

Nota nº 03 /2014

Ass.: Projeto 4.1 da Agenda Regulatória – Resultados da 1ª Fase	Processo nº:
------------------------------------------------------------------------	---------------------

I. Introdução

Os custos associados a pagamentos de médicos e hospitais aumentaram, repetidamente, em ritmo superior a de índices de inflação, como o IPCA¹, no período recente, obrigando as operadoras de planos de saúde médico-hospitalares a buscarem novas estratégias para contê-los. Embora não haja dados precisos sobre os movimentos das operadoras de planos de saúde realizados com esse fim, é comum a afirmação de que o setor de saúde suplementar brasileiro está verticalizando-se². Se essa afirmação é verdadeira, seu resultado pode ter consequências importantes para a configuração do setor.

A literatura³ aponta duas motivações principais para a verticalização. A primeira é a promoção de ganhos de eficiência, relacionada diretamente à redução de custos. Ao verticalizar-se uma empresa pode influir diretamente na organização do ente a jusante ou a montante da cadeia, conforme o caso. A maior parte dos hospitais brasileiros é de pequeno porte⁴ e tem gestão pouco profissionalizada, sendo comum que as pequenas unidades não tenham cargos de gerência financeira, recursos humanos, entre outros (Forgia e Couttolenc, 2009⁵). Aprimorar a gestão hospitalar e tornar a escala eficiente tendem a reduzir custos assistenciais.

¹ Em 2012, por exemplo, enquanto a inflação, medida pelo IPCA/IBGE, foi 5,84%, a despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares, que, em grande parte, refletem esses custos, aumentou 15,71%, conforme informações das operadoras enviadas à ANS (DIOPS/ANS).

² Por exemplo, Santacruz menciona uma "tendência de verticalização" que vem sendo observada (SANTACRUZ, Ruy. Verticalização do Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar. Texto para discussão, 282, fevereiro de 2011, Universidade Federal Fluminense). Leandro afirma que as operadoras, para impedir reduções significativas em sua margem de lucro, buscaram opções, dentre as quais está a verticalização. (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).

³ Para uma análise de potenciais benefícios da integração, ver Grossman e Hart (1986), The costs and benefits of ownership: a theory of vertical and lateral integration, publicado no Journal of Political Economy, 1986, vol. 94, no. 4. Para a análise de potenciais efeitos negativos, ver, entre outros, Rey e Tirole, A primer on foreclosure, capítulo do Handbook of Industrial Organization III, editado por Armstrong e Porter.

⁴ Enquanto a evidência internacional (ver, por exemplo, 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.

⁵ LA FORGIA, Gerard e COUTTOLENC, Bernard. Desempenho hospitalar no Brasil – Em busca da excelência. São Paulo, Ed. Singular, 2009.

Folha 2, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

A aquisição de hospitais por operadoras de planos de saúde pode impactar na eficiência também por tornar mais fácil alinhar os interesses de ambos os agentes. Grande parte dos pagamentos por serviços hospitalares no Brasil é definida com base no modelo de remuneração por procedimento. Esse modelo estimula o aumento da produção, ao mesmo tempo em que não incentiva 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, os interesses tendem a ser alinhados, já que o resultado a ser maximizado é de todo o sistema e não de cada ente, separadamente.

Além dos ganhos de eficiência e redução de custos, uma outra motivação para integração pode ser o fechamento de mercado para novos ou atuais concorrentes, com o consequente aumento de poder de mercado. Isso pode acontecer quando uma operadora adquire o único hospital ou um dos poucos hospitais existentes em uma dada região e passa a vedar o atendimento de beneficiários de concorrentes. Nesse caso, a entrada no setor de planos de saúde naquela região tornar-se-á mais difícil, já que serviços médicos são insumos essenciais para a comercialização de planos de saúde médico-hospitalares.

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 de saúde dependente da existência de prestadores de saúde e o ritmo de crescimento do número de beneficiários maior que o do número de leitos hospitalares⁶, é necessário aumentar a infraestrutura hospitalar brasileira para que a saúde suplementar continue crescendo. A maior parte dos agentes que atua no setor hospitalar, contudo, tem capacidade financeira limitada para ampliar a oferta de leitos de seus estabelecimentos ou construir novas unidades. O acesso a capitais de terceiros também é restrito, haja vista que é proibida a participação de capital estrangeiro em hospitais e que os canais de financiamento para esse setor são poucos. A associação com operadoras de planos de saúde pode ser um meio para que os prestadores obtenham recursos para ampliação ou modernização de suas instalações e uma estratégia para que os planos possam atender todos os beneficiários.

Para o agente regulador, é importante conhecer o grau de integração vertical do setor e entender esses movimentos por diversas razões. Quando um agente se integra verticalmente, os riscos do

⁶ 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.

Folha 3, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

negócio são alterados. Ao mesmo tempo em que uma operadora verticalizada tem maior controle sobre seus custos assistenciais, se os resultados do prestador que controla não forem satisfatórios, podem contaminar a operação do próprio plano. A regulação financeira, na presença de agentes verticalizados, deve considerar essas duas possibilidades. A regulação das relações com prestadores de saúde é afetada pela forma como essas relações são estabelecidas. Em um ambiente no qual a maior parte dos serviços utilizados por beneficiários é prestada por agentes verticalizados, diminui a necessidade de se impor a formalização de contratos e de se discutir modelos de remuneração e aumenta o potencial de alcance de ações destinadas a melhorar a qualidade dos prestadores de serviços, já que se podem impor obrigações aos prestadores que estejam vinculados a operadoras de planos de saúde mais facilmente.

A possibilidade de fechamento de mercado por operadoras verticalizadas também é uma conduta para a qual o agente regulador deve manter-se atento. Ainda que a função precípua de combater eventuais condutas anticoncorrenciais seja da autoridade antitruste, regulamentos que considerem a presença de agentes verticalizados e sejam formulados tendo em vista essa configuração do setor podem reduzir a possibilidade de que condutas dessa natureza sejam empreendidas. Por fim, sendo comprovada que a integração vertical traz ganhos de eficiência à cadeia da saúde suplementar, a ANS pode adotar ações que visem estimular esse processo.

Tendo em vista o impacto que a integração vertical pode ter para a configuração e regulação do setor, a ANS incluiu projeto que tem por objetivo desenvolver estudos sobre a cadeia produtiva da saúde suplementar como parte de sua agenda regulatória. O estudo da integração vertical entre operadoras de planos de saúde e prestadores hospitalares (hospital geral) será iniciado neste trabalho, no qual serão calculados índices que visam medir o grau de integração vertical entre hospitais gerais e planos de saúde. Dois outros trabalhos seriam feitos posteriormente. O segundo teria por objetivo verificar como a integração vertical afeta variáveis relevantes para o desempenho das operadoras e a concorrência no setor. O último pretendia avaliar se os prestadores verticalizados comportam-se diferentemente dos não verticalizados em relação à quantidade do número de credenciamentos e ao padrão desses credenciamentos. O trabalho com os bancos de dados utilizados neste trabalho, como será visto adiante, mostrou, no entanto, que as informações sobre os prestadores hospitalares que prestam serviço na saúde suplementar constantes dos sistemas da ANS não são suficientemente confiáveis para possibilitar a realização do terceiro trabalho. Por essa razão, o escopo do projeto original foi reduzido.

