

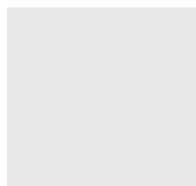
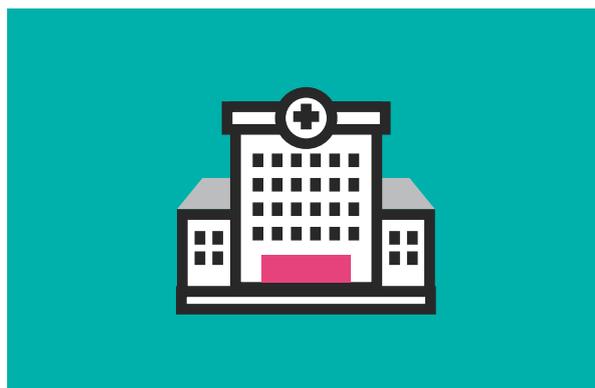
Cenário Saúde

Publicação do Sistema

Abramge . Sinamge . Sinog

Volume 3, Nº 2 de 2018

ISSN 2527-2063



abramge • sinamge • sinog



Utilize o leitor de QR Code de seu celular para acessar outras edições do **Cenário Saúde** e ficar atualizado com o que acontece no mercado de saúde suplementar.

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

Paulo Gabriel – Diretor da Abramge

Lício Cintra – Diretor do Sinamge

Antonio Laskos – Diretor Executivo do Sistema 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

Periodicidade: Trimestral

Idioma: Português (Brasileiro)

Tiragem: 1000 unidades



abramge • sinamge • sinog

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 (número de beneficiários)



Planos Odontológicos (número de beneficiários)



Receita de contraprestações, despesas assistenciais e resultado operacional

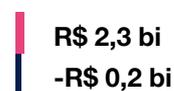
Receita de contraprestações



Despesa Assistencial

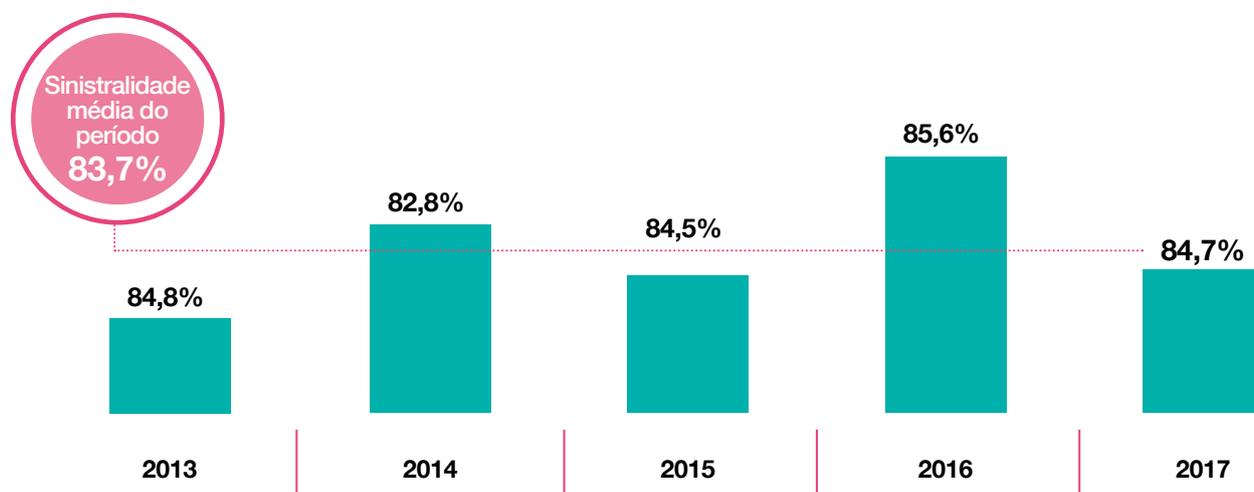


Resultado Operacional



■ Jan-Dez/17 ■ Jan-Dez/16

Sinistralidade do setor



Variação do Custo Médico-Hospitalar no Brasil e perfil de gasto com plano de saúde em 2017 – Segundo IBGE e consultorias: AON Hewitt, Willis Towers Watson e Mercer Marsh

Fonte: Elaborado pela ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base nos relatórios de tendências para a variação do custo médico-hospitalar elaborado pelas consultorias: AON Hewitt, Willis Towers Watson e Mercer Marsh Benefícios; e Pesquisa de Orçamento Familiar (POF/IBGE)

AON Hewitt

16,8%

Aumento dos fatores de risco da população

- Pressão alta
- Má alimentação
- Colesterol alto
- Obesidade
- Falta de atividades físicas

Willis Tower

17,2%

Incorporação de tecnologias e procedimentos

- Incorporação de novas tecnologias
- Impacto do câmbio na importação de tecnologias médicas

Mercer Marsh

17,1%

Aumento dos fatores de risco da população

- Cardiovascular e metabólico
- Má alimentação
- Risco ocupacional
- Problemas mentais e emocionais



15%

Da folha de pagamento (em média) é investido pelas empresas para o custeio do plano de saúde

(AON Hewitt)



44%

das empresas contratantes de planos de saúde possuem ex-empregados aposentados ainda inscritos no plano.

(Mercer Marsh)



6%

é o percentual máximo da renda familiar desembolsado pelas famílias para o custeio do plano de saúde.

(IBGE)

Cenário Saúde

Abramge . Sinamge . Sinog

Volume 3, Nº 2 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 12º número, a publicação aborda o desempenho da saúde suplementar frente a um cenário que continua adverso, caracterizado por incertezas políticas e econômicas, que afetam as decisões de investimento e comprometem o avanço do emprego e da renda.

Mesmo assim, após 39 meses consecutivos de queda, o mercado de planos médico-hospitalares registrou resultado positivo, com adição de 132 mil novos beneficiários no último trimestre (abril/2018 a junho/2018). Já o mercado de planos exclusivamente odontológicos continua apresentando resultados positivos e consistentes, e a expectativa é de que esse desempenho seja mantido.

A sessão especial analisa um problema recorrente no Brasil e no mundo: o aumento dos custos médico-hospitalares e seu impacto sobre o orçamento de empresas e famílias. Diversos estudos comprovam o fenômeno e demonstram que não se trata de uma situação exclusivamente brasileira, e sim de um desafio global, uma vez que a variação do custo médico cresce em índice superior ao aumento da renda e acima da inflação geral da economia na maior parte do mundo.

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

- 18 . Número de beneficiários e taxa de cobertura
- 22 . Desempenho econômico-financeiro



03

Saúde em foco

- 25 . Saúde suplementar, aumento de custos e o limite orçamentário das famílias e empresas

01

Mercado de
saúde suplementar
Planos Médico-Hospitalares



Número de beneficiários e taxa de cobertura

01

Mercado de saúde suplementar

Planos médico-hospitalares

A base histórica de beneficiários de planos com cobertura médico-hospitalar foi revisada pela ANS e números que antes indicavam crescimento passaram a reportar queda, ainda que pouco expressiva. O processo de revisão dos dados é comum e resultado da iniciativa das operadoras em corrigir suas bases cadastrais.

Com queda de -0,07% no quarto trimestre de 2017 e de -0,2% no primeiro trimestre de 2018, o mercado de planos de saúde somou 42 meses consecutivos de declínio, acumulando perda de 3,2 milhões de beneficiários entre janeiro de 2015 e março de 2018.

No segundo trimestre de 2018, período mais recente, a quantidade de beneficiários de planos de saúde voltou a crescer, apurando 0,3% em relação ao trimestre anterior e aumento de 132 mil novos beneficiários. A partir de então, é importante acompanhar e verificar se o crescimento é consistente e influenciará o positivamente os próximos resultados.

Corroborar essa afirmação, a recuperação ainda que lenta do mercado de trabalho, que após três anos de forte retração começou a apresentar resultados positivos em meados de 2017, e no segundo trimestre de 2018 registrou a criação de 192,8 mil novos postos. Essa tendência é reforçada pelo Indicador Antecedente de Emprego (IAEmp/FGV), calculado pela Fundação Getúlio Vargas, que desde o início da série histórica em 2008 registrou os mais elevados índices no final de 2017 e início de 2018, indicando retorno das contratações. Os principais setores que contribuíram para o aumento do emprego no segundo trimestre de 2018 foram: agropecuária (75.353); saúde (33.335); construção (20.743); atividades administrativas e serviços complementares (20.173); transporte, armazenagem e correio (17.134).

3,2
milhões

De beneficiários perderam a cobertura ao plano médico entre jan/15 e mar/18

47,2
milhões

É o número de beneficiários de planos médico-hospitalares em jun/18

48,9
milhões

Expectativa para o número de beneficiários de planos médico-hospitalares em dez/20

Em relação às perspectivas, destaca-se que estão sendo feitas mudanças nos modelos de previsão, buscando adequar os resultados à dinâmica do mercado de planos de saúde. Para 2018, a entidade prevê crescimento equivalente a 262 mil beneficiários, encerrando o ano com 47,5 milhões de indivíduos cobertos. A partir desta edição, foram feitas estimativas para 2019 e 2020, e os resultados apontam para 48,2 e 48,9 milhões de indivíduos cobertos, respectivamente.

