de hospitais e clínicas.

O credenciamento exclusivo também se apresenta, apesar de que em forma mais branda, sob o aspecto de acordos estratégicos entre empresas. Muitas vezes, uma operadora de saúde que possua certo poder de mercado regional pode firmar um acordo com dado provedor de modo a garantir a este um volume satisfatório de negócios em troca da

exclusividade de credenciamento. Contudo, esta forma não é tão freqüentemente encontrada pelo simples fato de que provedores que necessitam deste tipo de acordo para garantir seus volumes muitas vezes não serão deveras relevantes para o mercado local.

II.5 - Causas do processo de concentração de operadoras de planos de saúde

Ao longo deste capítulo foram listadas razões tanto favoráveis quanto desfavoráveis ao processo de concentração no setor. A necessidade de uma “massa crítica atuarial”, que na prática estabelece um volume mínimo de atividade para o funcionamento saudável de uma operadora de saúde, parece atuar como fato favorável à concentração. De forma oposta, a presença de técnicas de “gestão de saúde” pelas operadoras, que visam uma diminuição da sinistralidade e da assimetria de informação entre indivíduos e operadoras, atua de forma desfavorável à concentração.

A existência de diferenciação vertical de produto, com operadoras oferecendo modalidades de planos relativos a preços e qualidade de serviços diferentes, apesar de mitigada pela existência de um rol mínimo de cobertura imposto pelo órgão regulador, também parece influenciar positivamente a concentração. Por tratar-se este de um setor onde cada consumidor objetiva apenas a segurança financeira que garanta a cobertura de seus eventos médicos, não parece haver entre as operadoras de saúde substancial diferenciação horizontal. A única exceção, esta favorável à concentração, é o caráter regional da assistência à saúde no Brasil.

Este caráter regional também em influi no credenciamento da rede referenciada das operadoras de planos de saúde. Por tratar-se de um serviço de alcance geográfico relativamente limitado, a assistência à saúde freqüentemente se dá perto do local de moradia ou trabalho do indivíduo, raramente excedendo os limites do seu município. Com isso, operadoras que conseguem obter o credenciamento exclusivo dos provedores de saúde de um município (ou de sua maioria) possuem relevantes vantagens sobre seus concorrentes. Este credenciamento exclusivo é fator favorável à concentração e cristaliza-se de três formas: na “unimilitância”, na verticalização e em acordos estratégicos entre operadoras e empresas prestadoras de serviços de saúde.

Considerando os fatores acima mencionados parece razoável admitir-se que no Brasil dos dias atuais os fatores favoráveis à concentração no setor de planos de saúde possuem maior relevância do que os desfavoráveis.

CAPÍTULO III – TENDÊNCIAS DE CONCENTRAÇÃO INDUSTRIAL NO SETOR DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo procura-se fazer uma análise quantitativa das variáveis que julga-se refletirem o grau de concentração neste setor. Com isso, objetiva-se um melhor entendimento do processo de concentração, tanto na sua perspectiva histórica, quanto em diferentes regiões geográficas. Para isso é feita, primeiramente, uma descrição da metodologia de análise, com destaque para a base de dados utilizada e a escolha da variável relevante. Em seguida efetua-se a medição do grau de concentração utilizando-se o número de beneficiários das operadoras de planos assim como certas variáveis financeiras selecionadas.

III.1 - Metodologia de análise

III.1.1 - Base de dados utilizada

Para a análise efetuada foram utilizados os dados sobre operadoras de planos de saúde disponíveis no website da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na base de dados Tabnet. Estes dados são enviados trimestralmente pelas operadoras de planos de saúde, como parte do pacote regulatório imposto pela agência ao setor. Deste modo, as informações contidas nesta base de dados são, por construção, recentes e confiáveis. Uma possível exceção a esta característica é o fato de que as operadoras têm a totalidade de seus membros cadastrados na região de sua sede, o que pode dificultar análises regionais da distribuição de membros do setor. Uma outra limitação à base em questão é o fato de que apenas alguns dados, como o número de operadoras apresentam séries temporais, o que causa empecilhos à análise da concentração enquanto processo. Esta base de dados classifica os beneficiários de planos de saúde por uma variedade de características, como faixa etária, segmentação do seu plano, sexo etc, contudo, para os fins da análise aqui proposta é relevante apenas as variáveis que possam refletir de

forma fidedigna o número de empresas do setor (no caso da concentração absoluta) e o poder de mercado (no caso da concentração relativa).