A decisão de analisar 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

TL



Folha 4, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

08700.004150/2012/59, a jurisprudência do CADE considera a entrada no setor intempestiva por requerer no mínimo dois anos desde o projeto inicial⁷. Em seu voto no processo n.º 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 n.º 08012.008853/2008-28). Assim, ainda que, em alguns mercados relevantes, haja competição no setor, as condições de entrada propiciam a concentração.

Tomada a decisão do que será avaliado (no caso, a integração vertical entre operadoras de planos de saúde e hospitais gerais), é necessário escolher uma metodologia. Embora existam diversos índices de concentração de mercado amplamente usados, dos quais são exemplos o índice de Herfindahl-Hirschman⁸ (HHI) e o C4⁹, não são tão difundidos índices de integração vertical, tampouco existem aqueles que são usados amplamente pela comunidade acadêmica e por autoridades regulatórias ou antitruste.

Neste trabalho serão utilizadas duas medidas distintas. A primeira é um índice simples que visa medir a importância dos hospitais verticalizados em relação ao conjunto de hospitais em um mercado, sendo um indicador paralelo a indicadores de concentração, como o C4. 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)¹⁰ (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

⁷ Parecer da Superintendência no processo 08700.004150/2012-59, p. 15.

⁸ O HHI é resultado da soma dos quadrados das participações de mercado de todos os concorrentes.

⁹ O C4 é a soma das participações das quatro maiores concorrentes em um mercado.

¹⁰ 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>.

Folha 5, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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, 2006¹¹).

Os dados utilizados foram extraídos de bases existentes na própria ANS, combinados com dados coletados nas páginas de prestadores de serviços de saúde e de operadoras de planos de saúde na internet, dados constantes em processos administrativos julgados pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE – e os obtidos por meio de respostas a requisições de informações enviadas pela ANS às operadoras de planos de saúde. A quantidade de hospitais gerais por município e de leitos destinados a pacientes que não provêm da saúde pública em cada estabelecimento foi extraída de tabela que constava do sítio da ANS na internet, baseada no CNES, atualizada em 17/12/2013. Para determinar quais hospitais eram verticalizados, confrontaram-se os dados que compõem o registro de planos de saúde da ANS a informações constantes nos sites de operadoras de planos de saúde, nos processos julgados pelo CADE, aquelas constantes das demonstrações financeiras das operadoras apresentadas à ANS e de respostas à requisição de informações da ANS sobre o assunto feita a operadoras. Os dados relacionados à quantidade de beneficiários por operadora de plano de saúde são originados de informações que estas prestam, periodicamente, à ANS e que formam o sistema de informações de beneficiários (SIB), atualizados em fevereiro de 2014.

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 35 desses municípios o hospital é vinculado a uma operadora. Em 435 municípios, há dois ou mais hospitais que prestam serviços a pacientes não provenientes da saúde pública, sendo que em 146, há hospitais verticalizados. Nessas cidades, a participação de prestadores verticalizados média é superior a 43%, 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, em especial quando se consideram as operadoras de um mesmo grupo como entes distintos e não se excluem as autogestões dos dados, 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

¹¹ 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, FIUZA, Eduardo e MOTTA, Ronaldo. Rio de Janeiro, Ipea, 2006.

Folha 6, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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 desta nota. 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 da nota 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).

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. 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, também há que se discutir quais relações serão consideradas, pois, recentemente, o CADE alterou a forma como trata as cooperativas médicas integrantes do sistema Unimed. Atualmente, todas essas cooperativas são consideradas como um grupo econômico. Além das cooperativas, algumas operadoras fazem parte de grupos econômicos. Embora, nesses casos, pareça ser evidente ser mais apropriado considerar o grupo econômico como uma entidade, é imperioso notar que somar as participações de diferentes operadoras tende a diminuir o efeito da verticalização quando medido por meio do VHHI.

Folha 7, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

O cálculo dos dois índices utilizados requer, ainda, que se estabeleçam, previamente, quais agentes competem entre si, o que, em análises antitruste, é geralmente feito pela definição de mercados relevantes. Estabelecer-se-á, neste estudo, quais hospitais gerais e operadoras de planos de saúde competem entre si por meio da definição de mercados relevantes geográficos e de produto. Como o objetivo não é discutir esse aspecto da competição na saúde, serão utilizadas as definições consolidadas na jurisprudência do CADE. No que tange aos mercados geográficos de planos de saúde, utilizar-se-ão as definições resultantes do trabalho empreendido por Mônica Viegas Andrade e equipe, contratados pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS – por meio da ANS¹². Esse trabalho é uma atualização e aperfeiçoamento de estudo anterior, realizado também sob a liderança de Andrade, por solicitação da ANS, e consolidado no texto Estrutura de Mercado no Setor de Saúde Suplementar no Brasil (2010)¹³.

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 possíveis resultados representam.

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 integradas 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

¹² Trata-se do documento técnico contendo a versão final dos resultados do produto no 5 referente ao contrato de serviços BR/CNT/1201793.002.

¹³ Texto para discussão nº 400, Cedeplar/UFGM. Disponível em <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20400.pdf>. Acesso em 13/08/2013.

Folha 8, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

alinhamento de interesses, pelo fim de dupla monopolização¹⁴, 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 condição necessária para que uma 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, estudo, já citado, de Andrade e outros (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 08700.00398/2012-90, 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 suplementar¹⁵.

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

¹⁴ Para uma explicação do problema da dupla monopolização, ver TIROLE, Jean. *The Theory of Industrial Organization*. The MIT Press, 1988, p. 174-176.

¹⁵ 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.

Folha 9, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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 a unir 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 n.º 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 n.º 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), tendo concluído que:

"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

Considerando-se a conclusão expressa no voto supracitado, definir-se-ia como integrados agentes que não tenham nenhuma relação societária entre si se agentes com os quais tenham vínculos societários relacionarem-se, ainda que subsidiariamente. Por um lado, relações paralelas entre agentes podem aumentar o acesso a dados e informações de terceiros, o que corrobora a opinião expressa no voto acima. Por outro lado, é bastante limitada, se não insignificante, a possibilidade de uma operadora influir na conduta de um hospital com o qual não tenha relação direta, mas apenas um vínculo indireto, caracterizado pela relação societária em um hospital da mesma rede,

TL 

Folha 10, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

de modo a provocar efeitos negativos sobre a concorrência. Em alguns mercados relevantes, nos quais a participação de hospitais da Rede D'Or, que, conforme esta definição, seriam integrados ao Grupo Amil, é relevante, incluir os hospitais deste grupo provoca alteração substantiva nos resultados.

