

ISSN 1519-4612

Universidade Federal Fluminense

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

UFF/ECONOMIA

Universidade Federal Fluminense

Faculdade de Economia

Rua Tiradentes, 17 – Ingá – Niterói (RJ)

Tel.: (0xx21) 2629-9699 Fax: (0xx21) 2629-9700

<http://www.uff.br/econ>

esc@vm.uff.br

**Verticalização do Mercado Brasileiro
de Saúde Suplementar**

Ruy Santacruz

TD 282

Fevereiro/2012



RESUMO

O presente texto tem por objetivo analisar o processo de verticalização em andamento no mercado brasileiro de saúde suplementar, com as grandes operadoras de planos de saúde construindo e/ou adquirindo hospitais, clínicas e centros de diagnósticos. Os processos de verticalização, de um modo geral, são resultado da busca de ganhos de eficiência por parte das firmas. No entanto, podem representar riscos ao bem-estar econômico e social, na medida em que propiciam condutas anticompetitivas, especialmente na forma de fechamento de mercado para as firmas não-integradas.

No caso específico do mercado brasileiro de saúde suplementar, a análise indicou que não há incentivo nem condições estruturais no mercado que permitam ações no sentido de fechamento e domínio de mercado, com posterior aumento nos preços. De fato, conclui-se que a verticalização resulta da presença de falhas informacionais – característica estrutural presente em todos os países do mundo – e de aspectos específicos ao caso brasileiro, ligados a regulação pública e a alterações nas condições da demanda. Dessa forma, a verticalização produz redução nos custos dos serviços, eleva a qualidade do atendimento aos beneficiários dos planos e propicia o aumento da oferta para pessoas mais jovens.

PALAVRAS-CHAVE: Mercado de Saúde Suplementar. Regulação de mercado. Verticalização, eficiência e bem-estar. Estrutura do mercado e padrão de concorrência. Falhas informacionais e regulatórias.

JEL: D43; H19; I11; I18

ABSTRACT

This paper aims to analyze the process of vertical integration underway in the Brazilian private health care market, with major health insurance carriers to build and acquiring hospitals, clinics and diagnostic centers. The processes of vertical integration, in general, are the result of the search for efficiency gains by firms. However, they may present risks to the economic efficiency, as they provide anti-competitive conduct, especially in the form of closing the market for non-integrated firms.

In the specific case of the Brazilian private health care market, the analysis indicated that there is no incentive or structural conditions that allow actions to market closure, with subsequent increase in prices. In fact, it is concluded that the vertical integration results from the presence of informational failures – structural feature present in all countries of the world – and the specific aspects of the Brazilian case, linked to public regulation and changes in demand conditions. Thus, the vertical integrations produces a reduction in service costs, increases quality of care to beneficiaries of the plans and favors an increase in offer for younger people.

KEY WORDS: Private health care market. Public regulation. Vertical integration and economic efficiency. Market structure and competition pattern. Informational and regulatory failures.

JEL: D43; H19; I11; I18

Introdução

O mercado de saúde suplementar está organizado, pelo lado da oferta, por um conjunto de relações contratuais (formais ou informais) entre as denominadas operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços de assistência médico-hospitalar e odontológica, a indústria de medicamentos e, finalmente, a indústria de materiais e equipamentos médicos. Pelo lado da demanda, encontram-se os consumidores individuais (pessoas físicas), e os clientes corporativos (pessoas jurídicas).

A literatura especializada denomina seguro-saúde o segmento de mercado composto por empresas que oferecem proteção financeira contra riscos de perda financeira elevada com gastos de saúde (os seguros tradicionais), e o segmento composto por empresas que financiam coletivamente a assistência à saúde, garantindo acesso a grupos específicos a custos menores. Porém, de uma maneira geral as modalidades disponíveis no mercado combinam a função de seguro clássico com a de prestador de serviços de saúde. O presente trabalho utiliza o termo “operadora de planos de saúde”, englobando todas as modalidades.

O mercado brasileiro de saúde suplementar apresenta falhas importantes, derivadas de problemas informacionais, da contínua introdução de novos equipamentos para diagnóstico e tratamento, alterações nas características da demanda, além das questões decorrentes da regulação pública. Recentemente, observa-se uma tendência a verticalização da oferta, com as grandes operadoras abrindo ou adquirindo hospitais, clínicas e centros de diagnósticos (os chamados prestadores de serviços de assistência médico-hospitalar e odontológica). O objetivo do texto é analisar de que forma tais características interferem no padrão de competição e na própria estrutura do mercado, com atenção especial para a tendência de verticalização que vem sendo observada.

Para analisar as características estruturais e o padrão competitivo do mercado brasileiro de saúde suplementar, o presente texto está dividido da seguinte maneira: na primeira parte são examinados os impactos derivados das falhas informacionais sobre a estrutura do mercado e padrão da concorrência. Em seguida, são analisadas as alterações nas características da demanda. Essas duas partes iniciais são entremeadas com análises do

efeito da regulação do mercado sobre a concentração horizontal e vertical do mercado. A terceira parte foca a análise no processo de integração vertical no mercado de saúde suplementar como uma consequência natural do processo competitivo, que apresenta ganhos para o bem-estar econômico e social. A quarta e última parte faz um balanço entre os eventuais prejuízos e ganhos decorrentes da verticalização de mercados, indicando as condições para que se verifique perda de bem-estar.

1 – Características Estruturais do Mercado: as Falhas Informacionais

O mercado privado de prestação de serviços de saúde é caracterizado por sua natureza mercantil, o que impõe desde logo um caráter seletivo à demanda. Engloba desde a compra/pagamento do serviço diretamente pelo usuário, até a contratação (por parte de indivíduos, grupos de indivíduos ou empresas) de empresas que fazem a intermediação com o prestador de serviço.

Almeida (1998) observa que no caso de indivíduos que contratam diretamente seus planos de saúde com operadoras ou seguradoras, o valor é calculado atuarialmente, segundo uma análise de risco do indivíduo (sexo, idade, patologias pré-existentes, etc.). Para Médici & Czapski (1995), em geral esses parâmetros não são muito claros para o usuário nem são aplicados corretamente.

Arrow (1963) observa que “do ponto de vista do indivíduo, a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível. Isto é, a maioria de nós, não sabe quando e com que frequência vai necessitar de atenção médica”. Em consequência, quando irá demandar serviços do seguro saúde. O autor também lembra que “a demanda por atenção à saúde ocorre em uma circunstância anormal, a doença, o que pode comprometer a racionalidade da decisão do consumidor”.

Assim, as imperfeições do mercado de planos de assistência à saúde são derivadas principalmente da incerteza e da assimetria de informações entre compradores e vendedores, largamente citadas na literatura especializada. O mercado de assistência à saúde convive, portanto, com dois efeitos decorrentes do fato de haver informação imperfeita: a seleção adversa e a seleção de risco.

1.1 – Seleção Adversa

A existência de assimetria de informações implica que os vendedores dos serviços desconhecem o verdadeiro risco de cada comprador. O trabalho clássico de Rothschild & Stiglitz (1976) mostra que há uma tendência do sistema de seguros absorver os indivíduos de maior risco (seleção adversa), cuja perda esperada é maior. A prestadora do serviço de assistência médica suplementar cobra, então, um preço mais elevado para compensar esse fato. Além disso, como cobra um preço único, ocorre uma transferência de renda entre consumidores de baixo e alto risco.

Para se protegerem da seleção adversa, as seguradoras fazem uma seleção de risco, criando dificuldades à entrada de segurados de alto risco no sistema (como idosos e portadores de doenças crônicas). A ineficiência se manifesta na forma do aumento dos custos administrativos e da exclusão de compradores. Uma solução encontrada para o problema seria a diferenciação de preços por risco, mas quando isso não é possível por questões regulatórias ou de mercado, fica evidente que quanto maior a parcela idosa da população, maior a tendência do sistema oferecer preços elevados para todos, como forma de reduzir o risco.

