

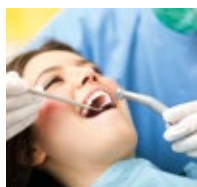
Cenário Saúde

Publicação do Sistema

Abramge . Sinamge . Sinog

Volume 3, Nº 1 de 2018

ISSN 2527-2063



abramge • sinamge • sinog

Cenário Saúde é uma publicação de circulação nacional produzida pelo Sistema Abramge – Associação Brasileira de Planos de Saúde, Sinamge – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo, e Sinog – Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, destinada aos executivos e colaboradores das operadoras de planos médicos e odontológicos; associações e entidades de classe; autoridades e servidores federais, estaduais e municipais; prestadores e fornecedores de serviços médicos e odontológicos; hospitais; laboratórios farmacêuticos; laboratórios de imagem e análises clínicas; sindicatos de trabalhadores e patronais; órgãos e veículos de comunicação.

Cômite Executivo Sistema Abramge/Sinamge/Sinog

Reinaldo Camargo Scheibe – Presidente da Abramge

Cadri Massuda – Presidente do Sinamge

Geraldo Almeida Lima – Presidente do Sinog

Carlito Marques – Secretário Geral da Abramge

Lício Cintra – Diretor do Sinamge

Paulo Gabriel – Diretor da Abramge

Francisco Eduardo Wisneski – Superintendente do Sistema Abramge

Expediente – Editores Responsáveis

Economista Chefe: Marcos Novais

Economista: Gustavo Bruschi

Jornalista Responsável: Gustavo Sierra. Mtb 76.114

Gerente de Marketing e Eventos: Keiko Otsuka Mauro

Projeto Gráfico: Gilvan Filho

Impressão: Gráfica Referência

A REPRODUÇÃO, TOTAL OU PARCIAL DESTA PUBLICAÇÃO SOMENTE É PERMITIDA COM CITAÇÃO DA FONTE



abramge • sinamge • sinog

Periodicidade: Trimestral

Idioma: Português (Brasileiro)

Tiragem: 1500 unidades

ABRAMGE - Associação Brasileira de Planos de Saúde
SINAMGE - Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
SINOG - Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo

Cenário Saúde. Rua Treze de Maio, 1540 - Bela Vista . São Paulo - SP
CEP: 01327-002; TEL: 11 3289-7511. imprensa@abramge.com.br
SITE: www.abramge.com.br | www.sinamge.com.br | www.sinog.com.br |

Saúde em Destaque

Planos Médicos



Planos Odontológicos



Receita de contraprestações, despesas assistenciais e resultado operacional

Receita de contraprestações



Despesa Assistencial

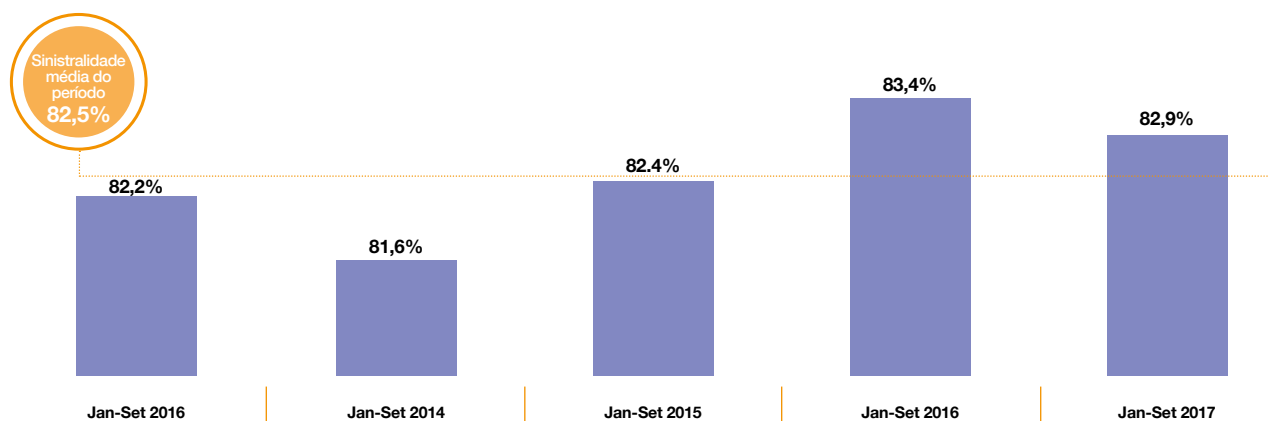


Resultado Operacional



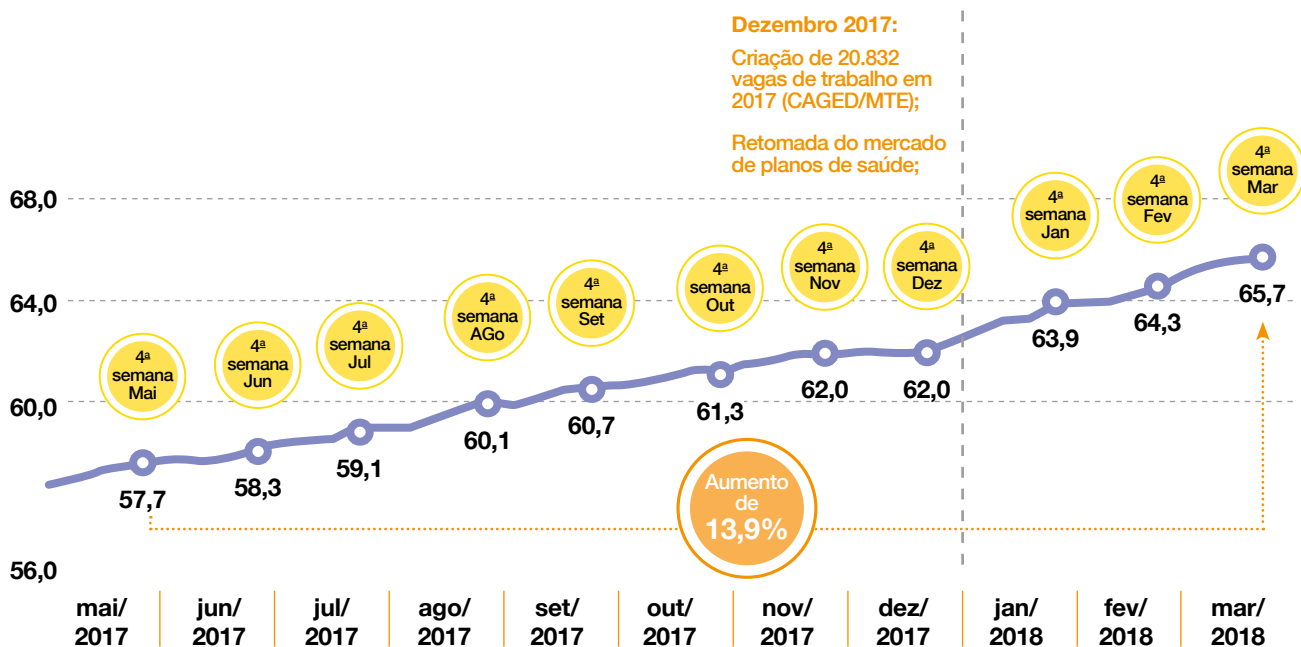
■ Jan-Sep/ 2017 ■ Jan-Sep/ 2016

Sinistralidade do setor



Índice de Interesse por Planos de Saúde (IPS/Abramge)

30/04/2017 à 25/03/2018



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do Google Trends.

OBS: Foi realizada a comparação entre as buscas por "plano de saúde individual + plano de saúde individual + plano de saúde familiar" e "plano de saúde empresarial + plano de saúde empresarial + plano de saúde coletivo".



Aumenta o interesse e as buscas por planos de saúde no início de 2018, segundo Indicador de Interesse por Planos de Saúde – IPS/Abramge.

13,9%

Foi o aumento das buscas por planos de saúde registrado no IPS/Abramge (mai/17 - mar/18)

91mil

Foi o aumento do número de beneficiários de planos médico-hospitalares registrado no 4º tri/2017. É o primeiro resultado positivo em 33 meses.

Cenário Saúde

Abramge . Sinamge . Sinog

Volume 3, Nº 1 de 2018

Apresentação

O Cenário Saúde é uma iniciativa do Sistema Abramge/Sinamge/Sinog que contribui na missão dessas instituições ao criar e disseminar conhecimento a respeito do setor de saúde, com foco no mercado brasileiro de planos de saúde.

Neste 11º número, a publicação apresenta o desempenho da saúde suplementar diante da melhora do cenário econômico, atualiza o indicador de Interesse por Plano de Saúde (IPS) e insere novo índice a ser acompanhado periodicamente.

Destacamos o primeiro resultado positivo para o mercado de planos médicos, após 33 meses consecutivos de queda, e o forte crescimento do mercado de planos odontológicos, que registrou aumento durante a crise econômica.

A partir desta edição passamos a acompanhar o índice *churn rate*, ou taxa de cancelamento de contratos, que avalia a quantidade de clientes que cancelaram o contrato de plano de saúde em um determinado período. A sessão especial apresenta breve análise sobre os fatores que contribuem para o aumento do custo médico, tema que é recorrente nas discussões do setor.

Esperamos que a publicação possa contribuir com o planejamento e tomada de decisão dos gestores, e dessa forma promover a melhoria contínua e desenvolvimento das atividades das operadoras de planos de saúde.

