



VIII PRÊMIO SEAE– 2013

Tema 1- Defesa da Concorrência

Inscrição: 8



CLASSIFICAÇÃO: 1º Lugar

Título da Monografia:

Integração Vertical na Saúde Suplementar: mapeamento da integração entre hospitais gerais e planos de saúde.

Tatiana de Macedo Nogueira Lima

(34 anos)

Rio de Janeiro - RJ

Doutora em Teoria Econômica - IPE/USP.

Assessora de Desenvolvimento Setorial - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Integração Vertical na Saúde Suplementar: mapeamento da integração entre
hospitais gerais e planos de saúde

Setembro/2013

Resumo

A literatura econômica aponta tanto ganhos de eficiência como aumento de poder de mercado como possíveis motivações para integração vertical. No setor de saúde suplementar brasileiro, ainda que vários autores mencionem um processo de integração vertical, há poucos dados disponíveis sobre o tema. Este trabalho tem como objetivo principal mapear os processos de verticalização entre hospitais gerais e operadoras de planos de saúde no Brasil, identificando a importância dos prestadores verticalizados nos mercados locais e o grau de concentração da cadeia, medido pelo índice desenvolvido por Gans (2005). Para isso, foram usados dados provindos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e de bancos de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Também foram coletadas informações nos sites das operadoras de planos de saúde e do CADE. Os resultados mostram que a verticalização entre hospitais gerais e operadoras de planos de saúde ainda é pouco disseminada no Brasil – hospitais gerais verticalizados estão presentes em menos de 10% dos municípios –, mas, nos mercados onde há agentes verticalizados, eles têm grande poder de mercado. Esses resultados mostram que, ainda que pouca abrangente, analistas antitruste devem prestar especial atenção aos processos de verticalização na saúde suplementar.

Sumário

I. Introdução	4
II. Questões Metodológicas	10
II.I. Definição de integração vertical	12
II.II. Relações societárias	14
II.III. Mercados relevantes de interesse	16
II.IV. Índices de integração vertical	22
III. Dados	27
IV. Resultados	38
V. Conclusão	49
Referências	50
Anexo – Resultados I ₄	54

I.Introdução

A literatura econômica¹ aponta duas motivações principais para a verticalização de uma cadeia de produção. A primeira é a promoção de ganhos de eficiência. Ao verticalizar-se uma empresa pode influir diretamente na organização do ente a jusante ou a montante da cadeia, o que lhe permite adotar processos produtivos e administrativos que minimizem os custos totais desde a manufatura da matéria-prima até a comercialização ao consumidor final. Além disso, agentes integrados passam a ter como função objetivo, a maximização do lucro conjunto, não havendo divergências de interesses que, em certos casos podem gerar ineficiências e reduzir o bem-estar social, como é o caso da dupla monopolização.

A segunda motivação para uma integração entre dois elos de uma cadeia pode ser afetar de tal forma a concorrência, que seja possível à empresa integrada aumentar abusivamente seus lucros. Se a empresa dominar, pelo menos, um dos elos da cadeia, pode ser possível a ela negar-se a fornecer insumo essencial à produção do bem final ou prestar serviços a concorrentes a montante que lhes permitam alcançar o consumidor. Ainda que não haja recusa total, a possibilidade de praticar preços mais altos aos concorrentes, aumentando os custos dos rivais, traria por si só prejuízos à competição e diminuição do excedente total da economia.

Como as duas possíveis motivações para processos de verticalização têm sentido opostos, não é possível, *a priori*, determinar quais os efeitos líquidos de processos dessa natureza. Setores diversos, em diferentes lugares do mundo, passaram por ciclos de verticalização, cujos resultados mantêm-se controversos mesmo anos após

¹ Para uma análise de potenciais benefícios da integração, ver GROSSMAN e HART (1986). Para a análise de potenciais efeitos negativos, ver, entre outros, REY e TIROLE (2007).

encerrados esses ciclos. No Brasil, atualmente, diversos analistas têm afirmado que o setor de saúde suplementar brasileiro está verticalizando-se². Corroboram essas afirmações, as aquisições, por uma grande operadora de planos de saúde, de diversas participações em empresas prestadoras de serviços médico-hospitalares e de diagnósticos, concomitantemente ao aumento de investimentos de cooperativas médicas no setor hospitalar.

Os efeitos da integração vertical no setor de saúde suplementar brasileiro dependem do grau, ou seja, de como esse processo afeta a organização da cadeia em cada mercado local e de como possíveis reorganizações da cadeia localmente afetam a concorrência, e da abrangência desse fenômeno, ou seja, como se dissemina ao longo do País, avaliando-se quantos e quais são os mercados afetados. De modo geral, como em outros setores, as motivações tanto podem estar relacionadas com ganhos de eficiência como com o aumento de poder de mercado.

Nesse sentido, é possível elencar algumas razões, relacionadas ao aumento de eficiência, para a integração vertical de prestadores de serviços de saúde e operados de planos. Primeiramente, vale notar que a maior parte dos hospitais brasileiros é de pequeno porte³ e tem gestão pouco profissionalizada, sendo comum que as pequenas unidades não tenham cargos de gerência financeira, recursos humanos, entre outros (COUTTOLENC e LA FORGIA, 2009). Aprimorar a gestão hospitalar e tornar a escala eficiente, o que tende a ocorrer quando essas pequenas unidades são adquiridas por agentes maiores e mais profissionalizados, tendem a reduzir custos assistenciais.

² Por exemplo, Santacruz (2011) menciona uma “tendência de verticalização” que vem sendo observada. Leandro (2010) afirma que as operadoras, para impedir reduções significativas em sua margem de lucro, buscaram opções, dentre as quais está a verticalização.

³ Enquanto a evidência internacional (ver, por exemplo, La Forgia e Couttolenc, 2009) sugere que o tamanho ideal de um hospital varia entre 150 e 250 leitos, 53% dos hospitais brasileiros têm menos de 50 leitos e 87% menos de 150 leitos.

A aquisição de prestadores por operadoras de planos de saúde tende também a alinhar interesses de ambos os agentes, o que não acontece quando não são integrados e a remuneração é definida com base nos procedimentos realizados, como é o caso da maior parte dos pagamentos realizados por operadoras a prestadores no País. Esse modelo de pagamento incentiva o aumento da produção, ao mesmo tempo em que não estimula o controle sobre o uso de materiais e medicamentos. Tanto o aumento desnecessário da produção quanto o maior uso de materiais tendem a impactar negativamente os resultados das operadoras, apesar de, nesse sistema, não prejudicarem os próprios prestadores. Quando o prestador é integrado à operadora, o resultado a ser maximizado é de todo o sistema e não de cada ente, separadamente.

No caso do setor de saúde suplementar brasileiro, é possível haver uma terceira razão para movimento de verticalização. Sendo o atendimento da demanda dos beneficiários de planos dependente da existência de prestadores de saúde e o ritmo de crescimento do número de beneficiários maior que o do número de leitos hospitalares⁴, entre outros recursos, é necessário aumentar a infraestrutura de prestação de serviços de saúde brasileira para que a saúde suplementar continue crescendo. A maior parte dos agentes que atua na prestação de serviços de saúde, contudo, tem capacidade financeira limitada para ampliar a oferta. O acesso a capitais de terceiros também é restrito, haja vista que é proibida a participação de capital estrangeiro em hospitais e outros prestadores sem que haja lei específica que regulamente essa participação. A associação com operadoras de planos de saúde pode ser um meio para que os prestadores obtenham recursos para ampliação ou

⁴ Nos últimos cinco anos, enquanto o número de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares cresceu, aproximadamente, 4% ao ano, conforme o Sistema de Informações de Beneficiários – SIB – da ANS, o número de leitos hospitalares para internação disponíveis à saúde privada (leitos não SUS) aumentou à taxa anual de 2,2%, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

modernização de suas instalações e uma estratégia para que os planos possam atender todos os beneficiários.

Apesar da existência de possíveis eficiências, se é verdade que o setor de saúde suplementar passa por um ciclo de integração vertical, esse processo merece atenção dos analistas antitruste, já que a verticalização de prestadores de saúde pode tornar ainda mais difícil a entrada em setores em que a jurisprudência concorrencial já mostra haver inúmeras barreiras.

Um dos primeiros passos para entender a verticalização no setor de saúde suplementar brasileiro é mapear o fenômeno e, em especial, a concentração na cadeia da saúde suplementar brasileira, o que será feito neste trabalho. Utilizando-se informações extraídas do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES – do Ministério da Saúde, de informações que compõem o registro de planos de saúde, prestadas pelas operadoras de planos de saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, validadas com informações das demonstrações financeiras das operadoras apresentadas à ANS, dados disponíveis na internet e no cadastro de operadoras da Agência e dados do sistema de informações de beneficiários – SIB – da ANS, analisou-se o grau de verticalização de operadoras de planos de saúde e hospitais gerais em cada mercado relevante e, no plano geral, a abrangência desse fenômeno em relação ao setor de saúde suplementar no País como um todo.

A decisão de ater-se a relação com hospitais gerais justifica-se porque, entre os vários segmentos de prestadores de serviços de saúde, o setor hospitalar apresenta características que tornam difícil a entrada. Conforme parecer da Superintendência-Geral do CADE no processo nº 08700.004150/2012-59, a jurisprudência do CADE

considera a entrada no setor intempestiva por requerer no mínimo dois anos desde o projeto inicial⁵. Em seu voto no processo nº 08012.010094/2008-63, o conselheiro Elvino de Carvalho Mendonça elenca outras características do setor que dificultam a entrada:

O custo inicial de implantação e aquisição de equipamentos representa uma forte barreira à entrada no mercado relevante de Prestação de Serviços Médico Hospitalar (hospital geral), de maneira que quanto maior for a especialização dos serviços ofertados, melhor será a tecnologia empregada, e, conseqüentemente, mais custosa também será. Adicionalmente, é importante frisar que equipamentos médicos com tecnologias mais avançadas exigem corpo técnico especializado capazes de operá-los e integrá-los ao conjunto de serviços ofertados no hospital.

Voto, no processo 08012.010094/2008-63, fls. 1029.

Em outros processos nos quais foram analisadas operações no setor hospitalar, ressaltaram-se os investimentos necessários para a abertura de um estabelecimento e a escala mínima viável (por exemplo, no voto do então conselheiro Fernando de Magalhães Furlan no processo nº 08012.008853/2008-28). Assim, ainda que, em alguns mercados relevantes, haja competição no setor, as condições de entrada propiciam a concentração.

A determinação de um método para avaliar-se o grau de integração vertical e a concentração na cadeia da saúde suplementar foi feita, considerando-se paralelos de índices tradicionalmente utilizados para avaliação da concentração horizontal, como o C4⁶ e o índice de Herfindahl-Hirschman⁷ (HHI). O primeiro índice utilizado neste trabalho visa medir a importância dos hospitais verticalizados em relação ao

⁵ Parecer da Superintendência no processo 08700.004150/2012-59, p. 15.

⁶ O C4 é a soma das participações das quatro maiores concorrentes em um mercado.

⁷ O HHI é resultado da soma dos quadrados das participações de mercado de todos os concorrentes.

conjunto de hospitais em um mercado, sendo calculado pela soma da participação dos quatro maiores hospitais gerais integrados a operadoras de planos de saúde em um dado mercado. A principal dificuldade em utilizá-lo relaciona-se ao fato de a maior parte dos mercados relevantes de hospitais ser monopolizada. A segunda medida é o índice desenvolvido por Gans (2005) (conhecido como VHHI ou índice de Gans), uma adaptação do HHI que visa medir a concentração não apenas em um elo, mas em toda a cadeia produtiva. Com esse fim, o índice considera as participações de mercado das firmas no setor a jusante, mas também, quando relevante, a participação das firmas integradas no setor a montante. Um dos principais pontos positivos desse índice é que sua escala é semelhante a do HHI e que ambos são, de certo modo, comparáveis. A principal desvantagem é que, no modelo que lhe dá origem, não é contemplada a possibilidade de que uma firma participe do mercado a montante para aumentar o preço do insumo (CANÊDO-PINHEIRO e PIONER, 2006).

