



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

Autor: Luiz Alberto Esteves

Referência: Ato de Concentração n.º 08700.004065/2012-91

Assunto: Análise sobre a concorrência e rivalidade entre administradoras de benefícios e operadoras de planos privados de saúde, no contexto do Ato de Concentração n.º 08700.004065/2012-91.

Sumário

Introdução	1
Modelo de Concorrência em Plataforma de Seguros.....	2
Considerações Gerais.....	3
Operacionalidade de Mercado A	4
Operacionalidade de Mercado B.....	5
Conjunto de Proposições.....	6
Discussão.....	9
Conclusões.....	10



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

1. Introdução

Modelo de Concorrência em Plataformas de Seguros.

1. O objetivo desta nota é descrever considerações acerca do Ato de Concentração n.º 08700.004065/2012-91, mais especificamente sobre “a pressão competitiva entre administradoras de benefício e operadoras de saúde”, sugerida no conteúdo dos pareceres apresentados pela LCA e, principalmente, pelo parecer do Prof. Dr. Paulo Furquim de Azevedo. Como será discutido ao longo da nota, não há dúvida de que exista algum grau de competição entre estes dois tipos de organizações (operadoras e administradoras) na oferta de contratos de planos coletivos de saúde a grupos de beneficiários finais, porém esta brecha competitiva é bastante estreita e não garante a rivalidade necessária para contrapor de forma convincente a recomendação de reprovação da operação por parte da Superintendência Geral, em seu parecer técnico n.º 034 de 07 de fevereiro de 2013.

2. Os argumentos apresentados nesta nota sugerem que a pressão competitiva e a rivalidade entre operadoras e administradoras não são relevantes. Os argumentos são construídos a partir de hipóteses e referenciais teóricos amplamente difundidos na literatura econômica.

3. Resumidamente, o encadeamento do raciocínio é o seguinte: (i) O mercado de seguros não é perfeito por conta de assimetria de informação, mais especificamente seleção adversa; (ii) A incerteza quanto ao perfil dos beneficiários encarece os contratos enquanto tal informação não for revelada a partir do histórico e da reputação dos mesmos; (iii) Após a revelação dos perfis dos beneficiários o mercado mensura de forma adequada o custo dos beneficiários (a sinistralidade) e precifica de forma realista os riscos e os prêmios; (iv) A nova precificação envolve barganha sobre as renovações contratuais e implicará em *switching costs* assimétricos entre “bons” (baixa sinistralidade) e “maus” (alta sinistralidade) usuários; (v) A assimetria de *switching costs* segmenta a seleção dos beneficiários entre contratar planos de saúde via operadoras ou via administradoras, pois tais contratos também são assimétricos em termos de *switching costs*; (vi) a segmentação limita a competição e a rivalidade entre administradoras e operadores.

4. Todas as considerações teóricas utilizadas para a construção do argumento são apresentadas detalhadamente na próxima seção, intitulada “modelo de concorrência em plataformas de seguros”. O leitor habituado com teoria microeconômica e modelos básicos de informação assimétrica poderá passar diretamente para a leitura das seções “Discussão” e “Conclusões”.



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

2. Considerações Gerais

5. No período $t=0$ são constituídas duas operadoras de planos de saúde (OPS1 e OPS2) e duas administradoras de benefícios (AB1 e AB2). Neste período há um conjunto de n grupos de usuários finais. Existe uma plataforma com dois mercados: mercados A e B. No mercado A as duas OPS's e as duas AB's ofertam serviços para os n grupos de usuários finais. No mercado B as duas AB's ofertam serviços para as duas OPS's. Os serviços prestados no mercado A são diferentes dos serviços prestados no mercado B. Uma boa estimativa do índice de sinistralidade de um grupo de usuários finais é conhecido apenas por ele mesmo (ao menos parcialmente) e tal informação não é verificável para nenhum dos demais agentes do mercado, ou seja, para nenhum dos $n-1$ demais grupos de usuários finais, as duas OPS's e as duas AB's. No período $t=0$ não há nenhum contrato firmado na plataforma, ou seja, nenhum contrato firmado nos mercados A ou B.