Diante dessa assimetria informacional, principalmente nos contratos individuais (pessoas físicas), as operadoras investem em questionários médicos a fim de se conhecer com maior grau de detalhe o risco a ser assumido e, conseqüentemente, o custo esperado. O controle do tipo de tratamento e dos custos do tratamento é fundamental, para garantir não apenas uma boa rentabilidade para as operadoras, mas também para garantir preços compatíveis com o acesso da parte da demanda que apresenta baixo risco e que somente contrataria os serviços dentro de uma faixa de preços compatível. Importante notar que a legislação vigente no país inibe a seleção de risco por parte das operadoras.

Assim, a presença de seleção adversa no mercado e a dificuldade legal de se realizar uma seleção de risco defensiva, as operadoras buscam ampliar sua base de beneficiários com o objetivo de diluir o risco da operação, além de buscar a redução dos custos unitários decorrentes dos mecanismos de seleção adversa. A conseqüência da busca pela

ampliação da base de clientes em uma situação de baixo crescimento orgânico da demanda implica uma tendência de concentração horizontal da oferta. Já a busca por reduções de custos para lidar com os custos decorrentes da seleção adversa impõe maior controle sobre os gastos dos beneficiários de maior risco, empurrando as operadoras na direção de um controle dos gastos dos seus prestadores de serviços (clínicas, hospitais, centros de diagnósticos). Ou seja, gera uma tendência à integração vertical no mercado.

1.2 – Moral Hazard

A incerteza do consumidor quanto ao que ele vai consumir de serviços de saúde no futuro leva-o a demandar alguma forma de assistência médica suplementar que lhe garanta o serviço a um custo acessível. Porém, uma vez tendo contratado a prestação de serviços, o consumidor tende a usar excessivamente os serviços, efeito conhecido na literatura como risco moral (moral hazard ou perigo moral)¹. Como contrapartida, o preço ao consumidor é “superestimado” para compensar o “consumo excessivo”. Dessa forma, há uma perda de eficiência no mercado como um todo, com o consumidor pagando mais por um serviço (assistência à saúde) que poderia ser ofertado a preços menores. Uma segunda consequência negativa reside no fato de que com preços mais elevados menos consumidores participam do mercado.

Na relação entre o médico e o consumidor, também é grande a assimetria de informações, principalmente no que se refere ao diagnóstico do problema de saúde e das diferentes alternativas terapêuticas disponíveis. Não é por outra razão que o médico é o responsável pela alocação dos recursos no setor. Ao se valer de seu conhecimento clínico superior para atender os anseios da população, o médico assistente decide por quais combinações de insumos utilizar, o grau de intensidade tecnológica, os produtos e materiais médico-hospitalares, além dos medicamentos.

Desta forma, grande parte da indústria conhecida como indústria de MAT/MED (material médico-hospitalar) depende, fundamentalmente, das escolhas produzidas pelos médicos no diagnóstico e tratamento dos doentes. Ocorre que a imensa maioria das escolhas destes produtos correlatos tem sido feita com pouca evidência e suporte

¹ “Já que está pago mesmo, vou usar...”.

científico ou mesmo com base em estudos de custo-efetividade. Esta é uma dificuldade adicional para o controle dos custos do setor saúde, seja ele público ou privado. A situação se agrava ainda mais quando os mecanismos de remuneração do prestador de serviços médicos são baseados nos procedimentos realizados, ou *fee-for-service*.

Assim, a presença de perigo moral no mercado de saúde complementar torna o controle de custos por parte das operadoras estratégico para uma operação eficiente. É através de um controle de custos eficiente que a operadora vai ser capaz de cobrar preços menores atraindo mais consumidores para a sua carteira, viabilizando o negócio.

De maneira semelhante ao que ocorre com a seleção adversa, os custos de monitoramento dos gastos excessivos decorrentes de *moral hazard* se reduzem com elevação do número de beneficiários. Além disso, as operadoras precisam manter equipe de profissionais de saúde para avaliar com mais cautela os pedidos de exames e tratamentos ou, de forma alternativa, precisam deter algum controle sobre hospitais e laboratórios, de maneira a reduzir a assimetria de informação e tornar mais eficiente os mecanismos de monitoramento.

A literatura de Organização Industrial também é unânime nesse aspecto: mecanismos de monitoramento do comportamento oportunista são mais eficientes quanto maior a proximidade entre operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços médicos. Dessa maneira, uma maior interação entre os agentes na cadeia de serviços possibilita melhor gestão, pois há menos assimetria de informação e maior monitoramento dos agentes.

Os custos de monitoramento dos gastos excessivos decorrentes de *moral hazard* se reduzem com a elevação do número de beneficiários. A consequência da busca pela ampliação da base de clientes em uma situação de baixo crescimento orgânico da demanda implica uma tendência de concentração horizontal da oferta. Além disso, as operadoras precisam deter algum controle sobre hospitais e laboratórios, de maneira a reduzir a assimetria de informação e tornar mais eficiente os mecanismos de monitoramento. Ou seja, a presença de *moral hazard* no mercado gera uma tendência à integração vertical.

1.3 – Risco e Regulação

O risco é uma variável característica de todo e qualquer mercado de seguros. Porém, no mercado de assistência suplementar a dificuldade de estimar os custos da operação são maiores. No caso brasileiro isso é ainda mais complexo, uma vez que por determinação das normas regulatórias as operadoras não podem fixar valores máximos a serem indenizados em caso de sinistro, arcando com o custo total de todo o procedimento médico ao qual o beneficiário foi submetido (vide Almeida, 2009). É nesse mesmo sentido que Cechin (2008) alerta para o fato de que no mercado brasileiro de saúde suplementar o valor gasto no tratamento de um sinistro é incerto. Conseqüentemente, no Brasil o ganho de escala é fundamental para as operadoras de planos de saúde, já que a Lei 9.656 estabeleceu o não limite financeiro da assistência à saúde, ou seja, diferentemente do conceito clássico de seguros, o valor do sinistro no mercado de saúde suplementar não tem limite. Isso por si só já explica boa parte da consolidação da oferta, também em andamento nesse mercado: pequenas e médias empresas, com um grupo segurado muito pequeno, tendem a ficar mais expostas a desequilíbrios financeiros decorrentes de pequenas variações no número de sinistros verificados em relação ao esperado.

Além do fato das operadoras com carteiras maiores conseguirem reduzir a dispersão entre a sinistralidade² de sua carteira e a sinistralidade embutida no prêmio com maior facilidade Culyer e Newhouse (2000) ressaltam que diante desse fato, operadoras com maior número de beneficiários apresentam preços mais competitivos e são mais seguras para os beneficiários. Além disso, carteiras grandes facilitam o acesso ao mercado de capitais a custos mais baixos (dando maior garantia para a operação), retroagindo na questão dos custos mais competitivos e saúde financeira. Ocké-Reis (2006), Bitrán e Gonzalo (2008) concordam que as mesmas características que tornam uma operadora eficiente, contribuem decisivamente para a concentração do mercado de saúde suplementar.

A regulação pública também altera a estrutura de mercado e interfere na competição quando eleva o custo da operação, por um lado, e controla os preços cobrados aos

² Coeficiente entre as despesas assistenciais de uma operadora e suas receitas de contraprestações realizadas.

beneficiários nos planos individuais, por outro lado. Como conseqüência, o mercado de saúde suplementar vem observando um aumento relativo na oferta de planos coletivos, em relação aos planos individuais. Conseqüentemente, a competição se volta para os planos coletivos, onde as operadoras encontram grande poder de barganha por parte das empresas contratantes, favorecendo as grandes empresas capazes de ofertar uma gama maior de serviços a um custo menor (economias de escala e escopo).

Por outro lado, segundo Albuquerque, Fleury e Fleury (2011), como a Lei nº 9.656/98 padronizou os requisitos mínimos de cobertura aos beneficiários e estabeleceu limites de variação de preço entre as faixas etárias, eliminou a possibilidade da operadora transferir para o beneficiário a pressão de custos decorrente das questões acima mencionadas. Os autores analisaram dados divulgados pela Federação Nacional de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg) e observaram que entre 1994 e 2000 os reajustes acumulados dos planos de saúde foi de 68%, inferior à variação de 194% nos preços divulgado pelo Dieese para o subgrupo “Assistência Médica”. Já no período entre 2000 e 2004, enquanto o IPC variou cerca de 36%, os custos de internação hospitalar cresceram 138%. Por fim, a inflação médica, em 2005, foi 10% superior à variação do IPCA. Desse modo, a regulação pública do mercado brasileiro de saúde suplementar contribuiu para a fragilização das operadoras de menor porte e para a forte consolidação da oferta observada nos últimos anos. De um lado, seus custos subiram mais do que os custos das operadoras de maior porte. De outro lado, a regulação impôs obrigações desproporcionais sem permitir um adequado repasse de custos aos preços.