Os resultados mostram que a maior parte dos municípios onde há um hospital com leitos disponíveis a pacientes não SUS são monopolizados (mais de 70%), sendo que em 44 desses municípios o hospital é vinculado a uma operadora. Em 430 municípios, há dois ou mais hospitais que prestam serviços a pacientes não provenientes da saúde pública, sendo que em 149, há hospitais verticalizados. Nessas cidades, a participação de prestadores verticalizados média é superior a 48%, o que indica ser a verticalização um fator a ser considerado quando se analisa o setor hospitalar. Quando se analisa o impacto da verticalização na cadeia, por meio do VHHI, a moda do impacto, comparando-se ao HHI, é nula, mas, em alguns mercados, a concentração aumenta substancialmente. Caso se considere não um mercado de insumos, que compreende todos os planos de saúde, mas os mercados

da saúde suplementar, como definidos em relação ao consumidor final, esse aumento é mais forte na cadeia de planos individuais, por as operadoras verticalizadas terem maior participação nesse mercado.

Os resultados serão apresentados e discutidos com mais profundidade na quarta seção deste trabalho. Antes disso, nas seções anteriores, serão apresentadas questões metodológicas relevantes para o cálculo dos índices e os dados utilizados para esse cálculo. A última seção é destinada às considerações finais.

II. Questões Metodológicas

Quando se inicia um estudo, é preciso definir seu objeto. Em certos casos, os conceitos utilizados são conhecidos e compreendidos da mesma forma por todos, o que torna desnecessário conceituar o objeto no próprio trabalho. Em outros casos, são apresentados conceitos novos, que, por isso, devem ser definidos e explicados. Por último, há aqueles casos nos quais os termos centrais do estudo são bastante disseminados, mas são utilizados de diferentes maneiras. Este é o caso do termo integração vertical ou verticalização. É por isso que a primeira parte desta seção será utilizada para definir o que se entende por integração vertical (ou verticalização) neste trabalho.

Tendo-se definido o objeto, é necessário fazer escolhas relacionadas aos diferentes recortes possíveis da realidade para aplicação da metodologia. Esses recortes podem afetar o resultado final do trabalho e, por isso, devem ser explicitados e justificados. No caso em tela, duas questões são centrais para o adequado tratamento do tema. A primeira diz respeito às relações societárias abrangidas por este trabalho. Embora na primeira parte desta seção seja definida o que é

integração vertical, não se discute como esse conceito se reflete em termos de relações formais – ou informais – entre os agentes. Pode parecer evidente que sempre que duas empresas fizerem parte de um mesmo grupo econômico ou uma possuir, ainda que parcialmente, a outra, elas possam ser consideradas integradas. Recentemente, o voto do então conselheiro Elvino Mendonça no processo nº 08012.010094/2008-63 ampliou a gama de relações societárias suficientes para que se considerem dois agentes integrados. Como o voto trata da relação entre hospitais e operadoras, faz-se necessário discuti-lo.

Do ponto de vista das relações horizontais, seria ideal que operadoras pertencentes a um mesmo grupo econômico ou hospitais de uma mesma rede fossem também considerados agentes integrados. Não há, contudo, fontes que mapeiem todas essas relações na saúde suplementar ou entre hospitais. As escolhas feitas em decorrência dessa limitação também são explicitadas nesta seção.

O cálculo dos dois índices de verticalização requer, ainda, que se estabeleçam, previamente, quais agentes competem entre si ou, em outras palavras, quais os mercados relevantes nos quais operam hospitais gerais e operadoras de planos de saúde. As definições utilizadas neste trabalho serão aquelas consolidadas pela jurisprudência do CADE, que serão apresentadas brevemente após a discussão das relações societárias.

Superadas essas questões preliminares, esta seção encerrar-se-á com a discussão dos índices a serem utilizados no trabalho, tendo-se em vista, principalmente, o que pretendem apontar. Desse modo, embora seja referida literatura, não se atentará para a explicitação de modelos, mas para a forma de cálculo e o que representam possíveis resultados.

II.I. Definição de integração vertical

Perry (1989), citado em Canêdo-Pinheiro e Pioner (2006), afirma que uma firma pode ser descrita como verticalmente integrada "se abrange dois processos produtivos em que: a) toda a produção do processo *upstream* é empregada como um insumo intermediário no processo *downstream* ou; b) toda a produção do processo *downstream* é obtida de parte (ou de toda) a produção do processo *upstream*". (Canêdo-Pinheiro e Pioner (2006), p.465) Nesta nota, como fizeram Canêdo-Pinheiro e Pioner (2006), serão consideradas integrada verticalmente firmas que abrangem dois processos produtivos tal qual descrito acima (itens a e b) e também aquelas em que apenas parte da produção do processo *upstream* é utilizada como parte do insumo do processo *downstream*, usualmente chamadas pela literatura de parcialmente integradas verticalmente.

A literatura mostra que não se pode determinar a priori os efeitos na eficiência do setor e no bem-estar do consumidor da existência de uma ou mais firmas integradas verticalmente em um mercado. É possível que haja ganhos de eficiência com a integração vertical, seja pelo alinhamento de interesses, pelo fim de dupla monopolização⁸, pela diminuição dos custos de transação ou por melhoria de gestão. Também é possível que a integração vertical aumente a capacidade de uma firma de empreender condutas anticoncorrenciais ou aumente seu poder de mercado, de forma a afetar perniciosamente a dinâmica de um setor. Embora seja preciso analisar os processos de integração e avaliar seus impactos para se verificar se prevalecem os efeitos de ganhos de eficiência ou de poder de mercado, Canêdo-Pinheiro e Pioner (2006) afirmam que uma condição necessária para que uma

⁸ Para uma explicação do problema da dupla monopolização, ver TIROLE, Jean (1988), p. 174-176.

integração vertical reduza o excedente do consumidor é que pelo menos uma das firmas integradas tenha poder de mercado.

No setor de planos de saúde, Andrade et ali. (2010) constatou que a maior parte dos mercados é caracterizada pela concentração. Nas muitas vezes em que o CADE analisou atos de concentração na saúde suplementar também constatou que os mercados nos quais ocorriam as operações eram bastante concentrados, como por exemplo, no processo nº 08700.003978/2012-90, que analisou a aquisição pela Unimed de Franca – cooperativa de trabalho médico – do Hospital Regional de Franca. Integrações verticais nesse setor, portanto, podem, a princípio, tanto ter efeitos positivos em termos de eficiência como gerar preocupações concorrenciais. Para saber, contudo, se a verticalização é um fator de preocupação para a autoridade regulatória, é preciso primeiro saber se esse é um processo sistemático ou de grande disseminação nos mercados de saúde suplementar⁹.

Como mencionado na introdução, a análise abrangerá apenas a integração vertical ente operadoras de planos de saúde médico-hospitalares e hospitais gerais. Operadoras médico-hospitalares comercializam um produto que, resumidamente, caracteriza-se pela oferta de atendimento em redes de prestadores de saúde ou pelo reembolso dos valores pagos a seus clientes a esses prestadores. O cliente beneficia-se porque paga, em geral, uma quantia fixa pelo produto (plano de saúde) e pode usar a rede prestadora na medida de suas necessidades, ainda que o custo de atendimento dessas necessidades seja superior ao valor pago à operadora. O prestador de serviço de saúde, nesse sistema, apesar de atender diretamente o beneficiário do plano, é um fornecedor de serviços à operadora, que é a responsável

⁹ Potenciais efeitos negativos de operações pontuais de verticalização são avaliados pela autoridade antitruste e, quando constatados, são propostas medidas que anulem esse efeito ou, em casos nos quais isso não é possível, é proibida a operação.

pela sua remuneração. Assim, o prestador de serviços de saúde, neste caso, hospitais gerais, podem ser considerados o setor a montante (*upstream*), e as operadoras, o setor a jusante (*downstream*).

II.II. Relações societárias

As relações tratadas neste trabalho compreendem tanto integrações verticais parciais quanto totais. Em termos societários, essas relações podem se manifestar de diversas formas, desde participações minoritárias ao controle total, mas, em todos os casos, o pressuposto é que há uma relação de propriedade que une estabelecimentos e operadoras, de modo que a operadora (ou o hospital) tenha no hospital (ou na operadora) poder de controle isolado ou compartilhado (quando o acionista, ainda que não determine as ações da empresa, pode limitar a atuação dos outros acionistas).

Uma terceira situação societária possível é a influência relevante, estabelecida, conforme voto do então Conselheiro Ricardo Cueva no ato de concentração nº 08012.010293/2004-48, quando é possível presumir comportamento cooperativo entre os agentes. Essa situação é mais fluida e substancia-se, em geral, em participações minoritárias, nem sempre diretas, como revela o voto do então Conselheiro Elvino de Carvalho Mendonça no processo nº 08012,010094/2008-63. Nesse voto, considerando a participação acionária do Hospital das Clínicas de Niterói, controlado pelo grupo Amil, na Medise, na qual também têm participação Jorge Neval Moll Filho e Alice Junqueira Moll, o referido Conselheiro entendeu que “o Grupo Amil tem poder para interferir tanto no desempenho operacional, quanto

*mercadológico do Grupo FMG” (voto no processo 08012.010094/2008-63, fls. 1010),
concluindo, assim, seu voto:*

Por todo o exposto, tendo em vista que o Grupo Amil tem acesso a informações sensíveis da MEDISE e que, por intermédio da MEDISE e dos hospitais que essa controla (Hospital Barra D’Or e Hospital Rios D’Or), o Grupo Amil tem poder para afetar investimentos, compra conjuntas de equipamentos, etc. nos demais hospitais da rede D’Or (Grupo FMG) quando os hospitais controlados pela MEDISE são envolvidos, entendo que a inclusão do Grupo FMG e do Grupo Amil em um mesmo grupo seja a decisão mais acertada para implementar a análise de possibilidade de poder de mercado no presente caso. Tendo este entendimento, procedo a análise da participação de mercado considerando os Grupos FMG e Amil em um mesmo grupo econômico.

Voto do Conselheiro Elvino de Carvalho Mendonça no processo 08012.010094/2008-63, fls. 1012

A conclusão do voto supracitado relaciona dois dos maiores agentes nos setores hospitalar e de planos de saúde e, por isso, não pode ser ignorada. Como se tratam de relações mais fluidas, apresentaremos os resultados considerando os hospitais da Rede D’Or como integrados ao grupo Amil e também como se esses hospitais (afora os que a Amil tem participação direta) fossem independentes.

Em termos de relações horizontais, seria ideal que operadoras pertencentes a um mesmo grupo econômico ou hospitais de uma mesma rede fossem também considerados agentes integrados. Não há, contudo, fontes que mapeiem todas essas relações na saúde suplementar. Poder-se-ia criar distorções ao se analisar aquelas operadoras que sabidamente formam um grupo como único ente, mas analisar outras, cujas relações não são conhecidas, como entes separados. Para

evitar distorções que não poderiam ser avaliadas ou quantificadas, optou-se por considerar cada operadora, que tenha um registro na ANS, como um ente independente. Essa escolha pode subestimar o HHI e aumentar a diferença entre este índice e o VHHI, sobrestimando os efeitos da integração vertical. No caso do grupo Amil, essa escolha cria a necessidade de fazer uma outra escolha, relacionada a qual operadora vincular os hospitais do grupo, já que estes não estão, em geral, relacionados a uma operadora específica. Neste caso, avaliou-se a participação de cada operadora do grupo nos mercados relevantes e vincularam-se os hospitais à operadora com a maior participação.

II.III. Mercados relevantes de interesse

No setor de operadoras de planos médico-hospitalares, usualmente são definidos mercados separadamente para planos coletivos e individuais, pois para ter acesso a um plano do primeiro tipo é preciso estar vinculado a um empregador que ofereça esse benefício a seus empregados ou a uma associação ou entidade de classe. Não havendo esses vínculos, um consumidor somente pode adquirir planos individuais. Assim, embora um beneficiário de plano coletivo tenha acesso ao mercado de planos individuais, um beneficiário de plano individual não necessariamente tem acesso a planos coletivos, o que limita a competição entre os dois tipos de produto.