O cenário utilizado para a previsão incorpora as incertezas políticas e econômicas, o que afeta as decisões de investimento e conseqüentemente compromete o avanço do PIB e do mercado de trabalho. O modelo de previsão utilizado está baseado em três conjuntos de variáveis, sendo elas: desempenho do mercado de trabalho em 14 setores da economia; desempenho do PIB; e em medidas de incerteza da economia brasileira¹.

Por fim, a atividade econômica apresenta uma retomada lenta, com crescimento de 1,3% do PIB no primeiro trimestre. Esse crescimento foi estimulado pelo desempenho da agropecuária (6,1%), do comércio (3,4%), e da indústria de transformação (2,8%). Apesar dos números positivos, os dados indicam aumento da incerteza, contribuindo negativamente para a retomada dos investimentos e para a revisão das expectativas de crescimento econômico e geração de novos postos de trabalho. O Boletim Focus publicado pelo Banco Central indicava crescimento de 1,5% do PIB e inflação em torno de 4,1% para o final de 2018².

Gráfico 1 – Número de beneficiários de planos médico-hospitalares

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS, RAIS-CAGED/MTE, IBGE, Banco Central do Brasil e *Economic Policy Uncertainty Index*.

¹ NOTA TÉCNICA: foi feita seleção de variáveis com base no procedimento “subset selection”, muito utilizado em modelos de *machine learning*. O modelo acompanha o desempenho das contratações em 14 setores da economia brasileira e a variação do PIB da indústria e do comércio. As variáveis de incerteza econômica são o desvio padrão das expectativas do PIB do Boletim Focus para os próximos dois anos e a média móvel de 12 meses do *Economic Policy Uncertainty Index* (EPU Index) para o Brasil – indicador que pode ser obtido em http://www.policyuncertainty.com/brazil_monthly.html. O modelo econométrico empregado foi um modelo multivariado de séries temporais (Vetor Auto Regressivo – VAR).

² Boletim Focus do dia 03 de Agosto de 2018. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/pec/GCI/PORT/readout/R20180803.pdf>

Em milhões de beneficiários

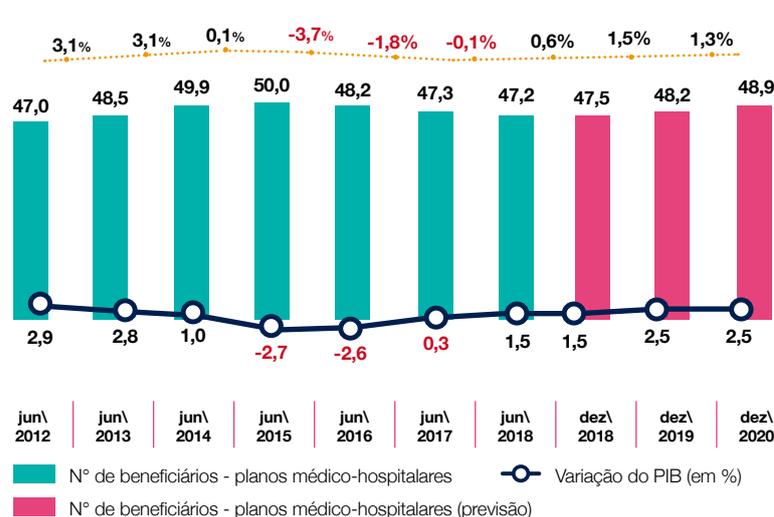
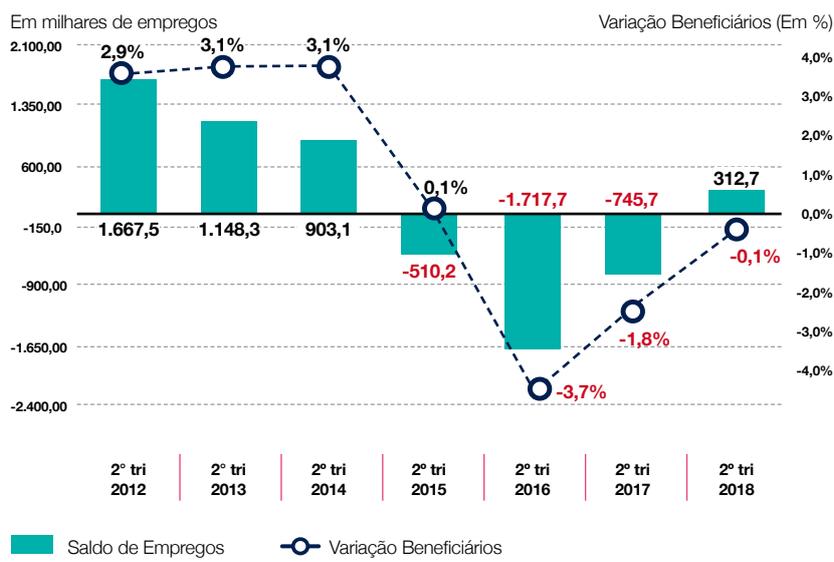


Gráfico 2 – Saldo de empregos x Variação de Beneficiários (1ºtri 2012 – 1ºtri 2018)

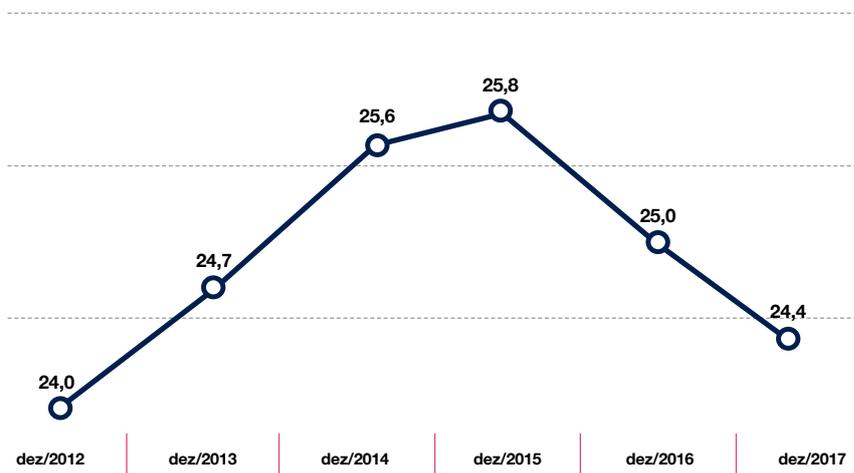
Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS e do CAGED/MTE.



A taxa de cobertura de planos médico-hospitalares atingiu o ápice em dezembro de 2015, quando 25,8% da população brasileira tinha acesso à saúde suplementar. Desde o início da crise econômica, o índice acumulou sucessivas quedas acarretando em uma redução da ordem de 1,4 pontos percentuais e encerrando 2017 com 24,4% da população coberta.

Gráfico 3 – Taxa de cobertura de Planos Médico-Hospitalares (% da população)

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG 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 -1,7% e -0,5%, respectivamente. Já os planos coletivos empresariais tiveram desempenho positivo, com adesão de 150 mil novos beneficiários, aumento de 0,5%.

Gráfico 4 - Desempenho do mercado de Planos Médico-Hospitalares por tipo de contratação

Planos de contratação Individual/Familiar

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.

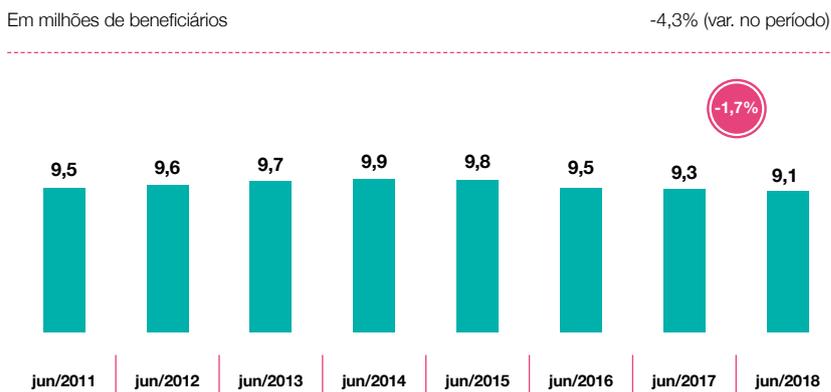


Gráfico 4 - Desempenho do mercado de planos médico-hospitalares por tipo de contratação

Planos de contratação Coletivo Empresarial

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

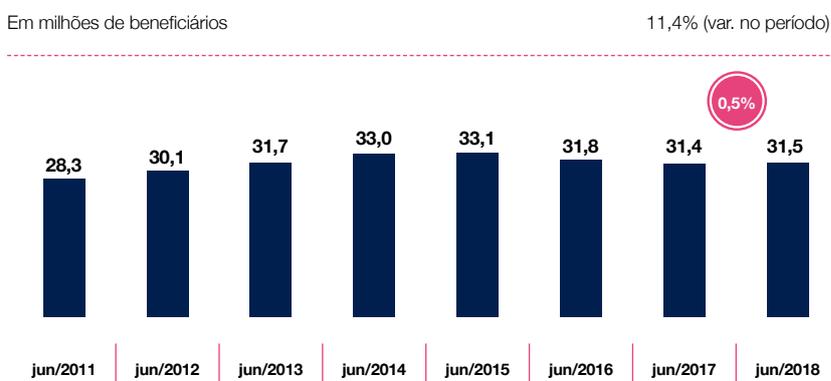
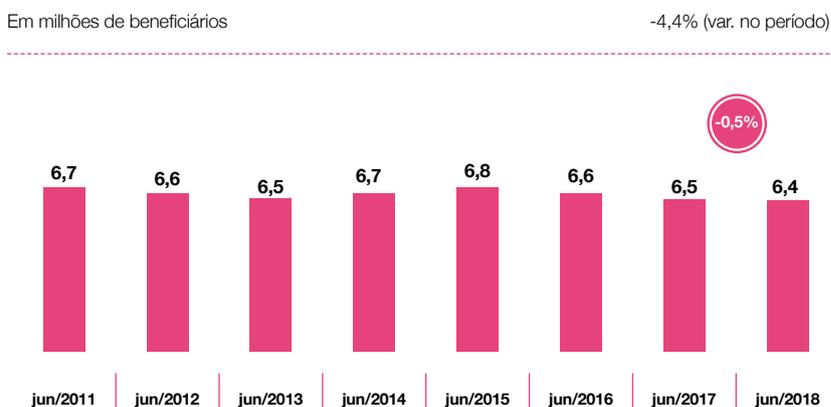