Devido ao engessamento das regras para o aumento dos preços dos planos de saúde, Macera e Saintive (2004) observam que as operadoras passaram a adotar como principal estratégia competitiva a redução de custos, pressionando os preços cobrados pelos prestadores de serviços. Esse tipo de pressão, no entanto, tem eficácia apenas no caso das grandes operadoras. De fato, o novo marco regulatório modificou a estrutura do mercado brasileiro de saúde suplementar, onde anteriormente havia uma estrutura de oferta bastante diversificada em relação às formas de atuação, nichos de mercado e relacionamento com a rede prestadora de serviços. A estrutura regulatória escolhida pelo poder público engessou e reduziu a competição no setor, dificultando a sobrevivência das empresas de menor porte.

Diante desse quadro, o setor, que já contou com mais de 2.700 operadoras ativas em 2000, segundo Albuquerque, Fleury e Fleury (2011), apresenta lenta consolidação, contando no ano de 2012 com cerca de 1.200 empresas no país, devido principalmente ao processo de cancelamento de registro de empresas pequenas que encerraram atividades.

Ao analisar a elevação de custos do setor decorrente da regulação, Alves (2007) observa que

“Diante da elevação dos custos advindos com a regulação deu-se início a um processo esperado de reestruturação do mercado com tendência à consolidação e concentração, por um lado, e à verticalização, por outro”.

Ainda segundo o autor:

“Como em todos os processos regulatórios, a criação de barreiras à entrada e à operação fez com que os novos entrantes, não comprometidos com a prestação dos serviços, não efetuassem a entrada, e com que empresas sem a qualificação necessária saíssem do setor, reduzindo o número efetivo de competidores”.

Para o autor, a redução do número de competidores no mercado brasileiro de saúde suplementar vem produzindo intenso debate sob os efeitos de uma concentração sobre o bem-estar da sociedade. Neste cenário, três estratégias não excludentes vêm sendo adotadas pelas operadoras a fim de suportarem os custos do setor e garantir a própria sobrevivência:

- i. crescimento orgânico, baseado em novas vendas e exploração de novos mercados, principalmente entre as pequenas e médias empresas;
- ii. consolidação horizontal mediante a aquisição ou fusão com os concorrentes;
- iii. verticalização das operações com a aquisição de rede de prestadores de serviços médico-hospilares pelas operadoras.

As conclusões de Leandro (2010) são bastante parecidas. A autora observa que as características do mercado brasileiro de planos de saúde (risco de insolvência e

capacidade de financiamento) fazem com que empresas maiores possuam maior possibilidade de se manter no mercado. Além disso, os custos crescentes dos serviços médicos e hospitalares, o acesso a financiamento e os desequilíbrios financeiros também contribuem para que operadoras com um maior número de beneficiários tenham melhores condições de competir na oferta de planos de saúde, contribuindo para uma maior concentração horizontal e vertical no mercado.

Os analistas do setor acreditam que o processo de consolidação deve continuar. Segundo eles, o atual estágio é de aquisição das empresas menores e, em um segundo momento, espera-se que ocorram operações entre os grandes grupos. Além disso, a consolidação também ocorre nos segmentos de medicina diagnóstica (laboratórios) e de hospitais³.

Assim, as características do mercado de saúde suplementar conduzem a um processo de concentração horizontal e verticalização, que surgem como estruturas de mercado mais eficientes, devido às falhas de mercado típicas desse segmento. Além disso, a regulação impõe outros incentivos para a concentração horizontal e para a verticalização.

1.4 – Informação e Conflito de Interesses na Prestação de Serviços

O relacionamento entre as operadoras de planos de saúde e a rede de prestadores de serviços assistenciais (hospitais, médicos, dentistas, clínicas especializadas) tem sido objeto de um intenso debate na literatura econômica. O ponto principal refere-se à estimativa se o processo de integração vertical é a forma mais eficiente para a prestação dos serviços com a melhor relação custo/qualidade. A origem da discussão está na identificação de fontes de ineficiências associadas às assimetrias informacionais que permeiam toda a rede de contratos deste setor e na busca de soluções para eliminar, ou ao menos reduzir, estas distorções (vide Cutler and Zeckhauser 2000).

³ “As líderes vão correr para adquirir as menores e aumentar o valor de seus ativos antes de fecharem um grande negócio”. Bradesco e Bueno podem se unir, diz Banco Credit Suisse. Disponível em: <http://www.valoronline.com.br/impreso/investimentos/119/403541/bradesco-e-bueno-podem-se-unir-diz-banco>. Acesso em 19/04/2011.

Uma hipótese básica subjacente ao funcionamento do mercado perfeitamente competitivo (juntamente com a atonicidade dos agentes, homogeneidade do produto, perfeita definição de direitos de propriedade, ausência de poder de mercado entre outras) é a simetria de informação. Neste modelo tanto vendedores quanto compradores possuem a mesma informação sobre o produto negociado e os preços se ajustam para refletir as diferenças na qualidade do produto.

No mundo real, no entanto, as informações têm custo e não são distribuídas de forma simétrica entre compradores e vendedores. Tal assimetria na informação entre os agentes cria incentivos adversos que fazem com que o mercado não seja eficiente. Especificamente no mercado de saúde suplementar, o conflito de interesses pode ser visualizado na relação entre as operadoras e os prestadores de serviços. O conflito surge essencialmente pelo fato de que aquilo que representa custo para as operadoras (por exemplo, as despesas médico-hospitalares) representa receita para os médicos ou hospitais. Analogamente, o que representa custo para os beneficiários (as mensalidades) representa receita para as operadoras. Portanto, o conflito de interesses materializa-se nas relações contratuais das operadoras com seus provedores e beneficiários na medida em que as ações estratégicas que governam estes contratos possuem sentidos opostos.

Dependendo da forma de remuneração estabelecida entre os agentes (operadora e prestador de serviços), uma maior utilização de serviços pode estar sendo incentivada, como é o caso do pagamento por serviço realizado. Nesse caso, os agentes possuem incentivos opostos, o que leva a constante oposição de objetivos. Para a operadora, quanto menor for a utilização, maior seu lucro. Para o prestador, quanto maior for a utilização, maior o lucro. A assimetria de informação está presente, pois a operadora não monitora totalmente a ação do prestador e o incentivo para o comportamento oportunista por parte do prestador de serviço é evidente.

Há as situações intermediárias, nas quais existe alguma convergência de interesses entre prestadores e operadoras, como os mecanismos de compartilhamento de risco (*capitation*) e os pacotes, caracterizados por sistemas de pagamentos fixos, per capita (o profissional recebe antecipadamente uma determinada quantia por cada paciente que compõe sua rede, independente do tratamento que será realizado).

Finalmente há a situação da completa integração entre a operadora de planos e os prestadores de serviços, em uma única organização, responsável tanto pelas funções de administração do risco financeiro quanto da prestação do serviço assistencial. As situações de completa integração vertical contemplam tanto a integração na qual um hospital passa a atuar também no segmento de planos de saúde, quanto a integração na qual uma operadora adquire ou institui um hospital – sendo esta última a situação relevante.

Diante da elevação de custos as operadoras têm adotado a verticalização como estratégia para uma melhor gestão da assistência à saúde sem perda de qualidade. O que é importante mencionar, no entanto, é que esse movimento tem sido estimulado de forma acertada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar desde sua criação quando, a então RDC nº 77, revogada pela RN 160 (atualmente RN 209), permitiu a utilização de imóveis hospitalares como garantia assistencial da operação. Mais recentemente a ANS reforçou esse conceito de garantia assistencial em substituição às garantias financeiras, editando a RN nº 274, que ofereceu a possibilidade das operadoras imobilizarem uma maior parte de seus ativos garantidores em unidades médico-hospitalares. Ou seja, a agência reguladora gerou, desde a sua criação, incentivos para a verticalização do mercado, como solução para uma situação de custos crescentes decorrentes de aspectos estruturais (assimetria de informação) e conjunturais (envelhecimento populacional e elevação dos custos com tecnologias mais complexas). Esses aspectos conjunturais serão examinados na seção apresentada a seguir.

