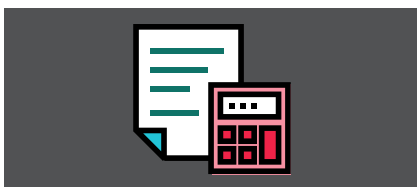


# Cenário Saúde

Publicação do Sistema  
**Abramge . Sinamge . Sinog**  
Volume 4, Nº 3 de 2019  
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

## 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



## Planos Odontológicos

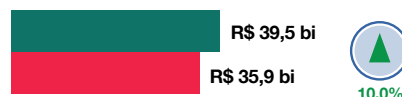


## Receita de contraprestações, despesas assistenciais e resultado operacional para planos médico-hospitalares

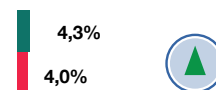
### Receita de contraprestações



### Despesa Assistencial

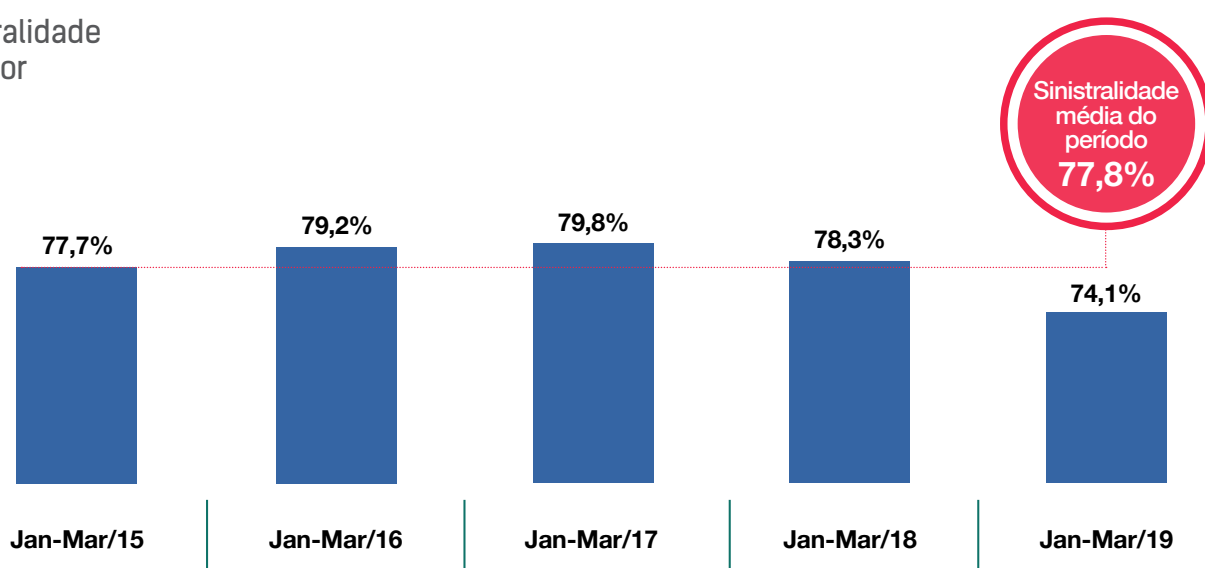


### Margem Operacional (em % do Receita)



■ Jan-Mar/19      ■ Jan-Mar/18

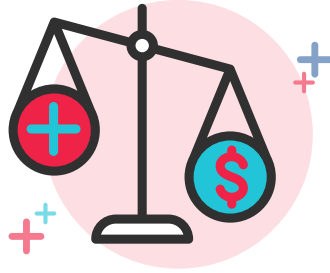
## Sinistralidade do setor





7,35%

Foi o “Índice de Reajuste dos Planos Individuais 2018”



96  
operadoras

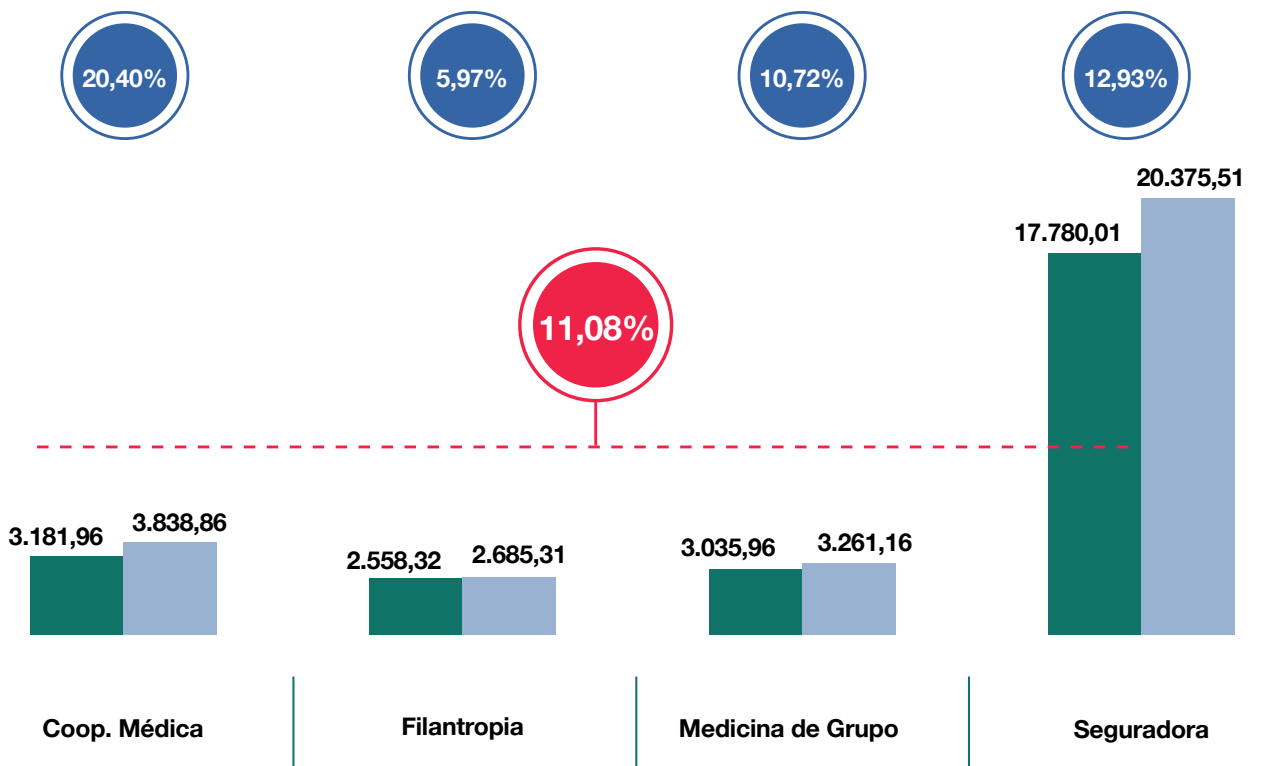
É a quantidade de operadoras que apresentam desequilíbrios em suas carteiras de planos individuais (2018)



1,6  
milhão

É o número de beneficiários que estão em operadoras que apresentam desequilíbrios

Despesa Assistencial por Beneficiário (em R\$) e Variação com Ponderação (em %), conforme Modalidade



■ Desp. Assist. por Beneficiário - 2017 (em R\$)

■ Desp. Assist. por Beneficiário - 2018 (em R\$)

- - - VDA Média do Setor com Ponderação (em %)

■ VDA com Ponderação (em %)

# Cenário Saúde

Abramge . Sinamge . Sinog

Volume 4, Nº 3 de 2019

## Apresentação

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

Neste 15º número, a publicação apresenta os indicadores de desempenho da saúde suplementar em um cenário de retomada após uma das maiores crises do país, com lento crescimento do PIB, inflação baixa, queda das taxas de juros e aprovação de importantes reformas econômicas.

O número de beneficiários para cobertura médico-hospitalar voltou a registrar crescimento no segundo trimestre de 2019, após a queda registrada no trimestre anterior. Por outro lado, a cobertura dos planos exclusivamente odontológicos avançou durante todo o período de crise econômica e superou as estimativas de crescimento, demonstrando a capacidade de adaptação à crise e de geração de valor do plano odontológico.

A sessão especial, por sua vez, analisa os resultados da nova metodologia de cálculo do reajuste de planos médico-hospitalares individuais, demonstrando como cada item foi calculado e a sua influência sobre o índice final. Além disso, ressalta-se os problemas decorrentes das políticas de reajuste, que têm gerado desequilíbrios para um conjunto de operadoras de planos de saúde, ao impossibilitar a recomposição do aumento das despesas assistenciais.

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 Considerações sobre o reajuste de planos individuais

- 26. História da regulação do reajuste de planos individuais e a nova metodologia
- 27. Sobre o cálculo do reajuste para o biênio 2019-2020

01

# Mercado de saúde suplementar

## Planos Médico-Hospitalares





# 01

## Mercado de saúde suplementar

### Planos médico-hospitalares

## Número de beneficiários e taxa de cobertura

O número de beneficiários de planos médico-hospitalares voltou a registrar crescimento no segundo trimestre de 2019, após a queda registrada no trimestre anterior. Estes ganhos ampliaram o acesso à cobertura, de tal forma que, entre abril e junho desse ano, 105 mil novos beneficiários (ou 0,2%) aderiram a algum produto, alcançando 47,1 milhões de vínculos.