Em geral, não se distinguem planos conforme a segmentação assistencial (médico-hospitalares, ambulatoriais, de referência, etc.). A razão para isso é que, ainda que os planos sejam distintos, diferenciando-se, inclusive, no que tange aos preços, seria fácil para uma operadora que oferece um plano em dada segmentação médica passar a ofertar um plano em outra segmentação. Por exemplo, uma empresa que já

opera um plano hospitalar não teria dificuldades para entrar no segmento ambulatorial. No caso em tela, optou-se por excluir do trabalho as operadoras ofertantes apenas de planos ambulatoriais por se entender que a integração vertical ocorre apenas quando o prestador oferece serviços objeto de consumo pelos beneficiários da operadora integrada, que arcará com os seus custos. Assim, uma operadora que apenas comercializa planos ambulatoriais e que eventualmente seja proprietária de um hospital (uma situação, faz-se necessário observar, completamente atípica) não será considerada integrada verticalmente até o momento em que passe a comercializar planos hospitalares. Em termos concretos, o impacto da exclusão dos planos ambulatoriais é pequeno, já que esses planos correspondem a apenas 5% do total de planos médico-hospitalares.

Na jurisprudência do CADE, autogestões são excluídas dos mercados de planos de saúde, pois não comercializam seus produtos a todos que os desejem, mas os disponibilizam apenas a beneficiários que atendem a determinados pré-requisitos, relacionados ao vínculo com algum ente empregatício. Elas não representam, portanto, um competidor que limite o poder de monopólio de outros agentes que comercializem seus produtos para beneficiários que não possam vincular-se a autogestões.

Em termos geográficos, mercados relevantes de planos de saúde são, usualmente, locais. Isso porque, ainda que determinados planos tenham abrangência nacional, considera-se que os beneficiários, no momento da aquisição de um plano, avaliam, sobretudo, a rede de prestadores de saúde oferecida nas proximidades de sua casa (seu bairro, cidade ou conjunto de municípios). Assim, ainda que o raio varie,

depende, sobretudo, das particularidades regionais de prestação de serviços de saúde (RIBEIRO, 2012).

Andrade *et alli.* (2010) utilizaram dados da rede prestadora de serviços de saúde para definir mercados relevantes de planos de saúde. Em apertada síntese, o trabalho constituiu-se de três etapas. Na primeira, foram determinados, de acordo com a oferta de leitos hospitalares (proxy para a rede), municípios candidatos a centróides de pólos. Em seguida, com base em dados de deslocamento de pacientes atendidos na rede pública, foi definido um raio máximo de deslocamento dentro do qual um paciente está disposto a procurar atendimento. A partir daí, tendo em consideração a análise da demanda e oferta, foram definidos o grau de atratividade que cada um dos candidatos a centróides exerciam sobre si mesmos e sobre os municípios compreendidos no raio pré-definido. Com base no grau da força de atração exercida, municípios eram incorporados nos mercados relevantes formados por cada centróide. Ao final, foram definidos 89 mercados relevantes geográficos, que, em geral, abrangiam cada um mais de um município. Em alguns casos, esses mercados relevantes foram usados para o cálculo de índices de concentração.

Neste trabalho, os índices de verticalização e de Gans (2005) serão calculados considerando-se os mercados relevantes definidos por Andrade *et alli.* (2010). A aproximação por município é mais conservadora que a definição de Andrade *et alli.* (2010), pois os mercados resultantes são, em geral, menores que os definidos daquele trabalho, porém, é uma aproximação pouco rigorosa em comparação ao trabalho supracitado, sendo esta a razão principal para que sejam utilizados, neste trabalho, os mercados definidos por Andrade *et alli.* (2010). Quando os municípios em que estão localizados hospitais verticalizados não pertencerem a mercados

definidos naquele trabalho, os índices serão calculados apenas pela aproximação dos municípios como mercados relevantes.

No setor de prestação de serviços hospitalares, o CADE considera que hospitais gerais, em determinados casos, podem concorrer com hospitais especializados, mas estes não concorrem com os primeiros. Nessa direção, vale citar o voto do conselheiro Ricardo Machado Ruiz, no processo nº 08700.004150/2012-59:

"O CADE vem subdividindo o mercado de serviços médico-hospitalares nas seguintes subcategorias:

(...)

a.2)Hospitais

a.2.1)Hospital-geral

(...)

O segmento de serviço médico-hospitalar possui os seguintes mercados relevantes produto: Centro Médico, Hospital Geral, Hospital para Casos Graves e Hospitais Especializados. Esta segmentação se dá, por exemplo, em face da diferença na cesta de serviços fornecidos, do grau de complexidade e do grau de especialidade que cada um disponibiliza ao consumidor. (...)

No mercado de hospitais gerais somente são incluídos os hospitais classificados como hospitais gerais pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os quais fornecem serviços de emergência e internação em diversas especialidades da medicina, diferentemente dos hospitais especializados. (...)

Assim, os hospitais especializados não estariam no mesmo mercado relevante de hospitais gerais. Cabe observar, no entanto, que o Conselheiro Elvino Mendonça, no caso recente envolvendo a compra do Hospital do Coração e do Hospital Santa Luzia pela Rede D'Or, incluiu na análise dos mercados de hospitais especializados em cardiologia os leitos dessa

especialidade situados em hospitais gerais, devido à possibilidade de substituição entre eles."

Voto do Conselheiro Ricardo Ruiz no processo 08700.004150/2012-59, fls. 21-23.

Seguir-se-á a jurisprudência da autoridade de concorrência, considerando-se hospitais gerais, classificados como tais no CNES, como concorrentes entre si, desde que estejam em um mesmo mercado relevante geográfico. Ressalte-se, contudo, que é possível existir hospitais gerais que não possuem registro no CNES (ver seção Dados, abaixo). Desse modo, ao se considerar apenas os hospitais registrados, pode-se estimar incorretamente a concentração no mercado de hospitais gerais.

Geograficamente, mercados relevantes de hospitais gerais também tendem a ser locais, já que os consumidores costumam buscar atendimento apenas nos prestadores que se localizam a uma distância razoável de suas residências. O CADE tem entendido que essa distância razoável compreende todos os estabelecidos situados em um raio de até dez quilômetros ou 20 minutos de deslocamento¹⁰, considerando-se como pontos de partidas os estabelecimentos que são objetos da operação analisada. Afora a quantidade de mercados a serem definidos, a necessidade de se obter informações exatas da localização de cada prestador e a possibilidade de ocorrer a intersecção de diferentes mercados geográficos, é pouco provável que a definição desses mercados trouxessem ganhos à análise a ser empreendida significativamente superiores a uma definição que considere mercados definidos a partir de áreas geográficas já estabelecidas.

¹⁰ Ver, por exemplo, RUIZ (2013).

Por essa razão, optou-se por definir os mercados relevantes geográficos para hospitais gerais, nesta nota, como municipais. Para a maior parte dos municípios brasileiros, essa definição aproxima-se e tende a coincidir com a jurisprudência do CADE. Em municípios maiores, em especial, em grandes capitais, contudo, essa opção amplia os mercados relevantes em face da jurisprudência de concorrência brasileira. Ainda assim, essa escolha é feita para que seja factível realizar o trabalho proposto com os recursos e dados disponíveis.

Quando se analisam processos de integração vertical, costuma-se definir também um mercado relacionado à compra de insumos, o qual inclui todos os agentes que adquirem o produto comercializado pela empresa a montante e suas concorrentes, ainda que os compradores não compitam entre si. Se houver concentração de compradores de insumo, é possível que esses agentes possam impor reduções nos preços dos produtos das firmas a montante.

No caso em tela, o mercado de insumos seria caracterizado por todos os compradores de serviços de internação em leitos não SUS de hospitais gerais. Se for assumida a premissa de que a aquisição desses serviços por agentes individuais, que não têm planos de saúde, equivale a uma parte pouca significativa da movimentação total do setor, o mercado de insumos é constituído, basicamente, pelas operadoras de planos de saúde. Diferentemente do mercado a jusante definido anteriormente, todavia, não se distingue entre planos coletivos ou individuais, pois o importante, nesse contexto, é aferir qual a relevância de cada consumidor nas vendas totais de serviços dos hospitais que formam um mercado. Geograficamente, o mercado de insumos coincide com o mercado a jusante, pois todas as operadoras que têm beneficiários em localidades próximas o suficiente de

um prestador para que a ele recorram em caso de necessidade devem ser incluídas no mercado de insumos.

Além do mercado de insumos, o VHHI será calculado para os mercados a jusante, separados entre planos coletivos e individuais. O uso dos mercados a jusante é o mais adequado caso se avalie que os beneficiários de planos individuais, em uma determinada localidade, não utilizam os mesmos recursos de saúde que os beneficiários de planos coletivos. Embora essa hipótese não nos pareça apropriada, os resultados para essa hipótese também serão apresentadas. No cálculo do I_M não se diferenciará hospitais integrados a autogestões daqueles integrados a operadoras de outras modalidades. Isso porque o maior risco, considerando-se o setor hospitalar, da presença de agentes integrados é ocorrer a limitação de acesso a pacientes que não estejam vinculados à operadora integrada ao hospital. Se a participação do agente integrado no setor hospitalar for alta, esse risco aumenta a despeito da modalidade da operadora que controla o prestador.

II.IV. Índices de integração vertical

Diferentemente de outros processos industriais, como os de concentração horizontal, para os quais há índices largamente utilizados tanto na literatura acadêmica quanto na prática antitruste, não há índices de integração vertical que sejam parâmetros consolidados. Uma das razões para isso está na ambigüidade de processos dessa natureza, que podem tanto trazer mais eficiência a um setor quanto ser um meio para se realizar práticas anticoncorrenciais¹¹. Dessa forma, apenas saber se um

¹¹ Processos de concentração horizontal, ainda que sejam motivados pela busca de eficiência e possam, ao final, gerar ganhos de bem-estar para consumidores e ofertantes, sempre trazem consigo preocupações relacionadas ao aumento de poder de mercado.

setor é mais verticalizado que outro ou se está verticalizando-se pouco informa sobre o bem-estar do consumidor ou a eficiência da indústria.

A constatação da existência de integração considerável entre setores a montante e a jusante ou do aumento dessa integração, contudo, é o primeiro passo para se decidir se processos desse tipo são relevantes para a compreensão da dinâmica de um setor. Com o fim de mensurar o grau de integração vertical entre operadoras de planos de saúde e hospitais gerais nos diferentes mercados geográficos, foram escolhidos dois índices. A escolha baseou-se na viabilidade de calculá-los com os dados disponíveis, na possibilidade de traçar paralelismos com índices de concentração horizontal e, assim, facilitar a compreensão do resultado, e na sua eficácia em apontar um quadro geral do setor.

O primeiro é um indicador semelhante a índices de concentração, como C4 ou C10, que mostram qual a participação de mercado das maiores empresas de um setor, e consiste tão somente na soma da participação no mercado a montante das quatro maiores empresas integradas. Assim, para cada mercado será calculado:

$$I_M = \sum_{i=1}^M \left[\frac{l_i}{\sum_{i=1}^N l_i} \right], \text{ onde } M \text{ representa a quantidade de prestadores cujos leitos}$$

compõem o numerador do índice, N representa a quantidade de hospitais gerais e l_i , a quantidade de leitos no hospital i. O índice varia de 0 a 100, sendo que quanto maior, maior é a importância dos hospitais verticalizados na oferta total de leitos no setor. Esse indicador mostra, primeiramente, a importância relativa dos hospitais verticalizados em relação ao mercado de prestação de serviços hospitalares como um todo. Ao se estabelecer um M fixo, limita-se o número de prestadores verticalizados que serão considerados, permitindo-se que se infira também a

importância em termos de domínio de mercado dos maiores prestadores verticalizados. Como observado anteriormente, a literatura aponta que o potencial anticompetitivo da verticalização é tanto maior quanto maior for a concentração horizontal.

Em termos gerais, pode-se afirmar que mais propícias são as condições para que uma operadora verticalizada pratique condutas anticoncorrenciais relacionadas ao aumento dos custos dos rivais ou à limitação ao acesso a um insumo essencial (serviços hospitalares) se a participação de seus hospitais for alta. Não se pode esquecer, contudo, que situações de verticalização, mesmo com concentração, também podem gerar aumentos de excedente. Esse é o caso quando a integração vertical acaba com um duplo monopólio, ou seja uma operadora monopolista que se relaciona com um hospital também monopolista.