2. Alterações nas Características da Demanda

Nos últimos anos vem ocorrendo importantes modificações nas características da demanda no mercado brasileiro de saúde suplementar, que alteraram o padrão de competição, aproximando-o do observado nas economias maduras. O envelhecimento da população brasileira contratante de planos de saúde e a incorporação de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento de doenças contribuíram para reforçar o processo de verticalização do mercado.

2.1- Envelhecimento Populacional

Camargos e Alves (2004), Kalache, Veras e Ramos (1987) e Won e Carvalho (2006) adicionam outro aspecto fundamental na discussão sobre verticalização no mercado de saúde suplementar brasileiro: o aumento na proporção de idosos, associado à maior longevidade, causa uma modificação do perfil de saúde da população e cria demandas específicas no setor, com aumento dos gastos.

Segundo estudo da OECD (1998), o custo médico per capita em populações idosas com uma ou mais doenças crônicas é cinco vezes maior. Desse modo, apesar das medidas de promoção, prevenção de saúde e de acompanhamento de casos crônicos, as operadoras de saúde dificilmente conseguirão reduzir a sinistralidade de suas carteiras no longo prazo.

Camargos e Alves (2004) realizaram trabalho de pesquisa de campo estimando o impacto decorrente do aumento da demanda e dos custos com internação hospitalar da população idosa em Minas Gerais, no ano de 1988. Os resultados encontrados indicam que

“a taxa de utilização é crescente a partir dos 45 anos em ambos os sexos, sendo que os idosos consomem um maior número de internações. Os idosos apresentam um tempo médio de permanência hospitalar superior quando comparados aos adultos e crianças, com os homens idosos permanecendo hospitalizados por um tempo maior. Há um aumento crescente dos custos das internações per capita com o avançar da idade, com os homens apresentando custo médio de internação superior apenas a partir do grupo de 45 a 54 anos... Sendo assim, mais recursos deverão ser despendidos para a manutenção da saúde dessa população”.

Kilsztajn, Rossbach, Câmara e Carmo (2003) ao analisar a relação entre o envelhecimento da população brasileira e os gastos com serviços de saúde, concluem que

“o Brasil está passando por um processo de envelhecimento de sua população, que em 2050 deverá apresentar uma estrutura etária semelhante à atual estrutura etária

dos países desenvolvidos. Em decorrência do envelhecimento da população e da variação do nível da renda do país até meados do século XXI (considerando-se um crescimento médio do rendimento *per capita* de 2,5% ao ano), a demanda por serviços de saúde para consultas médicas deverá crescer 59%, para exames 96%, para tratamentos 122%, e para internações, 39%”.

Leite (2011) contribui para a discussão analisando o “Envelhecimento Populacional”, comparando as estruturas etárias da população total e da população beneficiária de planos de saúde. O estudo alerta para a necessidade de se discutir a sustentabilidade econômico-financeira do setor frente às mudanças demográficas, especialmente diante de uma legislação despreparada para lidar com essa questão – as normas legais e regulatórias desconsideram o impacto do envelhecimento populacional no custo das operadoras e contribuem para aumentar o impacto sobre o custo. A autora alerta para o fato de que a população idosa brasileira tem aumentado consideravelmente desde 1980⁴ e que o envelhecimento é mais intenso justamente na população beneficiária de planos de saúde – que por definição são detentores de renda mais elevada do que as pessoas não cobertas por planos de saúde e por isso, contam com maior expectativa de vida. Diante disso, conclui:

“É importante ressaltar que esta transição demográfica terá como consequência uma transição epidemiológica, pois o aumento da proporção de idosos na população levará ao aumento da incidência de doenças crônicas e da demanda por serviços de saúde”.

O estudo observa que o aumento da população idosa em planos individuais é resultado de alguns fatores, tais como:

- i. a existência de seleção adversa, que aumenta a adesão de idosos ao sistema de saúde suplementar ;
- ii. a legislação, que obriga as operadoras a aceitarem beneficiários com doenças e lesões pré-existentes;
- iii. ao próprio envelhecimento populacional.

⁴ O envelhecimento no Brasil tem sido mais acelerado do que em outros países, resultado da rápida mudança tanto da taxa de fecundidade quanto da expectativa de vida.

Leite observa, ainda, que o fato de a legislação brasileira impor limites à variação de preços cobrados de acordo com a faixa etária provoca um aumento nos valores cobrados para as faixas etárias mais jovens, que acabam subsidiando as faixas etárias mais elevadas. Para a autora, “esse sistema pode se tornar insustentável dentro de um prazo não muito longo, pois a proporção de idosos no Brasil crescerá 47% entre 2010 e 2020”.

Outro ponto destacado pela autora é que o aumento da proporção de idosos com mais de 75 anos de idade vem provocando um desequilíbrio atuarial dos planos de saúde, uma vez que o valor da mensalidade cobrada dos beneficiários com idade igual ou superior a 60 anos é calculada com base em distribuição etária anterior, sem previsão de que esse cálculo seja reajustado para o aumento da proporção dos idosos com mais de 75 anos.

Análise semelhante foi realizada pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar – IESS (2011). Segundo o estudo, os custos com a saúde tornaram-se um problema que deve ser considerado tanto por operadoras de planos de saúde quanto pelo Governo. Os dados analisados pelo IESS indicam que, de 2000 a 2009, a participação dos idosos nas carteiras dos planos de saúde cresceu 46%, enquanto que o total de beneficiários cresceu 34%. Com isso, os planos para as faixas etárias mais jovens vão ficando mais caros, o que aumenta ainda mais a proporção dos contribuintes idosos nas carteiras dos planos, “em um círculo vicioso que pode inviabilizar financeiramente as operadoras”.

O estudo ressalta que operadoras com menos de 10% de idosos apresentam sinistralidade média de 79,1%, enquanto que operadoras com mais de 50% de idosos apresentam uma sinistralidade média de 90,9%. Quanto a composição das despesas assistências, o estudo ressalta que as despesas assistenciais per capita são quase 2,5 maiores nas operadoras com maior proporção de beneficiários idosos. A partir da análise desses dados, propõe ações para diminuir o impacto do crescimento dos custos a medida que a população vai envelhecendo. Do ponto de vista das operadoras, no entanto, uma ação é imediata: a contenção e controle dos custos operacionais.

Todas essas questões remetem, dessa maneira, à necessidade das operadoras terem um rígido controle sobre seus custos, seja para ganharem competitividade em relação aos seus concorrentes (garantindo preços mais baixos tanto para a população idosa quanto

para a população mais jovem, que vem subsidiando o sistema), quanto para garantirem a saúde econômico-financeira do empreendimento.

2.2 – A Questão das Novas Tecnologias

O envelhecimento populacional tende a aumentar os investimentos em novas tecnologias para diagnóstico e tratamento de doenças. Segundo o Instituto Salus⁵, o arsenal de novos produtos, equipamentos e procedimentos para diagnóstico e tratamento de doenças cresce de forma exponencial, tornando cada vez mais caro para o sistema de saúde, público e privado, prover ao beneficiário a intervenção mais eficaz disponível no mercado. Esse desenvolvimento tecnológico apresenta impacto em toda a cadeia de prestação de serviços, colocando pressão não apenas sobre os custos diretos de diagnóstico, prevenção e tratamento, mas também ao exigir maior capacitação de recursos humanos e investimentos na infra-estrutura física associada à utilização da tecnologia.

As novas tecnologias no mercado de saúde suplementar resultam em preços mais elevados para os serviços médicos prestados e, conseqüentemente, custos maiores para as operadoras (Eastaugh, 2002)⁶. Assim, conforme o progresso tecnológico avança, as operadoras menores, em geral, com baixa capacidade de financiamento, passam a ter dificuldades de acompanhar esse processo e, conseqüentemente, começam a enfrentar maiores problemas para se manter no mercado (Goldberg, 2006; Andreazzi, 2003).