III.1.2 - Escolha da variável relevante

Para que seja efetuada a análise dos indicadores de concentração industrial é preciso, primeiro, eleger-se as variáveis relevantes a este estudo. Ao analisarmos os indicadores sob a ótica da concentração absoluta, é natural escolhermos o número de empresas como variável relevante. Isto ocorre porque esta ótica não leva em consideração o poder de mercado, mas apenas a quantidade de empresas no mercado. Esta informação está disponível em série histórica de 1999 a 2008 no website da ANS, na base de dados Tabnet. É importante frisar que os dados utilizados referem-se ao mercado de planos médicos somente. Na base consultada existem também dados sobre o mercado de planos odontológicos (que por vezes possui interseção com o de planos médicos), não tratado neste estudo. Por existir em regime formal, os dados da ANS comportam empresas que já não possuem membros, mas que tem o seu registro empresarial ativo, assim como diferentes subsidiárias da mesma empresa. Estas muitas vezes são empresas independentes que, uma vez adquiridas por outra, passam a integrar um grupo como subsidiárias antes de serem completamente incorporadas (freqüentemente para que o grupo comprador possa aproveitar prejuízos fiscais passados para fins de deduções da sua carga de imposto). Deste modo, para uma análise correta, é necessária a aglomeração destes grupos uma vez que o objeto de análise no presente trabalho é o ambiente econômico no qual a relação de subsidiaridade, exceto por seu aspecto tributário, não provoca efeitos materiais.

A análise de índices de concentração relativa requer a escolha de variáveis que reflitam o poder de mercado das operadoras. É pertinente notarmos que não existe uma medida ideal uma vez que o próprio conceito de poder de mercado carrega um alto grau de subjetivismo. Contudo, se o bom senso permite uma aproximação, provavelmente a variável mais fidedigna seria uma medida da receita de cada operadora de planos de saúde ao longo de um espaço de tempo razoável. Infelizmente, esta medida não está

disponível na base de dados consultada. De toda forma, existem aproximações razoáveis que podem auxiliar na análise proposta.

A base de dados disponibiliza o número de beneficiários por operadora em diferentes cortes geográficos. Decidiu-se, dados os objetivos do trabalho, utilizar-se esta variável a nível regional, assim como nacional. O uso do corte regional para este estudo foi fundado na idéia de que o sistema de saúde brasileiro é um reflexo das disparidades regionais presentes em nosso país. Deste modo, apesar de tratar-se de um mercado unificado sob um sistema jurídico comum, ainda há de se respeitar as abissais diferenças que possam existir entre as regiões brasileiras. Foi dispensado o corte mais específico das Unidades Federativas, apesar deste se fazer disponível pela ANS, por julgar-se a divisão entre regiões suficientemente específica para comportar as disparidades, sem perder-se a objetividade da pesquisa. São usadas as definições tradicionais para as regiões políticas brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Como já foi dito, o setor de planos de saúde possui diversos tipos de empresas, algumas das quais não possuem fins lucrativos (como as entidades filantrópicas), agem sob o regime de cooperativas (como as Unimed) e servem a apenas uma empresa (como as autogestões). Deste modo escolheu-se tratar das operadoras de planos e três instâncias. Primeiramente em sua totalidade, incluindo, ao lado das medicinas de grupo e seguradoras, as entidades filantrópicas, Unimed e autogestões; em segundo analisando-se apenas as operadoras com um viés comercial (as medicinas de grupo e seguradoras) e em terceiro observando-se apenas as medicinas de grupo, categoria dominante no lado comercial setor. Uma vantagem em se utilizar esta variável é o fato de que não está sujeita as flutuações no valor da moeda. Contudo, dadas as características do mercado de planos de saúde, onde as operadoras buscam diferenciação vertical através da segmentação de planos conforme faixas de preço e serviços oferecidos, é possível que o número de beneficiários não reflita adequadamente o poder de mercado destas empresas. Afinal, é razoável pensar que uma empresa que possua relativamente poucos beneficiários, mas que comande um volume muito alto de receita (com prêmios em valores muito superiores aos dos seus concorrentes) tenha um nível razoável de poder de mercado.