6. No início do período $t=1$ cada um dos n grupos de usuários finais contrata um plano coletivo de saúde. São disponíveis seis opções de contratos de um plano padrão para cada grupo de usuários finais:

OPS1	=	contratar o plano de OPS1 diretamente com OPS1
OPS2	=	contratar o plano de OPS2 diretamente com OPS2
OPS1/AB1	=	contratar o plano de OPS1 via AB1
OPS1/AB2	=	contratar o plano de OPS1 via AB2
OPS2/AB1	=	contratar o plano de OPS2 via AB1
OPS2/AB2	=	contratar o plano de OPS2 via AB2

7. O serviço fornecido por OPS1 é um substituo quase perfeito do serviço fornecido por OPS2. Como os índices de sinistralidade são conhecidos (ao menos parcialmente) apenas pelo grupo de usuários finais e não verificáveis para as demais partes, os contratos são desenhados com cláusulas intertemporais de desempenho, ou seja, cláusulas de bonificações para baixos índices de sinistralidade nas renovações contratuais servem como mecanismo de incentivos.

8. Os contratos ofertados no período $t=1$ aos grupos de usuários finais são cobrados tendo como base um índice de sinistralidade de referência (um limite superior, mediana, média, ou moda da distribuição conhecida dos riscos, por exemplo)¹ comum a

¹ Na realidade são utilizadas margens de segurança em torno de um ponto da distribuição.



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

todos os grupos. Se ao longo do período $t=1$ o grupo de usuários finais apresentar um índice de sinistralidade inferior ao de referência, então o contrato será renovado no período $t=2$ com o índice de sinistralidade de cobrança ajustado pela experiência do grupo em $t=1$ e haverá ainda um reembolso relativo à diferença entre o índice de sinistralidade cobrado e o índice de sinistralidade real. O reembolso é pago na forma de bonificação na renovação do contrato, no período $t=2$.

9. Cabe destacar que os contratos são incompletos, ou seja, é impossível inferir todos os acontecimentos ou eventos decorrentes da relação comercial entre as partes, logo é impossível mitigar todos os riscos da operação nas cláusulas contratuais. Cabe destacar também que neste momento não especificamos se os contratos estão sendo ofertados por OPS's ou administradoras de benefícios.

10. No início do período $t=2$ as partes negociam a renovação do contrato. O grupo de usuários finais avaliará a qualidade dos serviços prestados ao longo de $t=1$. Suponha que haja insatisfação dos usuários e o desejo de rescisão contratual. Suponha que os fatores que motivaram a insatisfação não foram previstos no contrato e nem podem ser verificáveis por uma terceira parte (tribunais, por exemplo). Neste exemplo hipotético o contratante (grupo de usuários finais) poderá pagar uma eventual multa de rescisão contratual. Caso tenha obtido em $t=1$ índice de sinistralidade real inferior ao de referência, não poderá gozar da bonificação na transferência de fornecedor. Portanto, o custo de substituição de plano seria constituído pela soma da eventual multa e da bonificação perdida.

11. Em suma, as variáveis-chaves nos contratos do mercado A são: (i) os tipos de seguros de saúde; (ii) a qualidade no fornecimento dos serviços; (iii) o prêmio de seguro ajustado ao indicador real de sinistralidade; e (iv) o custo de substituição de fornecedor, que incorpora possíveis multas contratuais e perda de bonificações.

3. Da Operacionalidade do Mercado B

12. No início do período $t=1$ a OPS contrata os serviços de agenciamento de uma administradora de benefícios. Os serviços de agenciamento envolvem a prospecção de clientes e a intermediação no processo de barganha contratual com o grupo de usuários finais. Nos casos onde o administrador de benefícios também assume o papel de estipulante, o risco de inadimplência por parte dos beneficiários é internalizado pelo administrador de benefícios, ou seja, o administrador de benefícios estipulante fornece uma espécie de serviço de seguro contra receitas duvidosas ao OPS. O custo deste seguro é incorporado à taxa de administração sem que necessariamente seja discriminado explicitamente. No nosso exemplo usaremos sempre a noção de que o administrador de benefícios é estipulante. Importante lembrar que em nosso exemplo



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

hipotético temos duas OPS's e duas administradoras de benefícios e as duas administradoras ofertam serviços para as duas OPS's.