Gráfico 4 - Desempenho do mercado de planos médico-hospitalares por tipo de contratação

Planos de contratação Coletivo por adesão

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



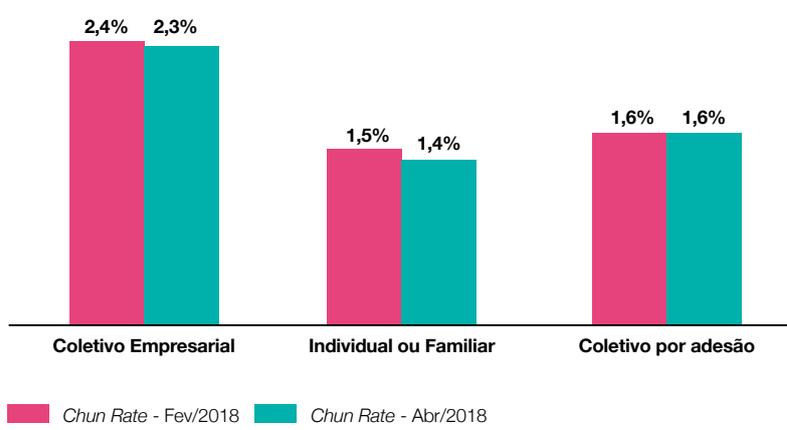
Outras medidas importantes para o acompanhamento do setor é o volume de novas adesões a planos de saúde e o *churn rate* ou taxa de cancelamento de contratos. O volume de adesões em 12 meses impressiona, consolidando 11,1 milhões de beneficiários cadastrados em planos coletivos empresariais, 1,6 milhão em planos individuais e 1,4 milhão em planos coletivos por adesão. Muito provavelmente parte desses beneficiários estão migrando para outro produto da mesma operadora ou de concorrente, mas, certamente, uma fração é de novos beneficiários que ainda não tinham acesso ao Sistema Suplementar.

O *churn rate*, por sua vez, 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 já esperados, ou seja, os planos individuais apresentam o menor índice, de 1,4% ao mês, e os planos coletivos empresariais o maior, de 2,3% ao mês. Percebe-se então que beneficiários de planos individuais estão menos propensos a cancelar o plano ou até mesmo a trocar de produto.

Gráfico 5 – Churn Rate em planos médico-hospitalares por tipo de contrato (Fev/2018 a Abr/2018)

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.



As operadoras de medicina de grupo continuam registrando desempenho positivo, se posicionando na contramão do restante do mercado. O crescimento da modalidade foi de 2,2% nos últimos 12 meses encerrados em junho de 2018. A outra modalidade com desempenho positivo foi a filantrópica, com 2,3%. As demais modalidades registraram queda: autogestão (-3,3%), seguradora (-2,0%) e cooperativa médica (-1,1%).

Tabela 1 – Desempenho do mercado de planos médico-hospitalares por modalidade de operadora

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.

Período	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantrópica	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
jun/11	5.120.630	17.077.218	1.372.369	16.476.678	5.641.075	45.687.970
jun/12	5.165.465	17.608.501	1.390.437	16.562.462	6.292.628	47.019.493
jun/13	5.090.090	18.202.466	1.424.090	16.943.861	6.801.279	48.461.786
jun/14	5.308.059	18.892.400	1.164.599	17.328.942	7.254.820	49.948.820
jun/15	5.328.389	19.371.690	1.106.309	17.204.886	7.009.194	50.020.468
jun/16	5.066.018	18.188.521	1.070.807	17.201.283	6.664.043	48.190.672
jun/17	4.900.513	17.548.470	968.913	17.680.298	6.204.656	47.302.850
jun/18	4.738.132	17.349.950	991.643	18.076.360	6.080.263	47.236.348
Var. acumulada	-7,5%	1,6%	-27,7%	9,7%	7,8%	3,4%
Var. (12 meses)	-3,3%	-1,1%	2,3%	2,2%	-2,0%	-0,1%

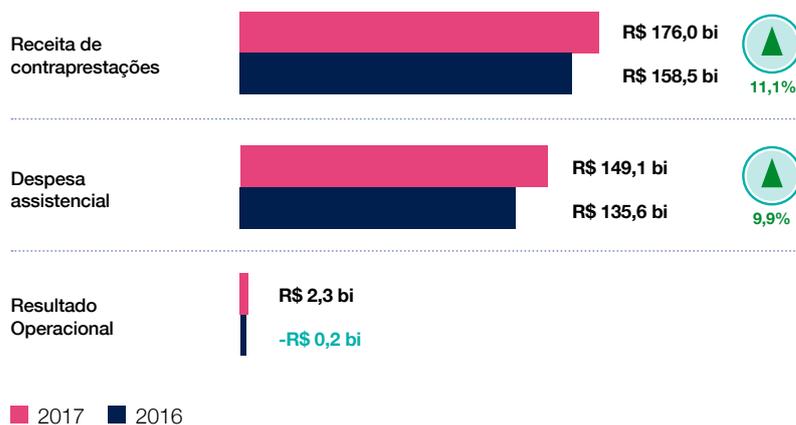
Desempenho econômico-financeiro

A receita de contraprestações das operadoras de planos de saúde de cobertura médico-hospitalar totalizou R\$ 176,0 bilhões no acumulado entre janeiro e dezembro de 2017, registrando crescimento de 11,1% em relação ao mesmo período do ano anterior. As despesas assistenciais, por sua vez, avançaram menos, acumulando alta de 9,9% no mesmo período, atingindo R\$ 149,1 bilhões.

Com as receitas avançando em ritmo mais forte que as despesas o resultado operacional em dezembro de 2017 foi positivo, encerrando o período em R\$ 2,3 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 e despesas patrimoniais e financeiras da operadora.

Gráfico 6 - Receita de contraprestações, despesas assistenciais e resultado operacional para planos médico-hospitalares

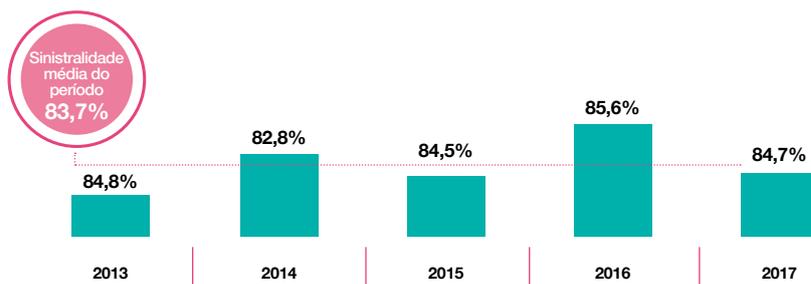
Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.



O índice de sinistralidade alcançou 84,7% no acumulado entre janeiro e dezembro de 2017, taxa superior à média registrada para o período desde 2013, mas inferior a verificada 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\$ 84,70 são utilizados para custear despesas médico-hospitalares do grupo de pessoas asseguradas.

Gráfico 7 Sinistralidade do Setor

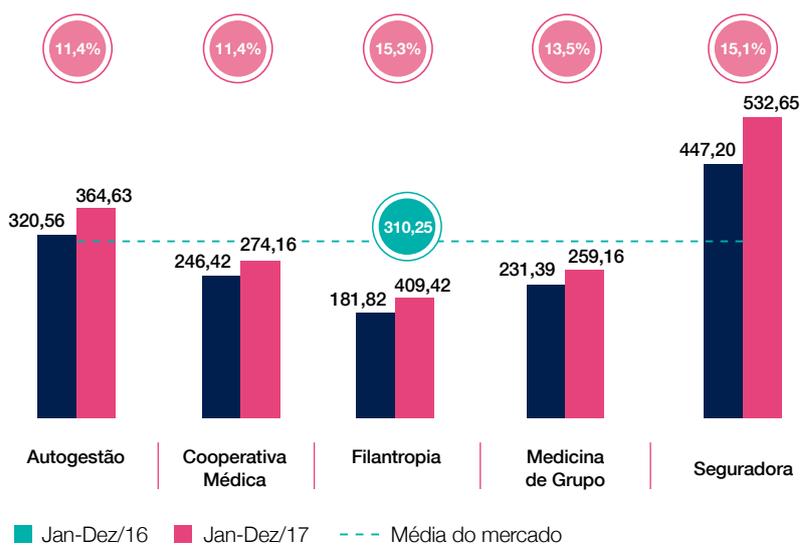
Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.