Em termos de relações horizontais, o pertencimento de diferentes operadoras (ou hospitais) a um mesmo grupo econômico influencia na competição. Ainda que entidades diferentes, a existência de relações societárias entre operadoras torna mais provável que adotem estratégias conjuntas relacionadas a diversos aspectos do negócio, inclusive decisões relacionadas ao credenciamento de prestadores e ao direcionamento de beneficiários para atendimento em determinados centros. A ANS, por meio do Cadastro de Operadoras (Cadop) e das informações prestadas quando do registro de cada operadora, mapeou as operadoras que mantêm relações societárias entre si. Foram detectados doze grupos econômicos. As participações das operadoras que compõem esses grupos serão somadas para todos os cálculos nos quais são utilizados dados de participação de mercado.

Ainda no que tange às relações horizontais, em seu voto sobre o requerimento nº 08700.005448/2010-14, cuja requerente era a Unimed Araraquara, o então conselheiro Carlos Emmanuel Ragazzo, considerou que, para fins de direito concorrencial, a definição de grupo econômico requer duas condições: personalidade própria das sociedades participantes; existência de uma orientação concorrencial central. Tendo esses critérios em vista, o então Conselheiro avaliou que as cooperativas médicas que formam o sistema Unimed são um grupo econômico. Ainda que cada cooperativa, federação, central nacional e confederação nacional tenha personalidade própria, no sistema Unimed, as federações e confederações orientam e impõem regras às suas afiliadas, versando várias dessas normas sobre aspectos concorrenciais, tais como foco competitivo, identificação de marcas e política de preços. É controverso, no entanto, se as cooperativas médicas que atuam em uma mesma área geográfica competem entre si. Ainda que, dentro do sistema Unimed, sejam definidas as áreas de atuação de cada uma, evitando-se sobreposições espaciais, por vezes, elas acontecem e não é certo que, nesses casos, as cooperativas não disputem os mesmos clientes.

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

Folha 11, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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, mesmo quando os planos são 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. 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 que são consumidos 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, 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. Interessa ao agente regulador, contudo, conhecer o grau de verticalização tendo-se em conta todas as modalidades de operadoras, já que a regulação é, de um lado, elaborada considerando-se todos os agentes do setor e suas características relevantes, do outro, atinge a todos eles.

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). Para determinar os mercados relevantes geográficos de planos de saúde de assistência médica, a ANS contratou estudo realizado por grupo de pesquisadores ligados à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

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

Folha 12, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

centroides de polos. 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 centroides 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 centroide. Ao final, foram definidos 89 mercados relevantes geográficos, que, em geral, abrangiam cada um mais de um município.

Em 2012, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPA), por intermédio da ANS, contratou grupo de pesquisadores liderados por Monica Viegas Andrade para atualizar o referido estudo¹⁶. A metodologia utilizada foi bastante semelhante à usada no trabalho anterior e descrita acima. Definiram-se como candidatos a centroides municípios com mais de 500 leitos hospitalares e complementares, excluídos os leitos de psiquiatria e saúde mental. Com base em dados da distância média percorrida por pacientes da rede pública para internação de média complexidade, foi definido raio máximo de deslocamento dentro do qual um paciente estaria disposto a procurar atendimento. Tendo em consideração a análise de características da demanda, da oferta de leitos e da distância entre municípios, foi definida a força de atração que cada município exercia sobre si e sobre os demais.

Possíveis centroides que não se polarizaram em primeira força (14 casos) não foram considerados como tal. Exceção foi feita para os municípios com mais de dois mil leitos e que se localizavam próximos a grandes centros. Assim, Guarulhos e Niterói tornaram-se também centroides. Todo município polarizado em primeira força por um centroide cuja distância de si era menor que o raio máximo de deslocamento foi incluído no mercado do que o polariza. Municípios polarizados em primeira força por município que não era centroide ou por municípios fora do raio máximo de deslocamento foram incluídos nos mercados dos municípios que os polarizavam em segunda força.

Indicadores de Elzinga-Hogarty foram utilizados para validar os resultados. Calcularam-se duas estatísticas. A primeira refere-se ao fluxo de pacientes residentes atendidos fora do mercado dividido pelo fluxo total de internações de residentes (conhecida como LIFO), e a segunda é resultado da divisão do fluxo de pacientes não residentes atendidos no mercado pelo fluxo total de internações no mercado (conhecida como LOFI). Espera-se que as duas estatísticas sejam relativamente baixas. Em alguns casos, contudo, os resultados foram superiores a 0,25, indicando que determinados mercados ainda estavam pequenos. Como base nisso, foram

¹⁶ ANDRADE, Mônica Viegas. Produto 5 referente ao contrato de serviços BR/CNT/1201793.002, anteriormente referido.

Folha 13, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

tomadas decisões de agregação. Além disso, o Distrito Federal foi considerado um mercado relevante por não haver dados que permitissem separar suas regiões administrativas, e o município de Crato (CE) foi agregado ao mercado de Juazeiro do Norte (CE). Ao final, 96 mercados foram definidos. Esses mercados serão usados neste trabalho. Mais de setenta hospitais verticalizados, todavia, localizaram-se em municípios que não fazem parte de um desses mercados. Nesses casos, considerou-se o município onde está o hospital verticalizado como um mercado relevante de planos.

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.

Nesta nota, 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

TL 

Folha 14, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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 estabelecimentos situados em um raio de até dez quilômetros ou 20 minutos de deslocamento, 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 trouxesse ganhos à análise significativamente superiores a uma definição que considere mercados definidos a partir de áreas geográficas já estabelecidas.

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.

Folha 15, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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 baseados nela também serão apresentados.

Serão apresentados dois conjuntos de resultados para o VHHI. No primeiro, as autogestões são tratadas como as demais modalidades, e cada cooperativa é tratada como uma operadora autônoma. No segundo, são excluídas as autogestões, as cooperativas médicas são tratadas como um grupo econômico, e os leitos da rede D'Or são considerados integrados ao grupo Amil. Embora o primeiro tratamento gere resultados de HHI mais baixos do que o segundo, tende a ressaltar mais as diferenças entre esse índice e o VHHI, explicitando o impacto de processos de verticalização. Isso decorre da maneira como esses índices são calculados, que é mostrada na próxima subseção.

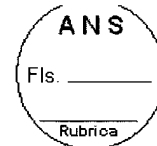
No cálculo do índice de verticalização, paralelo aos índices de concentração, não se diferenciará hospitais integrados a autogestões daqueles integrados a operadoras de outras modalidades. Isso porque o maior risco, considerando-se o setor hospitalar, da presença de agentes integrados é ocorrer a limitação 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 regulatória e 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 anticoncorrenciais¹⁷. Dessa forma, apenas saber se um 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. No caso da saúde suplementar

¹⁷ 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.



Folha 16, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

no Brasil, operadoras de planos de saúde adquiriram ou construíram hospitais recentemente, como é o caso da Amil, que adquiriu, entre outros a Clínica Médico Cirúrgica Botafogo S/A (Hospital Samaritano) por meio do Hospital das Clínicas de Niterói, no qual tem participação¹⁸, e de algumas cooperativas médicas. Para a autoridade regulatória, é necessário aferir a extensão desses processos e entender suas implicações para que, sendo necessário, suas políticas sejam adaptadas a um quadro no qual predominam ou, ao menos, constituem uma parte relevante, operadoras verticalizadas.

