

IBRAC

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTUDOS
DE CONCORRÊNCIA, CONSUMO E
COMÉRCIO INTERNACIONAL

REVISTA DO IBRAC

São Paulo

Número 1 - 2021

ISSN 1517-1957

COVID-19 E A NOVA CONCENTRAÇÃO DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE

Tatiana de Campos Aranovich
Tainá Leandro

Resumo: O estudo visa deslindar cenário de competição na saúde suplementar e suas tendências naturais de consolidação e integralização. Discutem-se efeitos concorrenciais da regulação setorial e o panorama de concentração no mercado, utilizando metodologia mais recente de mercados relevantes para planos médico-hospitalares e dados inéditos sobre operadoras verticalmente integradas com hospitais gerais. Mostra-se que o Covid-19 abre quadro que intensifica a tendência de concentração e o risco de agentes *too big to fail*. A análise da jurisprudência do Cade indica majoritária aprovação de atos de concentração, o que pode ser revisto no novo cenário, assim como as medidas regulatórias aplicáveis.

Palavras-chave: Defesa da Concorrência. Regulação. Saúde Suplementar. Planos médico-hospitalares. Covid-19.

Keywords: Competition. Regulation. Health care. Health care medical insurance. Covid-19.

1. Introdução

A saúde suplementar abrange 24% da população brasileira¹, tendo importância estratégica em cenário de restrição orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), envelhecimento populacional e novas epidemias. Não por outro motivo, constitui 3º maior desejo de consumo do brasileiro². Nas últimas décadas, o segmento passou por importantes mudanças estruturais – como regulação voltada à proteção do consumidor, abertura do setor para investimento estrangeiro e aporte de fundos de

¹ Fonte: SIB/ANS – jul/20.

² (IESS/IBOPE, 2019).

investimento nacionais, impulsionando forte movimento de concentração e verticalização e consolidando grandes grupos.³

A tendência de concentração horizontal e vertical nesse setor é influenciada pela natureza da operação dos planos de saúde, que gera ganhos de escala beneficiando operadoras de maior porte, tornando-as mais eficiente. Ademais, a regulação setorial, que coloca restrições a diferenciações de produto e impõem maior custo de entrada e permanência no setor, é outro fator a induzir a tendência.

Esse movimento de planos médico-hospitalares foi acompanhado pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade). Inicialmente, não levantou grandes preocupações à autoridade antitruste, dado elevado percentual de atos de concentração sumários ou ordinário e aprovados sem restrições. Isso vem se alterando nos últimos 2 anos, com aumento de casos complexos ou impugnados pela Superintendência-geral (SG) do Conselho.

Entende-se que os impactos do surto do novo coronavírus (Covid-19) vai agravar esse cenário, uma vez que a pandemia trouxe quadro sem precedentes de vulnerabilidade para prestadores de saúde e folga financeira para operadoras de planos de saúde. Com a crise macroeconômica e pressão por demandas de produtos mais baratos, tendência de concentrações se intensificará, o que dá margem para a consolidação de grandes grupos econômicos verticalizados e com influência sistêmica. Esse quadro traz implicações tanto para o direito antitruste, tornando as análises de atos de concentração mais complexa, como para a regulação prudencial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que deverá se adaptar à existência de grandes grupos.

Nesse contexto, este artigo examina o cenário de competição na saúde suplementar, seu viés natural de consolidação e integralização dada a regulação setorial aplicável e os impactos do coronavírus nesse cenário. Após, levantam-se os efeitos concorrenciais da regulação promovida.

³ (DEE/Cade, 2018)

Posteriormente, apresenta-se o panorama de concentração no mercado, utilizando metodologia mais recente de mercados relevantes da ANS para planos médico-hospitalares e dados inéditos sobre operadoras verticalmente integradas com hospitais gerais. Por fim, apresentam-se dados sobre o impacto do Covid-19 no setor.

2. Mercado de Saúde Suplementar e sua tendência de consolidação

A saúde suplementar é um serviço credencial,⁴ com falhas de mercado marcantes como assimetria de informação, seleção adversa e risco moral.⁵ Além disso, de igual maneira como no mercado financeiro e de seguros, a atividade de plano de saúde envolve a intermediação financeira (captação de recursos de terceiros, para desembolsos em períodos e quantias incertas). Assim, é imperiosa a determinação de regras para gestão prudente desses recursos, pois, caso a operadora não administre corretamente os recursos captados, há o risco de os valores não mais estarem disponíveis quando os beneficiários precisarem utilizar os serviços de assistência à saúde.

Como o regulador lida com essas falhas de mercado? Para mitigar os seus potenciais efeitos negativos, a ANS determinou um conjunto de regras prudenciais e de cobertura contratual, com foco em diminuir a assimetria de informação para o consumidor e o risco de os gestores das operadoras adotarem condutas imprudentes.

As regras econômicas-financeiras determinam, por exemplo, capital mínimo para que uma operadora comece a operar no setor. Uma vez iniciada a operação, deve manter em custódia ativos com liquidez em igual montante ao seu risco esperado, reportar e divulgar informações financeiras periódicas, contratar auditoria independente, constituir e

⁴ Um serviço é chamado de bem credencial quando sua qualidade não pode ser verificada diretamente pelo consumidor (Lisboa et al., 2001).

⁵ Arrow, 1963, Zeckhauser, 1970, Gaynor e Vogt, 2000, Gaynor, 2006.

manter capital para fazer face aos riscos não-esperados⁶, entre outros. As exigências de entrada e permanência no mercado, com destaque para requisitos de transparência contábil, liquidez e solvência conformam a regulação prudencial.

Regras prudenciais visam mitigar riscos a que os *players* regulados estão expostos. Em última instância, reduzem a possibilidade de que os entes regulados não detenham recursos para honrar com suas obrigações, bem como venham a se tornar insolventes e saírem do mercado. Não só isso, também abrangem o monitoramento do mercado e mitigação de riscos sistêmicos pelo regulador, zelando pela sustentabilidade do setor. Logo, essa regulação tem foco não só no regulado individualmente e nos seus clientes, sobre a ótica microprudencial, como também no setor como um todo (risco sistêmico), sobre a ótica macroprudencial.