Assim, foram utilizadas também três variáveis financeiras, sendo a primeira a receita das operadoras estudadas (“contraprestações líquidas”). Esta variável possui a vantagem de refletir a parcela financeira do mercado ocupada pela empresa em questão. Contudo, como foi dito antes, reflete também flutuações monetárias que podem não estar relacionadas com a concentração do setor. Foi utilizada também a despesa assistencial destas operadoras (os chamados “eventos indenizáveis”). Esta é uma variável que reflete a parcela dos serviços de assistência no mercado de saúde privada cuja cobertura é de responsabilidade da operadora. Ela reflete o poder de barganha desta operadora com seus provedores, mas falha na medida em que operadoras muito semelhantes podem possuir índices de sinistralidade (a razão entre a sinistralidade e a receita) diferentes, uma vez que esta depende não só do tamanho e poder de mercado, mas também da eficácia na precificação e gestão de risco das operadoras. Por último, foi usado o valor do ativo total das operadoras, em mais uma tentativa de medir-se o tamanho de mercado. Para as variáveis de cunho financeiro (receita, despesa assistencial e ativo total), não foi possível obter o corte regional e uma série histórica superior a três anos.

Cabe aqui um breve adendo sobre a forma como o ordenamento jurídico brasileiro trata a questão da concentração industrial. Em um esforço de definir os limites permitidos pelo Estado para a concentração, visando a manutenção da ordem econômica e do direito de livre iniciativa, o legislador viu-se obrigado a definir, ainda que de forma subjetiva, as características indicativas do abuso de poder de mercado. Ao fazê-lo, está claramente enumerando alguns dos signos do aumento poder de mercado, etapa necessária à infração da qual trata o texto legal. A Lei 8.889 de 1994 delibera sobre as funções do Conselho Administrativo de Defesa da Concorrência (CADE) e elenca as “infrações da ordem econômica”. Dentre estas se destaca o “exercício de forma abusiva de posição dominante de mercado”, explicado no art.20, parágrafo 3º deste diploma como o controle de 20% ou mais do mercado relevante. Outras condutas demonstram, segundo o legislador, o poder de mercado excessivo. Dentre estas estão a fixação de preços a níveis diferentes dos praticados em ambiente de concorrência, o aumento de lucros, entre outros.

III.2 - Medição do grau de concentração

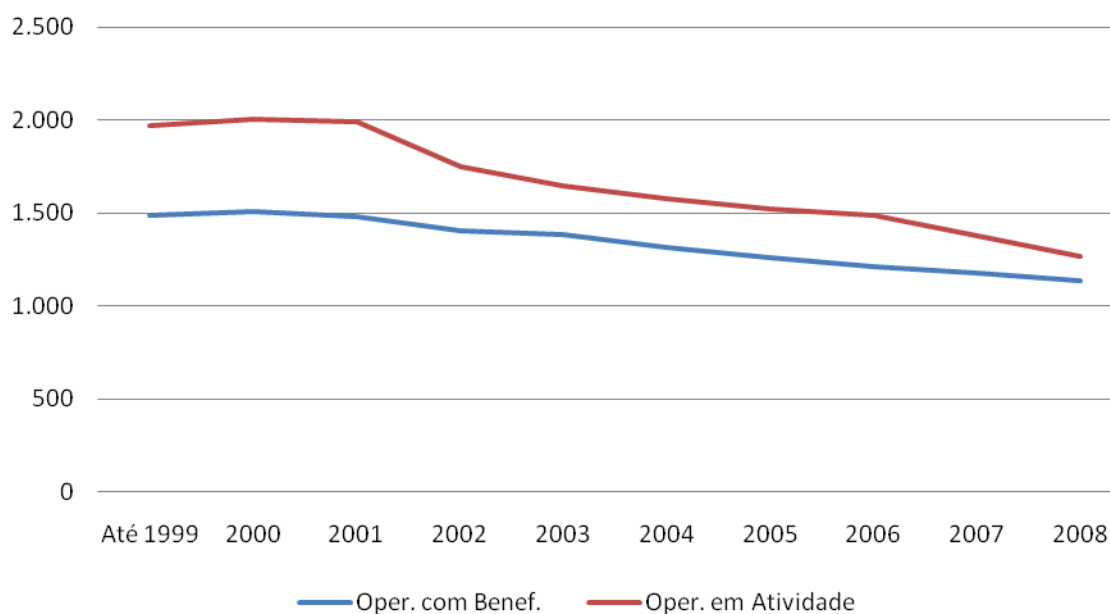
Estão apresentados em seguida os resultados da análise quantitativa dos índices de concentração industrial deste setor. São apresentados os resultados para a análise do número de beneficiários e para as variáveis financeiras escolhidas.