Em artigo que analisa o uso da tecnologia no diagnóstico médico Rezende (2010) indica uma contínua elevação dos custos da assistência médica, acima do poder aquisitivo da maioria das pessoas e dos recursos alocados à saúde pelo Estado. Do ponto de vista do sistema de atendimento privado à saúde, as operadoras tendem a elevar seus preços no mercado de saúde suplementar (embora o repasse seja dificultado pela regulação), ou a estabelecer cláusulas de restrição ao atendimento (da mesma maneira dificultado pela regulação).

⁵ www.institutosalus.com

⁶ Diferentemente do observado nos demais setores da economia, nos quais a inovação tecnológica normalmente produz reduções nos custos dos bens e serviços.

Rezende observa que hospitais e clínicas tendem a realizar exames sofisticados em todos os pacientes. Cita um estudo realizado em um hospital na Califórnia (EUA), no qual em 6.200 análises químicas realizadas em pacientes que iam submeter-se a intervenções cirúrgicas eletivas, 60% eram desnecessárias. Além disso, verifica-se a tendência de utilizar recursos tecnológicos mais dispendiosos, em lugar dos mais simples, o que confere segurança e conforto ao médico, mas aumenta o lucro das clínicas e hospitais ao mesmo tempo em que pressiona os custos das operadoras.

A incorporação tecnológica é o segundo aspecto a impactar diretamente nos custos médicos. Novos exames muitas vezes não substituem os existentes e o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas geralmente torna os procedimentos mais onerosos. Por conta destes e de outros fatores, cirurgias de joelho reembolsadas pelas seguradoras apresentaram incremento de custos de 224%, segundo Campos (2006). O autor também ressalta que o arsenal farmacológico apresenta gamas de opções cada vez maiores, à custa de investimentos maciços em pesquisa, manufatura e marketing, que devem ser recuperados pela indústria. A mesma lógica se aplica aos equipamentos médicos para diagnóstico e terapêutica, muitas vezes incorporados sem critérios objetivos de necessidade e custo-efetividade.

Dessa maneira, a introdução de novas tecnologias eleva custos e acirra o comportamento oportunista dos prestadores de serviços, que precisam utilizar os novos equipamentos até mesmo como forma de pagar o investimento neles realizados. O repasse do aumento de *custos para os preços das operadoras, no entanto, é inviável, seja pela presença da regulação, seja porque o aumento nos preços reduz a demanda e impede a captura das economias de escala, fundamentais para a operação eficiente no mercado. A saída é a obtenção de ganhos de eficiência e redução de custos por parte das operadoras de planos de saúde, gerando uma tendência de verticalização no mercado brasileiro de saúde suplementar.

3 – Integração Vertical como Resposta aos Incentivos Regulatórios, Estruturais e Conjunturais

Através de pesquisa qualitativa realizada com gestores de empresas de saúde sobre os possíveis benefícios da verticalização, Albuquerque, Fleury e Fleury (2010) observaram que o controle dos custos de produção e a melhoria da qualidade ou resolutividade dos serviços médicos são os principais benefícios obtidos com esse processo. Os autores analisaram vários estudos sobre processos de integração vertical entre prestadores de serviços de saúde nos EUA, observando que o principal fator motivador da integração foi o estabelecimento de controles para gerenciar o aumento dos custos de produção. Os relatos indicam ganhos advindos de economia de escopo, economia de integração e racionalização de recursos.

De fato, a literatura norte-americana sobre o tema, bastante fértil nos anos 90, relaciona as vantagens do processo de verticalização das empresas de saúde daquele país, com ênfase nos aspectos de controle dos custos de produção e aumento do poder de negociação com fornecedores e compradores de serviços, na busca por vantagem competitiva (vide, por exemplo, Higgins e Meyers, 1987; Byrne e Walrus, 1999; Begun et al., 2001).

Segundo Harrigan (2003), na tentativa de controlar esses custos crescentes, as operadoras de saúde vêm incorporando hospitais e laboratórios, integrando verticalmente a oferta dos serviços de saúde. O autor esclarece que o aumento nos custos também apresenta impacto sobre incentivos para a concentração horizontal, como forma de obtenção de algum diferencial competitivo, mas é mais vigoroso na forma de integrações verticais entre operadoras e prestadores de serviços ao longo da cadeia.

Já o estudo de Burns, Kimberly e Walston (1996) apresenta um quadro resumo identificando os resultados da pesquisa nos EUA quanto ao impacto da verticalização na prestação de serviços de saúde suplementar. Os autores constataram uma quase unanimidade na diminuição de custos e racionalização na prestação de serviços de saúde naquele país. Analisados 14 trabalhos científicos sobre o tema realizados nos anos 80 e 90, encontraram indícios de redução de custos e ganhos de eficiência operacional em 11

deles, concluindo pela existência de diminuição de custos e racionalização de serviços decorrente da verticalização.

Albuquerque, Fleury e Fleury (2010) destacam que a elevada taxa de utilização dos recursos e serviços de saúde é outro problema que eleva custos. A frequência e a intensidade de uso desses recursos são atribuídas pelos autores aos seguintes fatores:

- i. Utilização inadequada dos recursos influenciada pela assimetria de informação: as operadoras encontram restrições regulatórias para controlar a seleção adversa, já que não podem estabelecer limites para internações ou excluir determinadas doenças ou procedimentos da cobertura;
- ii. O predomínio da remuneração por serviços realizados estimula os prestadores a trabalharem com volumes maiores de atendimento;
- iii. O aumento da expectativa de vida.

Frente a esse cenário, os autores ressaltam que as operadoras de planos de saúde vêm adotando estratégias para tentar diminuir as despesas oriundas da utilização de recursos através da verticalização das suas atividades. Esse movimento tem como objetivo um maior controle dos custos, sendo observado principalmente entre as operadoras com grandes carteiras de beneficiários. A pesquisa de campo dos autores levantou informações entre as maiores operadoras verticalizadas que atuam na região metropolitana de São Paulo. Os resultados indicam que o objetivo da integração vertical foi controle dos custos e garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados. Também observam que a estrutura de prestação de serviços com rede credenciada privilegia o uso excessivo de recursos complexos, resultando em menor eficiência tanto do ponto de vista da operadora (aumento dos custos empresariais), quanto da eficiência e bem-estar econômico e social (má alocação de recursos sociais de produção). Considerando que as pressões sobre os custos são agravadas pela regulação e diante do controle direto dos preços dos planos individuais, é

“natural que os benefícios esperados desse processo [verticalização] incluam o controle dos custos de produção e a garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados. O maior controle dos custos de produção só tem sido alcançado com a conjugação da racionalização de recursos através da integração e

treinamento contínuo das equipes médicas e gerenciais, além do uso intensivo dos sistemas de informação”.

Interessante notar que uma leitura atenta dos resultados do estudo indica que a verticalização, além de ser um evidente vetor de redução de custos e de ganhos de eficiência, também é instrumento de ganhos de competitividade. Isso porque um dos objetivos alcançados pela verticalização é a “qualidade do atendimento”, que nesse mercado indica rapidez na resolução dos problemas dos beneficiários. Isso ocorre mais facilmente nas empresas verticalizadas, com maior integração entre serviços e profissionais de diferentes especialidades. Com isso, a operadora adquire reputação e reforça marca e competitividade, fundamental em um mercado que requer crescimento da carteira para a captura dos necessários ganhos de escala, mas cujo crescimento vegetativo da demanda é baixo.

O processo de verticalização é mais evidente entre as grandes operadoras que, devido ao tamanho das suas carteiras de beneficiários (escala), têm capacidade para investir na cadeia de prestação de serviços. Do ponto de vista do agente prestador dos serviços (hospitais, centros de diagnósticos), a verticalização garante um fluxo estável de demanda. Os autores também concluíram que a fidelização de clientes é outra consequência da verticalização. Isso provavelmente ocorre porque as operadoras verticalizadas operam com menor custo, maior qualidade no atendimento e repassam esses ganhos para os clientes.