O segundo indicador a ser utilizado é conhecido como índice de Gans ou HHI vertical (VHHI) e foi desenvolvido por Gans (2005), em trabalho anteriormente citado. O autor parte de um modelo no qual as firmas a montante e a jusante competem, em seus respectivos mercados, a la Cournot. O produto final não é diferenciado, mas o produzido pela firma a montante pode ser. Supondo que as firmas a jusante e a montante negociam sobre o preço e a quantidade transacionada do insumo e que a menor quantidade repassada por uma firma integrada à sua parceira a jusante é o mínimo entre a participação da firma a montante e a da firma a jusante multiplicada pela quantidade total transacionada, o índice de concentração apropriado é dado pelo somatório do produto da participação da firma a jusante com

o máximo entre essa mesma participação e a da firma a montante $(\sum_{i=1}^N s_i \max\{s_i, \sigma_i\})$,

sendo s_i a participação da firma a jusante e σ_i a participação da firma a montante.

Esse índice tem alguns pontos positivos. Primeiramente, ele tem a mesma escala que o HHI (varia de 0 a 10.000), que é largamente utilizado e pode com este ser comparado. Considerando-se o cálculo dos dois índices, percebe-se que a diferença máxima possível é de 2.500 pontos e ocorrerá em um duopólio quando as duas firmas tiveram a mesma participação no mercado a jusante e uma delas for integrada com a monopolista no mercado a montante. Um segundo ponto positivo é que avalia concentrações em mercados com diferentes graus de integração vertical. Um ponto negativo do VHHI, contudo, é que o modelo-base para sua derivação não considera a possibilidade de as firmas integradas fecharem o mercado de insumos para as rivais.

Para o cálculo do VHHI, neste trabalho, a participação no mercado de insumo de cada operadora (s_i) será contabilizada com base no número de beneficiários, e a no mercado a montante (σ_i) com base no número de leitos de todos os hospitais no mercado relevante integrados à operadora. Quando os mercados de planos de saúde são definidos conforme Andrade *et alli.* (2010), nem sempre os mercados geográficos de hospitais gerais coincidem com os mercados definidos para planos de saúde. Assim, é possível que para uma mesma operadora, em um mesmo mercado geográfico, haja diferentes σ_i , cada um para um mercado relevante hospitalar contido dentro do mercado de planos de saúde.

É preciso estabelecer, nesses casos, qual participação no setor hospitalar será usada. Duas alternativas foram consideradas. A primeira é o uso da maior participação nos mercados relevantes hospitalares dos prestadores ligados a cada operadora ($\max(\sigma_{i1}, \sigma_{i2}, \dots, \sigma_{ij})$), sendo i o indexador da operadora e j o indexador dos mercados relevantes geográficos hospitalares contidos no mercado relevante de

atuação da operadora i). Essa escolha tende a sobrestimar o VHHI e a sua diferença em relação ao HHI, não havendo mais limite para a diferença entre os dois índices. Além disso, situações nas quais operadoras não são monopolistas nos mercados de planos de saúde, mas o são, cada uma, em um mercado hospitalar contido no mercado geográfico de operadoras, terão como resultado o nível de concentração máximo (10.000).

A segunda alternativa considerada foi tomar todos os leitos em hospitais gerais no mercado geográfico de planos de saúde e calcular a participação de mercado (σ_i) de cada operadora no setor hospitalar conforme esse mercado ampliado¹². Essa opção pode subestimar os σ_i e, conseqüentemente, a diferença entre os VHHI e os HHI, mas se justifica quando se atenta para a forma como os mercados relevantes geográficos de operadoras foram definidos. A parametrização do modelo utilizado por Andrade *et alli.* (2010) foi realizada a partir de informações de utilização dos serviços hospitalares na rede pública. Em outras palavras, a amplitude dos mercados de planos baseou-se na disponibilidade a deslocar-se de usuários da rede hospitalar pública para buscar atendimento. Ainda que as conclusões, em termos de tamanho, sejam diferentes na jurisprudência do CADE, a fundamentação para a determinação do tamanho dos mercados relevantes da autoridade de concorrência também se baseia na propensão do paciente em deslocar-se. Em que pese poder haver diferenças entre a propensão a deslocar-se de pacientes da rede pública e da rede privada, se esse parâmetro foi utilizado para a definição de mercados de planos de saúde, poderia também ser utilizado para a definição de mercados de hospitais gerais.

¹² Ressalve-se que, como afirmado anteriormente, em casos nos quais o município onde o hospital está localizado não faz parte de um mercado relevante definido no trabalho de Viegas et ali. (2010), o município será considerado o mercado relevante geográfico de planos de saúde.

Os resultados serão apresentados para as duas alternativas, embora se considere ser mais razoável mensurar a concentração na cadeia da saúde suplementar com base no pressuposto de que o beneficiário da saúde suplementar, se avalia a rede hospitalar de toda uma região ao decidir que plano adquirir, estará propenso a utilizar essa mesma rede quando precisar de serviços hospitalares.

III. Dados

Pode-se dividir os dados utilizados em três grandes conjuntos. O primeiro engloba os dados relativos aos hospitais gerais existentes no Brasil que têm leitos não destinados à saúde pública. Esse conjunto é formado por dados do CNES. O segundo conjunto refere-se às informações que estabelecem vínculos entre operadoras e hospitais gerais. Para formar esse conjunto de informações, foram usados dados do registro de planos de saúde da ANS¹³, das informações financeiras apresentadas pelas operadoras à ANS, da internet e do cadastro de operadoras da Agência. O terceiro conjunto é formado por informações de beneficiários de planos de saúde: a quais operadoras se vinculam, onde residem e qual o tipo de plano que possuem. Nesta seção, será explicado como cada um desses conjuntos foi formado.

O registro no CNES é obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde, devendo ser realizado junto ao gestor local do SUS, que pode ser a secretária municipal ou estadual de saúde. Em algumas localidades, contudo, o contato com o gestor do SUS para o cadastro de estabelecimento ou alteração de suas características é difícil, o que provoca o não cadastramento ou desatualização do

¹³ Todos os dados providos da ANS, com exceção dos dados econômico-financeiros (coletados no site <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>, em 01/08/2013) foram gentilmente cedidos pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS.

cadastro de alguns prestadores. Ainda assim, o CNES permite obter um panorama do sistema de saúde brasileiro e é utilizado pelas diferentes esferas de governo para planejar suas ações, bem como conhecer as características específicas de cada prestador, que ao se cadastrar, recebe um número de identificação único.

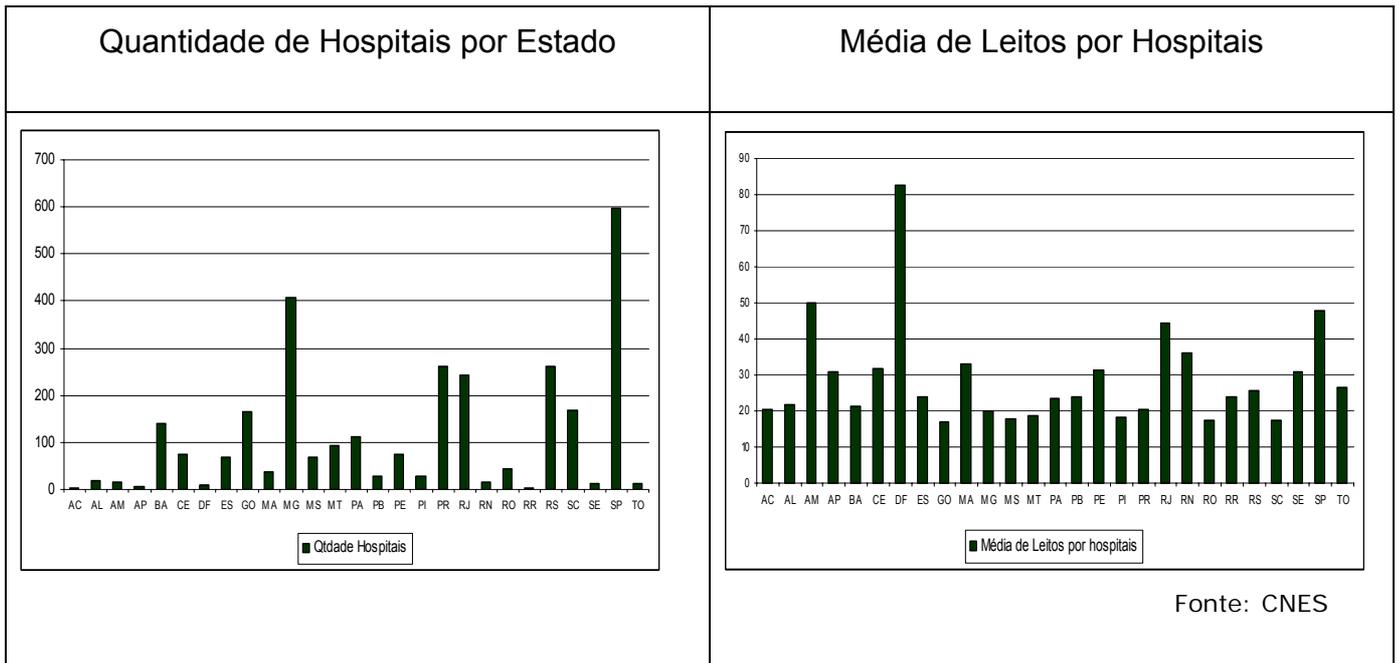
Embora constem do CNES dados sobre a utilização de leitos (por exemplo, quantidade de internações), optou-se por utilizar uma variável menos dinâmica e que, portanto, não depende tanto de atualizações. Assim, para o cálculo da participação de mercado de cada hospital será utilizado o seu número de leitos. Medir a participação de mercado de uma firma com base na capacidade instalada, como é o caso quando se usam leitos como medida da participação de hospital, traz alguns riscos. Em mercados nos quais a instalação de nova capacidade não pode ser feita tempestivamente e os investimentos fixos necessários são altos, como no setor hospitalar, é comum que o crescimento na capacidade não seja contínuo. É instalada capacidade maior que a necessária, sendo realizado novo investimento quando se atinge determinado grau de utilização. O aumento da capacidade é feito de forma a viabilizar o crescimento nos períodos seguintes. Em determinados períodos de tempo, portanto, a participação, mensurada conforme a capacidade instalada pode ser bastante diferente da participação de mercado mensurada conforme variáveis de utilização.

Serão considerados todos os tipos de leitos em hospitais gerais (clínico, cirúrgico, obstétrico, pediátrico, psiquiátrico, internação intensiva – adulta, pediátrica e neonatal) não destinados à utilização por pacientes do SUS. A destinação de leitos aos pacientes do SUS ou aos financiados por recursos privados pode mudar conforme se alteram os contratos, mas é provável que essa informação esteja

correta, já que há certo controle sobre os leitos pagos com recursos públicos. No Brasil, eram, em julho de 2013, 86.884 leitos, dispostos em 2.966 hospitais gerais, destinados a pacientes privados. A maior parte dos hospitais com leitos não SUS é de pequeno porte, sendo que apenas 476 ofertam mais de 50 leitos a esses pacientes. Havia 417 (não incluídos nos 2.966 mencionados acima) hospitais que, apesar de constar no cadastro o atendimento à saúde privada, não tinham nenhum leito destinado a pacientes não SUS.

Geograficamente, o maior número de hospitais encontra-se na região sudeste, havendo quase 600 estabelecimentos em São Paulo e mais de 400 em Minas Gerais, como pode ser observado no gráfico 1. O gráfico 2 mostra a média de leitos por hospital, conforme o estado em que se localizam. O Distrito Federal concentra um pequeno número de hospitais, mas a média de leitos por estabelecimento é a maior do País. A rede hospitalar no Amazonas também tem essa característica. Já em São Paulo e Rio de Janeiro há muitos hospitais e a média de leitos por hospitais também é alta.