O mercado sofre influência direta da sazonalidade observada no mercado de trabalho, registrando menores índices de cobertura no primeiro trimestre do ano, quando ocorre a rescisão de contratos temporários, e aumento na segunda metade do ano quando as companhias abrem novas vagas para aumentar a produção para o final do ano.

Diante deste cenário, pelo segundo ano seguido o número de beneficiários cobertos atingiu os menores índices da série mais recente em março, registrando 47 milhões de beneficiários cobertos.

Importante notar que, ainda que lenta, a retomada do setor é confirmada pelo desenho positivo do mercado de trabalho, uma vez que 235,7 mil vagas foram criadas no segundo trimestre de 2019, número superior ao verificado no mesmo período em 2017 e 2018 (131,1 mil e 188,4 mil, respectivamente). Embora positiva, essa geração de empregos ainda é inferior aos níveis pré-crise, o que evidencia a necessidade de uma retomada ainda mais vigorosa.

Os principais setores que contribuíram para o aumento do emprego no segundo trimestre de 2019 foram: educação (78.068); saúde (41.428); construção (40.037); atividades administrativas e serviços complementares (15.439); e atividades profissionais, científicas e técnicas (10.821).

**47,1**  
milhões

É o número de beneficiários de planos médico-hospitalares (jun/19)

**-0,06%**

Foi a variação do número de beneficiários registrada nos últimos 12 meses (com término em jun/19)

**48,6**  
milhões

É o número de beneficiários previsto para dez/20, acumulando crescimento de 3,3% (em relação a jun/19)

Para 2019, os modelos preditivos desenvolvidos pela entidade apontavam crescimento de 579 mil beneficiários, encerrando o ano com 47,7 milhões de indivíduos cobertos. Entretanto, dificilmente este resultado será alcançado devido ao cenário econômico ainda adverso. As estimativas para 2020 e 2021, continuam apontando crescimento, alcançando 47,9 e 48,6 milhões de pessoas cobertas, respectivamente. O modelo de previsão utilizado toma por base três conjuntos de variáveis, sendo elas o desempenho do mercado de trabalho em 14 setores da economia, a variação do PIB e medidas gerais de incerteza da economia brasileira<sup>1</sup>.

Importante ressaltar que o cenário econômico incorpora as incertezas políticas e econômicas, que afetam as decisões de investimento dos empresários e consumo das famílias e conseqüentemente comprometem maiores avanços do PIB e a geração de empregos no país.

O desempenho econômico recente reforça essa tendência, na medida em que o país não tem registrado aumento consistente do PIB, apesar do avanço de 1,0% no segundo trimestre de 2019. As expectativas para o final do ano ainda se encontram em baixa, conforme a previsão de 0,9%, segundo o Boletim Focus publicado pelo Banco Central<sup>2</sup>.

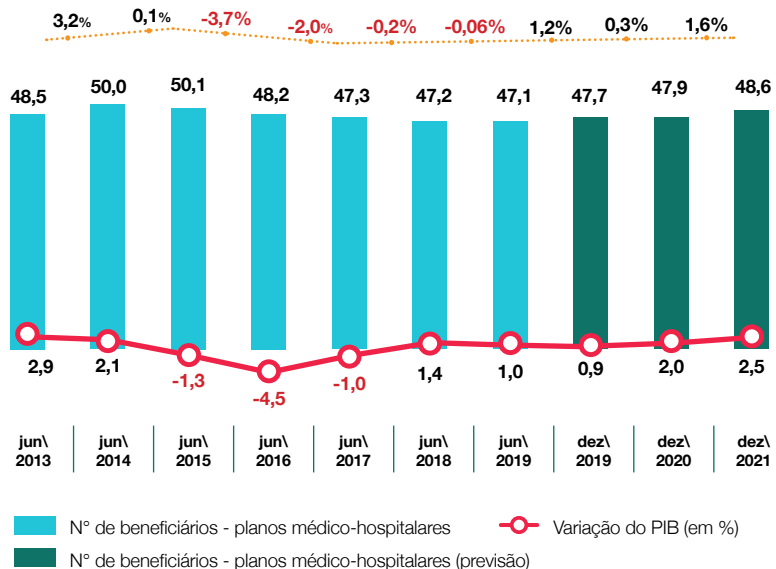
## Gráfico 1 – Número de beneficiários de planos médico-hospitalares

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*.

<sup>1</sup> 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](http://www.policyuncertainty.com/brazil_monthly.html). O modelo econométrico empregado foi um modelo multivariado de séries temporais (Vetor Auto Regressivo – VAR).

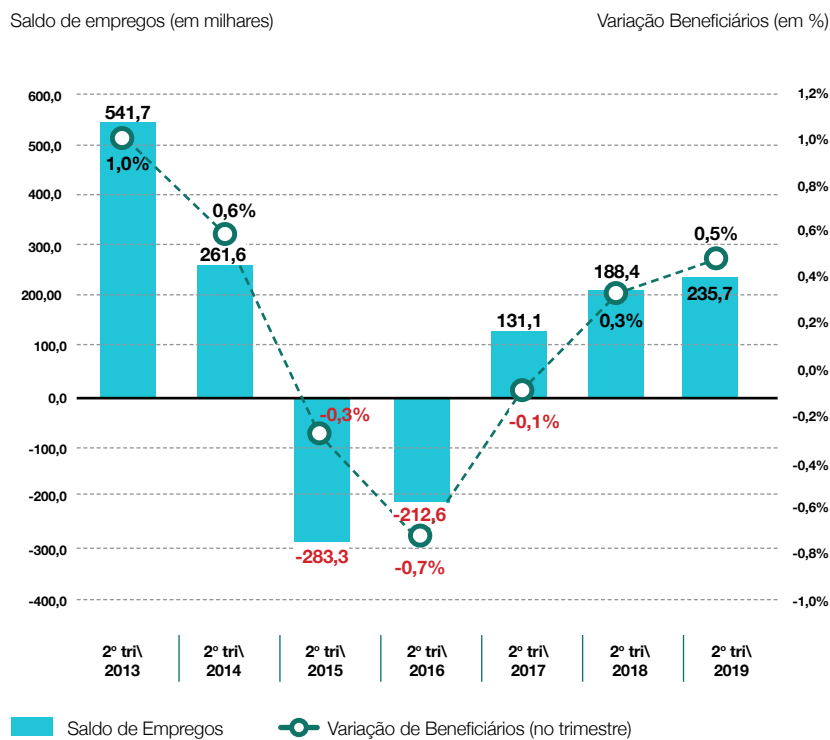
<sup>2</sup> Boletim Focus do 04 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/content/focus/focus/R20191004.pdf>

Em milhões de beneficiários



## Gráfico 2 – Saldo de empregos no trimestre x Variação trimestral do número de beneficiários (2º tri/2012 – 2º tri/2019)

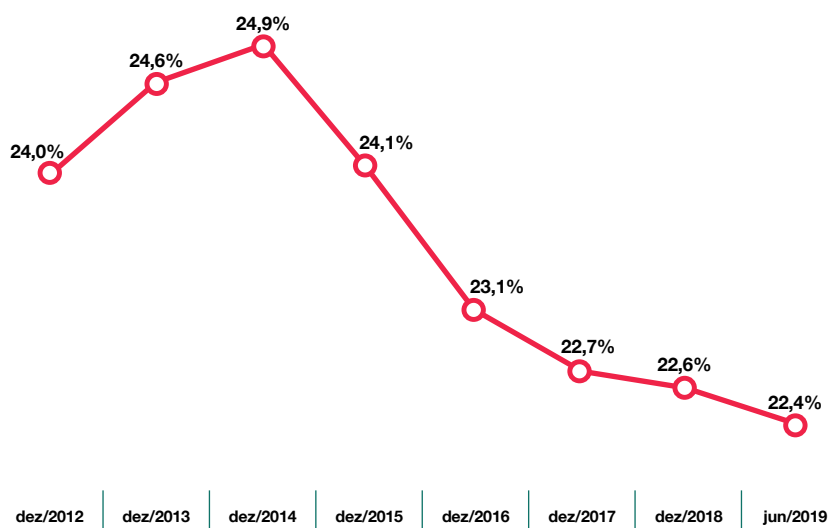
Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS e do CAGED/MTE.



A taxa de cobertura de planos médico-hospitalares atingiu o ápice em dezembro de 2014, quando 24,9% 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 2,5 pontos percentuais e encerrando o segundo trimestre de 2019 com 22,4% 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 e IBGE.