13. No início do período $t=1$ a OPS contratou os serviços de uma administradora de benefícios porque esta última prospectou um cliente (grupo de usuários finais) e considerou que intermediar um contrato entre este grupo e essa OPS implicava no melhor pareamento possível. A pergunta central aqui é: quais variáveis determinam o pareamento ótimo? Evidentemente que compõem este vetor de variáveis o tipo de seguro de saúde, a qualidade do serviço (rede conveniada, por exemplo), o prêmio de seguro ajustado ao indicador real de sinistralidade, o custo de substituição de fornecedor e a taxa de administração do administrador de benefícios.

14. Faz-se necessário compreender os determinantes da taxa de administração cobrada pelo administrador de benefícios. Além dos custos administrativos normais de gerenciamento do contrato, quando operando na condição de estipulante o administrador fornece uma espécie de seguro garantidor de receitas à OPS. O custo do seguro garantidor das receitas por sua vez dependerá da saúde financeira do grupo de usuários finais, ou seja, de sua capacidade de pagamento e pontualidade na liquidação das parcelas do prêmio do seguro saúde. Lembrando que este custo de seguro de garantia de receitas é incorporado à taxa de administração sem que necessariamente seja discriminado explicitamente.

15. Assim como no caso do seguro de saúde, quando no período $t=1$ o ofertante do serviço não conhece o índice de sinistralidade do beneficiário, o administrador de benefícios pode também não conhecer em $t=1$ o risco de *default* (risco de “calote”) do grupo de usuários finais. Deste modo, pode precificar o seguro financeiro (para a OPS) de maneira similar à precificação do seguro saúde, ou seja, com cláusulas intertemporais de desempenho.

16. O seguro financeiro ofertado pelo administrador à OPS no período $t=1$ é cobrado tendo como base um risco de *default* referencial (uma média, por exemplo) comum a todos os grupos. Se ao longo do período $t=1$ o grupo de usuários finais apresentar um risco de *default* inferior ao de referência, então o contrato será renovado no período $t=2$ com o risco de *default* de cobrança ajustado pela experiência do grupo em $t=1$ e haverá ainda um reembolso relativo à diferença entre o risco de *default* cobrado e o risco de *default* real. O reembolso é pago na forma de bonificação na renovação do contrato, no período $t=2$. Portanto, os custos de substituição podem ser majorados no período $t=2$ por conta das diferenças entre o risco de *default* real e o de referência.

17. Finalmente, cabe destacar que quando o contrato de prestação de seguro de saúde não for intermediado por um administrador de benefícios estipulante, o risco e os



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

custos de incorrer em perdas de receitas decorrentes de atrasos ou até mesmo de “calotes” é internalizado pelas OPS’s. Cabe destacar ainda que estes riscos e custos já são internalizados pelas OPS’s no caso de usuários individuais.

4. Conjunto de Proposições

16. Na presença de informação assimétrica e contratos incompletos o primeiro período contratual de um seguro serve como período de experimento ou de aprendizado, onde todos os parâmetros de precificação dos prêmios (sinistralidade ou *default*) são estabelecidos de forma arbitrária, mediante a utilização de parâmetros de referência (limite superior, mediana, média, ou moda da distribuição conhecida dos riscos, por exemplo).

17. No segundo período, ou seja, no período de renovação do contrato, o mercado já dispõe de informação para precificar os prêmios de forma menos arbitrária, tomando como base o histórico dos riscos de sinistralidade, pontualidade e adimplência dos beneficiários.

18. Aqueles beneficiários que apresentam índices de sinistralidade e riscos de *default* iguais ou superiores aos dos parâmetros arbitrários no período de experimento não carregarão bonificações na renovação dos contratos e terão seus valores de prêmios de seguro inalterados ou majorados em função de seus históricos de sinistralidade, pontualidade e adimplência. Os concorrentes conhecem este histórico e também precificarão seus prêmios baseados nestas informações. Na eventualidade de não renovação contratual por parte dos beneficiários, o único custo de substituição são eventuais multas contratuais de rescisão.

19. Aqueles beneficiários que apresentam índices de sinistralidade e riscos de *default* inferiores aos dos parâmetros arbitrários no período de experimento carregarão bonificações na renovação dos contratos. As bonificações poderão ser tão maiores quanto maiores forem as diferenças entre os indicadores de referência arbitrários e os efetivos. Adicionalmente os prêmios de seguro serão reduzidos em função de seus históricos de sinistralidade, pontualidade e adimplência. Os concorrentes conhecem este histórico e também precificarão seus prêmios baseados nestas informações. Na eventualidade de não renovação contratual por parte dos beneficiários, o custo de substituição inclui eventuais multas contratuais de rescisão e a perda das bonificações.



