



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE ECONOMIA PROFISSIONAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM ECONOMIA DE EMPRESAS

PAOLA DE ALMEIDA ZANOTELLI

**UMA ANÁLISE DA CONCENTRAÇÃO DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE
SUPLEMENTAR EM FORTALEZA**

FORTALEZA

2021

PAOLA DE ALMEIDA ZANOTELLI

UMA ANÁLISE DA CONCENTRAÇÃO DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE
SUPLEMENTAR EM FORTALEZA

Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Economia. Área de Concentração: Economia de Empresas.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Aquino de Souza.

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- Z36a Zanutelli, Paola de Almeida.
Uma análise da concentração do mercado de planos de saúde suplementar em Fortaleza / Paola de Almeida Zanutelli. – 2021.
48 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Mestrado Profissional em Economia de Empresas, Fortaleza, 2021.
Orientação: Prof. Dr. Sérgio Aquino de Souza.
1. Saúde Suplementar. 2. Planos de Saúde. 3. Participação de Mercado. 4. Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI). 5. Fusões e Aquisições. I. Título.

CDD 330

PAOLA DE ALMEIDA ZANOTELLI

UMA ANÁLISE DA CONCENTRAÇÃO DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE
SUPLEMENTAR EM FORTALEZA

Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Economia. Área de Concentração: Economia de Empresas.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sérgio Aquino de Souza (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. José Henrique Felix Silva
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Ricardo Brito Soares
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ao meu marido Igor e aos meus filhos Luigi e
Romeo, meus amores e principais motivos da
minha alegria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, que sempre me valorizaram como pessoa e filha e me mostraram a importância que os estudos têm em nossa vida: à minha mãe, que durante o mestrado também foi minha colega, agradeço por sua amizade nessa caminhada sem nunca ter deixado de lado o seu amor incondicional por mim; ao meu pai, por toda sua determinação e por ser sempre um exemplo de ser humano do bem.

Ao meu irmão Pedro, agradeço porque mesmo de longe vibrou, torceu por mim e me ajudou quando necessário; a ele todo o meu amor e minha admiração por ser meu maior fã.

Ao meu marido Igor, porque foi o meu maior incentivador durante toda minha jornada, sempre me motivando a estudar e me ajudando quando necessário.

Aos meus filhos, Luigi e Romeo, porque mesmo sem ainda entenderem sobre a vida, participaram ativamente desta caminhada e foram bastante compreensivos quando não pude estar tão presente quanto eu gostaria.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Sergio Aquino, pela paciência, pela motivação e pelo apoio durante toda a elaboração deste trabalho e durante suas matérias lecionadas.

A todo o corpo docente do Caen, aos funcionários do Caen e aos funcionários da Fecomércio, a quem serei sempre grata pela dedicação quanto aos objetivos da nossa turma.

Aos meus colegas e hoje amigos, Patrick, Helena e Luiz Fernando, porque, juntamente com minha mãe, pudemos formar um grupo de estudos que rendeu excelentes trabalhos e ótimo desempenho nas matérias, como também para a vida.

Por fim, agradeço a Deus e a Nossa Senhora por serem minha força e meu amparo; também por iluminarem o meu caminho mesmo eu não sendo capaz de perceber.

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

(Guimarães Rosa)

RESUMO

O mercado de planos de saúde suplementar no Brasil só apresentou crescimento ao longo dos últimos anos, e por isso algumas empresas cresceram significativamente, de forma orgânica e por aquisições, além de passarem a ser listadas na Bolsa de Valores Brasileira. A presente dissertação promove uma análise sobre o comportamento das participações de mercado e do Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI) no mercado de planos de saúde suplementar em Fortaleza, compreendida entre os anos de 2011 e 2019. Aqui, será apresentado um comparativo dos resultados da capital do Ceará com as cidades de Recife, Salvador e Teresina. Além disso, também serão realizadas duas simulações de fusão no setor, considerando o mercado de Fortaleza e o Guia de Análise de Atos de Concentração Horizontal elaborado pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE). A Teoria da Firma e seus desdobramentos foram aplicados para tratar os dados fornecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), embasar a análise e interpretar os resultados. Notadamente a nível nacional, a representatividade das firmas não causa efeitos competitivos adversos, entretanto, quando se restringe a Fortaleza, há uma considerável concentração de mercado em que são percebidas duas grandes empresas que detém mais de 70% do mercado de planos de saúde coletivos. A um nível local, o mercado de saúde suplementar apresenta concentrações que suscitam preocupações concorrenciais.

Palavras-chave: Saúde Suplementar. Planos de Saúde. Participação de Mercado. Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI). Fusões e Aquisições. Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE).

ABSTRACT

The health insurance market in Brazil has only grown over the past few years and some companies have grown significantly, organically and through acquisitions, they had also been listed on the Brazilian Stock Exchange. This work analyzes the behavior of market shares and the Herfindahl-Hirschman Index (HHI) in the health insurance market in Fortaleza city, between years 2011 and 2019. Will be presented a results comparison among the capital of Ceará State and Recife, Salvador and Teresina. In addition, two simulations of mergers in the sector will also be carried out, considering the Fortaleza market and the Guide for Analysis of Acts of Horizontal Concentration prepared by the Administrative Council for Economic Defense. The Firm Theory and its consequences were applied to treat the data provided by the National Supplementary Health Agency, to base the analysis and to interpret the results. Notably at the national level, the representation of firms does not cause adverse competitive effects. However, when Fortaleza is restricted, there is a large market concentration, in which there are two companies that together hold a share more than 70% of the health insurance market. At the local level, the supplementary health market presents concentrations that generate competitive concerns.

Keywords: Health Insurance. Market Shares. Herfindahl-Hirschman Index (HHI). Mergers and Acquisitions. Administrative Council for Economic Defense.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – HHI Fortaleza Planos de Saúde	35
Gráfico 2 – HHI Fortaleza Planos Odontológicos	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Participação de Mercado Operadoras de Planos de Saúde Coletivos - Fortaleza - (%)	33
Tabela 2 – Participação de Mercado Operadoras de Planos de Saúde Individual - Fortaleza - (%)	34
Tabela 3 – Participação de Mercado Operadoras de Planos Odontológicos Coletivo - Fortaleza - (%)	35
Tabela 4 – Participação de Mercado Operadoras de Planos Odontológicos Individual - Fortaleza - (%)	36
Tabela 5 – Comparativo Resultados Planos de Saúde Coletivos	37
Tabela 6 – Comparativo Resultados Planos de Saúde Individuais	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
HHI	Índice Herfindahl-Hirschman
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
IPO	<i>Initial Public Offering</i> ou Oferta Pública Inicial
ISPS	Instituto de Seguros e Previdência Social
ISSQN	Imposto sobre Serviço de Qualquer Natureza
PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	MERCADO BRASILEIRO DE PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE HISTÓRICA	15
3	METODOLOGIA	19
3.1	Tipos de Mercado	20
<i>3.1.1</i>	<i>Concorrência Perfeita</i>	20
<i>3.1.2</i>	<i>Monopólio</i>	20
<i>3.1.3</i>	<i>Competição Monopolística</i>	21
<i>3.1.4</i>	<i>Oligopólio</i>	22
<i>3.1.5</i>	<i>Modelo de Cournot</i>	22
3.2	Participação de Mercado	23
3.3	Índice de Concentração C_k e Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI)	24
3.4	Poder de Mercado	26
3.5	Fusões e Aquisições	27
4	BASE DE DADOS	30
4.1	Coleta de Dados	30
4.2	Delimitação do Mercado	32
5	RESULTADOS	33
5.1	Resultados de Fortaleza	33
5.2	Resultados de Recife, Salvador e Teresina	37
6	SIMULAÇÕES DE FUSÕES	39
6.1	Modelo e Mecânica das Simulações	39
6.2	Hipóteses de Simulação no Mercado de Planos de Saúde de Fortaleza	41
7	CONCLUSÃO	44
	REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

O acesso igualitário à saúde sempre foi considerado pelos governos de todos os países uma questão de extrema importância. A saúde é um setor econômico sempre pungente, em que ocorrem muitos investimentos em pesquisa para novas soluções dos problemas que existem na saúde. Há uma constante busca por meios mais sustentáveis e baratos de realizar os inúmeros tratamentos.

Com a promulgação da Constituição de 1988, o Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que deu direito a todos os brasileiros a ter acesso à saúde pública e gratuita. Hoje o SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, único responsável por garantir assistência integral e completamente gratuita para mais de 100 milhões de habitantes. A Constituição de 1988 também permitiu a exploração da saúde suplementar por empresas privadas, dando início à comercialização dos planos de saúde e de seus similares.

No ano 2000, a Agência Nacional de Saúde (ANS) foi criada com o objetivo de fiscalizar e regular o setor de saúde suplementar no país; por essa razão, existem poucos dados confiáveis e consolidados sobre o setor antes de 2000.

Possuir um plano de saúde privado foi listado como o maior desejo de consumo dos brasileiros do ano de 2020, de acordo com dados disponibilizados pelo Instituto de Estudos de Saúde Complementar – IESS. Os planos de saúde ocupavam a terceira posição na mesma pesquisa realizada em 2019.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS de 2019, 28% da população brasileira possuía acesso a algum tipo plano de saúde. Quando restrito à parcela da população que possui renda inferior a um quarto do salário mínimo, apenas 2% têm acesso aos planos de saúde. Já para população com renda superior a cinco salários, 87% tinham planos. Em 2020, a taxa de cobertura em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia foi de 24,2%, e a de planos exclusivamente odontológicos foi de 14,0%, conforme dados fornecidos pela ANS.

Em dezembro de 2020, o Brasil possuía um total de 74,6 milhões de beneficiários de planos de saúde, sendo 47.615.162 beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia, e 27.023.121 beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos. Esses números apresentaram uma taxa de crescimento percentual de 1,2% e 4,5%, quando comparados com 2019, respectivamente.

Há em vigência no país hoje um total de 909 operadoras médico-hospitalares com

beneficiários; em 2011 eram 1.180. Esse número vem decrescendo ao longo dos anos devido a fusões no setor em 2018, que foram estimuladas principalmente pela abertura de capital do Hapvida e da Notredame Intermédica, grandes empresas do ramo.

As operadoras em atividade tiveram uma receita de contraprestações de aproximadamente R\$ 223 bilhões ao longo do ano de 2020, o que demonstra a grande relevância do setor para a economia do país. Ao longo deste trabalho será apresentado que apenas cinco empresas detêm 30% de todo o mercado nacional.