Sumário



01

Mercado de saúde suplementar **Planos médico-hospitalares**

09 . Número de beneficiários e taxa de cobertura
14 . Desempenho econômico-financeiro



02

Mercado de saúde suplementar **Planos odontológicos**

19 . Número de beneficiários e taxa de cobertura
23 . Desempenho econômico-financeiro



03

Dinâmica de Variação do Custo Médico-Hospitalar: **uma breve análise**

27

01

Mercado de
saúde suplementar
Planos médico-hospitalares



Número de beneficiários e taxa de cobertura

01

Mercado de saúde suplementar

Planos médico-hospitalares



As perspectivas para 2018 são positivas, permitindo traçar cenário em que o número de beneficiários poderá alcançar a marca de 48,0 milhões

Após 33 meses consecutivos de queda do número de beneficiários de planos para cobertura médico-hospitalar, o mercado voltou a registrar crescimento no quarto trimestre de 2017. Entre outubro e dezembro foram 91 mil novos beneficiários que passaram a contar com a cobertura do plano de saúde, o que equivale a um aumento de 0,2%.

O que suportou este avanço foi a mudança na direção do mercado de trabalho, que após 3 anos de forte retração começou a apresentar resultados positivos em 2017. Apesar de ter registrado saldo líquido negativo de 20.832 empregos em 2017, durante 8 meses do total de 12 meses o mercado de trabalho apresentou resultados positivos. Reforça essa tendência o indicador antecedente de emprego – IAEmp/FGV, calculado pela Fundação Getúlio Vargas, que desde o início da série histórica em 2008 registrou em 2017 e neste início de 2018 os mais elevados índices, indicando predisposição das empresas em voltar a contratar.

Segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED os principais setores que contribuíram para o aumento do emprego em 2017 foram: agricultura e pecuária (58,3 mil); saúde (54,0 mil); comércio (52,0 mil); fabricação de veículos automotores (13,1 mil); consultoria em gestão, jurídica e engenharia (12,6 mil); telecomunicações (12 mil); alugueis não imobiliários, gestão de ativos e terceirizados (8,7 mil); educação (4,9 mil); comércio e manutenção de veículos (8,7 mil); e indústria química (3,6 mil).

As perspectivas para 2018 são positivas, permitindo traçar cenário em que o número de beneficiários poderá alcançar a marca de 48,0 milhões, consolidando um aumento de 0,7 milhão de beneficiários durante o ano e recuperando parte da cobertura perdida durante o período de crise. A estimativa está baseada em três conjuntos de variáveis, sendo elas: o desempenho do mercado de trabalho em 20 setores da economia; o Indicador de Antecedente de Emprego (IAEmp); e o nível de buscas por emprego no *Google Trends*¹.

No cenário econômico os resultados têm apresentado melhoria contínua. Segundo informações do Boletim Focus do Banco Central (06/abril/2018), o crescimento do PIB em 2018 tem sido continuamente revisado, sendo que a previsão mais recente está em torno de 2,8%. Por outro lado, as estimativas para a inflação estão sendo rotineiramente revisadas para baixo, com a previsão mais recente de 3,5% para 2018, índice inferior ao centro da meta estipulada pelo COPOM de 4,5%, o que contribui para a queda na taxa básica de juros (SELIC).

¹ foram selecionados à partir de análise de correlação com base nos segmentos detalhados na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). No *Google Trends* foi feita busca pelos termos "empregos + vagas + vagas de Emprego". O modelo econométrico empregado foi um modelo multivariado de séries temporais (Vetor Autoregressivo - VAR).

Gráfico 1 – Número de beneficiários de planos médico-hospitalares

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS e Banco Central do Brasil.

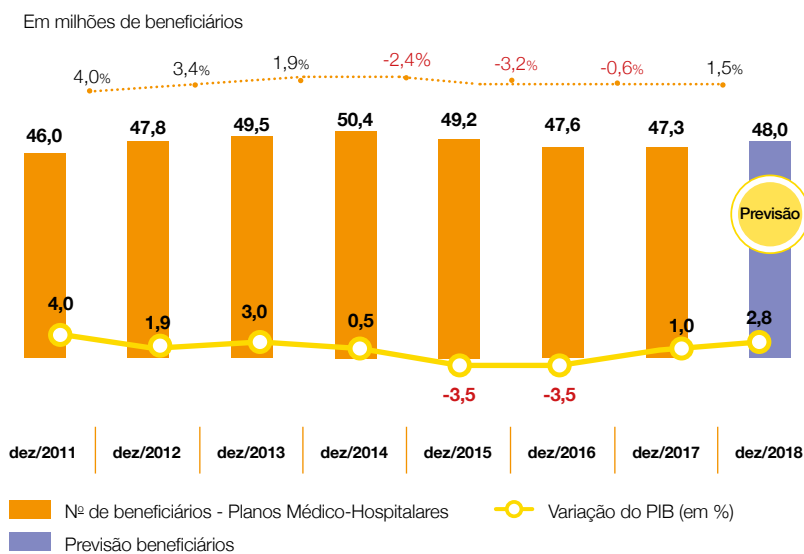
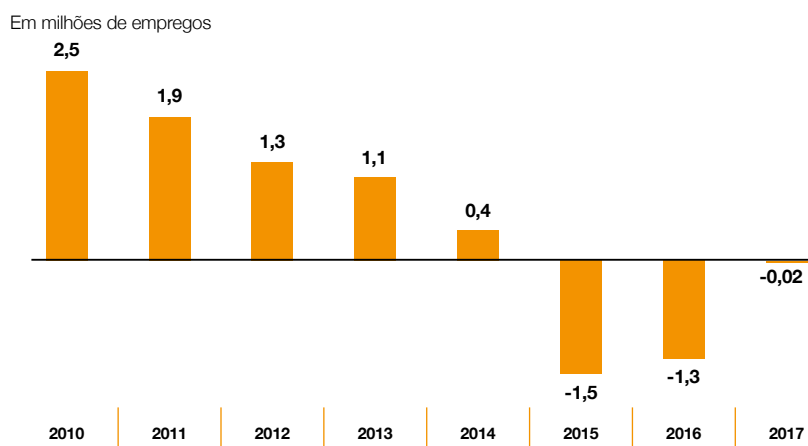


Gráfico 2 – Saldo de empregos ano (2010 – 2017)

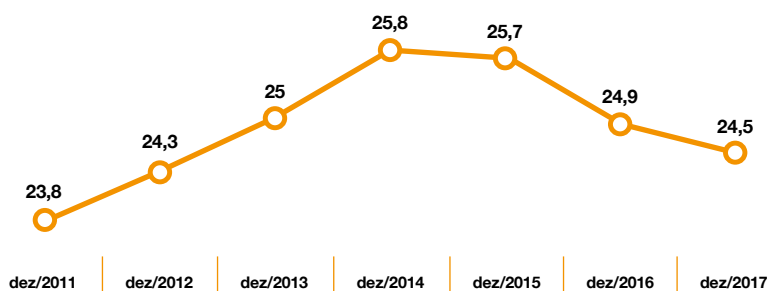
Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do Ministério do Trabalho e Emprego.



A taxa de cobertura de planos médico-hospitalares atingiu o ápice em dezembro de 2014, com 25,8% da população brasileira tendo acesso à saúde suplementar. Com o início da crise o índice acumulou 3 anos com quedas consecutivas, caindo para 24,5% em dezembro de 2017 e acumulando uma variação negativa de 1,3 pontos percentuais entre 2014 e 2017.

Gráfico 3 – Taxa de cobertura de planos médico-hospitalares (% da população)

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.



A análise por tipo de contratação indica que os planos individual/familiar e coletivo por adesão apresentaram quedas nos últimos 12 meses, de -2,2% e -1,1%, respectivamente. Já os planos coletivos empresariais apresentaram o primeiro desempenho positivo após a crise, registrando crescimento de 30 mil beneficiários (ou aumento de 0,1%).

Gráfico 4 – Desempenho do mercado de planos médico-hospitalares por tipo de contratação

Planos de contratação Individual/Familiar

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

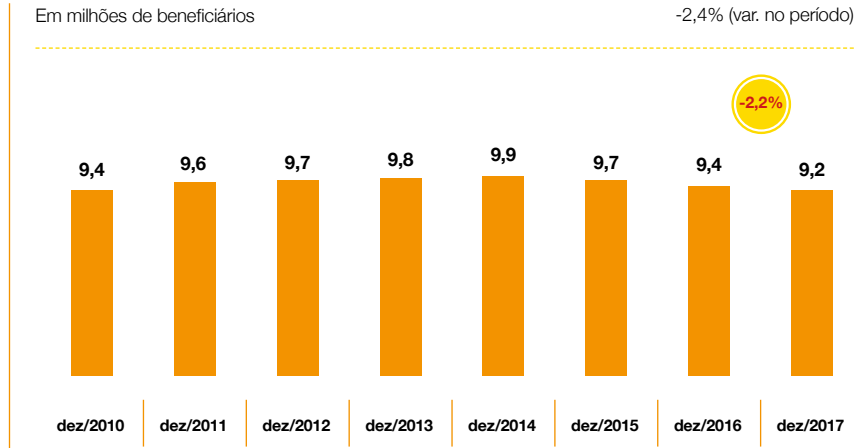


Gráfico 4 – Desempenho do mercado de planos médico-hospitalares por tipo de contratação