III.2.1 - Análise do número de beneficiários

Do ponto de vista da concentração absoluta observa-se, como sugere o Gráfico 1 abaixo, que houve uma importante redução no número de operadoras desde o marco regulatório de 1999. Este evento, como já foi dito, cristalizado pela edição da Lei 9.656, introduziu exigências econômico-financeiras muito mais rígidas para as empresas do setor. Isso fez com sucessivas falências, muitas vezes acompanhadas de fusões e aquisições, levassem a tal redução. Nota-se que o mercado passou por um período de acomodação durante os dois anos que sucederam o marco regulatório. Com isso, o número de operadoras em atividade nos anos de 2000 e 2001 decresce a uma taxa composta anual de 1% enquanto que o número de operadoras com beneficiários, subconjunto deste, praticamente não decresce. Após estes dois anos surge um período de forte ajuste ao marco regulatório.

O ano de 2002 viu o número de operadoras com beneficiários decrescer 1% e o número de operadoras em atividade diminuir em 6%. Isto ocorreu porque são justamente as operadoras ativas, porém sem beneficiários, que possuem uma situação jurídica mais frágil, estando mais sujeitas à quebra das exigências econômico-financeiras da ANS. A partir deste ano o número operadoras passou a decrescer a taxas praticamente constantes com o número operadoras em atividade diminuindo a uma taxa composta média de 4% ao ano enquanto que as operadoras com beneficiários diminuem a uma taxa composta média de 3% ao ano. Com isso tem-se uma tendência de concentração e de convergência entre o número de operadoras em atividade e as que possuem beneficiários.

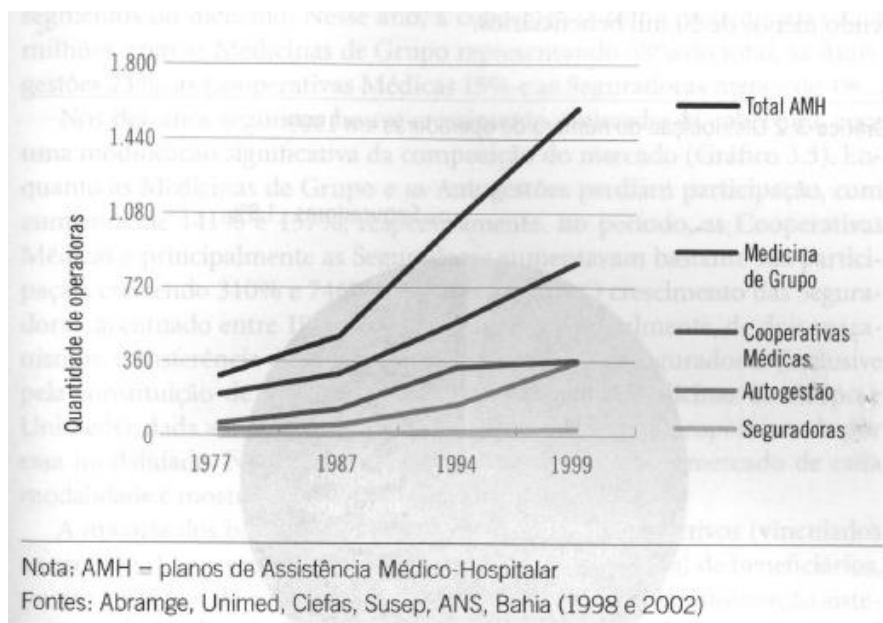
Gráfico 2 - Número de Operadoras no Brasil de 1999 até 2001



