Avaliação da Concentração de Mercado Das Operadoras de Saúde no Brasil



Anelisa de Carvalho Ferreira[1]; João Paulo Calembo Batista Menezes[2]
[1, 2] *UFVJM – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri*

RESUMO
Este trabalho teve o objetivo de verificar se as operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil pertencem a um mercado concentrado nos anos de 2014 e 2015. Foram feitos os cálculos dos índices HHI e CR4, para o HHI verificou-se que as modalidades "Cooperativa Médica"; "Medicina de Grupo"; "Autogestão", "Filantropia" e "Cooperativa Odontológica" não são concentradas, e as modalidades "Seguradora Especializada em Saúde"; "Odontologia de Grupo" e "Administradora de Benefícios" são muito concentradas. Para o CR4 nas modalidades "Seguradora Especializada em Saúde" e "Administradora de Benefícios" o cálculo foi igual ou superior aos 75%, significando que a concentração está gerando o controle de parcela de mercado suficientemente alta para viabilizar o exercício coordenado de poder de mercado.

Palavras-chave: concentração de mercado; operadoras de saúde suplementar; HHI; CR4.

ABSTRACT
The aim of this study is to verify if the operators of health plans in Brazil belong to a concentrated market in 2014 and 2015. Calculations were made of the HHI index and CR4 to the modalities "Medical Cooperative"; "Group Medicine"; "Self-management", "Philanthropy" and "Dental Cooperative" are not concentrated, and "Insurance Company Specializing in Health"; "Group Dental" and "Benefits Administrator" are very concentrated. For the CR4, modalities "Insurance Company Specializing in Health" and "Benefits Administrator" the calculation was equal to or above the 75%, meaning that the concentration is generating the control of market share high enough to enable the coordinated exercise of market power.

Keywords: market concentration; health plans operators; HHI; CR4.

1. INTRODUÇÃO

O estado tem um desafio muito grande no mercado que é o de regular a atuação privada na saúde suplementar. Relativamente ao movimento do setor privado, Andrade et. al (2015) afirma que entre 2003 e 2013 o número de operadoras médico-hospitalares caiu 30%, e essa queda no número de operadoras reflete um movimento de concentração de mercado, cabendo ao estado o papel de assegurar o bem-estar dos consumidores.

O setor de planos privados cobre 25% da população, sendo um terço com planos de assistência ao servidor público e o restante planos de adesão coletiva e adesão individual (ANDRADE et. al, 2015). O CADE (2015) afirma que a assistência à saúde diz respeito a uma variada gama de produtos e serviços, tanto de bens públicos quanto privados, o que determina a atuação do poder público de forma unilateral ou combinada com a iniciativa privada, visando o atendimento da população.

O modelo atual do sistema de assistência à saúde no Brasil foi iniciado pela Constituição Federal (CF) de 1988, que define o direito à saúde como um direito universal, reconhecendo-a como um direito social fundamental e, portanto, o Estado possui obrigação de proporcionar acesso irrestrito à saúde (BRASIL, 1988). A CF também estabelece as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

Um espaço ocupado pela iniciativa privada no mercado de assistência à saúde é o atendimento direto pelos prestadores de serviço ou pelas operadoras de planos de saúde. A partir de 1998 com a Lei 9.656 iniciou-se a definição das regras para este mercado como quem pode atuar, de que forma, requisitos e fiscalização (BRASIL, 1998). A lei 9.656 também criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar e lhe deu atribuições de regulação.

Analisando a relevância do tema no que tange o bem-estar social da população, considera-se importante avaliar se as operadoras de planos de saúde integram um mercado concentrado no Brasil. Esse trabalho trará importante retorno para os gestores de operadoras de planos de saúde, para os usuários de planos de saúde e para a sociedade como um todo, pois nos trará respostas sobre o comportamento deste mercado.

Considerando a relevância do tema saúde suplementar no Brasil e a avaliação dos aspectos que influenciam a concentração do mercado, tem-se como objetivo de pesquisa verificar se as operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil pertencem a um mercado concentrado nos anos de 2014 e 2015, calculando os indicadores de concentração de mercado HHI e CR4 para os dois períodos, analisando a concentração por cada modalidade de operadora e indicando se as modalidades são concentradas classificando os mercados em não concentrados; moderadamente concentrados ou muito concentrados.

O estudo mostra-se relevante e justifica-se pelo fato do tema afetar diretamente a condição de vida dos cidadãos brasileiros. O Brasil apresenta desafios como o envelhecimento da população, condições socioeconômicas heterogêneas e diminuição do número de operadoras, o que demonstra tendência à concentração de mercado.