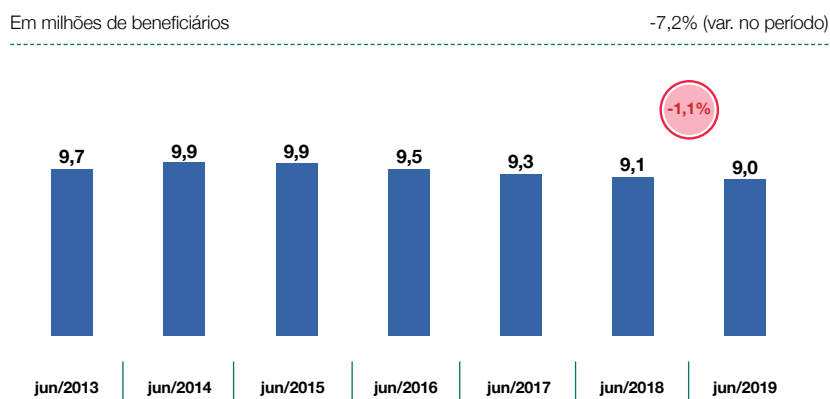


A análise por tipo de contratação indica que os planos coletivos empresariais foram os únicos que apresentaram crescimento nos últimos 12 meses, com a adição de 124 mil beneficiários, ou taxa de 0,4%. Já os planos individuais ou familiares e coletivos por adesão apresentaram desempenho negativo, com quedas de -1,1% e -0,1%, respectivamente.

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

### Plano Individual/Familiar

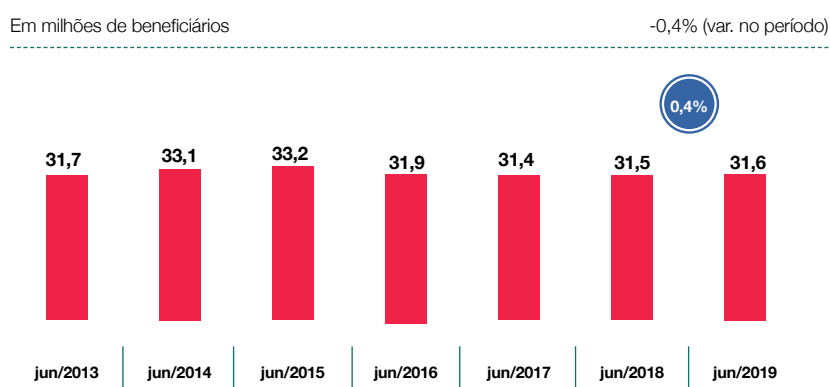
Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.



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

### Plano Coletivo Empresarial

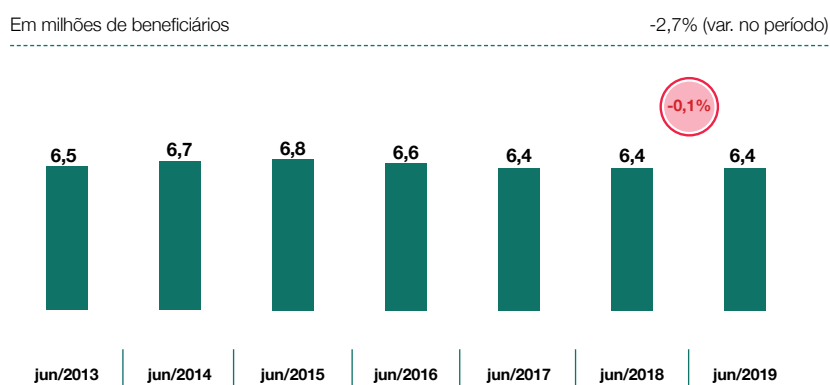
Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.



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

### Plano Coletivo por Adesão

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG 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.

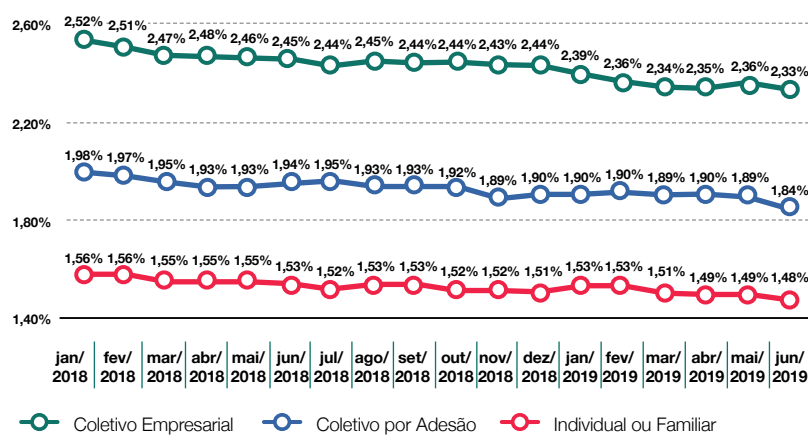
Em 12 meses compreendidos entre julho de 2018 e junho de 2019, o volume de adesões foi de 12,9 milhões de beneficiários, consolidando o cadastro de 10,1 milhões de beneficiários em planos coletivos empresariais, 1,5 milhão em planos individuais e 1,2 milhão em planos coletivos por adesão. Muito provavelmente parte desses beneficiários estão migrando de um produto para outro, mas, certamente, uma fração é de novos beneficiários que ainda não tinham acesso ao Sistema Suplementar.

Em relação ao índice *churn rate*, os planos individuais apresentam o menor índice, de 1,48% ao mês, e os planos coletivos empresariais o maior, de 2,33% ao mês, ou seja, beneficiários de planos individuais estão menos propensos a cancelar o plano ou até mesmo a trocar de produto.

Interessante notar que as taxas de cancelamento de planos estão caindo em todos os tipos de contratação, evidenciando a menor propensão dos beneficiários em sair dos seus planos.

**Gráfico 5 – Churn Rate em planos médico-hospitalares por tipo de contrato (Jan/2018 a Jun/2019)**

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 2,0% nos últimos 12 meses, enquanto que as demais modalidades registraram queda: cooperativa médica (-0,3%); seguradora (-1,6%); autogestão (-3,7%); e filantropia (-6,4%).

Considerando o desempenho acumulado desde 2012, o mesmo quadro se repete, uma vez que as operadoras da modalidade de medicina de grupo continuam em destaque, registrando aumento de 10,7%. Enquanto que as demais modalidades registraram perda de beneficiários no mesmo período. As cooperativas médicas, seguradoras, autogestões e filantropias acumularam perdas de -1,7%, -5,5%, -10,5% e -34,0%, no mesmo período

**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	Medicina de Grupo	Cooperativa Médica	Seguradora	Autogestão	Filantropia	Total
jun/2012	16.562.462	17.608.501	6.292.628	5.165.465	1.390.437	47.019.493
jun/2013	16.943.861	18.202.466	6.801.279	5.090.090	1.424.090	48.461.786
jun/2014	17.346.113	18.890.155	7.240.324	5.369.288	1.166.944	50.012.824
jun/2015	17.200.768	19.370.746	6.992.456	5.397.196	1.107.670	50.068.836
jun/2016	17.183.051	18.189.936	6.643.029	5.141.230	1.065.611	48.222.857
jun/2017	17.607.262	17.550.330	6.252.946	4.973.019	964.049	47.270.256
jun/2018	17.971.901	17.356.109	6.043.398	4.800.926	980.779	47.153.113
jun/2019	18.336.143	17.300.943	5.946.510	4.624.721	917.533	47.125.850
Var. acumulada	10,7%	-1,7%	-5,5%	-10,5%	-34,0%	0,2%
Var. (12 meses)	2,0%	-0,3%	-1,6%	-3,7%	-6,4%	-0,1%

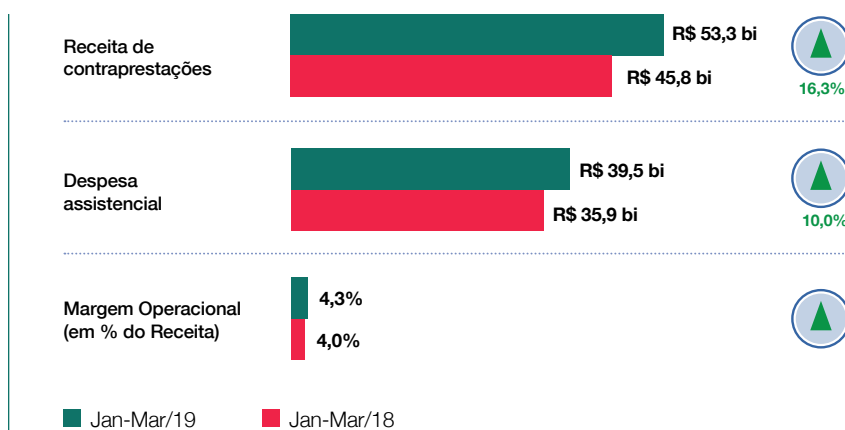
## Desempenho econômico-financeiro

A receita de contraprestações das operadoras de planos de saúde de cobertura médico-hospitalar totalizou R\$ 53,3 bilhões no acumulado entre janeiro e março de 2019, registrando crescimento de 16,3% em relação ao mesmo período do ano anterior. As despesas assistenciais, por sua vez, avançaram menos, acumulando alta de 10,0% no mesmo período, atingindo R\$ 39,5 bilhões.