Planos de contratação Coletivo Empresarial

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

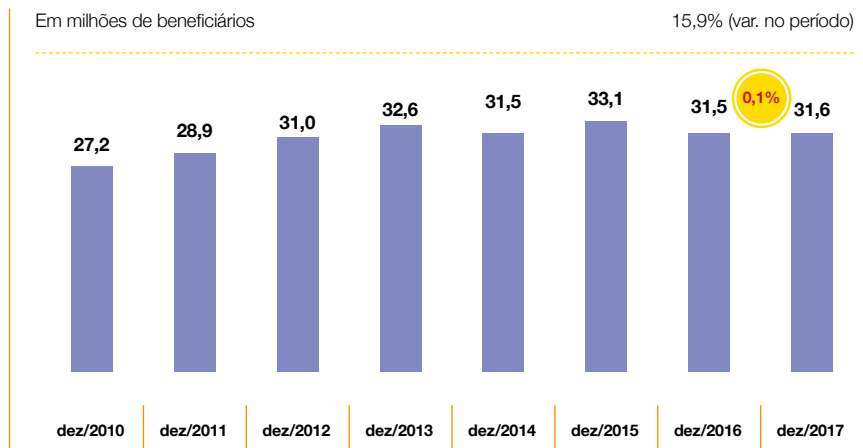
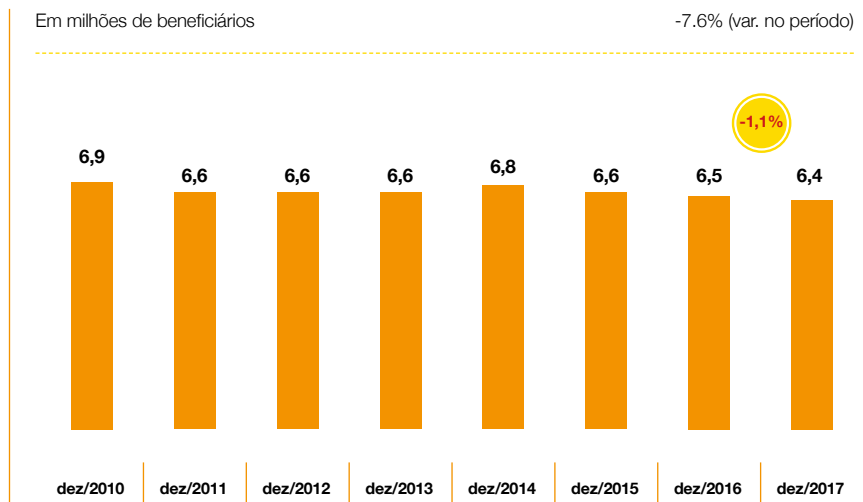


Gráfico 4 – Desempenho do mercado de planos médico-hospitalares por tipo de contratação

Planos de contratação Coletivo por Adesão

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.





Um importante índice que passamos a acompanhar a partir desta edição é o *churn rate* ou taxa de cancelamento de contratos.

Apesar de ter havido redução do número de beneficiários cobertos o volume de novas adesões a planos de saúde foi expressivo. Em 12 meses, medido entre fevereiro de 2017 e janeiro de 2018, foram registradas 10,4 milhões de novas adesões em planos coletivos empresariais, 1,5 milhão em planos individuais e 1,3 milhão em planos coletivos por adesão.

Um importante índice que passamos a acompanhar a partir desta edição é o *churn rate* ou taxa de cancelamento de contratos. O *churn rate* avalia a quantidade de clientes que cancelaram o contrato de plano de saúde no período, neste caso, a medida compreende tanto beneficiários que cancelaram o contrato com a operadora e deixaram de ter plano de saúde quanto indivíduos que cancelaram o contrato, mas aderiram a produto de outra operadora.

O índice apresenta resultados que já eram esperados, ou seja, os planos individuais apresentam o menor índice, de 1,5% ao mês, e os planos coletivos empresariais o maior, de 2,4% ao mês. Percebe-se então que beneficiários de planos individuais estão menos propensos a cancelar o plano ou até mesmo a trocar de produto.

Tabela 1 - Quantidade de novas adesões e *Churn Rate* por tipo de contrato

Fonte: Elaborado pela Abrange com base em informações da ANS.

Indicadores	Coletivo empresarial	Coletivo por adesão	Individual
Quantidade de adesões	10.406.653	1.295.889	1.520.399
Churn Rate	2,4%	1,6%	1,5%

As operadoras da modalidade de medicina de grupo continuam registrando desempenho positivo, se posicionando na contramão do restante do mercado. O crescimento foi de 3,6% nos últimos 12 meses encerrados em dezembro de 2017, enquanto todas as demais modalidades registraram queda: cooperativa médica (-1,9%), seguradora (-5,4%), autogestão (-3,3%) e filantropia (-4,7%).

Considerando o desempenho acumulado desde 2010 a situação é um pouco diferente, no período o melhor desempenho é o das seguradoras, com aumento de 14,6%, seguido pelas medicinas de grupo (11,4%) e cooperativas médicas (6,1%). As autogestões e filantropias acumularam perdas no mesmo período, de -15% e -29%, respectivamente.

Tabela 2 - Desempenho do mercado de planos médico-hospitalares por modalidade de operadora

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

Período	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
dez-2010	5.634.866	16.452.898	1.400.281	16.127.532	5.321.773	44.937.350
dez-2011	5.012.874	17.216.192	1.404.010	16.492.538	5.900.200	46.025.814
dez-2012	5.217.450	17.896.859	1.398.081	16.808.534	6.525.168	47.846.092
dez-2013	5.139.174	18.595.431	1.392.843	17.283.429	7.043.788	49.454.665
dez-2014	5.303.000	19.283.752	1.106.868	17.294.084	7.404.446	50.392.150
dez-2015	5.203.380	18.807.697	1.092.857	17.191.118	6.877.436	49.172.488
dez-2016	4.956.246	17.791.392	1.042.802	17.346.886	6.449.221	47.586.547
dez-2017	4.790.227	17.449.796	994.020	17.971.206	6.099.696	47.304.945
Var. acumulada	-15,0%	6,1%	-29,0%	11,4%	14,6%	5,3%
Var. (12 meses)	-3,3%	-1,9%	-4,7%	3,6%	-5,4%	-0,6%

3,6%

Foi o crescimento das medicinas de grupo em 12 meses (dez/2016 a dez/2017)

1,8 milhão

Foi a quantidade de novos beneficiários que aderiram a operadoras da modalidade de medicina de grupo (dez/2010 a dez/2017)

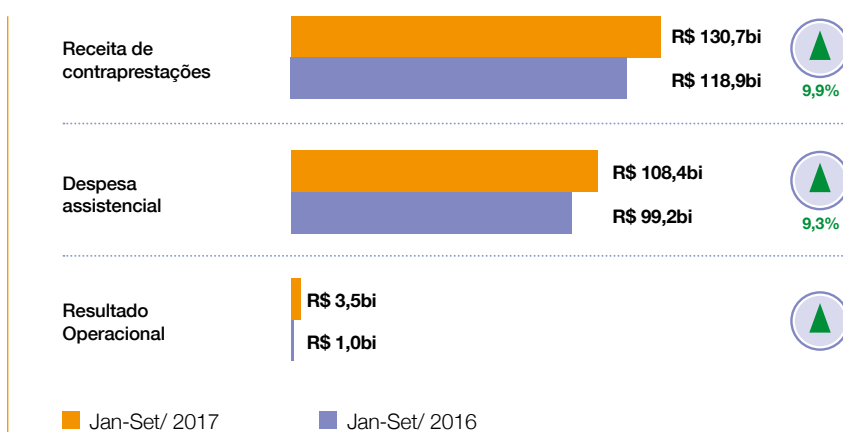
Desempenho econômico-financeiro

A receita de contraprestações das operadoras de planos de saúde de cobertura médico-hospitalar totalizou R\$ 130,7 bilhões no acumulado entre janeiro e setembro de 2017, registrando crescimento de 9,9% em relação ao mesmo período do ano anterior. As despesas assistenciais, por sua vez, avançaram em intensidade inferior, acumulando alta de 9,3% no mesmo período e atingindo R\$ 108,4 bilhões.

Com as receitas avançando em ritmo mais forte que as despesas o resultado operacional em setembro de 2017 foi positivo, encerrando o período em R\$ 3,5 bilhões. O resultado operacional é obtido a partir da subtração das despesas com a operação de planos de saúde, tais como as assistenciais, administrativas, operacionais e comerciais das receitas de contraprestação somadas a outras receitas operacionais. O cálculo não considera as receitas patrimoniais e financeiras da operadora.

Gráfico 5 – Receita de contraprestações, despesas assistenciais e resultado operacional para planos médico-hospitalares

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.