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

Proposição 1: Quanto menor o índice de sinistralidade e o risco de *default* dos beneficiários, maior será seu custo de substituição (*switching cost*) de prestador de serviço.

Proposição 2: Parâmetros iniciais de precificação arbitrariamente elevados acompanhados de bonificações em renovações contratuais podem constituir um mecanismo eficiente de retenção de clientes com bons *ratings* (baixa sinistralidade e baixo risco de *default*) na carteira.

Proposição 3: As substituições entre concorrentes são enviesadas para beneficiários com baixos custos de substituição, ou seja, com acúmulo de bonificações pequenas ou nulas. Isto quer dizer que clientes com *ratings* baixos apresentam maior probabilidade de substituição que clientes com *ratings* elevados

20. Como os contratos são incompletos, o primeiro período também serve para que os prestadores de serviços construam sua reputação junto aos clientes e os beneficiários verifiquem se realmente aquele prestador fornece o melhor serviço, inclusive naquelas situações não previstas ou contempladas em cláusulas contratuais. Aquelas empresas com melhores *ratings* no mercado (baixa sinistralidade e baixo risco de *default*) sabem que incorrerão em maiores custos de substituição por conta da perda de bonificações. A pergunta central aqui é: a forma de contratação do seguro (diretamente com OPS ou via administradora de benefícios estipulante) pode influenciar o custo de substituição? Faremos algumas simulações para responder tal questão.

Situação 1: O beneficiário com *rating* superior contrata diretamente OPS1 no período $t=1$ e o substitui na contratação direta de OPS2 no período $t=2$. Nesta situação OPS1 acumula excesso de receita em $t=1$ por precificar arbitrariamente os riscos de sinistralidade e *default* acima dos riscos efetivos. Como não há renovação, o beneficiário paga multa rescisória a OPS1 e não restitui o excesso de pagamento na forma de bonificação no período $t=2$. Em $t=2$ o mercado já conhece o perfil do beneficiário por conta de seu histórico em $t=1$. Deste modo OPS2 oferta um contrato com prêmio baseado nos índices de sinistralidade e risco de *default* efetivos do beneficiário em $t=1$. O resultado em termos de custos de substituição é idêntico se o beneficiário contratar diretamente OPS2 em $t=1$ e o substituir na contratação direta de OPS1 no período $t=2$.

Situação 2: O beneficiário com *rating* superior contrata diretamente OPS1 no período $t=1$ e o substitui na contratação indireta de OPS2 em $t=2$ tendo como intermediário um administrador de benefícios (qualquer um deles) na condição de estipulante. O resultado em termos de custos de substituição é idêntico ao da situação 1, uma vez que o beneficiário perderá todas as bonificações ao migrar para o produto ofertado por OPS2 em $t=2$, independentemente da forma como este é contratado (direta ou indiretamente). Isto ocorre porque o excesso de receita que restitui a bonificação está nas mãos de



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

OPS1. O resultado em termos de custos de substituição também é idêntico se o beneficiário contratar diretamente OPS2 no período $t=1$ e o substituir na contratação indireta de OPS1 em $t=2$ tendo como intermediário um administrador de benefícios (qualquer um deles) na condição de estipulante.

Situação 3: O beneficiário com *rating* superior contrata indiretamente OPS1 no período $t=1$ tendo AB1 como estipulante e em $t=2$ os substituem por OPS2 e AB2 como estipulante. Nesta situação OPS1 acumula excesso de receita em $t=1$ por precificar arbitrariamente o risco de sinistralidade acima do risco de sinistralidade efetivo. Já AB1 acumula excesso de receita em $t=1$ por precificar arbitrariamente o risco de *default* acima do risco de *default* efetivo. Como no período $t=2$ o beneficiário substitui OPS1 e AB1, não conseguirá restituir nenhum excesso de pagamento na forma de bonificação, seja a bonificação de sinistralidade em posse de OPS1, seja a bonificação de risco de *default* em posse de AB1. Qualquer situação em que ao menos um dos ofertantes de serviços (OPS ou AB) não esteja em ambos os períodos, $t=1$ e $t=2$, o beneficiário não conseguirá recuperar parte do excesso de pagamentos na forma de bonificações.