O fato de percebermos uma crise no sistema de saúde por fatos divulgados na mídia como falta de leitos, escassez de recursos, atrasos no repasse de pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados, proliferação de diversas doenças e outros problemas faz com que o tema se torne interessante para estudos científicos e tenha resultados relevantes para sociedade como um todo.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia

Como procedimento serão feitas pesquisas bibliográficas sobre o tema e serão utilizados cálculos numéricos para testar modelos aplicáveis à realidade brasileira. Quanto aos objetivos, a presente pesquisa classifica-se como descritiva, quanto à abordagem do problema, será realizada uma pesquisa quantitativa, uma vez que os dados são representados por métricas quantitativas, tendo como elemento de apoio central a linguagem matemática como sua forma de expressão e tratamento (GONÇALVES; MEIRELLES, 2004). As técnicas de metodologia quantitativa que serão utilizadas serão os indicadores CR4 e *Herfindahl-Hirschman* (HHI) para análise de concentração de mercado.

A amostra analisada foi levantada a partir das informações contábeis das empresas disponíveis no site da ANS (ANS, 2016a) e será representada pelos dados de "Receita Operacional Líquida" no período de 2014 a 2015, classificados por modalidade, registro na ANS e também por razão social das operadoras de saúde suplementar. Foram obtidos dados contábeis de 1.124 operadoras no 4˚ trimestre de 2014 e de 1.128 operadoras no 4˚ trimestre de 2015.

2.2 Regulação da Saúde Suplementar no Brasil

2.2.1) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

O mercado de saúde suplementar anteriormente a 1998, exceto as seguradoras de saúde que eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), não possuía qualquer tipo de regulação, fazendo com que seu crescimento fosse deliberado e desordenado. As operadoras de saúde praticavam mecanismos abusivos para reduzir seus riscos operacionais e custos, a exemplo da seleção de risco (BRASIL, 2011).

Em 1998, diante das pressões do mercado de saúde, das demandas dos consumidores, entidades médicas e secretarias de saúde, foi promulgada a Lei nº 9.656, em julho de 1998, que trouxe profundas mudanças ao setor da saúde privada,

principalmente, através da intervenção da livre atuação da assistência privada, estabelecendo exigências e requisitos mínimos para o funcionamento (BRASIL, 1998).

Posteriormente, em 2000, foi promulgada a Lei nº 9.961/2000, que cria a autarquia Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vinculada ao Ministério da Saúde, que possui como responsabilidade a função de supervisionar e expedir normas complementares para a regulação do setor privado de saúde (BRASIL, 2000b).

Compete à ANS, dentre outras atribuições: propor políticas e diretrizes gerais para a regulação do setor de saúde suplementar; estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços oferecidos pelas operadoras; estabelecer normas para ressarcimento ao SUS; autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos; autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário; fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde; estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde (CADE, 2015).

2.2.2) Operadoras de Planos de Saúde (OPS)

A assistência à saúde suplementar é o conjunto de serviços de assistência à saúde prestados por participantes do Sistema Único de Saúde (SUS) através de operadoras de saúde ou por profissionais ou instituições da área (CADE, 2015).

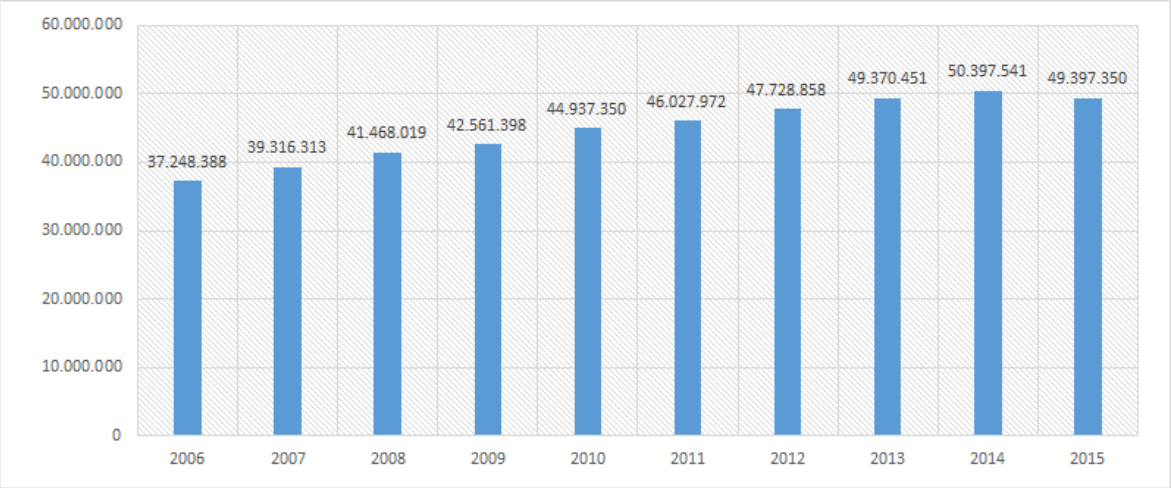
As operadoras de planos privados de assistência à saúde, ou Operadoras de Planos de Saúde (OPS), são pessoas jurídicas registradas na ANS, que operam ou comercializam planos privados de assistência à saúde, e podem ser constituídas como empresa, associação, fundação, cooperativa ou entidade de autogestão. Neste trabalho avaliaremos a concentração de mercado das operadoras de saúde de acordo com as modalidades definidas pela ANS.