Leandro (2010) alcança resultados semelhantes ao analisar o processo de integração vertical das Unimed’s. Desde logo a autora ressalta que a integração vertical pode apresentar tanto efeitos positivos quanto negativos sobre o bem-estar econômico e social. De fato, a literatura de Organização Industrial é pródiga em analisar a possibilidade de impactos anticompetitivos decorrentes de integrações verticais, especialmente na forma de fechamento de mercado aos competidores incapazes de competir com a empresa verticalizada.

Porém, o objetivo do trabalho da autora não é discutir questões teóricas na área de bem-estar, mas apresentar os resultados da avaliação do processo de verticalização sobre a eficiência econômica e o bem-estar da coletividade. Assim, após tecer considerações

teóricas sobre as situações nas quais a integração vertical poderia em tese ser prejudicial à coletividade, apresentou um estudo empírico com o objetivo de estimar

“o impacto da integração vertical nos custos das operadoras de planos de saúde, com o objetivo de avaliar se as empresas verticalizadas apresentam maior eficiência, refletida em uma menor despesa na oferta de assistência suplementar no mercado”.

O estudo conclui categoricamente que

“a verticalização gera ganhos de eficiência principalmente ao reduzir as despesas com serviços médico-hospitalares, indicando que tal estratégia seria positiva no sentido de diminuir os problemas de agência e informação assimétrica entre prestadores e operadoras de planos de saúde”.

Leandro ressalta que a verticalização no mercado brasileiro de saúde suplementar decorre de uma reação das operadoras à regulamentação estabelecida no final da década de 1990, que resultou em aumentos significativos nos gastos das empresas, além de uma menor margem para o reajuste de preços. Isso obrigou as empresas a buscar opções, sendo a verticalização com as empresas prestadoras de serviços médicos e hospitalares um dos mais importantes instrumentos.

Como outros autores já mencionados, Leandro também observa uma tendência à concentração horizontal no mercado brasileiro de saúde suplementar – tendência que caminha lado a lado com a tendência à verticalização. Segundo a autora, o risco de insolvência e a dificuldade de financiamento retiram as operadoras menores do mercado. Além disso, os custos crescentes dos serviços médicos e hospitalares, o acesso a financiamento e os desequilíbrios financeiros também contribuem para que operadoras com um maior número de beneficiários tenham melhores condições de competir na oferta de planos de saúde, contribuindo para uma maior concentração no mercado. Finalmente, as novas tecnologias no mercado de saúde suplementar resultam em preços mais elevados para os serviços médicos prestados e, conseqüentemente, custos maiores para as operadoras. Assim, conforme o progresso tecnológico avança, as operadoras

menores, com menor capacidade de financiamento, não conseguem permanecer no mercado.

Analisando o resultado da pesquisa, a autora conclui que

“a verticalização pode ter efeitos positivos em mercados com presença de externalidades verticais, externalidades horizontais, assimetrias de informação ou contratos incompletos... Dentre essas possíveis conseqüências positivas, a mais relevante para o mercado de saúde suplementar está associada às ineficiências advindas das assimetrias de informação, já que essa estratégia pode reduzir o problema do risco moral, pois as operadoras não conseguem monitorar se as orientações dos prestadores de serviços são adequadas se é uma tentativa de realizar procedimentos desnecessários como meio de aumentar a renda dos prestadores de serviços. A possibilidade dos prestadores forçarem a sobreutilização dos serviços eleva os gastos médicos das operadoras de planos de saúde”.

Dessa forma, a integração vertical pode solucionar esse problema, na medida em que reestrutura os incentivos financeiros, alinhando os interesses entre os prestadores de serviços médicos e as operadoras de planos de saúde que passam a maximizar os lucros das duas atividades conjuntamente, reduzindo os problemas de agência. A estrutura verticalizada reduz custos das operadoras possibilitando preços menores para os beneficiários (vide também Cuellar e Gertler, 2005).

Bijlsma, Meijer e Shestalova (2008) observam que as externalidades verticais ocorrem porque no mercado de saúde suplementar as decisões de preço e investimento da firma localizada em uma etapa da cadeia produtiva interferem nos resultados das firmas localizada em outro ponto da cadeia. Porém, como a firma considera o impacto de suas ações apenas sobre seu lucro, ignorando o impacto sobre as firmas localizadas a montante ou a jusante, bem como sobre o preço final ao consumidor, gera as condições para a prática de preços mais elevados. Assim, se as firmas se integram verticalmente, essa externalidade vertical será internalizada e os preços praticados diminuem, aumentando o bem-estar do consumidor.

Os autores explicam que as externalidades horizontais ocorrem quando os benefícios advindos do investimento de uma firma aumentam o lucro das outras. Conseqüentemente, os incentivos a investir serão sub-ótimos. Por exemplo, uma operadora de plano de saúde poderia evitar investir em certo prestador de serviços com o objetivo de implantar melhorias administrativas ou prevenção de doenças, pois tais melhorias poderiam ser aproveitadas por outra operadora, sem que essa, no entanto, incorresse nos custos de implementá-las. A integração vertical mitiga também esse problema, aumentando os incentivos ao investimento.

Outro efeito positivo da integração vertical, segundo Leandro (2010), é o aproveitamento das economias de escopo. No mercado de saúde suplementar os sistemas de informações compartilhados entre médicos, hospitais e seguradoras podem ser utilizados para colher dados sobre custo, quantidade, qualidade, melhorando o monitoramento dos gastos, bem como o estado de saúde do paciente. Além disso, esses sistemas reduzem o problema da informação assimétrica, uma vez que levam a uma melhora na capacidade de monitoramento, ou ainda permitem que a informação sobre o custo seja diretamente observada. Desse modo, a integração vertical facilita o fluxo de informação e a identificação de áreas complementares e substitutas.

Leandro faz notar outras estratégias empresariais que também pressionam os custos dos planos de saúde e exigem uma resposta em termos de maior controle ou monitoramento dos prestadores de serviços, levando à verticalização do setor. Segundo a autora, os hospitais elevam seus lucros quando realiza procedimentos médicos para os quais necessita de medicamentos e de materiais hospitalares, cobrando dos planos de saúde os preços de tabela, desconsiderando os elevados descontos que são usualmente concedidos nesse ramo de atividades. Essa é mais uma força na direção da integração vertical na saúde suplementar no Brasil.

Albuquerque (2006) concorda com essa avaliação,

“atualmente, diante das contingências da regulação e aumento das despesas com assistência médica, este movimento (integração vertical) parece se constituir em um mecanismo de sobrevivência no mercado, ao invés de configurar uma estratégia de diferenciação”.

O Relatório Executivo do Estudo Qualitativo das Estratégias Organizacionais das Operadoras de Planos de Saúde (2004), da ANS, também indica uma tendência à adoção da integração vertical como estratégia por parte das operadoras de plano de saúde:

“A disposição de verticalização pela constituição de rede hospitalar própria é de alta e muita alta prioridade para 26% das operadoras. Para aquisição de rede de serviços de apoio e diagnóstico a disposição de verticalização é expressa por 52% dos painelistas, (...)”.

Assim, a verticalização das operadoras de planos de saúde na direção do controle de prestadores de serviços (hospitais, centros de diagnósticos) é inerente ao mercado brasileiro de saúde suplementar, sendo percebida pelos especialistas como geradora de eficiências pelo seu potencial de reduzir custos de transação e mitigar os efeitos perniciosos das assimetrias de informação entre o plano de saúde e os prestadores dos serviços médicos. Além disso, os problemas decorrentes das pressões de custos das operadoras advindas da regulação pública e das alterações nas características estruturais da demanda são mitigados pela integração vertical. Como mencionado acima, ao se verticalizar com um hospital, uma operadora de plano de saúde terá maior habilidade para controlar o número de exames, medicamentos e serviços que terá que custear.