O Ceará é o oitavo estado mais populoso do país. Fortaleza, sua capital, é a 5ª maior cidade do Brasil e representa 47% do PIB do Estado, segundo dados do IPECE (2017). Dentre os 50 maiores contribuintes de Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) de 2019, lista divulgada pela Secretária de Finanças de Fortaleza, onze dessas empresas são do ramo de saúde. A lista dos 50 maiores contribuintes é liderada pelo Hapvida, a Unimed Fortaleza ocupa a 2ª posição, seguida da Unimed Ceará na quarta posição.

De acordo com os princípios de Organização Industrial, mercados com elevadas barreiras à entrada tendem a ser mais concentrados com um número reduzido de *players*, permitindo que os fornecedores sejam os responsáveis pela precificação dos produtos, visando exclusivamente ao lucro e reduzindo o bem-estar dos consumidores.

Conforme dados fornecidos pela ANS, em Fortaleza havia 230 empresas operadoras de planos de saúde atuando em 2020, mas com uma concentração muito elevada devido ao fato de que apenas duas empresas detêm 74% do mercado de planos de saúde na modalidade coletiva: Hapvida e Unimed Fortaleza. Para confirmar essa concentração elevada e quanto isso impacta os consumidores e a competitividade das demais firmas, esse trabalho propõe prever e analisar essa concentração mais profundamente. Por essa razão será realizado o cálculo da participação de mercado das companhias, além do Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI) do mercado de saúde suplementar em Fortaleza, e ainda haverá uma comparação dos resultados de Fortaleza com o de outras capitais do Nordeste (Teresina, Recife e Salvador). Além de realizar uma simulação de fusão entre duas empresas em Fortaleza, serão identificados os impactos concorrenciais que poderiam ser gerados no mercado como um todo. O período de análise considerado será entre os anos de 2011 e 2019.

A metodologia aplicada se baseia na Teoria da Firma, por meio da qual será feita uma apresentação dos principais tipos de mercados, as formas de mensuração de concentração de mercado e uma explanação sobre fusões e aquisições, para que se consiga analisar e calcular a participação no mercado, o poder de mercado (HHI) e simular fusões e aquisições do mercado de planos de saúde privada em Fortaleza.

O conteúdo estará distribuído em mais seis capítulos, além desta introdução, e serão dispostos da seguinte forma:

- i) Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil, desde os primeiros formatos até os dias atuais;
- ii) Abordagem da metodologia específica aplicada para o trabalho;
- iii) Apresentação da base de dados e sua origem, como ela foi trabalhada e a delimitação do modelo específico;
- iv) Apresentação e explicação dos resultados alcançados;
- v) Simulação de uma fusão entre as duas maiores empresas do mercado de Fortaleza;
- vi) E conclusão da pesquisa.

2 MERCADO BRASILEIRO DE PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE HISTÓRICA

A origem dos planos de saúde privados no Brasil está atrelada à história das previdências privadas, e os primeiros formatos de auxílio saúde foram criados na década de 20 do século passado por intermédio das caixas de previdência dos funcionários das empresas de estradas de ferro.

Em 1923, foi promulgada a Lei Eloy Chaves, proposta pelo deputado de mesmo nome. Com ela foram criadas as caixas de aposentadorias e pensões para os funcionários das empresas de estradas de ferro ao redor do país. Essas instituições previdenciárias visavam, além de estruturarem aposentadorias e pensões, prover socorros médicos e medicamentos para os seus funcionários e familiares, e elas eram financiadas pelos empregados (com um percentual de seus salários), pelas companhias (com um percentual do faturamento bruto anual) e pela população usuária das estradas de ferro (houve um aumento no preço das passagens, e esse recurso adicional foi destinado às caixas de previdência).

No ano 1944, funcionários do Banco do Brasil criaram a CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - com a intenção de indenizar pelas despesas de saúde de seus associados. Já logo na sua fundação, metade dos funcionários do banco aderiu ao programa. Em 1970, a CASSI passou a ser reconhecida integralmente por todos os funcionários como o plano de saúde do Banco do Brasil, e três anos depois o plano passou a ser obrigatório para todos os colaboradores. “Com 75 anos de existência, a CASSI é hoje uma das maiores instituições administradoras de planos de saúde do país sem fins lucrativos. Atualmente ela possui mais de 720 mil participantes.” (CASSI, 2020).

Outro marco de relevância na expansão dessa atividade no Brasil foi o surgimento do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, em 1978, e que até 1991 era nomeado de ISPS – Instituto de Seguros e Previdência Social, com a finalidade de exercer atividades de seguros e previdência social para os brasileiros de forma geral. Com a criação do INSS – Instituto Nacional do Seguro Social em 1990, para operacionalizar toda a previdência social no Brasil, o INPS passou a ficar responsável apenas pela concessão do benefício.

Com a promulgação da Constituição de 1988 foi criado o SUS, que deu direito a todos os brasileiros de ter acesso à saúde pública e gratuita. Hoje o SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, responsável por garantir assistência integral e completamente gratuita para mais de 100 milhões de habitantes. Como o SUS não conseguia garantir uma saúde de qualidade para todos os brasileiros, os planos de saúde privados começaram a se expandir no país.

Além das caixas previdenciárias, que ficavam muito fortalecidas, principalmente nas grandes companhias públicas, os hospitais privados passaram a idealizar e a pôr em prática seus próprios planos, atendendo aos clientes exclusivamente na sua rede. Esses planos privados que começaram em hospitais foram se expandindo em número de clientes e em número de hospitais e de médicos. Diante desse cenário de expansão, passaram a cobrir uma rede maior que a suas redes já existentes.

A expansão da atividade comercial de saúde suplementar fez com que surgisse a necessidade de controle do governo sobre a prestação desse serviço, a fim de garantir a qualidade e o bem-estar do brasileiro e logo foi aprovada a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, regulamentando a operação das empresas de plano de assistência à saúde.

Já em janeiro de 2000, com a Lei nº 9.961, foi criada a ANS - Agência Nacional de Saúde - como o “órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantiam a assistência suplementar à saúde.” (PLANALTO, 2000).

Hoje estão em exercício aproximadamente 1.000 operadoras que oferecem serviços de saúde suplementar no país, ficando a cargo da ANS acompanhar e fiscalizar as atividades assistenciais e de gestão das mesmas, e ainda garantir o interesse público e a qualidade do atendimento realizado. Atualmente, o mercado de saúde suplementar é composto pelos planos privados e por planos vinculados à instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar, estes últimos não regulados pela ANS, define Albuquerque et al. (2008).

Em 2018, 3,9% do PIB brasileiro foi destinado à saúde pública, mas o brasileiro desembolsa um valor correspondente a 5,4% do PIB com saúde privada, pois não acredita que o serviço público apresente a mesma qualidade e forneça o melhor tratamento do setor privado, além não ser comum na saúde pública ter acesso a consultas com facilidade por entenderem que ela está sobrecarregada (STATISTA, 2019).

O Brasil encerrou o ano de 2020 com 47,5 milhões de beneficiários de planos privados de assistência técnica, apresentando um crescimento de 1,7% em relação a 2019. Em 2020 havia um total de 971 operadoras com beneficiários que tiveram R\$ 165,9 milhões em receita de contraprestações ao longo de 2020. As cinco maiores empresas de saúde suplementar do Brasil são Bradesco Saúde, Notre Dame Intermédica, Amil, Hapvida e SulAmérica. Juntas elas abrangem uma participação de 28,6% do mercado nacional, com 13,5 milhões de beneficiários.

No Nordeste, a inclusão no mercado de saúde era 6,8% em 2001, e em 2019 era de 12,2%.

O Ceará é o oitavo estado mais populoso do país, possuindo uma população de aproximadamente 9 milhões de habitantes; ele tinha no final do ano de 2019 uma cobertura de 14,7% da população com assistência médica privada.

Fortaleza, capital do Ceará, segundo dados do IPECE (2017), é a 5ª maior cidade do Brasil e representa 47% do PIB do estado. Dentre os 50 maiores contribuintes de Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) de 2019, lista divulgada pela Secretária de Finanças de Fortaleza, onze dessas empresas são do ramo de saúde. É importante destacar que o Hapvida lidera o *ranking* geral, e a Unimed Fortaleza ocupa a 2ª posição, seguida da Unimed Ceará na quarta posição.

Fortaleza tem uma taxa de cobertura de assistência médica de 37,8% da sua população e de 28,4% para planos exclusivamente odontológicos, sendo 1,2 milhões e 385 mil beneficiários, respectivamente; informação obtida em dezembro de 2019.

O Hapvida iniciou suas atividades em 1993, tendo sido fundado pelo cearense Cândido Pinheiro Koren de Lima no ano de 1979, após a inauguração da clínica Antônio Prudente, em Fortaleza. A companhia foi expandindo as suas atividades no Ceará e no restante do Nordeste; em 2018 abriu seu capital por meio de um IPO. Ao final do ano de 2020 já detinha 30% da participação de mercado de todo o Nordeste e se tornou a maior empresa do país no setor de saúde suplementar, com uma participação de mercado de 7,9%, 3,7 milhões de beneficiários de planos de saúde e 2,9 milhões de beneficiários de odontologia.

A Unimed, maior cooperativa médica do país, foi fundada em Santos no ano de 1967 como uma reação ao surgimento de empresas de saúde fundadas por pessoas, inclusive por outros médicos que não eram sindicalizados. Dez anos depois já havia 60 Unimeds ao redor do país, e em 1972 foi criada a confederação. Hoje são 347 cooperativas espalhadas por todo o Brasil, com 113 mil médicos cooperados e 18 milhões de beneficiários (38% da participação de mercado nacional).

As grandes companhias brasileiras seguiram a tendência global de consolidação da saúde e a partir de 2018 houve uma nítida aceleração após a abertura de capital das empresas Hapvida e Notredame. As fusões e as aquisições cresceram 67% no setor desde então, gerando uma diminuição de *players* no mercado, em que *players* são as empresas existentes que competem entre si. Nesse cenário, as melhores firmas ‘abocanham’ a maior parcela da participação de mercado e conseguem trabalhar com margens otimizadas e crescer de forma acelerada.