2.2.3) Consumidores

A procura por planos de saúde suplementar decorre da necessidade dos indivíduos de garantir o bem-estar pessoal e de minimizar riscos e incertezas inerentes aos gastos com atendimento à saúde. A demanda por planos de saúde se constitui de pessoas físicas e jurídicas, pois os serviços costumam integrar o pacote de benefícios oferecidos pelos empregadores (CADE, 2015).

Nos últimos anos o número de beneficiários de planos de saúde no Brasil apresentou tendência de crescimento consistente com taxas médias anuais em torno de 4%, sendo que somente em 2015 houve decréscimo desse número de aproximadamente -2% conforme demonstra o Gráfico 01.

Gráfico 01: BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



FONTE: ADAPTADO DE (ANS, 2016B).

A cobertura pelos planos não se dá de forma homogênea, sendo que há diferenças significativas entre os estados e ainda nos próprios estados é possível ver diferenças entre as cidades do interior, região metropolitana e capital, sendo que os grandes centros urbanos apresentam taxas de cobertura maiores. Existe também o predomínio de planos coletivos empresariais sobre as modalidades de planos coletivos por adesão individuais, revelando que a maioria dos planos é vinculado aos empregadores, reafirmando a importância das empresas na demanda desses serviços (CADE, 2015).

2.3 Aspectos da Concorrência

As teorias neoclássicas sugerem que uma indústria concentrada, ou seja, com um número pequeno de grandes empresas, é prejudicial à competição, pelo fato destas agirem de forma interdependente uma da outra, tanto quanto ao preço como quanto a produção (HEIMANN *et al*. 2015).

Considerando as bases do sistema teórico de Schumpeter, a mudança industrial não pode ser concebida dentro de um modelo estacionário de equilíbrio estático. A dinâmica do processo concorrencial, portanto, não pode situar a firma dentro de um modelo de concorrência perfeita. Esse modelo passa ser a exceção e não a regra da análise das estruturas de mercado. Ele admite que novas estruturas como a concorrência monopolista e o oligopólio são o caminho provável para a análise da dinâmica da formação de preço e da regra de conduta das empresas (PEREIRA, 2014).

Monopólios e oligopólios são estruturas de mercado de concorrência imperfeita, o monopólio corresponde a um mercado em que há apenas um vendedor e muitos compradores e o oligopólio é caracterizado por um mercado dominado por um número reduzido de empresas produtoras pelo que, uma única empresa tem poder para influenciar o preço do bem (HEIMANN *et al*. 2015).

A regulação econômica se caracteriza pela adoção de sistemas de controle de tarifas, taxas e quantidade dos bens ou serviços ofertados no mercado regulado. O objetivo desta regulação é garantir a prestação adequada dos serviços dos atores privados, por meio do controle da rentabilidade desses agentes, afastando a ocorrência de preços de monopólio (PEREIRA, 2014).

Uma vez inseridos em um mercado em que existam fenômenos de concentração de empresas, em decorrência do aparecimento de novas maneiras de equilíbrio entre as relações de mercado, o Estado passa a ser o garantidor da permanência deste, ou seja, a sua intervenção faz-se necessária uma vez que as grandes concentrações passaram a representar perigo ao mercado (FONSECA, 2007).

Fonseca (2007) apresenta como origem do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) o Decreto-Lei n° 7.666/45, que criou na modalidade de comissão um órgão estatal com competência para tratar sobre concorrência. Em seguida vieram as Leis n° 1.521/51 para julgar crimes contra a economia popular; a lei n° 1.522/51 com a Comissão Federal de Abastecimento e Preços (COFAP) e a Lei Delegada n°4/62; e finalmente em 1962 a Lei n° 4.137 que conforme Pereira (2014) representou o ponto de partida da Defesa da Concorrência no Brasil.

Depois da década de 60 a Legislação da concorrência passou por outras duas transformações, em 1994 com a Lei n° 8.884/94 e em 2011 com a Lei n° 12.529/11. Portanto será esta última a base legal norteadora do referido estudo, uma vez que se pretende estudar o período compreendido entre 2014 e 2015.

As alterações ocasionadas pela entrada em vigor da Lei n° 12.529/11 representaram algumas mudanças significativas na estrutura do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) anteriormente composto pelo CADE, Secretaria de Direito Econômico (SDE) e Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE), passou a ser composto apenas pelo CADE e SEAE, apesar do SDE não ter sido extinto (AGUILLAR, 2014).