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:
$$I_M = \sum_{i=1}^M \left[\frac{l_i}{\sum_{i=1}^N l_i} \right],$$
 onde M 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

¹⁸ Operação analisada pelo CADE no processo nº 08012.013200/2010-85.

Folha 17, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

vertical acaba com um duplo monopólio, ou seja, uma operadora monopolista passa a se relacionar 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)¹⁹, 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 tiverem 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. Dois pontos negativos podem ser apontados com relação ao VHHI. O primeiro é que o modelo-base para sua derivação não considera a possibilidade de as firmas integradas fecharem o mercado de insumos para as rivais. O segundo é que, no caso de haver alta concentração a jusante, seu resultado, quando comparado ao HHI, tende a subestimar a importância dos processos de verticalização ou a não indicá-los.

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. Como exposto acima, os mercados geográficos de hospitais gerais são menores que 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

¹⁹ 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>

Folha 18, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

hospitalar contido dentro do mercado de planos de saúde. É preciso estabelecer, nesses casos, qual participação no setor hospitalar será usada. Foram consideradas duas possibilidades.

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 ampliado²⁰. 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 na definição de mercados de planos de saúde 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.

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.

²⁰ 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 alli (2010), o município será considerado o mercado relevante geográfico de planos de saúde.

Folha 19, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

É importante notar que ao consolidar os dados de beneficiários para contabilizar a participação dos grupos econômicos, diminui-se a probabilidade de que o VHHI seja diferente do HHI, já que a participação do grupo é maior ou igual a participação de apenas um dos seus constituintes. Desse modo, o impacto da integração de hospitais na competição dos planos de saúde tende a ser menor quando a análise é feita considerando-se grupos econômicos.

III. Dados

A maior parte dos dados utilizados provém da ANS. Os bancos de dados da ANS são formados por informações apresentadas pelas operadoras de planos de saúde. Apenas as informações financeiras, referentes ao todo o ano, são auditadas. Podem-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 ANS, das informações financeiras apresentadas pelas operadoras à ANS, da internet e do cadastro de operadoras da Agência. Posteriormente, essa base de dados foi confrontada com os dados apresentados pelas operadoras de planos de saúde em resposta à requisição de informação da ANS que solicitava dados da rede verticalizada. 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 secretaria 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 a não realização do registro ou sua desatualização. 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

Folha 20, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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.

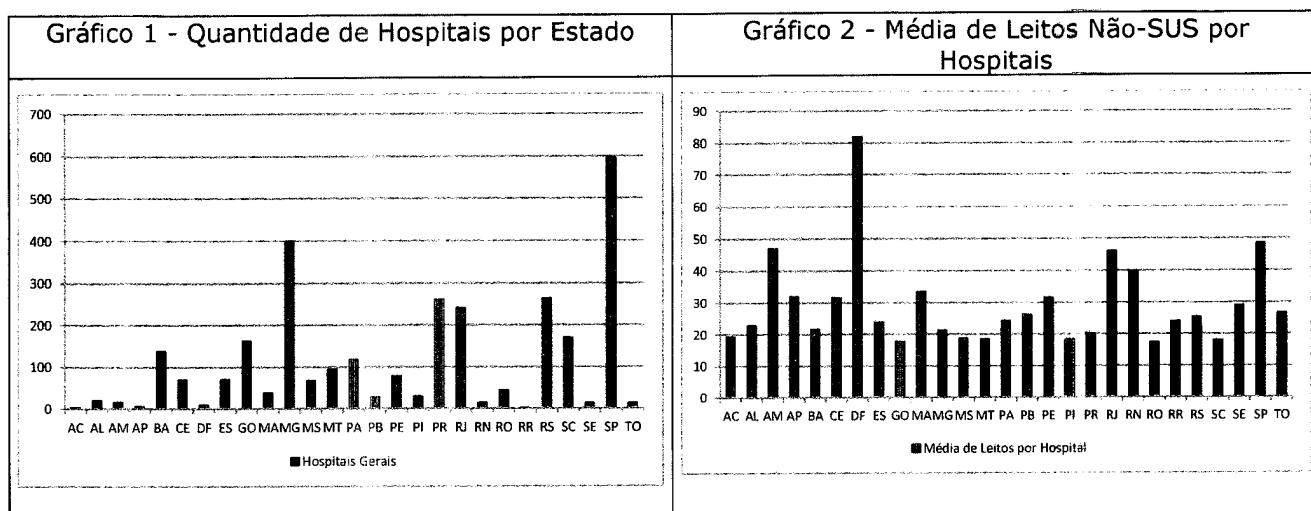
Serão considerados todos os tipos de leitos em hospitais gerais (clínico, cirúrgico, obstétrico, pediátrico, psiquiátrico, internação intensiva – adulta, pediátrica e neonatal) não destinados à utilização por pacientes do SUS. A destinação de leitos aos pacientes do SUS ou aos financiados por recursos 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 dezembro de 2013, 88.319 leitos, dispostos em 2.958 hospitais gerais, destinados a pacientes privados. Note-se que, em comparação aos dados utilizados na primeira versão desta nota, referentes a julho de 2013, houve aumento de 1.437 leitos, mas redução no número de prestadores, que anteriormente era 2.966. A maior parte dos hospitais com leitos não SUS é de pequeno porte, sendo que apenas 490 ofertam mais de 50 leitos a esses pacientes. Havia 426 (não incluídos nos 2.958 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 596 estabelecimentos em São Paulo e 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 definidos por Andrade et alii (2013), observa-se que mais da metade (1.601) dos hospitais estão em municípios que não fazem parte desses mercados. Em termos de municípios, há hospitais gerais em 1.588, sendo que destes, 1.193 não

Folha 21, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

fazem parte de nenhum dos 96 mercados definidos. Em 1.153 municípios, há apenas um hospital e, em 124, há quatro ou mais hospitais.



Fonte: CNES

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. (2013), não é possível saber como seriam definidos os mercados relevantes para planos de saúde nesses casos. 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 1.153 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 311 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 124 municípios nos quais a quantidade de hospitais é igual ou maior que 4, M será igual a 4 (não havendo quatro hospitais verticalizados, M será o número de hospitais verticalizados).

Folha 22, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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. O RPS foi consultado em julho de 2013.

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 290²¹, 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

²¹ 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.

Folha 23, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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 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. As demonstrações consultadas são do 2º trimestre de 2013.

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.

Ainda com o intuito de melhorar os dados sobre verticalização de operadoras, 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,

Folha 24, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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 pertencentes a operadoras. Esses foram os dados utilizados na primeira versão desta nota. Desde então, a operadora Unimed Brasília, que tinha três hospitais gerais em Brasília (DF) foi liquidada, razão pela qual seus hospitais passaram a não constar mais como verticalizados.