Comparando-se a localização dos estabelecimentos cadastrados no CNES com os mercados relevantes geográficos de planos de saúde (ANDRADE *et alli.*, 2010), observa-se que aproximadamente metade (1.462) dos hospitais estão em municípios que não fazem parte de municípios que fazem parte de mercados relevantes de planos de saúde. Em termos de municípios, há hospitais gerais em 1.599, sendo que destes, 1.065 não fazem parte de nenhum dos 89 mercados definidos. Em 1.169 municípios, há apenas um hospital e, em 85, há mais de quatro hospitais.



No cálculo do I_M , um hospital será considerado integrado mesmo que a operadora a qual pertence não tenha beneficiários no município onde o estabelecimento se localiza. Proceder-se-á assim porque os mercados relevantes de planos de saúde são, em geral, maiores que um município, de modo que beneficiários residentes em outras cidades podem procurar atendimento em hospitais de outras localidades. O prestador atenderia, portanto, beneficiários da operadora, o que caracterizaria a integração. Além disso, como muitos dos municípios onde há hospitais não estão em mercados relevantes geográficos definidos por Andrade *et alli.* (2010), não é possível saber como seriam definidos os mercados relevantes para planos de saúde nesse caso. Parte-se, então, do pressuposto de que, se uma operadora adquiriu um hospital, esse recurso será utilizado no atendimento de seus beneficiários.

O cálculo do I_M para os 1.169 municípios nos quais há apenas um hospital teria somente dois resultados possíveis (100% ou 0). Considerando-se a binariedade dos resultados possíveis, nesses casos, não será calculado o índice, mas será aferido

apenas se o prestador monopolista no município é verticalizado ou não. Para os 430 municípios nos quais há mais de um e menos de quatro hospitais, o M será o número de hospitais integrados no mercado, portanto, é variável. Nos demais 85 municípios nos quais a quantidade de hospitais é maior que cinco, M será igual a 4 (não havendo quatro hospitais verticalizados, M será o número de hospitais verticalizados).

O segundo banco de dados utilizados é originado do cadastro de planos de saúde na ANS (doravante, chamado de RPS). Uma obrigação imposta pela resolução normativa (RN) nº 100 da ANS é que todo plano de saúde seja registrado na Agência. Se o plano cadastrado for hospitalar, com obstetrícia, de referência ou ambulatorial com atendimento de urgência e emergência, a operadora deve informar quais entidades hospitalares próprias, contratadas, credenciadas ou referenciadas atenderão os beneficiários do plano. Na resolução que determina essa obrigação, não é especificado o que se considera rede própria, ficando a critério da operadora decidir como classifica cada prestador. Os dados do RPS mostram que algumas operadoras, ou por descuido ou por não saber como classificar seus prestadores, cometem equívocos. Por exemplo, comparando-se os dados de hospitais gerais extraídos do CNES com os dados do RPS, a autogestão da Petrobras seria um dos maiores agentes a atuar no setor hospitalar, com 334 estabelecimentos. Em termos gerais, constam 14.388 estabelecimentos no RPS, classificados como próprios por alguma operadora de plano de saúde. Destes, 1.850 estão classificados como entidades de assistência hospitalar. Para juntar as informações dos dois bancos de dados foram comparados, inicialmente, os registros dos CNES de todos os estabelecimentos constantes em ambos os bancos. Dos 2.966 hospitais com leitos não destinados a pacientes do SUS, 874 pertenceriam a alguma operadora.

Posteriormente, foram comparados os CNPJ dos estabelecimentos para os quais não constavam o registro no CNES no RPS com os CNPJs dos hospitais gerais extraídos do CNES. Não houve correspondências.

Como observado, acima, contudo, algumas informações não estariam corretas, seja porque operadoras classificaram hospitais próprios quando na verdade eles não eram, seja porque não classificaram hospitais verticalizados como tal. A primeira ação tomada para melhorar a qualidade da informação advinda do RPS foi comparar seus dados com as demonstrações financeiras apresentadas pelas operadoras à ANS. Foram usadas duas contas das demonstrações: participação societária em rede hospitalar (código 13211) do balanço patrimonial e, as despesas relacionadas a internações em rede própria (código 4111411). A definição do que deve ser considerado rede própria, para fins de demonstrações financeiras apresentadas à ANS, consta do anexo à RN 290¹⁴, no qual se especifica:

Para fins do Plano de Contas Padrão, define rede hospitalar própria como todo e qualquer recurso hospitalar de propriedade da operadora, ou de sociedade controlada pela operadora, ou, ainda, de sociedade controladora da operadora e rede médica/odontológica própria, compreendendo todos os profissionais médicos ou odontólogos, assalariados ou cooperados da operadora.

Item 2.4 do Capítulo I do anexo à RN 290

Apenas 42 operadoras apresentaram a primeira conta com valor positivo e 420 apresentaram despesas com internação em rede própria. Comparamos, inicialmente, a relação de operadoras com despesas em rede própria com a relação de operadoras que, conforme o RPS, eram proprietárias de pelo menos um dos

¹⁴ O Plano de Contas Padrão da ANS foi motivado recentemente, contudo, a RN 290 era a que estava em vigor quando do envio pelas operadoras das demonstrações financeiras de dezembro de 2012.

2.966 hospitais gerais que constavam da lista do CNES. Quando a operadora não tinha despesa com internação em rede própria, foram desconsideradas as informações constantes do RPS relacionadas à posse de qualquer hospital. As quatro maiores proprietárias de hospitais (em quantidade de estabelecimentos), conforme o RPS, não apresentavam despesa dessa natureza (Petrobras, Caixa de Assistência a Saúde da Universidade, Federação das Sociedades Cooperativas de Trabalho Médico do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima e Omint Serviços de Saúde Ltda.). Dos 874 hospitais que pertenceriam a alguma operadora, restaram 110.

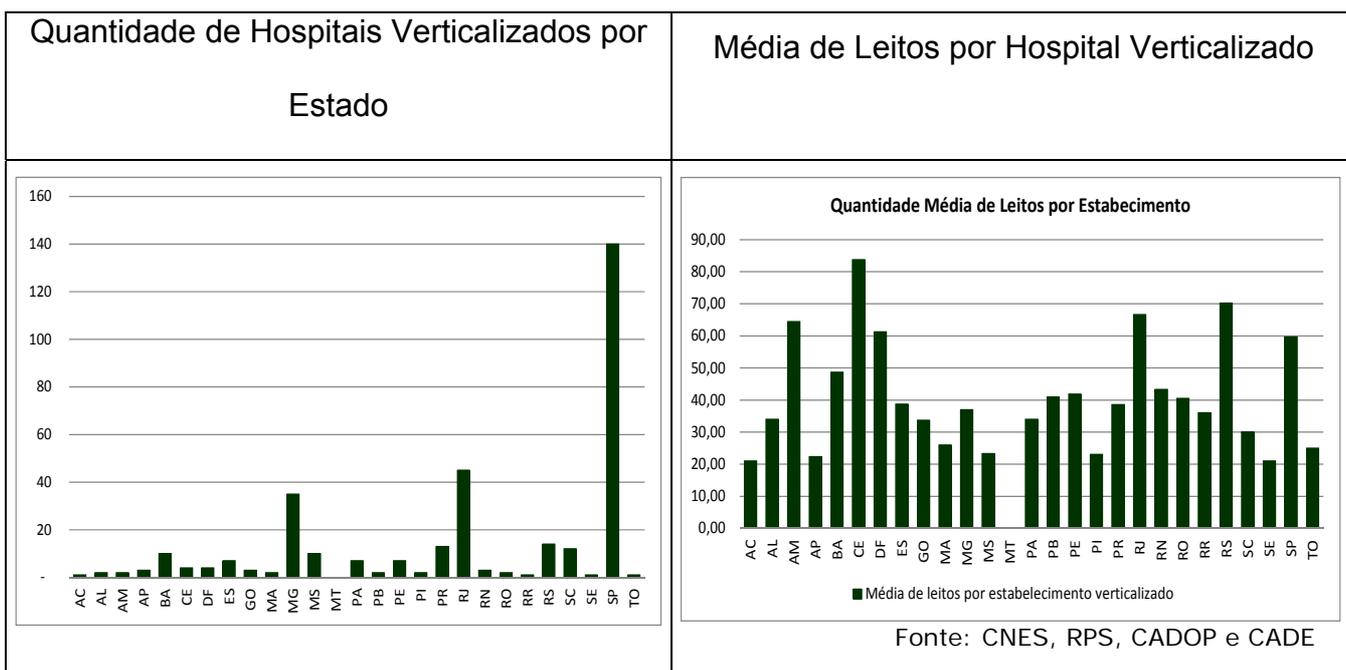
Em seguida, foram comparadas as operadoras que tinham participação societária em rede hospitalar (42) com as operadoras que eram proprietárias de hospitais gerais, conforme o RPS. Somente 12 operadoras constavam de ambas as listas, o que indicava haver também hospitais verticalizados, mas cuja propriedade da operadora não foi informada. Procuraram-se, por meio de sistemas de buscas na internet, os sites das 30 operadoras restantes, não sendo possível encontrar os sites de seis destas (uma estava em processo de cancelamento e outra não tinha qualquer plano com comercialização ativa na ANS). Três operadoras listadas possuem centros ambulatoriais, unidades de pronto-atendimento, mas não hospitais, para outras quatro não há qualquer informação nos sites sobre hospitais próprios. Nos sites de cinco operadoras constam dados sobre seus hospitais próprios, mas estes não constam dos registros do CNES. Foram encontrados os hospitais de 12 das operadoras nos seus sites na internet e nos dados do CNES, sendo que uma dessas operadoras possui 3 hospitais. Desse modo, a quantidade de hospitais próprios aumentou para 124.

Foram pesquisados, no site do CADE na internet, processos, com o termo de busca hospitais. Com base em votos nos processos 08700.00398/2012-90 e 08012.010094/2008-63, foram estabelecidas as relações entre 21 hospitais e operadoras de planos de saúde, mas, destes, três não constavam da relação de hospitais gerais do CNES. Dos que constavam, 16 eram do Grupo Amil. Nesse caso, como as operadoras do grupo são consideradas distintamente no SIB, consideraremos que o hospital está relacionado com a operadora do grupo que mais beneficiários tem no mercado relevante em que está localizado. Desse modo, o Grupo Amil não é tratado de forma diferente de outros grupos que atuam na saúde suplementar, com mais de uma operadora, mas cujos beneficiários não são agrupados neste trabalho.

Os dois últimos passos utilizados para melhorar os dados sobre verticalização de operadoras foram feitos com base na lista do CNES com a qual estamos trabalhando. Os hospitais foram ordenados conforme a quantidade de leitos e, para os cem maiores, foi observado se na lista original do RPS constava o seu vínculo a uma operadora. Quando constava, pesquisou-se o site da operadora na internet para verificar se possuía algum hospital próprio. Em caso positivo, a relação era feita no banco de dados. Ao final do processo, 39 relações foram feitas. Por último, foram comparadas as razões sociais de todos os hospitais da lista do CNES com as razões sociais de operadoras constantes do Cadastro de Operadoras (Cadop) da ANS. Quando as razões sociais eram semelhantes e tanto o hospital quanto a operadora estavam localizadas no mesmo estado, foram considerados que eram do mesmo grupo. Em caso de dúvidas, foram acessados os sites das operadoras na internet. Foram encontradas relações entre 191 hospitais e operadoras de planos de saúde. Com isso, ao final, 2.966 hospitais constantes na base do CNES com leitos

disponíveis à saúde privada, 333 foram considerados do mesmo grupo ou pertencem a operadoras. Em termos de leitos, 17.451 dos 86.884 estão em hospitais verticalizados.

Os gráficos 3 e 4, abaixo, mostram a distribuição dos hospitais verticalizados por estado e a quantidade média de leitos por hospital verticalizado. O Amapá tem a maior proporção de hospitais verticalizados (três em cinco), mas, considerando a quantidade de leitos, Roraima tem a maior proporção de recursos integrados (75% dos leitos não SUS do estado estão em hospitais verticalizados). Em termos absolutos, São Paulo tem a maior quantidade de hospitais integrados, mas os estabelecimentos distribuem-se por todo o estado (20% estão na capital). No Rio de Janeiro, diferentemente, mais de 60% dos estabelecimentos integrados estão na capital. Mato Grosso é o único estado da Federação onde não há nenhum hospital verticalizado. Com exceção de Amapá, Tocantins, Maranhão, Sergipe e Distrito Federal, em todos os estados a quantidade média de leitos em hospitais verticalizados é maior do que a média de leitos em hospitais não verticalizados.