O CADE é o órgão judicante em matérias relativas à defesa da concorrência. É ele que decide se houve ou não infração à livre concorrência por parte de empresas ou de seus administradores nos casos de conduta, e aprecia os atos de concentração submetidos à sua aprovação (CADE, 2007).

A finalidade da Lei nº 12.529/2011 é a estruturação do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) e dispõe sobre a prevenção e a repressão às infrações contra a ordem econômica, orientada pelos ditames constitucionais de liberdade de iniciativa, livre concorrência, função social da propriedade, defesa dos consumidores e repressão ao abuso do poder econômico.

Dentre as infrações da ordem econômica previstas na Lei nº 12.529 (BRASIL, 2011, art. 36) estão (I) limitar, falsear ou de qualquer forma prejudicar a livre concorrência ou livre iniciativa; (II) dominar mercado relevante de bens ou serviços; (III) aumentar arbitrariamente os lucros; e (IV) exercer de forma abusiva posição dominante.

Presume-se posição dominante sempre que uma empresa ou grupo de empresas for capaz de alterar unilateral ou coordenadamente as condições de mercado ou quando controlar 20% ou mais do mercado relevante, podendo este percentual ser alterado pelo CADE para setores específicos da economia (BRASIL. Lei n° 12.529, 2011, art. 36, § 2º).

Para análise antitruste de atos de concentração de natureza horizontal utiliza-se o seguinte critério: (a) estimativas das participações das empresas no mercado relevante; (b) avaliação do nível de barreiras à entrada; e (c) exame das eficiências econômicas geradas pela operação (PEREIRA, 2014).

Quanto à medição do aumento do nível de concentração, verifica-se a delimitação das dimensões do mercado pela análise econômica no âmbito da defesa da concorrência, incorporando simultaneamente os aspectos da elasticidade e da oferta e demanda. Dessa forma, o mercado relevante de uma operação é definido como aquele no qual, em uma situação hipotética, um eventual monopolista poderia exercer seu poder de mercado, elevando preços e auferindo lucros extraordinários (PEREIRA, 2014).

O nível de concentração é mensurado por indicadores, tais como a participação de mercado das quatro maiores firmas (CR4) ou o índice *Herfindahl-Hirschman* (HHI), calculado por meio da soma dos quadrados dos *market shares* individuais das firmas participantes no mercado relevante (PEREIRA, 2014).

Procura-se avaliar em que medida as eficiências econômicas eventualmente geradas pela operação podem contrabalançar os efeitos anticompetitivos. Esses efeitos são derivados do aumento de poder de mercado, pressuposto, por sua vez, a partir do incremento do grau de concentração e manifesto suposto futuro aumento de preços que reduz o excedente do consumidor (PEREIRA, 2014).

2.4 Avaliação da Concentração de Mercado

Dantas *et al*. (2012) afirmam que as formas clássicas de medir a concentração de mercado, são a Razão de Concentração (CR) e o Índice de *Herfindahl-Hirschman* (HHI).

No Brasil, a referência para a avaliação das ações antitruste é o Guia de Análises para Atos de Concentração Horizontal, instituído por meio da Portaria Conjunta nº 50, de 01/08/2001, da Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) e da Secretaria de Direito Econômico (SDE) (BRASIL, 2001).

Segundo essa norma, considera-se que a concentração viabiliza o exercício coordenado de poder de mercado quando as quatro maiores empresas (C4) possuem participação igual ou superior a 75% do mercado.

Em âmbito internacional, tem prevalecido o HHI em relação aos outros indicadores, exatamente por ter maior influência junto às autoridades antitrustes. Nos EUA, os *Horizontal Merger Guidelines*, instituídos pelo *U.S. Department of Justice* e pela *Federal Trade Commission*, utilizam o HHI como referência, sob o argumento de que considera a participação de todas as instituições que compõem o mercado e não apenas a das maiores (DANTAS *et al*. 2012).

A Portaria Conjunta SEAE/SDE Nº 50, de 1º de agosto de 2001 (BRASIL, 2001) define critérios para identificar se a concentração gera controle de parcela de mercado: (a) uma concentração gera o controle de parcela de mercado suficientemente alta para viabilizar o exercício unilateral do poder de mercado sempre que resultar em uma participação igual ou superior a 20% do mercado relevante; (b) que uma concentração gera o controle de parcela de mercado suficientemente alta para viabilizar o exercício coordenado de poder de mercado sempre que: A concentração tornar a soma da participação de mercado das quatro maiores empresas (C4) igual ou superior a 75%; e a participação da nova empresa formada for igual ou superior a 10% do mercado relevante.

Deste modo utilizaremos o índice C4 neste trabalho e tem-se a equação:

$$C4 \sum_{I=1}^{4} Pi \qquad (1)$$

Em que Pi é a parcela de mercado da firma i, e i varia de 1 a n, sendo que n é o número escolhido de firmas. Quanto maior o valor deste índice, maior é o poder de mercado exercido pelas 4 maiores empresas.