9,9%

Crescimento das receitas de contraprestações

9,3%

Aumento das despesas assistenciais

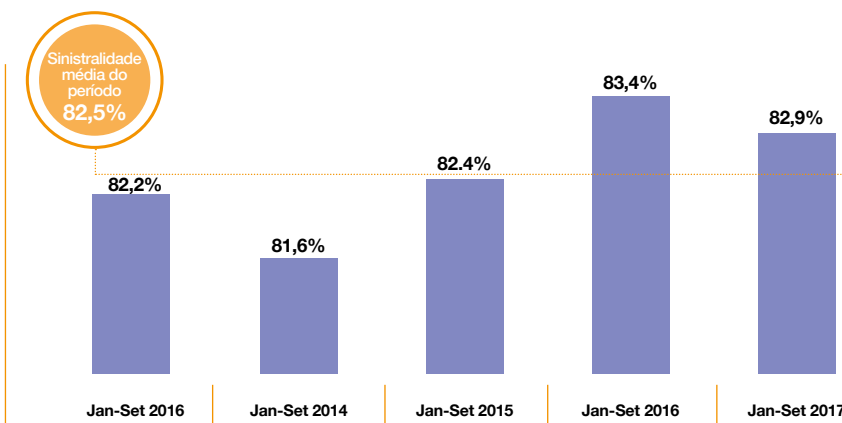
R\$ 130,7 bi

Faturamento do setor apurado em 9 meses, entre janeiro a setembro de 2017

O índice de sinistralidade alcançou 82,9% no acumulando entre janeiro e setembro de 2017, taxa superior à média para o período registrada desde 2013 mas inferior ao verificado no mesmo período do ano anterior. A sinistralidade mede a relação entre os gastos com assistência médico-hospitalar (eventos cobertos) e a receita de contraprestações da operadora em um determinado período. Ou seja, de cada R\$ 100,00 recebidos pela operadora, a título de mensalidade de plano, R\$ 82,90 são utilizados para custear despesas médico-hospitalares do grupo de pessoas asseguradas.

Gráfico 6 Sinistralidade do Setor

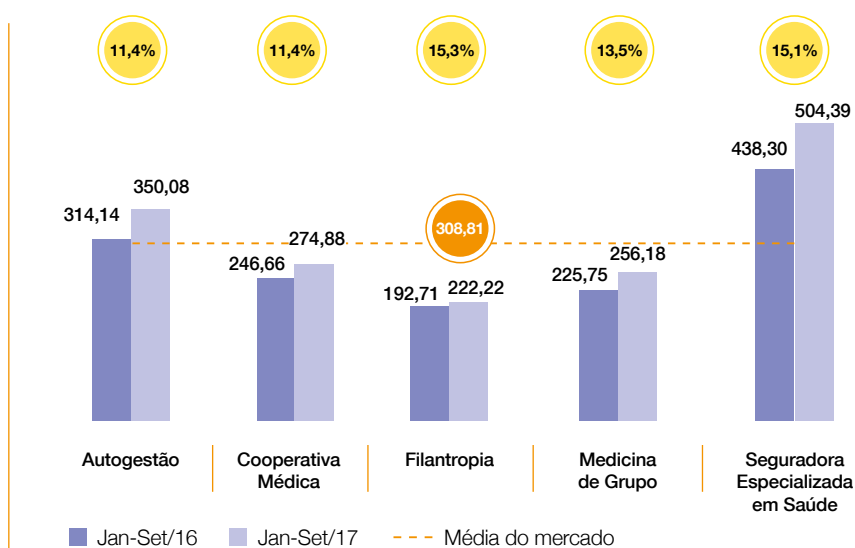
Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS



O *ticket* médio mensal de planos para cobertura médico-hospitalar cresceu 12,4% em setembro de 2017 em relação ao mesmo período do ano anterior, passando de R\$ 272,07 para R\$ 308,81. Esse resultado é bem diverso quando avaliado por modalidade da operadora, sendo que o *ticket* médio das operadoras filantrópicas cresceu 15,3%, seguido pelas seguradoras (15,1%), medicina de grupo (13,5%), e por fim, as cooperativas médicas e autogestões com o mesmo índice (11,4%).

Gráfico 7 – Ticket médio por modalidade da operadora

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS



R\$ 82,8bi

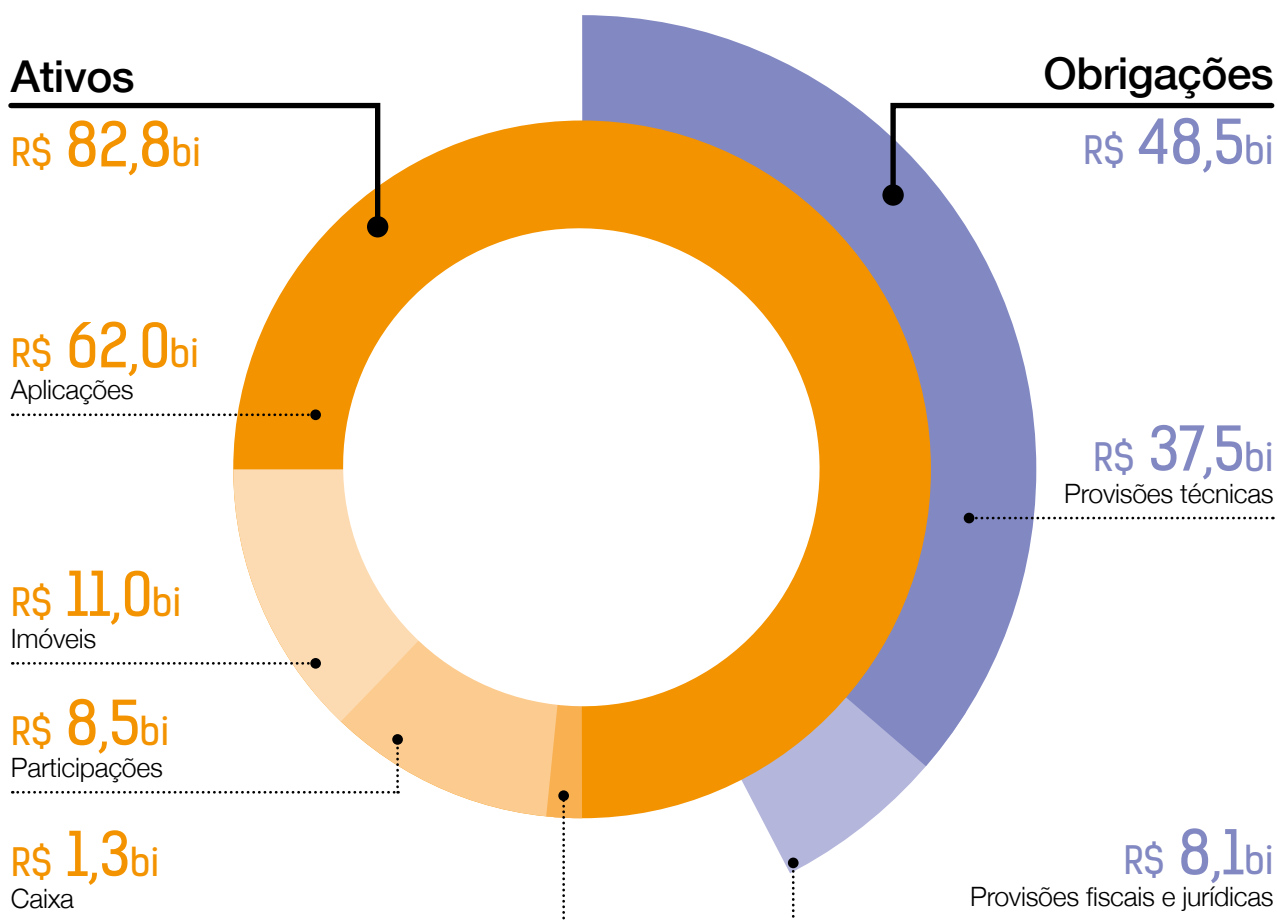
é o total de ativos do setor (consolida as aplicações, caixa, participações e imóveis)

R\$ 48,5bi

é o total de passivo de provisões do setor (consolida as provisões técnicas, fiscais e judiciais)

O perfil de passivo e ativo do setor é acompanhado rotineiramente com o objetivo de avaliar a sustentabilidade e a capacidade do setor honrar seus débitos. Assim sendo, no 3º trimestre de 2017, o valor total das obrigações era de R\$ 45,8 bilhões, sendo composto por R\$ 37,5 bi em provisões técnicas e R\$ 8,3 bi em provisões fiscais e judiciais. O total de ativos, por sua vez, alcançou R\$ 82,8 bi, sendo R\$ 62,0 bi em aplicações financeiras, R\$ 11,0 bi em imóveis, R\$ 8,5 bi em participações em outras empresas e R\$ 1,3 bi em caixa.

Posição financeira do setor
(Obrigações vs. Ativos) – Set/2017





O resultado líquido consolidado pelas operadoras de medicina de grupo no terceiro trimestre de 2017 foi de R\$ 960,2 milhões, valor 132,6% maior do que o verificado no mesmo período do ano anterior (R\$ 412,8 milhões).

O resultado líquido consolidado pelas operadoras de medicina de grupo no terceiro trimestre de 2017 foi de R\$ 960,2 milhões, valor 132,6% maior do que o verificado no mesmo período do ano anterior (R\$ 412,8 milhões). A margem líquida foi de apenas 2,3%, índice baixo quando comparado à necessidade de investimento e ao risco da operação, o que pode comprometer a sustentabilidade do setor e a capacidade de inovação.

A receita líquida cresceu 15,2% no acumulado entre janeiro e setembro, enquanto o custo do produto vendido (despesa assistencial) avançou 14,1% e as despesas operacionais líquidas 10,3%.