Em 2018, após o IPO, o Hapvida inaugurou o Hospital Rio Poty, em Teresina (PI), e adquiriu o hospital Rio Amazonas, em Manaus (AM), o que ampliou ainda mais a sua rede

própria de atendimento. Começou o ano de 2019 adentrando na região Sul, iniciando as atividades em Joinville (SC), e fez nova captação de recursos com um *follow-on* e com a emissão de debêntures. Com os recursos, adquiriu o Grupo São Francisco em Ribeirão Preto (SP) e o Grupo América, em Goiânia (GO). O ano de 2020 também foi marcado por importantes conquistas obtidas pelo grupo Hapvida, entre elas o Grupo São José e o Grupo Promed, o arrendamento do Hospital Sinhá Junqueira, a compra do Hospital Nossa Senhora Aparecida e a aquisição das operadoras Samedh e Plamheg.

O grupo Notredame Intermédica também realizou o seu IPO em 2018 e adquiriu a Samed Saúde de Moji das Cruzes (SP). No ano de 2019, adquiriu mais 6 empresas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Em 2020 foram quatorze aquisições que marcaram seu ingresso em alguns dos mercados mais relevantes da saúde privada do Brasil, como Paraná e Santa Catarina.

O maior destaque em 2021 foi a fusão entre as duas maiores empresas do país, Hapvida e Intermédica, que ocorreu em março, fazendo surgir uma nova Companhia com valor de mercado de 110,5 bilhões de reais, 13,6 milhões de usuários de planos de saúde e de plano odontológico, tornando-se a 11ª empresa mais valiosa da Bolsa de Valores. “A Companhia combinada passa a ter 53,6% de ações da Hapvida e 46,4% da GNDI. A família Pinheiro, controladora da Hapvida, seguirá sendo a maior acionista, com posição de 37,6%. A Bain Capital, maior acionista da Intermédica, com 11,2% das ações, reduz sua participação para 5,2%, podendo se desfazer dessa fatia residual que há bolsa.”

3 METODOLOGIA

A teoria da firma que se estuda hoje teve início no final do século XIX, com Carl Menger (1871), William Stanley Jevons (1871) e León Walras (1874), que juntos foram responsáveis pela revolução marginalista. Ambos os três defendiam a maximização da utilidade em função da renda, da produção ou dos custos. Outro autor que teve importante destaque, alguns anos depois, foi Alfred Marshall (1890), que reuniu em sua obra as teorias da oferta e da procura, da utilidade marginal e dos custos de produção.

“Os preços da procura de cada mercadoria, sobre os quais avaliamos a utilidade total e o excedente do consumidor, pressupõem que as outras condições permaneçam inalteradas, enquanto o preço sobe até o valor de escassez; e, quando as utilidades totais de duas mercadorias que contribuem para o mesmo objetivo são calculadas segundo esse esquema, não podemos dizer que a utilidade total de ambas seja igual à soma das utilidades totais de cada uma delas separadamente.” (MARSHALL, 1920).

Ao longo dos anos, os estudos de microeconomia, ou da teoria neoclássica da firma, buscaram cada vez mais entender o comportamento das entidades privadas e dos indivíduos que participam do funcionamento da economia, dentre esses indivíduos citam-se consumidores, trabalhadores, investidores, proprietários de terra e empresas.

Fortalecido nisso, a metodologia do presente trabalho encontra-se baseada nos conceitos de Organização Industrial, campo da economia que estuda as interações entre as estruturas de mercado, as relações entre os concorrentes e a concentração dos mercados, além de avaliar o poder de mercado das empresas e o bem-estar, resultado dessas relações. “*Industrial Organization or Industrial Economics is the study of the operations and performance of imperfectly competitive markets and the behavior of firms in these markets.*” (CHURCH; WARE, 2000, p. 7).

Mercado é onde ocorrem as trocas entre quem vende e quem compra, quem oferta e quem demanda; tal associação é estabelecida baseada no preço do bem que está sendo trocado. Para Pindyck e Rubinfeld (2013), “mercado é um grupo de compradores e vendedores que, por meio de suas interações efetivas ou potenciais, determinam o preço de um produto ou de um conjunto de produtos.”

Existem mercados competitivos e mercados não competitivos; dentre eles serão apresentados o mercado de concorrência perfeita, o monopólio, a competição monopolística, o oligopólio e o caso do modelo de Cournot.

Além dos mercados, a participação nas concorrências, o Índice de Henrfindahl-

Hirschman (HHI), o poder de mercado e as fusões e aquisições também serão introduzidos.

3.1 Tipos de Mercado

3.1.1 *Concorrência Perfeita*

Mercados em concorrência perfeita são definidos pela existência de muitos vendedores e muitos compradores de um mesmo produto homogêneo, trata-se de um mercado teórico, quase impossível de ser aplicado na prática.

Esse tipo de mercado é caracterizado por ter:

- Agentes tomadores de preço: o mercado é composto de tantos *players* que cada um é responsável pela venda de uma pequena parte da produção total, não ocorrendo, portanto, influência no preço (valor) de mercado;
- Produtos homogêneos: são os que possuem apenas substitutos perfeitos, não havendo distinção entre os produtos ofertados. Exemplos desse tipo de produto são os produtos agrícolas, o petróleo e os minérios, que mais se aproximam do mercado de concorrência perfeita;
- Mercado com livre entrada e saída de *players*: pelo fato de não existirem barreiras de entrada e de saída, as firmas conseguem entrar e sair do mercado livremente. Isso não chega a afetar o mercado devido ao elevado número de firmas atuantes.

No mercado de concorrência perfeita, o princípio da maximização dos lucros se dá quando se iguala a receita marginal ao custo marginal, que resulta no preço praticado neste mercado, o qual se equipara ao custo marginal. Essa conclusão mostra que as firmas em concorrência perfeita não obtêm lucros (lucros econômicos nulos).

3.1.2 *Monopólio*

Um mercado monopolístico possui um único produtor de um determinado bem que é responsável pelo controle total da quantidade que será produzida e colocada à venda.

Um monopólio é caracterizado por possuir uma única empresa que domina todo o mercado e seus compradores, que são milhares. A firma é responsável pela produção de um ou mais produtos que costumam ter poucos substitutos ou nenhum. Outra característica do monopólio são as elevadas barreiras para o ingresso neste mercado, podendo ser barreiras

legais ou estruturais, como a patente e os altos investimentos.

“Entry barriers are of interest from two perspectives: (i) corporate strategy and (ii) public policy. From the perspective of firms, entry barriers are required to protect and incumbent’s market power. However, incumbents will be interested in protecting not only their market power, but also the monopoly profits.” (CHURCH; WARE, 2000, p. 115).

O equilíbrio do monopolista se dá quando a receita marginal se iguala ao custo marginal, sendo que no caso do monopólio a receita marginal do monopolista é sempre inferior ao preço, o que pode ser observado pela curva de demanda, causando ineficiências no mercado e implicando em preços mais elevados e menor quantidade dos produtos ofertados.

Pode-se citar como exemplo de monopólio no Brasil a Petrobrás; hoje ela não possui mais o monopólio legal, mas mantém o monopólio de fato devido à sua grande infraestrutura instalada, que obriga os novos *players* a realizarem investimentos muito elevados para conseguirem concorrer nesse mercado.

3.1.3 Competição Monopolística

A competição monopolística é identificada dentro de um modelo de concorrência, em que existem vários produtores de um mesmo produto, mas neste modelo uma firma consegue se diferenciar e ter uma parte da demanda que prioriza o produto daquela marca, por uma questão de *branding* muitas vezes alcançado por *marketing*.

As principais características desse modelo são:

- Há muitas empresas, como que em uma concorrência perfeita;
- A entrada e a saída de correntes são livres, onde não se veem barreiras, mais uma característica similar à da concorrência perfeita;
- Observa-se uma diferenciação dos produtos pela qualidade, aparência e reputação;
- Uma firma pode exercer o poder de monopólio de acordo com a sua capacidade de diferenciação do seu produto;
- Os consumidores distinguem os produtos pela marca, diferente do que ocorre no modelo de concorrência perfeita.

A elasticidade-preço da demanda cruzada entre os produtos é muito elevada, entretanto não é infinita; ou seja, os produtos podem ser facilmente substituídos caso a marca preferida exija pagamento acima daquele que o consumidor está disposto a pagar. No mercado estão disponíveis diversos produtos similares. Como o consumidor os distingue pela marca,

muitas vezes ele está disposto a pagar um valor maior para ter acesso ao seu produto favorito.

Um exemplo que pode ser citado neste caso é a Coca-Cola. Ela não é o único refrigerante do mercado, tampouco o único com capacidade de produzir na escala que a empresa produz. O consumidor normalmente tende a comprar a Coca-Cola em detrimento das outras marcas, contudo define um valor máximo pelo qual está disposto a pagar a mais pela marca antes de substituí-la por um produto similar.

“A estrutura industrial conhecida como competição monopolizadora refere-se a uma situação em que há diferenciação de produtos, de modo que todas as empresas têm um certo grau de poder de monopólio, mas a entrada é livre, o que leva os lucros para zero.” (VARIAN, 2006, p. 501).

3.1.4 Oligopólio

Os mercados oligopolistas são os casos mais complexos e mais próximos à realidade, eles podem ou não ter produtos diferenciados, e poucas empresas são detentoras da maior parte produção total.

Caracterizado por um pequeno número de empresas com presença dominante no mercado, o oligopólio produz produtos diferenciados ou homogêneos, além de possuir elevadas barreiras à entrada. Os setores de telefonia móvel, aéreo, de refrigerantes e os bancos são exemplos de oligopólios.

O oligopolista está sempre dividido entre o desejo de querer ganhar mais que seus concorrentes, mas sabe que se cooperar com os demais e reduzir a sua produção ganhará uma parte maior de lucros, pois consegue cobrar um preço mais elevado.

“Static theories of oligopoly show how this tension between cooperation and competition is resolved in favor of competition. One of the main results of static models of imperfect competition is that equilibrium outcome is not the collusive outcome: oligopoly prices and profits are lower than those of a monopolist.” (CHURCH; WARE, 2000, p. 233).

Como a escolha de preço e de produção no oligopólio não depende apenas da demanda e da sua capacidade produtiva, o equilíbrio ocorre quando cada firma consegue fazer o seu melhor em função do que os seus concorrentes estão fazendo, o que é conhecido como Equilíbrio de Nash.