Cabe indagar: poder-se-ia ter o funcionamento de um “mercado” no setor de planos médico-hospitalares sem a observância de regras prudenciais? A resposta é não. Essa regulação serve como forte mitigador de assimetrias de informação imbricadas, possibilitando que de fato transações possam operar regularmente. Além disso, a saída abrupta de uma operadora pode levar consumidores de outras operadoras a perderem confiança de que a cobertura contratada seja provida quando necessária. No médio e longo prazo, haveria descrença generalizada nesse tipo de contrato, tendendo a reduzir expressivamente sua demanda. Não por outro motivo, é praxe internacional nesse setor o estabelecimento de regras prudenciais, visando afastar o “risco inaceitável” da insolvência do regulado.

Já em relação às regras de cobertura contratual, destaca-se o rol de procedimentos da ANS. Para a operadora oferecer um plano médico-hospitalar, conjunto amplo de eventos (consultas, exames e, no caso de planos com internação, internações) necessariamente deverão estar cobertos. A lista é bastante extensa e abarca o conceito de “integralidade” nos cuidados à saúde, diminuindo a incerteza do consumidor sobre

⁶ Um surto como o do Covid-19, por exemplo, estaria abrangendo pelas regras de risco não-esperados, devendo a regulada ter recursos suficientes para suportar cenários extremos de perda.

serviços contratos e aumentando a comparabilidade entre produtos ofertados pelas operadoras. Contudo, tem o potencial de limitar a oferta, pois, para cumprir as exigências regulatórias, a empresa deve construir rede mínima de prestadores de serviços médico-hospitalares e massa de beneficiários maior para que o produto seja atuarialmente superavitário.

Além disso, ao padronizar o elenco de sua cobertura conforme faixas de produto,⁷ o rol de procedimentos e eventos da ANS torna os planos de saúde privados no Brasil produto relativamente homogêneo, quando comparados com outros mercados, como o dos Estados Unidos. Nesse cenário, além do preço cobrado, torna-se especialmente relevante no padrão competitivo a qualidade e proximidade de rede de prestadores cobertos, criando também incentivo à verticalização.⁸

Dessa forma, assim como no setor bancário, barreiras à entrada impuseram viés de maior concentração no mercado de planos de saúde. Na saúde suplementar brasileira, o processo deu-se de forma singular. Muitos *players* atuavam no mercado antes da existência de uma regulação propriamente, conseqüentemente, sem a necessidade de observância das barreiras à entrada da magnitude como existem hoje. Em particular quanto à regulação prudencial, os *players* se beneficiaram durante muito tempo das altas taxas de inflação, o que permitia que obtivessem vantagens e conseguissem sobreviver com os ganhos inflacionários da intermediação financeira.

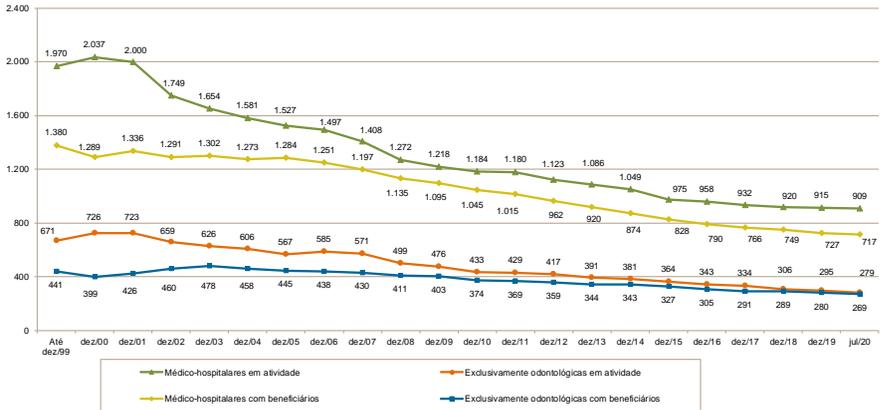
Com a implementação e aprimoramento da regulação da ANS, a partir de 2000, os agentes sem condições de atuação no mercado acabaram se vendo em situação vulnerável. Mesmo a ANS implementando as exigências prudenciais de forma gradual, com uso de escalonamento de regras, a necessidade de maior de gestão profissional e adoção de

⁷ Os planos podem ser de atendimento ambulatorial, internação hospitalar, atendimento obstétrico e atendimento odontológico; já sua abrangência geográfica, nacional, estadual, grupo de estados e municípios ou grupo de municípios.

⁸ Do ponto de vista da renda do consumidor, observam-se categorias superiores e básicas, classificadas segundo a qualidade da rede credenciada, necessidade de co-pagamento, padrão de acomodação, preço e regras de reembolso.

mecanismos de mitigação de riscos tiveram como consequência a saída do mercado dos agentes de maior risco.

Gráfico 1 – Evolução do registro de operadora com beneficiários no Brasil, por modalidade, de dez/1999 a jul/2020



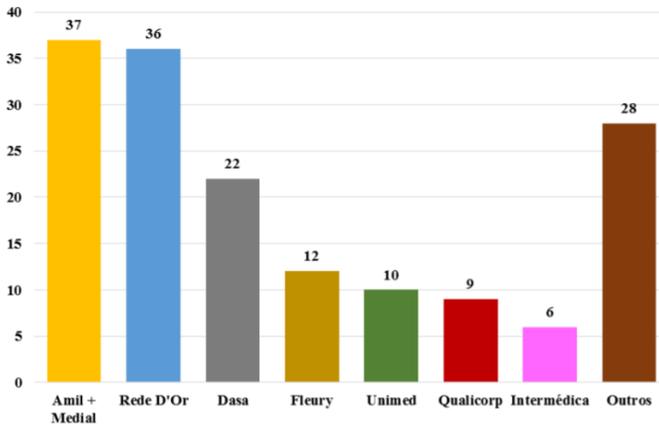
Fonte: CADOP/SIB - jul/20 e SIB/ANS – jul/20. Elaboração: ANS.

