



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO ATUÁRIA, CONTABILIDADE
E SECRETARIADO EXECUTIVO
DEPARTAMENTO DE TEORIA ECÔNOMICA
CURSO DE CIÊNCIAS ECÔNICAS

HERTY NEVES SILVA

CONCENTRAÇÃO DE MERCADO NO SEGMENTO DE PLANOS DE SAÚDE
PRIVADOS NO BRASIL E NO ESTADO DO CEARÁ: 2012 A 2018

FORTALEZA

2019

HERTY NEVES SILVA

**CONCENTRAÇÃO DE MERCADO NO SEGMENTO DE PLANOS DE SAÚDE
PRIVADOS NO BRASIL E NO ESTADO DO CEARÁ: 2012 A 2018**

Monografia apresentada à Faculdade de
Economia, Administração, Atuária,
Contabilidade e Secretariado como
requisito parcial para a obtenção do grau
de bacharel em Ciências Econômicas.
Orientador: Prof. Dr. José Henrique Félix
Silva

**Fortaleza
2019**

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)

N424c Neves Silva, Herty.
Concentração de mercado no segmento de planos de saúde privados no Brasil e no estado do Ceará
2012 a 2018 / Herty Neves Silva. – 2019.
39 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia,
Administração, Atuária e Contabilidade, Curso de Ciências Econômicas, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. José Henrique Félix Silva.

1. Concentração de Mercado . 2. Concentração Industrial. 3. Planos de Saúde. I. Título.

CDD 330

HERTY NEVES SILVA

**CONCENTRAÇÃO DE MERCADO NO SEGMENTO DE PLANOS DE SAÚDE
PRIVADOS NO BRASIL E NO ESTADO DO CEARÁ: 2012 A 2018**

Monografia apresentada à Faculdade de
Economia, Administração, Atuária,
Contabilidade e Secretariado como
requisito parcial para a obtenção do grau
de bacharel em Ciências Econômicas.

Aprovação em: ___/___/_____

Prof. Dr. Jose Henrique Félix Silva (Orientador)
Universidade federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Elano Ferreira Arruda
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Romenia Virginia Pimentel Borba
Doutoranda Caen
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus por me conceder saúde, uma boa estrutura familiar que me permitisse chegar a este momento.

Aos meus pais, João Herty e Lúcia, pelo apoio, carinho, condições e a dedicação que tiveram para me tornar a pessoa que sou hoje.

Ao meu sobrinho, João Gabriel, e aos meus afilhados, João Antônio e Maria Clara, pela paciência que tiveram comigo.

Aos Professores do Curso de Ciências Econômicas, que me ajudaram na minha formação acadêmica.

Ao meu professor, orientador e amigo, Henrique Félix, pela compreensão, apoio e paciência na elaboração deste trabalho.

Os meus amigos Alison Silva, Emanuel Costa, Alex Richard, Laerte Firmino, Roberto Bruno, Nathália Oliveira, Paulo Henrique, Maycon Cosmo e aos demais que puderam contribuir com esta monografia.

.

“O único lugar onde o sucesso vem antes
do trabalho é no dicionário”

(Albert Einstein)

RESUMO

Este trabalho analisou a concentração de mercado do segmento de planos de saúde privados no Brasil e no Estado do Ceará no período de 2012 a 2018. Utilizou-se a base de dados anuais para o número de clientes registrados obtidos no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Sob a hipótese de que o mercado de planos de saúde possui elevado grau de concentração, utilizou-se as medidas usuais de concentração conhecidas na literatura econômica: *Market Share*, Razão de Concentração e o Índice de Herfindalh-Hirshman (HHI). Os resultados da análise feita para o Brasil contrariam a hipótese formulada, ou seja, o segmento de mercado de planos de saúde privados apresenta um nível moderado de concentração, com HHI abaixo de 1800. Para o Estado do Ceará, a análise deste setor revelou um nível de concentração elevado, com HHI maior que 1800.

Palavras-chave: Concentração de Mercado. Concentração Industrial, Planos de Saúde.

ABSTRACT

This paper analyzed the market concentration of the private health insurance segment in Brazil and at the state of Ceará from 2012 to 2018. The annual database was used for the number of registered clients obtained from website of the Supplementary National Health Agency - ANS. Under the hypothesis that the health insurance market has a high degree of concentration, the usual concentration measures known in the economic literature were used: Market Share, Concentration Ratio and the Herfindalh-Hirshman Index (HHI). The results of the analysis made for Brazil contradict the hypothesis formulated, that is, the private health insurance market segment presents a moderate level of concentration, with HHI below 1800. For the State of Ceará, the analysis of this sector revealed a high concentration level with HHI greater than 1800.

Keywords: Market Concentration, Industrial Concentration, Health Insurance Industry.

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CADE	Conselho de Administrativo de Defesa Econômica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1	Evolução da renda domiciliar mensal per capita média: Brasil (R\$ de 2008) 13
Gráfico 2	Percentual da renda domiciliar mensal per capita média do Brasil. 14
Gráfico 3	Evolução do número total de beneficiários de planos de saúde da rede privada: Brasil: 2012-2018..... 15
Gráfico 4	Número de beneficiários por operadoras no período de 2012-2018: Brasil (em milhões)..... 16
Gráfico 5	Evolução do número de beneficiários de planos de saúde da rede privada: Ceará: 2012-2018 (milhares)..... 18
Gráfico 6	Número de beneficiários por operadoras no período (CE) de 2012-2018..... 18
Gráfico 7	Razão de Concentração no setor de planos de saúde no Brasil..... 33
Gráfico 8	Razão de Concentração no setor de planos de saúde no Estado do Ceará 34
Gráfico 9	Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI) dos planos de saúde de 2012 a 2018: Brasil 35
Gráfico 10	Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI) dos planos de saúde de 2012 a 2018: Ceará 35

LISTA DE TABELAS

	Páginas	
Tabela 1	Número total de beneficiários de planos de saúde privados por operadoras: Brasil, 2012-2018 (Em milhões).....	14
Tabela 2	Número total de beneficiários por operadoras no período de 2012-2018:Ceará (milhares).....	17
Tabela 3	Market Share dos planos de saúde no período de 2012-2018: Brasil.....	32
Tabela 4	Market Share dos planos de saúde no período de 2012-2018: Ceará.....	33

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO	11
2. ALGUMAS EVIDÊNCIAS DE CONCENTRAÇÃO DE MERCADO.....	14
3. BREVE HISTÓRICO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS	19
3.1 Amil.....	19
3.2 Bradesco Saúde	21
3.3 Hapvida	21
3.4 Unimed	22
4. REFERENCIAL TEÓRICO	24
4.1 Oligópolio	25
4.2 Medidas de Concentração Industrial	26
4.3 Fatores de Concentração	27
5. METODOLOGIA	29
5.1 Market Share	29
5.2 Razão de Concentração $RC(k)$	29
5.3 Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI)	30
6. ANÁLISE DOS RESULTADOS	31
6.1 Market Share	31
6.2 Razão de Concentração $RC(k)$	32
6.3 Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI)	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

1 INTRODUÇÃO

A deficiente assistência médica proporcionada pelo setor público no Brasil é, em geral, atribuída ao mau gerenciamento e a escassez de investimentos. Como resultado, temos um sistema de saúde pública insuficiente e com pouca qualidade para a população.

Os dois principais problemas da saúde pública do Brasil são: (1) a falta de leitos de internação, segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil(CNES) no ano de 2010 o Brasil tinha 459.916 leitos, onde 336.051 eram leitos do SUS e os 123.865 eram de hospitais particulares, no ano de 2018 o Brasil tinha 437.355 leitos de internação, onde 301.797 leitos eram do SUS e 135.558 eram de hospitais particulares , a recomendação da Organização Mundial de saúde (OMS) é de pelo menos 3 leitos para cada 1000 habitantes, no caso do Brasil ele ficaria abaixo da recomendação da OMS. A situação é ainda mais complicada quando se fala de UTI (Unidade de Terapia Intensiva); (2) a falta de investimentos - em 2018, apenas 3.6% do orçamento do governo federal foi destinado à saúde, foi investido, de 2015 a 2018, uma média de R\$116.89(em bilhões de reais), enquanto que a média mundial é de cerca de 11,7%;

Segundo Damasceno (2019), 75% da população brasileira depende do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma pesquisa realizada e divulgada em 2018, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), demonstrou que 89% da população brasileira classifica a saúde pública ou privada como péssima, ruim ou regular.

No Estado do Ceará não é diferente. Por ser um estado pobre, a população sofre mais ainda com todas estas deficiências já mencionadas. Os pacientes se obrigam a longos deslocamentos para cidades maiores no interior e, em sua grande maioria, para a capital, Fortaleza, onde, se presume, haja uma maior oferta dos serviços médicos.

Todas essas razões elencadas acima motivam as pessoas a buscarem atendimento médico recorrendo aos planos de saúde privados. Entretanto, há restrições para a aquisição destes planos em função da limitada renda da população e dos elevados preços praticados neste setor.

Para evidenciar estas restrições para o caso no Ceará, os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para o período de março de 2014 a março de 2019, que inclui uma grave recessão experimentada por nossa economia, mostram uma queda do número de beneficiários destes planos de 8,7%, passando de 402,8 mil para 367,7 mil neste período. Na

contramão desta diminuição, os planos empresariais e coletivos tiveram um aumento de 13,54% e 32,43% neste mesmo período. Segundo Damasceno (2019), no Estado do Ceará, mais de 35 mil beneficiários tiveram que cancelar o seu plano de saúde nos últimos cinco anos também em razão da recente recessão.