Com as receitas avançando em ritmo mais forte que as despesas, a margem operacional também cresceu, alcançando 4,3%. A margem operacional é a relação entre o resultado operacional e a receita de contraprestações. O resultado operacional, por sua vez, 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, financeiras, deduções, tributos e corresponsabilidades assumidas e transferidas das operadoras.

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

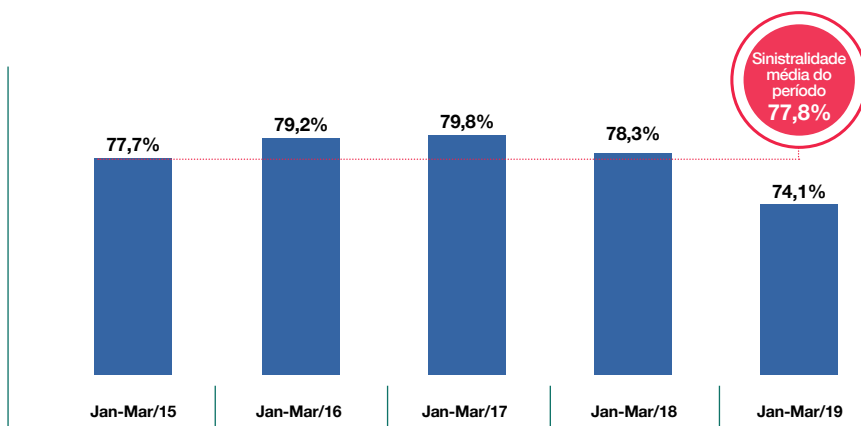
Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.



O índice de sinistralidade alcançou 74,1% no primeiro trimestre de 2019, o menor índice registrado para o período desde 2014. 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\$ 74,10 são utilizados para custear despesas médico-hospitalares do grupo de pessoas seguradas. Importante lembrar que a sinistralidade é sempre mais baixa no primeiro trimestre do ano devido a efeitos sazonais.

## Gráfico 7 Sinistralidade do Setor

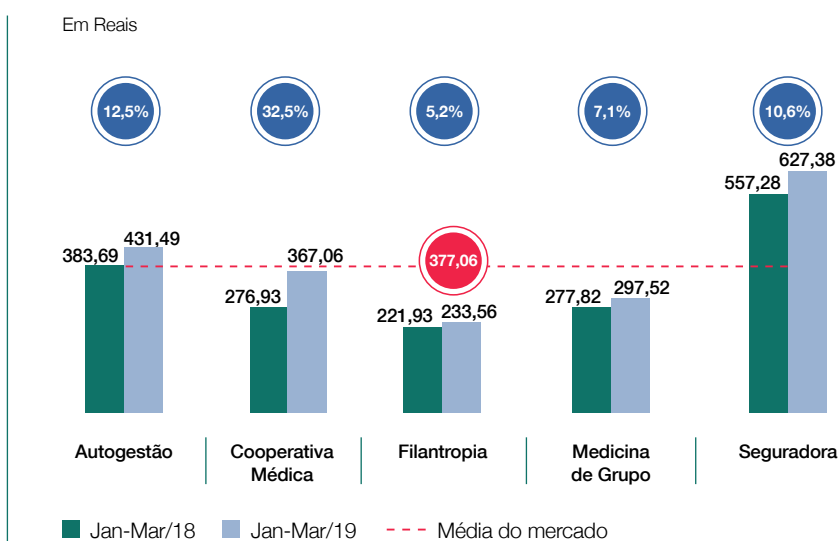
Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS.



O *ticket médio* mensal de planos para cobertura médico-hospitalar cresceu 16,2% no 1º trimestre de 2019 em relação ao mesmo período de 2018, passando de R\$ 324,45 para R\$ 377,06. Esse resultado é bem diverso quando avaliado por modalidade da operadora, sendo que o *ticket médio* das operadoras de cooperativas médicas cresceu 32,5%, o que pode ser explicado por mudança nos padrões contábeis da ANS, que afetou os lançamentos nas contas de corresponsabilidade transferida e assumida. Em seguida, aparecem as seguintes modalidades: autogestão (12,5%), seguradora (10,6%), medicina de grupo (7,1%), e filantropia (5,2%).

## Gráfico 8 – Ticket médio por modalidade da operadora 1º trimestre de 2019 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, em março de 2019 o valor total das obrigações era de R\$ 48,6 bilhões, sendo composto por R\$ 38,3 bi em provisões técnicas e R\$ 10,2 bi em provisões fiscais e judiciais. O total de ativos, por sua vez, alcançou R\$ 103,8 bi, sendo R\$ 72,8 bi em aplicações financeiras, R\$ 12,9 bi em imóveis, R\$ 16,2 bi em participações em outras empresas e R\$ 1,9 bi em caixa.

Posição financeira do setor  
(obrigações vs. ativos) – Mar/2019

**Ativos**

R\$ 103,8bi

R\$ 12,9bi  
Imóveis

R\$ 1,9bi  
Caixa

R\$ 16,2bi  
Participações

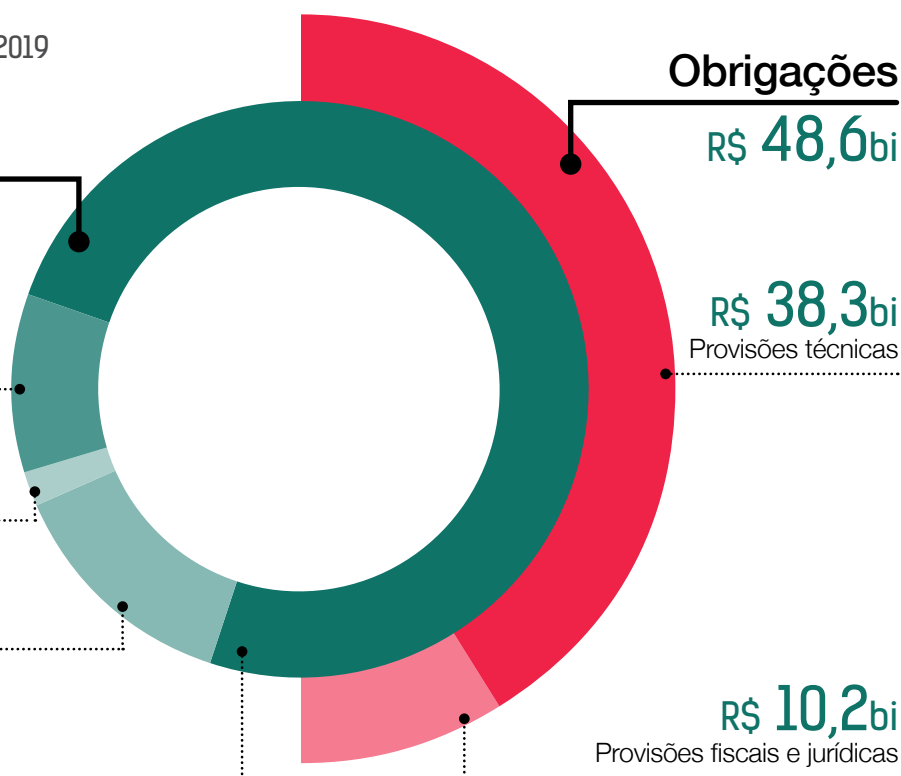
R\$ 72,8bi  
Aplicações

**Obrigações**

R\$ 48,6bi

R\$ 38,3bi  
Provisões técnicas

R\$ 10,2bi  
Provisões fiscais e jurídicas



O resultado líquido consolidado pelas operadoras de medicina de grupo de janeiro a março de 2019 foi de R\$ 760 milhões, valor 25% maior do que o verificado no mesmo período do ano anterior (R\$ 608 milhões). Diversos fatores contribuíram para o resultado positivo no período, sendo importante registrar que a receita líquida cresceu 9,2%, enquanto o custo do produto vendido (despesa assistencial) avançou 10,2% e as despesas operacionais líquidas 4,3%.

**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 Mar 2018	Jan a Mar 2019	Var. (%)
+ Faturamento	15.421.911	16.881.705	9,5%
- Deduções e Impostos	402.754	475.133	18,0%
= Receita Líquida	15.019.157	16.406.573	9,2%
- Custos dos Produtos Vendidos	11.393.577	12.560.545	10,2%
= Lucro Bruto	3.419.228	3.721.530	8,8%
- Despesas Operacionais Líquidas	2.678.150	2.794.589	4,3%
+ Resultado Financeiro e Patrimonial	234.049	242.580	
= Resultado antes do IRPJ e CSLL	975.127	1.169.521	
- IRPJ e CSLL	366.671	408.956	
= Resultado Líquido	608.456	760.565	



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, e a cada trimestre que passa, supera as expectativas e as adversidades impostas pelo baixo crescimento econômico do país. O número de beneficiários avançou 14,1% nos últimos 2 anos, entre o segundo trimestre de 2017 e de 2019 e o setor já oferece cobertura e acesso a procedimentos odontológicos para 24,8 milhões de pessoas.