Assim, como se pode observar da análise do Gráfico 1, ao longo dos anos de fortalecimento da regulação e da supervisão da ANS, houve claro movimento de *redução* do número de *players* no setor: de 2.037, no ano 2.000, para 712, em 2020. Observou-se, ainda, decréscimo percentual de operadoras de pequeno porte, com aumento das de pequeno e médio porte (Ferreira e Pontual, 2020).

A diminuição do número de operadoras no setor decorreu tanto da saída de empresas devido a cenários de insolvência, como pela fusão ou aquisição por operadoras em melhor posição comercial. As concentrações foram impulsionadas também por fatores como recessão econômica, abertura do setor para o investimento estrangeiro e aportes de fundos de investimento nacionais. Esse movimento foi acompanhado pelo Cade, o qual até o ano de 2017 tinha analisado cerca de 150 atos de concentração

na cadeia produtiva da saúde suplementar.⁹⁻¹⁰ É interessante notar que 80% dos atos de concentração entre 2003 e 2017 nesse segmento tiveram como Requerente alguma das empresas líderes de seus mercados, como Amil, Rede D'Or, Dasa, Fleury, Unimed, Qualicorp e Notre Dame Inter-médica (NDI), evidenciando estratégia de expansão via operações de fusão e aquisição.¹¹

Gráfico 1 – Atos de concentração por grupo econômico - (2003 - 2017)



Fonte: Cade Elaboração: Departamento de Estudos Econômicos/Cade (2018)

Apesar do grande número de aquisições realizadas por determinados grupos econômicos, a análise da jurisprudência do Cade nesse período realizada pelo Departamento de Estudos Econômicos (2018) indica majoritária aprovação de atos de concentração, quase 70%. Dos 48 casos aprovados com restrição, 33 deles decorriam apenas da presença de cláusula de não concorrência.

Isso se deve, em parte, ao fato de que, especialmente até meados da década passada, havia o interesse primordial das empresas líderes nacionais em atuar de forma mais significativa nas capitais ou cidades com

⁹ (DEE/Cade, 2018.)

¹⁰ A cadeia produtiva da saúde suplementar envolve, além do mercado de assistência privada à saúde, o hospitalar e o de medicina diagnóstica.

¹¹ (DEE/Cade, 2018.)

alto potencial de consumo. Muitos municípios menores contavam com a presença de pequenas e médias empresas que constituíam monopólios ou lideranças locais fortes. Na medida em que os grupos econômicos líderes decidiram expandir o seu território interiorizando-se, passaram a adotar a estratégia de incorporar operadoras e hospitais em mercados relevantes onde ainda não possuem participação significativa, como vias de penetrar nesses novos mercados relevantes. Assim, considerando que a competição entre operadoras e entre prestadores do segmento médico-hospitalar se dá localmente, muitos dos atos de concentração não levantavam preocupações concorrenciais significativas na análise concorrenciais.¹²

Destaca-se ainda que, desde a crise de 2014, os beneficiários e as empresas contratantes vêm buscando alternativas com preços reduzidos para manterem seus contratos. Logo, ganharam participação nos mercados relevantes *players*, em especial verticalizados, que apostaram na estratégia de integração com prestador para reduzir custos. Talvez por isso, a verticalização passou a ser adotada de forma mais ampla no mercado: das 26 análises iniciadas e finalizadas pelo Cade no período entre 2016 e julho de 2020, 20 apresentaram integrações verticais entre planos de saúde e atividades de atendimento hospitalar. Isto é, quase 80% dos casos.

Na medida em que os grupos econômicos líderes passaram a adquirir outras operadoras de maior porte ou presentes nas mesmas áreas geográficas, os casos passaram a levantar maiores preocupações concorrenciais. Nos últimos 2 anos, a Superintendência do Cade está mais preocupada e mais casos estão sendo impugnados e chegando ao Tribunal. Se examinados os atos envolvendo apenas operadoras médico-hospitalares e prestadores em concentrações horizontais ou verticais, percebe-se

¹² Isso porque, conforme jurisprudência do Cade, o tempo e urgência são fatores importantes para determinar a disposição dos consumidores em se deslocar para receber atendimento médico por meio de planos de saúde, especialmente quando são necessários atendimentos relacionados a serviços de saúde de alta complexidade, prestados por hospitais (Leandro e Aranovich, 2019).

que em 2 casos¹³ a SG recomendou a impugnação. Porém, nesses casos o Tribunal decidiu pela aprovação, com restrições, imposição de remédios e assinatura de Acordo em Controle de Concentrações (ACC). A dinâmica da pandemia provocou fatores que tendem a intensificar sobremaneira o movimento de concentrações e verticalizações no setor e, potencialmente, trazer à análise do Cade casos mais complexos.

No entanto, antes de discutir o efeito da pandemia na dinâmica concorrencial do setor, apresenta-se o panorama da concentração horizontal e vertical no mercado de saúde suplementar.

3. Panorama da concentração horizontal e vertical no mercado de saúde suplementar

Ao se analisar especificamente a concentração de mercado em nível local no segmento de planos médico-hospitalares, onde se dá concretamente a competição das operadoras por beneficiários, detecta-se a prevalência de mercados relevantes moderadamente a altamente concentrados.¹⁴ Esses números são apresentados no¹⁵ [link] que contém análise de concentração de todos os 148 mercados relevantes para cada um dos tipos de planos (individuais, coletivo por adesão e coletivo empresarial), definidos o Brasil.¹⁶

¹³ Processo 08700.005705/2018-75, envolvendo Notre Dame Intermédica Saúde e Mediplan Assistencial; e Processo 08700.002346/2019-85, envolvendo Athena Saúde Espírito Santo Holding S.A., Casa de Saúde São Bernardo S.A. e São Bernardo Apart Hospital S.A. Recentemente a SG impugnou a aquisição da Plamed pela Hapvida, contudo ainda não houve decisão do Tribunal sobre o caso.