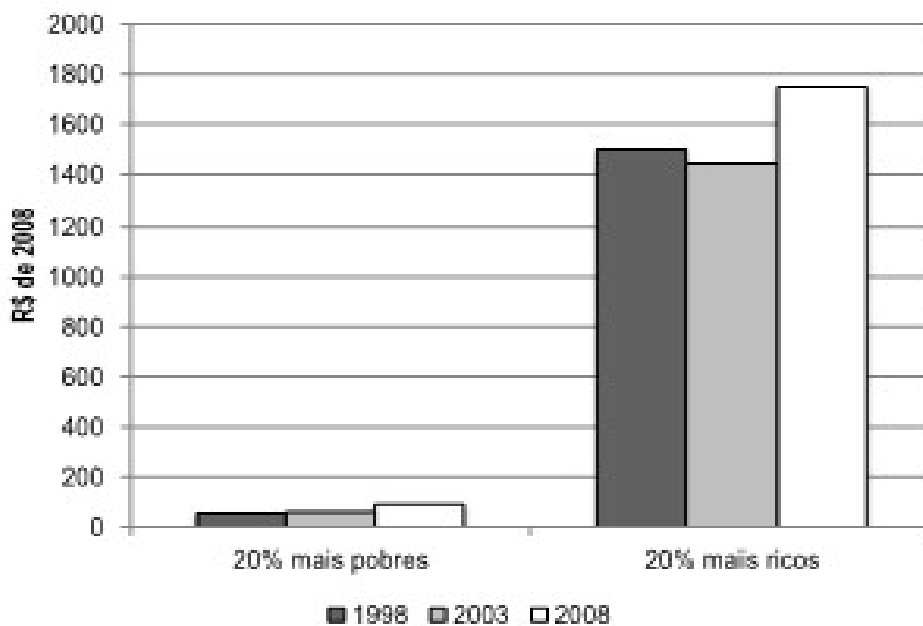
Neste trabalho, busca-se estudar o lado da oferta de planos de saúde privados no Brasil e no Estado do Ceará através de poucas grandes empresas operadoras. Em outras palavras, mede-se, utilizando-se as medidas usuais da literatura para estes dois cenários, o grau de concentração do mercado desses planos no período de 2012 a 2018.

Além dessa introdução, este trabalho está composto de mais cinco seções: algumas evidências relativas aos dados de número total de beneficiários e sua evolução das principais operadoras de planos de saúde no Brasil e no Ceará no período considerado; breve histórico das principais operadoras; referencial teórico; metodologia; análise dos resultados; e, por fim, as considerações finais.

2. ALGUMAS EVIDÊNCIAS DE CONCENTRAÇÃO DE MERCADO

A situação em que encontra-se a saúde pública do Brasil e do Estado Ceará incentiva a demanda por planos de saúde da rede privada, cuja contratação se restringe a faixas de renda média, média-alta e alta. Informações obtidas através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e apresentadas nos Gráficos 1 e 2, mostram a evolução da renda domiciliar per capita no Brasil e a variação percentual da renda domiciliar mensal per capita média para pessoas separadas pelo fator socioeconômico.

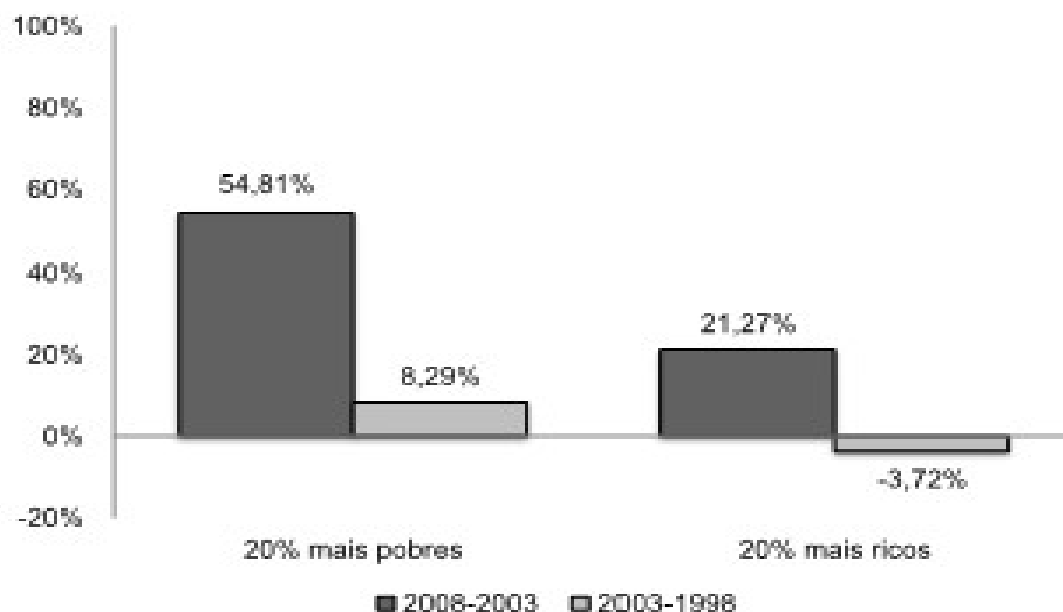
Gráfico 1 - Evolução da renda domiciliar mensal per capita média: Brasil (R\$ de 2008).



Fonte: PNAD, INSPER

Como pode-se ver no gráfico acima, os 20% mais pobres do Brasil em 2008 viviam com uma renda inferior a R\$200,00, impossibilitando-os de adquirir um plano de saúde privado. Já os 20% mais ricos, viviam com uma renda superior a R\$1600,00, tendo como uma possibilidade de contratar um plano de saúde privado.

Gráfico 2 - Percentual da renda domiciliar mensal per capita média do Brasil.



Fonte: PNAD, INSPER

Pode-se notar que, no período de 1998 a 2008, os 20% mais pobres experimentaram um crescimento maior que os 20% mais ricos.

A Tabela 1 apresenta o número total de beneficiários de planos de saúde privados por operadora para o Brasil no período de 2012 a 2018.

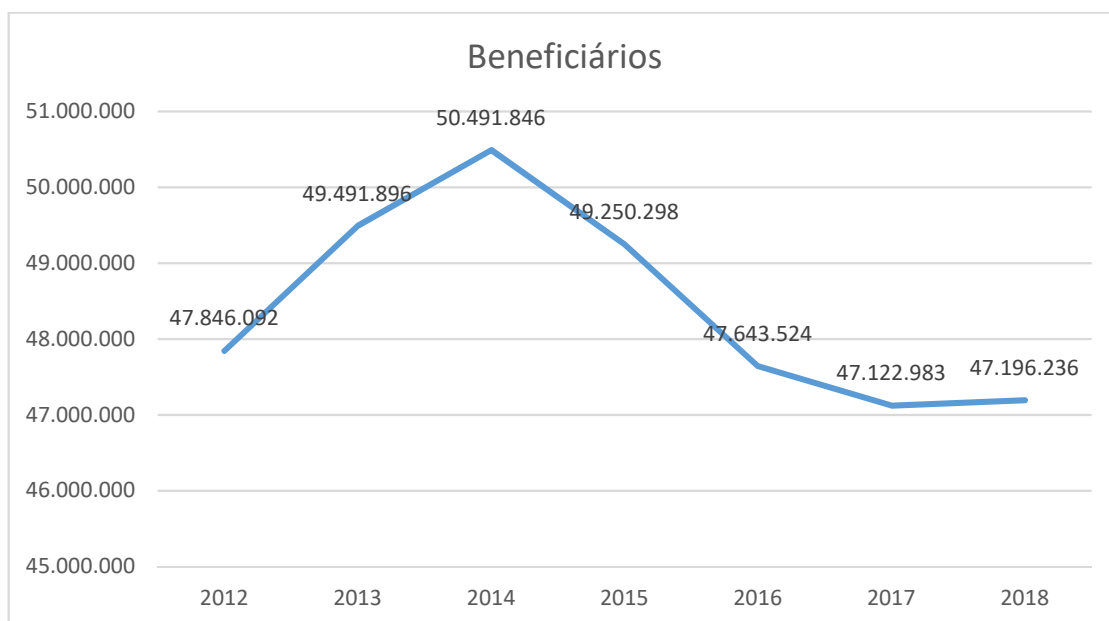
Tabela 1 - - Número total de beneficiários de planos de saúde privados por operadoras: Brasil, 2012-2018 (Em milhões)

Operadoras	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Amil	2.930.280	3.565.167	4.130.849	3.934.523	3.804.538	3.584.989	3.565.675
Bradesco Saúde	3.461.039	3.681.085	4.049.388	3.998.478	3.644.373	3.345.406	3.309.882
Hapvida	1.457.701	1.702.078	1.895.391	1.937.300	2.049.462	2.217.717	2.373.540
Unimed	17.7520,62	18.801.369	19.611.651	18.964.523	17.962.767	17.622.821	17.381915
Outros Planos	22.245.010	21.742.192	20.804.567	20.415.474	20.182.384	20.352.050	20.565.224
Total	47.846.092	49.491.896	50.491.846	49.250.298	47.643.524	47.122.983	47.196.236

