

# CENÁRIO

# da Saúde

Publicação do Sistema Abrange-Sinamge-Sinog - Ano II - Nº 04 - Dezembro/2015

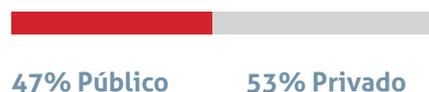


abrange • sinamge • sinog



**R\$ 480 bilhões (9,3% do PIB)**

É o total de recursos que o setor movimentou em 2014



**4 milhões trabalhadores empregados no setor de saúde**

Em 2015, o setor é o 3º que mais gerou empregos



**53 mil**

novas vagas geradas (jan-set/15)



**72 milhões**

Total de beneficiários de planos de saúde



**-440 mil**

beneficiários nos planos médico-hospitalares

Desempenho em 2015 (jan-set)



**600 mil**

novos beneficiários de planos odontológicos



**26,7%**

É a carga tributária embutida nos planos de saúde



**R\$ 18 bilhões** pagos em impostos e taxas entre jan-jun/15



**1,1 bilhão**

Total de procedimentos pagos pelas operadoras

387 milhões de consultas, 633 milhões de exames, 55 milhões de terapiais e 8 milhões de internações

**5,3 consultas e  
13,4 exames**

em média por beneficiário de planos médicos



## Índices de Satisfação e principais desejos da população

### Índices de Satisfação



## Destino dos recursos da saúde suplementar

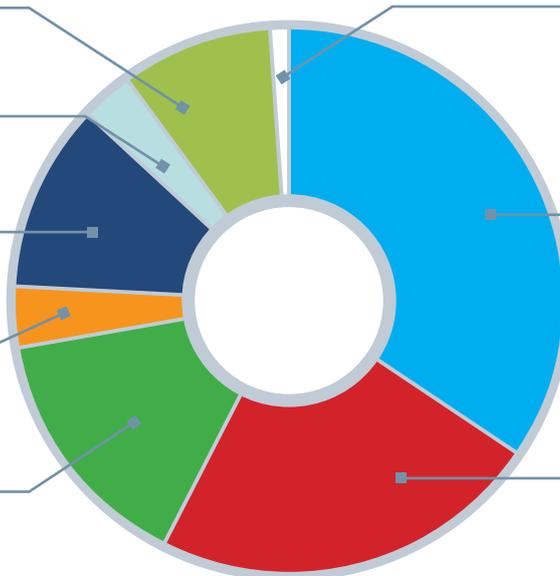
Outras operacionais  
R\$ 15,3 bi (10,7%)

Disp. comercialização  
R\$ 4,1 bi (2,9%)

Disp. administrativa  
R\$ 16,5 bi (11,5%)

Terapias  
R\$ 5,2bi (3,6%)

Exames  
R\$ 20,9 bi (14,5%)



Resultado  
R\$ 0,7 bi (0,2%)

Internações  
R\$ 48,9 bi (34,0%)

Consultas + atend. ambulatoriais  
R\$ 32,6 bi (22,7%)

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Agência Nacional de Saúde Suplementar, do Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação (IBPT), do Ministério do Trabalho e Emprego e Pesquisas do IBOPE e Datafolha.





A publicação “Cenário da Saúde” é uma iniciativa do Sistema Abramge/Sinamge/Sinog que visa acompanhar a evolução do mercado, contribuir para o desenvolvimento sustentável do setor e disseminar informações.

Esta 4ª edição da publicação teve a seção inicial, intitulada “saúde em destaque”, reformulada, trazendo as principais informações do setor em destaque e facilitando a consulta a estes dados. Além disso, apresenta o montante total pago em impostos pelo setor no primeiro semestre de 2015, iniciando a divulgação do impostômetro da saúde suplementar.

A seção “Termômetro do mercado” apresenta a dinâmica do mercado em 2015 sob a ótica dos tipos de contratos, das faixas etárias e do desenvolvimento regional, apresentando as 10 principais cidades do país onde o mercado apresentou maior crescimento no período.

Por fim, a seção “Saúde em Foco” descreve e analisa estudos do setor que evidenciam fontes de desperdício de recursos, tema que é cada vez mais importante diante do aumento contínuo dos custos e da redução das margens.