Garcia e Farina (2013) afirmam que o HHI é calculado pela soma dos quadrados das participações de mercado de cada uma das empresas. Leva em consideração o tamanho relativo e a distribuição das firmas no mercado. Esse modelo de concentração é baseado na determinação do Departamento de Justiça dos Estados Unidos *Merger Guidelines*, através da utilização do Índice *Herfindahl-Hirschman* (HHI), onde a apuração do indicador em cada período (t) ocorre com o somatório do quadrado da participação (p)

de todas as empresas (i variando de 1 a N) em cada parâmetro específico, conforme a seguir:

$$HHI_t \sum_{I=1}^{N} P_i^2 \quad (2)$$

Segundo o *Horizontal Merger Guidelines* o HHI é calculado somando-se os quadrados de quotas de mercado das empresas individuais, e assim dá proporcionalmente maior peso para as maiores quotas de mercado. Normalmente os mercados são classificados em três tipos (U.S DEPARTAMENT OF JUSTICE; FEDERAL TRADE COMISSION, 2010): Mercados não concentrados (HHI menor que 1500); Mercados moderadamente concentrados (HHI entre 1500 a 2500); Mercados muito concentrados (HHI maior que 2500)

O *Horizontal Merger Guidelines* afirma que o HHI varia de 10.000 (no caso de um monopólio puro) para um número que se aproxima de zero (no caso de um mercado com competição perfeita). Embora seja desejável incluir todas as empresas no cálculo, a falta de informação sobre empresas com pequenas ações não é crítica, pois essas empresas não afetam significativamente o HHI.

3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram classificados por segmento, registro na ANS e também por razão social das operadoras de saúde suplementar.

De acordo com a RDC nº.39 de 2000, a ANS definiu os segmentos das operadoras em modalidades distintas (BRASIL, 2000a): Administradora; Cooperativa Médica; Cooperativa Odontológica; Autogestão; Medicina de grupo; Odontologia de grupo; Filantropia; Seguradora Especializada em Saúde.

A Tabela 01 demonstra os valores de receitas operacionais líquidas referentes aos anos de 2014 e 2015, classificados por modalidades das operadoras de saúde suplementar no Brasil, sendo R$ 140 bilhões em 2014, crescendo 13% em 2015, totalizando o montante de R$ 159 bilhões de reais.

TABELA 01: RECEITAS OPERACIONAIS LÍQUIDAS POR MODALIDADES

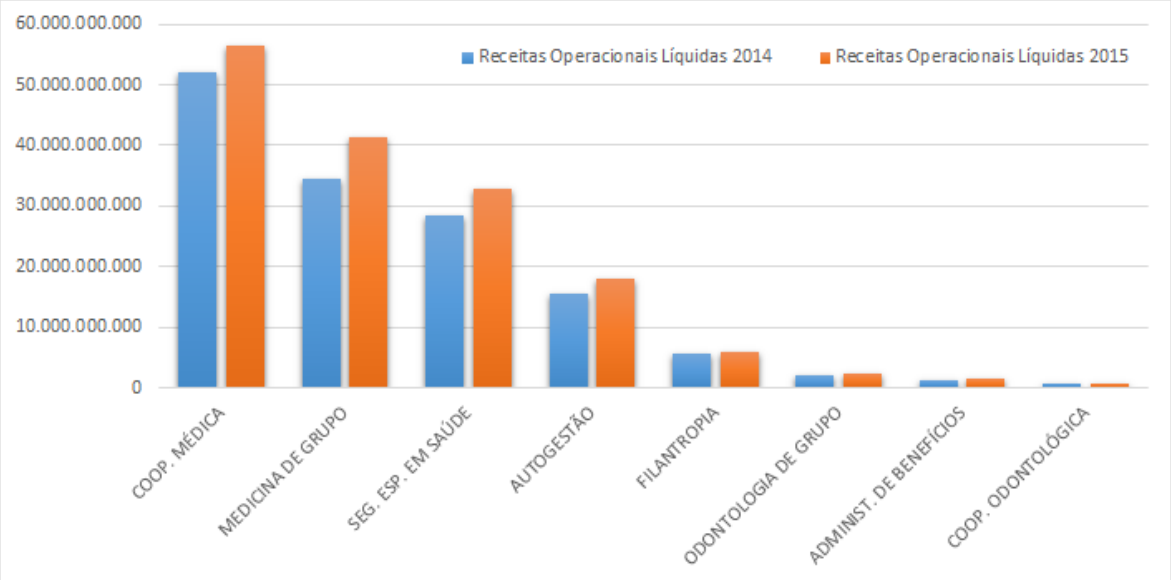
Modalidades	Receitas Operacionais Líquidas 2014	AV %	Receitas Operacionais Líquidas 2015	AV %	AH %
COOPERATIVA MÉDICA	51.989.231.952	37%	56.395.103.191	35%	8%
MEDICINA DE GRUPO	34.518.779.771	25%	41.247.079.359	26%	19%
SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE	28.444.064.481	20%	32.786.740.146	21%	15%
AUTOGESTÃO	15.563.563.589	11%	17.952.628.523	11%	15%
FILANTROPIA	5.583.875.097	4%	6.022.867.226	4%	8%
ODONTOLOGIA DE GRUPO	2.118.362.919	2%	2.373.313.369	1%	12%
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS	1.229.116.643	1%	1.418.526.153	1%	15%
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	701.177.655	0%	756.353.723	0%	8%
SEM INFORMAÇÃO DISPONÍVEL	320.920.756	0%	2.030.472	0%	-99%
Total	**140.469.092.863**	**100%**	**158.954.642.163**	**100%**	**13%**