Quadro 1 – Desempenho financeiro das operadoras de modalidade de medicina de grupo – (valores em milhares de R\$)

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

Indicador	Jan a Set 2016	Jan a Set 2017	Var. (%)
+ Faturamento	36.314.626	41.894.914	15,4%
- Deduções e Impostos	800.122	999.809	25,0%
= Receita Líquida	35.514.504	40.895.105	15,2%
- Custos dos Produtos Vendidos	28.450.537	32.450.934	14,1%
= Lucro Bruto	7.063.966	8.444.172	19,5%
- Despesas Operacionais Líquidas	6.729.056	7.421.769	10,3%
+ Resultado Financeiro e Patrimonial	435.224	601.432	38,2%
= Resultado antes do IRPJ e CSLL	770.134	1.623.834	110,9%
- IRPJ e CSLL	357.328	663.603	85,7%
= Resultado Líquido	412.807	960.232	132,6%

02

Mercado de
saúde suplementar

Planos odontológicos



02

Mercado de saúde suplementar

Planos odontológicos

Número de beneficiários e taxa de cobertura

O mercado de planos exclusivamente odontológicos tem apresentado resultados positivos e consistentes desde 2011, passando por todo o período de crise econômica com crescimento de beneficiários. Durante o período em que o mercado de saúde suplementar sofreu os efeitos da crise econômica, compreendido entre janeiro de 2015 e setembro de 2017, o número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos aumentou em 2,7 milhões.

Desde 2011 são 6,9 milhões de novos beneficiários que passaram a contar com a cobertura de planos odontológicos, acumulando 38,9% de aumento, o que representa um crescimento médio de 5,6% ao ano.

Em dezembro de 2017 o número de beneficiários cobertos alcançou a marca de 23,2 milhões, indicando uma média de contratação equivalente a 130 mil novos beneficiários ao mês e confirmando a previsão apresentada nas edições anteriores.

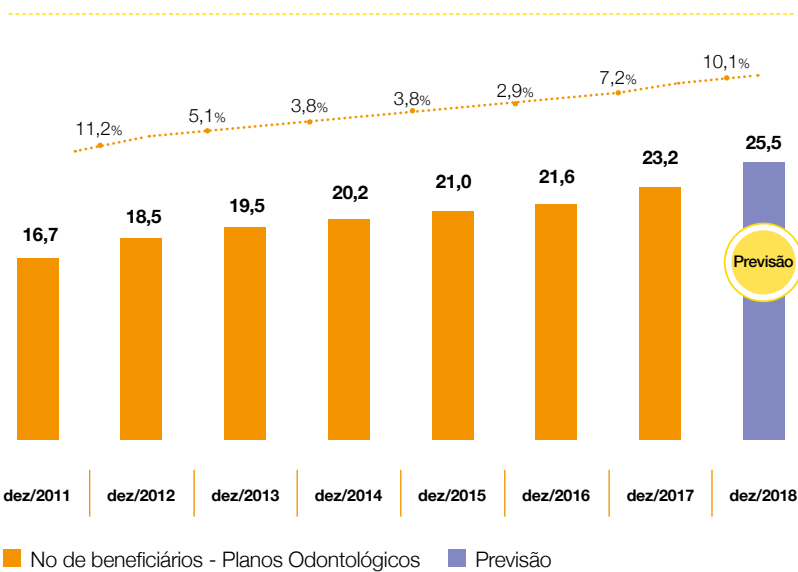
Para 2018, por sua vez, as estimativas indicam crescimento de 10,1%, acrescentando 2,3 milhão de novos beneficiários e encerrando o ano com 25,5 milhões de pessoas cobertas.

Um dos fatores que contribuíram para o aumento da demanda por plano odontológico é o ticket médio acessível e o nível de satisfação dos beneficiários, conforme pesquisa realizada pelo IBOPE e encomendada pelo Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS) de 2017². A pesquisa identificou que 79% dos beneficiários de planos odontológicos estão satisfeitos ou muito satisfeitos com seus planos. O mesmo estudo ainda indica que 81% recomendariam o plano odontológico para um amigo ou parente.

Gráfico 8 – Número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos

Fonte: Elaborado pela Sinog com base em informações da ANS.

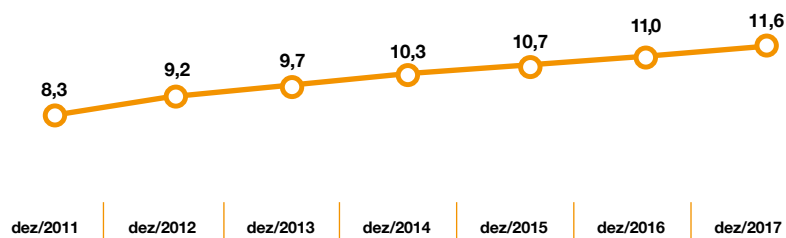
Em milhões de beneficiários



² Pesquisa IBOPE/IESS 2017, disponível em: http://www.iess.org.br/cms/rep/ibope_iess_2017.pdf

Gráfico 9 – Taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos

Fonte: Elaborado pela Sinog com base em informações da ANS.



O crescimento dos planos odontológicos foi reforçado pelo desempenho da contratação individual, com aumento de 8,4% ou 321,9 mil novos vínculos. Em seguida, os planos coletivos empresariais cresceram 7,6% no mesmo período, oferecendo cobertura para mais de 1 milhão de novos beneficiários, e os planos coletivos por adesão registraram aumento de 1,7%.

Desde 2010 a variação acumulada foi liderada pelos planos coletivos empresariais e individual/familiar, com aumento de 77,3% e 72,9%, respectivamente. E os planos coletivos por adesão apresentaram uma variação negativa no período, de -15,7%.

23,2
milhões

É o número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (dez/17)

11,6%

É a taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos no país (dez/17)

25,5
milhões

É o número de beneficiários de exclusivamente odontológicos previsto para dez/18

Gráfico 10 – Desempenho do mercado de planos odontológicos por tipo de contratação

Planos de contratação Individual/Familiar

Fonte: Elaborado pela Sinog com base em informações da ANS.

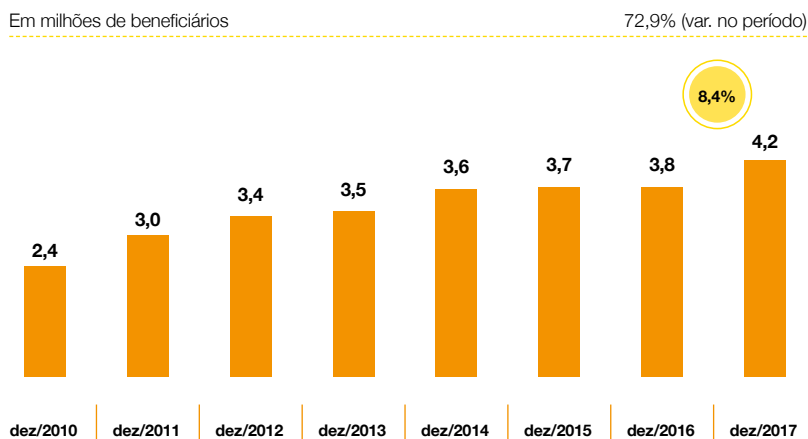


Gráfico 10 – Desempenho do mercado de planos odontológicos por tipo de contratação

Planos de contratação Coletivo Empresarial

Fonte: Elaborado pela Sinog com base em informações da ANS.

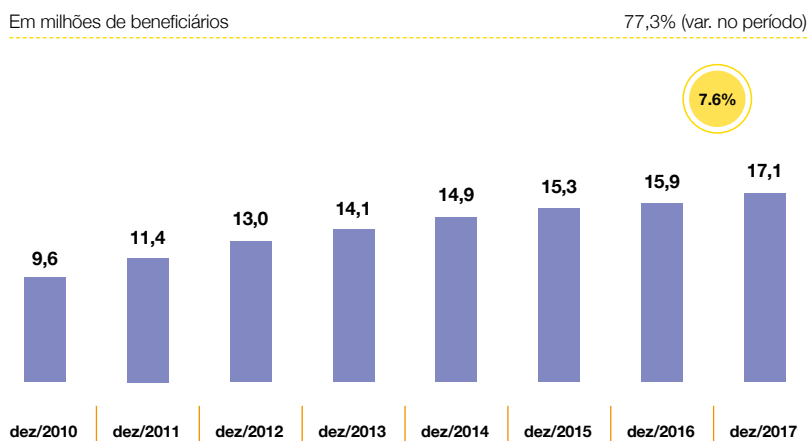
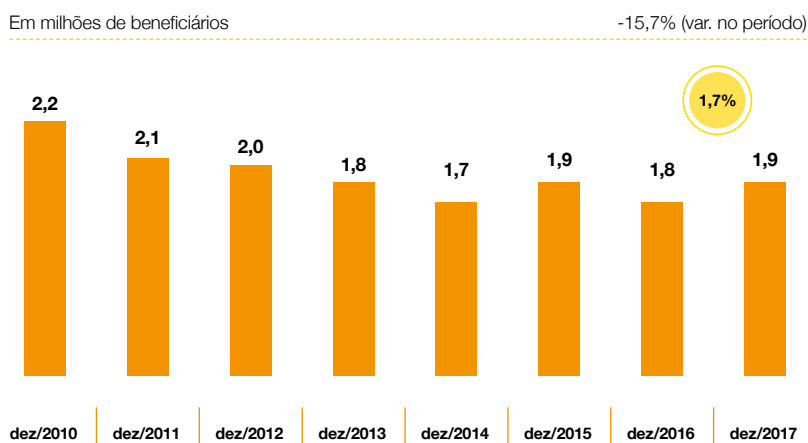


Gráfico 10 – Desempenho do mercado de planos odontológicos por tipo de contratação

Planos de contratação Coletivo por Adesão

Fonte: Elaborado pela Sinog com base em informações da ANS.