Fonte: ANS TabNet

A concentração absoluta no setor, tomada isoladamente, não nos permite induzir a existência de concentração industrial de fato. O setor de saúde experimentava, até o marco regulatório de 1999, um ambiente empresarial muito fragmentado, como pode ser visto no Gráfico 3. Neste sentido, o decréscimo no número de empresas pode ser entendido mais como uma racionalização do setor em busca de patamares mais sustentáveis de competição do que de uma concentração propriamente dita.

Gráfico 3: Número de operadoras de planos de saúde de 1977 até 1999



Como já foi dito, as medidas de concentração relativa utilizadas foram as razões de concentração de 8 e 4 empresas, assim como os índices de HH e HH normalizado. Como pode ser observado na Tabela 1 abaixo, os dados consolidados para o Brasil não apontam a existência de concentração neste setor. Observa-se uma maior concentração se tomado apenas o segmento comercial das operadoras de saúde, o que sugere uma pulverização das empresas sem fins lucrativos, cooperativas médicas e autogestões. Neste segmento, as razões de concentração apresentam valores elevados, mas ainda moderados, enquanto o índice HH, em sua forma normalizada, mostra valores baixos. É importante lembrar que o índice de HH normalizado é considerado baixo para valores inferiores a 0,1, moderado para valores entre 0,1 e 0,18 e alto para os demais valores positivos.

Tabela 1 - Número de Beneficiários por Tipo de Operadora no Brasil em Dezembro de 2008

	Todas Operadoras de Planos	Planos Comerciais	Medicinas de Grupo
CR (8)	24%	45%	48%
CR (4)	16%	32%	37%
HH	0,01	0,04	0,04
HH*	0,01	0,03	0,04

Fonte: ANS Tabetnet, Dezembro 2008

As medidas absolutas e relativas de concentração sugerem que o setor de operadoras de planos de saúde esta em pleno processo de concentração, não constituindo ainda um mercado concentrado. Não há dúvida de que o ambiente regulatório e as características econômicas das empresas de planos de saúde atuam como motores deste processo.

Passando-se à análise dos índices regionais, como é evidenciado pela Tabela 2, é possível ver que certas regiões possuem altos graus de concentração. Nos planos comerciais na região Norte, por exemplo, observa-se uma razão de concentração 8 de 100%, basicamente pelo fato de que só existem 8 empresas atuantes neste mercado. Contudo, o índice HH normalizado abaixo de 0,18 sugere que não há uma única empresa dominante, mas três firmas que disputam, quase em igualdade, o mercado. A situação do Nordeste é semelhante, apesar de mais branda. É possível notar que estas áreas de alta concentração a penetração de planos de saúde também é menor. Isso sugere pouca maturidade destes mercados locais, que ainda não atingem um mercado consumidor relevante. Por outro lado, os índices referentes às regiões mais ricas e mais penetradas por planos de saúde, como o Sudeste e o Sul, mostram alto grau de desconcentração. Aqui, mercados consumidores desenvolvidos, fundados principalmente na presença de grandes empresas, atraem diversas firmas. Este é mais um exemplo da heterogeneidade regional existente no sistema de saúde brasileiro.