FONTE: ADAPTADO DE (ANS, 2016A).

Verifica-se através da Tabela 01 que a modalidade de Cooperativa Médica é a mais significante dentre as operadoras de saúde suplementar no Brasil, representando 37% da receita líquida total em 2014 e 35% em 2015, sendo que ocorreu um aumento da receita de 8% de um ano para o outro. A segunda modalidade mais representativa é Medicina em Grupo com 25% das receitas em 2014 e 26% em 2015, seguida por Seguradora Especializada em Saúde com 20% das receitas líquidas em 2014 e 21% em 2015. No total houve aumento das receitas líquidas de 13% somando todas as modalidades.

É possível inferir que houve melhora na disponibilização da informação de operadoras por modalidade de um ano para o outro, já que em 2014 existiam R$ 320 milhões em receita líquida sem classificação por modalidade, em 2015 este número diminuiu para R$ 2 milhões, demonstrando melhoria na qualidade da informação. O Gráfico 02 demonstra a variação das receitas líquidas por modalidade nos 2 anos da análise.

GRÁFICO 02: RECEITAS OPERACIONAIS LÍQUIDAS POR MODALIDADES



FONTE: ADAPTADO DE (ANS, 2016A).

Considerando os dados extraídos da ANS foram feitos os cálculos dos índices de concentração de mercado HHI e CR4 para avaliação da concentração, conforme Tabela 02 e Gráficos 03 e 04.

Para cálculo do HHI foi utilizado o parâmetro de classificação dos mercados em três tipos: (a) mercados não concentrados (HHI menor que 1500); (b) mercados moderadamente concentrados (HHI entre 1500 a 2500); (c) mercados muito concentrados (HHI maior que 2500). O cálculo foi feito somando-se os quadrados de quotas de mercado das empresas individuais. Este cálculo é o mais utilizado como

referência internacionalmente sob o argumento de que considera a participação de todas as instituições que compõem o mercado e não apenas a das maiores.

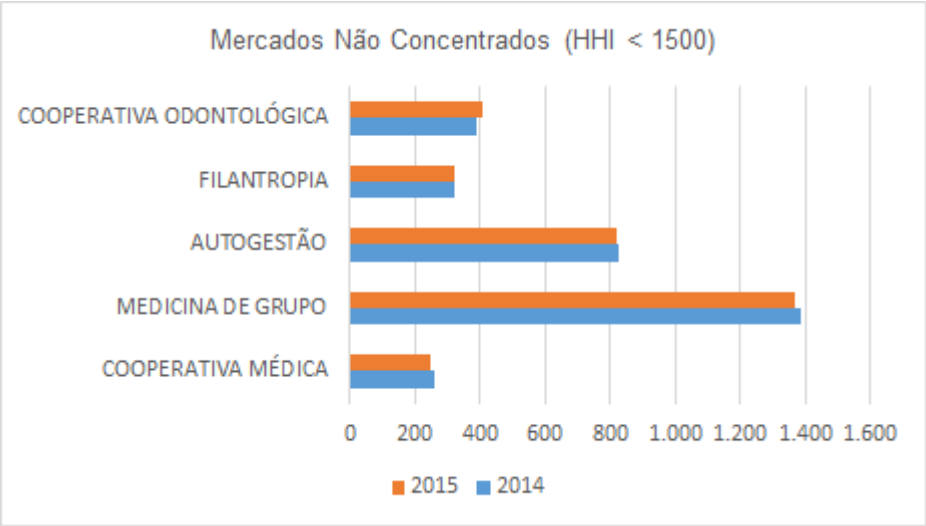
TABELA 02: CÁLCULO DO HHI

HHI - Mercados	Não Concentrados		Muito Concentrados	
Ano	2014	2015	2014	2015
COOPERATIVA MÉDICA	262	246		
MEDICINA DE GRUPO	1.385	1.366		
SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE			3.316	3.805
AUTOGESTÃO	825	819		
FILANTROPIA	322	324		
ODONTOLOGIA DE GRUPO			3.040	2.837
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS			3.715	3.530
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	388	407		

FONTE: ADAPTADO DE (ANS, 2016A).