3.1.5 Modelo de Cournot

Este modelo foi elaborado por Augustin Cournot, em 1838, observando a concorrência que ocorre em um duopólio; ele também se aplica aos oligopólios estáticos.

Neste modelo, as duas empresas produzem um bem homogêneo e existe apenas um preço de mercado, cobrado pelas duas firmas, resultante da oferta agregada de cada uma. Ambas as firmas tomam suas decisões simultaneamente e, ao tomar a sua decisão de produção, cada empresa leva em consideração a escolha da outra. Neste modelo não há entrada de novas firmas no mercado. É fundamental que cada firma considere fixo o nível de produção da sua concorrente.

Uma característica importante do modelo de Cournot é a curva de reação; cada firma tem a sua curva de reação definida pela relação entre a produção da concorrente e a quantidade que maximiza o seu lucro, de acordo com a decisão de produção das firmas. O equilíbrio no modelo de Cournot se dá pela intersecção das duas curvas de reação.

Para calcular o equilíbrio de Cournot, deve-se encontrar as quantidades que satisfazem as curvas de reação das duas firmas simultaneamente, o que será possível por meio de um equilíbrio de Nash, conforme confirma Cabral (1994, p. 371):

“A variável estratégica manipulada por cada empresa é sua quantidade produzida; as quantidades são escolhidas simultaneamente, o lucro de cada empresa (a utilidade de cada jogador) é a função da quantidade produzida por essa empresa e o preço do mercado, que é por sua vez uma função da quantidade produzida pelas empresas; finalmente, o equilíbrio de mercado é definido pelo equilíbrio de Nash neste ‘jogo’, também conhecido como equilíbrio de Nash-Cournot.”

3.2 Participação de Mercado

A participação de mercado, quota de mercado ou *market share*, representa o percentual que cada empresa possui no mercado em que atua. Ele pode ser calculado pelo volume de vendas, pelo faturamento ou pela quantidade de clientes ou pelo lucro obtido. É necessário ter a informação referente ao mercado como um todo para conseguir a quota de uma ou de cada empresa.

Sua fórmula é:

$$s = \frac{Q_i}{\sum_{i=1}^n Q_i} \quad (1)$$

Quanto mais concentrado, maior será a participação de mercado das maiores empresas. Quanto mais pulverizado, mais firmas haverá com pequenos percentuais do total do mercado.

Trata-se de uma medida importante, pois é capaz de mensurar o quanto uma empresa representa do total do mercado, comparar com seus concorrentes, identificar as

tendências de mercado e definir as estratégias de crescimento, dentre outros.

3.3 Índice de Concentração C_K e Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI)

O Índice de Concentração é dado pelo somatório da participação de mercado das k maiores empresas de um mercado. Normalmente representado por C_3 e C_4 , que demonstram a soma das quotas de mercados das três e quatro maiores empresas, respectivamente. Sua fórmula é:

$$C_K = \sum_{i=1}^K s_i \quad (2)$$

No qual:

s_i = quota de mercado da empresa i ;

k = soma dos *market-share* das k maiores empresas;

C_K pode variar entre k/n , sendo n o número de empresas do mercado, e 1. K/n implica em um menor grau de concentração no mercado e 1, concentração máxima.

Trabalhar com C_k tem como vantagem a facilidade de cálculo e interpretação, bem como só precisa dos dados referentes às k maiores empresas e do mercado como um todo.

O Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI) é um importante indicador para avaliar o quão concentrado é um mercado e perceber a concorrência entre as firmas que compõem este mercado. Ele é calculado utilizando a soma dos quadrados das participações de um mercado, conforme a seguinte fórmula:

$$HHI = \sum_{i=1}^n s_i^2 \quad (3)$$

$$10.000/n < HHI < 10.000$$

Em que:

s_i = quota de mercado da empresa i ;

n = número total de empresas no mercado.

Quanto mais próximo de 10.000, mais concentrado e monopolista é o mercado, conforme pode se verificar abaixo o caso de uma única empresa no mercado:

$$HHI = \sum_{i=1}^1 100^2 = 10.000 \quad (4)$$

Quanto mais próximo de $10.000/n$, menos concentrado e mais concorrencial é o mercado em questão. O HHI também pode variar entre $1/n$ e 1, quando os percentuais são aplicados na forma decimal.

As agências reguladoras na União Europeia idealizaram um “Padrão Europeu” para avaliar a concentração de seus mercados, que se apresentam da seguinte forma:

- $HHI < 1.000$ – Mercado com baixa concentração;
- $1.000 < HHI < 2.000$ – Mercado com concentração moderada;
- $HHI > 2.000$ – Mercado com concentração elevada.

Os Estados Unidos também estabeleceram os seus próprios critérios utilizando o Padrão Americano, que é um pouco mais flexível sobre a concentração de mercado. O Brasil adota o padrão americano, que é obtido por:

- $HHI < 1.500$ – Mercado com baixa concentração;
- $1.500 < HHI < 2.500$ – Mercado com concentração moderada;
- $HHI > 2.500$ – Mercado com concentração elevada.

Esses padrões são utilizados pelas agências reguladoras a fim de que tenham parâmetros para avaliar a concentração dos mercados, principalmente em caso de fusões ou aquisições, o que pode ser concorrencialmente prejudicial aos consumidores. As agências avaliam também a variação do HHI quando ocorre uma fusão ou uma aquisição, se geram aumentos significativos de poder de mercado, preocupações de ordem concorrencial e se será necessário a realização de análises e dados mais detalhados sobre a operação, ou até mesmo o cancelamento da transação.

O HHI apresenta algumas vantagens em relação aos demais indicadores; uma delas exige uma série de requisitos de consistência para ser considerado um índice confiável, tanto que é utilizado pelo CADE, além de poder ser derivado de uma forma axiomática; ou seja, bem evidente.

3.4 Poder de Mercado

Poder de mercado é a capacidade que uma firma tem para definir o preço que será praticado no mercado. Quanto maior o poder de mercado da firma, mais ela consegue impor o seu preço. “*A firm has a market power if it finds it profitable to raise price above marginal cost.*” (CHURCH; WARE, 2000, p. 29).

O poder de mercado pode ser calculado pela diferença entre o custo e o preço marginal. Uma medida comumente usada para medir o poder de mercado é o Índice de Lerner:

$$L = \frac{P - CMg}{P} \quad (5)$$

O Índice de Lerner, que foi desenvolvido e escrito em 1934 por Abba Lerner, é responsável por descrever o poder de mercado de uma firma, é um número que pode variar de zero a 1. Na fórmula, $L = 0$ implica que se trata de um mercado em concorrência perfeita; quanto mais próximo de 1, maior o poder de mercado da firma. Esse índice também pode ser calculado pelo inverso da elasticidade da demanda, indicando que a capacidade de elevar preços é inversamente proporcional à elasticidade da demanda. Dessa forma, é calculado assim:

$$L = \frac{1}{|Ed|} \quad (6)$$

Em que:

Ed = elasticidade da demanda.

Existe a possibilidade de se trabalhar com preços inferiores ao custo marginal, entretanto pode ser ilegítimo com adoção de preços predatórios, buscando-se conquistar mercado. Quando há promoção, essa inversão pode ser legítima.

No caso dos oligopólios, eles sempre têm poder de mercado inferior aos monopólios, pois, para tomarem suas decisões de preço, precisam considerar que existe uma concorrência. Cabral (1994, p. 65), explica que em um oligopólio de Cournot cada empresa maximiza seu lucro, não levando em conta o fato de que parte do acréscimo de lucros é obtida à custa dos lucros das empresas rivais.

No caso do modelo de Cournot, o Índice de Lerner pode ser calculado da seguinte

forma:

$$L = \frac{HHI}{Ed} \quad (7)$$

Em que:

HHI = Índice de Henrfindahl-Hirschman.

Cabral (1194, p. 46), ressalta a importância desse resultado, pois formaliza a ideia da relação entre a estrutura (HHI) e os resultados (Índice de Lerner), o que resulta em um padrão de comportamento.

3.5 Fusões e Aquisições

Fusões e aquisições se referem a formas de expandir uma Companhia utilizando a combinação de negócios ou da compra de negócios, visando a um retorno mais rápido do que o crescimento orgânico da empresa. As ações para tal envolvem reorganizações societárias, compra de ativos, formação de novas empresas, cisão e incorporação de sociedades, dentre outras coisas.

Pela ocorrência de uma fusão de duas ou mais empresas, após um acordo comercial, elas se fundem, fazendo surgir uma nova firma, um novo Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ. Na fusão, a principal forma de pagamento é o acordo acionário da nova empresa, que geralmente é realizada entre empresas do mesmo setor.

As aquisições são conhecidas por uma empresa comprar outra, mantendo a identidade apenas da firma que adquiriu. O pagamento é feito mediante dinheiro, ações ou títulos. Não é incomum a aquisição de empresas com atividades diferentes, visando a alguma estratégia da firma compradora.

A principal motivação para uma fusão ou aquisição é a de atender a uma estratégia de crescimento, que pode buscar, segundo Botrel (2017):

“(a) crescimento – quando dispõe de recursos ou tem oportunidades que lhe permitam aumentar a participação do mercado e o valor da empresa; (b) estabilidade – quando objetiva concretar suas forças na melhoria da produtividade e na inovação das empresas existentes, ou quando tiver custos de crescimento maiores do que os benefícios gerados e baixo crescimento do setor; ou (c) redução – quando o desempenho das unidades de negócios está abaixo do esperado, ou, ainda, quando coloca em risco a própria continuidade da empresa.”

As fusões e as aquisições podem ser horizontais, verticais ou na forma de

conglomerados. Ela é caracterizada como horizontal quando a operação é realizada entre firmas do mesmo ramo; verticais quando se trata de firmas do mesmo setor, mas em níveis diferentes, podendo acontecer com a participação de fornecedores ou distribuidores; os conglomerados são caracterizados quando a transação acontece entre empresas de setores diferentes com o objetivo de diversificar os sócios, por oportunidade ou para a redução de riscos.

Segundo Church e Ware (2000, p. 717), “*intense merger activity creates macro level concerns about rising concentration and its political-economic implications.*” Ou seja, a maior preocupação das instituições responsáveis pela competitividade dos mercados, no caso do Brasil, do Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE, é que as fusões tenham como consequências os impactos na competitividade do mercado, com a redução do bem-estar dos consumidores.