O *ticket médio* mensal de planos para cobertura médico-hospitalar cresceu 12,9% em dezembro de 2017 em relação ao mesmo período do ano anterior, passando de R\$ 275,04 para R\$ 310,25. 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%), medicinas de grupo (13,5%), e por fim, as cooperativas médicas e autogestões com o mesmo índice (11,4%).

Gráfico 8 – *Ticket médio* por modalidade da operadora 3º trimestre de 2017 e período anterior

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.



O perfil das obrigações e dos ativos financeiros do setor é acompanhado rotineiramente com o objetivo de avaliar a sustentabilidade e a capacidade do setor em honrar seus débitos. Assim sendo, no 4º trimestre de 2017, o valor total das obrigações era de R\$ 48,5 bilhões, sendo composto por R\$ 37,0 bi em provisões técnicas e R\$ 7,8 bi em provisões fiscais e judiciais. O total de ativos, por sua vez, alcançou R\$ 82,8 bi, sendo R\$ 63,0 bi em aplicações financeiras, R\$ 11,4 bi em imóveis, R\$ 8,3 bi em participações em outras empresas e R\$ 1,5 bi em caixa.

84,7%

foi o índice de sinistralidade dos planos médicos em 2017

R\$ 310

é o *ticket médio* mensal de planos para cobertura médico-hospitalar em 2017

12,9%

Foi o crescimento do *ticket médio* mensal em 2017 em relação a 2016.

Posição financeira
(Obrigações vs. Ativos)

Ativos

R\$ 82,8bi

R\$ 11,4bi
Imóveis

R\$ 1,5bi
Caixa

R\$ 8,3bi
Participações

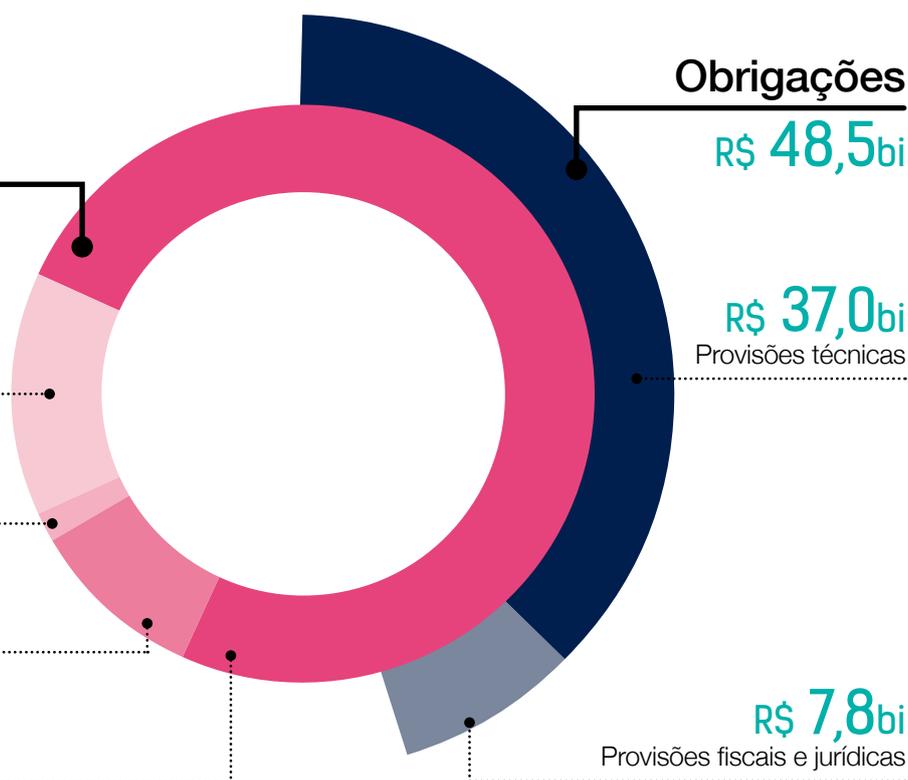
R\$ 63,0bi
Aplicações

Obrigações

R\$ 48,5bi

R\$ 37,0bi
Provisões técnicas

R\$ 7,8bi
Provisões fiscais e jurídicas



O resultado líquido consolidado pelas operadoras de medicina de grupo em 2017 foi de R\$ 1.480,2 milhões, valor 127,8% maior do que o verificado no mesmo período do ano anterior (R\$ 631,3 milhões). Apesar do crescimento, a margem líquida foi de apenas 2,5%, 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 14,4%, enquanto o custo do produto vendido (despesa assistencial) avançou 13,6% e as despesas operacionais líquidas 9,4%, indicando canalização de recursos para despesas assistenciais em detrimento das operacionais.

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

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.

Indicador	Jan a Dez 2016	Jan a Dez 2017	Var. (%)
+ Faturamento	50.338.531	57.711.738	14,6%
- Deduções e Impostos	1.101.330	1.365.620	24,0%
= Receita Líquida	49.237.201	56.346.119	14,4%
- Custos dos Produtos Vendidos	39.022.894	44.341.622	13,6%
= Lucro Bruto	10.214.307	12.004.497	17,5%
- Despesas Operacionais Líquidas	9.718.262	10.634.584	9,4%
+ Resultado Financeiro e Patrimonial	641.349	911.550	...
= Resultado antes do IRPJ e CSLL	1.137.394	2.281.462	...
- IRPJ e CSLL	506.114	843.307	...
= Resultado Líquido	631.279	1.438.155	...

02

Mercado de saúde suplementar

Planos odontológicos



02

Mercado de saúde complementar

Planos odontológicos

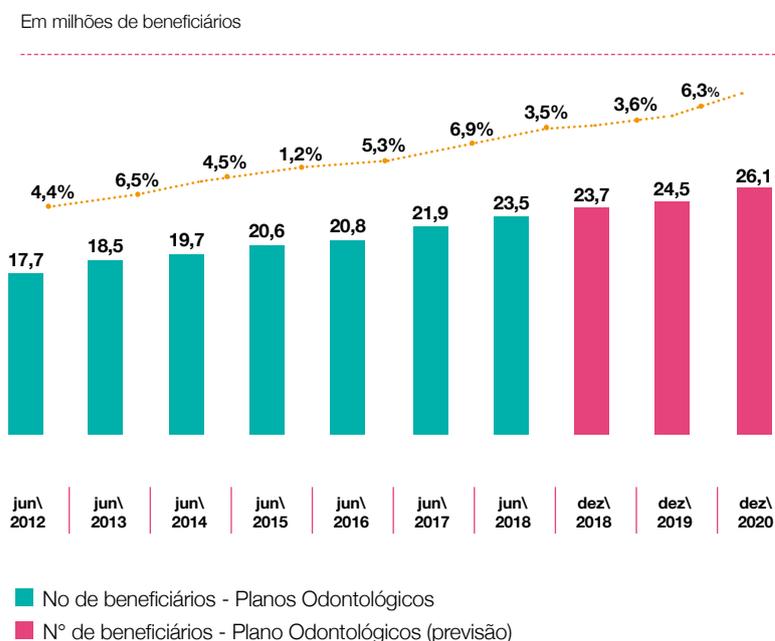
Número de beneficiários e taxa de cobertura

O mercado de planos exclusivamente odontológicos tem apresentado resultados positivos e consistentes desde 2012, passando por todo o período de crise econômica com crescimento de beneficiários. No mesmo intervalo em que o mercado de planos médico-hospitalares sofreu os efeitos da crise econômica, compreendido entre janeiro de 2015 e março de 2018, o número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos aumentou em 2,5 milhões.

Em junho de 2018, o número de beneficiários cobertos alcançou a marca de 23,5 milhões, sendo estimada a adesão de 210 mil novos usuários no segundo semestre, consolidando um crescimento de 3,5% no ano. Para 2019 e 2020, as estimativas indicam crescimento de 3,6% e 6,3%, respectivamente, alcançando 24,5 e 26,1 milhões de pessoas com cobertura odontológica. A estimativa para 2020 foi influenciada positivamente pela expectativa de maior avanço da economia brasileira naquele ano³.

Gráfico 9 – Número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.



³ NOTA TÉCNICA: A previsão do mercado de planos odontológicos considerou as taxas de crescimento dos últimos trimestres. O método empregado foi uma rede neural para séries univariadas (NNAR – Neural Network Auto Regression), que é um procedimento de machine learning útil pra séries não-estacionárias e sem sazonalidade.

São diversos os fatores que contribuem para o desempenho positivo do mercado de planos odontológicos, dentre eles é possível citar: o ticket médio acessível do plano, o nível de satisfação dos beneficiários e o acesso à rede privada de atendimento. O plano odontológico contribui para aumentar o acesso ao atendimento, sendo que as pesquisas indicam que 21% dos pacientes atendidos em consultórios odontológicos optam pelo tratamento por meio de convênio, bem como que 42% das clínicas odontológicas do país são credenciadas a planos.