Em um esforço paralelo ao de identificação dos hospitais verticalizados, em meados de 2013, a ANS enviou requisição de informações às operadoras de planos de saúde, na qual solicitava informações sobre rede própria. A requisição abrangia não apenas hospitais gerais, mas diversos tipos de prestadores, como laboratórios e hospitais especializados. Os dados recebidos em resposta a essas requisições indicaram haver 314 hospitais gerais. Embora a quantidade de hospitais verticalizados resultante do levantamento realizado nos bancos de dados da Agência e na internet e o resultante da requisição de informação sejam próximos, há bastante divergência entre as duas bases. Mais de 200 hospitais que estão na base de dados montada para este trabalho não constam das respostas das operadoras, do outro lado, mais de 190 hospitais que constam das respostas das operadoras não constam da base de dados montada para este trabalho.

A fim de melhorar a base de dados a ser utilizada, procurou-se verificar as divergências e, sendo necessário, retirar ou incluir dados de verticalização na base de hospitais gerais do CNES. Foram adotados dois procedimentos. Para os hospitais que, segundo o banco de dados montado a partir dos sistemas da ANS, eram verticalizados, mas que não o eram segundo as respostas das operadoras, foram consultadas as páginas da internet do prestador e da operadora de plano de saúde. Quando em nenhuma das páginas estava explícita a relação existente entre os dois entes, foi desconsiderada a relação incluída anteriormente, mesmo quando as razões sociais do prestador e da operadora eram similares (por exemplo, a razão social do hospital é Sociedade literária e caritativa Santo Agostinho e da operadora é também Sociedade literária e caritativa Santo Agostinho). Com isso, é mais provável que as relações de verticalização sejam subestimadas do que sobre-estimadas. Desse modo, foram desfeitas 50 relações.

O segundo procedimento adotado foi buscar na base do CNES utilizada neste trabalho, os hospitais que as operadoras relataram serem vinculados a elas. Grande parte dos hospitais não

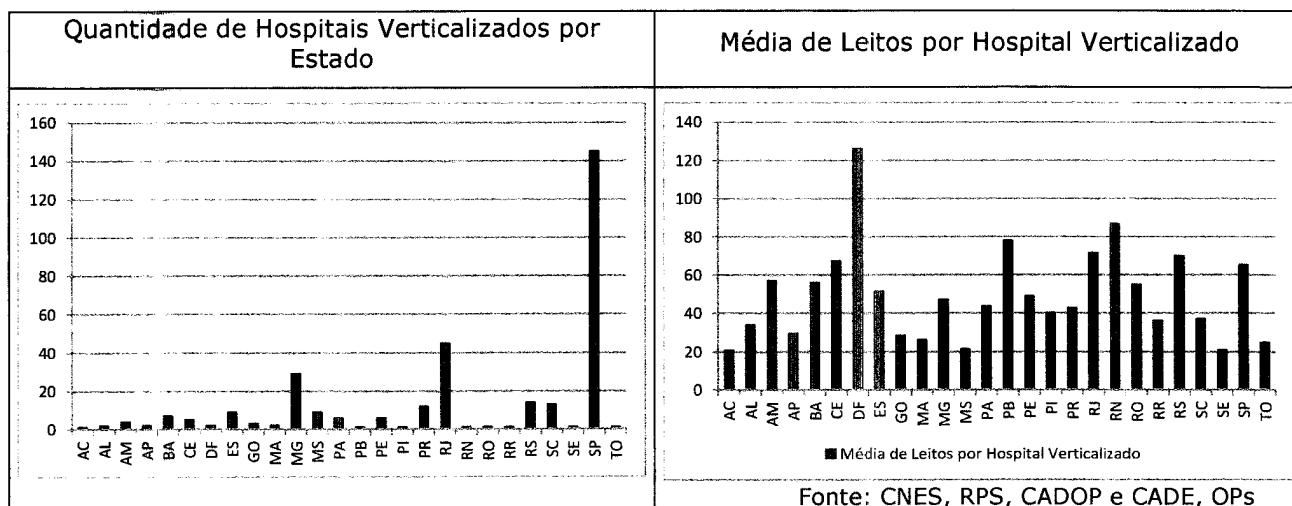
Folha 25, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

tinha registro CNES ou constava no cadastro de estabelecimentos não como hospital geral, mas como clínica/centro de especialidade, policlínica ou algum outro tipo de estabelecimento. Outros estabelecimentos também não constavam da planilha ainda que a operadora tivesse informado um número referente ao CNES. Ao final, 39 estabelecimentos informados pelas operadoras como hospitais da rede própria foram incluídos porque também estavam na relação de estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES como hospitais gerais. Da mesma forma que no caso anterior, esse procedimento pode implicar a subestimação das relações de integração, já que não se consideram estabelecimentos não cadastrados no CNES. Avalia-se, contudo, que incluir apenas os hospitais verticalizados não cadastrados no CNES, sem considerar os não verticalizados não cadastrados, tornariam incertas as conclusões do trabalho, já que sequer se saberia a direção do viés, caso ele exista.

Por fim, foram desfeitas as relações que vinculavam hospitais a operadoras que tiveram seu registro cancelado na ANS, o que impossibilita a atuação no setor de saúde suplementar, entre a primeira versão desta nota e esta. São sete operadoras, sendo que apenas uma (a Unimed Brasília) tinha mais de um hospital geral (três). Ao final, restaram 321 hospitais verticalizados, não se considerando os hospitais da Rede D'Or nos quais o grupo Amil não tem participação direta (17 hospitais).

Os gráficos 3 e 4, abaixo, mostram a distribuição dos hospitais verticalizados por estado e a quantidade média de leitos por hospital verticalizado. Roraima tem a maior proporção de hospitais verticalizados (um em dois). Considerando a quantidade de leitos, Roraima também 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, embora, em termos relativos, seja o segundo estado com a menor proporção de estabelecimentos verticalizados, sendo Tocantins o primeiro. Considerando os estados, a distribuição geográfica dos estabelecimentos integrados difere substancialmente, em especial nos dois entes da federação com o maior número de hospitais verticalizados. Em São Paulo, apenas 21% desses estabelecimentos estão na capital, enquanto no Rio de Janeiro, diferentemente, 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, Maranhão, Sergipe e Tocantins, em todos os estados a quantidade média de leitos em hospitais verticalizados é maior do que a média de leitos em hospitais não verticalizados.

Folha 26, da Nota n.º /2014/ADS/ANS



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 17 estabelecimentos²², que totalizam 2.047 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

²² 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. Alguns desses hospitais já estavam na lista de hospitais verticalizados por ter participação direta da Amil.

Folha 27, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

possível que um mesmo indivíduo tenha mais de um plano de saúde, constando, assim, como beneficiário de duas ou mais 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.

Nesta nota, serão considerados os beneficiários de todos os planos médico-hospitalares, com exceção dos beneficiários de planos ambulatoriais. A quantidade de beneficiários de uma operadora é uma medida da quantidade de planos vendidos²³. 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. Embora a ANS também colete esses dados, as informações referem-se à atividade da operadora como um todo, não sendo possível distinguir quais as localidades onde foram originadas as receitas ou realizados pagamentos.