Tendo em vista as bases e os métodos de coleta utilizados, não é possível saber se a operadora controla diretamente o hospital considerado verticalizado, se o hospital controla a operadora ou se os dois fazem parte do mesmo grupo, mas não se relacionam diretamente. Tampouco é possível saber se a participação da operadora no hospital (ou vice-versa) é minoritária. É possível, contudo, saber que o grau de interação entre os agentes considerados verticalizados é tal que a operadora declara essa relação para o agente regulador, relaciona despesas como se realizadas em rede própria, registrou o estabelecimento e a operadora com o mesmo nome e/ou divulga os estabelecimentos hospitalares como pertencentes a si. Diante desses fatos, considera-se razoável assumir que haja pelo menos influência relevante de um agente no comportamento do outro agente integrado.

Considerando-se o voto, supracitado, do então Conselheiro Elvino Mendonça de Carvalho sobre a relação entre o Grupo Amil e o Grupo FMG (Rede D'Or), foi feita lista paralela que relaciona os hospitais da Rede D'Or ao grupo Amil. São acrescentados no rol de hospitais gerais verticalizados 19 estabelecimentos¹⁵, que totalizam 2.446 leitos. A maior parte desses hospitais está localizada nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, mas há nosocômios em Brasília, Recife, entre outras.

O terceiro banco de dados utilizados é oriundo do sistema de informações de beneficiários (SIB) da ANS. Desse sistema constam todos os beneficiários de todos os contratos de planos de saúde, havendo informações sobre o plano contratado, local de moradia (município), idade, etc. É possível que um mesmo indivíduo tenha mais de um plano de saúde, constando, assim, como beneficiário de duas ou mais

¹⁵ Embora a Rede D'Or, em seu site na internet, relate a existência de 24 hospitais e relacione 23, apenas 21 foram encontrados na lista do CNES de hospitais gerais com leitos Não SUS utilizada neste trabalho.

operadoras de planos de saúde. Como os dados de registro de produto, os dados de beneficiários também são uma informação periódica que as operadoras são obrigadas a prestar à ANS.

São considerados os beneficiários de todos os planos médico-hospitalares, com exceção dos que contrataram planos ambulatoriais. A quantidade de beneficiários de uma operadora é uma medida da quantidade de planos vendidos¹⁶. Como consta do SIB o local de residência dos beneficiários, é possível calcular a participação de mercado de cada operadora por mercado relevante geográfico, tal qual definido em seção anterior. Essa é a principal vantagem do uso dos dados de beneficiários em relação a dados financeiros.

Apesar de o número de operadoras de planos de saúde ser superior a mil, a quantidade de operadoras que atuam em cada mercado relevante tende a ser consideravelmente menor que isso. Além disso, os mercados tendem a ser bastante concentrados. No caso em tela, conforme explicado na seção anterior, será considerado, além dos mercado a jusante, o mercado de insumos, formado pelas operadoras de planos de saúde que atuam nos mercados relevantes geográficos, definidos tal como se definem os mercados a jusante, sem se distinguir se seus beneficiários são de planos coletivos ou individuais. Isso porque interessa obter, sobretudo, uma medida, da demanda da operadora por leitos e não determinar com quais outros agentes ela compete.

Os dados utilizados referem-se a 07/2013. São mais de 48 milhões de beneficiários em todo o país. Os 89 mercados relevantes geográficos abrigam 79% desses beneficiários, sendo o maior deles o que compreende, entre outros municípios, São

¹⁶ Apesar de um contrato coletivo englobar mais de uma vida, tanto os custos associados a ele quanto as receitas dependem do número de beneficiários por ele abrangido. Assim, é mais razoável medir a quantidade de planos vendida com base no número de beneficiários do que no número de contratos firmados.

Paulo (são quase oito milhões de beneficiários de planos coletivos, e mais de dois milhões de planos individuais). Embora a estrutura competitiva varie conforme o mercado, é possível dizer que, em geral, há elevada concentração na saúde suplementar. Não se excluindo as autogestões dos cálculos, o maior HHI encontrado para estes mercados, em planos coletivos, é 5038 e, em planos individuais, 8936, sendo esses dois índices, referentes a um mercado geográfico composto por municípios do Espírito Santo (Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul e Vargem Alta). Os menores HHI são 630 para planos coletivos e 830 para planos individuais e referem-se, em ambos os casos, ao mercado composto por, entre outros municípios paulistas, São Paulo. Quando são calculadas as participações excluindo-se as autogestões, os HHIs observados máximo e mínimo aumentam (5898 e 694, respectivamente) para planos coletivos, mas mantêm-se estáveis para planos individuais. A mediana dos HHIs desses 89 mercados é 1522 para planos coletivos, 2086 para planos coletivos, excluindo autogestões, 694 para planos individuais e 810 para planos individuais, excluindo as autogestões.

Os mercados de insumo também apresentam elevadas concentrações. Mais da metade (46) dos 89 mercados definidos têm HHI maior que 1800. Como seria esperado, o mais concentrado (HHI = 5728) e o menos (HHI=592) coincidem com os de planos individuais e coletivos. A mediana do HHI é 1841.

IV. Resultados

A simples observação dos dados já mostrou que, considerando-se cada município como um mercado relevante geográfico, aproximadamente 40% dos hospitais gerais brasileiros são monopolistas. Diversas podem ser a causa para a concentração

existente na maior parte dos mercados brasileiros, mas deve-se atentar para o fato de que é possível que não haja demanda em volume suficiente para o surgimento de concorrentes em grande parte dos mercados. Nesse sentido, é interessante notar que a média de leitos não SUS em hospitais localizados em municípios com apenas um hospital que atende ao setor privado é 14 leitos. Mesmo sendo provável que esses hospitais também atendam a pacientes do SUS, é provável que a capacidade instalada não atinja, em geral, a quantidade de leitos por estabelecimento que a evidência internacional aponta como ideal para garantir a eficiência assistencial (de 150 a 250 leitos, conforme Couttolenc e La Forgia (2009)).

Dos 1.169 hospitais monopolistas, apenas quarenta são integrados a operadoras. Prevalcem os hospitais ligados a operadoras filantrópicas (27), sendo que duas das seis medicinas de grupo com hospitais monopolistas são santas casas que se constituíram como operadoras nessa modalidade. As cooperativas médicas têm seis desses hospitais. Em termos de distribuição regional, a maior parte desses estabelecimentos está localizada em São Paulo (18). No Rio Grande do Sul e em Santa Catarina, há seis em cada estado e, em Minas Gerais, quatro. Chama atenção o fato de, no Rio de Janeiro, haver apenas um município no qual há um hospital monopolista verticalizado. Nenhum dos hospitais da Rede D'Or está em municípios com apenas um hospital.

Dos demais 430 municípios nos quais há mais de um hospital, em 149 (150 se considerarmos os hospitais da rede D'Or), há pelo menos um estabelecimento verticalizado. Mais da metade desses municípios está na região sudeste (51 em São Paulo, 19, em Minas Gerais, 12, no Rio de Janeiro e 4, no Espírito Santo). A região Sul também se destaca, com 21 hospitais verticalizados (9 no Paraná, 7 no Rio

Grande do Sul e cinco em Santa Catarina). Dos demais estados, o Mato Grosso do Sul é onde há maior quantidade de estabelecimentos verticalizados (7). Embora seja relativamente pequena a quantidade de municípios nos quais há hospitais verticalizados quando comparada ao total de municípios brasileiros (5.564) ou ao número daqueles onde há hospitais (1.599), a participação dos hospitais verticalizados nos mercados onde estão é, em geral, alta. Além dos 45 monopolistas, a participação média dos hospitais verticalizados nos mercados em que atuam é de 48,63% (49,88% se considerarmos os hospitais da Rede D'Or).

Os resultados do cálculo do I_4 apontam para uma situação que merece atenção do órgão regulador e das autoridades de concorrência. Em treze municípios, o I_4 foi igual a 100%. Desses municípios, nove estão em São Paulo, três em Minas Gerais e um no Espírito Santo. Apenas em um desses municípios (Bebedouro), os hospitais verticalizados que constituíram o I_4 pertencem a mesma operadora. Metade dos municípios têm I_4 superior a 44% e a média do índice nos 149 municípios é 48% (no anexo 2, consta a relação do I_M dos municípios verticalizados). Analisando-se a média do I_4 por estado, também são São Paulo (58%) e Minas Gerais (58%) as unidades da federação com maior índice de verticalização, seguidos por Mato Grosso do Sul (55%) e Ceará (54%). Quando se consideram os hospitais da Rede D'Or, o I_M de dez municípios é alterado. Desses, a maior mudança ocorre em Olinda, onde o índice passa de 0 para 72,94%. Em Santo André, São Bernardo do Campo e Mogi das Cruzes, o índice aumenta mais de 25 pontos percentuais e, em Brasília, mais de 20 pontos (ver anexo 2).

Esses resultados mostram que, apesar de ser um fenômeno que ocorre apenas em algumas localidades, em geral, ele é abrangente o suficiente para impactar na

configuração do setor hospitalar e, possivelmente, também do de planos de saúde médico-hospitalares. O fato de a maior parte dos municípios com hospitais verticalizados e daqueles com maior I_4 está no sudeste pode estar relacionado, de um lado, ao maior número de beneficiários nessa região e, nesse sentido, à escassez relativa de leitos para a saúde suplementar. É interessante notar a repetição de um padrão em muitos desses municípios, que é a predominância de um prestador pertencente a uma filantrópica concomitantemente a de um vinculado a uma cooperativa de trabalho médico.

Nos treze municípios onde o I_4 foi igual a 100, por exemplo, em nove, o mercado é dividido dessa forma, em três, além dos prestadores vinculados à cooperativa e à filantrópica, há um terceiro, vinculado a uma operadora de outra modalidade, e em um, o mercado é dominado por um prestador pertencente a uma cooperativa. Interessante é que o processo de integração de cooperativas e filantrópicas são, de certa forma, inversos. Em geral, as operadoras filantrópicas que atuam no interior constituíram-se a partir de um hospital, sendo este o núcleo do empreendimento. A constituição de um plano de saúde é, em grande parte, uma forma de gerar mais demanda e fluxo de caixa para o hospital. As cooperativas, diferentemente, primeiro constituem-se como operadoras. O investimento no setor hospitalar pode ser um meio de garantir a provisão de serviços onde a oferta não é suficiente, de diminuir os custos assistenciais ou de aumentar seu poder de mercado. Analisando a relação entre despesas assistenciais e integração vertical para operadoras dessa modalidade, Leandro (2010) constatou que a redução dos custos para operadoras verticalizadas é significativa.

Para os grandes municípios, como Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP), os resultados podem não refletir corretamente a realidade, subestimando a importância dos prestadores verticalizados. Isso pode acontecer porque, como explicado na seção anterior, mercados geográficos de hospitais gerais são definidos com base na disponibilidade de o consumidor deslocar-se para buscar atendimento. Em cidades de pequeno e médio porte, é provável que a disponibilidade do consumidor resulte em um raio de deslocamento do tamanho da cidade ou mesmo maior que ela (abrangendo outros municípios). Nas grandes cidades, diferentemente, a disponibilidade do consumidor pode resultar em áreas menores que os municípios, compreendendo apenas alguns bairros. Como não estão mapeados os mercados relevantes hospitalares nessas cidades, salvos bairros específicos nos quais estão instalados prestadores que foram alvo de operações analisadas pelo CADE, também nessas cidades, o I_4 foi calculado para o município inteiro. É possível, contudo, que em determinados mercados dessas cidades o seja alto. Desse modo, é necessário cautela antes de se concluir que a verticalização nessas duas cidades é baixa porque o I_4 foi menor que 10. Também os índices de Belo Horizonte (13,07), Salvador (18,84) e Recife (11,64 ou 19,05, se considerados os hospitais da Rede D'Or) devem ser observados com cautela.