Importante realçar que a quantidade de beneficiários cresceu em 2018 e 2019 a taxas superiores ao que era observado em 2013 e 2014, anos antes do início da crise econômica.

As perspectivas continuam positivas e há espaço para que o setor mantenha a trajetória de crescimento. As estimativas indicam avanço mais forte até 2020, com crescimento de 10,6%, quando mais de 27,4 milhões<sup>3</sup> de pessoas poderão ter acesso a plano para cobertura odontológica, contingente de pessoas maior do que a população inteira da Austrália.

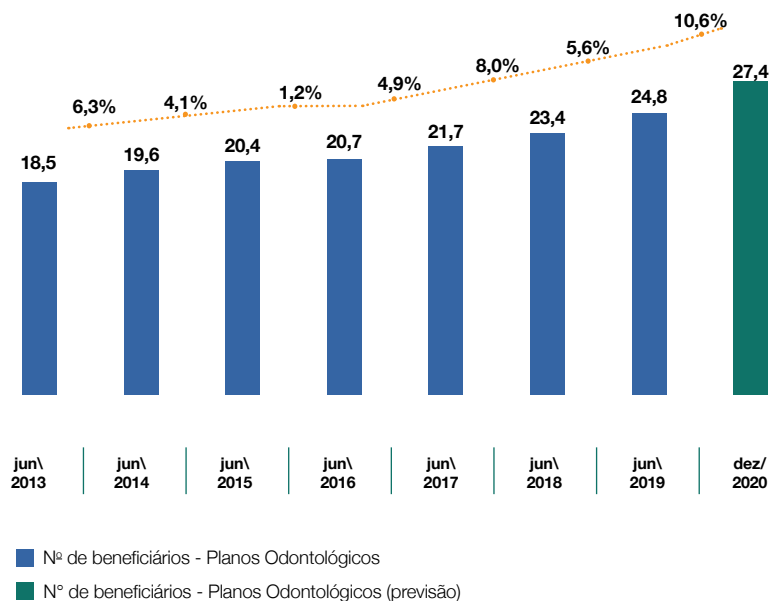
Para se ter uma ideia da dimensão do crescimento do setor, mantida a taxa média de crescimento anual em torno de 5%, em menos de 15 anos o segmento odontológico teria mais beneficiários do que o plano médico possui hoje.

### Gráfico 9 - Número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos

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

<sup>3</sup> NOTA TÉCNICA: A previsão do mercado de planos odontológicos considerou as taxas de crescimento dos últimos trimestres. O método empregado foi um modelo generalizado de heterocedasticidade condicional auto-regressiva (GARCH - *Generalized Autoregressive Conditional Heteroskedasticity*), que é um procedimento indicado para séries não-estacionárias, sem sazonalidade e voláteis.

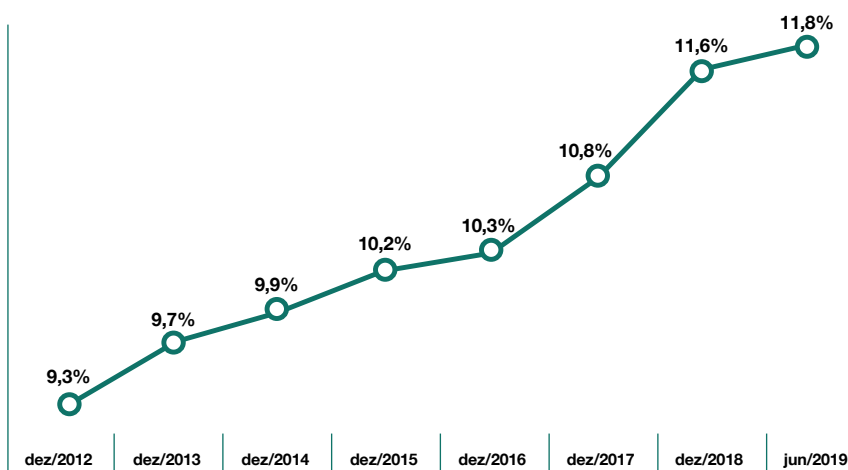
Em milhões de beneficiários



A taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos aumentou consideravelmente, a uma razão de aproximadamente 0,4 ponto percentual por ano, alcançando 11,6% da população em dezembro de 2018 e 11,8% em junho de 2019. Esse valor representa um crescimento acumulado de 2,5 pontos percentuais entre 2012 e 2019.

## Gráfico 10 - Taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos

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



O crescimento dos planos odontológicos foi impulsionado por todos os tipos de contratação, em especial pelo coletivo empresarial, que registrou aumento de 4,7% ou 820 mil novos vínculos no segundo trimestre de 2019 em relação ao mesmo período do ano anterior. Já os planos individuais cresceram 7,8% no mesmo período, com o acréscimo de 315 mil novos beneficiários e os planos coletivos por adesão cresceram 9,6% ou 196 mil novos vínculos.

Desde 2012, o crescimento do mercado de planos odontológicos está amparado no desempenho dos planos coletivos empresariais, que acumularam aumento de 38,3%. Os planos individual ou familiar e coletivo por adesão registraram variações positivas de 36,0% e 19,9% no mesmo período.

**24,8**  
milhões

É o número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos (jun/19)

**14,1%**

Foi o crescimento de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos nos últimos 2 anos (jun/17 a jun/19)

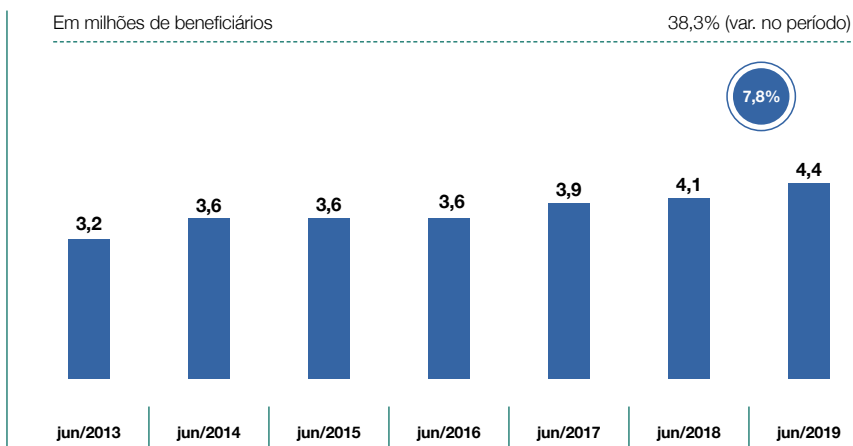
**27,4**  
milhões

É o número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos previsto para dez/2020

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

#### Planos de contratação Individual/Familiar

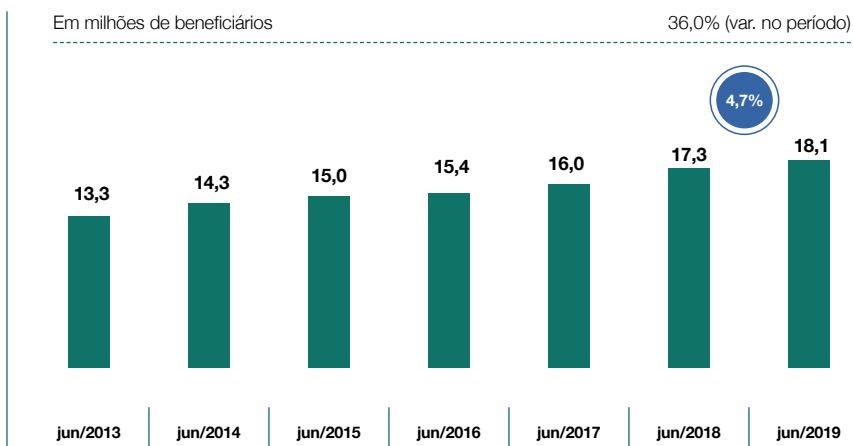
Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS



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

#### Planos de contratação Coletivo Empresarial

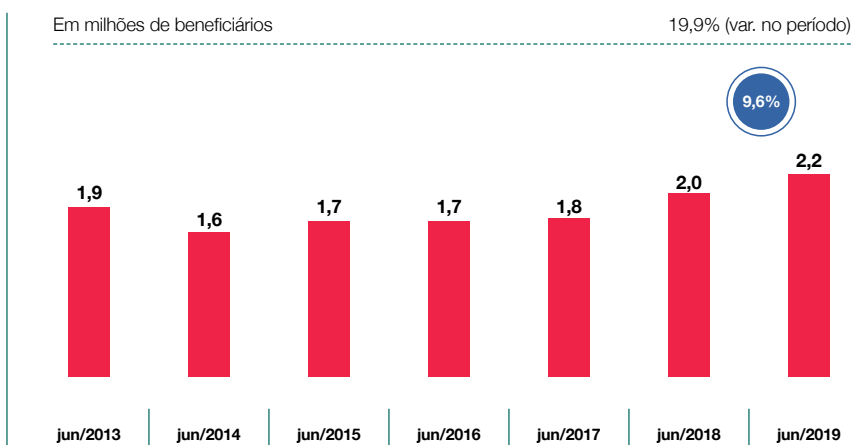
Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da ANS



### 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





Os contratos individuais apresentam elevado índice de cancelamento alcançando taxa de 3,24% ao mês, índice superior às demais modalidades e maior do que o verificado nos planos médicos.