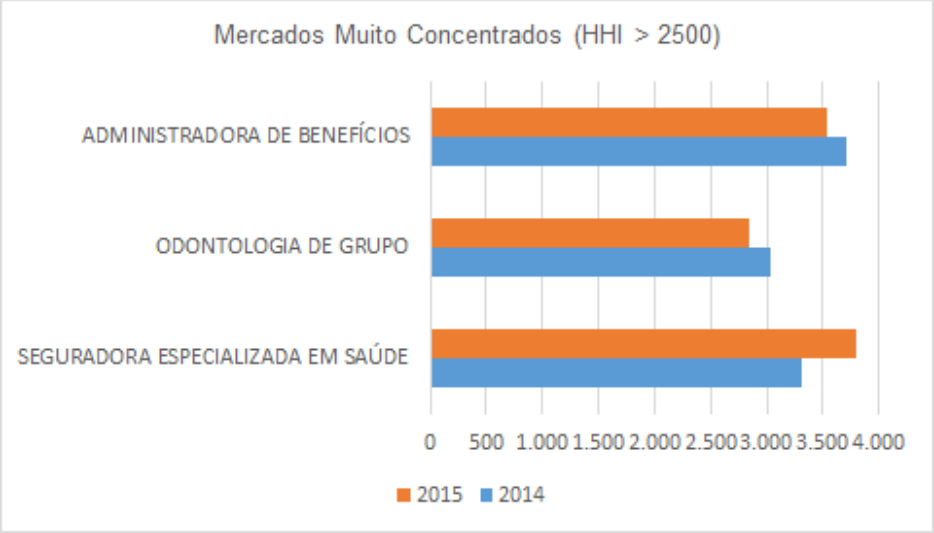
Conforme Tabela 02 verifica-se que as modalidades "*Cooperativa Médica*"; "*Medicina de Grupo*"; "*Autogestão*", "*Filantropia*" e "*Cooperativa Odontológica*" não são concentradas, e as modalidades "*Seguradora Especializada em Saúde*"; "*Odontologia de Grupo*" e "Administradora de Benefícios" são muito concentradas. Os gráficos 03 e 04 demonstram os valores dos cálculos do HHI.

GRÁFICO 03: HHI MERCADOS NÃO CONCENTRADOS



FONTE: ELABORADO PELA AUTORA.

GRÁFICO 04: HHI MERCADOS MUITO CONCENTRADOS



FONTE: ELABORADO PELA AUTORA.

Foi feito também o cálculo do índice CR4, considerando que a concentração existe quando tornar a soma da participação de mercado das quatro maiores empresas (C4) igual ou superior a 75%. O cálculo do CR4 foi feito para os anos de 2014 e 2015, conforme Tabela 04, sendo que nas modalidades *"Seguradora Especializada em Saúde*" e "*Administradora de Benefícios"* o cálculo foi igual ou superior aos 75%, significando que a concentração está gerando o controle de parcela de mercado suficientemente alta para viabilizar o exercício coordenado de poder de mercado.

TABELA 04: CR4

Índice	CR4	
Modalidade	**2014**	**2015**
Cooperativa Médica	27%	25%
Medicina de Grupo	50%	51%
Seguradora Especializada em Saúde	**89%**	**94%**
Modalidade Autogestão	49%	50%
Filantropia	24%	24%
Odontologia de Grupo	68%	66%
Administradora de Benefícios	**75%**	**75%**
Cooperativa Odontológica	31%	31%

FONTE: ELABORADO PELA AUTORA.

O cálculo do CR4 é limitado em termos de resultado pela sua simplicidade, já que apenas soma o % do *market share* das 4 maiores operadoras, desconsiderando a quantidade de operadoras existentes ou qualquer outro fator de influência. Ocorreu diferença entre os cálculos do HHI e do CR4, sendo que pelo HHI a modalidade "*Odontologia de Grupo*" é um mercado muito concentrado, e pelo CR4 não é concentrado, apesar de apresentar um índice alto, de 68% em 2014 e 66% em 2015.

O cálculo dos dois índices HHI e CR4 foram feitos com base na legislação brasileira e internacional sobre concentração de mercado, sendo que o HHI é mais completo pois é uma medida que abrange a dimensão das empresas através das quotas de mercado dentro do setor de atuação.