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. Além disso, os mercados tendem a ser bastante concentrados. No caso em tela, conforme explicado na seção anterior, será considerado, além dos mercados a jusante, o mercado de insumos, formado pelas operadoras de planos de saúde que atuam nos mercados relevantes geográficos. 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 fevereiro de 2014. São mais de 48 milhões de beneficiários em todo o país. Os 96 mercados relevantes geográficos abrigam 84% desses beneficiários, sendo o maior deles o que compreende, entre outros municípios, São Paulo (são quase dez milhões de beneficiários). Além desses mercados, em 77 municípios há hospitais verticalizados. Nesses casos, cada município foi considerado um mercado isolado. Embora a estrutura competitiva seja heterogênea, é possível dizer que, em geral, há elevada concentração na saúde suplementar. Não se excluindo as autogestões dos cálculos e considerando cada operadora isoladamente, o maior HHI encontrado, em planos coletivos, é 7960 e, em planos individuais, 9685, sendo esses dois índices, referentes aos municípios de Seara (SC) e Bebedouro (SP). Os menores HHI são 671 para planos coletivos e 921 para planos individuais e referem-se, em ambos os casos, ao mercado composto por, entre outros municípios paulistas, São Paulo. Quando são calculadas as

²³ 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.

Folha 28, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

participações excluindo-se as autogestões e considerando-se grupos econômicos, os HHIs observados máximo e mínimo aumentam para planos coletivos (8141 e 703) e individuais (9842 e 703).

Os mercados de insumo também apresentam elevadas concentrações. Os HHIs máximos foram superiores a 7000 pontos tanto quando se considera o mercado com autogestões e operadoras singulares quanto quando se considera sem autogestões e com grupos econômicos e a mediana, em ambos os casos superou 2000 pontos.

IV. Resultados

A simples observação dos dados mostrou que, considerando-se cada município como um mercado relevante geográfico, aproximadamente 72% 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 não haver 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 1.153 hospitais monopolistas, apenas 32 são integrados a operadoras. Prevaecem os hospitais ligados a operadoras filantrópicas (20), sendo que duas das sete medicinas de grupo com hospitais monopolistas são santas casas que se constituíram como operadoras nessa modalidade. As cooperativas médicas têm quatro desses hospitais. Em termos de distribuição regional, a maior parte desses estabelecimentos está localizada em São Paulo (13). Em Santa Catarina, há sete estabelecimentos monopolistas verticalizados e no Rio Grande do Sul, cinco. Nenhum dos hospitais da Rede D'Or está em municípios com apenas um hospital.

Dos demais 435 municípios nos quais há mais de um hospital, em 144 (145 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, 16, em Minas Gerais, 14, no Rio de Janeiro e 5, no Espírito Santo). A região Sul também se destaca, com 21 hospitais verticalizados (8 no Paraná, 7 no Rio Grande do Sul e seis em Santa Catarina). Dos demais estados, o Mato Grosso do Sul é onde há maior quantidade de estabelecimentos verticalizados (7). Embora seja

Folha 29, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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 (1.588), a participação dos hospitais verticalizados nos mercados onde estão é, em geral, alta. Além dos 32 monopolistas, a participação média dos hospitais verticalizados nos mercados em que atuam é de 50,22% (51,84% 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 (ver quantos beneficiários há nesses municípios – faltam os fora dos mercados relevantes). Em catorze municípios, o I_4 foi igual a 100%. Desses municípios, dez estão em São Paulo, três em Minas Gerais e um no Espírito Santo. Em dois desses municípios (Bebedouro e Lorena, ambos em São Paulo), os hospitais verticalizados que constituíram o I_4 pertencem à mesma operadora (em ambos os casos, cooperativas médicas). Metade dos municípios têm I_4 superior a 47% e a média do índice nos 145 municípios é 50%. Analisando-se a média do I_4 por estado, Roraima é o estado com maior índice médio de verticalização (75%). São Paulo (62%) e Minas Gerais (58%) seguem Roraima. No outro extremo, as unidades da federação com menor índice de verticalização, quando somente considerados os mercados nos quais há hospitais verticalizados, são o Distrito Federal (12%) e Sergipe (7%). 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 95,38%. Em cinco desses municípios, o índice aumenta mais de 20 pontos.

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 estar 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 catorze municípios onde o I_4 foi igual a 100, por exemplo, em oito o mercado é dividido dessa forma, em dois, além dos prestadores vinculados à cooperativa e à filantrópica, há um terceiro, vinculado a uma operadora de outra modalidade, em um, há uma cooperativa e uma medicina de grupo, em outro, há duas filantrópicas e em dois, os mercados são dominados 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

Folha 30, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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 I_4 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 (12,98), Salvador (18,64) e Recife (7,67 ou 16,31, se considerados os hospitais da Rede D'Or) devem ser observados com cautela.

Chama a atenção a mudança no índice de verticalização da nota preliminar para esta no Distrito Federal. Enquanto na nota anterior, o I_4 foi 32,97 e, considerando-se a integração entre os hospitais da rede D'Or e o grupo Amil, 52,85, nesta, o I_4 foi de 11,67 (34,19 considerando-se os hospitais da Rede D'Or). Parte dessa mudança é decorrente da saída do setor da Unimed Brasília – Cooperativa de Trabalho Médico –, que tinha participação relevante no setor hospitalar. Também é possível que os ajustes na base de dados tenham afetado o cálculo do índice.

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

Folha 31, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

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 173 mercados mostram um quadro semelhante ao mostrado pelos resultados do I_4 e também bastante próximo dos resultados apresentados na nota preliminar. Como relatado anteriormente, observa-se concentração acentuada em grande parte desses mercados. Quando se consideram os grupos econômicos, tomando-se todas as UnimedS como pertencentes a um mesmo grupo, e não se incluem as autogestões, a concentração horizontal, medida pelo HHI, tende a aumentar ainda mais, como pode ser observado nas tabelas 1 e 2 abaixo.

Tabela 1 – Concentração nos 96 Mercados Relevantes definidos por Viegas (2013)

	Coletivo		Individual		Insumo	
	HHI ₁	HHI ₂	HHI ₁	HHI ₂	HHI ₁	HHI ₂
HHI < 1000	15	1	1	0	8	1
1000 <= HHI < 1800	46	6	4	4	36	7
HHI >= 1800	35	89	91	92	52	88

Obs. HHI₁ é medido incluindo-se autogestões e considerando-se cada operadora individualmente, e HHI₂ é medido excluindo-se as autogestões e considerando-se os grupos econômicos.

Tabela 2 – Concentração nos 77 Municípios fora de Mercado Relevante onde há Hospitais Verticalizados

	Coletivo		Individual		Insumo	
	HHI ₁	HHI ₂	HHI ₁	HHI ₂	HHI ₁	HHI ₂
HHI ₁ < 1000	3	0	1	0	1	0
1000 <= HHI ₁ < 1800	25	0	0	0	11	0
HHI ₁ >= 1800	49	77	76	77	65	77

Obs. HHI₁ é medido incluindo-se autogestões e considerando-se cada operadora individualmente, e HHI₂ é medido excluindo-se as autogestões e considerando-se os grupos econômicos.