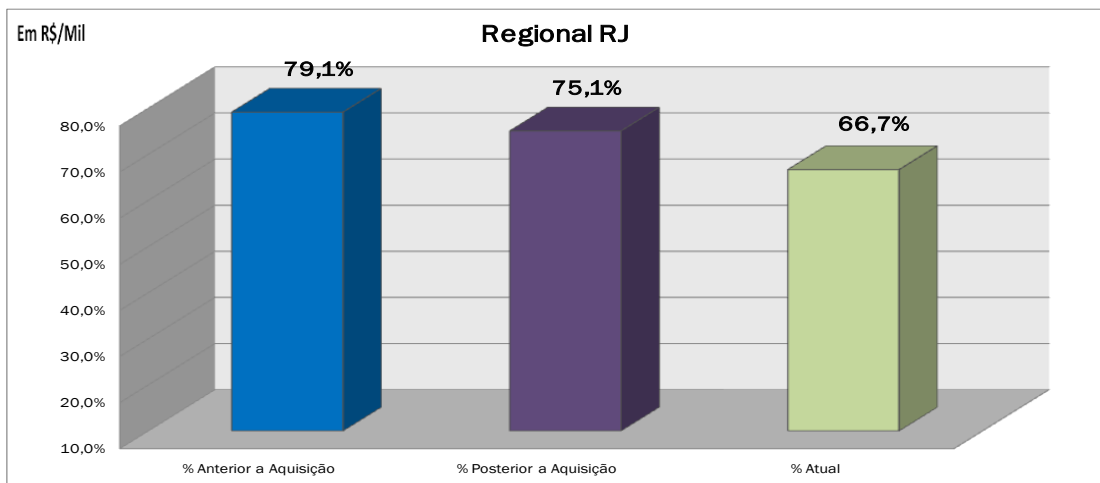
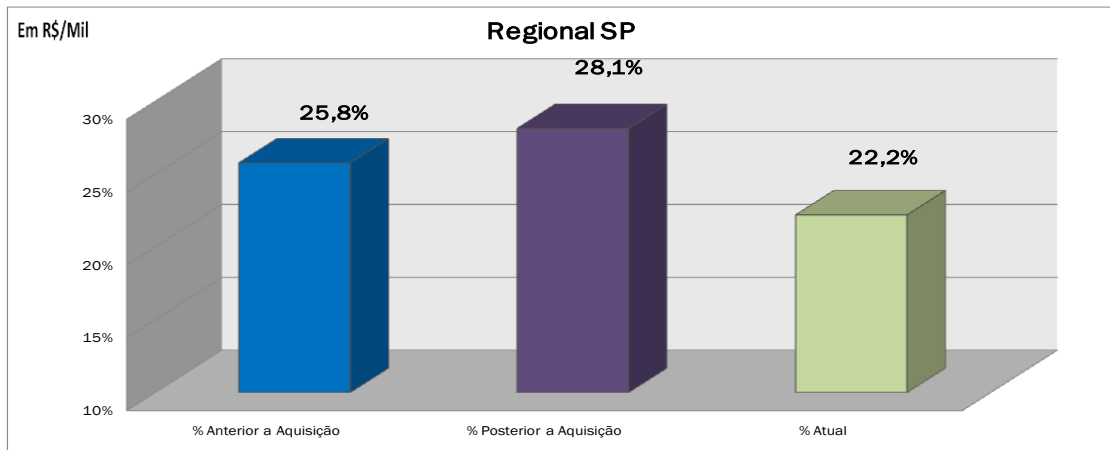
3.1 – Verticalização e acesso aos prestadores de serviços

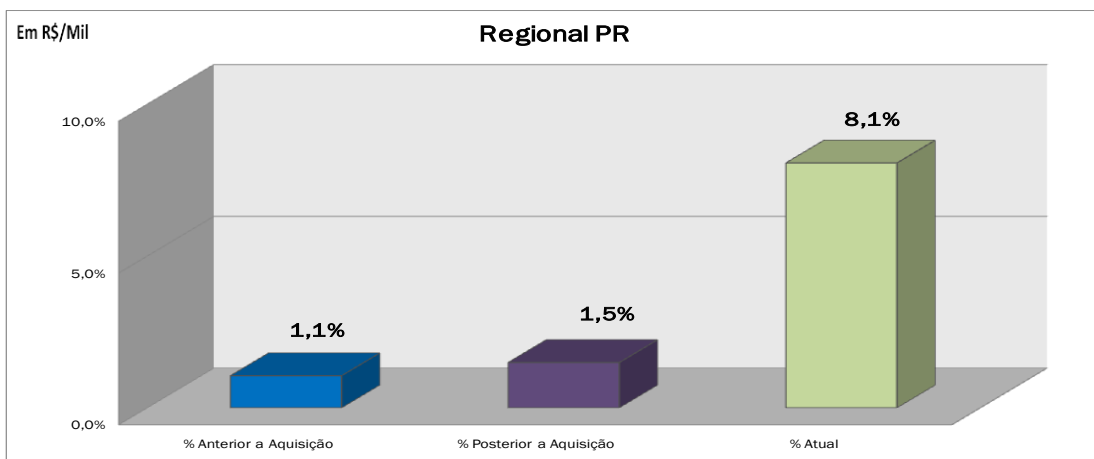
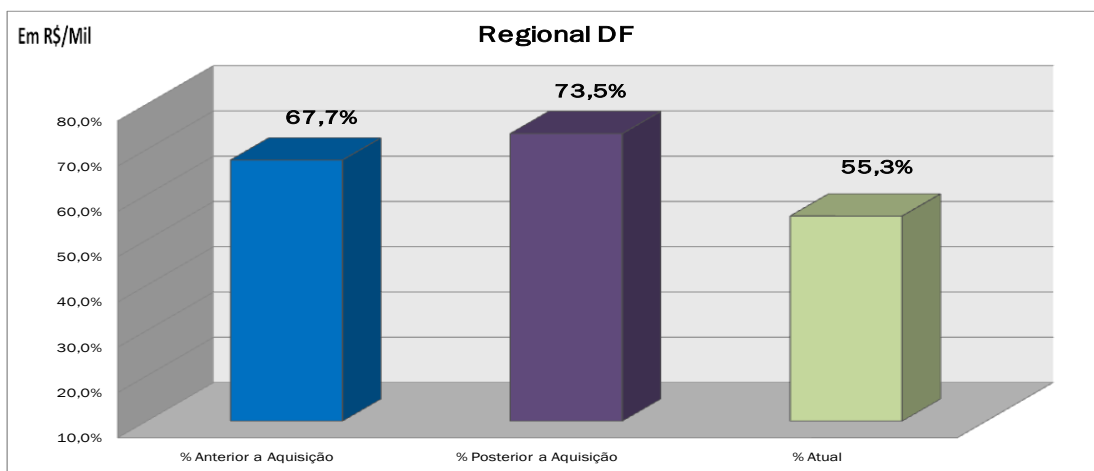
A análise dos dados de mercado indica que mesmo verticalizado o mercado brasileiro de saúde suplementar funciona sem regras de exclusividade nem discriminação de preços por parte das operadoras integradas. Nesse sentido, operadoras não integradas podem operar normalmente, sem dificuldades no que diz respeito ao acesso aos prestadores de serviços.

De fato, utilizando-se os dados disponíveis do Grupo Amil, nota-se que a participação de outras operadoras de planos de saúde nos hospitais adquiridos pela Amil manteve-se relativamente constante. Os gráficos a seguir apresentam a participação percentual das demais operadoras no faturamento de hospitais adquiridos pela Amil, a partir do ano

2000, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Distrito Federal (antes da aquisição, nos seis meses seguintes à aquisição e, finalmente, a participação atual – último semestre de 2011). Quedas discretas na participação das demais operadoras são observadas – exceto no Paraná, onde ocorreu uma elevação na participação das concorrentes da Amil.

Participação das outras operadoras nos hospitais Amil, antes e depois da aquisição – fonte: Amil





Os dados acima indicam que as aquisições de hospitais realizadas pela Amil não provocaram nenhum tipo de embaraço ou dificuldade nas operações das empresas concorrentes no mercado de saúde suplementar – ou seja, não tinham como estratégia dificultar ou mesmo fechar o mercado para as operadoras concorrentes. Diante disso, a verticalização do Grupo Amil parece ter ocorrido no sentido indicado pela literatura econômica disponível: compra de hospitais para monitorar e reduzir custos e garantir atendimento de qualidade para seus clientes. A garantia de preços e qualidade torna a empresa mais competitiva, tanto do ponto de vista dos custos da operação, quanto do ponto de vista da atração de clientes – ocasionando um natural aumento da sua própria participação no faturamento dos hospitais adquiridos.