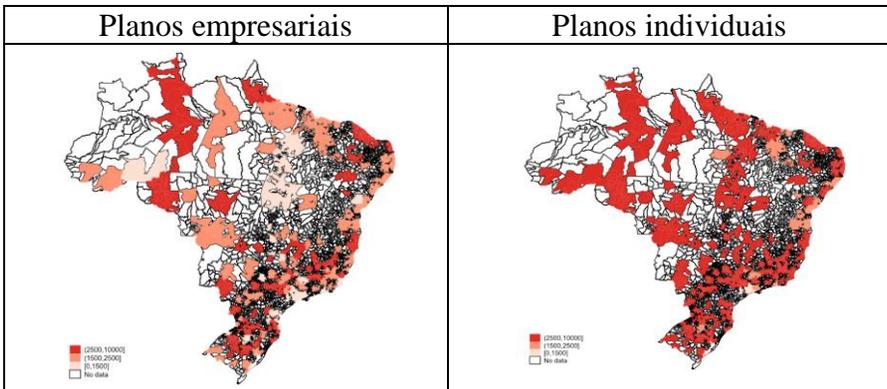
¹⁴ Entendido como moderadamente concentrados os com índice Herfindal - Hirschman (HHI) entre 1500 e 2500 pontos, e altamente, os com HHI maior ou igual a 2500 pontos.

¹⁵ O instrumento fornece um painel que permite comparar no tempo, e em todas as regiões do Brasil, a evolução dos índices de concentração nesse setor. Acesso em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOTY2ZWY4ZmEtMGMzNS00NGYxLWI4ZTctMWYxZTYxMDZmODBlIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNCliYmEzLTBmYjEzNmYmU1ZiJ9>

¹⁶ A ANS atualizou em 2020 sua definição de mercado relevante com base na metodologia desenvolvida por Ferreira e Pontual (2020). Os novos mercados relevantes

Segundo essa publicação, os mercados relevantes são altamente concentrados em 44% dos mercados relevantes de planos coletivos empresariais, em quase 75% dos de planos coletivos por adesão e em 91% dos individuais. Ademais, a probabilidade de exercício de poder coordenado é alta¹⁷ na expressiva maioria dos mercados relevantes: 64% dos de planos coletivos empresariais, 89% dos de planos coletivos por adesão e 97% dos de planos individuais. A figura 1 apresenta a distribuição geográfica e concentração de cada um dos mercados relevantes adotados pela ANS, para os planos empresariais e individuais.

Figura 1 – Mapa de HHI dos mercados relevantes geográficos



Fonte e elaboração: Ferreira e Pontual, 2020.

Ao avaliar a integração vertical das operadoras com hospitais gerais¹⁸ no setor como um todo, vê-se que 191 operadoras são

passaram a coincidir com a metodologia adotada na jurisprudência recente do Cade sob a ótica do produto, distinguindo os planos coletivos por adesão e empresariais. Sob o ponto de vista geográfico, no entanto, a nova metodologia utiliza o modelo de fluxos, calculado com dados somente da saúde suplementar, incluindo todas as operadoras que atuam no conjunto de municípios em análise. Para tanto, empregou base de dados Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS) recentemente implementada pela ANS, que contém microdados detalhados de cada um dos eventos ocorridos.

¹⁷ Entendida como *market share* das quatro maiores empresas no mercado relevante (C4) maior ou igual a 75%.

¹⁸ Apenas os hospitais gerais foram considerados tendo em vista a dificuldade de entrada nesse setor (Parecer da Superintendência no Processo nº

verticalmente integradas¹⁹ (27% das operadoras médico-hospitalares). São 293 hospitais verticalizados em 91 mercados relevantes (61% dos mercados relevantes mapeados pela ANS). Se considerarmos os hospitais do Grupo Unimed todos como verticalizados, em virtude do Grupo Econômico formado pela marca²⁰, o número de hospitais gerais eleva-se para 306 hospitais gerais verticalizados, espalhados por 95 mercados relevantes (64%). Qual é a participação dos grandes grupos econômicos nesses hospitais gerais verticalizados? 96 desses hospitais (33%) pertencem a grandes grupos econômicos, e, se considerarmos o Grupo Unimed no cômputo, 214 (70%).

Quando se observa os principais grupos econômicos que atuam no setor, em número de beneficiários, observa-se que a maioria deles são verticalizados em mais de um mercado relevante. Abaixo, representam-se os 4 grupos com maior participação conforme seus respectivos números de beneficiários, hospitais gerais e de mercados relevantes com operação verticalizada:

08700.004150/2012-59 e voto no Processo nº 08012.010094/2008-63 do conselheiro Elvino de Carvalho Mendonça), com elevados investimentos necessários (voto do conselheiro Fernando de Magalhães Furlan no Processo nº 08012.008853/2008-28). Nesse cômputo, somente foram considerados os hospitais Unimed diretamente ligados a uma operadora, conforme as bases de dados verificadas. Não se considerou todos os hospitais do Grupo Unimed invariavelmente como verticalizados, em virtude do Grupo Econômico formado pela marca.

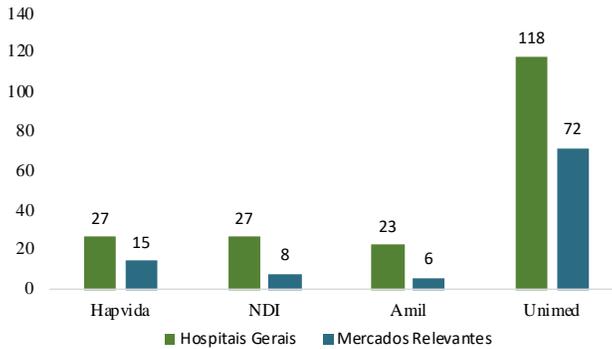
¹⁹ Atualizando-se metodologia adotada por LIMA (2013) utilizaram-se bases do Ministério da Saúde (CNES), da ANS (RPS, DIOPS e CADOP), além de julgados do CADE e buscas nos sites das operadoras. Vale destacar que a base do RPS teve aperfeiçoamentos recentes, o que robusteceu a construção da base de verticalizadas.

Esclarece-se que foram considerados apenas os hospitais gerais com leitos registrados.

Para avaliação dos grupos econômicos, usou-se do conceito do art. 4º da Resolução nº 2/12 do Cade, além dos julgados do Cade, verificando-se a base do CADOP para verificar as participações diretas e indiretas.