Em 12 meses, medido entre fevereiro de 2017 e janeiro de 2018, foram registradas 6,2 milhões de novas adesões em planos coletivos empresariais, 1,8 milhão em planos individuais e 516 mil em planos coletivos por adesão. Estes volumes evidenciam a forte demanda por planos odontológicos no país.

Um importante índice que passamos a acompanhar a partir desta edição é o *churn rate* ou taxa de cancelamento de contratos. O *churn rate* avalia a quantidade de clientes que cancelaram o contrato de plano odontológico no período, neste caso, a medida compreende tanto beneficiários que cancelaram o contrato com a operadora e deixaram de ter plano de saúde quanto indivíduos que cancelaram o contrato, mas aderiram a produto de outra operadora.

Importante denotar o elevado índice de cancelamento de contratos individuais, que com 2,9% ao mês é superior ao verificado em todas as demais modalidades e maior também do que o visto em planos médicos. O elevado volume de cancelamento de plano individual evidencia o problema a muito apontado pelo setor, de que estes beneficiários estão mais propensos a contratar o plano para fazer um determinado tratamento e cancelar o contrato posteriormente.

Tabela 3 – Quantidade de novas adesões e *Churn Rate* por tipo de contrato

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.

Indicadores	Coletivo empresarial	Coletivo por adesão	Individual
Quantidade de adesões	6.234.755	515.831	1.758.740
Churn Rate	2,3%	1,9%	2,9%

Tabela 4 – Desempenho do mercado de planos odontológicos por modalidade da operadora

Fonte: Elaborado pela Sinog com base em informações da ANS.

As seguradoras registraram o maior crescimento nos últimos 12 meses (25,9%), seguido pelas medicinas de grupo (16,9%). As demais modalidades apresentaram crescimentos menos expressivos: as cooperativas médicas (8,8%); autogestões (7,5%); cooperativas odontológicas (4,1%); odontologias de grupo (2,3%); e por fim as filantropias (1,9%).

Período	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Cooperativa Odontológica	Odontologia de Grupo	Total
dez-2010	57.897	230.116	116.597	1.611.083	295.021	2.419.768	9.783.592	14.514.074
dez-2011	54.153	295.599	130.803	2.109.097	431.744	2.753.584	10.894.955	16.669.935
dez-2012	54.637	342.587	130.512	2.917.441	490.735	2.829.273	11.773.652	18.538.837
dez-2013	57.311	399.663	125.748	3.605.327	557.165	3.094.987	11.642.582	19.482.783
dez-2014	57.110	421.680	109.135	3.845.656	689.434	3.150.320	11.951.204	20.224.539
dez-2015	88.873	397.622	108.039	4.033.333	760.406	3.158.897	12.446.753	20.993.923
dez-2016	89.761	409.754	103.325	5.322.925	850.464	3.178.163	11.651.406	21.605.798
dez-2017	96.491	445.976	105.240	6.220.348	1.070.931	3.307.030	11.916.590	23.162.606
Var. acumulada	66,7%	93,8%	-9,7%	286,1%	263,0%	36,7%	21,8%	59,6%
Var. (12 meses)	7,5%	8,8%	1,9%	16,9%	25,9%	4,1%	2,3%	7,2%

Desempenho econômico-financeiro

O mercado de planos odontológicos movimentou R\$ 3,4 bilhões em receita de contraprestações em 9 meses, entre janeiro e setembro de 2017, valor 13% maior do que registrado no mesmo período do ano anterior (R\$ 3 bilhões). Ainda não há informações disponíveis para o último trimestre de 2017, entretanto as expectativas apontam que o faturamento do segmento deverá se aproximar de R\$ 5 bilhões.

A modalidade de autogestão apresentou a maior variação nos últimos 12 meses (71,8%), que pode ser explicado pela revisão do modelo de custeio em algumas operadoras desta categoria. Em seguida, aparecem as modalidades de cooperativas médicas (65,7%), as seguradoras (21,9%), medicinas de grupo (17,9%), odontologia de grupo (8,2%), cooperativa médica (6,9%) e filantropia (4,8%).

Em termos de *market share*, as modalidades com maior participação de mercado na composição da receita de contraprestações foram as odontologias de grupo (56,2%), seguida pela medicina de grupo (19,8%), cooperativas odontológicas (12,8%), seguradoras (4,2%), autogestões (3,3%), cooperativas médicas (3,2%) e filantropias (0,6%).

Tabela 5 – Participação de mercado no total de receitas de contraprestações de planos odontológicos por modalidade

Fonte: Elaborado pela Sinog com base em informações da ANS.

Modalidade	set/16		set/17		Var. (12 meses)
	Valores (Em R\$ Milhares)	Market Share (em %)	Valores (Em R\$ Milhares)	Market Share (em %)	
Autogestão	65.249	2,2%	112.088	3,3%	71,8%
Cooperativa Médica	65.097	2,2%	107.889	3,2%	65,7%
Filantropia	19.576	0,7%	20.511	0,6%	4,8%
Medicina de Grupo	569.996	18,9%	671.853	19,8%	17,9%
Seguradora	116.783	3,9%	142.393	4,2%	21,9%
Cooperativa Odontológica	407.370	13,5%	435.522	12,8%	6,9%
Odontologia de Grupo	1.765.802	58,7%	1.910.472	56,2%	8,2%
Total	3.009.873	100,0%	3.400.727	100,0%	13,0%

R\$3,4bi

Foi a receita de contraprestações do mercado de planos exclusivamente odontológicos (jan a set/2017)

56,2%

É o *market share* da receita de contraprestações das odontologias de grupo (jan a set/2017)

R\$5bi

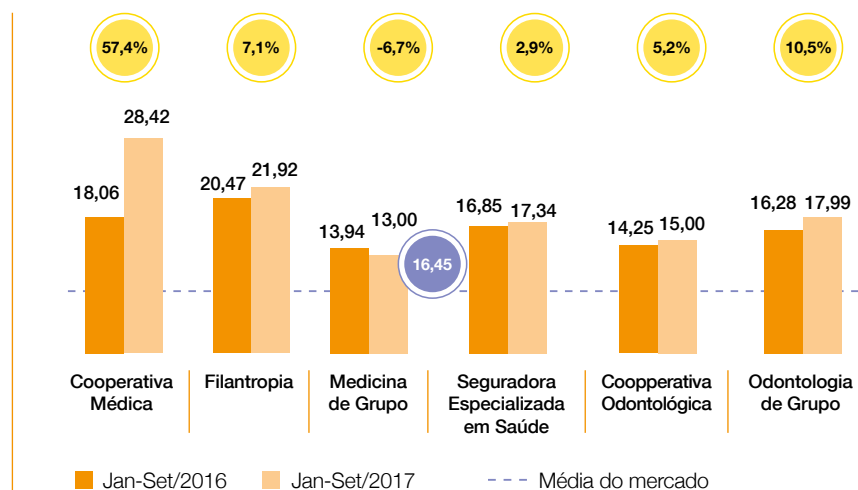
É o faturamento esperado para o setor no final de 2017.

O *ticket* médio mensal dos planos odontológicos cresceu 4,0% em setembro/2017 em relação a setembro/2016, passando de R\$ 15,54 para R\$ 16,45. Entre as modalidades, o *ticket* médio da medicina de grupo registrou variação negativa de -6,7%, passando de R\$ 13,94 para R\$ 13,00, o que pode indicar um reposicionamento para ganho de participação de mercado. Já as demais modalidades registraram aumentos, sendo os mais expressivos em cooperativa médica (57,4%), odontologia de grupo (10,5%), filantropia (7,1%), cooperativa odontológica (5,2%) e seguradora (2,9%).

O *ticket* médio da modalidade de autogestão não foi apresentado na análise porque o resultado diverge bastante da média do mercado. A título de exemplo, essas operadoras atuam com *ticket* médio mensal de R\$ 133,02, valor que é 65,2% maior do que um ano antes (R\$ 80,52).

Gráfico 12 – *Ticket* médio mensal de planos odontológicos (em R\$)

Fonte: Elaborado pela Sinog com base em informações da ANS.



No consolidado, as operadoras da modalidade de odontologia de grupo registraram um aumento expressivo no resultado líquido de setembro/2017 em relação a setembro/2016, passando de R\$ 164,9 milhões para R\$ 442,1 milhões, crescendo 168%. Já a margem líquida da modalidade passou de 9,1% para 22,5%.

Alguns fatores contribuíram para o resultado positivo da modalidade no período, dentre eles a melhora no resultado financeiro e patrimonial e o crescimento de 8,9% do faturamento, passando de R\$ 1,8 bilhões para R\$ 2,0 bilhões. Do lado das despesas, o custo do produto vendido cresceu apenas 0,05%, enquanto que as despesas operacionais líquidas apresentaram uma redução de 25,9%. É importante destacar que estes números se referem ao período de janeiro a setembro de 2017 e que é preciso aguardar o fechamento do ano para afirmar se houve melhora ou piora nos resultados financeiros.

Quadro 2 – Desempenho financeiro das operadoras da modalidade de odontologia de grupo – (valores em milhares de R\$)

Fonte: Elaborado pela Sinog com base em informações da ANS.