## Índice

<b>Mercado de saúde suplementar – Planos médico-hospitalares</b> .....	<b>05</b>
Número de beneficiários e taxa de cobertura .....	05
Desempenho econômico-financeiro .....	10
<b>Mercado de saúde suplementar – Planos odontológicos</b> .....	<b>14</b>
Número de beneficiários e taxa de cobertura .....	14
Desempenho econômico-financeiro .....	20
<b>Termômetro do mercado</b> .....	<b>23</b>
<b>Saúde em foco</b> .....	<b>27</b>
Redução do desperdício pode ser um dos caminhos para melhorar o resultado do setor .....	27



# Mercado de Saúde Suplementar

## Planos médico-hospitalares

### Número de beneficiários e taxa de cobertura

Desde janeiro de 2014, o mercado de saúde suplementar demonstra sinais de enfraquecimento. Como resultado deste processo a taxa média de crescimento em 12 meses que era de 3,7% ao ano no 1º trimestre de 2014 reduziu continuamente até atingir índice negativo de -0,3% no 3º trimestre de 2015. Esse cenário se consolidou com a perda de beneficiários registrada nos primeiros nove meses do ano, encerrando setembro de 2015 com 50,3 milhões – número 0,9% inferior ao verificado em dezembro de 2014, o que re-

presenta perda de 440 mil beneficiários em 9 meses.

Comparado com o mesmo período de 2014, houve queda de 0,3% de clientes (em set/14 havia 50,4 milhões de beneficiários).

No cenário econômico, os principais fatores que contribuem para essa queda são: a deterioração das expectativas, com previsão de resultado negativo para o PIB da ordem de 3% em 2015 e 1,2% em 2016; o aumento do desemprego; a elevada taxa de inflação; a perda de renda da população; e a redução do consumo e do investimento.

### Número de beneficiários de planos médico-hospitalares - 2010 a 2015

Em milhões de beneficiários



\*Estimativa para 2015 - Boletim Focus do Banco central

■ Nº de beneficiários - Planos Médico-Hospitalares

○ Variação do PIB (em %)

\*Variação do PIB prevista para 2015 (Banco Central do Brasil Boletim Focus 16/10/2015).

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





A perspectiva é desafiadora para a saúde suplementar, uma vez que os indicadores demonstram rápida deterioração do mercado de trabalho, com aumento da taxa de desemprego, de 4,3% em dezembro de 2013 para 7,6% em setembro de 2015 - somente entre janeiro e setembro desse ano foram fechados mais de 730 mil postos de trabalho, o pior resultado desde o início da série histórica em 1999.

Além do aumento do desemprego, a renda média do trabalhador recuou 3,5% em termos reais em 2015, passando de R\$ 2.265 em agosto de 2014 para R\$ 2.186 no mesmo período desse ano. A perda da renda é reflexo tanto do desemprego quanto da elevada inflação que corrói a renda das famílias e já atinge patamares próximos a 9,5% ao ano.

Esse cenário reflete diretamente no setor de planos médicos que, de forma inédita, encerrou o primeiro semestre de um ano com saldo negativo. A expectativa para o segundo semestre é de continuidade deste panorama, uma vez que ainda não se vislumbra uma melhora no ambiente econômico, em especial no mercado de trabalho.

O cenário afetou principalmente os planos coletivos empresariais, que recuaram 0,8% entre janeiro e setembro de 2015, se consolidando na perda de 254 mil beneficiários. Os planos individuais e coletivos por adesão também tiveram desempenho negativo, ambos decresceram 0,7% no primeiro semestre do ano, resultando na perda de 71

mil e 49 mil beneficiários, respectivamente.