4. CONCLUSÃO

Este trabalho teve o objetivo de verificar se as operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil pertencem a um mercado concentrado nos anos de 2014 e 2015. Considerando os dados extraídos da ANS foram feitos os cálculos dos índices HHI e CR4, para o HHI verifica-se que as modalidades "*Cooperativa Médica*"; "*Medicina de Grupo*"; "*Autogestão*", "*Filantropia*" e "*Cooperativa Odontológica*" não são concentradas, e as modalidades "*Seguradora Especializada em Saúde*"; "*Odontologia de Grupo*" e "Administradora de Benefícios" são muito concentradas.

Para o CR4 as modalidades *"Seguradora Especializada em Saúde*" e "*Administradora de Benefícios"* o cálculo foi igual ou superior aos 75%, significando que a concentração está gerando o controle de parcela de mercado suficientemente alta para viabilizar o exercício coordenado de poder de mercado. Ocorreu diferença entre os cálculos do HHI e do CR4, sendo que pelo HHI a modalidade "*Odontologia de Grupo*" é um mercado muito concentrado, e pelo CR4 não é concentrado, apesar de apresentar um índice alto, de 68% em 2014 e 66% em 2015.

O cálculo dos dois índices HHI e CR4 foram feitos com base na legislação brasileira e internacional sobre concentração de mercado, sendo que o HHI é mais completo pois é uma medida que abrange a dimensão das empresas através das quotas de mercado dentro do setor de atuação.

Este estudo apresenta algumas limitações, já que devido à complexidade não foi calculada a delimitação do mercado relevante e poderia ter sido analisado um período maior.

5. REFERÊNCIAS

AGUILLAR, Fernando H. **Direito econômico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina; RIBEIRO, Mirian Martins; LIMA, Helena Wajnman; CARVALHO, Lucas Resende. **Estrutura de Concorrência no Setor de Operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ANS, 2015.

ANS - **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Demonstrações contábeis. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis>. Acesso: 30 set. 2016a.

ANS - **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Perfil do Setor. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso: 03 out. 2016b.

ANS - **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. ANS Tabnet. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas_receita.htm >. Acesso: 04 out. 2016c.

BRASIL. **Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011**. Dispõe sobre estrutura do sistema brasileiro de defesa da concorrência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12529.htm>. Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Ministério da Justiça. **Portaria Conjunta SEAE/SDE Nº 50 de 1º de agosto de 2001**. Diário Oficial da União nº 158-E, seção 1, p. 12 a 15, 2001. Disponível em: < http://www.cade.gov.br/assuntos/normas-e-legislacao/portarias/2001portariaconjunta50-1_guia_para_analise_economica_de_atos_de_concentracao.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANS. **RDC Nº 39 de 27 de outubro de 2000**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>. Acesso em: 30 set. 2016a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm >. Acesso em: 04 out. 2016b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.656, de 28 de janeiro de 1998**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 jan. 2000. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 04 out. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.894, de 11 de junho de 1994**. Dispõe sobre a transformação do CADE em autarquia. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8884.htm>. Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 03 out. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 4.137 de 10 de setembro de 1962**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4137.htm>. Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Delegada Nº 4 de 26 de setembro de 1962**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/LEIS/LDL/Ldl04.htm>. Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 1.522 de 26 de dezembro de 1951**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/1950-1969/L1522.htm>. Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 1.521 de 26 de setembro de 1951**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L1521.htm>. Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Lei Nº 7.666 de 22 de junho de 1945**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del7666.htm>. Acesso em: 30 set. 2016.

CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA – CADE. **Mercado de Saúde Suplementar: condutas**. Cadernos do Cade. 2015.

CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA– CADE. **Guia prático do CADE: a defesa da concorrência no Brasil**. 3. ed. São Paulo: CIEE, 2007.

DANTAS, J. A; CHAVES, S. M. T; SOUSA, G.A; SILVA, E. M. Concentração de auditoria no mercado de capitais brasileiro. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v.6, n.14, p. 4-21. 2012.

FONSECA, João Bosco Leopoldino da. **Lei de proteção da concorrência:** comentários à legislação anti-truste. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

GARCIA, Carolina P.; FARINA, Elizabeth M. M. Q. Concorrência e as participações minoritárias entre firmas rivais. **Economia Aplicada**, v. 17, n. 01, p. 71-89. 2013.

HEIMANN, Jaqueline D. P. *et al*. Concentração de Mercado de molduras (frame) importadas pelos Estados Unidos, período de 2005 a 2009. **Cerne,** v. 21, n. 1, p. 59-65. 2015.

GONÇALVES, Carlos Alberto; MEIRELLES, Anthero de Moraes. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2004.

PEREIRA, José M. **Manual de defesa da concorrência:** política, sistema e legislação antitruste brasileira. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

U.S DEPARTAMENT OF JUSTICE; FEDERAL TRADE COMISSION. **Horizontal Merger Guidelines**. 19 Ago. 2010. Disponível em: < https://www.ftc.gov/sites/default/files/attachments/merger-review/100819hmg.pdf>. Acesso em: 30 set. 2016.