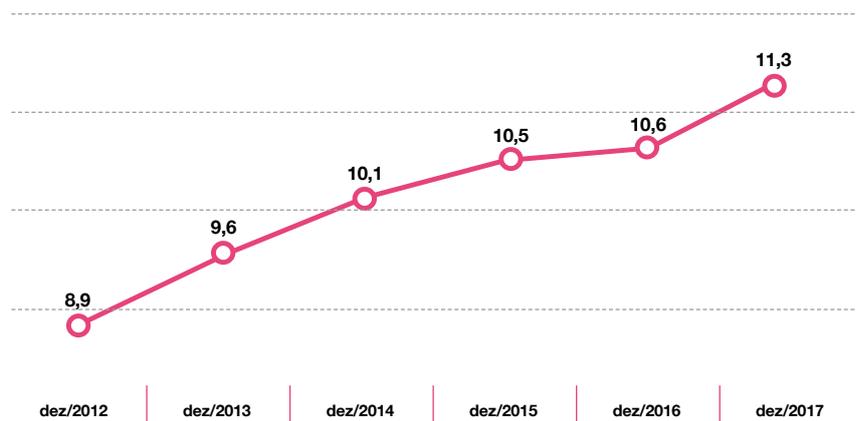
Posição dos planos odontológicos no acesso a rede de atendimento

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ANS e Pesquisa ABIMO/Grupo Key-Stone.



Gráfico 10 – Taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.



O crescimento dos planos odontológicos alcançou os três tipos de contratação, sendo que os planos coletivos por adesão registraram aumento considerável, de 14,4% ou 267 mil novos beneficiários nos últimos 12 meses terminados em junho de 2018. Em seguida, os planos coletivos empresariais tiveram aumento de 960,8 mil novos vínculos ou 6,8% e os planos individuais cresceram 3,9% no mesmo período, com o acréscimo de 151 mil novos beneficiários.

Desde 2011, o crescimento do mercado de planos odontológicos está amparado no desempenho das contratações coletivo empresarial e individual/familiar, acumulando aumento de 46,9% e 60,7%, respectivamente. Os planos coletivos por adesão, por sua vez, apresentaram variação de 0,4% no mesmo período.

Gráfico 11 – Desempenho do mercado de planos odontológicos por tipo de contratação

Planos de contratação Individual/Familiar

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.

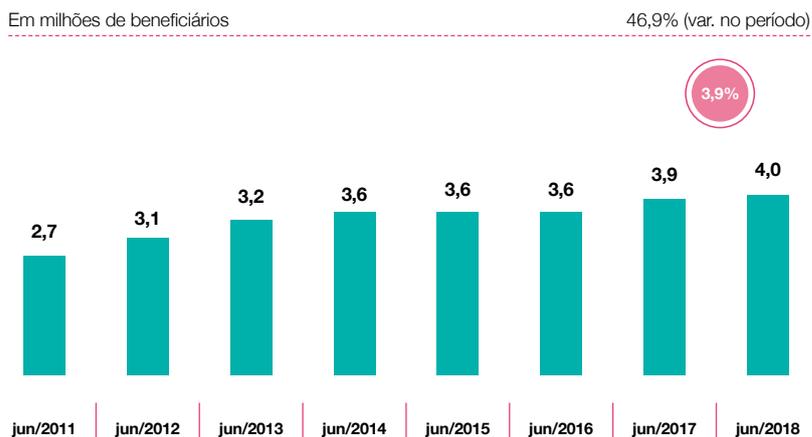


Gráfico 11 – Desempenho do mercado de planos odontológicos por tipo de contratação

Planos de contratação Coletivo Empresarial

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.

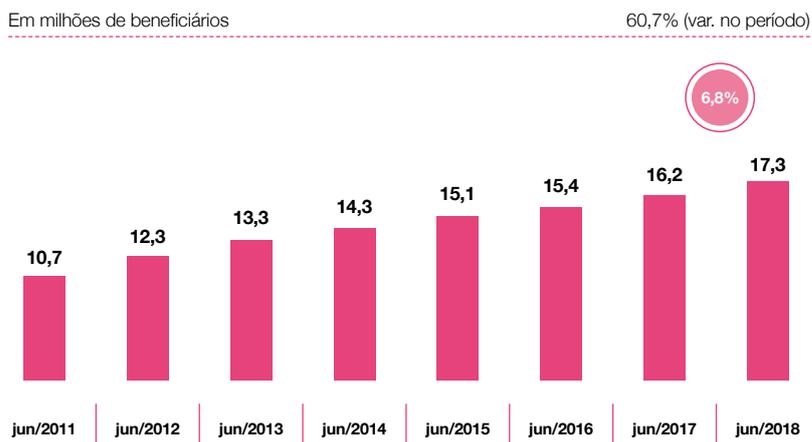


Gráfico 11 – Desempenho do mercado de planos odontológicos por tipo de contratação

Planos de contratação Coletivo por Adesão

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.





Desde 2011, o crescimento do mercado de planos odontológicos está amparado no desempenho das contratações coletivo empresarial e individual/familiar.

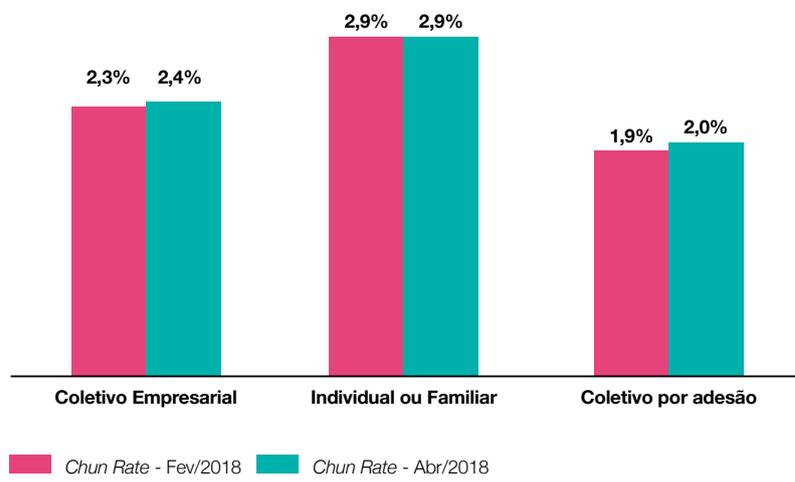
Outras medidas importantes para o acompanhamento do setor é o volume de novas contratações a planos odontológicos e o *churn rate* ou taxa de cancelamento de contratos. Em 12 meses com fim em abril de 2018 foram 6,7 milhões de beneficiários cadastrados em planos coletivos empresariais, 1,9 milhão em planos individuais e 565,6 mil em planos coletivos por adesão. Muito provavelmente parte desses beneficiários estão migrando para outro produto da mesma operadora ou de concorrente, mas, certamente, uma fração importante é de novos beneficiários que ainda não tinham acesso ao Sistema Suplementar.

O *churn rate*, por sua vez, 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.

Nesse quesito, é importante ressaltar o elevado índice de cancelamento de contratos individuais, que alcança 2,9% ao mês, número 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.

Gráfico 12 – *Churn Rate* em planos excl. odontológicos por tipo de contrato (Fev/2018 a Abr/2018)

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.



O desempenho por modalidade da operadora é bastante diverso. As seguradoras se destacaram registrando o maior crescimento nos últimos 12 meses (23,2%), seguido pelas medicinas de grupo (10,7%). As demais modalidades apresentaram crescimentos menos expressivos: as cooperativas médicas (6,4%); odontologias de grupo (4,7%); cooperativas odontológicas (3,8%); filantropias (1,9%), e as autogestões (-6,1%) com desempenho negativo.

Tabela 2 – Desempenho do mercado de planos odontológicos por modalidade da operadora

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.

Período	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Cooperativa Odontológica	Odontologia de Grupo	Total
jun/11	54.939	279.265	124.245	1.812.479	355.054	2.640.752	10.567.284	15.834.018
jun/12	52.545	315.275	129.473	2.401.257	488.250	2.744.006	11.573.733	17.704.539
jun/13	52.493	361.170	128.784	3.246.461	490.582	2.917.892	11.286.893	18.484.275
jun/14	56.931	402.353	112.097	3.699.919	618.986	3.039.530	11.761.005	19.690.821
jun/15	89.978	406.697	107.637	3.900.271	753.989	3.101.588	12.219.892	20.580.052
jun/16	89.771	408.107	103.860	4.984.848	759.773	3.134.670	11.347.337	20.828.366
jun/17	97.276	418.286	102.624	5.656.750	935.450	3.162.748	11.568.454	21.941.588
jun/18	91.370	444.897	104.553	6.261.848	1.152.227	3.283.394	12.114.769	23.453.058
Var. acumulada	66,3%	59,3%	-15,8%	245,5%	224,5%	24,3%	14,6%	48,1%
Var. (12meses)	-6,1%	6,4%	1,9%	10,7%	23,2%	3,8%	4,7%	6,9%

Desempenho econômico-financeiro

Em 2017 o mercado de planos odontológicos alcançou a marca de 4,9 bilhões em receita de contraprestações, valor 11,5% maior do que o registrado no mesmo período do ano anterior (R\$ 4,4 bilhões).

A modalidade de autogestão apresentou a maior variação nos últimos 12 meses (71,2%), o que pode ser explicado pela revisão do modelo de custeio em algumas operadoras desta categoria. Em seguida, aparecem as modalidades seguradora (23,2%), medicina de grupo (16,5%), cooperativa odontológica (10,4%), odontologia de grupo (7,9%), filantropia (7,5%) e, por fim, a cooperativa médica apresentou desempenho negativo (-4,5%).

Em termos de *market share*, a modalidade com maior participação de mercado na composição da receita de contraprestações continua sendo a odontologia de grupo (55,0%), seguida pela medicina de grupo (20,0%), cooperativa odontológica (15,7%), seguradora (4,0%), autogestão (3,1%), cooperativa médica (1,7%) e filantropia (0,6%).