A participação de operadoras em hospitais, clínicas e prestadores de serviços de saúde é, dessa forma, fundamental para garantir o acesso dos clientes das operadoras i. a serviços de saúde de qualidade e ii. a custos compatíveis – melhorando a competitividade da empresa. Garantia de acesso dos beneficiários a prestadores de serviços de reconhecida qualidade, a custos menores, possibilitando melhor precificação, essa parece ser a chave para a competição no mercado de saúde suplementar.

4. Considerações Finais

A integração vertical no mercado brasileiro de saúde suplementar é uma conseqüência da estrutura do mercado (falhas informacionais, alterações na demanda, regulação), sendo inerente ao setor. Como conseqüência desse processo de verticalização de mercado há uma elevação na eficiência empresarial e também no bem-estar econômico e social. Assim, no mercado brasileiro de saúde suplementar a melhor operação para a sociedade passa por uma estrutura de oferta verticalizada e capaz de capturar economias de escala e escopo, com redução de custos e melhoria da qualidade dos serviços prestados por hospitais, clínicas e centros de diagnósticos.

Uma estrutura de mercado concentrada e verticalizada parece representar uma situação de perda de bem-estar econômico e social. No entanto, a idéia de que mercados imperfeitos não devem ter como referencia o ideal perfeitamente competitivo foi apresentada há muito tempo à teoria econômica por Clark (1940) e posteriormente reforçada por Bain (1956). Estes autores alertaram para o fato de que pretender introduzir uma estrutura competitiva em um mercado, por exemplo, com elevadas economias de escala, resultaria em um mercado repleto de competidores e pleno de ineficiência e preços altos. A contribuição dos dois autores sobre o ideal da *workable competition*⁷ foi fundamental para os economistas entenderem o que se espera da competição: custos e preços baixos, com incentivos para o lançamento de novos e melhores produtos. Em mercados imperfeitos esse resultado é freqüentemente alcançado

⁷ *Workable competition*, ou “competição viável”, é entendida como a situação que apresenta as condições para o melhor resultado do ponto de vista da eficiência e bem-estar econômico e social. Dentro desse conceito, as características do mercado competitivo não são virtudes. Pelo contrário, tentar aproximar um mercado estruturalmente imperfeito às condições do mercado competitivo é ineficiente e reduz o bem-estar da coletividade.

apenas em situações de maior concentração da oferta e integração vertical. Tais características estão presentes no mercado de saúde suplementar.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, G.M. Integração vertical na medicina suplementar: contexto e competências organizacionais. Administração. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEA). Universidade de São Paulo. Dissertação. 2006.

ALBUQUERQUE G.M., FLEURY M.T.L., FLEURY A.L. Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo, Produção, v. 21, n. 1, p. 39-52, jan./mar. 2011.

ALVES S.L. CONCENTRAÇÃO E VERTICALIZAÇÃO NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE ECONOMETRICA, Federação Nacional de Saúde Suplementar, Cadernos de Seguro, março de 2007.

ALMEIDA, C. Mercado privado de serviço de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Texto para Discussão No. 599 – IPEA, 1998.

ANDREAZZI, M. F., Formas de Remuneração de Serviços de Saúde. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília. 2003.

ARROW, Kenneth. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review, v. 53, n.5. December, 1963;

BAIN J. Barriers to New Competition, Harvard University Press, 1956.

BEGUN, J. et al. Managed care, vertical integration strategies and hospital performance. Health Care Management Science, v. 4, n. 3, p. 181, 2001.

BIJLSMA, M., A. MEIJER, V. SHESTALOVA. [Vertical relationships between health insurers and healthcare providers](#). CPB Document 167, 2008.

BITRÁN, R.D., C.U. GONZALO. Chile: Good Practice in Expanding Health Care Coverage – Lessons from Reforms. Good Practices in Health Financing: Lessons From Reforms in Low and Middle-Income Countries. Capítulo 6. World Bank. 2008.

BURNS, L.; KIMBERLY, J.; WALSTON, S. Owned vertical integration and health care: promise and performance. Health Care Management Review, v. 21, n. 1, p. 83, 1996.

BYRNE, M.; WALNUS, C. Incentives for vertical integration in healthcare: the effect of reimbursement systems. Journal of Healthcare Management, v. 1, p. 34, 1999.

CAMARGOS M.C.S., ALVES L.C. IMPLICAÇÕES DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO SISTEMA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA DEMANDA E DOS CUSTOS COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO SUS NO ESTADO DE MINAS GERAIS EM 1998, Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú/MG, Setembro de 2004.

CAMPOS, J. Artigo do presidente da FENASEG. 2006. Disponível em: <www.fenaseg.org.br>.

CLARK, J.M. - Toward a Concept of Workable Competition, The American Economic Review, Volume 30, 1940.

CUELLAR, A.E., P.J. GERTLER, Strategic integration of hospitals and physicians. Journal of Health Economics. 2005.

CUTLER, D.M. e ZECKHAUSER, R.J. (1997) “Adverse selection in health insurance”. In: NBER Working Papers Series, Working Paper 6107, July.

EASTAUGH, S. Hospital costs and specialization. JH Care Finance 28 (1). Pp 61-72. 2002.

GOLDBERG, D., Antitruste e a Barganha Coletiva no Mercado de Saúde Suplementar. Revista de Direito da Concorrência: Iob; CADE, n. 9. Brasília, 2006.

HARRIGAN, K. Vertical integration, outsourcing and corporate strategy. Washington D.C.: Beard Books, 2003.

HIGGINS, C.; MEYERS, E. Managed care and vertical integration: implications for the hospital industry. Hospital & Health Services Administration, v. 32, n. 3, p. 3-19, 1987.

Instituto de Estudos da Saúde Suplementar - IESS “O custo da saúde e o envelhecimento da população”, disponível em

http://www.iesssaladeimprensa.institucional.ws/index.php?option=com_content&view=article&id=103:o-custo-da-saude-e-o-envelhecimento-da-populacao&catid=34:pautas&Itemid=28. Acessado em novembro de 2011.

KALACHE, A., VERAS, R.P., RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Revista de Saúde Pública. v.21, n.3, p.200-210, 1987

KILSZTAJN S., ROSSBACH A., CÂMARA M.B. e CARMO M.S.N. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira, Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília, DF, julho-agosto de 2003.

LEANDRO T. Defesa da Concorrência e Saúde Suplementar: A Integração vertical entre Planos de Saúde e Hospitais e seus efeitos no Mercado. Dissertação de Mestrado apresentada na UNB, Brasília, 2010.

LEITE F. Envelhecimento populacional e a composição etária de beneficiários de planos de saúde, IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, Texto para Discussão 0042/2011.

MÉDICI, A.C. & CZAPSKI, C.A. (1995) Evolução e perspectivas dos gastos públicos com saúde no Brasil, Ministério da Saúde.

MORSE, H. Vertical Mergers: Recent Learning. The Business Lawyer, American Bar Association, University of Maryland School of Law, volume 53, número 4, agosto de 2000.

OECD - ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. Health policy brief, aging and technology. Working Paper. 1998. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/34/10/2097624.pdf>>.

OCKÉ-REIS, C.O.S. e ANDREAZZI, F.G. SILVEIRA, O Mercado de Planos de Saúde no Brasil: uma Criação do Estado?. Revista Econômica Contemporânea., Rio de Janeiro, 10(1): 157-185, jan./abr. 2006.

REZENDE J.M. CAMINHOS DA MEDICINA: O USO DA TECNOLOGIA NO DIAGNÓSTICO MÉDICO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS, XIV Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina. Goiânia, 24/10/2008.

ROTHSCHILD, M. e STIGLITZ, J. (1976) “Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information”. In: Quarterly Journal of Economics 90, p.629-649.

WON, L. L. R. & CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Revista Brasileira de Estudos de População. vol. 23, no.1, p.5-26, Jun 2006.