²⁰ Os Hospitais ligados às operadoras Unimed atendem beneficiários de outras cooperativas ligadas ao Sistema Unimed, em um sistema de intercâmbio, em geral não atendendo ou dando tratamento diferenciado para beneficiários de outras operadoras. Esse é mais um motivo, além do Grupo Econômico pelo uso de marca, para se considerarem os hospitais Unimed como verticalizados.

Gráfico 3 – Quantidade de hospitais gerais verticalizadas e mercados relevantes com operação verticalizada, conforme 4 Grupos Econômicos com participação



Fonte: Dados da ANS e Cade – jul/20. Elaboração própria.

Identifica-se que Hapvida e Notredame Intermédica possuem o mesmo número de hospitais gerais, mas o primeiro é o grupo com maior número de mercados relevantes onde possui operação verticalizada. Caso considerada a Unimed como grupo econômico pelo uso da marca, sua integralização é verificável em 72 mercados relevantes (quase 50%). Destaca-se, ainda, que os hospitais gerais verticalizados são em sua maioria de maior porte, quando comparados com os hospitais gerais privados em geral: a mediana é de 46 leitos por hospital geral verticalizados²¹.

Qual seria o risco, por exemplo, caso a operadora ou os prestadores de grandes grupos econômicos verticalizados (como Hapvida, NDI e Amil, por exemplo), porventura, viessem a ficar em situação de insolvência? Muito provavelmente, a falência de um dos braços do contaminaria o grupo econômico como um todo, com falência de repercussões sistêmicas. Como ficariam seus beneficiários? Além dos inconvenientes naturais da portabilidade, poderiam ter dificuldades de acharem concorrentes na mesma área geográfica. Pior, o fechamento de um hospital poderia fragilizar gravemente todos os beneficiários do respectivo mercado

²¹ Não houve diferença ao se comparar os números considerando-se ou não todos os hospitais do Grupo Unimed como verticalizados.

relevante, pelo desabastecimento de leitos provocado. Somente beneficiários de planos seriam afetados? Não, pois qualquer diminuição em número de planos contratados e desabastecimentos em rede de prestador acabam por afetar em cascata a saúde da população como um todo, pressionando vigorosamente o já combalido SUS.

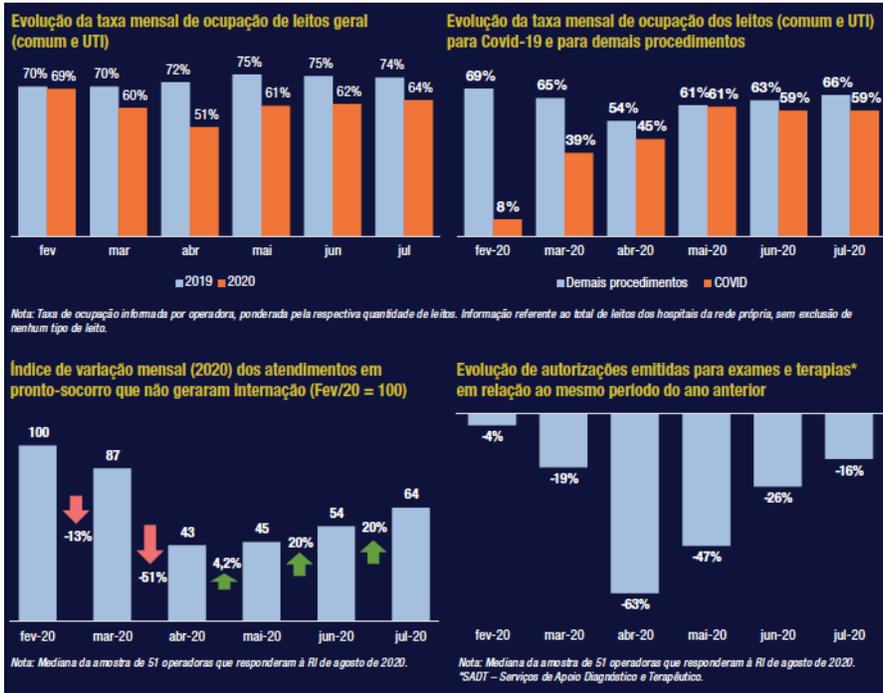
4. Impacto da pandemia do Covid-19 na dinâmica concorrencial do setor de saúde suplementar

O surto do novo coronavírus e as medidas de isolamento social para sua contenção tiveram grande impacto econômico no Brasil, trazendo quadro sem precedentes de vulnerabilidade para prestadores de saúde e folga financeira para operadoras de planos de saúde.

Os dados são mostrados pelo levantamento da ANS, com base em amostra representativa de operadoras e que resultaram no seu Boletim Covid-19 Saúde Suplementar.

A dinâmica da pandemia levou à queda brusca de procedimentos eletivos, fenômeno percebido mundialmente. Vejam-se os gráficos abaixo:

Gráfico 2 – Informações Assistenciais De Operadoras Verticalizadas



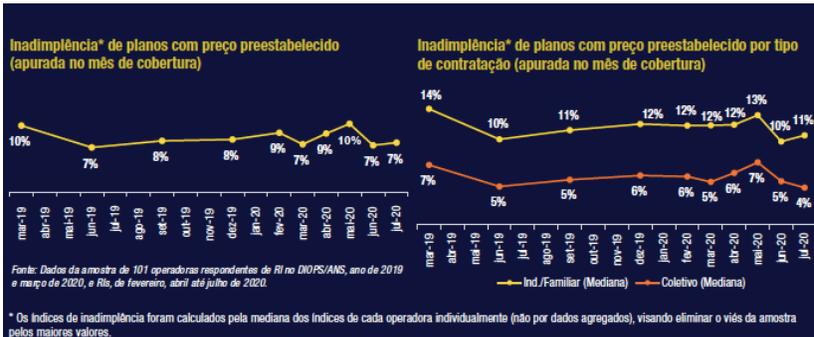
Fonte: Boletim Covid-19 Saúde Suplementar, 4ª edição, 2020.