Indicador	Jan a Set 2016	Jan a Set 2017	Var. (%)
+ Faturamento	1.802.923	1.964.249	8,9%
- Deduções e Impostos	86.117	111.577	29,6%
= Receita Líquida	1.716.806	1.852.672	7,9%
- Custos dos Produtos Vendidos	787.414	787.777	0,05%
= Lucro Bruto	929.392	1.064.895	14,6%
- Despesas Operacionais Líquidas	678.515	502.580	-25,9%
+ Resultado Financeiro e Patrimonial	639	103.633	16.120%
= Resultado antes do IRPJ e CSLL	251.516	665.948	164,8%
- IRPJ e CSLL	86.571	223.880	158,6%
= Resultado Líquido	164.945	442.068	168,0%

03

Dinâmica de Variação do Custo Médico-Hospitalar: uma breve análise



03

Dinâmica de Variação do Custo Médico-Hospitalar: uma breve análise





Tabela 6 – Variação de custos médico-hospitalares no Brasil, América Latina e Caribe e América do Norte

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em relatório "Tendências Globais dos Custos de Saúde 2017" da AON Hewitt.

A variação do custo médico-hospitalar está no centro das atenções pelo menos desde o início da regulamentação do setor, na década passada. Desde então, o embate tem foco no índice de reajuste aplicado aos planos de saúde, com diversos questionamentos sobre se estes estariam elevados demais ou aquém do aumento do custo percebido pelo setor.

Entretanto, poucas vezes o tema foi debatido de forma mais ampla, objetivando identificar de fato quais seriam as raízes que levaram a um aumento do custo médico muitas vezes superior à variação do índice geral de preços da economia. Ou ainda, se este fenômeno é uma tendência mundial ou quais seriam os fatores iminentemente brasileiros que influenciam o aumento dos custos, a exemplo das dificuldades em implantar por aqui um modelo de remuneração que estimule a resolutividade ao menor custo.

Em relação a tendência mundial, é importante frisar que não só a variação do custo médico-hospitalar é mais elevada que os índices gerais de inflação, mas que também as perspectivas indicam aumento ainda maior do custo em 2017 em relação a 2016, não só no Brasil, mas em toda a América, segundo informações da AON Hewitt.

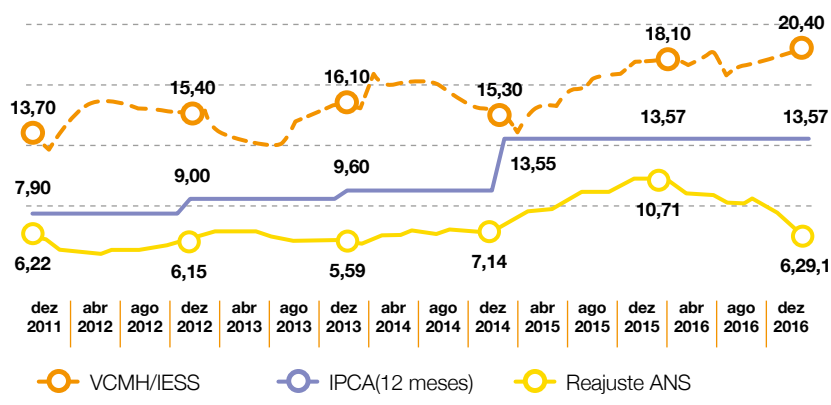
Indicadores	2016	2017	Var.
Brasil	16,7%	17,2%	
América Latina e Caribe	13,6%	14,2%	
América do Norte	6,0%	6,3%	
Mundo	2,3%	8,2%	

A variação do custo médico-hospitalar medida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS evidencia cenário semelhante ao apontado pela consultoria internacional, marcado pela contínua elevação de custos em saúde, que alcançou mais de 20% no último registro, em dezembro de 2016. Na época, o índice era pelo menos 3 vezes maior do que o índice geral de preços da economia (IPCA).

A título de comparação o Health Care Cost Institute – HCCI apontou que a variação do custo médico-hospitalar foi de 4,3% em 2015 nos Estados Unidos, sendo que a inflação oficial do país na mesma época era de apenas 0,1% ao ano, ou seja, a variação de custos em saúde foi 43 vezes superior à inflação.

Gráfico 14 – VCMH/IESS, Reajuste ANS autorizado para planos individuais e inflação (IPCA)

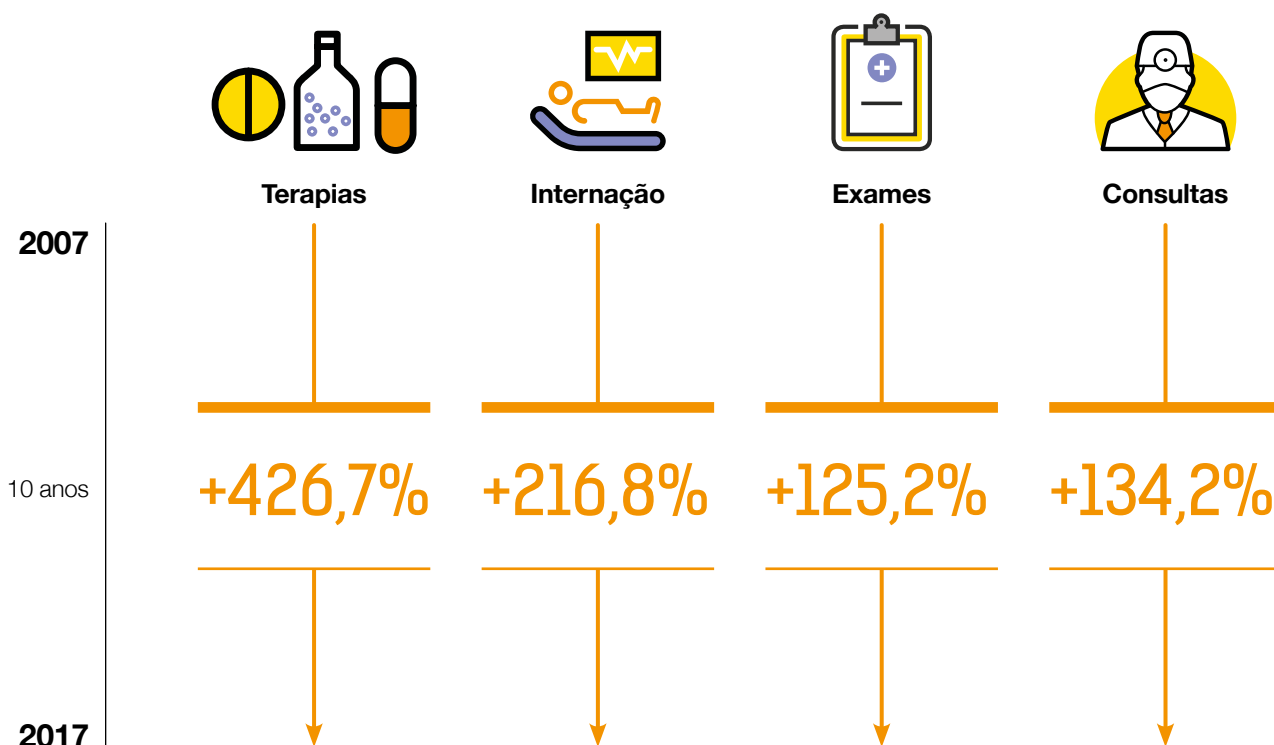
Fonte: Elaborado pela Abramge com base em VCMH/IESS.



Varição de Custo Médico-Hospitalar por grupo de procedimento – 2007 a 2016

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em VCMH/IESS.

A partir do relatório do IESS, é possível descer um nível e verificar quais grupos de procedimentos tem gerado maior impacto sobre a variação de custo em saúde. De modo geral, é facilmente perceptível que o aumento do custo das terapias figura em primeiro lugar, com variação de 426,7% em apenas 9 anos, ou seja, o equivalente a um aumento médio anual de 20%. No mesmo período, o custo das internações cresceu menos da metade daquele, 216,8%, seguido pelas consultas 134,2% e exames 125,2%. Vale destacar que as terapias englobam os tratamentos antineoplásicos e, principalmente, os medicamentos orais destinados a este tratamento.