Se considerado um oligopólio de Cournot, com duas firmas que produzem produtos homogêneos, uma fusão delas geraria uma redução do bem-estar do consumidor, causando aumento do preço dos produtos, que seriam majorados para o preço de monopólio e geraria um excedente do produtor maior que anteriormente.

As teorias referentes a fusões e aquisições são recentes, as primeiras publicações foram realizadas por Chamberlin e Stigler, na década de 80, e consideravam que os resultados das fusões e aquisições geravam conluíus no mercado. Entretanto, hoje os casos precisam ser avaliados individualmente para verificar o impacto concorrencial em cada mercado.

Church e Ware (2000, p. 724), alertam que as fusões podem ser ‘portas de entrada’ para cartéis, gerando impactos negativos na concorrência dos mercados. Para evitar que isso ocorra, é necessário que quando houver fusões haja também um acordo de cooperação para restringir o aumento de preços; que se encontre um meio de monitorar as atividades das empresas para que se identifiquem desvios para cartéis e se estabeleça um método para a punição das firmas que aderirem aos cartéis.

O CADE foi criado em 1962, mas apenas em 1994 foi transformado em Autarquia Federal. Hoje ele é responsável por “analisar e posteriormente decidir sobre as fusões, aquisições de controle, incorporações e outros atos de concentração econômica entre grandes empresas que possam colocar em risco a livre concorrência, além de investigar, em todo o território nacional e, posteriormente, julgar cartéis e outras condutas nocivas à livre concorrência.” (CADE, 2020).

O CADE elaborou um Guia para Análise de Atos de Concentração Horizontal em 2001, sua última atualização é de 2016, e é utilizado como referência para nas análises de

aquisições horizontais ou atos de concentração horizontais, atualizado com as condutas mais aplicadas tanto na Europa como nos Estados Unidos. Todos os procedimentos, os testes e as condições necessárias para aprovação de um ato de concentração estão listados e explicados.

O Guia visa orientar os funcionários do CADE, dar mais transparência aos processos de análise realizados por eles, instruir sobre as melhores práticas e ajudar os agentes de mercado a entenderem as etapas e as necessidades do processo realizado em casa operação. Nas orientações do Guia são ressaltados os efeitos positivos e negativos que um ato de concentração pode gerar, como elevação de preços ao consumidor e redução da quantidade de produtos ofertados; já no aspecto positivo, pode impactar com incrementos de produtividade e melhoria na qualidade dos produtos. Cabe ao CADE garantir que os efeitos positivos se sobreponham aos negativos.

No caso do mercado de saúde suplementar nos anos de 2019, 2020 e 2021, ocorreram várias operações de fusões e aquisições aconteceram. O maior destaque foi a fusão entre as duas maiores empresas do país, Hapvida e Notre Dame Intermédica, em 2021, fazendo surgir uma firma com participação das duas anteriores.

O Cade autorizou a operação por não aumentar a concentração nas regiões do Brasil. O Hapvida se destacava no Norte e no Nordeste, e a Intermédica tinha sua maior participação em São Paulo, dominando 25% do mercado. O negócio combinou importante sinergia com notória complementaridade, reduzindo, assim, quaisquer potenciais riscos antitrustes (VALOR, 2021).

4 BASE DE DADOS

A base de dados, utilizada para o desenvolvimento do presente trabalho de pesquisa, foi coletada no site da ANS, que é responsável por disponibilizar e publicar dados e indicadores da saúde suplementar no Brasil.

A ANS, sendo uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, fornece dados abertos e de acordo com a Política de Dados Abertos do Governo Federal, que podem ser usados e redistribuídos por qualquer pessoa, desde que seus devidos créditos sejam realizados.

É importante destacar que a base de dados não oferece informações sobre os preços praticados pelas operadoras, o que inviabiliza os cálculos referentes ao poder de mercado e à demanda.

4.1 Coleta de Dados

A ANS divulga uma base de dados mensalmente com as seguintes pastas principais: beneficiários, demandas, operadoras, planos e ressarcimento ao SUS.

Optou-se por trabalhar com as informações referentes às operadoras. Nesta categoria, são fornecidas as seguintes informações: nome da operadora, modalidade, porte, cidade, número de beneficiários e contrato.

A coluna modalidade categoriza as operadoras entre Odontologia de Grupo, Autogestão, Medicina de Grupo, Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Filantropia e Seguradora Especializada em Saúde.

As operadoras de Odontologia de Grupo e Medicina de Grupo fazem uso de uma estrutura própria contratada pela própria Operadora. Dentre as contratações, estão presentes médicos, dentistas, hospitais, laboratórios e clínicas, sempre priorizando a verticalização da assistência médica e/ou odontológica, o que possibilita o gerenciamento direto dos custos médicos e hospitalares.

As Cooperativas surgiram com a criação da Unimed, instituição na qual os médicos ou dentistas cooperados são os proprietários, e cada beneficiário pode optar por qual profissional quer ser atendido, dentre os cooperados, e os médicos atuando como autônomos.

Seguradora Especializada em Saúde é caracterizada como uma modalidade de Operadora de Planos de Saúde que não possui rede própria, e paga diretamente, por conta e ordem do beneficiário, os prestadores de serviços integrantes da rede, após a utilização dos

serviços que foram contratados. As Seguradoras Especializadas em Saúde comercializam seguro-saúde por meio do sistema de livre escolha, priorizando no contrato a previsão de reembolso das despesas médico-hospitalares. Exemplo: Bradesco Saúde.

A modalidade de Operadora de Plano de Saúde de Autogestão é caracterizada por ser exclusivamente para operação de planos coletivos, nos quais uma empresa, por meio do departamento de recursos humanos, opera o plano de saúde para seus sócios, colaboradores e familiares. Necessariamente ela precisa de uma rede própria, credenciada, contratada ou referenciada para atender os seus beneficiários. A gestão dessa rede é promovida pela empresa de Autogestão. Exemplo: Camed.

Classificam-se na modalidade Filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde com certificação emitida pelos órgãos competentes.

O porte setoriza as operadoras pela quantidade de beneficiários que cada uma possui, com as categorias a seguir: 1 a 100 beneficiários, 101 a 1.000 beneficiários, 1.001 a 2.000 beneficiários, 2.001 a 5.000 beneficiários, 5.001 a 10.000 beneficiários, 10.001 a 20.000 beneficiários, 20.001 a 50.000 beneficiários, 50.001 a 100.000 beneficiários, 100.001 a 500.000 beneficiários e acima de 500.000 beneficiários. O número de beneficiários apresenta a quantidade de beneficiários de forma numérica.

A cidade indica de qual o município os dados foram coletados. No caso, a base de dados selecionada neste trabalho fornece nesta categoria apenas as capitais dos Estados do Brasil.

O contrato está subdividido entre Coletivo Empresarial, Coletivo por Adesão, Coletivo Não Identificado, Individual ou Familiar e Não Informado. Planos de saúde individuais são firmados diretamente entre o indivíduo e a operadora, não existindo intermediários entre as partes. Já os planos coletivos precisam de uma empresa com CNPJ para realizar a ponte entre a prestadora de saúde e o usuário.

Planos Coletivos Empresariais são aqueles em que empresas formais, com CNPJs, firmam contratos com empresas de saúde para beneficiar seus funcionários e sócios. Planos Coletivos por Adesão exigem uma afiliação que intermedia, como no caso de uma instituição de ensino superior que firma um contrato com uma empresa de plano de saúde e oferece a seus funcionários a opção de aderir ao plano com as condições previamente negociadas entre as duas empresas. O custo do plano coletivo por adesão pode ser rateado com o funcionário ou pago integralmente pelo colaborador.

Essa base de dados é publicada no *site* da ANS mensalmente e desde o ano de

2001. Serão estudados os dados referentes ao mês de dezembro de cada ano da pesquisa (2011 a 2019).

4.2 Delimitação do Mercado

Diante da base de dados disponível, em que toda análise de mercado deve ter uma delimitação de mercado quanto ao espaço e ao produto que será estudado, optou-se por estabelecer um critério que será apresentado a seguir.

Neste presente trabalho, a área geográfica escolhida foi a cidade de Fortaleza. Para a comparação de resultados, foram escolhidas as cidades de Teresina, Recife e Salvador porque, além de serem também capitais nordestinas, apresentam tamanhos e características distintas de Fortaleza.

Quanto ao produto, serão apresentados resultados referentes a duas modalidades, sendo: i) Planos de Saúde, englobando as modalidades de Autogestão, Medicina de Grupo, Cooperativa Médica, Filantropia e Seguradora Especializada em Saúde; e ii) Planos Odontológicos, com as modalidades Odontologia de Grupo e Cooperativa Odontológica.

Também será realizada uma categorização por Contrato, criando-se dois grandes grupos: coletivo e individual. O grupo Coletivo agrupa as categorias Coletivo Empresarial, Coletivo por Adesão, Coletivo Não Identificado. A opção de contrato Não Identificado foi descartada para título de resultados neste estudo.

5 RESULTADOS

Os resultados que serão apresentados nesta dissertação foram mensurados pela base de dados explanada no capítulo anterior.

Foram considerados os seguintes critérios:

- Modalidade: foram criados dois grandes grupos, Saúde e Odontologia;
- Contrato: também foram trabalhados dois grupos, Coletivo ou Individual;
- Operadora: lista o nome da operadora e calcula qual o percentual de participação de mercado que cada empresa possui de acordo com a quantidade de beneficiários.

A seguir, os resultados obtidos e uma análise sobre os mesmos.

5.1 Resultados de Fortaleza

Abaixo segue a Tabela 1, que apresenta os resultados referentes à participação de mercado por beneficiários de cada operadora de planos de saúde coletivos na cidade de Fortaleza, entre os anos de 2011 e 2019.

Tabela 1 - Participação de Mercado Operadoras de Planos de Saúde Coletivos - Fortaleza - (%)

OPERADORA	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HAPVIDA	36,30	45,20	43,56	46,82	46,14	46,41	48,97	52,43	54,75
UNIMED									
FORTALEZA	27,65	21,97	20,98	19,83	20,99	20,42	19,80	19,13	18,78
AMIL	1,60	3,25	5,32	5,25	4,25	5,25	3,84	3,58	3,31
BRADESCO SAÚDE	2,67	2,77	2,83	3,11	3,55	3,52	3,36	3,15	3,16
CASSI	4,82	4,00	3,65	3,43	3,43	3,38	3,20	2,88	2,76
UNIMED									
NACIONAL	2,24	2,37	2,55	2,48	2,60	2,21	2,44	2,26	2,27
UNIMED CEARÁ	3,56	2,87	2,70	1,95	1,93	1,92	1,91	1,66	1,62
GEAP	2,99	2,68	2,51	2,43	2,39	2,12	1,83	1,51	1,27
OUTROS	19,98	14,90	15,90	14,71	14,70	14,78	14,63	13,39	12,09

Fonte: Elaborada pela autora com base na ANS (2020).