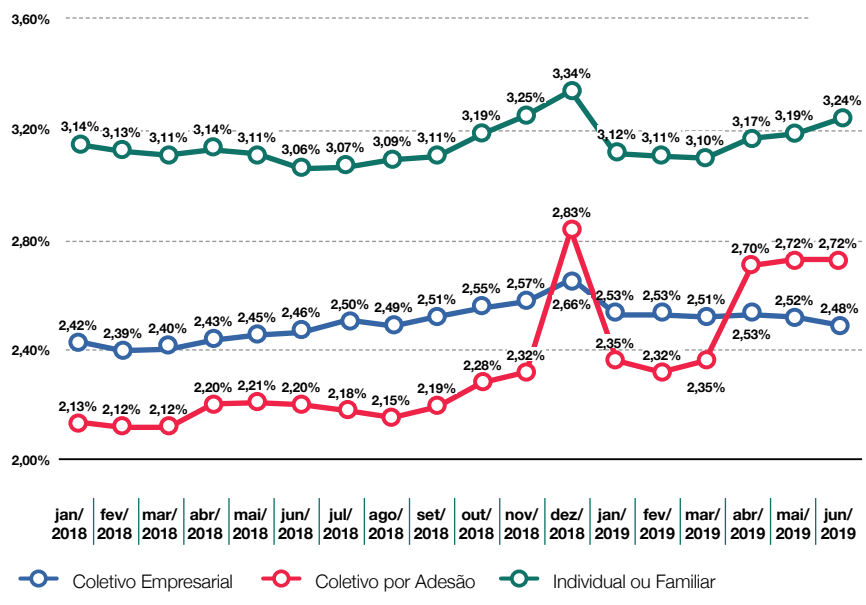
Outras medidas importantes para o acompanhamento do setor é o volume de novas adesões a planos de saúde e o *churn rate* ou taxa de cancelamento de contratos.

Em 12 meses compreendidos entre julho de 2018 e junho de 2019 foram 10,0 milhões de novas adesões a planos exclusivamente odontológicos, somando 6,8 milhões de beneficiários em planos coletivos empresariais, 2,2 milhões em planos individuais e 0,9 milhão em planos coletivos por adesão. Muito provavelmente parte desses beneficiários estão migrando de um produto para outro, 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. Os contratos individuais apresentam elevado índice de cancelamento alcançando taxa de 3,24% ao mês, índice superior às demais modalidades e maior do que o verificado nos 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. É importante frisar que houve crescimento do indicador nos planos coletivos por adesão, o que sinaliza uma maior rotatividade nesta modalidade.

Gráfico 12 - *Churn Rate* em planos excl. odontológicos por tipo de contrato (Jan/2018 a Jun/2019)

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 (25,0%), seguido pelas cooperativas médicas (9,4%), medicinas de grupo (7,9%), odontologias de grupo (3,4%) e cooperativas odontológicas (2,7%). E por fim, as modalidades de autogestão e filantropia registraram perdas no mesmo período, de -3,4% e -4,8%.

**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/2012	52.545	315.275	129.473	2.401.257	488.250	2.744.006	11.573.733	17.704.539
jun/2013	52.493	361.170	128.784	3.246.461	490.582	2.917.892	11.286.893	18.484.275
jun/2014	57.666	400.754	112.328	3.700.308	620.748	3.019.664	11.729.215	19.640.683
jun/2015	90.768	404.614	107.952	3.902.569	755.679	3.079.525	12.104.748	20.445.855
jun/2016	90.622	405.880	104.231	4.985.383	760.873	3.111.913	11.238.138	20.697.040
jun/2017	98.195	416.250	102.385	5.603.242	936.501	3.135.354	11.419.400	21.711.327
jun/2018	92.489	444.024	104.298	6.287.022	1.181.838	3.252.087	12.086.453	23.448.211
jun/2019	89.308	485.719	99.334	6.785.593	1.476.750	3.339.326	12.495.817	24.771.847
Var. acumulada	70,0%	54,1%	-23,3%	182,6%	202,5%	21,7%	8,0%	39,9%
Var. (12meses)	-3,4%	9,4%	-4,8%	7,9%	25,0%	2,7%	3,4%	5,6%

## Desempenho econômico-financeiro

Entre janeiro e março de 2019, o mercado de planos odontológicos movimentou R\$ 1,3 bilhão em receita de contraprestações, valor 9,9% maior do que o registrado no mesmo período do ano anterior (R\$ 1,2 bilhão). As cooperativas médicas apresentaram o maior crescimento nos últimos 12 meses (60,4%), o que pode ser explicado por mudança nos padrões contábeis da ANS, que afetou os lançamentos nas contas de corresponsabilidade transferida e assumida. Em seguida, aparecem as seguradoras (28,9%), odontologias de grupo (9,4%), medicinas de grupo (7,9%), cooperativas odontológicas (7,0%), filantropias (3,5%) e, por fim, a modalidade de autogestão apresentou desempenho negativo de -21,2%.

Em termos de market share, a modalidade com maior participação de mercado na composição da receita de contraprestações continua sendo a odontologia de grupo (55,8%), seguida pela medicina de grupo (21,5%), cooperativa odontológica (12,4%), seguradora (5,7%), cooperativa médica (2,5%), autogestão (1,5%) 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.

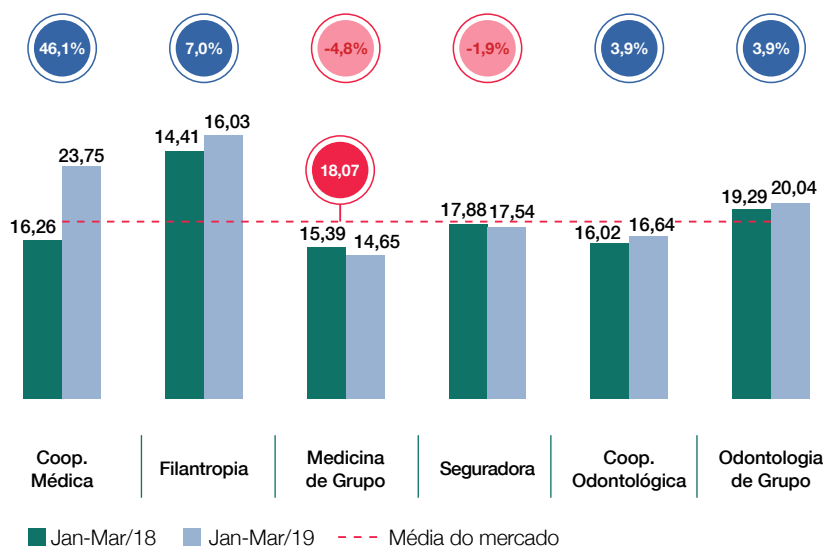
Modalidade	Jan-Mar 2018		Jan-Mar 2019		Var. (12 meses)
	Valores (Em milhares de R\$)	Market Share (em %)	Valores (Em milhares de R\$)	Market Share (em %)	
Autogestão	24.973	2,1%	19.678	1,5%	-21,2%
Cooperativa Médica	20.877	1,7%	33.485	2,5%	60,4%
Filantropia	7.861	0,6%	8.136	0,6%	3,5%
Medicina de Grupo	266.563	21,9%	287.589	21,5%	7,9%
Seguradora	59.259	4,9%	76.397	5,7%	28,9%
Cooperativa Odontológica	154.736	12,7%	165.523	12,4%	7,0%
Odontologia de Grupo	680.899	56,0%	744.869	55,8%	9,4%
<b>Total</b>	<b>1.215.168</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.335.637</b>	<b>100,0%</b>	<b>9,9%</b>

O *ticket médio* mensal dos planos odontológicos passou de R\$ 17,74 para R\$ 18,07, crescendo 1,2% em 2019 em comparação ao ano anterior. Entre as modalidades, o ticket médio das filantropias apresentou variação de 7,0%, aumentando seu valor de R\$ 25,30 para R\$ 27,08. As demais modalidades apresentaram as seguintes variações: odontologia de grupo (3,9%), cooperativa odontológica (3,9%), seguradora (-1,9%), e medicina de grupo (-4,8%).

Os *tickets médios* das modalidades de autogestão e cooperativa médica não foram apresentados na análise porque o resultado diverge da média do mercado e pode ter sido influenciado por mudança na classificação do plano de contas padrão da ANS.

**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 aos resultados financeiros, as operadoras da modalidade de odontologia de grupo registraram aumento de 25% do resultado líquido acumulado no primeiro trimestre de 2019 em relação ao mesmo período do anterior. Entre os fatores que contribuíram para este resultado, destaque para o aumento de receita líquida, de 12,0%, enquanto que as despesas assistenciais cresceram 7,2%. Outro fator que contribuiu para o resultado foi a redução na conta “deduções e impostos”.