Tabela 3 – Participação de mercado no total de receitas de contraprestações de planos odontológicos por modalidade

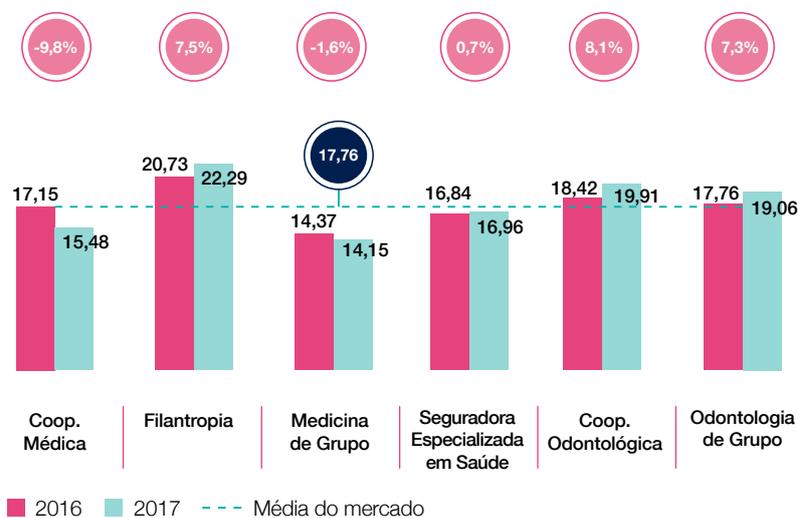
Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.

Modalidade	Jan-Dez/16		Jan-Dez/17		Var. (12 meses)
	Valores (Em R\$ milhões)	Market Share (em %)	Valores (Em R\$ milhões)	Market Share (em %)	
Autogestão	87.799	2,0%	150.311	3,1%	71,2%
Cooperativa Médica	84.001	1,9%	80.253	1,7%	-4,5%
Filantropia	25.852	0,6%	27.803	0,6%	7,5%
Medicina de Grupo	836.667	19,2%	974.778	20,0%	16,5%
Seguradora	159.016	3,6%	195.909	4,0%	23,2%
Cooperativa Odontológica	690.303	15,8%	761.928	15,7%	10,4%
Odontologia de Grupo	2.477.701	56,8%	2.672.763	55,0%	7,9%
Total	4.361.338	100,0%	4.863.745	100,0%	11,5%

O *ticket médio* mensal dos planos odontológicos passou de R\$ 17,04 para R\$ 17,76, crescendo 4,2% em 2017 em relação a 2016. Entre as modalidades, o ticket médio da cooperativa médica apresentou variação negativa de -9,8%, reduzindo seu valor de R\$ 17,15 para R\$ 15,48. O mesmo ocorreu com a medicina de grupo, com variação negativa de -1,6%, passando de R\$ 14,37 para R\$ 14,15, o que pode indicar um reposicionamento para ganho de participação de mercado. Já as demais modalidades registraram aumentos, sendo os mais expressivos em cooperativa odontológica (8,1%), filantropia (7,5%), odontologia de grupo (7,3%) e seguradora (0,7%). 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\$ 132,13, valor que é 62,2% maior do que um ano antes (R\$ 81,45).

Gráfico 13 – Ticket médio mensal de planos odontológicos por modalidade (em R\$)

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.



Em relação ao resultado líquido, as operadoras da modalidade de odontologia de grupo ampliaram o saldo positivo com ganhos de eficiência e redução das despesas operacionais, que caíram 23,0% em 2017 em relação a 2016. Outros fatores também contribuíram para o resultado positivo no período, dentre eles a melhora no resultado financeiro e patrimonial.

Quadro 2 – Desempenho financeiro das operadoras da modalidade de odontologia de grupo

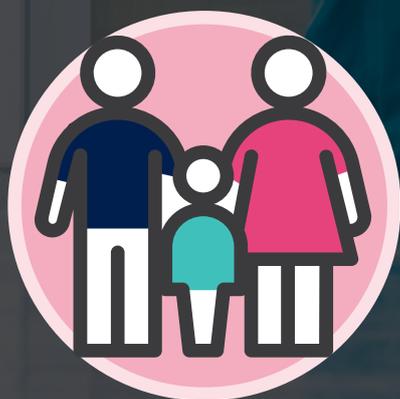
Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.

Indicador	Jan a Dez 2016	Jan a Dez 2017	Var. (%)
+ Faturamento	2.529.378	2.742.650	8,4%
- Deduções e Impostos	128.055	157.108	22,7%
= Receita Líquida	2.401.323	2.585.542	7,7%
- Custos dos Produtos Vendidos	1.040.074	1.059.984	1,9%
= Lucro Bruto	1.361.249	1.525.558	12,1%
- Despesas Operacionais Líquidas	986.022	759.694	-23,0%
+ Resultado Financeiro e Patrimonial	-4.326	139.714	...
= Resultado antes do IRPJ e CSLL	370.900	905.577	...
- IRPJ e CSLL	98.386	299.078	...
= Resultado Líquido	272.515	606.499	...

03

Saúde em foco

Saúde suplementar,
aumento de custos e o limite
orçamentário das famílias
e empresas



03

Saúde em foco

Saúde suplementar, aumento de custos e o limite orçamentário das famílias e empresas

Os custos da atenção à saúde têm aumentado em níveis acima da inflação no Brasil e na grande maioria dos países do mundo. O aumento recorrente compromete o orçamento familiar e empresarial, o que, em última instância, pode inviabilizar o acesso aos planos de saúde.

O problema é que diante do aumento do custo a operadora precisa rever preço e aplicar reajustes, e é neste momento que vários questionamentos e, às vezes, até dúvidas sobre o real aumento do custo médico tornam-se mais presentes nos debates do setor.

Os diversos estudos publicados em todo o mundo já comprovaram o fenômeno e demonstraram que não se trata de uma situação exclusivamente brasileira, e sim de um desafio global, uma vez que a variação do custo médico cresce em índice superior ao aumento da renda e acima da inflação geral da economia na maior parte do mundo.

Estudos que apontam a dinâmica global de custos em saúde são acompanhados e publicados periodicamente por empresas como as consultorias de benefícios corporativos: AON Hewitt, Willis Towers Watson e Mercer Marsh Benefícios⁴. As empresas prestam consultoria para as grandes companhias contratantes de planos de saúde e, em última instância, representam o contratante e não a operadora.

Para 2017 essas consultorias indicaram que a variação do custo médico no Brasil manteve trajetória de crescimento, com índices de dois dígitos e relativamente próximos. Segundo a AON Hewitt houve um crescimento do custo em 2017 de 16,8%, enquanto que para a Mercer Marsh o índice foi de 17,1% e para a Willis Tower 17,2%.

Entre as causas para o crescimento dos custos as empresas apontam para as mudanças demográficas e epidemiológicas, com crescente aumento dos fatores de risco como problemas cardiovasculares, mentais e emocionais, má alimentação e obesidade. Além destes, contribui também a incorporação tecnológica indiscriminada e a desvalorização cambial (que aumenta o custo da importação e manutenção dos produtos).

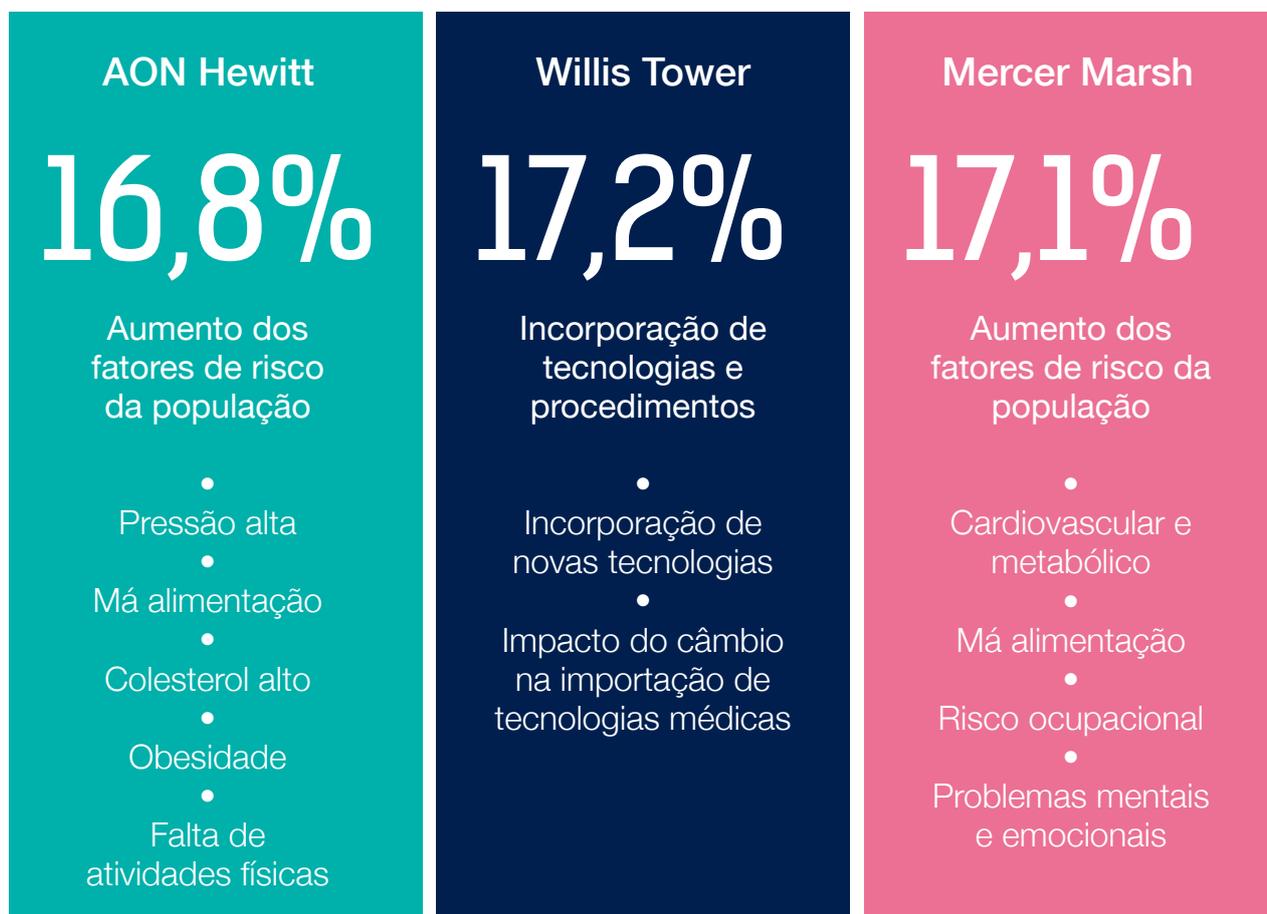
⁴AON Hewitt. **2018 Global Medical Trend Rates. 2017**. Disponível em: <http://www.aon.com/russia/files/2018-global-medical-trends-report.pdf>