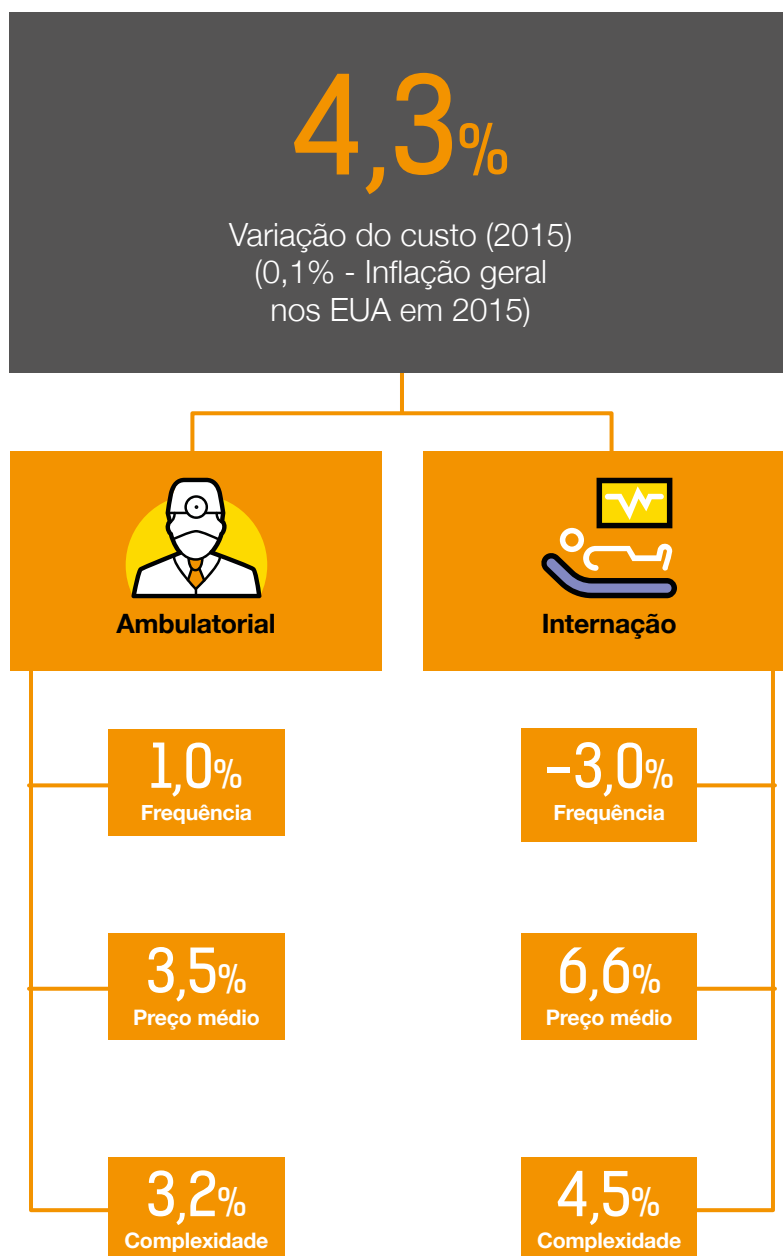


O relatório *Health Care Cost and Utilization Report* consegue ir além, e identificar a origem da variação do custo médico, apontando se o mesmo foi ocasionado por aumento de preço, da frequência de uso ou por mudança da complexidade do tratamento, o que geralmente envolve incorporação tecnológica, via introdução de novos procedimentos, materiais e medicamentos.

Nesse sentido, o estudo indica que a principal fonte do aumento do custo em saúde é o aumento de preços e da complexidade, seja para procedimentos ambulatoriais ou que envolvem internações.

Variação de Custo Médico-Hospitalar segundo o *Health Care Cost Institute* – 2015

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do *Health Care Cost and Utilization Report* – 2015 do *Health Care Cost Institute*.





Há uma dicotomia a ser enfrentada pela sociedade caracterizada por um lado pela incorporação tecnológica acrítica e por outro pela restrição de renda da população.

Portanto, percebe-se que muito tem se falado sobre o aumento do preço do plano de saúde e dos elevados reajustes, mas há poucos trabalhos que se dedicam a identificar as razões que levam a este crescimento.

Sendo assim, é importante frisar que todo setor econômico, seja ele qual for, não tem interesse em aumentar preços indiscriminadamente, sob risco de esbarrar na restrição orçamentária da população e atender a uma população cada vez mais restrita.

Interessante notar que há uma dicotomia a ser enfrentada pela sociedade, seja ela qual for caracterizada por um lado pela incorporação tecnológica acrítica e por outro pela restrição de renda da população. O equilíbrio entre essas duas opções passa por decisões como:

- Fornecer em todos os casos o tratamento mais moderno, sujeito a elevados preços por incorporação tecnológica e patentes, tornando o plano de saúde cada vez mais caro e excludente;
- Ou por implementação de um rigoroso processo de avaliação tecnológica, fazendo com que determinado procedimento, material ou medicamento, por mais conforto que possa trazer, somente seja incorporado caso apresente resultado mais custo-efetivo em relação ao atual tratamento que já se encontra disponível.

A primeira opção implica em lançar uma parcela cada vez maior da população a acessar os tratamentos por meio dos chamados gastos *out-of-pocket* ou particulares, seja por meio de clínicas ou laboratórios populares ou até mesmo cirurgias financiadas. Hoje a população brasileira já subtrai R\$ 17,4 bi da renda familiar para custear consultas e exames particulares e R\$ 12,9 bi para outros gastos, inclusive cirurgias. Com a redução da parcela de pessoas cobertas por planos de saúde, este volume poderá consumir uma fatia cada vez maior da renda familiar.

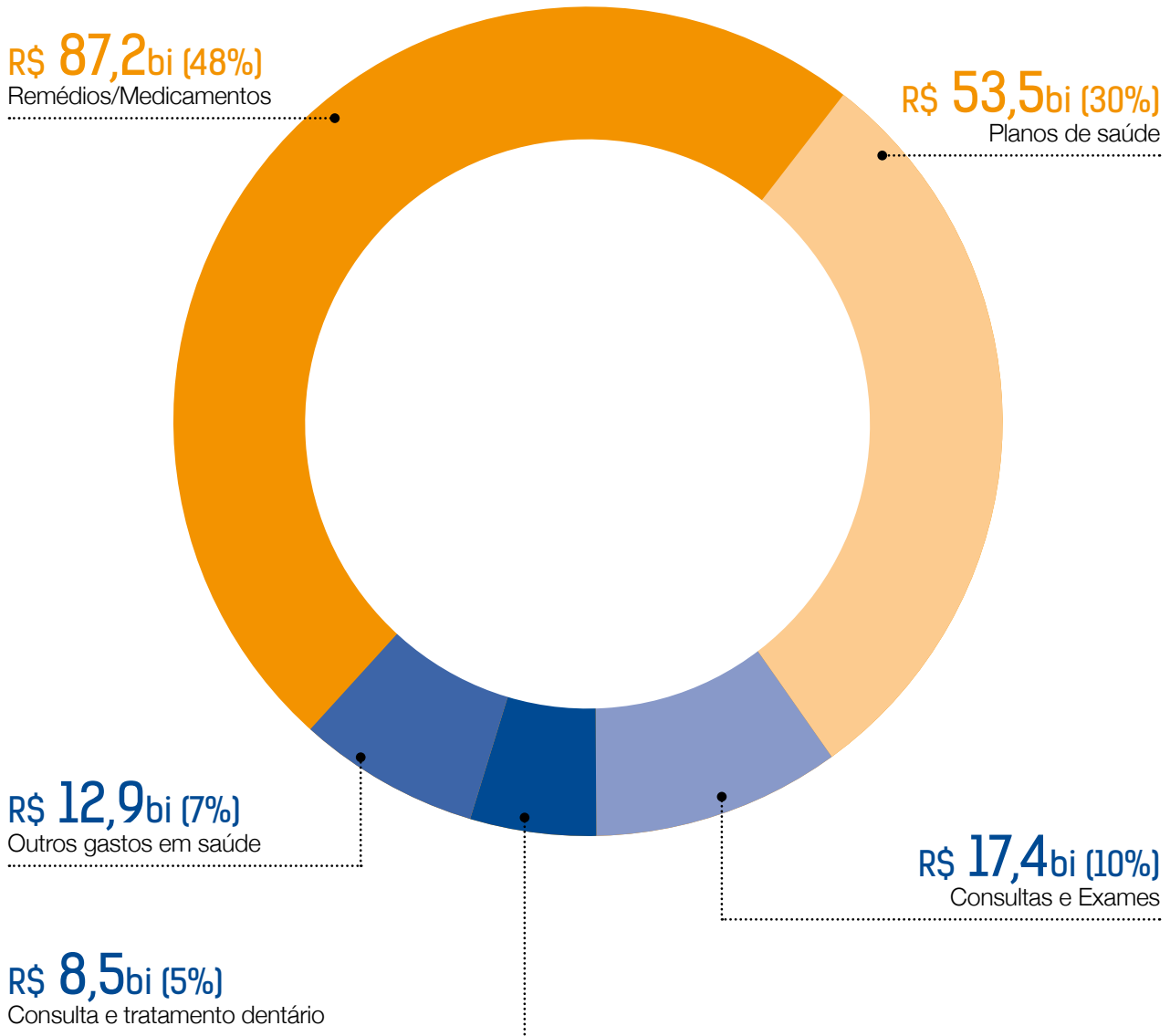
Neste sistema perde-se a característica mais importante que levou a formação dos planos de saúde, o mutualismo, que faz com que a maior parcela da população custeie as despesas médicas da menor parte, garantindo a cobertura a todos e preservando o equilíbrio financeiro das famílias.

Por fim, para alcançar o segundo modelo é preciso fazer uma boa avaliação antes da incorporação de tecnologia, trazendo para a cobertura obrigatória aqueles tratamentos que de fato agregam valor sem aumentar demasiadamente os custos. A iniciativa é positiva do ponto de vista do custo-benefício, pois tem potencial de reduzir a intensidade do aumento dos custos e contribui para que mais indivíduos mantenham seus planos de saúde e que outros venham a aderir, preservando o mutualismo.

Gráfico 14

Gastos em saúde das famílias brasileiras - 2017

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/BGE) - valores atualizados segundo índice IPCA de dez/2017.





abramge • sinamge • sinog

Rua Treze de Maio, 1540 . Bela Vista
013027-002 . São Paulo . SP

11 3289.7511 . imprensa@abramge.com.br