Como se nota, a ocupação de leitos teve queda significativa desde fevereiro de 2020, sem que tenha retomado ao seu nível, em relação ao mesmo período de 2019. Já, de março a maio de 2020, houve queda acumulada de 64% na demanda por serviços de atendimento de pronto socorro, ainda bastante reduzida, se comparada com os números de fevereiro do mesmo ano. Queda expressiva também se deu nas autorizações para exames e terapias (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT) no período, sem que tenha retomado ainda ao mesmo nível do ano anterior.

Em paralelo, beneficiários e empresas contratantes realizaram esforços para a manutenção de contratos com operadoras, dada a tendência de demanda inelástica por planos médico-hospitalares, aguçadas pela emergência de saúde causadas pela pandemia e a restrição orçamentária

do SUS. Consequentemente, o nível de inadimplência foi sem grandes alterações até o momento²²:

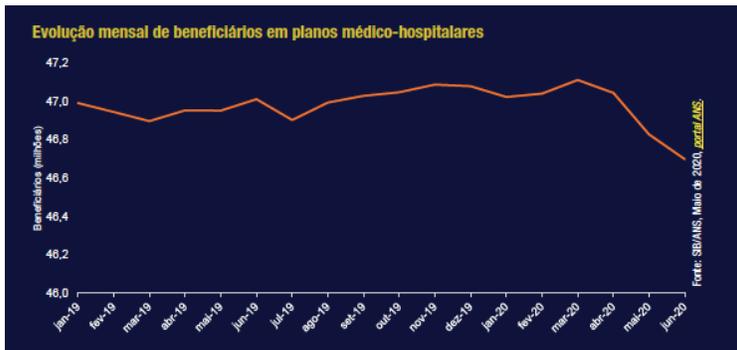
Gráfico 3 – Evolução dos Índices de Inadimplências em Planos com Preços Preestabelecidos



Fonte: Boletim Covid-19 Saúde Suplementar, 4ª edição.

Da mesma forma, o número de perdas de beneficiários foi relativamente reduzido:

Gráfico 4 – Informação sobre Planos Médico-Hospitalares Contratados

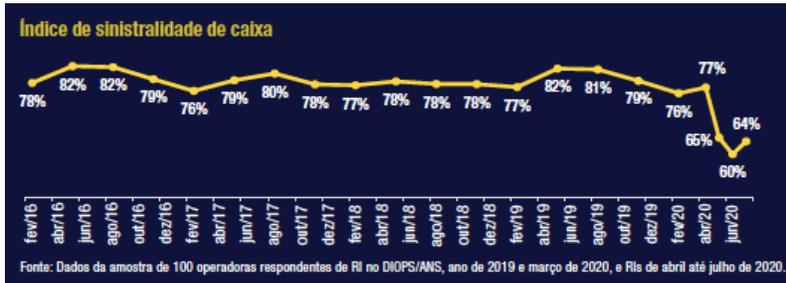


²² Observa-se uma leve elevação em maio. Contudo, como informou a ANS, a “elevação” se deveu em parte ao fato do indicador ser referente aos não pagamentos ao encerramento do mês. No mês de maio, o encerramento se deu no final de semana (data não útil), e os pagamentos, consequentemente, foram realizados no primeiro dia do mês subsequente.

Fonte: Boletim Covid-19 Saúde Suplementar, 4ª edição.

A situação favoreceu a queda de sinistralidade do setor (razão entre pagamentos por planos de saúde e as despesas assistenciais pagas pelas operadoras aos prestadores). Vide gráfico abaixo:

Gráfico 5 – Evolução do Índice de Sinistralidade de Caixa



Fonte: Boletim Covid-19 Saúde Suplementar, 4ª edição.

A combinação de queda de eletivas e sinistralidade, e relativa estabilidade ou pioras leves de inadimplência e manutenção de contratos de beneficiários levou à significativa folga de caixa para operadoras. O acúmulo de recursos desses *players* assim foi fenômeno observado em muitas jurisdições. Os relatórios de relacionamento com investidores de operadoras médico-hospitalares listadas em Bolsa também ressaltam esse

viés, tais como o Grupo Hapvida²³, Grupo Sul América²⁴, Bradesco Saúde²⁵ e NDI²⁶.

E como ficaram os prestadores de saúde? Se a situação criou cenário de folga de caixa para as operadoras de forma geral, acabou gerando aperto financeiro para os prestadores. Os reflexos nos prestadores foram opostos: a redução de procedimentos eletivos gerou fragilidade para esses agentes com custos fixos e dependência de giro altos. Somaram-se a isso, em alguns casos, aumento de preços de equipamentos de proteção individual (EPIs), escassez de médicos e enfermeiros e investimentos em construção de leitos.

Destaca-se, ainda, que o mercado de hospitais gerais, por exemplo, tem elevado número de *players* privados: mais de 3 mil²⁷. Em

²³ Destacou variação de EBITDA de "106,9% na comparação com o mesmo período do ano anterior, substancialmente mais alto do que o previsto devido principalmente ao adiamento temporário e sem precedentes dos processos eletivos". Por fim, confirmou continuidade de processo de consolidação e verticalização do Grupo, afirmando que "(p)ara isso, permanecemos com um balanço robusto, com alto índice de liquidez e baixo endividamento, e R\$ 3,4 bilhões de caixa livre". (HAPVIDA, 2º trimestre de 2020) p. 2-3.

²⁴ No seu segmento de saúde, ressaltou que tiveram bons índices de retenção de clientes e que meses bastante atípicos quanto à sinistralidade, "com uma redução acentuada nas frequências de procedimentos eletivos (...), o que, no curto prazo, mais do que compensou os custos adicionais que tivemos relacionados ao diagnóstico e tratamento de beneficiários com COVID-19". Ainda, frisou a "frequência de procedimentos eletivos vem sendo gradualmente retomada, em uma curva ascendente ao longo dos últimos meses após uma queda mais pronunciada em abril." (Sul América, 2º trimestre de 2020) p. 2.