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ANS

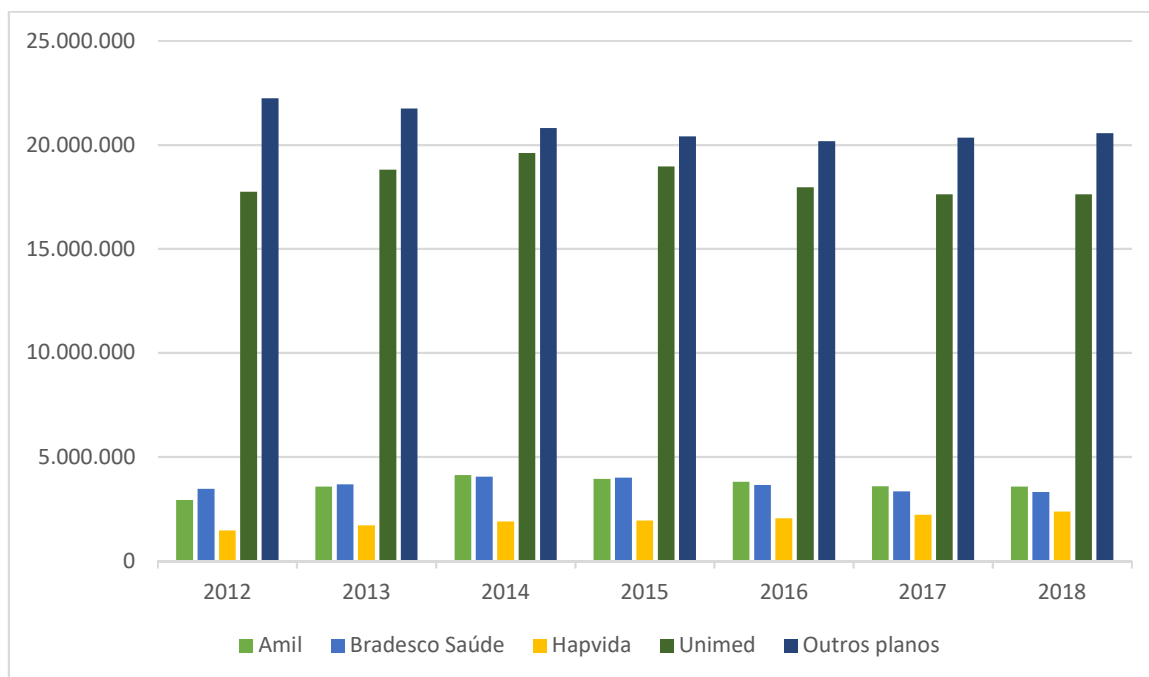
Os Gráficos 3 e 4 mostram a evolução do número total e por operadora de beneficiários de planos de saúde da rede privada no Brasil no referido período.

Gráfico 3 – Evolução do número total de beneficiários de planos de saúde da rede privada: Brasil: 2012-2018



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da ANS

**Gráfico 4 - Número de beneficiários por operadoras no período de 2012-2018:
Brasil (em milhões)**



Fonte: Elaboração Própria

No Gráfico 4 e 6 mostra-se percebe-se que a operadora HAPVIDA experimentou um aumento no número de beneficiários no período de 2012 a 2018 tanto no Brasil como no Estado do Ceará. Observou-se, com isso, dominou o mercado de planos de saúde no Estado do Ceará, no Brasil a operadora que obtém o maior é a UNIMED, pode-se observar no gráfico 5. Vale salientar que no caso do Brasil, esta operadora não conseguiu dominar o mercado, mesmo tendo elevado seu número de beneficiários, ela.

Os outros planos são outras Operadoras de planos de saúde, uma boa parte desta Operadoras o número de beneficiários é muito pequeno, porém outras tem um número de acima de 100.000 beneficiários, destas Operadoras pode-se destacar a SulAmérica, Geap, Camed.

Na Tabela 1 e Gráfico 3, ainda pode ser visto que, até o ano de 2014, houve aumento no número de beneficiários, nos planos de saúde privados. A partir de 2015 houve uma diminuição no número de beneficiários, porém em 2018 houve um pequeno aumento de beneficiário em relação ao ano de 2017.

Nesse período as três empresas que se destacaram foram a AMIL, BRADESCO SAÚDE e a HAPVIDA. Na Tabela 2, pode-se verificar que a UNIMED, de 2012 até 2014,

teve um aumento do número de beneficiários e, a partir de 2015 houve uma queda neste número. Enquanto isso a HAPVIDA, no período analisado, teve um crescimento de beneficiários, enquanto as suas concorrentes, Amil e Bradesco Saúde, teve também um crescimento de beneficiários até o ano de 2014, a partir de 2015 elas tiveram uma redução de beneficiários.

A Tabela 2 apresenta o número total de beneficiários de planos de saúde privados por operadora para o Estado do Ceará no período de 2012 a 2018.

**Tabela 2 - Número total de beneficiários por operadoras no período de 2012-2018:
Ceará (milhares)**

Operadoras	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hapvida	396.048	427.133	483.193	489.027	488.679	532.359	536.076
Unimed	459.732	475.058	519.355	525.685	518.300	516.175	513.205
Amil	38.283	50.707	49.997	35.324	35.201	31.822	30.098
Bradesco Saúde	26.468	26.799	32.424	36.709	35.360	36.347	37.227
Outros Planos	190.200	190.200	180.269	175.635	171.753	167.743	167.824
Total	1.110.731	1.169.897	1.265.238	1.262.380	1.249.293	1.284.446	1.284.430

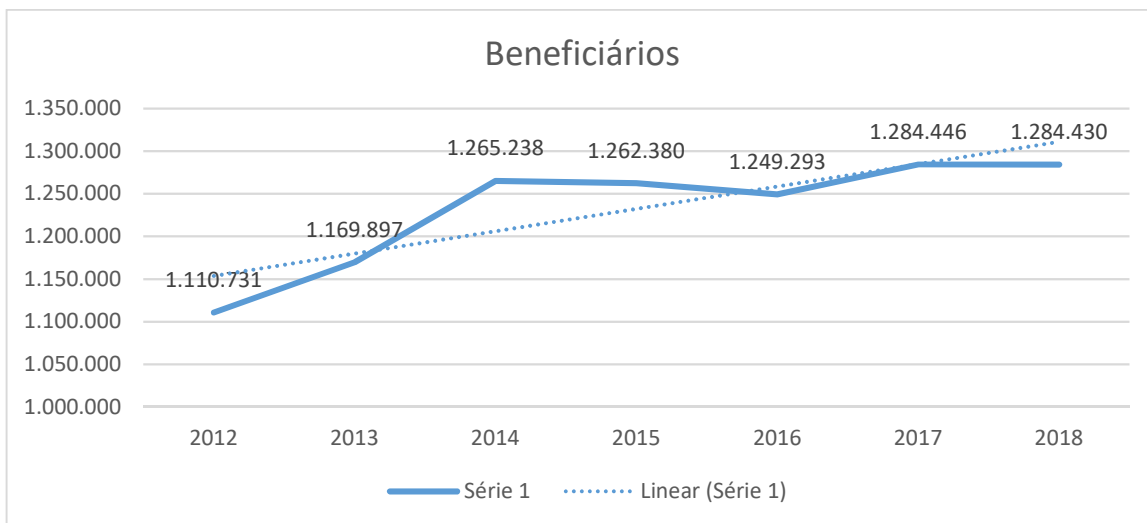
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ANS

Os Gráficos 5 e 6 mostram a evolução do número total e por operadora de beneficiários de planos de saúde da rede privada no Estado do Ceará no período considerado. Observa-se uma tendência crescente do número de usuários de planos de saúde no Estado do Ceará no período sob análise, tendência esta que arrefeceu a partir dos três últimos excetos no ano de 2015, quando este número arrefeceu. Verifica-se que nos dois últimos anos da série mostrada, houve uma redução de novos clientes.

Os serviços dos planos de saúde privados no Estado do Ceará são ofertados por 268 empresas, dentre as quais se destacam: UNIMED, AMIL, HAPVIDA e a Bradesco Saúde.

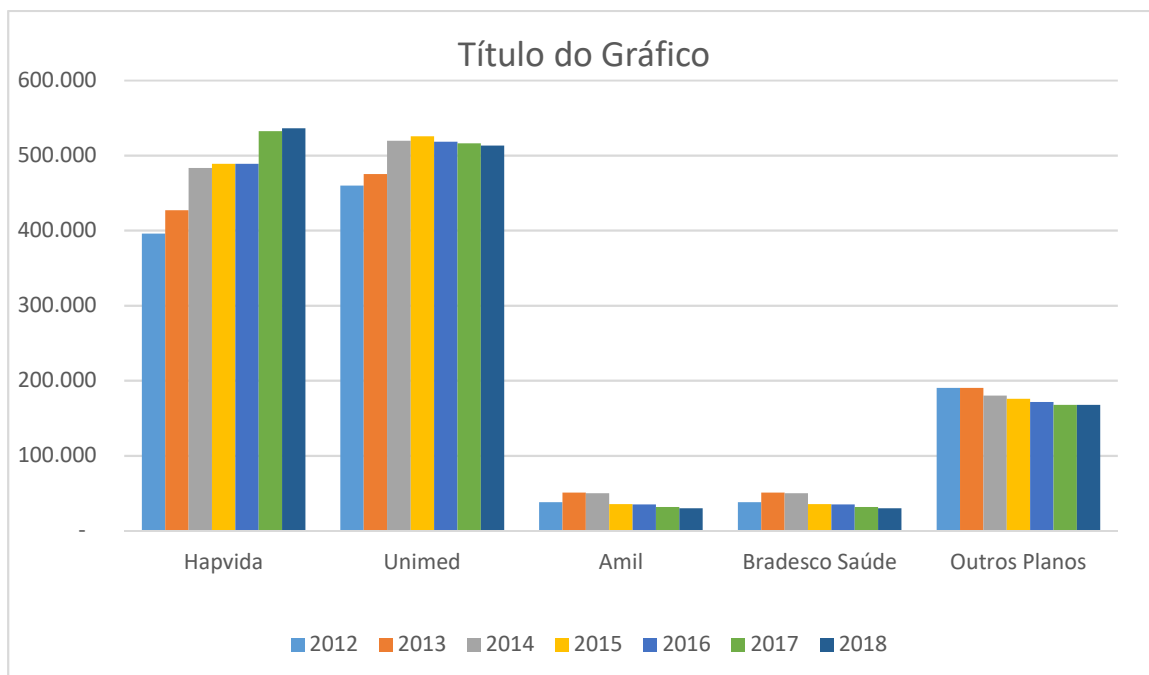
Em termos de número de usuários destes planos no Ceará, pode-se verificar na Tabela 2, a divisão de clientes por operadoras.