Situação 4: O beneficiário com *rating* superior contrata indiretamente OPS1 no período $t=1$ tendo AB1 como estipulante e em $t=2$ substitui OPS1 por OPS2, mas mantém AB1 como estipulante. Nesta situação o beneficiário perde em $t=2$ a bonificação de sinistralidade acumulada na forma de excesso de receita cobrada por OPS1 em $t=1$. Por outro lado, recupera a bonificação de risco de *default* acumulada na forma de excesso de receita cobrada por AB1 em $t=1$. Como o beneficiário adquiriu o serviço de OPS1 em $t=1$ por conta da intermediação de AB1, qualquer multa de rescisão contratual pode ser objeto de barganha/partilha entre o beneficiário e AB1 no ato da rescisão contratual com OPS1. Qualquer situação em que ao menos um dos ofertantes de serviços (OPS ou AB) esteja em ambos os períodos, $t=1$ e $t=2$, o beneficiário conseguirá recuperar parte do excesso de pagamentos na forma de bonificações e barganhar qualquer eventual multa de rescisão contratual².

21. Das considerações acima é possível estabelecer a seguinte inferência.

² Neste exercício consideramos que o único motivo para substituições de fornecedores envolve a qualidade do serviço final, ou seja, entre os produtos ofertados por OPS1 e OPS2.



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

Proposição 4: O beneficiário com *rating* superior (baixa sinistralidade e baixo risco de *default*) e elevado custo de substituição terá maior propensão a contratar um plano de saúde intermediado por um administrador de benefícios como estipulante. Isto se deve ao fato de que tal arranjo contratual apresentar maior capacidade de redução de custos de substituição.

Proposição 5: O beneficiário com *rating* inferior (alta sinistralidade e risco de *default*) será indiferente se um arranjo contratual é capaz de reduzir ou não os custos de substituição, uma vez que tal variável não é relevante para este tipo de beneficiário.

5. Discussão

21. A partir do conjunto de proposições desenvolvido na seção anterior é possível providenciar alguma inferência acerca da concorrência e da rivalidade entre administradoras de benefícios (no papel de vinculante) e as operadoras de planos de saúde privados no que diz respeito ao fornecimento de serviços de planos coletivos de saúde privados.

22. É bem sabido da literatura econômica que os mercados de seguros são fortemente caracterizados por problemas de informação assimétrica, mais especificamente o problema de seleção adversa. O problema aqui é que na ausência de um histórico de desempenho do beneficiário do serviço, seu índice de sinistralidade é desconhecido dos prestadores do serviço (algumas vezes por todas as partes, incluindo o próprio beneficiário), o que gera a necessidade da utilização de algum grau de arbitrariedade sobre os parâmetros de precificação nos primeiros anos de utilização do serviço por parte do beneficiário.

23. Sabe-se também que os primeiros planos coletivos de saúde contratados por corporações e associações carregam uma demanda adicional pelo serviço, influenciada principalmente pela demanda reprimida por parte de funcionários que acumulam um conjunto de necessidades médicas até então não atendidas por conta da ausência prévia de um seguro de saúde.

24. As companhias ofertantes dos planos coletivos de saúde são capazes de estimar estatisticamente alguns parâmetros de sinistralidade para beneficiários sem históricos, tomando como base seus bancos de dados com informações de sinistralidades a partir de características dos associados (idade, gênero, escolaridade, tipo de ocupação) e da corporação ou associação (CNAE, idade da firma, rotatividade, etc.) beneficiária do plano coletivo de saúde. Contudo, qualquer estimativa com estatística paramétrica assume uma distribuição da população (distribuição normal, por exemplo), onde desvios em torno da média (ou qualquer outro parâmetro da distribuição) são comuns e esperados.



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

25. Assim, ao final do primeiro período de contrato (com precificação de sinistralidade baseada em parâmetros estimados com dados amostrais de outros clientes do fornecedor) o beneficiário verificará que seu índice real de sinistralidade poderá estar subestimado, superestimado ou estimado adequadamente. O índice real de sinistralidade do primeiro período de contrato servirá como *benchmark* para a precificação na renovação do contrato. Contudo, no caso do beneficiário com índice de sinistralidade inferior ao do parâmetro estimado no primeiro período de contrato cabe barganhar uma restituição do excesso de pagamento decorrente da superestimação do risco de sua apólice. Tais restituições são concedidas pelo ofertante do serviço na ocasião da renovação na forma de bonificações.