É possível inferir, pelos dados apresentados, que o Hapvida cresceu 18,5% ao longo dos nove anos apresentados, encerrando o ano de 2019 com aproximadamente 55% do mercado. O segundo maior *player* é a Unimed Fortaleza, que ao longo dos anos perdeu 9% da participação que detinha em 2011. As duas maiores são responsáveis por concentrar 73,5% do mercado no ano de 2019. Ao longo desses 9 anos, essas duas empresas juntas sempre ocuparam o topo do mercado com uma participação superior a 60%.

De acordo com os dados da tabela, também se pôde deduzir que a maior parte do crescimento da fatia de mercado do Hapvida se deu por uma transferência de clientes da Unimed Fortaleza, que teve uma queda de 9 p.p. entre 2011 e 2019.

As empresas que seguem detêm uma fatia de mercado muito similar com pouca oscilação ao longo dos anos analisados. A Amil foi a empresa que apresentou maior variação nesse histórico, justificada pela aquisição do hospital Monte Klinikum, em novembro de 2013, e por expandir suas estratégias comerciais na região.

Além da Amil, a Bradesco Saúde, a Unimed Nacional, a Unimed do Ceará e a GEAP disputam ao longo dos anos a mesma fatia de mercado, o que torna esse grupo de empresas bastante competitivas entre si.

Tabela 2 - Participação de Mercado Operadoras de Planos de Saúde Individual - Fortaleza - (%)

OPERADORA	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HAPVIDA	47,65	47,53	50,08	52,50	54,83	55,52	61,83	62,53	64,09
UNIMED									
FORTALEZA	35,49	34,30	31,36	32,14	31,64	31,29	27,18	26,79	26,75
AMIL	3,22	4,85	4,79	3,68	3,01	2,64	2,12	2,08	2,08
UNIMED CEARÁ	2,56	2,55	3,25	2,49	2,73	2,97	2,60	2,67	2,73
OUTROS	11,08	10,77	10,51	9,18	7,79	7,58	6,27	5,93	4,36

Fonte: Elaborada pela autora com base na ANS (2020).

Quando a análise fica restrita aos contratos individuais, aqueles que são firmados diretamente entre o beneficiário e a operadora, observa-se uma maior concentração conforme o que foi apresentado na Tabela 2 acima. A concentração do Hapvida e da Unimed nos anos analisados foi sempre superior a 80% do mercado e, no ano de 2019, chegou a 90,8%.

No caso dos contratos individuais, o motivo da redução da quantidade de beneficiários da Unimed Fortaleza se deu pelo fato de que não realizam mais novos contratos na modalidade individual, principalmente pelo fato de que o ajuste de preços não pode ser realizado de acordo com a sinistralidade do contrato, mas apenas por um percentual que é estabelecido pela ANS anualmente.

Os contratos coletivos são negociados caso a caso, analisando a sinistralidade para estabelecer como serão aplicados os ajustes anuais, não havendo limite para o percentual ou intervenção da ANS nas majorações.

Quando comparados os resultados dos contratos coletivos com os individuais, observa-se que, devido à maior concentração no mercado de contratos individuais, há uma menor quantidade de empresas com participações significativas e importantes. Não se

identifica a Bradesco Saúde e o Cassi no mercado de individuais.

A seguir, o Gráfico 1 mostra o Índice de Herfindahl Hirschman (HHI) das duas séries, de planos de saúde coletivos e planos de saúde individuais.

Gráfico 1 – HHI Fortaleza Planos de Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Como analisado pelas participações de mercado, confirma-se pelo HHI que os planos individuais são mais concentrados. Entretanto, de acordo com o Padrão Europeu e o Padrão Americano (adotado pelo Brasil), os mercados apresentam Concentração Elevada.

Segundo o CADE, trata-se de mercados altamente concentrados que geram preocupações concorrenciais, principalmente em relação a novas fusões, pois favorecem condições que prejudicam a concorrência e o bem-estar dos consumidores.

A seguir, a Tabela 3 apresenta os resultados referentes aos planos de odontologia com contratos coletivos.

Tabela 3 - Participação de Mercado Operadoras de Planos Odontológicos Coletivo - Fortaleza - (%)

OPERADORA	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ODONTO									
SYSTEM	44,79	42,30	38,91	30,88	30,49	30,08	30,66	29,93	-
ODONTOPREV	12,87	15,79	16,16	22,60	22,35	19,70	18,83	16,81	43,07
ODONTOART	-	-	2,24	4,96	12,40	19,55	21,70	21,53	22,88
UNIODONTO	16,79	15,12	11,96	15,33	14,16	13,63	13,93	15,45	16,35
DENTALMASTER	6,80	5,73	5,75	7,41	7,21	7,22	6,54	5,04	4,43
OUTROS	18,74	21,06	24,97	18,83	13,40	9,82	8,34	11,24	13,27

Fonte: Elaborada pela autora com base na ANS (2020).

O mercado odontológico coletivo apresenta uma concentração inferior quando comparado ao mercado de planos de saúde. A Odonto System era líder de mercado com uma participação duas vezes maior que as demais, mas foi caindo ao longo dos anos, frente à expansão das demais empresas, com destaque para a empresa fortalezense Odontoart.

No ano de 2018, a Odontoprev adquiriu a Odontio System e passou a liderar o

mercado em 2019. Nesse mesmo ano, o resultado das duas maiores empresas, Odontoprev e Odontoart, representavam 66% do mercado. Em 2011, as empresas com maior participação eram a Odonto System e a Odontoprev, juntas possuíam 58% do mercado.

A Odontoart merece destaque pelo seu crescimento ao longo dos anos, uma empresa fortalezense que foi expandindo significativamente a sua participação entre 2013 e 2019, saindo de 2% para 22%. A Uniodonto também é um *player* significativo neste mercado, apresentando ao longo dos 9 anos estudados acima de 10%.

Tabela 4 - Participação de Mercado Operadoras de Planos Odontológicos Individual - Fortaleza - (%)

OPERADORA	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ODONTO SYSTEM	55,87	46,43	46,38	38,68	37,69	35,94	36,66	35,15	-
ODONTOPREV	3,19	3,78	6,01	7,46	10,20	8,89	8,69	9,42	38,97
ODONTOART	3,37	3,68	6,23	6,04	15,18	19,21	19,59	21,25	25,70
UNIODONTO	10,22	11,93	13,63	18,78	17,32	19,98	21,22	20,85	19,78
SISTEMA									
PREVSAUDE	16,96	18,26	11,03	12,30	5,07	5,28	4,42	4,43	4,84
UNIDENTAL	1,88	2,45	2,99	3,15	2,96	2,67	2,35	2,23	2,45
ODONTO									
EMPRESAS	1,92	3,84	3,61	4,06	5,93	3,58	2,48	1,84	1,65
OUTROS	6,58	9,64	10,12	9,52	5,65	4,46	4,58	4,83	6,61

Fonte: Elaborada pela autora com base na ANS (2020).

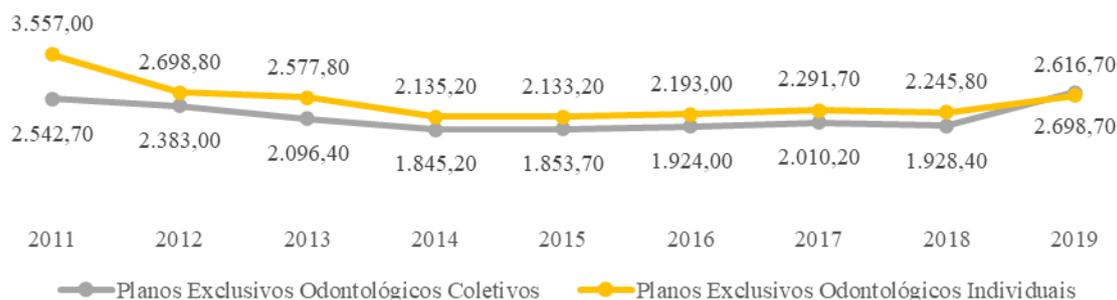
Na Tabela 4 apresentada acima, é possível verificar que algumas empresas apresentam significância mais expressiva no mercado de planos odontológicos individuais do que no coletivo, como a Sistema Prevsaude, a Unidental e a Odonto Empresas.

A Odontoprev, com a aquisição da Odontosystem, e com os contratos individuais, passou a ser o *player* com maior quantidade de beneficiários no mercado, liderando o *ranking*.

A Tabela 4 indica que possivelmente a perda de participação das empresas Sistema Prevsaude, Unidental e Odonto Empresas foi transferida para a Odontoart.

A seguir, o Gráfico 2 mostra a evolução do HHI nos anos de 2011 e 2019 nos planos odontológicos. Percebe-se uma concentração inferior ao mercado de planos de saúde, conforme também se identificou pela maior quantidade de empresas com participação superior a 1%. Contudo, o mercado de planos odontológicos ainda apresenta um elevado grau de concentração tanto para o padrão americano quanto para o padrão europeu.

Gráfico 2 – HHI Fortaleza Planos Odontológicos



Fonte: Elaborado pela autora.

5.2 Resultados de Recife, Salvador e Teresina

Para comparação dos dados de Fortaleza que foram apresentados, optou-se por analisar também os dados de Recife, Salvador e Teresina. A seguir, as Tabelas 5 e 6 comparam os principais resultados das cidades no ano de 2019:

Tabela 5 - Comparativo Resultados Planos de Saúde Coletivos

	Fortaleza	Salvador	Recife	Teresina
C2	73,53%	50,41%	48,03%	44,13%
C3	76,84%	57,33%	58,08%	57,51%
C4	80,00%	63,60%	65,85%	65,94%
HHI	3.400,50	1.831,81	1.141,47	1.331,11

Fonte: Elaborada pela autora com base na ANS (2020).