Willis Tower Watson. **2018 Global Medical Trends Survey Report. 2017**. Disponível em: <https://www.willistowerswatson.com/-/media/WTW/PDF/Insights/2017/12/2018-global-medical-trends-pulse-survey-report-wtw.pdf>

Mercer Marsh Benefícios. **2018 Medical Trends Around the World. 2017**. Disponível em: <https://www.mercer.com/our-thinking/health/mercer-marsh-benefits-medical-trends-survey-2018.html>

Variação do Custo Médico-Hospitalar no Brasil em 2017 – Segundo as consultorias AON Hewitt, Willis Towers Watson e Mercer Marsh

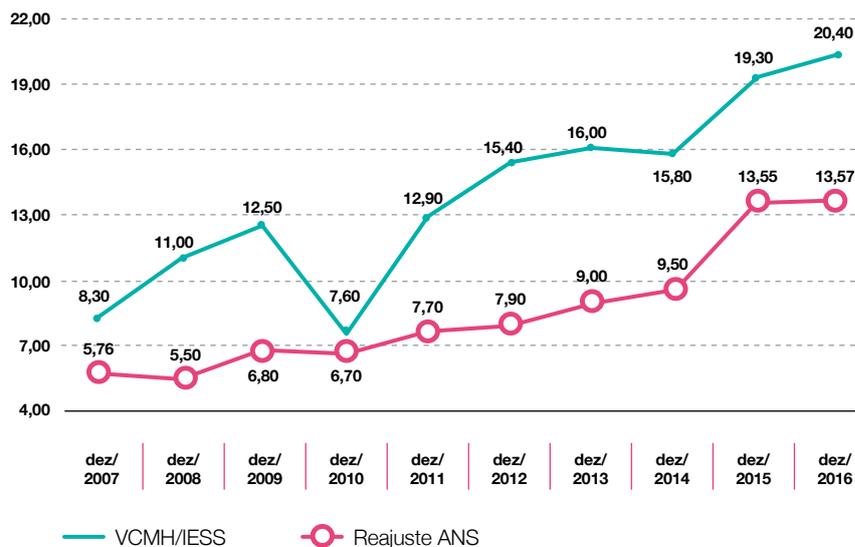
Fonte: Elaborado pela ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base nos relatórios de tendências globais para a variação do custo médico-hospitalar elaborado pelas consultorias: AON Hewitt, Willis Towers Watson e Mercer Marsh Benefícios.



Outro índice acompanhado pelo setor é a Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH) divulgado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Diferentemente dos anteriores, que são focados em planos coletivos empresariais, o índice do IESS utiliza base de dados de contratos individuais ou familiares, fornecendo uma dinâmica diferente, mas que aponta para o mesmo resultado: a variação do custo médico-hospitalar no país é elevada e está muito acima do teto para reajuste dos planos individuais definido pela ANS.

Gráfico 14 – VCMH/IESS x Reajuste ANS

Fonte: Elaborado pela ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações do IESS e ANS.



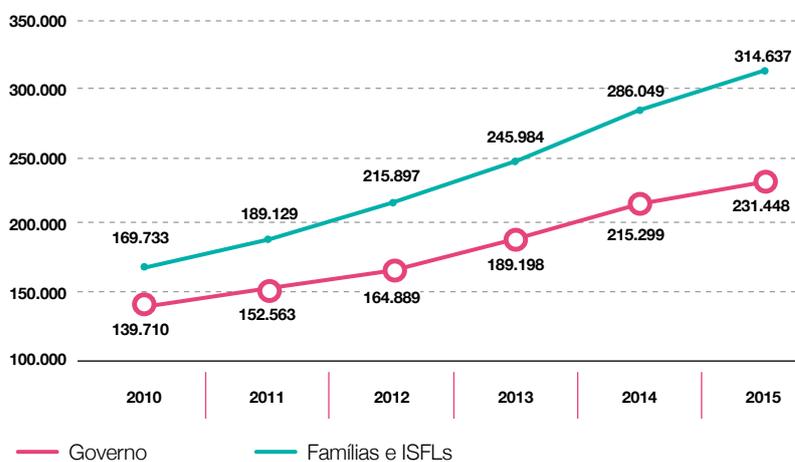
Perfil orçamentário e gastos com saúde das famílias e empresas brasileira

Ao contrário do custo que cresce de forma desenfreada, os recursos disponíveis para a saúde são limitados e há indícios de que esbarramos na restrição orçamentária de famílias e empresas no Brasil, ou seja, dificilmente os contratantes de planos conseguirão aumentar o orçamento disponível para a saúde.

Em 2015, a despesa total com bens e serviços de saúde alcançou 9,1% do PIB ou R\$ 546 bilhões, de acordo com dados do IBGE. Desse montante, as despesas do governo representavam 43% (R\$ 231 bilhões) e os 57% restantes são gastos privados (R\$ 315 bilhões), pagos por famílias e empresas.

Gráfico 15 – Despesas com saúde conforme setor institucional (Em milhões de R\$)

Fonte: Elaborado pela ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da Conta-Satélite de Saúde (IBGE).



As empresas empregadoras e contratantes de planos de saúde já dispendem em média algo entre 12,5% e 15% da folha de pagamento para custeio do plano de saúde, é o que indicam as pesquisas da AON Hewitt e Mercer Marsh.

A pesquisa da AON Hewitt contou com 533 empresas, totalizando 2,1 milhões de empregados⁵, e identificou que 32% das empresas investem até 5% da folha de pagamento em assistência à saúde, 36% gastam entre 5,1% e 10%, 25% pagam entre 10,1% e 20% e os 7% restantes desembolsam valores acima de 20% (totalizando uma média de gastos de 15% da folha de pagamento).

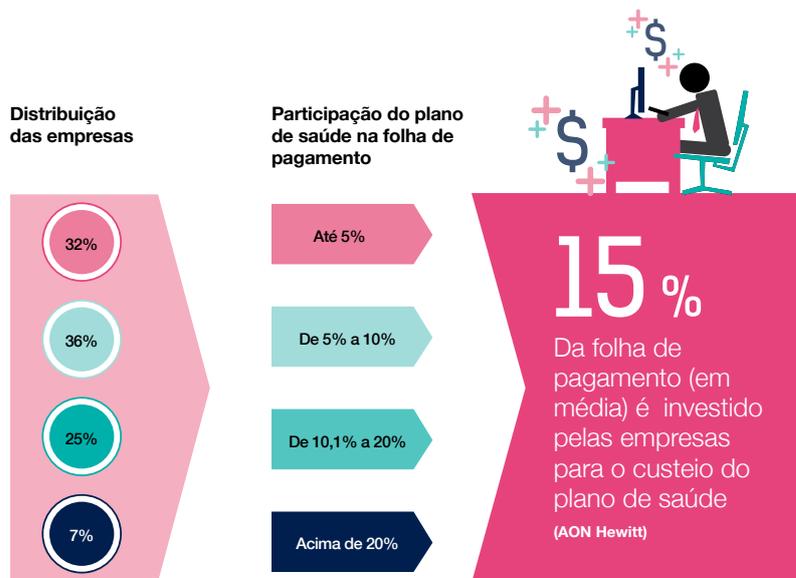
O estudo da Mercer Marsh, por sua vez, contou com 690 empresas nacionais e multinacionais de 30 segmentos da economia, totalizando 1,7 milhão de funcionários⁶, para traçar cenário onde identificou aumento considerável das despesas com planos de saúde, que passaram de 10,4% da folha de pagamento em 2012 para 12,7% em 2017. Além disso, foi identificado que 44% das empresas têm aposentados inscritos no plano de saúde e o valor médio per capita é de R\$ 929,00, representando 2,9 vezes o custo do empregado na ativa (R\$ 321,45).