Tabela 2 - Número de Beneficiários por Tipo de Operadora e Região em Dezembro de 2008

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Todas Operadoras de Planos					
CR (8)	79%	45%	37%	40%	78%
CR (4)	65%	33%	27%	27%	59%
HH	0,18	0,05	0,02	0,03	0,12
HH*	0,11	0,03	0,02	0,02	0,09
Planos Comerciais: Medicinas de Grupo + Seguradoras					
CR (8)	100%	70%	59%	57%	89%
CR (4)	99%	52%	44%	37%	57%
HH	0,29	0,13	0,06	0,06	0,12
HH*	0,17	0,11	0,06	0,04	0,06
Medicinas de Grupo					
CR (8)	100%	70%	55%	57%	89%
CR (4)	99%	52%	45%	37%	57%
HH	0,29	0,13	0,06	0,08	0,12
HH*	0,17	0,12	0,06	0,07	0,07

Fonte: ANS Tabnet, Dezembro 2008

III.2.2 - Análise das variáveis financeiras

Os dados financeiros disponíveis limitam-se às informações em âmbito nacional, para todos os tipos de operadoras, registrando os ativos totais, as contraprestações líquidas e os eventos indenizáveis, como esclarecido no item III.1.2, e apenas para os anos de 2006, 2007 e 2008. Dadas as limitações da base de dados utilizada, na análise dos dados financeiros sobre as operadoras não foi possível nem o corte regional, nem a diferenciação do tipo de operadoras. Contudo, mesmo esta limitada base de dados já nos informa da possível tendência de concentração no setor, como pode ser visto na Tabela 3 abaixo.

Tabela 3 - Dados Financeiros para Todas as Operadoras no Brasil no período 2006-2008

	Ativo Total			Contraprestações Líquidas			Eventos Indenizáveis		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
CR(8)	32%	37%	43%	25%	30%	34%	24%	29%	33%
CR(4)	23%	28%	32%	16%	20%	22%	15%	20%	21%
HH	0,02	0,03	0,04	0,01	0,02	0,02	0,01	0,02	0,02
HH*	0,02	0,03	0,04	0,01	0,02	0,02	0,01	0,02	0,02

Fonte: ANS TabNet

A razão de concentração das oito maiores empresas para a variável Ativo Total cresce rapidamente nos três anos analisados de 32% para 43%. O CR(8) apresentado em 2008 de 43% já é um número relativamente alto para um mercado não pautado por concessões estatais, como é o caso das operadoras de planos. As demais medidas acompanham o crescimento da razão de concentração, reforçando o observado.

É razoável que exista forte correlação entre estas variáveis, como é mostrado pelo comportamento similar aos Ativos Totais que pode ser verificado para as Contraprestações Líquidas, apesar destas estarem menos concentradas do que a variável anterior. Isto pode ser decorrência do fato de que os ativos destas empresas muitas vezes se encontram não só na forma de prêmios recebíveis, que teoricamente estão relacionados às contraprestações, mas também sob a forma de ativos garantidores de provisões técnicas (mais notadamente imóveis ou caixa). Empresas com uma situação financeira mais confortável, que neste setor se confundem com as de maior poder de mercado, tendem a possuir mais ativos garantidores, enquanto que empresas menores possuem apenas o necessário (ou às vezes até menos) para o cumprimento das exigências legais.

Os eventos indenizáveis líquidos, por sua vez, parecem estar intimamente relacionados às contraprestações. Isto é uma decorrência da manutenção da incidência homogênea de eventos médicos por clientes de planos com preços similares, que por sua vez decorre da prática de diferenciação vertical no mercado. Planos com preços superiores permitem o acesso a prestadores de serviço diferenciados e, muitas vezes, mais custosos.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo analisar o fenômeno da concentração industrial no setor de operadoras de planos de saúde. Para isto foi feita uma revisão bibliográfica sobre o tema da concentração industrial, tratando-se de delinear os conceitos que seriam aplicados ao estudo do setor de operadoras de planos. Posteriormente, fez-se uma descrição da organização industrial deste setor, salientando-se os fatores que poderiam ser favoráveis ou desfavoráveis à concentração. Finalmente foi feita uma análise das tendências de concentração, possivelmente ligadas aos fatores já citados.

Verificou-se a presença de uma tendência de concentração industrial no setor, evidenciada pelo forte peso que possuem os fatores favoráveis a esta, a saber, uma “massa crítica atuarial”, que exige um volume mínimo para que as operações de planos de saúde sejam rentáveis, a diferenciação tanto vertical quanto horizontal (por conta da regionalização) e o credenciamento exclusivo a nível regional.