Nesse contexto e feitas essas ressalvas, chama a atenção a importância dos hospitais verticalizados no Distrito Federal, para o qual o I_4 foi 32,97 e, considerando-se a integração entre os hospitais da rede D'Or e o grupo Amil, 52,85. Note-se que, em operação recente¹⁷, o CADE considerou que a região administrativa de Taguatinga não faz parte do mesmo mercado relevante do Plano

¹⁷ Processo 08700.004150/2012-59, referente à aquisição de ações de emissão do Medgrupo e suas controladas e das ações do Hospital Santa Lúcia pela Rede D'Or São Luiz Participações.

Piloto, o que pode resultar em um índice ainda maior. A Unimed Brasília – Cooperativa de Trabalho Médico – tem participação relevante no setor hospitalar, bem como o grupo Amil.

De modo geral, pode-se traçar um quadro geral da verticalização no setor hospitalar que mostra ser esse um fenômeno que afeta, principalmente, os municípios de médio e pequeno porte da região sudeste. Embora as operadoras filantrópicas desempenhem um papel relevante nesse processo nesses municípios, a verticalização das cooperativas é o fenômeno recente mais significativo para esse quadro. Primeiramente porque, diferentemente das filantrópicas, essa é uma estratégia relativamente nova das operadoras dessa modalidade e, como processo, é provável que ainda esteja em expansão, ao passo que, no caso das filantrópicas, é um processo já estabilizado. Nas grandes cidades, o processo diferencia-se por ser menos evidente e por ter como atores principais operadoras da modalidade medicina de grupo (dos cinquenta e seis hospitais verticalizados nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, por exemplo, apenas dois pertencem a cooperativas).

Os resultados dos VHHI para os 89 mercados relevantes definidos no trabalho de Viegas et alli. (2010) mostram um quadro semelhante ao mostrado pelos resultados do I_4 (as tabelas com os resultados, estão no anexo 3). Para o mercado de insumos e todos os mercados relevantes de produtos (coletivo, coletivo – excluídos autogestão, individual e individual, excluídas autogestões), o resultado mais frequente foi não haver diferença entre o HHI e o VHHI, como mostram as tabelas 1, 2 e 3, abaixo. Todavia, para alguns mercados, especialmente quando se considera o mercado hospitalar como municipal, a concentração aumenta significativamente quando medida pelo VHHI em relação ao HHI.

Tabela 1 – Diferença VHHI-HHI – Mercado de Insumos

	Insumo_polo	Insumo_max	Insumo_polo_dor	Insumo_max_dor
Diferença =0	44	38	43	38
HHI < 1000, diferença <100	7	2	5	1
HHI < 1000, 100 < diferença <300	1	1	3	0
HHI < 1000, 300 < diferença < 1000	0	3	0	5
HHI < 1000, diferença > 1000	0	2	0	2
1000 < HHI < 1800, diferença <100	13	8	14	8
1000 < HHI < 1800, 100 < diferença <300	3	3	3	3
1000 < HHI < 1800, 300 < diferença < 1000	2	6	2	6
1000 < HHI < 1800, diferença > 1000	0	3	0	3
HHI > 1800, diferença <100	12	7	12	7
HHI > 1800, 100 < diferença <300	5	3	5	3
HHI > 1800, 300 < diferença < 1000	2	7	2	7
HHI > 1800, diferença > 1000	0	6	0	6

Tabela 2 - Diferença VHHI-HHI – Mercado Hospitalar definido conforme o Município

	Coletivo	Individual	Coletivo_com Rede_D'Or	Individual_com Rede D'Or
Diferença =0	41	44	41	44
HHI < 1000, diferença <100	0	0	0	0
HHI < 1000, 100 < diferença <300	0	0	0	0
HHI < 1000, 300 < diferença < 1000	3	1	0	0
HHI < 1000, diferença > 1000	1	0	0	0
1000 < HHI < 1800, diferença <100	5	2	5	1
1000 < HHI < 1800, 100 < diferença <300	2	1	1	1
1000 < HHI < 1800, 300 < diferença < 1000	4	1	5	0
1000 < HHI < 1800, diferença > 1000	3	0	1	0
HHI > 1800, diferença <100	10	11	9	12
HHI > 1800, 100 < diferença <300	5	7	6	6
HHI > 1800, 300 < diferença < 1000	10	10	13	13
HHI > 1800, diferença > 1000	5	12	8	12

Tabela 3 - Diferença VHHI-HHI – Mercado Hospitalar definido conforme Mercado Relevante de Planos de Saúde

	Coletivo	Individual	Coletivo_com_Rede_D'Or	Individual com Rede D'Or
Diferença =0	48	52	47	52
HHI < 1000, diferença <100	3	1	3	1
HHI < 1000, 100 < diferença <300	1	0	0	0
HHI < 1000, 300 < diferença < 1000	0	0	0	0
HHI < 1000, diferença > 1000	0	0	0	0
1000 < HHI < 1800, diferença <100	12	5	12	4
1000 < HHI < 1800, 100 < diferença <300	5	1	5	2
1000 < HHI < 1800, 300 < diferença < 1000	1	0	1	0
1000 < HHI < 1800, diferença > 1000	0	0	0	0
HHI > 1800, diferença <100	13	19	13	19
HHI > 1800, 100 < diferença <300	4	6	6	6
HHI > 1800, 300 < diferença < 1000	2	5	2	5
HHI > 1800, diferença > 1000	0	0	0	0

As diferenças entre resultados conforme se definam os mercados hospitalares com abrangências geográficas diferentes revela a sensibilidade do VHHI à definição de mercado. Definindo-se mercados menores, embora também predomine a diferença nula entre o HHI e o VHHI, para 6 mercados de insumo nos quais a concentração, mensurada pelo HHI, já era superior a 1800, aumenta mais de 1000 pontos quando mensurada pelo VHHI. Nos mercados de produto, isso também acontece. O efeito é mais proeminente no mercado de planos individuais (no mercado de planos coletivos, há, nos dois casos, menos mercados nessa situação, e comparando-se as duas formas de cálculo da participação, o aumento na presença de mercados com HHI superior a 1800 e com diferenças entre o VHHI e o HHI superiores a 1000 é de 5) e aponta para o fato de que as operadoras verticalizadas têm maior relevância no mercado desse tipo de produto.

Dos seis mercados de insumo que são altamente concentrados e cuja concentração aumenta mais de 1000 pontos quando considerados mercados municipais de

prestação de serviços, dois estão localizados em São Paulo, um, em Minas Gerais, um, no Ceará, o quinto, em Pernambuco, e o último abrange municípios da Bahia e de Pernambuco. O efeito do VHHI nesses dois mercados de Pernambuco – um que engloba, entre outros municípios, Caruaru; outro que abrange Petrolina (PE), Juazeiro (BA) e outras cidades menores – pode apontar para uma situação que merece atenção. Em Caruaru, um hospital da cooperativa médica local (Unimed Caruaru) tem alta participação (aproximadamente 70%), em Juazeiro também um hospital da cooperativa local (Unimed Vale do São Francisco) domina (78% de participação), mas, em Petrolina, prevalece hospitais de uma pequena medicina de grupo (Neurocardio e Memorial Saúde Ltda.), que tem 13% de participação no mercado de insumos.

Dos doze mercados de planos individuais que são altamente concentrados, conforme o HHI e cuja concentração aumenta mais de 1000 pontos considerado mercados hospitalares municipais, cinco estão localizados no estado de São Paulo, um engloba municípios de São Paulo e Minas Gerais, dois estão no Rio Grande do Sul, um no Paraná, um na Bahia, um abrange municípios da Bahia e de Pernambuco, e um está no Ceará. Apenas o último abrange a capital do estado. Ainda que seja feita a mesma ressalva de quando apresentados os resultados do I₄, qual seja, a definição de mercados hospitalares como o município inteiro pode resultar em mercados amplos, que não revelam concentrações localizadas, nota-se que a verticalização é um fenômeno a afetar, principalmente, a cadeia da saúde suplementar em municípios do interior. São Paulo aparece como o estado onde o fenômeno é mais abrangente.

A combinação de elevada concentração com elevada verticalização, revelada pelos cálculos do HHI e do VHHI em alguns mercados (as duas últimas linhas das tabelas 1 e 2) tem potencial de gerar perdas de excedente econômico. Pode, contudo, ser resultado de carência de leitos nas regiões do interior, que são supridas pelos investimentos de operadoras em hospitais. Nessa situação, o investimento aumentaria o bem-estar social.

Para os municípios nos quais há hospitais verticalizados, mas que não faziam parte de nenhum dos mercados relevantes de planos de saúde definidos por VIEGAS e Outros (2010) foram calculados os HHI e os VHHI considerando-se que os mercados relevantes geográficos de planos de saúde e de hospitais gerais se sobrepunham e eram iguais aos municípios. No total, eram 82 municípios nessas condições e, como pode ser observado na tabela 4, são, em geral lugares onde os índices de concentração apenas no elo de planos de saúde é muito alto. Considerando-se a verticalização da rede, o que se observa é que a concentração em grande parte desses municípios aumenta consideravelmente. Avaliando-se o mercado de insumos, mesmo sem se considerar os hospitais da Rede D'Or integrados ao grupo Amil, tem-se que em 22 mercados (27% do total) o resultado do VHHI representa um aumento de mais de 1000 pontos em relação ao HHI.

Tabela 4 – Diferença VHHI-HHI – Municípios fora de Mercados Relevantes

	Coletivo	Individual	Insumo	Coletivo_com_Rede_D'Or	Individual_com_Rede_D'Or	Insumo_com_Rede_D'Or
Diferença =0	34	40	27	34	40	27
HHI < 1000, diferença <100	0	0	0	0	0	0
HHI < 1000, 100 < diferença <300	0	0	0	0	0	0
HHI < 1000, 300 < diferença < 1000	0	0	0	0	0	0
HHI < 1000, diferença > 1000	0	0	0	0	0	0
1000 < HHI < 1800, diferença <100	0	0	1	0	0	1
1000 < HHI < 1800, 100 < diferença <300	4	0	3	4	0	3
1000 < HHI < 1800, 300 < diferença < 1000	3	0	5	3	0	5
1000 < HHI < 1800, diferença > 1000	0	0	3	0	0	3
HHI > 1800, diferença <100	5	2	4	5	2	4
HHI > 1800, 100 < diferença <300	8	7	2	8	7	2
HHI > 1800, 300 < diferença < 1000	16	14	15	16	14	15
HHI > 1800, diferença > 1000	12	19	22	12	19	22

Apesar de a maior parte dos municípios nos quais a concentração é alta e, quando considerada a concentração da cadeia, é mais alta ainda, estar em São Paulo, parte relevante desses municípios está na região sul. Dos vinte e dois municípios com HHI, considerando-se o mercado de insumos, superior a 1800 e cujos VHHI eram mais de mil pontos superiores ao HHI, seis municípios estão nessa região (dois em cada estado). Nas regiões nordeste e norte, diferentemente, apenas um município em cada estava nessas condições.

A análise desses municípios leva a conclusão semelhante a obtida quando analisados os VHHIs dos mercados relevantes definidos por Viegas e os I_4 , qual seja, que, se a verticalização não é um fenômeno abrangente, no sentido de estar presente em diversos mercados do País, é um fenômeno importante nos mercados em que ocorre. Considerando-se que o potencial de geração de efeitos negativos é tanto maior quanto maior for a concentração na cadeia, o que é medido pelo VHHI, não se pode afastar a possibilidade de efeitos negativos.

V. Conclusão

Neste trabalho, foi feito esforço para montar e apresentar o quadro da verticalização entre hospitais gerais e planos de saúde. Buscou-se utilizar índices que fossem sintéticos, mas revelassem o fenômeno de acordo com o mercado relevante. O índice de verticalização (I_4) mostra a importância dos maiores hospitais verticalizados nos mercados de hospitais e o VHHI revela a concentração da cadeia da saúde suplementar. Sua comparação com o HHI é uma forma de mostrar o quanto essa concentração é afetada pela integração vertical.