Gráfico 5 – Evolução do número de beneficiários de planos de saúde da rede privada: Ceará: 2012-2018 (milhares)



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 6 - Número de beneficiários por operadoras no período (CE) de 2012-2018



Pode-se ver que a operadora HAPVIDA, vem crescendo no número de beneficiários, por mais que no ano de 2018, houve uma redução de clientes devido à crise que o país vem atravessando. Um outro fator que se deve levar em consideração é a rendimento nominal

mensal domiciliar per capita do Ceará em 2018 que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ficou em R\$ 855,00, abaixo do salário mínimo nacional que é R\$ 998,00.

Por mais que o PIB do Ceará, em 2018, ficou em 1,01% um pouco abaixo do PIB Nacional que ficou em 1,1%, no mesmo período, o resultado nos mostra que a economia do Ceará está em processo de recuperação após o período de crise nos anos de 2015 e 2016.

A demanda por serviços dos planos de saúde privados é determinada por algumas variáveis tais como: o valor das mensalidades, os procedimentos e serviços médicos oferecidos, o acesso a estes serviços, profissionais de medicina associados, localização dos hospitais, etc. Certamente, na decisão do consumidor, o valor da mensalidade assume substancial importância, principalmente, em um estado pobre como é o caso do Ceará. A título de exemplo, no Estado do Ceará, o preço médio atual (2019) de três das principais operadoras (UNIMED, HAPVIDA E BRADESCO SAÚDE) de um plano de saúde básico individual é de R\$ 191,85 e corresponde a 19,22% do salário mínimo nacional. Este valor aumenta caso o contratante decida um plano de saúde mais abrangente. Para as empresas, instituições e sindicatos de trabalhadores conveniados com as operadoras há um desconto que varia de acordo com o porte da empresa (pequena, média ou grande) ou com o número de trabalhadores sindicalizados. Esses acordos com as operadoras acabam gerando uma vantagem para os usuários em termos de redução dos valores das mensalidades em relação aos planos individuais ou familiares.

Ao contratar um plano de saúde da rede privada, o consumidor tem opções de escolhas entre planos com benefício integral ou com coparticipação. Neste último caso, o contratante paga uma porcentagem sobre os serviços utilizados.

Assumindo que o mercado de planos de saúde privados no Brasil é um oligopólio com elevado grau de concentração, este trabalho pretende estudar este fenômeno para o caso particular das operadoras de planos de saúde que atuam no Estado do Ceará, utilizando dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para o período de 2012 a 2018.

Este trabalho, além desta introdução, apresenta mais as seguintes seções: breve histórico das operadoras de saúde; referencial teórico; metodologia; análise dos resultados; e, por fim, as considerações finais.

3. BREVE HISTÓRICO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS

3.1 Amil

A semente que deu origem a AMIL foi a Casa de Saúde São José, como pode ser verificado no site (<http://mundodasmarcas.blogspot.com>, que foi acessado no dia 08 de agosto de 2019) que, na época de sua aquisição pelo jovem médico recém-formado Edson de Godoy Bueno, em 1972, era uma pequena e quase falida clínica na cidade fluminense de Duque de Caxias, que, em apenas cinco anos, tornou-se a maior maternidade da iniciativa privada no estado, através da incorporação de outras unidades. Para administrá-las, foi criada a *Empresa de Serviços Hospitalares* (Esho), cuja finalidade era centralizar o controle de compras, faturamento, pessoal e tesouraria. Os recursos oriundos da Esho permitiram a criação da **AMIL** (*Assistência Médica Internacional*) no Rio de Janeiro, em 1978, ingressando no setor de medicina de grupo, oferecendo aos beneficiários do plano um serviço de atendimento 24 horas por dia, sete dias por semana. No ano seguinte foi pioneira ao estabelecer consultas e exames sem limites, além de instalar de agências de atendimento perto de seus clientes.

Em 1982, a AMIL já era considerada uma das mais importantes empresas de assistência médica do país. Neste mesmo ano a empresa foi a primeira do mundo a criar um serviço de tele atendimento com médicos de plantão 24 horas. Em 1983 foi novamente pioneira no segmento ao criar o serviço de telemarketing (telefone com final 1.000, ligando o número ao nome da marca), que gerou enorme reconhecimento junto ao público. Pouco depois, em 1986, a AMIL ingressou no mercado paulista sob a liderança de Jorge Ferreira da Rocha. Em um curto espaço de tempo, a marca se consolidou também na maior cidade do país. Dois anos depois, foi elaborada uma ousada estratégia de crescimento baseada totalmente em um marketing agressivo, que comparava as vantagens e as facilidades da AMIL em relação à concorrência. Esta postura permitiu que a empresa conquistasse os maiores índices de crescimento de todo o segmento de saúde. No ano de 1989, foi novamente pioneira ao conceder cobertura a doenças crônicas ou pré-existentes, além de ingressar nos mercados de Brasília e Curitiba.

O transporte aéreo de pacientes em estado crítico também foi uma inovação que a AMIL lançou no mercado brasileiro em 1993, com a criação do **Amil Resgate Saúde**, a mais completa e bem montada estrutura de resgate aéreo e terrestre da América do Sul. Modernas

ambulâncias e bem equipados helicópteros estavam disponíveis para atender às mais complexas situações de emergência. Ao longo dos anos foram incorporados jatos e modernas bases de atendimento. Com bases localizadas nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília, o serviço já beneficiou mais de 220 mil pessoas através de uma moderna frota de jatos, helicópteros e ambulâncias.

No ano seguinte, a AMIL se tornou a primeira empresa do mundo a utilizar o sistema de franquias para ampliar a sua cobertura no país, oferecendo o seu padrão de qualidade e de atendimento às principais cidades do Brasil. A atuação da empresa no mercado internacional consolidou-se em 1995, quando inaugurou uma filial em Austin, estado americano do Texas, conquistando assim a licença para operar no fechado mercado de saúde norte-americano.

Ainda neste ano, a empresa foi novamente pioneira e ousada com o lançamento da promoção “Carência Zero”, além de passar a oferecer um serviço inédito no mercado brasileiro que permitia a seus clientes a compra de medicamentos da Listagem Amil com descontos de até 50% sobre a tabela nacional de preços. Apontada como uma solução para o acesso da população aos medicamentos, o programa atendeu mais de 35 mil pessoas no Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba, através de um convênio com a Farmalife, então rede de farmácias do grupo, vendida em 2007. Pouco depois, em 1997, a AMIL se tornou a primeira empresa do segmento a criar uma estrutura de atendimento no exterior para atender aos seus clientes em qualquer parte do planeta. Atualmente, de sua sede em Miami, ela centraliza as suas operações, sendo a única a oferecer realmente uma medicina sem fronteiras.

A partir de 2002, a AMIL cresceu rapidamente através de inúmeras aquisições como da Amico Saúde (2002); a carteira de clientes pessoas físicas da Porto Seguro e da SEMIC (2006); a Blue Life, a Medcard e a CliniHauer, todas em 2007; a Ampla, a Life System (dois hospitais) e a Casa de Saúde Santa Lúcia em 2008. Pouco depois, em 2009, em uma ação ousada de mercado a AMIL comprou uma de suas maiores concorrentes, a Medial, pela qual pagou R\$ 612 milhões por 52% das ações. A operação consolidou a posição de liderança da AMIL no mercado brasileiro de planos de saúde. Com o negócio, a fatia de mercado da empresa no estado de São Paulo, o mais rico do país, quase dobrou, de 7.9% para 15.1%. Em todo o Brasil, a fatia saltou de 6.2% para 10.1%, atingindo 4.2 milhões de beneficiários em saúde e outros 986 mil em planos dentais. Em 2010, adquiriu a ASL - Assistência à Saúde Ltda. - e a Saúde Excelsior, impulsionando suas operações no Nordeste, além de iniciar atividades em Belo Horizonte. E o crescimento não parou. Em 2011, a AMIL adquiriu os

hospitais Samaritano e Pasteur, ambos localizados no Rio de Janeiro, e a operadora Lincx Sistemas de Saúde.