## 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 Mar 2018	Jan a Mar 2019	Var. (%)
<b>+</b> Faturamento	682.634	751.762	10,1%
<b>-</b> Deduções e Impostos	45.630	38.482	-15,7%
<b>=</b> Receita Líquida	637.005	713.280	12,0%
<b>-</b> Custos dos Produtos Vendidos	239.686	256.959	7,2%
<b>=</b> Lucro Bruto	397.319	456.321	14,8%
<b>-</b> Despesas Operacionais Líquidas	255.846	286.430	12,0%
<b>+</b> Resultado Financeiro e Patrimonial	-4.645	-1.632	
<b>=</b> Resultado antes do IRPJ e CSLL	136.829	168.259	
<b>-</b> IRPJ e CSLL	48.361	57.688	
<b>=</b> Resultado Líquido	88.468	110.570	

# 55,8%

É a participação das operadoras da modalidade de odontologia de grupo no total de receitas do setor (R\$ 744,8 mil)

# 12,0%

Foi o crescimento da receita líquida em 12 meses (jan-mar/2019 em relação a jan-mar/2018)

# 7,2%

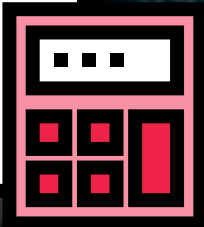
Foi o crescimento da despesa assistencial em 12 meses (jan-mar/2019 em relação a jan-mar/2018)



# 03

## Saúde em Foco

Considerações sobre o reajuste de planos individuais



# 03

## Saúde em Foco

### Considerações sobre o reajuste de planos individuais

## História da regulação do reajuste de planos individuais e a nova metodologia

O reajuste dos planos médico-hospitalares individuais é definido pela ANS desde o estabelecimento do marco regulatório do setor, no bojo das Leis Nº 9.656 e Nº 9.961. No início da regulação, em 2000, o reajuste dos planos individuais foi corrigido de forma provisória pelo IPCA e no ano seguinte foi adotado o modelo de *yardstick competition*, trazendo a experiência do reajuste do plano coletivo para o mercado individual.

Em 2018, tem início um debate para a mudança da metodologia, e a alternativa escolhida foi o modelo do tipo *value cap*, que pondera o índice a partir da variação das despesas assistenciais per capita das operadoras, deduzindo a variação da receita por mudança de faixa etária e corrigindo a variação das despesas não assistenciais por um índice geral de preços (IPCA).

O modelo final é representado por:

$$\text{Índice de Reajuste dos Planos Individuais} = 80\% \times \text{IVDA} + 20\% \times \text{IPCA Expurgado}$$

Onde IVDA é o “Índice de Valor das Despesas Assistenciais” dos planos médico-hospitalares do tipo individual posteriores à Lei nº 9.656, e IPCA Expurgado é o “Índice de Preços ao Consumidor Amplo” expurgado do item planos de saúde.

O “Índice de Valor das Despesas Assistenciais” é calculado da seguinte maneira:

$$\text{IVDA} = \left[ \left( \frac{1 + \text{VDA}}{1 + \text{VFE}} - 1 \right) - \text{FGE} \right]$$

Onde VDA é “Variação das Despesas Assistenciais Per Capita” dos planos individuais médico-hospitalares posteriores à Lei 9.656, o VFE é “Fator de Variação da Receita por Reajuste de Faixa Etária” dos planos individuais pós-lei, e FGE é “Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência”. O VDA mensura a variação da despesa assistencial em termos per capita e pondera o índice de cada empresa pela sua participação no mercado, conforme descrito adiante:

$$\text{VDA} = \sum_{i=1}^n \frac{\left( \frac{\text{DA ita}}{\text{Ben ita}} \right)}{\left( \frac{\text{DA ita-1}}{\text{Ben ita-1}} \right)} \times \left( \frac{\text{Ben ita}}{\text{Ben Total ta}} \right)$$

O FGE mensura os ganhos de eficiência na gestão das despesas assistenciais das operadoras, e será calculado a cada quatro anos, com aplicação anual.

## Sobre o cálculo do reajuste para o biênio 2019–2020

Para aplicar a nova metodologia, a ANS filtrou as informações da base de dados conforme havia previsto na Nota Técnica nº1/2019/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO-ANS<sup>4</sup>, considerando apenas operadoras que têm beneficiários de planos individuais, posteriores à Lei nº 9.656, que tenham informações financeiras lançadas nos últimos 24 meses e excluindo operadoras: que estão no primeiro ou no último ano de operação, que tenham despesa menor ou igual a zero, ressalvas nas demonstrações contábeis ou não tenham vínculos ativos.

Além disso, a ANS anunciou, logo após a divulgação do índice, que foram excluídas também operadoras que lançaram valores financeiros em conta das demonstrações contábeis referente a operações de corresponsabilidade, excluindo, ao todo, 337 operadoras da base, restando apenas 188 para o cálculo.

O motivo sete da tabela “Operações de corresponsabilidade” removeu 217 operadoras da base, sendo responsável por 64% das operadoras excluídas. Segundo nota técnica da ANS, as operadoras que apresentaram algum saldo nas contas contábeis de corresponsabilidade transferida (“31171”) ou corresponsabilidade assumida de planos individuais novos (“31111X26”) em 2018 não foram consideradas elegíveis para o cálculo.

<sup>4</sup> BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Valor do Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) a ser aplicado na Fórmula de Reajuste dos Planos Individuais no Quadrênio 2019–2020–2021–2022.** Nota Técnica nº1/2019/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO-ANS. Rio de Janeiro, 18 de junho de 2019.

**Tabela 4 – Quantidade de Operadoras Excluídas da Base de Cálculo do Índice de Reajuste de Planos Individuais, conforme motivo de exclusão e modalidades**

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

Motivo de Exclusão	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total de operadoras excluídas
1) Primeiro ano de operação	0	0	0	2	0	2
2) Último ano de operação	0	0	1	2	0	3
3) Despesa menor ou igual a zero	5	0	0	6	0	11
4) Ressalvas nas demonstrações contábeis	0	58	8	17	0	83
5) Sem vínculos ativos	1	4	0	8	0	13
6) Sem informações de despesas nos últimos 2 anos	0	1	0	7	0	8
7) Operações de corresponsabilidade	0	194	2	20	1	217

### Tabela 5 - Beneficiários de planos médico-hospitalares, individuais, pós-lei em dez/2018

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

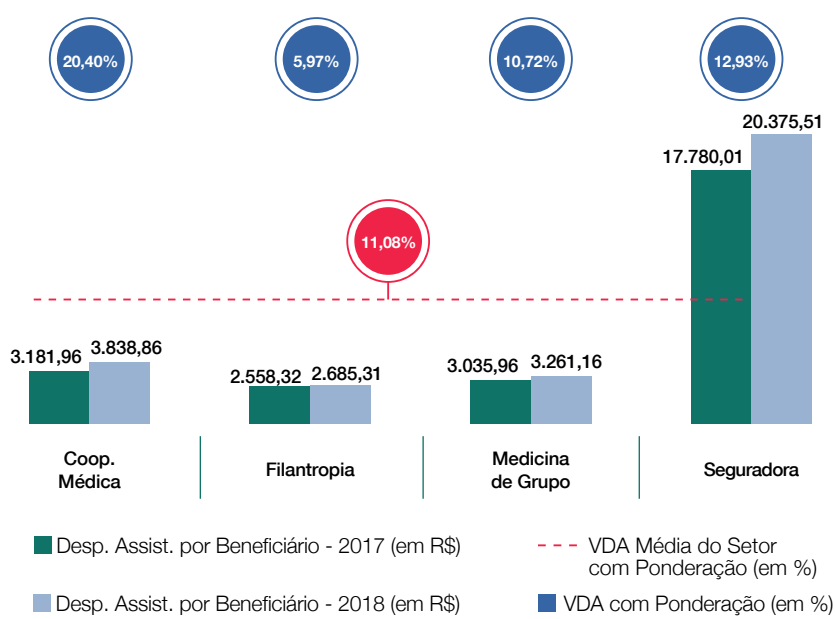
Modalidade	Beneficiários nas Ops. Excluídas	Total de Beneficiários	% Beneficiários Excluídos
Cooperativa Médica	3.564.481	3.865.674	92,2%
Filantropia	48.256	295.732	16,3%
Medicina de Grupo	491.660	3.812.310	12,9%
Seguradora	2.789	54.648	5,1%
<b>Total</b>	<b>4.107.186</b>	<b>8.028.364</b>	<b>51,2%</b>

Após a exclusão das operadoras o resultado da VDA foi de 11,08%, conforme nota técnica da ANS, sendo que o índice por modalidade de operadora demonstra como a variação da despesa repercutiu de forma diferente em cada grupo, o que também evidencia que a repercussão de um índice único para todas as operadora pode levar a desequilíbrio nas empresas.