Para que esses índices pudessem ser calculados, foi necessário comparar e reunir informações de diferentes bancos de dados, criando uma base de dados sobre as relações entre operadoras de planos de saúde e hospitais. Nem sempre as formas de obtenção dos dados permitiam que se descobrisse as relações societárias entre os entes integrados. Todavia, os métodos utilizados para formação do banco de dados permite que se determine que os agentes considerados verticalizados atuam integradamente, seja quando se relacionam com os consumidores, seja quando prestam informações ao agente regulador. Nesse sentido, suas relações são suficientemente forte para que sejam considerados um mesmo grupo quando na análise da estrutura concorrencial da cadeia de prestação de serviços de saúde.

Os resultados mostram que a verticalização é, ainda, um fenômeno localizado em alguns municípios, em especial do sudeste, embora, algumas situações específicas no nordeste chamem atenção. Nos municípios onde há verticalização, a alta participação de mercado de hospitais integrados e o grau de concentração da cadeia, medido pelo VHHI, mostram uma situação para qual devem se atentar as autoridades de concorrência, quando analisam casos específicos.

Diferentemente de outros fenômenos industriais, não é possível, *a priori*, saber se a maior integração vertical de uma cadeia tem impacto positivo ou negativo na dinâmica dos setores e no bem-estar social. No caso da saúde suplementar, onde investimentos realizados por operadoras de planos de saúde podem ser um meio de aumentar a oferta de recursos atualmente bastante escassos, a verticalização tem potencial benéfico que não pode ser desconsiderado.

Ainda assim, a grande concentração da cadeia em alguns mercados não pode ser ignorada. Como afirmado anteriormente, uma condição necessária para eventuais efeitos negativos da verticalização de um setor é haver concentração. Nos mercados ora analisados, mais do que simplesmente a existência de agentes integrados, o que se constatou foi que esses agentes tem considerável poder de mercado e que a integração aumenta ainda mais esse poder. Condutas anticoncorrenciais podem surgir a partir daí e é para elas que os analistas antitruste e autoridades devem estar atentos.

Referências

ANDRADE, Mônica. Estrutura de mercado do setor de saúde suplementar no Brasil. Texto para discussão nº 400. Cedeplar (UFMG), 2010. Disponível em <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20400.pdf>. Acesso em 05/09/2013.

ANS. Resolução normativa no 290, de 28/02/2012. Disponível em http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1960. Acesso em 05/09/2013.

CADE. Parecer Técnico nº 273 da Superintendência-geral, referente ao processo nº 08700.004150/2012/59. Disponível em:

http://www.cade.gov.br/temp/D_D000000716221712.pdf. Acesso em 05/09/2013.

CANÊDO-PINHEIRO, Maurício e PIONER, Heleno. Concentrações verticais e poder de compra em atos de concentração horizontal. In: **Métodos quantitativos em defesa da concorrência e regulação econômica**. Coord: FIUZA, Eduardo e MOTTA, Ronaldo. Rio de Janeiro, Ipea, 2006.

COUTTOLENC, Bernard e LA FORGIA, Gerard. **Desempenho hospitalar no Brasil – Em busca da excelência**. São Paulo, Ed. Singular, 2009.

CUEVA, Ricardo. Voto no processo nº 08012.010293/2004-48, proferido em 01/02/2005. Disponível em

FURLAN, Fernando. Voto no processo nº 08012.008853/2008-28, proferido em 22/07/2009. Disponível em http://www.cade.gov.br/temp/D_D000000438071601.pdf. Acesso em 05/09/2013.

GANS, Joshua. Concentration-based merger tests and vertical market structure. Agosto de 2005. Disponível em SSRN: <http://ssrn.com/abstract=779704> ou <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.779704>. Acesso em 05/09/2013.

GROSSMAN e HART. The costs and benefits of ownership: a theory of vertical and lateral integration. *Journal of Political Economy*, vol. 94, no. 4, 1986.

LEANDRO, Tainá. Defesa da Concorrência e Saúde Suplementar – A integração vertical entre planos de saúde e hospitais e seus efeitos no mercado. Dissertação apresentada como exigência do curso de mestrado em economia da Universidade de Brasília, 2010.

MENDONÇA, Elvino. Voto no processo nº 08012.010094/2008-63, proferido em 11/04/2012. Disponível em http://www.cade.gov.br/temp/D_D000000673701707.pdf. Acesso em 05/09/2013.

MENDONÇA, Elvino. Voto no processo nº 08700.003978/2012-90, proferido em 30/01/2013. Disponível em http://www.cade.gov.br/temp/D_D000000724701105.pdf. Acesso em 05/09/2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dados referentes a hospitais gerais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Disponível em <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em 01/08/2013.

REY e TIROLE. A primer on foreclosure. In: **Handbook of Industrial Organization**, vol 3. Ed: ARMSTRONG e PORTER. Editora North-Holland, 2007.

RIBEIRO, Eduardo. Voto no processo nº 08012.010734/2010-50, proferido em 5/12/2012. Disponível em http://www.cade.gov.br/temp/D_D000000717421690.pdf. Acesso em 05/09/2013.

RUIZ, Ricardo. Voto no processo nº 08700.004150/2012-59, proferido em 05/06/2013. Disponível em http://www.cade.gov.br/temp/D_D000000744911029.pdf. Acesso em 05/09/2013.

SANTACRUZ, Ruy. Verticalização do Mercado brasileiro de saúde suplementar. Texto para discussão no 282. Universidade Federal Fluminense, 2011.

TIROLE, Jean. **The Theory of Industrial Organization**. The MIT Press, 1988.

Anexo – Resultados I₄

Nome Município	UF	IM	IM com Hospitais da Rede D'Or
Limeira	SP	100,00	100,00
Araçatuba	SP	100,00	100,00
Bebedouro	SP	100,00	100,00
Birigui	SP	100,00	100,00
Catanduva	SP	100,00	100,00
Franca	SP	100,00	100,00
Ipatinga	MG	100,00	100,00
Leme	SP	100,00	100,00
Linhares	ES	100,00	100,00
Monte Alto	SP	100,00	100,00
Passos	MG	100,00	100,00
São João da Boa Vista	SP	100,00	100,00
Sete Lagoas	MG	100,00	100,00
Piracicaba	SP	97,01	97,01
Três Lagoas	MS	92,78	92,78
Araras	SP	91,04	91,04
Guaratinguetá	SP	87,93	87,93
Marechal Cândido Rondon	PR	87,72	87,72
Criciúma	SC	85,56	85,56
Salto	SP	83,64	83,64
Itapuranga	GO	82,35	82,35

Santa Cruz do Rio Pardo	SP	82,22	82,22
Maracanaú	CE	80,00	80,00
Caçapava	SP	79,59	79,59
Juazeiro	BA	78,79	78,79
Muriaé	MG	78,57	78,57
Rio Claro	SP	78,01	78,01
Paranaíba	MS	77,78	77,78
Teófilo Otoni	MG	76,47	76,47
Santo Ângelo	RS	76,32	76,32
Jundiaí	SP	75,40	75,40
Lins	SP	75,28	75,28
Boa Vista	RR	75,00	75,00
Aquidauana	MS	73,91	73,91
Poços de Caldas	MG	73,48	73,48
Naviraí	MS	73,33	73,33
Ilhéus	BA	73,02	73,02
Caruaru	PE	69,92	69,92
Santos	SP	68,74	68,74
Carangola	MG	68,52	68,52
Barretos	SP	68,35	68,35
São Roque	SP	68,29	68,29
Pouso Alegre	MG	68,09	68,09
Itabira	MG	68,00	68,00
Araraquara	SP	66,86	66,86

Cachoeiro de Itapemirim	ES	66,67	66,67
Coronel Fabriciano	MG	66,67	66,67
Macaé	RJ	66,18	66,18
Sorocaba	SP	65,77	65,77
Valença	RJ	65,00	65,00
São João del Rei	MG	63,16	63,16
Oswaldo Cruz	SP	62,96	62,96
Bragança Paulista	SP	62,07	62,07
Capivari	SP	60,34	60,34
Americana	SP	59,46	59,46
Ijuí	RS	58,93	58,93
Itaperuna	RJ	58,62	58,62
Jataí	GO	58,62	58,62
Brejo Santo	CE	57,89	57,89
Taubaté	SP	57,24	57,24
Valinhos	SP	54,12	54,12
Chapecó	SC	52,94	52,94
Petrolina	PE	52,50	52,50
São José dos Campos	SP	50,94	50,94
Belém	PA	49,08	49,08
Joinville	SC	48,59	48,59
Macapá	AP	47,85	47,85
Mossoró	RN	47,25	47,25
Dois Irmãos	RS	46,67	46,67

Ourinhos	SP	46,34	46,34
Bauru	SP	45,66	45,66
Volta Redonda	RJ	45,63	45,63
Barbacena	MG	45,57	45,57
Caxias do Sul	RS	45,42	45,42
Cataguases	MG	44,35	44,35
Jacareí	SP	42,63	42,63
Marabá	PA	41,94	41,94
Resende	RJ	41,92	41,92
Colatina	ES	41,15	41,15
Mogi das Cruzes	SP	40,91	66,67
Itumbiara	GO	40,38	40,38
Campos dos Goytacazes	RJ	39,14	39,14
Paranavaí	PR	38,78	38,78
Foz do Iguaçu	PR	38,60	38,60
Tupã	SP	37,93	37,93
Pindamonhangaba	SP	37,72	37,72
Ubá	MG	36,78	36,78
Gurupi	TO	36,76	36,76
Pelotas	RS	36,73	36,73
Ponte Nova	MG	34,48	34,48
Curvelo	MG	33,33	33,33
Distrito Federal	DF	32,97	55,85
Novo Hamburgo	RS	32,77	32,77

Caieiras	SP	32,22	32,22
Nova Friburgo	RJ	32,00	32,00
União da Vitória	PR	32,00	32,00
Niterói	RJ	31,76	37,77
Feira de Santana	BA	31,17	31,17
Barra Mansa	RJ	29,55	29,55
São Vicente	SP	29,41	29,41
Penápolis	SP	29,17	29,17
Barueri	SP	28,57	28,57
João Pessoa	PB	28,57	28,57
Duque de Caxias	RJ	28,30	43,18
São Bernardo do Campo	SP	28,29	55,50
Ponta Porã	MS	28,00	28,00
Lorena	SP	27,66	27,66
Porto Velho	RO	27,00	27,00
Rio Branco	AC	26,58	26,58
Maringá	PR	25,80	25,80
Fortaleza	CE	25,42	25,42
Porto Alegre	RS	24,87	24,87
Votuporanga	SP	24,84	24,84
Guarulhos	SP	24,13	24,13
Imperatriz	MA	23,90	23,90
Londrina	PR	23,40	23,40
Mauá	SP	23,28	23,28

Maceió	AL	22,82	22,82
Osasco	SP	22,42	22,42
Cornélio Procópio	PR	22,22	22,22
Natal	RN	21,12	21,12
Timbó	SC	20,83	20,83
Ponta Grossa	PR	20,16	20,16
Ribeirão Preto	SP	20,14	20,14
Vitória da Conquista	BA	20,00	20,00
Dourados	MS	19,42	19,42
Campo Grande	MS	19,04	19,04
Salvador	BA	18,94	18,94
Montes Claros	MG	18,89	18,89
Santarém	PA	18,60	18,60
Vitória	ES	17,74	17,74
Manaus	AM	17,20	17,20
Patrocínio	MG	16,95	16,95
Teresina	PI	15,94	15,94
Belo Horizonte	MG	13,07	13,07
São José do Rio Preto	SP	12,38	12,38
Curitiba	PR	11,88	11,88
Recife	PE	11,64	19,05
Rio de Janeiro	RJ	9,96	10,70
Parnaíba	PI	8,96	8,96
Cabo de Santo Agostinho	PE	8,42	8,42

São Paulo	SP	8,02	8,86
Campinas	SP	7,92	7,92
Aracaju	SE	7,66	7,66
Santo André	SP	7,47	40,60
Balneário Camboriú	SC	5,10	5,10
São Luís	MA	3,17	3,17
Campina Grande	PB	2,34	2,34
São Gonçalo	RJ	2,15	2,15
Olinda	PE	0,00	72,94