O ano de 2012 foi um marco na história da empresa. Mesmo após diversas realizações em mais de 30 anos de uma rica e inovadora história, esse ano será sempre lembrado como o da venda de boa parte da empresa (90%) por R\$ 9.9 bilhões para o United Health Group, maior empresa americana do setor de saúde com atuação em mais de 126 países, para criar a maior plataforma global de atendimento de qualidade em saúde. Esta associação deu um impulso financeiro para a AMIL, que em 2013, cruzou o Oceano Atlântico e adquiriu o Grupo HPP Saúde, de Portugal, do qual fazem parte seis hospitais e duas clínicas. A AMIL tem uma grande experiência em programas de gestão da saúde. Pioneira nesse tipo de iniciativa, com o lançamento do *Programa Amil Qualidade de Vida (PAQV)*, em 1993, a empresa vem aperfeiçoando, ano a ano, esse trabalho entre as empresas-clientes. Entre os programas de gestão de saúde ativos, estão os que englobam o atendimento domiciliar a idosos, o apoio as gestantes de alto risco, a identificação precoce de doenças crônicas e de câncer de mama, a orientação a pacientes com alta hospitalar e a prevenção do declínio funcional de idosos, entre outros.

3.2 Bradesco Saúde

A Bradesco Saúde é uma operadora de saúde, pertencente ao Grupo Bradesco de Seguros e Previdência, com atuação exclusiva no seguro-saúde médico e hospitalar. Presente em todo o Brasil desde 1984, a empresa possui planos de saúde e planos odontológicos com uma ampla rede referenciada. Busca oferecer o melhor atendimento e os mais completos serviços que você pode desejar em um plano de saúde ou dental para você, para sua família e para sua empresa, informações estas que foram retiradas no site <https://www.bradescoseguros.com.br/wps/portal/TransforDigital/Site/SobreaBradescoSeguros>., onde acessado em 08 de agosto de 2019

3.3 Hapvida

A história do Hapvida Saúde começa em 1979, quando o médico oncologista Cândido Pinheiro de Lima começou a realizar um grande sonho: o Hospital Antônio Prudente. Desde o início das operações, até os dias de hoje, a unidade é considerada uma das mais modernas

de Fortaleza. Na sequência, o doutor Cândido criou o Hapvida Saúde, plano moderno e acessível, com produtos diferenciados, que desde o lançamento em 1993, conquistou o mercado do Ceará. Com o plano de saúde, vieram a Clínica de Diagnóstico Vida & Imagem, o Laboratório Antônio Prudente e as Hapclínicas. Tudo para oferecer atendimento rápido e qualidade de serviços para seus associados.

Com uma vasta história no Norte e Nordeste e uma estratégia balizada na verticalização dos serviços médico-hospitalares, o Sistema Hapvida atende mais de 3,8 milhões de clientes em todo o território nacional. Hoje, o Hapvida é a maior operadora de saúde do Norte e Nordeste, com a maior rede de atendimento próprio das regiões, uma das duas maiores operadoras com capital próprio e genuinamente nacional e a terceira maior do País, em número de beneficiários. Atualmente, são mais de 17 mil colaboradores diretos envolvidos na operação de 24 hospitais próprios, 73 Hapclínicas, 18 Prontos Atendimentos, 71 centros de diagnóstico por imagem e 66 laboratórios com diversos postos de coleta distribuídos nos 11 estados onde a operadora atua com rede própria. A empresa também desenvolve ações por meio da Fundação Ana Lima, braço social do Hapvida Sistema de Saúde. Na lista de projetos da entidade, o Hapvida nos Bairros, Sopão da Vida Projeto Ilhas, Medicina Preventiva, Sistema de bicicletas e carros compartilhados. Pode ser vista no site https://pt.wikipedia.org/wiki/Grupo_Hapvida#Hist%C3%B3ria. _Acessado em 08 de agosto de 2019

3.4 Unimed

Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil foi fundada em 28 de novembro de 1975 para ser a representante institucional das cooperativas Unimed. A organização zela pelo uso da marca e pela reputação em âmbito nacional e leva pleitos e contribuições aos poderes públicos, órgãos reguladores e entidades do setor de saúde, propagando as melhores práticas na busca por gestões cada vez mais transparentes, éticas e legalistas.

A Unimed do Brasil também coordena um dos principais diferenciais da Unimed, conhecido como Intercâmbio Nacional, que é o atendimento do beneficiário de uma Unimed por outra, desde que seu plano contratado permita a prática.

Outra atribuição é atuar em prol da sustentabilidade econômico-financeira das Federações e Singulares Unimed por meio de consultorias e oferta de produtos e projetos reconhecidos por sua qualidade.

A história da Unimed Ceará começa em 1985. Sob um modelo empresarial cooperativista surgiu a Federação das Unimeds do Estado do Ceará, que hoje reúne nove filiadas em seu sistema, compondo uma rede integrada que facilita o acesso de clientes em clínicas, hospitais e consultórios médicos em suas próprias cidades. Como pode ser verificada no site <https://www.unimed.coop.br/home/sistema-unimed/a-unimed/unimed-do-brasil>. Acessado em 08 de agosto de 2019

4. REFERENCIAL TEÓRICO

O mercado de planos de saúde no Estado do Ceará, entre o período de 2012 a 2018, está organizado sobre a forma de Oligopólio, pois uma pequena quantidade de empresas domina o mercado da região, ocasionando um conflito entre elas, através de preços e serviços ofertados.

Segundo Koch (1980) a estrutura de mercado é formada por componentes estratégicos do meio ambientes que induzem e são induzidos pelo comportamento e performance das empresas que atuam no mercado.

Jolly e Clonts (1993) define a estrutura de mercado como sendo a designação dada as características de mercado que influenciam na competição e no preço que determina o comportamento ou conduta da indústria.

Segundo Varian (2016) há quatro diferenças básicas nas estruturas de mercado: Concorrência perfeita; concorrência monopolística; oligopólio e monopólio.

Concorrência perfeita se caracteriza pela presença de várias empresas ofertantes e vários indivíduos demandantes, não uma empresa ou uma parcela de empresas que dominem o mercado, os seus produtos ofertados são homogêneos, dessa forma as empresas partem do pressuposto de que o preço de mercado não depende de seu nível de produção e ao longo prazo as empresas apresentam um lucro econômico zero (Varian 2016).

Para Varian (2016) o monopólio se caracteriza por ter uma única empresa produtora de bem e serviço, não existe serviço ou produto substituto próximo, e o monopolista pode colocar barreira para a entrada de novas empresas concorrentes.

A concorrência monopolista se caracteriza pelo fato de se ter várias empresas produzindo um produto ou serviço diferenciado, onde não há barreira para a entrada e saída do mercado, cada produto ou serviço ofertado é diferenciado, entretanto há um substituto próximo, cada empresa tem um poder sobre o preço do produto, dado que os produtos são diferenciados, e os consumidores tem o poder de escolha do produto ou serviço, de acordo com a sua preferência (Varian, 2016).

Segundo Varian (2016) o oligopólio caracteriza-se por um mercado onde poucas empresas que reconhecem sua interdependência estratégica. Há várias formas possíveis de comportamentos para oligopólios, dependendo da natureza exata de suas interações, há uma dificuldade para entrada e saída de empresas do setor, como no monopólio.

4.1 Oligopólio

Para Varian (2016) o oligopólio se define de duas formas: i) um pequeno grupo de empresas dominam um mercado; ii) um pequeno grupo de empresas domina um mercado com muitas empresas.

Segundo Melo e Tavares (2009), o oligopólio é considerado uma estrutura de mercado que apresenta uma grande quantidade de empresas que concorrem uma com as outras, sendo que algumas delas dominam o mercado. Para Porter (1986) a existências de barreiras se dá por fontes principais: economias de escalas, diferenciação de produto, necessidade de capital, custos de mudança, acesso aos canais de distribuição e/ou desvantagens de custos independente de escala.

Para Labini (1988) há uma divisão conceitual do oligopólio em três aspectos: i) concentrado; ii) misto; e, iii) diferenciado.

O oligopólio concentrado ocorre quando as empresas participam dessa estrutura ofertam um produto ou serviço homogêneo, sendo que ao longo tempo terá uma grande parte do mercado. Nesse caso, o oligopólio se manterá devido a necessidade de grande volume de capital para o investimento de inicial, e também aos custos fixos (Labini,1988)

Para Labini (1988) o oligopólio misto surge da combinação de alguns fatores do oligopólio concentrado e diferenciado, ou seja, caracteriza-se por não exigir elevado investimento inicial que permita chegar próximo ao preço praticado pelo mercado, mas também apresenta alto grau de diferenciação.

O oligopólio diferenciado possui um grau de concentração inferior ao oligopólio concentrado, e as empresas que dele participam ofertam seus produtos ou serviços com certo grau de diferenciação, que pode ser realizada através de atributos como a qualidade e a marca do bem (Labini,1988). Sendo assim, o consumidor pode realizar sua escolha não somente pelo preço, mas também por características individuais de cada empresa ofertante.

4.2 Medidas de Concentração Industrial

As medidas de concentração industrial são utilizadas de forma recorrente nos estudos sobre a concentração de mercado. Para Silva Leite (1998), a concentração industrial é um indicador fundamental na classificação de um mercado monopolista, oligopolista ou concorrencial.

Para Kon (1999), a concentração industrial é considerada um dos determinantes estruturais mais relevantes da competição. Desta maneira, a concentração é considerada um elemento fundamental para entender a força de mercado das empresas em um mercado que está sob o regime Oligopolista.

Segundo Braga e Mascolo (1982), a concentração se dá quando se acumulam atributos econômicos (rendas, riqueza e produção), à medida que são diminuídos os números das unidades produtivas (empresas, famílias e indivíduos). Para George & Joll (1983), a concentração influencia o comportamento das empresas, afetando de forma direta seu desempenho. Para o caso da análise deste trabalho, as propriedades aglomeradas são representadas pelo número de clientes das operadoras de saúde nos anos de 2012-2018.