²⁵ Destacou, "no comparativo com o 2T19, o crescimento do lucro líquido está refletindo a melhora da sinistralidade, em função da redução dos procedimentos eletivos". (Bradesco, 2º trimestre de 2020) p. 31

²⁶ Conferiu destaque à queda de sinistralidade, por redução de procedimentos eletivos, bem como crescimento da receita líquida de planos de saúde médico-hospitalares de 35,3% em relação ao 2º Trimestre de 2019. (NDI, 2º trimestre de 2020) p. 1 e 15.

²⁷ Fonte: CNES/DataSUS – jul/20. O número foi apurado com base no montante de hospitais gerais com leitos registrados. Caso considerados todos os hospitais, gerais e especializados, filantrópicos, privados, sindicatos e não informados, independente dos leitos, o montante representaria 6.237.

geral, esses hospitais são muito pequenos, com mediana de 18 leitos por hospital geral, 90% são independentes, não fazendo parte de rede de hospitais ou grupo econômico com representatividade. Estão mais concentrados nas áreas com maior cobertura de planos de saúde, quando comparados aos hospitais que oferecem serviços ao sistema público, de abrangência mais difundida. Muitos constituem monopólios locais ou têm uma importância local. Todas as essas características dos hospitais podem torná-los atraentes para a aquisição pelas operadoras. Tal cenário induz ao aumento de movimento de concentração vertical: *players* com folga de caixa adquirindo outros agentes com dificuldade de caixa e com alto investimento exigido para a entrada.

Com o surto de Covid-19, a tendência mundial é que concentrações horizontais se intensifiquem também. Isso porque, pela lei dos grandes números, empresas de porte reduzido ficam em situação mais vulnerável em relação a operadoras de maior porte em situações extremas. Ademais, a crise tende a afetar mais empresas locais de assistência médica, que dependem de pequenas e médias empresas como clientes. Isso mais uma vez pode gerar oportunidade para sua aquisição por operadoras de maior porte, que tendem a ficar em melhor situação, em termos comparativos.

Outra tendência com o surto de Covid-19 são as aquisições de operadoras e prestadores por grupos econômicos, visando ganhar penetração e aumentar sua participação em novos mercados relevantes se intensifiquem. Como se deu a partir de 2014, a crise econômica impulsionará novo movimento de *downsizing*, com pressão de demanda por planos de saúde com preços reduzidos. Isso cria mais outro forte incentivo para a verticalização: a estratégia de aquisição pelos grupos econômicos tem o potencial de reduzir custos, em especial via facilidade de implementação de modelos de pagamento por eficiência, havendo assim oportunidade de crescimento e maior concentração por esses *players*.

Inobstante ganhos de eficiência que possam ser gerados por essa maior concentração, esse cenário traz maiores preocupações tanto do

ponto de vista concorrencial, quanto do ponto de vista do grau de risco desses agentes. Com a inexistência de um regulador direto de prestadores, tal como a ANS, e a não extensão de regras prudenciais para esses agentes verticalizados, há a possibilidade de se criarem agentes suficientemente grandes para que representem risco sistêmico – *too big to fail*.

O problema de grupos econômicos com essa característica no segmento de médico-hospitalar pode ser, do ponto de vista humanitário, complexo: se uma operadora quebrar, e for a única da região, como ficariam os beneficiários daquela região? E se operadora fosse verticalizando, quebrando junto o único hospital local ou um conjunto significativo de hospitais? E se grandes grupos econômicos com atuação nacional muito expressiva quebrassem? Como ficaria o pagamento de serviços médicos já realizados? Como ficaria o atendimento de beneficiários já internados, e em situação vulnerável ou estado grave? Seria factível a absorção por outro grupo econômico de uma carteira de mais de dois ou cinco milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares? Pior: em todos esses cenários, caso os beneficiários não conseguissem portabilidade para outras operadoras, fariam pressão no SUS no Brasil, o qual, como se sabe, já atua com sua capacidade sobrecarregada e em cenário de estrangulamento orçamentária que só tende a se agravar em médio e longo prazos.

Grandes grupos econômicos verticalizados, além sua polpuda carteira de beneficiários, possuem muitos hospitais em diferentes cidades ou detêm *market share* expressivamente elevado em dados mercados relevantes, aumentando seu risco. Se um desses grupos apresentar um processo de falência, por exemplo, poderá afetar profundamente o sistema de saúde de muitas cidades ou mesmo desabastecer temporariamente sistemas de saúde de um mercado relevante. Ademais, com a quebra de uma operadora, beneficiários e empresas contratantes dependem da existência de concorrentes, no mercado relevante, para permanecerem contratando planos de saúde.

Por esses motivos, a concentração do mercado de saúde suplementar em grandes grupos econômicos verticalizados traz desafios adicionais para a regulação prudencial. Apesar de uma ampla carteira de beneficiários reduzir o risco de insolvência da operação, pela pulverização

provocada pela lei dos grandes números e a melhor capacidade de suportar financeiramente perdas numa carteira maior e mais diversificada, a saída do mercado de um desses grupos econômicos tem repercussão potencialmente sistêmicas. Gerenciar esse tipo de crise seria altamente complexo dado os instrumentos regulatórios que a ANS possui atualmente. Por isso, é importante discutir a implementação de uma regulação adaptada a esse tipo de agente regulado, ajustada à natureza, escala e complexidade que sua insolvência representaria ao mercado. Contudo, essa regulação não deveria ser aplicada de forma homogênea no setor, sob pena da regulação prudencial se tornar uma barreira a entrada para as empresas que não contam com essas características.

Vale lembrar que as barreiras à entrada em hospitais também são elevadas, tendo em vista o alto investimento e especialização exigidos para a entrada e os custos fixos elevados para sua operação. Dessa forma, na medida em que a verticalização do setor se intensifica, principalmente por parte de grupos econômicos com grande número de beneficiários, é possível que a firma integrada consiga impor desvantagens aos seus competidores, dificultando a entrada de novas firmas e a permanência de empresas já estabelecidas. Essa questão pode tornar mais complexa a análise dos atos de concentração por parte do Cade.

5. Conclusão

Como visto neste trabalho, a consolidação mudou de perfil no setor de saúde suplementar. O grau de concorrência horizontal vem se elevando, assim como de concentração horizontal. O surgimento de conglomerados, em muitos casos verticalizados, de forte atuação regional ou mesmo nacional, adicionalmente é fator que chama a atenção.