Tabela 6 - Comparativo Resultados Planos de Saúde Individuais

	Fortaleza	Salvador	Recife	Teresina
C2	90,84%	78,07%	78,67%	52,97%
C3	92,92%	83,16%	88,11%	77,29%
C4	95,64%	87,61%	93,88%	94,73%
HHI	4.838,20	4.392,18	4.469,78	2327,72

Fonte: Elaborada pela autora com base na ANS (2020).

As empresas que compõem o C4 de Salvador, referente a planos de saúde coletivos, são em ordem de grandeza: Hapvida (39,18%), Bradesco Saúde (11,23%), Amil (6,92) e Promédica (6,27%). No caso dos planos de saúde individuais, os que compõem a lista são: Hapvida (64,17%), Sul América (13,90%), Unix-Saúde (5,09%) e Bradesco Saúde (4,45%).

Em Recife, o C4 dos planos de saúde coletivos é composto por Hapvida (37,69%), Sul América (10,34%), Amil (10,06%) e Bradesco Saúde (7,76%). Para os planos de saúde individuais, o Hapvida se mantém na liderança da lista com 64,25%, seguido da Unimed Recife (14,42%), Amil (9,44%) e Sul América (5,77%).

A lista do C4 de Teresina contém, para os planos de saúde coletivos, Unimed Teresina (25,15%), Hapvida (18,98%), Medplan (10,22%) e Hospitais e Clínicas do Piauí (8,18%). Para os planos de saúde individuais, tem-se Medplan (28,38%), Humana (24,59%), Unimed Teresina (24,33%) e Hapvida (17,44%).

Entre Teresina, diferente de Fortaleza, Recife e Salvador, a liderança dos planos de saúde coletivos é da Unimed Teresina (25,15%) e o Hapvida ocupa o segundo lugar com 18,98%, em terceiro a Medplan (13,38%) e em quarto a Humana (8,43%). Nos contratos individuais, quem ocupa a primeira posição em Teresina é uma empresa local, a Medplan, com 28,38%, seguida de outra local, Humana, com 24,59%. Só em terceiro lugar vem a Unimed Teresina (24,33%) e, em seguida, o Hapvida (17,44%) em quarto.

Quando se compara o HHI dos planos de saúde coletivo, Fortaleza se destaca por apresentar um resultado que caracteriza um mercado altamente concentrado ($HHI > 2.500$), Salvador exhibe um HHI de mercados moderadamente concentrados ($2.500 < HHI < 1.500$) e Recife e Teresina ostentam resultados de mercados não concentrados.

Já quando se analisam os índices de concentração referentes aos planos de saúde individuais, Fortaleza, Salvador e Recife apresentam resultados de mercados altamente concentrados, frente a Teresina que se enquadra em mercado de concentração moderada.

6 SIMULAÇÕES DE FUSÕES

6.1 Modelo e Mecânica das Simulações

O Guia para Análise de Atos de Concentração Horizontal do CADE define todos os passos para avaliar se os atos de concentração horizontal podem vir a gerar preocupações concorrenciais. Uma aquisição horizontal ou um ato de concentração horizontal resulta na “sobreposição das atividades de empresas atuantes em um mesmo elo da Cadeia produtiva.” (CADE, 2016).

A primeira ação que deve ser realizada é uma análise clássica da operação de ato de concentração, que inclui definição de um mercado relevante, análise da concentração de mercado que a nova empresa passará a deter, avaliação da probabilidade de uso do novo poder de mercado como forma de prejudicar o consumidor, o mercado como um todo, avaliação do poder de compra da nova empresa, principalmente quando a empresa pertencer ao mercado de matérias-primas, e estudo sobre os efeitos econômicos dessa aquisição. “Na maior parte dos casos, essas etapas são suficientes para que o CADE decida se a operação pode ser aprovada sem restrições, se são necessários remédios, ou se a operação não pode ser autorizada”.

As informações são fundamentais para que o CADE consiga realizar suas análises e chegue a um resultado justo seguindo as normas estabelecidas. A instituição conta com informações fornecidas pelas partes envolvidas na operação, além de fornecedores, concorrentes, sindicatos, especialistas e institutos setoriais, dentre outras fontes que podem munir o CADE com dados relevantes para a decisão. Os requerentes, partes envolvidas no processo, são os maiores responsáveis pelo envio de informações, enviando dados de suas empresas, financeiros, projeções, estudos, pesquisas pagas, relatórios de *marketing*, planejamentos estratégicos, planos de expansão e todos os documentos que possam embasar o CADE.

O mercado relevante (MR) trata-se de uma delimitação que será dada ao que se considera o mercado daquela operação de aquisição, nele estão inclusos todos os agentes que reagem a esse no mercado e a nova empresa pós-aquisição. Alguns dos principais itens considerados são região e dimensão geográfica da nova empresa, estratégias de preços, quantidades, qualidade e substitutibilidade do bem. Após a definição do mercado relevante, são aplicados testes para checar como se comportará o mercado diante de um novo cenário.

A definição do mercado relevante também permite ao CADE analisar as participações de mercado, o poder de venda e o poder de compra. Com essas métricas

estabelecidas, é possível calcular o índice de concentração, utilizando o HHI e o nexo de causalidade.

O HHI, como já mencionado, é calculado pelo somatório dos quadrados das participações de mercado de todas as empresas de um mercado. O Guia estabelece que:

- **Pequenas alterações na concentração** são ocasionadas por operações nas quais as variações de HHI são menores que 100 pontos; ou seja, $\Delta\text{HHI} < 100$. Esse tipo de alteração não exige análise mais detalhada, pois não costumam gerar efeitos competitivos adversos;
- **Concentrações que geram preocupações em mercados não concentrados** são aquelas que após o ato de concentração mantêm o $\text{HHI} < 1.500$. Por se tratar de um mercado não concentrado, provavelmente não geram impactos negativos e usualmente não exigem análises mais detalhadas;
- **Concentrações que geram preocupações em mercados moderadamente concentrados** são os que apresentam um HHI entre 1.500 e 2.500 e os atos de concentração resultem em um $\Delta\text{HHI} > 100$. Quando as duas condições são positivas, o CADE recomenda uma análise mais detalhada da operação;
- **Concentrações que geram preocupações em mercados altamente concentrados** são os casos de mercados com $\text{HHI} > 2.500$ e que têm um ΔHHI entre 100 e 200, e apresentam potencial para gerar preocupações concorrenciais em que o CADE costuma sugerir uma análise mais detalhada. Quando o mercado tem um HHI superior a 2.500 e a operação gera um $\Delta\text{HHI} > 200$, o CADE já entende que vai gerar um aumento do poder de mercado.

O CADE também investiga os efeitos unilaterais que o ato de concentração pode gerar no mercado, por meio da análise de entrada, da análise de rivalidade e da análise de portfólio. A análise de entrada se resume em examinar todas as formas de barreira à entrada no setor em questão, desde exigências legais, economias de escala e escopo, probabilidades e histórico de entradas, dentre outros. A análise de rivalidade deve avaliar quais as estratégias que as rivais adotariam como resposta pela perda de poder de mercado após o ato de concentração. A análise do portfólio das empresas envolvidas no ato de concentração busca tentar evitar que no médio e no longo prazo a nova companhia seja beneficiada e passe a elevar seus preços e ainda ganhar participação de mercado das empresas menores.

Os resultados de um ato de concentração também poderão ser avaliados “a partir da comparação entre os benefícios específicos resultantes do ato de concentração e os potenciais prejuízos para o bem-estar dos consumidores advindos da eliminação de concorrência.” (CADE, 2016).

6.2 Hipóteses de Simulação no Mercado de Planos de Saúde de Fortaleza

Serão realizadas duas simulações de fusões no mercado de planos de saúde coletivo em Fortaleza, considerando como condição inicial o resultado de 2019.

A primeira simulação considerou uma fusão entre as empresas Unimed Fortaleza, Unimed Nacional e Unimed Ceará, que possuíam inicialmente uma participação de mercado de 18,78%, 2,27% e 1,62%, respectivamente. A nova empresa, Nova Unimed, nome fictício, passou a deter uma participação de 22,67%, ficando em segundo lugar entre as empresas que compõem o mercado de Fortaleza.

É importante destacar que a unidade de Fortaleza já é considerada altamente concentrada de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo CADE, pois apresentou um HHI em 2019 na ordem de 3.400. Por se tratar da fusão em um mercado altamente concentrado, os atos de concentração geram preocupações quando a operação resulta em uma variação do índice HH entre 100 e 200 pontos, conforme indicado no Guia para Análise de Atos de Concentração Horizontal do CADE, 2011.

A seguir seguem os dados da condição inicial, resultado das participações após a fusão e os resultados do HHI:

CONDIÇÃO INICIAL		FUSÃO 1	
OPERADORA	Participação de Mercado (%)	OPERADORA	Participação de Mercado (%)
HAPVIDA	54,75	HAPVIDA	54,75
UNIMED FORTALEZA	18,78	NOVA UNIMED	22,67
AMIL	3,31	AMIL	3,31
BRADESCO SAÚDE	3,16	BRADESCO SAÚDE	3,16
CASSI	2,76	CASSI	2,76
UNIMED NACIONAL	2,27	GEAP	1,27
UNIMED CEARÁ	1,62	OUTROS	12,09
GEAP	1,27		
OUTROS	12,09		

HHI - Fusão 1

HHI Inicial	3.400,50
HHI Final	3.559,24
Δ HHI	158,74

Como o delta HHI teve um resultado entre 100 e 200 pontos, e o mercado já é concentrado, o CADE sugeriria uma análise mais detalhada da operação, pois poderia gerar preocupações concorrenciais, uma vez que o mercado já é altamente concentrado com HHI superior a 2.500. Os resultados da análise definiriam se a fusão poderia seguir, se teria que readequar os termos da negociação ou se não deveria autorizá-la.

A segunda simulação considerou uma aquisição da Unimed Fortaleza pelo Hapvida maior e segundo maior como participante do mercado. A nova empresa passou a deter uma participação de 73,53%, passando a ter uma concentração muito elevada. A segunda empresa do mercado terá apenas 3,31% do mercado.