Para Kopfer (2004), a concentração de mercado é considerada a capacidade de fixar e sustentar o nível de preço de venda, em um determinado nível daquele que é fixado pelos concorrentes, sem que haja prejuízo em sua participação. Com isso, pode-se verificar que a concentração de mercado pode ser verificada através do nível de participação da empresa no mercado.

A concentração de mercado depende da busca de uma crescente eficiência técnica e da tendência à produção de custos de continuamente decrescentes (Sousa,2005). Isto nos leva a formação de grandes complexos produtivos onde as condições de mercado não de acordo com a concorrência.

Para um segmento com elevado índice de concentração industrial, apresenta preço superior e produção inferior ao ambiente de concorrência (Kon, 1999). Logo, esse fator de alta concentração desampara o mercado.

Segundo Silva Leite (1998), a concentração de mercado pode ser estática ou dinâmica. No caso da estática é ficado um determinado ponto e no caso da dinâmica, são verificadas várias observações de concentração em um período analisado. Quando se avaliação pela

concentração de mercado dinâmica pode-se verificar a quantidade de empresas e a evolução da desigualdade nos tamanhos das empresas.

Segundo Kon (1999), para mensurar a concentração abastece os elementos empíricos necessários para avaliar a situação de competição de um determinado mercado. Segundo Labini (1988) uma maior concentração na indústria diminui as chances de existir concentração. Com isso, o índice de alto valor de concentração nos dá um panorama do nível de concentração do mercado, que determinado setor do mercado apresenta, quanto mais elevado o nível de concentração menor será o grau de concorrência.

Para Resende e Boff (2002), as medidas de concentração podem ser classificadas como positivas e normativas. As medidas positivas refletem o nível de concentração do mercado por meio de análises estáticas, e não sofrem influência de situações comportamentais. No caso das medidas normativas utiliza-se parâmetros comportamentais, tanto das operadoras de saúde, quanto os demandantes desses serviços.

Existe outra medida de concentração que poderá ser utilizada para rotular é a parcial ou sumaria. Segundo Resende (1994), as medidas parciais não consideram em seus cálculos o total da indústria, como é realizado na razão de concentração. Já no caso das medidas sumarias elas são calculadas com a totalidade da população amostral, como é realizado o índice HHI.

A real utilização dos índices de concentração, nesta análise, é verificar qual indicador mostre a concorrência existente no setor de planos de saúde no Ceará. Nesta análise os índices pretende demonstrar de qual maneira as operadoras de saúde no Estado do Ceará se apresentam um comportamento dominante no mercado, nesse sentido consideram a participação de cada operadora de saúde.

4.3 Fatores de Concentração

Para George e Joll (1983) existe fatores que afetam a concentração em um mercado oligopolista: crescimento interno das empresas, fusões e aquisições, políticas governamentais, surgimento de novas tecnologias (inovação tecnológica) e os gastos com publicidade.

O crescimento interno das empresas é considerado sob duas óticas: horizontal e vertical. O crescimento horizontal ocorre quando a produção aumenta pelo aumento do mercado ou pelo aumento da participação da empresa no setor. O crescimento vertical se dá quando a

empresa se torna produtora de seu próprio insumo, inicialmente, utiliza-se do produto final como matéria prima para outra finalidade (Porter, 1986).

Uma das estratégias das empresas aumentarem sua competitividade são as fusões e aquisições. Para Kon (1999) uma fusão duas ou mais empresas se unem, dando origem a uma única empresa, reunindo ativos e esforços para realização de seus negócios. Para esta ocasião pode-se criar uma nova personalidade jurídica ou manter a de uma das empresas, que absorverá as outras. A aquisição é um fenômeno pelo qual uma ou mais empresas adquire ou são absorvidas por outra.

Segundo Kupfer (2002) a política governamental pode interferir na concentração do poder de mercado tanto de maneira positiva como negativa. Esta intervenção é realizada através de políticas fiscais, estabelecendo barreiras à entrada de concorrentes ou direcionado os gastos do governo e a legislação.

Para Shumpeter (1982) a inovação, ou surgimento, é uma ruptura de um antigo processo que gera uma nova combinação mais eficaz. Esse processo de ruptura é provocado pelo empreendedor, que detém a habilidade de introduzir de forma pioneira esta nova combinação. Essa combinação caracteriza-se por ser um processo de “mudanças revolucionárias”, na esfera da competitividade, uma vez que substitui a tradicional forma de competição por uma nova forma.

Para George e Joll (1983), os gastos com publicidade se aplicam como fator de concentração, pois a publicidade atua como uma diferenciação do produto ou serviço. A partir desta diferenciação as empresas já estabelecidas podem manipular o preço final, do produto ou serviço, e restringir a entrada. Com isso a publicidade influencia o nível de concentração das operadoras de saúde do Estado do Ceará.

5. METODOLOGIA

Utilizou-se dados oriundos da ANS de quantidade de beneficiários (clientes) por planos de saúde para o cálculo das medidas de concentração no período de 2012 a 2018.

5.1 Market Share

O Market Share é uma quota de uma firma em algum ramo de atividade, tem como base a disputa de mercado e usado para avaliar a força e a dificuldade de uma empresa, além da aceitação de seu produto no mercado. Para calcular o Market share divide-se o faturamento da empresa i (Q_i) pelo somatório do seu faturamento das k empresas do setor desta firma:

$$S_i = \frac{Q_i}{\sum_{i=1}^k Q_i}$$

5.2 Razão de Concentração $RC(k)$

A razão de concentração é um índice de ordem k de valor positivo que fornece a parcela de mercado das k maiores empresas do setor ($k = 1, 2, 3, \dots, n$) e S_i representa a parcela do mercado da empresa i . E a sua formula será:

$$RC(k) = \sum_{i=1}^k S_i$$

E quando o valor obtido for próximo de 1, o grau de concentração industrial será maior, por isso o mercado pode estar ligado as práticas de oligopólio, e quando o resultado for próximo a 0 o mercado estará ligado a concorrência perfeita a razão de concentração tem algumas desvantagens:

- As fusões ou transferências no mercado não terá alteração no valor do índice. Levando em consideração se a participação de uma nova empresa ou das empresas beneficiárias estiver abaixo da k -ésima posição. Ignora a presença das $n-k$ menores da indústria.
- Não leva em consideração a participação relativa de cada empresa no grupo das K maiores. Transferências de mercado que ocorrem entre elas, sem excluir nenhuma outra empresa, não irá alterar o índice.

5.3 Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI)

O HHI é uma medida de concentração de mercado. É definido como a soma dos quadrados das quotas do mercado das empresas que compõe o ramo de atividade em que a empresa atua, as quotas de mercado são expressas em porcentagem. Este índice pondera a participação no mercado das empresas participantes evidenciando uma maior concentração nas empresas com maiores participações.

De acordo com o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), a partir da teoria Estrutura-Condução-Desempenho (ECD) o HHI é um dos índices mais utilizados para medir a concentração do mercado.

É calculado da seguinte forma:

$$H = \sum_{i=1}^n S_i^2$$

O índice varia entre $\frac{1}{n}$ e 1. Se o valor chegar ao seu limite superior se caracteriza por monopólio extremo, onde há somente uma empresa no mercado. Se o valor atingir o limite inferior ($HHI = \frac{1}{n}$), nesse caso todas as firmas tem o mesmo tamanho. Então pode-se chegar ao fato $\frac{1}{n} < HHI \leq 1$. Classifica-se os graus de concentração da seguinte maneira.

- Mercados com $HHI < 1000$, são mercados com baixa competitividade, e baixa concentração.
- Mercados com HHI entre 1000 e 1800, é considerado um mercado de competitividade moderada
- Mercados com $HHI > 1800$, são mercados considerados concentrados.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta seção, será utilizado as medidas de concentração, mostradas no capítulo anterior para medirmos o nível de concentração de mercado de planos de saúde.

6.1 Market Share

O mercado de planos de saúde, no Brasil e no Estado do Ceará, está em constante mudança, como prova é que no Brasil, a Bradesco Saúde, no ano de 2012 e 2013 ela esteve com o maior número de beneficiário, no ano de 2014, a AMIL passou a BRADESCO SAÚDE, em número de beneficiário, a BRADESCO SAÚDE voltou a ser a líder em planos de saúde em 2015, entretanto nos anos seguintes quem estava na frente foi AMIL, a operadora HAPVIDA, teve um aumento na quantidade de beneficiários, como pode-se observar na Tabela 3.

Já no Estado do Ceará, a empresa HAPVIDA, aumentou o seu percentual de concentração de clientes, em relação as outras empresas do ramo. A operadora BRADESCO SAÚDE também teve um aumento na captação de novos clientes, embora tenha sido uma elevação muito pouca em relação a HAPVIDA. No caso da AMIL e da UNIMED, no período analisado, houve uma oscilação, na captação de clientes, não se sabe ao certo o que houve para que essa oscilação tenha ocorrido. Nesse trabalho, será realizado uma análise da concentração de mercado do setor e também pode-se verificar que as outras empresas tiveram uma queda no percentual de clientes.