26. Neste momento o leitor perceberá que um beneficiário com baixo risco de sinistralidade acumulará grandes bonificações ao final do primeiro período de contrato. Perceberá também que esta bonificação é um custo de saída, ou de transferência, caso queira abandonar ou trocar de fornecedor ao final do primeiro período de contrato³. Finalmente, perceberá que associar (i) parâmetros iniciais de precificação arbitrariamente altos com (ii) cláusulas de desempenho de sinistralidade com boas bonificações nas renovações, constituem um bom desenho de mecanismo para que os prestadores do serviços mantenham bons clientes em sua carteira⁴.

27. Até aqui utilizamos a expressão “prestador de serviços” para designar a operadora de planos de saúde. A partir daqui adicionamos o administrador de benefícios na análise. Cabe destacar que em todo momento da análise consideraremos o administrador de benefícios exercendo o papel de estipulante, além das demais atividades exercidas por este tipo de organização.

28. As perguntas a serem feitas neste momento são: (i) que tipo de serviço adicional oferta o administrador de benefícios quando assume a função estipulante? (ii) quem demanda esse serviço?

39. A resposta para a primeira pergunta é fornecida no parecer da LCA (fls. 888 e 889 do AC): “Quando estipulante, a Administradora é parte na relação contratual com a OPS, e não a entidade coletiva ou empresa – isto é, a Administradora negocia diretamente com a OPS os preços e reajustes de mensalidade, bem como as alterações na rede credenciada, entre outros termos, além de assumir o risco de inadimplência do grupo de beneficiários”.

30. Quanto à resposta para a segunda pergunta, parece claro que ambas as partes (beneficiário e OPS) demandam os serviços da administradora na condição de facilitadora da operação. Contudo, quem demanda o serviço de mitigação do risco de

³ Ver PROPOSIÇÃO 1.

⁴ Ver PROPOSIÇÃO 2.



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

inadimplência do grupo de beneficiários? Pode-se inferir que tal serviço seja demandado pela OPS, como uma espécie de “seguro fiança” desembolsado pelo beneficiário e incorporado implicitamente no cálculo do prêmio.

31. Aqui dois pontos devem ficar claros: (i) este serviço parecido com um “seguro fiança” fornecido pela administradora à OPS não precisa ser coberto por nenhuma cláusula contratual, tampouco necessita ser explicitamente contabilizado em qualquer planilha de formação do prêmio de seguro saúde; (ii) o fato do beneficiário desembolsar o valor do “seguro fiança” (uma fração do prêmio) não significa que arcará integralmente com a incidência do mesmo, podendo tal incidência ser partilhada entre as três partes (beneficiário, OPS e administrador), ou mesmo por apenas uma delas (qualquer uma), a depender do poder de barganha de cada uma das partes na negociação contratual do prêmio de seguro e taxa de administração da operação.

32. Considerando os pontos discutidos acima, podemos assumir que a administradora de benefícios estipulante opera no mercado como uma plataforma (*two sided markets*), ofertando serviços para o grupo de beneficiários (negociar diretamente com a OPS os preços e reajustes de mensalidade, bem como as alterações na rede credenciada, entre outros termos) em um primeiro mercado; e ofertando serviços para as OPS's (assumir o risco de inadimplência do grupo de beneficiários e outros serviços extensamente detalhados nos pareceres apresentados ao processo) em um segundo mercado.

33. Assim como no exemplo da contratação do seguro saúde, nos casos em que as administradoras de benefícios assumem os riscos de inadimplência do grupo de beneficiários também pode haver uma situação de informação assimétrica, principalmente quando os históricos de pontualidade e adimplência dos beneficiários não são conhecidas pela administradora e pela OPS. Nestes casos é esperado novamente que um nível de risco (de *default*) arbitrário seja estabelecido para precificar o “seguro fiança” vendido pelo administrador às OPS's. Novamente os bons clientes – neste caso empresas com bons índices de pontualidade e adimplência – desembolsarão no primeiro período de contrato valores superiores aos necessários para a cobertura de seus riscos de crédito. Este excesso de desembolso antecipado no primeiro período de contrato aumentará ainda mais o custo de saída (ou substituição) da firma que já apresentava baixo índice de sinistralidade. Após conhecido o histórico de *rating* do beneficiário é possível que tal fator afete a barganha na renovação contratual.