Folha 32, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

Como afirmado anteriormente, a maior concentração horizontal torna menos provável que a existência de hospitais relacionados impacte nos índices de concentração, em especial no VHHI. Isso porque a concentração no setor a montante somente é considerada no cálculo do índice quando esta é a maior que a concentração no setor a jusante. Quanto maior a concentração no setor a jusante, menor a probabilidade que a concentração no setor a montante seja maior que ela. Assim, se, de um lado, a exclusão de autogestões e o agrupamento de operadoras podem tornar a análise de concentrações horizontais mais rigorosas, podem, por outro lado, dificultar a percepção de processos de verticalização que têm potencial de provocar prejuízos à concorrência.

Do ponto de vista da análise antitruste, a exclusão das autogestões é pertinente, já que o acesso aos produtos dessa modalidade de operadoras não é possível a consumidores que não sejam vinculados a instituições específicas. Do mesmo modo, agrupar as operadoras relacionadas é fundamental, haja vista que operadoras do mesmo grupo têm condutas determinadas pelo mesmo núcleo decisório e não concorrem entre si. Do ponto de vista regulatório, entender qual a importância e o papel das autogestões em um determinado mercado é importante para compreensão do setor e de sua dinâmica. Por essa razão, excluí-las da análise pode lavar a conclusões enganosas. O conhecimento sobre os grupos econômicos que atuam na saúde suplementar, como na análise antitruste, é importante, mas interpretações mais abrangentes do que sejam esses grupos podem também induzir políticas setoriais inadequadas. Tendo em vista essas considerações, serão apresentados nesta nota os resultados calculados incluindo-se as autogestões e considerando-se cada operadora individualmente e aqueles obtidos excluindo-se as autogestões e considerando-se grupos econômicos. Neste último grupo, as participações hospitalares são calculadas incluindo-se os hospitais da Rede D'Or como pertencentes ao grupo Amil, ainda que não haja participação societária. Como discutido anteriormente, considerar esses hospitais como vinculados ao grupo Amil foi uma decisão recente do CADE.

Para aferir a importância dos hospitais verticalizados no que tange à concentração da cadeia, compararam-se os resultados do VHHI aos resultados do HHI. A tabela 3 mostra os resultados para os 96 mercados relevantes definidos por Viegas (2013), tendo sido calculada a participação dos hospitais verticalizados como a participação de hospital vinculado à operadora com a maior participação em mercados hospitalares locais (municípios) que fazem parte do mercado relevante. O resultado mais frequente é não haver diferença entre um índice e outro. Como esperado, quando se excluem as autogestões e se consideram os grupos econômicos, os resultados nos quais a diferença é nula são ainda mais frequentes. São poucos os mercados nos quais a concentração horizontal é alta (maior que 1800 pontos) e que o aumento da concentração quando considerada a cadeia é bastante alta (mais de 1000 pontos). Esses mercados estão espalhados pelas diversas regiões do País. No conjunto no qual se incluíram as autogestões e

Folha 33, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

desconsideraram-se os grupos, os mercados de insumo muito concentrados e cuja concentração na cadeia é consideravelmente maior são: Barretos (SP); Belo Horizonte (MG); Fortaleza (CE); Ipatinga (MG) e Petrolina (PE). No outro grupo analisado, os mercados de insumo com essas características são quatro: Fortaleza (CE); Ipatinga (MG); Santos (SP); Itabuna.

Tabela 3 – Resultados do VHHI Calculado Considerando-se a Maior Participação Hospitalar dentro do Mercado Relevante

	Com autogestões, sem grupos econômicos			Sem autogestões, com grupos econômicos		
	Coletivo	Individual	Insumo	Coletivo	Individual	Insumo
Diferença = 0	41	51	46	54	53	52
HHI1 < 1000, diferença < 100	1	0	1	0	0	0
HHI1 < 1000, 100= < diferença < 300	5	1	2	1	0	1
HHI1 < 1000, 300 <= diferença < 1000	1	0	0	0	0	0
HHI1 < 1000, diferença => 1000	2	0	2	0	0	0
1000 <= HHI1 < 1800, diferença < 100	11	0	4	2	0	2
1000 <= HHI1 < 1800, 100 <= diferença < 300	9	1	7	0	1	0
1000 <= HHI1 < 1800, 300 <= diferença < 1000	7	0	6	2	0	0
1000 <= HHI1 < 1800, diferença => 1000	4	2	3	1	2	3
HHI1 > 1800, diferença < 100	3	13	6	15	17	14
HHI1 > 1800, 100= < diferença < 300	5	14	6	11	11	13
HHI1 > 1800, 300 <= diferença < 1000	3	6	8	7	8	7
HHI1 > 1800, diferença => 1000	4	8	5	3	4	4

Quando os resultados são baseados em dados nos quais a participação dos hospitais é calculada considerando-se o mercado relevante geográfico de hospitais como similar ao de operadoras de planos de saúde, a distinção entre os resultados do VHHI e do HHI é ainda menor. Isso acontece porque a participação dos hospitais integrados tende a diminuir com a ampliação do mercado, sendo menos provável que a participação no mercado a montante seja maior que no mercado a jusante. Esses resultados são apresentados na tabela 4, abaixo.

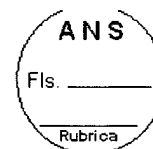
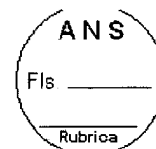


Tabela 4 – Resultados do VHHI Calculado Considerando-se a Mercado Relevante Geográfico Hospitalar Similar ao de Operadoras

	Com autogestões, sem grupos econômicos			Sem autogestões, com grupos econômicos		
	Coletivo	Individual	Insumo	Coletivo	Individual	Insumo
Diferença = 0	47	57	51	88	88	90
HHI1 < 1000, diferença < 100	3	1	3	0	0	0
HHI1 < 1000, 100= < diferença < 300	4	0	2	0	0	0
HHI1 < 1000, 300 <= diferença < 1000	0	0	0	0	0	0
HHI1 < 1000, diferença => 1000	0	0	0	0	0	0
1000 <= HHI1 < 1800, diferença < 100	15	1	8	2	0	0
1000 <= HHI1 < 1800, 100 <= diferença < 300	9	1	5	0	1	1
1000 <= HHI1 < 1800, 300 <= diferença < 1000	5	1	5	1	1	1
1000 <= HHI1 < 1800, diferença => 1000	0	0	0	0	0	1
HHI1 > 1800, diferença < 100	6	20	10	4	3	3
HHI1 > 1800, 100= < diferença < 300	1	7	1	0	1	0
HHI1 > 1800, 300 <= diferença < 1000	5	8	11	1	2	0
HHI1 > 1800, diferença => 1000	1	0	0	0	0	0

Os resultados para os 77 municípios onde há hospitais verticalizados que foram considerados mercados relevantes geográficos isolados apresentam grande distinção quando são incluídas as autogestões e consideradas as operadoras isoladamente de quando se excluem as autogestões e se agregam os grupos econômicos, como pode ser observado na tabela 5. Essa diferença deve-se, sobretudo, à importância que as cooperativas médicas têm nesses mercados e ao fato de que grande parte dos estabelecimentos hospitalares verticalizados está ligado a esse tipo de operadora. A participação das cooperativas quando agrupadas torna-se maior que a dos hospitais verticalizados.