Tabela 3-Market Share dos planos de saúde no período de 2012-2018: Brasil

Operadoras	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Amil	6,13%	7,20%	8,18%	7,99%	7,99%	7,61%	7,55%
Bradesco Saúde	7,24%	7,44%	8,02%	8,12%	7,65%	7,10%	7,01%
Hapvida	3,05%	3,44%	3,75%	3,93%	4,30%	4,71%	5,03%
Unimed	37,10%	37,99%	38,84%	38,51%	37,70%	37,40%	36,83%
Outros Planos	46,49%	43,93%	41,20%	41,45%	42,36%	43,19%	43,57%

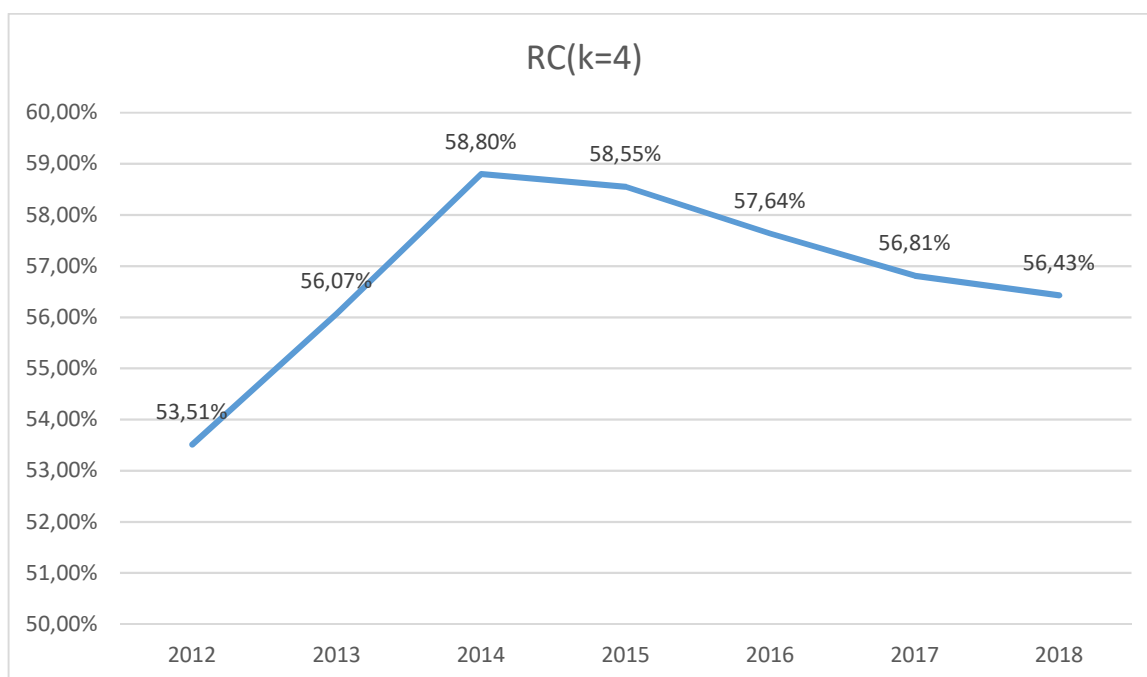
Fonte: Elaboração do autor, com base nos dados da ANS

Tabela 4-Market Share dos planos de saúde no período de 2012-2018: Ceará

Operadoras	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hapvida	35,66%	36,51%	38,19%	38,74%	39,12%	41,45%	41,74%
Unimed	41,39%	40,61%	41,05%	41,64%	41,49%	40,19%	39,96%
Amil	3,45%	4,33%	3,95%	2,80%	2,82%	2,48%	2,34%
Bradesco Saúde	2,38%	2,29%	2,56%	2,91%	2,83%	2,83%	2,90%
Outros Planos	17,12%	16,26%	14,25%	13,91%	13,75%	13,06%	13,07%

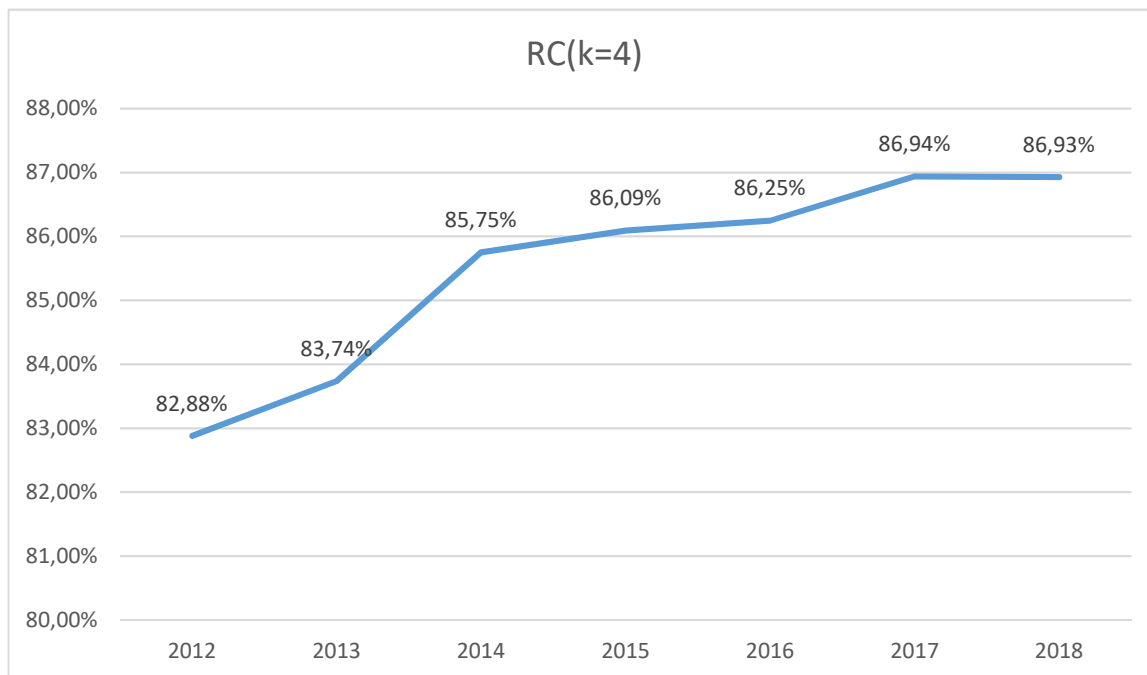
Fonte: Elaboração própria, com base nos dados obtidos na ANS

6.2 Razão de Concentração RC(k)

Gráfico 7- Razão de concentração no setor de planos de saúde no Brasil

Fonte: Elaboração do autor, com base nos dados da ANS

Como pode-se verificar, no Brasil, o mercado de planos de saúde é considerado moderado pois as quatro operadoras, com o maior número de beneficiários fica entre 53,51% e 56,43% do mercado, no período analisado, mesmo o país passando por uma recessão econômica o mercado nacional de planos de saúde não houve alteração, em relação a concentração de mercado.

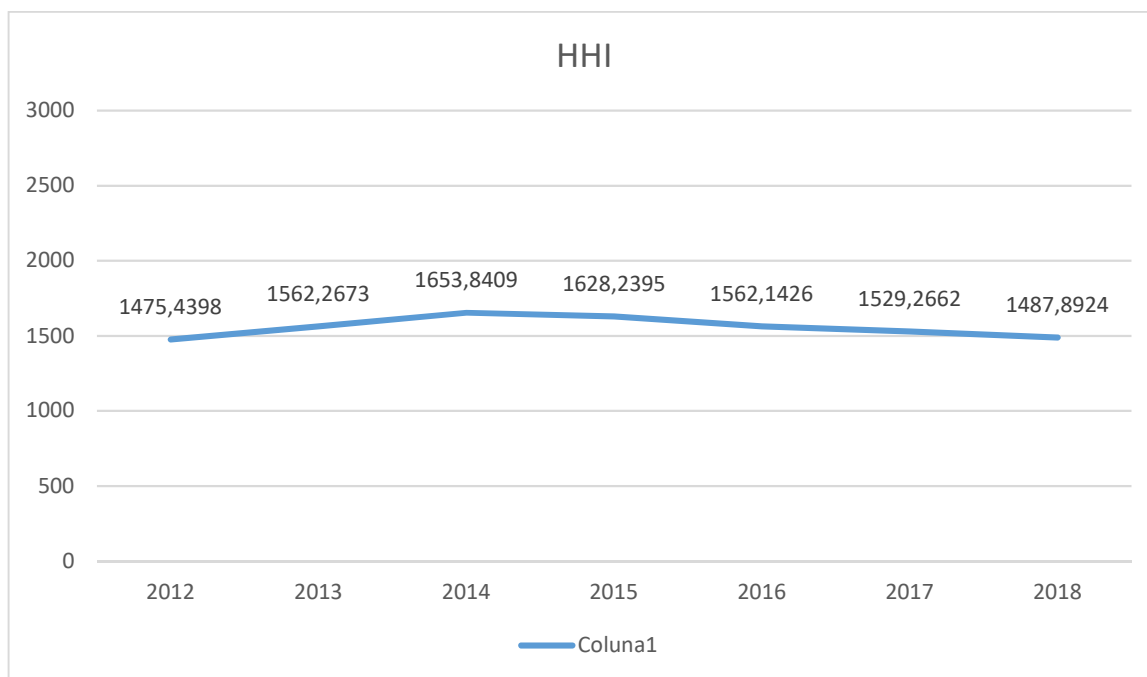
Gráfico 8- Razão de concentração no setor de planos de saúde no Estado do Ceará

Fonte: Elaboração do autor, com base nos dados da ANS

Como pode-se observar no Gráfico 7, o RC (4) houve uma elevação percentual em 2,94%, mesmo o Estado passando por uma crise financeira, verifica-se que o mercado de planos de saúde ficou mais concentrado no período analisado.