34. Percebam que o excesso de receita desembolsado por “bons clientes” poderá se acumular tanto nas mãos das OPS's, quanto nas mãos das administradoras, ou de ambos. Posto isso, pode-se inferir que contratar um plano coletivo de saúde por intermédio de uma administradora de benefícios seja a melhor estratégia para bons beneficiários (baixa sinistralidade, pontualidade e adimplência). Este ponto é



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

desenvolvido na seção anterior⁵, já o mesmo não pode ser inferido para empresas que não acumulam bonificações ou bons ratings no primeiro período de contrato⁶.

6. Conclusões

35. Neste momento somos capazes de fazer alguma inferência acerca da concorrência e da rivalidade entre OPS's e administradoras de benefícios. Das considerações acima, obtemos as seguintes conclusões:

- O problema de informação assimétrica eleva consideravelmente o custo do seguro coletivo de saúde no primeiro período de contrato para os “bons clientes”;
- Estes custos são recuperáveis nas renegociações contratuais, quando todas as partes identificam o risco efetivo do beneficiário, calibrando assim o prêmio de renovação para baixo, tomando em conta a bonificação acumulada no primeiro período e o histórico de “bom pagador” com baixa sinistralidade;
- Na eventualidade de insatisfação de um bom cliente, implicando na não renovação do contrato, seu custo de substituição ou saída será elevado. Este custo de saída ou substituição poderá ser reduzido se o contrato inicial e a troca de OPS for intermediada pelo mesmo administrador de benefícios;
- A melhor estratégia para “bons clientes” é contratar planos coletivos de saúde por meio de intermediários, ou seja, administradores de benefícios;
- Os custos de substituição e saída serão menores ou até mesmo negligenciáveis para “maus clientes”, que tenderão a trocar de planos coletivos de saúde com maior facilidade, ou seja, a rotatividade (*churn*)⁷ pode ser enviesada para “maus clientes”;
- No caso de expansão de mercado, os “bons clientes” se auto selecionarão buscando a contratação de planos coletivos de saúde por meio da intermediação de administradoras de benefícios. Já os “maus clientes” serão indiferentes entre contratar diretamente uma OPS ou usar uma administradora como intermediária;
- No caso de uma expansão de mercado, a carteira de novos clientes das administradoras tenderá a ser menos arriscada e mais diversificada que a carteira de novos clientes das OPS's;
- Uma OPS poderá conquistar clientes das administradoras, porém será mais provável que conquiste “maus clientes”, reduzindo ainda mais sua diversificação e aumentando ainda mais o risco de sua carteira;

⁵ Ver PROPOSIÇÃO 4.

⁶ Ver PROPOSIÇÃO 5.

⁷ Este ponto é importante, inclusive para compreender mais adiante minha crítica à análise de *churn* fornecida no parecer do Prof. Paulo Furquim de Azevedo.



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

- Competidores podem receber “maus clientes” e obter lucros, mas a capacidade de receber este tipo de beneficiários depende do perfil de sua carteira de clientes, ou seja, da sua capacidade de acomodar alto risco sem comprometer a diversificação da carteira e a ponderação de risco da mesma;
- O espaço para as OPS’s acomodarem os “maus clientes” das administradoras em suas carteiras já seria reduzido se os custos de cobertura de riscos fossem similares para os dois tipos de organização, mas não são⁸;
- Do exposto acima e na nota de rodapé n.º 4 pode-se concluir que as OPS’s tem um custo de cobertura de risco maior que a de uma administradora de benefícios, portanto o custo marginal de receber um “mau cliente” é bem maior para as OPS’s⁹. Portanto, em termos de eficiência econômica, é preferível que este “mau cliente” ingresse na carteira da administradora;
- Esta assimetria de custos de cobertura de riscos reduz ainda mais o espaço para as OPS’s acomodarem os “maus clientes” das administradoras de benefícios;
- Para uma OPS conquistar um “bom cliente” da carteira de uma administradora será necessária: (i) a cobertura parcial ou integral dos custos de transferência do beneficiário; e (ii) arcar integralmente com o diferencial de custo de cobertura de risco (ativos garantidores adicionais) entre uma operação garantida por uma OPS e por uma administradora;

36. Os argumentos apresentados ao longo desta nota sugerem que exista um processo de auto seleção na alocação de beneficiários entre contratos diretos com OPS’s e contratos intermediados por administradoras, ou seja, beneficiários “bons ou maus” não são distribuídos aleatoriamente entre contratos diretos com OPS’s ou indiretos via administradoras.