Com o surto do Covid-19 e suas consequências, o cenário de concentração horizontal e vertical tende a intensificar-se, seja pela situação de caixa favorável das operadoras, em contraste como uma situação desfavorável dos prestadores, seja pela estratégia de grupos econômicos de adquirirem *players* para aumentarem sua penetração em novos

mercados relevante. Os últimos movimentos do mercado de saúde suplementar nos convidam a revisitar o tema.

O resultado é a consolidação de *players* de grande porte e fortemente verticalizados com hospitais em múltiplos mercados relevantes. Esse cenário traz preocupações concorrenciais. Em última instância a verticalização pode aumentar a barreira à entrada, exigindo que operadoras concorrentes passem a ter que fazer investimentos para aquisição ou construções de hospitais nesses mercados. O cenário poderia chamar atenção das autoridades antitruste, podendo resultar em medidas mais restritivas na análise de atos de concentração desse mercado, tendo o poder de provocar uma mudança de rota nas decisões do Tribunal do Cade.

Ademais, exige uma regulação prudencial mais incisiva que considere não apenas os riscos da operação, mas também as consequências da falência dessas operadoras, com a elevação do risco de desabastecimentos de sistemas privados e até públicos em mercados relevantes nos quais esses agentes tenham penetração significativa. A regulação setorial empregada às operadoras já resulta em barreiras à entrada elevadas, principalmente para agentes de pequeno porte. Como no setor bancário, a imposição de regras prudenciais para mitigar o risco acaba também por estimular, indiretamente, uma maior concentração no setor. Dessa forma, é necessário implementar uma regulação proporcional, que crie exigências proporcionais aos riscos dos grandes grupos verticalizados que representem risco sistêmico, diminuindo o risco de insolvência dessas operações e seus efeitos sociais e humanitários.

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar 2019. Rio de Janeiro: ANS, 2020^a. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOTY2ZWY4ZmEtMGMzNS00NGYxLWI4ZTctMWYxZTYxMDZmODBmliwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>

_____. Boletim Covid-19 Saúde Suplementar, 4a edição. Rio de Janeiro: ANS, 2020^b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-aans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5905-ans-divulga-dados-atualizados-sobre-utilizacao-dos-planos-de-planos-de-saude-durante-a-pandemia>

ARROW, K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, December, 53: 941-973. 1963.

BRADESCO. Relatório para investidores. Resultado Trimestral, 2º trimestre de 2020. Disponível em: https://www.bradesco.com.br/siteBradescoRI/Uploads/Arquivos/Relatorios/725/725_1_Book_Port.pdf.

CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA. Atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica. Cadernos do Cade. Departamento de Estudos Econômicos, 2018. Disponível em: <http://www.Cade.gov.br/aceso-a-informacao/publicacoes-institucionais/publicacoes-dee/Cadernos-do-Cade-atos-de-concentracao-nos-mercados-de-planos-de-saude-hospitais-e-medicina-diagnostica.pdf>.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR; IBOPE INTELIGÊNCIA. Pesquisa IESS/IBOPE. Rio de Janeiro: IESS e IBOPE, 2019. Disponível em: https://iess.org.br/?p=publicacoes&id=1021&id_tipo=15.

FERREIRA, L., PONTUAL, E. Delimitação de Mercados Relevantes de Planos De Saúde e Análise de Concentração. Dissertação (mestrado) - Fundação Getulio Vargas, Escola Brasileira de Economia e Finanças. 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/29419/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Leonardo%20Fernandes%20Ferreira%20-%20vers%C3%A3o%20final%20Biblioteca%20FGV.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

GAYNOR, M., VOGT, W. B., Antitrust and Competition in Health Care Markets. in *Handbook of Health Economics*. Anthony J. Curlyer and

Joseph P. Newhouse, Editors, Amsterdam: North-Holland. pp. 1405–1487 (Capítulo 27) 2000.

GAYNOR, M., Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe (but that's not final). [Editorial]. *Journal of Health Economics* 25 (2006) 175–180. 2006.

HAPVIDA. Relatório para investidores. Resultado Trimestral, 2º trimestre de 2020. Disponível em: <https://api.mziq.com/mzfilemanager/v2/d/6bbd1770-f9f4-44e8-a1b1-d26b7585eec1/2751dc9f-1a8d-dd53-350c-63c3881a50de?origin=1>. 2020. p. 2-3.

LEANDRO, T.; ARANOVICH, T. Regulação e Concorrência no Mercado de Saúde Suplementar: Debate sobre o Mercado Relevante entre o Cade e a ANS. em: Livro Mulheres no Antitruste, Volume II. 2019. Disponível em: <https://www.womeninantitrust.org/publicacoes>

NOTRE DAME INTERMÉDICA. Relatório para investidores. Resultado Trimestral, 2º trimestre de 2020. p. 1 e 15. Disponível em https://s3.amazonaws.com/mz-filemanager/0c822d83-2c10-4c55-be63-e1a7bb804bee/f1b14440-2070-44c9-9bef-d0ad00097c7c_gndi3_earnings_release_2t20_port.pdf.

LIMA, T. 2013. Integração Vertical na Saúde Suplementar: mapeamento da integração entre hospitais gerais e planos de saúde. VIII Prêmio da SEAE, Concurso de Monografia sobre os temas de Defesa da Concorrência e Regulação da Atividade Econômica. 2013. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/integracao_vertical_na_saude_suplementar_mapeamento_da_integracao_entre_hospitais_gerais_e_planos_de_saude.pdf

SUL AMÉRICA. Relatório para investidores. Resultado Trimestral, 2º trimestre de 2020. Disponível em: <https://api.mziq.com/mzfilemanager/v2/d/e8c6cbd2-1c84-422b-ae5f-a166e084bf7e/bf7a05a3-128d-38b8-0af6-7aa6283a885d?origin=1>.

ZECKHAUSER, R., 1970. Medical insurance: A case study of the tradeoff between risk spreading and appropriate incentives, *Journal of Economic Theory*, Elsevier, vol. 2(1), pages 10-26, March. 1970.