A relevância destes no estudo da cadeia, contudo, não deve ser desconsiderada. Quando as cooperativas não estão agrupadas e estão incluídas as autogestões, os resultados mostram que muitos mercados nos quais os elos a jusante são concentrados (HHI > 1800 pontos) são ainda mais concentrados quando se considera toda a cadeia. Em mais de 20% dos mercados, a diferença do VHHI para o HHI é maior que 1000 e o HHI calculado é maior que 1800. A maior parte desses mercados está em São Paulo (10 dos 16 mercados de planos coletivos, 10 dos 19 de



Folha 35, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

planos individuais e 13 dos 24 mercados de insumo). Esse resultado é condizente com os resultados apontados pelo I_4 , embora não sejam tão evidenciados quando se consideram os grupos econômicos e excluem-se as autogestões.

Tabela 5 – Resultados do VHHI para os Municípios fora dos Mercados Relevantes

	Com autogestões, sem grupos econômicos			Sem autogestões, com grupos econômicos		
	Coletivo	Individual	Insumo	Coletivo	Individual	Insumo
Diferença = 0	11	29	12	64	66	67
HHI1 < 1000, diferença < 100	1	0	0	0	0	0
HHI1 < 1000, 100= < diferença < 300	0	0	0	0	0	0
HHI1 < 1000, 300 <= diferença < 1000	2	0	1	0	0	0
HHI1 < 1000, diferença => 1000	0	0	0	0	0	0
1000 <= HHI1 < 1800, diferença < 100	2	0	3	0	0	0
1000 <= HHI1 < 1800, 100 <= diferença < 300	5	0	3	0	0	0
1000 <= HHI1 < 1800, 300 <= diferença < 1000	10	0	3	0	0	0
1000 <= HHI1 < 1800, diferença => 1000	6	0	1	0	0	0
HHI1 > 1800, diferença < 100	4	2	5	3	0	0
HHI1 > 1800, 100= < diferença < 300	4	10	5	4	7	3
HHI1 > 1800, 300 <= diferença < 1000	16	17	20	2	3	3
HHI1 > 1800, diferença => 1000	16	19	24	4	1	4

V. Conclusão

Nesta nota, foi feito esforço para montar e apresentar o quadro da verticalização na saúde suplementar brasileira. Buscou-se formular e 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 confiável. Um trabalho necessário e que já está sendo empreendido pela ANS é melhorar sua base de dados, especialmente no que tange aos vínculos mantidos entre hospitais e operadoras. Essa melhoria facilitará a execução de trabalhos como este, que são

Folha 36, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

importantes para se definir políticas para o futuro do setor e possibilitará outros. Como exemplo, pode-se citar a análise do comportamento de hospitais e operadoras quanto ao credenciamento, trabalho inicialmente pensado para ser executado como uma fase do projeto de estudar a estrutura produtiva do setor, iniciativa constante da Agenda Regulatória da ANS em 2013/2014, mas que a análise dos dados para este trabalho permitiu ver que não poderia ser feito a contento com os dados atualmente disponíveis.

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 no setor, e, principalmente, a ANS.

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. Ao mesmo tempo, a sua combinação com a concentração no setor de planos de saúde deve ser melhor analisada. Nesse sentido, este trabalho é apenas o começo. O próximo passo é verificar como a integração vertical, onde é observada, afeta a dinâmica do mercado de planos.

Algumas normas da ANS já levam em consideração a integração vertical existente no setor. A resolução normativa (RN) 159, de 3 de julho de 2007, que dispõe sobre ativos garantidores que visam lastrear as provisões técnicas e o excedente da dependência operacional, permite que sejam vinculados imóveis assistenciais, definidos como *"bem imóvel de propriedade plena da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, destinado exclusivamente à instalação de consultório, clínica, hospital ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES"* (inciso XV do art. 2º da RN 159). A RN 159 permite que apenas 20% do total a ser vinculado seja composto por imóvel assistencial. O valor de um hospital, todavia, tende a superar largamente este valor. Para que seja vinculado, todavia, é necessário que seja feita averbação na matrícula do imóvel, o que inviabiliza seu uso como garantia em financiamentos, entre outras limitações. Por isso, muitas operadoras, apesar de ter imóveis assistenciais, não os utilizam como ativos garantidores, representando, esse normativo

Folha 37, da Nota n.º /2014/ADS/ANS

mais uma possibilidade de utilização de um tipo adicional de ativo garantidor para aquelas operadoras que têm imóveis assistenciais do que um estímulo à criação de rede própria.

A RN 275, de 1º de novembro de 2011, que instituiu o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS –, obriga que as operadoras prestem as informações relevantes para fomentar o uso de indicadores de qualidade assistencial à sua rede própria (§1º do art. 3º da referida RN). No âmbito do QUALISS, embora seja uma obrigação a mais para operadoras com rede própria, seus custos não são tão altos que levem uma operadora a alterar sua estratégia de verticalizar-se em decorrência do programa.

Considerando os mercados geográficos hospitalares analisados neste trabalho, em 146 dos 1.588 municípios onde há hospitais, existem hospitais verticalizados, sendo que, como visto, em grande parte, esses hospitais têm participação relevante. Nesses casos, as obrigações impostas pelo QUALISS, restritas a rede própria, tenderão a ter efeito significativo. Nos mercados onde não há integração vertical ou onde os hospitais verticalizados não têm participação relevante (pelo menos 1.442 municípios), a efetividade do QUALISS depende de desenvolverem-se mecanismos de incentivo à participação da rede não integrada no programa. Assim, a ANS pode ter papel relevante na melhoria de toda a cadeia da saúde suplementar se, ao mesmo tempo em que considerar a verticalização no setor, conseguir estabelecer meios de influenciar na conduta dos entes não integrados. Os resultados mostram ser necessário repensar a regulação, no que seja cabível, considerando a dinâmica da cadeia da saúde suplementar inteira.

Por fim, cabe assinalar que todos os dados utilizados neste trabalho, bem como os resultados ora apresentados estão disponíveis em CD-ROM constante do processo 33902.376538/2014-91, bem como anexados como arquivos na ferramenta de controle eletrônico dos projetos da agenda regulatória 2013/2014.

Rio de Janeiro, 17 de *julho* de 2014.


TATIANA DE MACEDO NOGUEIRA LIMA

Assessora de Estudos e Desenvolvimento Setorial

De acordo.


LEANDRO FONSECA DA SILVA

Gerente-Geral de Integração Setorial

Diretor Adjunto de Desenvolvimento Setorial Interino

TL