37. Este processo de auto seleção pode gerar rigidezes e fricções, reduzindo assim a rivalidade entre OPS’s e administradoras de benefícios, principalmente no que diz respeito aos “bons clientes”. A competitividade e rivalidade no nicho de “maus clientes” teoricamente tenderia ser bem maior, mas há um limite de acomodação de “maus clientes” pela OPS’s, como já mencionado.

⁸ Isto é observado no Ofício ANS 1456/2012/CADE (fls. 111 do AC) e reproduzido no parecer da LCA (fls. 893 do AC): “[...] Enquanto as operadoras que ofertam planos de saúde são obrigadas a constituir ativos garantidores que garantam a continuidade da oferta de cobertura frente às oscilações na demanda de serviços de saúde, as Administradoras de Benefícios só são obrigadas a constituir ativos garantidores para a prestação do serviço de ‘contratante profissional’ e, ainda assim, a garantia visa apenas cobrir o risco de inadimplência, como se extrai da Resolução Normativa n.º 203, de 1.º de outubro de 2009”.

⁹ Cabe destacar que a alocação de ativos para garantias envolve custos muitas vezes consideráveis, inclusive custos de oportunidade.



Ministério da Justiça
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE
Departamento de Estudos Econômicos

NOTA TÉCNICA n.º 02/2014/DEE

38. Neste sentido, consideramos que os pareceres apresentados pela LCA e pelo Prof. Dr. Paulo Furquim de Azevedo são bastante otimistas quanto à pressão competitiva exercida pelas OPS's. Um ponto a ser destacado no parecer do Prof. Furquim diz respeito aos elevados e crescentes índices de *churn* na carteira de clientes da Qualicorp: 13,71% em 2010; 16,60% em 2011; e 19,42% em 2012. Os indicadores são realmente muito altos e deveriam ser considerados preocupantes¹⁰ caso não houvesse problemas de seleção adversa neste tipo de mercado. Contudo, retornando ao argumento do parágrafo anterior, o raciocínio elaborado ao longo desta nota sugere que o grau de rivalidade entre OPS's e administradoras de benefícios tenderia a ser bem maior no nicho de “maus clientes”, logo uma parte significativa do *churn* envolveria excesso de rotatividade deste tipo de clientes.

39. Cabe destacar que não é desejável perder “maus clientes”, desde que o prestador de serviços consiga precificar adequadamente os riscos e consiga repassar para o prêmio da renovação contratual o custo decorrente do excesso de sinistralidade do período anterior. O problema é que o primeiro prestador de serviço tende a não recuperar tais custos, pois este assumiu a função e os custos de precificar (*screening device*) adequadamente o risco do cliente para o mercado. Na renovação todos os concorrentes saberão precificar o risco do “mau cliente”, mas nenhum deles incorreu com os custos de *screening* que o primeiro prestador de serviço incorreu. Se o primeiro prestador de serviço desejar reduzir o risco da carteira, eliminando alguns “maus clientes”, a sinalização da renegociação de contrato com recuperação da perda inicial (com custos de *screening* na forma de “bonificações negativas”) será suficiente para afugentar estes clientes para os concorrentes, elevando assim o *churn*. Percebam que o indicador de *churn* poderá ser elevado, mas não necessariamente ruim.

40. Finalmente, cabe destacar que todas as conclusões desta nota foram inferidas a partir de um modelo analítico construído a partir de hipóteses teóricas amplamente aceitas e difundidas na literatura econômica. Contudo, a robustez das conclusões demanda validação empírica.

Estas as conclusões.

Brasília, 29 de janeiro de 2014.



LUIZ ALBERTO ESTEVES
Economista-Chefe do CADE

¹⁰ Em média, um índice de *churn* entre 5% e 7% é considerado adequado.