A modalidade de cooperativa médica, em que poucas operadoras participaram da base, já que a maioria foi excluída conforme adiantado anteriormente, apresentou o maior índice de variação da despesa médica per capita, de 20,40%, seguido pelas seguradoras com 12,93%, medicinas de grupo com 10,72% e filantropias (5,97%).

### Gráfico 14 - Despesa Assistencial por Beneficiário e VDA com Ponderação, conforme Modalidade

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

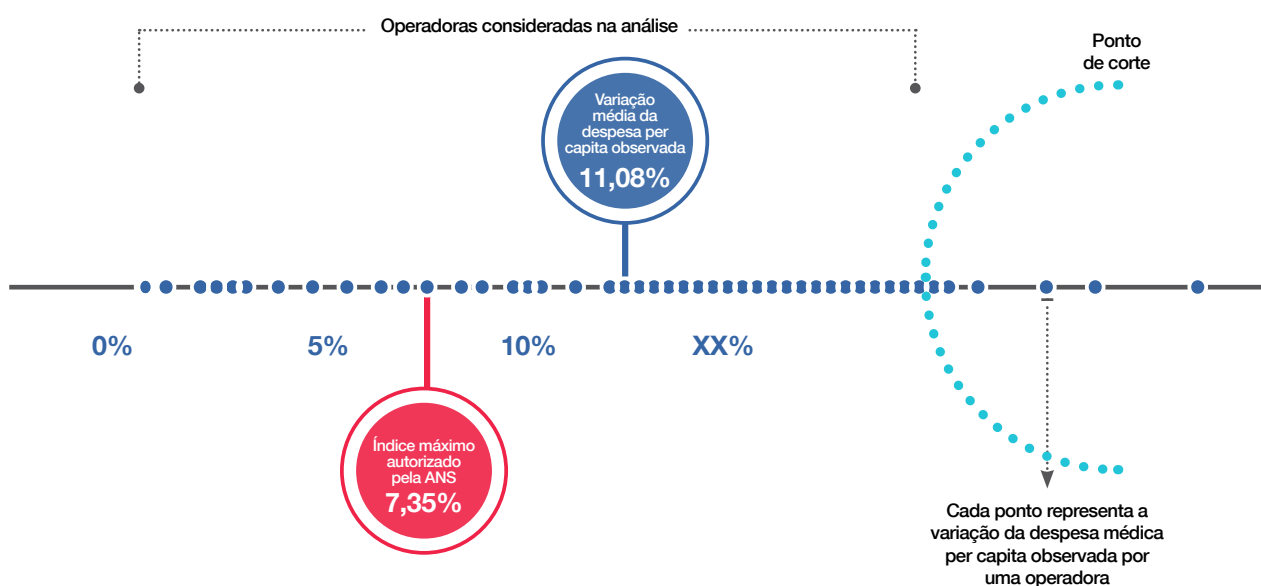


5 BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Econômico. **Reajuste de planos de saúde para o biênio 2019-2020.** Nota Técnica SEI nº10/2019/COGIS/SUCIS/SEAE/SEPEC-ME. Brasília, 16 de julho de 2019.

O modelo de reajuste considera a variação média da despesa, que alcançou 11,08% em 2018 em relação a 2017, mas também faz ajustes para computar o aumento da receita derivado da aplicação do reajuste por faixa etária, a variação do índice oficial de preços ao consumidor e a subtração do fator de eficiência.

### Gráfico 15 – IVDA, Índice de Reajuste dos Planos Individuais e Distribuição das VDAs

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



Após a apuração de todos os fatores da fórmula de cálculo, o “Índice de Reajuste dos Planos Individuais de 2018” conforme critérios estabelecidos na Resolução Normativa Nº 441 e notas técnicas foi estabelecido em 7,35%, índice que é inferior à variação das despesas assistenciais per capita média da grande maioria das operadoras, incluindo o resultado das modalidades cooperativa médica, seguradora e medicina de grupo.

### Quadro 3 – IVDA e Índice de Reajuste dos Planos Individuais

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

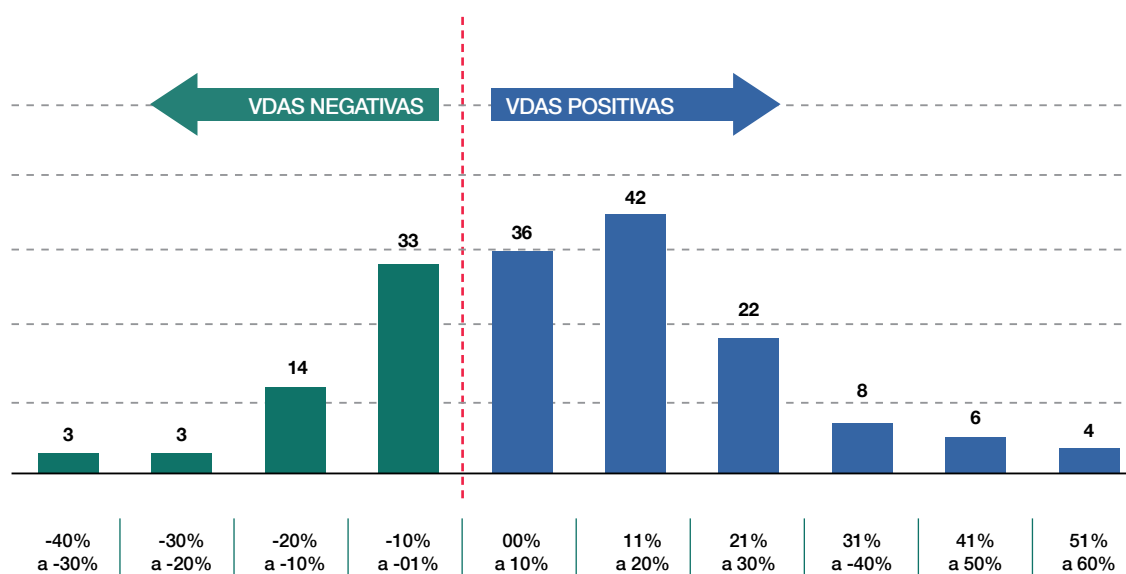
VDA	FGE	VFE	IVDA
11,08%	0,98%	1,63%	8,33%
IVDA (80%)	IPCA Exp. Planos de Saúde (20%)	IRPI - Reajuste Final	
8,33%	3,44%	7,35%	

Segundo informações divulgadas pela própria ANS, 97 operadoras de planos de saúde das 171 empresas consideradas no cálculo apresentavam variação de despesa médica per capita superior a este índice. Ou seja, o índice de reajuste máximo autorizado é inferior ao aumento da despesa médica per capita de 57% das operadoras consideradas no cálculo, que somam em suas carteiras 2,2 milhões de beneficiários.

Ao longo do tempo, a política de reajuste de planos individuais criou desequilíbrios para um conjunto de operadoras de planos de saúde, não permitindo que essas empresas recomponham o aumento da despesa médica. O resultado é evidente quando visto que para 93 operadoras de planos de saúde a receita de contraprestações de planos individuais não foi suficiente para cobrir as despesas contratuais em 2018 – mais de 1,6 milhão de beneficiários de planos individuais estão vinculados à essas empresas.

## Gráfico 16 – Distribuição das VDAs Parciais

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



**7,35%**

Foi o “Índice de Reajuste dos Planos Individuais 2018”

**96**  
operadoras

É a quantidade de operadoras que apresentam desequilíbrios em suas carteiras de planos individuais (2018)

**1,6**  
milhão

É o número de beneficiários que estão em operadoras que apresentam desequilíbrios





Ao longo do tempo, a política de reajuste de planos individuais criou e continuará gerando desequilíbrios para um conjunto de operadoras de planos de saúde, ao impossibilitar a recomposição do aumento das despesas assistenciais. Em vista desse problema, é urgente a necessidade de regulamentar normativo com vistas a criar critérios e autorizar o pedido de revisão técnica, conforme já estabelecido na legislação setorial.

As estatísticas descritivas da base de dados de variação das despesas assistenciais per capita indicam como os resultados foram diferentes em cada operadora, registrando índices máximos de VDA da ordem de 50% em três modalidades: medicina de grupo (54,33%), cooperativa médica (53,74%) e filantropia (51,48%). Além disso, entre as 171 operadoras, a média das VDAs foi de 9,52%, valor superior ao índice final.

Ao longo do tempo, a política de reajuste de planos individuais criou e continuará gerando desequilíbrios para um conjunto de operadoras de planos de saúde, ao impossibilitar a recomposição do aumento das despesas assistenciais. Em vista desse problema, é urgente a necessidade de regulamentar normativo com vistas a criar critérios e autorizar o pedido de revisão técnica, conforme já estabelecido na legislação setorial.

Afinal de contas, considerando o modelo de controle de preços do setor, bem como a característica do contrato individual de longo prazo, é essencial haver instrumentos para corrigir desequilíbrios e evitar a insolvência do produto.



abramge • sinamge • sinog

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

11 3289.7511 . [imprensa@abramge.com.br](mailto:imprensa@abramge.com.br)