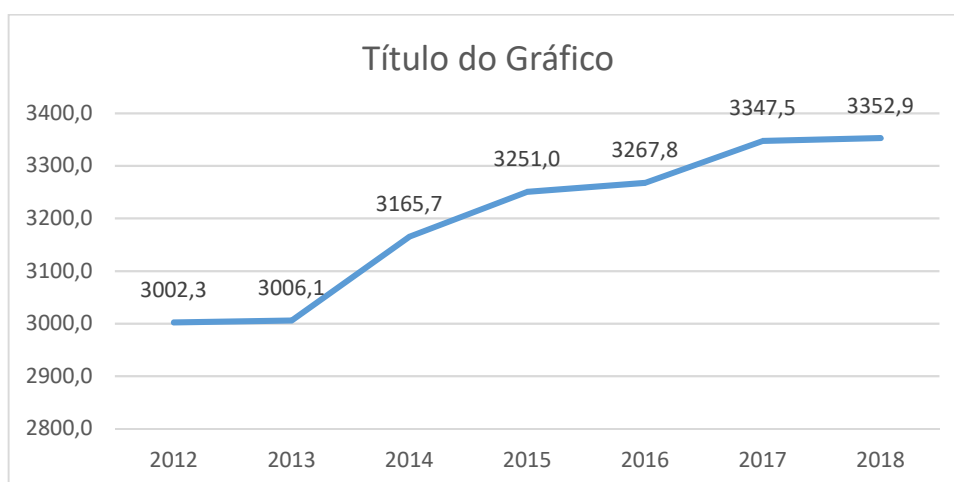
6.3 Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI)

Levando em consideração os dados do período analisado, nos gráficos 9 e 10, pode-se verificar que o resultado HHI do mercado de planos de saúde no Brasil é de baixa concentração, pois o HHI ficou abaixo de 1000. Entretanto, no Estado do Ceará, a concentração de mercado é concentrada, pois o HHI deu superior a 1800

Gráfico 9 –Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI) dos planos de saúde de 2012 a 2018:**Brasil**

Fonte: Elaboração do autor, com base nos dados da ANS

Observar-se no gráfico 9, que o mercado de plano de saúde no Brasil, no período analisado, pode-se ser considerado moderado, devido o valor obtido do HHI, estar entre 1000 e 1800.

Gráfico 10 –Índice de Herfindahl-Hirschman (HHI) dos planos de saúde de 2012 a 2018: Ceará

Fonte: Elaboração do autor, com base nos dados obtidos da ANS

Observa-se no gráfico 10, que o mercado de planos de saúde, no Estado do Ceará, pode-se considerar como concentrado, pois o valor obtido no período analisado é superior a 1800.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo realizar uma análise da concentração no mercado de planos de saúde no Brasil e no Estado do Ceará no período de 2012 a 2018. Foi utilizado como variável a quantidade de clientes ou beneficiários e os dados foram obtidos no site da ANS. Foram utilizadas as três medidas de concentração usuais da literatura: *Market Share*, Razão de Concentração e o Índice Herfindahl-Hirschman (HHI) para medir o nível de concentração deste segmento de mercado.

Pode-se verificar através do resultado do Market Share, no Brasil quatro operadoras (AMIL, BRADESCO SAÚDE, HAPVIDA e UNIMED) tem uma grande quantidade de beneficiários, mas nesse caso não é um mercado concentrado.

Entretanto, no Estado do Ceará, duas empresas (HAPVIDA e UNIMED) possuem mais da metade de beneficiários de todo o Estado, por mais que a Unimed tenha tido uma oscilação de clientes no período ela não pode-se afirmar que os clientes migraram para a Hapvida, que no período analisado houve aumento de clientes. Já no caso da Amil, que no início do período analisado teve um crescimento no número de beneficiário, porém a partir de 2015 começou a diminuir a quantidade de clientes e o caso da Bradesco Saúde, teve um aumento de clientes, mas em termos de mercado, teve uma oscilação.

No caso da Razão de concentração, no Brasil RC (4) mostrou que a concentração é moderada, pois as quatro operadoras dominam mais da metade do mercado, no Estado do Ceará RC (4) mostrou-se que o mercado de concentração de mercado de planos de saúde é concentrado, pois quatro empresas do setor (Hapvida, Unimed, Amil e Bradesco Saúde, tem 82,88% (em 2012) e no final do período analisado tem 86,93 % (2018) do mercado, pode-se verificar que ao longo do período analisado houve um pequeno aumento de 2,94% na concentração de mercado entre as 4 empresas.

No mesmo modo que as medidas de concentração, o HHI no mostrou que o mercado de plano de saúde no Brasil e no Estado do Ceará no período analisado é concentrado.

Nesta análise, não foi verificado se houve uma fusão de empresas, mas espera-se que mais beneficiários contratem planos de saúde, pois a ANS usará uma nova metodologia na base do cálculo do reajuste do planos médico-hospitalares, onde quem se beneficiaria é o consumidor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acessado em 05 de agosto de 2019
2. <https://www20.opovo.com.br/app/opovo/opiniao/2015/05/30/noticiasjornalopiniao,3446174/crise-na-saude-publica-vai-alem-da-falta-de-verbas.shtml>. Acessado em 07 de agosto de 2019
3. <http://www.cade.gov.br/aceso-a-informacao/publicacoes-institucionais/dee-publicacoes-anexos/documento-de-trabalho-n-01-2014-indicadores-de-concorrencia.pdf>. Acessado em 07 de agosto de 2019
4. <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/negocios/ans-nova-metodologia-de-calculo-pode-diminuir-peso-de-reajuste-1.2080008>. Acessado em 07 de agosto de 2019
5. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>. Acessado em 07 de agosto de 2019
6. <https://www.ceara.gov.br/2019/03/29/pib-do-ceara-de-2018-fecha-em-101/>. Acessado em 07 de agosto de 2019
7. LABINI, P. S. **Oligopólio e progresso técnico**. Nova Cultural, 1988
8. KOCH, James V. **Industrial organization and prices**
9. MELO, E. S.; TAVARES, J. M. **Índices de concentração industrial em Minas Gerais: Uma análise sectorial (2005-2007)**. Reuna. v. 14, n 1 p. 11-27. 2009
10. VARIAN, Hal. R. **Microeconomia: princípios básicos**. Rio de Janeiro, Campus, 2016;
11. JOLLY, C. M.; CLONTS, H. A. **Economics of aquaculture**, CRC Prees, 1993
12. <https://www.planodesaude.net/tabelas-de-precos-dos-planos-de-saude-no-ceara/>. Acessada em 04 de agosto de 2019
13. KON, Anita. **Economia Industrial**. São Paulo: Nobel 1999
14. KUPFER D.; HASENCLAVER, L. **Economia Industrial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002
15. FREIRE, Valeska Kilvia Pinheiro. **Análise da concentração Industrial das Escolas Privadas de ensino básico na cidade de Fortaleza:2008 a 2016**. Monografia (Graduação em Ciências Econômicas) – Faculdade de Economia, Administração,

- Atuária, Contabilidade e Secretariado- FEAACS, Universidade Federal do Ceará, 28-29 p.
16. GEORGE, K.; JOLL, C. **Organização Industrial: Crescimento e mudança estrutural.** Rio de Janeiro: Zahar, 1983
 17. RESENDE, Marcelo. **Medidas de Concentração Industrial: uma resenha.** Revista Análise Econômica Porto Alegre, v.12, n21/22, p.24-33, mar/set, 1994
 18. LEITE, A.L.S. **Concentração e desempenho competitivo no complexo industrial de papel e celulose.** 1998. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
 19. SOUSA, Luís Gonzaga de. **Economia Industrial.** Disponível no site: www.eumed.net/libros/2005/lgs-ei/. Acessado em 07 de agosto de 2019
 20. KUPFER, David e HASENCLAVER, Lia (orgs). **Economia Industrial Fundamentos Teóricos e Práticos no Brasil.** Rio de Janeiro: Campus 2004.
 21. BRAGA, H. C.; MASCAOLO, J. L. **Mensuração da concentração industrial no Brasil.** Pesquisa e Planejamento Econômico, vol. 12, nº2, p. 399-354, 1982.
 22. PORTER, Michael. E. **Estratégia Competitiva**, 7 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986
 23. <http://mundodasmarcas.blogspot.com>. Acessado em 08 de agosto de 2019
 24. <http://www.bradescosaude.com.br/wwwbsaudered/QuemSomos.asp>. Acessado em 08 de agosto de 2019
 25. <https://www.bradescoseguros.com.br/wps/portal/TransforDigital/Site/SobreaBradescoSeguros>. Acessado em 08 de agosto de 2019
 26. https://pt.wikipedia.org/wiki/Grupo_Hapvida#Hist%C3%B3ria. Acessado em 08 de agosto de 2019
 27. <https://www.unimed.coop.br/home/sistema-unimed/a-unimed/unimed-do-brasil>. Acessado em 08 de agosto de 2019
 28. <http://www.unimedceara.com.br/institucional/sobre-a-unimed-ceara/>. Acessado em 08 de agosto de 2019
 29. <https://mais.opovo.com.br/jornal/reportagem/2019/07/22/no-ceara--mais-de-35-mil-pessoas-desistiram-dos-planos-de-saude-em-cinco-anos.html>. Acessado em 29 de agosto de 2019

30. <https://www.todamateria.com.br/saude-publica-no-brasil/>. Acessado em 04 de setembro de 2019
31. <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/politica/saude-preocupa-mais-que-seguranca-no-ceara-1.1986791>. Acessado em 04 de setembro de 2019.
32. <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2015>. Acessado em 11 de setembro de 2019.
33. <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2016>. Acessado em 11 de setembro de 2019.
34. <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2017>. Acessado em 11 de setembro de 2019.
35. <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2018>. Acessado em 11 de setembro de 2019