A seguir, os resultados dessa simulação:

CONDIÇÃO INICIAL		FUSÃO 2	
OPERADORA	Participação de Mercado (%)	OPERADORA	Participação de Mercado (%)
HAPVIDA	54,75	UNIHAP	73,53
UNIMED FORTALEZA	18,78	AMIL	3,31
AMIL	3,31	BRADESCO SAÚDE	3,16
BRADESCO SAÚDE	3,16	CASSI	2,76
CASSI	2,76	UNIMED NACIONAL	2,27
UNIMED NACIONAL	2,27	UNIMED CEARÁ	1,62
UNIMED CEARÁ	1,62	GEAP	1,27
GEAP	1,27	OUTROS	12,09
OUTROS	12,09		

HHI – Fusão 2

HHI Inicial	3.400,50
HHI Final	5.457,04
Δ HHI	2.056,54

Neste caso, o delta HHI apresentou um valor superior a 200, o que é considerado pelo CADE uma operação que presumivelmente vai gerar aumento de poder de mercado, mas a operação não deve ser refutada sem que seja feita uma análise mais detalhada previamente.

Esse ato de concentração (Hapvida + Unimed Fortaleza) provavelmente não seria

autorizado se considerado apenas o mercado de Fortaleza, pois passaria a caracterizar algo como uma competição monopolística. Uma única empresa passaria a deter mais de 75% do mercado, e as demais firmas estariam muito pulverizadas com pequenas margens de mercado, inevitavelmente concorrendo entre si.

7 CONCLUSÃO

O mercado de saúde suplementar do Brasil faturou uma quantia de aproximadamente R\$ 223,4 bilhões em 2020 e apresentou uma variação positiva de 1,8% de novos beneficiários de planos de saúde enquanto que se vivia uma pandemia, e o PIB nacional apresentou um decréscimo de 3,6% no mesmo período.

Diante desse cenário, das diversas operações de IPO, fusões e aquisições que vêm ocorrendo nos últimos anos nesse mercado, o presente trabalho buscou identificar como vem se comportando a concentração, os índices que identificam aumento de poder de mercado e outras preocupações concorrenciais.

A base de dados estudada é disponibilizada pela ANS, mediante dados fornecidos pelas operadoras e por compilados de estudos e pesquisas divulgados pela agência. Com essa base, foi feito o cálculo da participação de mercado de cada operadora para as cidades de Fortaleza, Recife, Salvador e Teresina. Para Fortaleza, o estudo foi realizado para os anos de 2011 a 2019; já para as demais cidades, analisou-se apenas o ano de 2019.

Além das participações de mercado, foram apresentados resultados com os indicadores C_k e HHI. O C_k foi mais detalhado na comparação dos resultados entre capitais. O HHI foi um importante índice para a definição da concentração mercado em todas as suas categorias, tanto para planos de saúde quanto para planos odontológicos. Como os dados disponibilizados pela ANS não fornecem informações sobre os preços praticados, foi inviável o cálculo do poder de mercado bem como da demanda deste mercado.

Os resultados referentes a Fortaleza mostraram que a capital possui uma elevada concentração em duas empresas, Hapvida e Unimed Fortaleza, que juntas detinham 73,5% do mercado de planos de saúde coletivos e 90,8% do mercado de planos de saúde individuais, ambos em 2019. O HHI desses dois mercados apresentou resultados de mercados altamente concentrados e que requer atenção do CADE em caso de qualquer ato de concentração horizontal, com valores superiores a R\$ 3.400.

Os resultados dos planos odontológicos em Fortaleza também mostraram que há bastante concentração, mas bem inferior ao dos planos de saúde. Desde 2013 o HHI não apresentava valor superior a 2.500, que indica que era um mercado modernamente concentrado. Em 2018 houve a aquisição da Odontosystem pela Odontoprev, fazendo com que o HHI de 2019 superasse a margem de 2.500, passando a caracterizar um mercado com elevada concentração.

Quando se compara Fortaleza com Salvador, Recife e Teresina, a capital do Ceará

detém a maior concentração de mercado tanto em planos de saúde coletivos como individuais. O HHI de Fortaleza para planos de saúde coletivos é de 3.400,5 enquanto o maior das outras cidades é o de Salvador com índice igual a 1.832,81. Essa diferença diminui nos planos de saúde individuais, Fortaleza teve HHI em 2019 de 4.838,20 e Recife, 4.469,78.

Foram realizadas duas simulações de fusão no mercado de Fortaleza. A primeira ocorreu entre as Unimed, fusão entre Unimed Fortaleza, Unimed Nacional e Unimed Ceará. Essa “Nova Unimed” teria uma participação de mercado de 22,67%, um delta HHI de 159, e não geraria preocupações concorrenciais. Ela provavelmente seria aprovada pelo CADE sem ressalvas e sem análises mais específicas.

A segunda simulação sugeriu que o Hapvida comprasse a operação da Unimed Fortaleza, fazendo surgir uma nova empresa com participação de 74%. Esse elevado número, acompanhado em um delta HHI de 2.000, com certeza gera preocupações concorrenciais e bastante atenção do CADE, por meio de análises mais detalhadas e da implementação de outros métodos de mensuração da concentração, do poder de mercado e do bem-estar do consumidor.

Pode-se inferir, a partir do estudo realizado, que o mercado a nível nacional não apresenta resultados preocupantes em relação à concentração; as maiores empresas do setor acabam atuando em regiões específicas e tendem a ter maior poder de mercado onde possuem mais beneficiários e redes credenciadas. No caso do Hapvida, maior *player* da região Nordeste em geral, após o seu IPO em 2018 passou a atuar em novos mercados como o interior de São Paulo, Santa Catarina e Goiás.

Assim, Fortaleza apresenta resultados que caracterizam um oligopólio no qual o Hapvida e a Unimed Fortaleza ditam as condições de mercado e são seguidos por mais 235 empresas que juntas representam 26% do mercado local. Como esses dois *players* são muito expressivos frente aos demais, qualquer fusão a nível local só teria impacto na competitividade das empresas se envolvesse uma dessas empresas.

O objetivo inicial desse trabalho visava ser possível calcular o Índice de Lerner e estimar a demanda do setor, entretanto a ANS não fornece as informações referentes aos valores (preços) praticados pelas operadoras. É disponibilizado apenas o quanto cada empresa fatura, o que não é suficiente. Visando enriquecer a pesquisa realizada, caso seja possível ter acesso a dados referentes aos preços cobrados pelas operadoras, alcançar-se-ia resultados mais aprofundados sobre a concentração e a possibilidade de fusões.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL SUPLEMENTAR – ANS. **Baixar base de dados**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/baixar-base-de-dados>>. Acesso em: 12 mai. 2020.
- AGÊNCIA NACIONAL SUPLEMENTAR – ANS. **Quem somos**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em: 12 mai. 2020.
- ALBUQUERQUE, C.; PIOVESAN, M. F.; SANTOS, I. S.; MARTINS, A. C. M.; FONSECA, A. L.; SASSON, D.; SIMÕES, K. A. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 13, n 5, p. 159-169, 2008.
- ANUÁRIO DO CEARÁ 2019-2020. **50 maiores contribuintes de ISS – 2018**. Disponível em: <<https://www.anuarioceara.com.br/50-maiores-contribuintes-de-iss-2018>>. Acesso em: 03 jun. 2020.
- ASSOCIAÇÃO DE APOSENTADOS E PENSIONISTAS DO BANCO DO BRASIL - AAPBB. **História da CASSI**. Disponível em: <<https://aapbb.org.br/historia-da-cassi/>>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- BOTREL, S. Fusões e aquisições. São Paulo: Saraiva, 2017.
- CABRAL, L. Economia Industrial. Portugal: McGraw-Hill, 1994.
- CHURCH, J.; Ware, R. Industrial Organization: a strategic approach. Estados Unidos: McGraw-Hill, 2000.
- CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA - CADE. **CADE em números**. Disponível em: <<http://cadenumeros.cade.gov.br/index.htm>>. Acesso em: 15 mai. 2020.
- CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA - CADE. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.cade.gov.br/aceso-a-informacao/institucional>>. Acesso em: 15 mai. 2020.
- CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA - CADE. **Guias do CADE**. Disponível em: <<https://www.gov.br/cade/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-do-cade>>. Acesso em: 5 mai. 2021.
- COSTA, N. R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 0, p. 1453-1462, 2007.
- DE SOUZA, S. A.; PETTERINI, F. C.; MIRO, V. H. A tributação nas vendas de automóveis no Brasil: quem paga a maior parte da conta? **Revista Economia**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 559-596, 2010.
- HAPVIDA. **Central de resultados**. Disponível em: <<https://ri.hapvida.com.br/informacoes>>

financeiras/central-de-resultados/>. Acesso em: 20 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>>. Acesso em: 09 abr. 2021.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR – IESS. **IESS data**. Disponível em: <<https://iessdata.iess.org.br/home>>. Acesso em: 09 mar. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ – IPECE. **IPECEDATA**. Disponível em: <<http://ipecedata.ipece.ce.gov.br/ipece-data-web>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL – INPS. **História**. Disponível em: <<https://www.inps.cv/historia/>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

JEVONS, S. W. A teoria da economia política. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

MARSHALL, A. Princípios de economia. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

MENGER, C. Princípios de economia política. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

MORAES, F. F. **Análise de concentração do mercado Brasileiro de seguros**. 2019. Monografia (Graduação) Ciências Econômicas, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

NEUMANN, D. G.; FINKLER, M.; CAETANO, J. C. Relações e conflitos no âmbito da saúde suplementar: análise a partir das operadoras de planos odontológicos. **Revista da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 453-474, 2017.

PIETRON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Revista da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

PINDYCK, R.; RUBINFELD, D. Microeconomia. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.

PLANALTO. **Lei no 9.961 de 28 de Janeiro de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>. Acesso em: 01 jun. 2020.

REIS, C. O. O. O Estado e os planos de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 1, p. 123-147, 2000.

STIGLITZ, J. E. Introdução à microeconomia. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

VARIAN, H. R. Microeconomia: princípios básicos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

VALOR INVESTE. **CADE não deve ser risco para fusão da Hapvida e NotreDame, diz BTG Pactual**. Disponível em: <<https://valorinveste.globo.com/mercados/renda-variavel/empresas/noticia/2021/03/01/cade-no-deve-ser-risco-para-fuso-da-hapvida-e>>

notredame-diz-btg-pactual.ghtml>. Acesso em: 15 mar. 2021.

WALRAS, L. Compêndio dos elementos de economia política pura. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.