Uma das principais forças por detrás do fenômeno da concentração é o ambiente regulatório no qual se insere o setor. O legislador brasileiro, visando a proteção do consumidor de serviços de saúde, promove indiretamente a concentração no setor através de exigências econômico-financeiras mínimas para o funcionamento das operadoras. É importante frisar que esta característica do ambiente regulatório está permanentemente sujeita à vontade do legislador. Deste modo, mudanças no ambiente político brasileiro que possam afetar as diretrizes da Agência Nacional de Saúde e do CONSU podem causar a estagnação ou eventual reversão da tendência identificada.

A análise quantitativa das medidas de concentração revelou uma tendência de concentração absoluta após o marco regulatório de 1999. Observou-se um período de acomodação até 2001, e um posterior período de diminuição no número de empresas, que dura até hoje. Utilizando-se o número de beneficiários como variável relevante, no nível nacional, identificou-se maior concentração relativa no segmento de planos comerciais do que no setor inteiro. Pelo corte regional foi possível identificar as regiões onde a concentração relativa é mais intensa, como o Norte e o Centro-Oeste e aquelas onde o mercado é mais fragmentado, como o Sudeste. Em relação às variáveis

financeiras, embora, por uma insuficiência da base de dados, a análise tenha sido limitada, foi possível identificar uma tendência de concentração pelo menos nos últimos três anos.

Em mais de meio século de existência, o mercado se organizou em diversas modalidades (como as medicinas de grupo, seguradoras, cooperativas médicas etc) que competem entre si. Contudo, as características que, no passado, motivaram a segregação de operadoras em diferentes modalidades hoje não são mais um fator relevante de diferenciação de competitividade. As diversas modalidades de operadoras oferecem produtos semelhantes já que a cobertura mínima é definida pela regulação. Decorre dessas considerações que no futuro próximo a concorrência, assim como hoje, se dará entre operadoras de diferentes portes e modalidades, num contexto de concentração do mercado. Isso, associado à necessidade de escala compatível e baixos custos administrativos, exigirá das empresas gestão profissionalizada. Já se nota uma tendência de avanço na utilização de princípios e técnicas de gestão empresarial, com gestão estratégica segregada da gestão médica. O amadurecimento do setor, aliado às exigências da regulação, exige a mudança do perfil administrativo das operadoras e deve levar ao aumento da concentração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOIANOVSKY, Mauro. **Estruturas de mercado em oligopólio**. In: Revista Pesquisa de Planejamento Economico. Rio de Janeiro: 1985.

CECHIN, José. **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação**. São Paulo: Saraiva, 2008.

DAVIS, Stephen e LYONS, Bruce. **Economics of Industrial Organization**. London: Longman, UK, 1991.

FEIJÓ, Carmem Aparecida e outros. **Concentração industrial e produtividade do trabalho na indústria da transformação nos anos noventa: evidências empíricas**. Revista ANPEC, Volume 4, 2003. Disponível em: www.anpec.org.br/revista/vol4/v4n1p19_52.pdf. Acessado em 12/01/2009. Acessado em 12/01/2009.

LABINI, Paolo Sylos. **Oligopólio e progresso técnico**. Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária, 2ª edição, 1984.

KUPFER, David. **Padrões de concorrência e competitividade**. Texto para discussão 265, Anais do XX Encontro Nacional da ANPEC, Campos de Jordão, 2004.

WORCESTER, D.A. **Monopoly, big business and welfare in the postwar U.S.**, Editora Universidade de Washington, Seattle, 1967.

RESENDE, Marcelo e BOFF, Hugo (2002). **Concentração Industrial**. In: KUPFER, David. **Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticos no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002, Capítulo 4.

RESENDE, Marcelo. **Medidas de concentração industrial: uma resenha.** Revista Análise Econômica, 1994. Disponível em:
www.ufrgs.br/fce/rae/edicoes_antiores/pdf_94/MRESENDE.pdf. *Acessado em 12/01/2009.*