⁵ AON Hewitt. **Pesquisa de benefícios AON 2016-2017, 2017**. Disponível em: <http://www.aon.com/brasil/pesquisa-de-beneficios-aon.jsp>

⁶ Mercer Marsh Benefícios. **28ª Pesquisa Anual de Benefícios Corporativos, 2017**. Disponível em: <http://www.mercermarshbeneficios.com.br/capital-intelectual/investigaciones/28--pesquisa-anual-de-beneficios-corporativos.html>

Impacto do custo do plano de saúde na folha de pagamento

Fonte: Elaborado pela ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da "Pesquisa de Benefícios 2016-2017" da AON Hewitt.

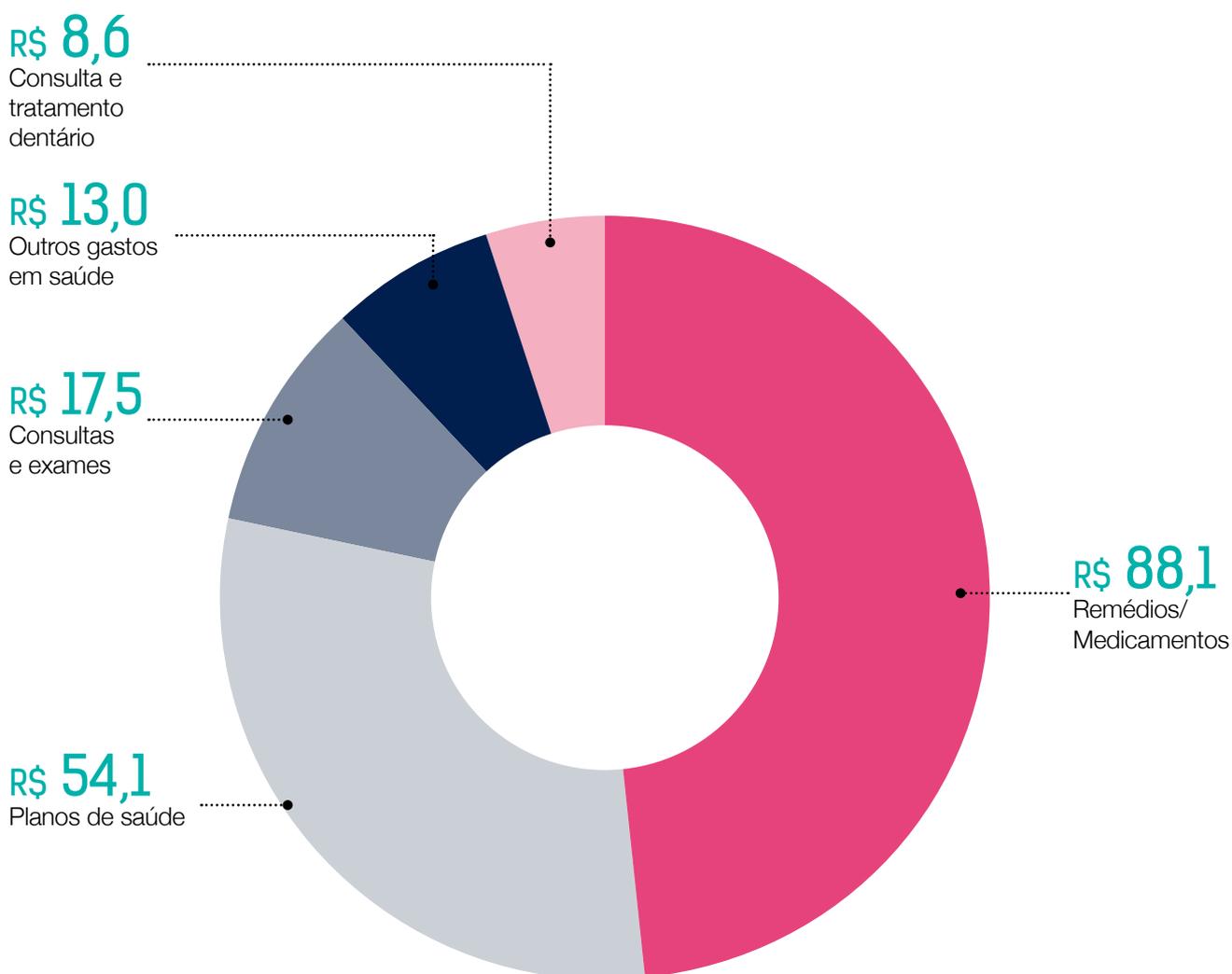


A outra fonte de recurso para custeio da atenção à saúde no Brasil são as próprias famílias, que desembolsam recursos próprios para ter acesso a medicamentos, planos de saúde, consultas, exames, terapias e internações.

A partir das informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares publicada em 2009 com valores atualizados pela inflação, medida pelo IPCA, é possível inferir que em 2017 as pessoas desembolsaram: R\$ 88,1 bilhões para custeio de medicamentos, R\$ 54,1 bi com planos de saúde, R\$ 17,5 bi com consultas e exames, R\$ 8,6 bilhões com consultas e tratamento dentário; e R\$ 13,0 bi com outros gastos.

Gráfico 16 – Gasto anual das famílias em bilhões de R\$ por tipo de despesa de saúde

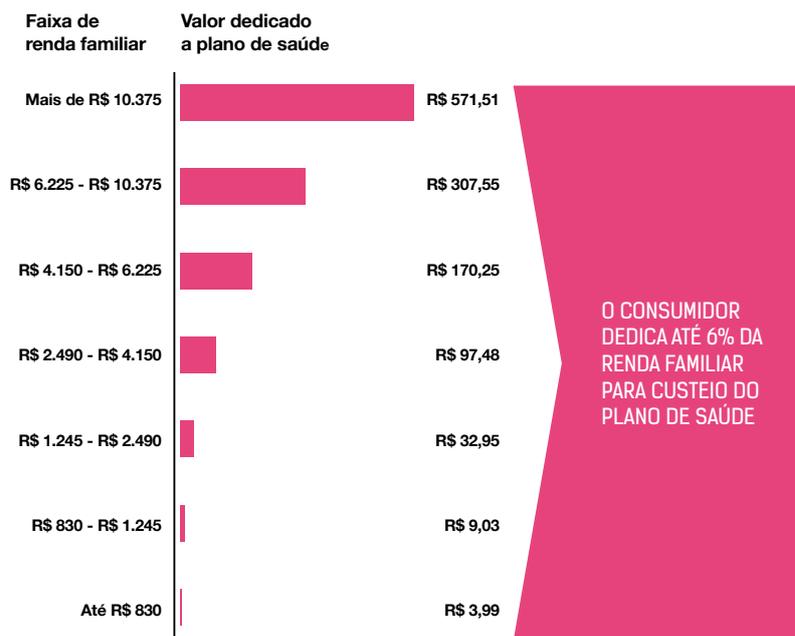
Fonte: Elaborado pela ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008/2009).



A partir da mesma pesquisa, é possível inferir que o desembolso para custeio do plano de saúde já representa, em média, até 6% da renda familiar, sendo que a sua participação no total de despesas cresce conforme aumenta a renda. A título de exemplo, enquanto famílias cuja faixa de renda está entre R\$ 2.490 e R\$ 4.150 desembolsam em média até R\$ 97,48 mensalmente com planos de saúde, aquelas com rendimento mensal superior a R\$ 10.375 gastam R\$ 571,51. Importante notar também que a despesa com plano de saúde é praticamente nula quando observadas famílias que têm rendimento inferior a R\$ 2.490, ou seja, os produtos comercializados hoje poucas vezes se encaixam na renda disponível para essa parte importante da população.

Gráfico 17 – Gasto das famílias brasileiras com plano de saúde por faixa de renda

Fonte: Elaborado pela ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008/2009)



Em suma, é evidente que o montante para custeio da saúde cresceu bastante nos últimos anos, aumentando sua participação no total de despesas de empresas e famílias. Este crescimento começa a dar sinais de que alcançou certo limite e de que não há mais recursos disponíveis para serem direcionados à saúde.

Diante dessas condições, todo o setor de saúde, incluindo as operadoras de planos, os prestadores de serviços e a indústria de materiais e medicamentos, precisará buscar novas soluções, que não apenas atendam a demanda da sociedade, mas que também sejam adequadas à disponibilidade de renda dos indivíduos.

Se a tônica for incorporar toda a tecnologia e toda a inovação de processo, seja qual for o custo, certamente serão criados desequilíbrios e, na ausência de recursos novos, quantias deverão ser desviadas de um atendimento para outro, comprometendo a assistência à saúde como um todo.

Cenário Saúde

Publicação do Sistema

Abramge . Sinamge . Sinog

Utilize o leitor de **QR Code** de seu celular para acessar outros produtos e serviços do Sistema Abramge/Sinamge/Sinog e fique atualizado com informações e dados do mercado de saúde suplementar.



Estudo Técnico

(<https://goo.gl/YahsTx>)



IPS/Abramge

Índice de Interesse
por Planos de Saúde

**Com base no índice
de buscas do Google Trends®*

(<https://goo.gl/5nKy4y>)



Saúde Dados®

1ª plataforma de mercado
voltada para saúde
suplementar

(<https://goo.gl/eGH28C>)

Realização:



Apoiadores do projeto:





abramge • sinamge • sinog

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

11 3289.7511 . imprensa@abramge.com.br