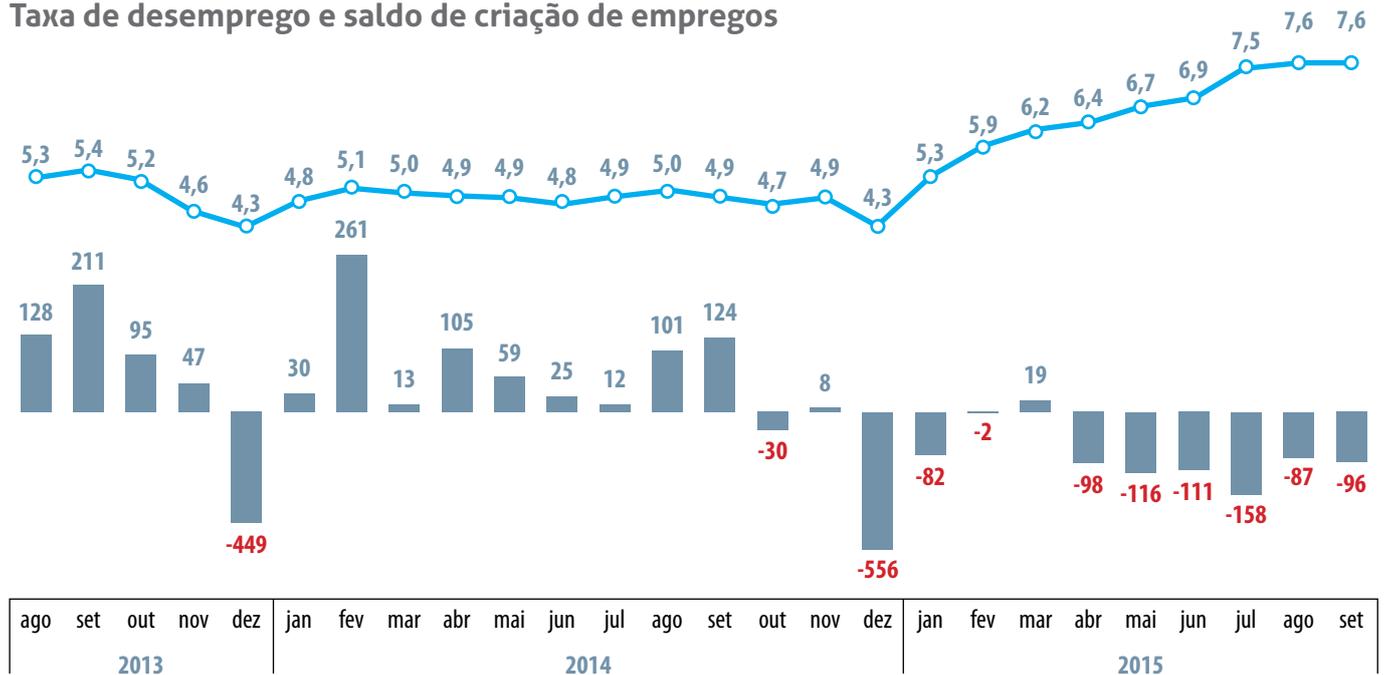
É provável que com o aumento das demissões, profissionais que antes possuíam planos patrocinados pelas empresas, precisaram buscar novos produtos, migrando principalmente para os planos coletivos por adesão, que são mantidos pelas entidades de classe ou particulares.

As operadoras privadas de planos médico-hospitalares são divididas em modalidades – medicinas de grupo, autogestões, cooperativas médicas, filantrópicas e seguradoras. Desde 2010, as seguradoras e as cooperativas médicas apresentaram as maiores taxas de crescimento, acumulando variação de 33,7% e 17,6% no período, respectivamente. O número de beneficiários em operadoras da modalidade de medicina de grupo cresceu 6,7% no mesmo período, enquanto as autogestões e filantropias apresentaram recuo de 2,4% e 19,2%.

Desse modo, a participação das medicinas de grupo no mercado recuou de 35,8% em dezembro de 2010 para 34,1% em setembro de 2015, o que sinaliza o acirramento da concorrência enfrentada pelas operadoras.

Vale destacar que, o quadro econômico recente afetou principalmente as operadoras da modalidade de seguradora, uma vez que nos primeiros nove meses do ano as empresas dessa modalidade apresentaram resultado negativo de -5,7%. As medicinas de grupo mantiveram constante o número de beneficiários no mesmo período.

Taxa de desemprego e saldo de criação de empregos



Saldo de criação de empregos (em milhares)

Taxa de Desemprego em % (Média Anual/IBGE)

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



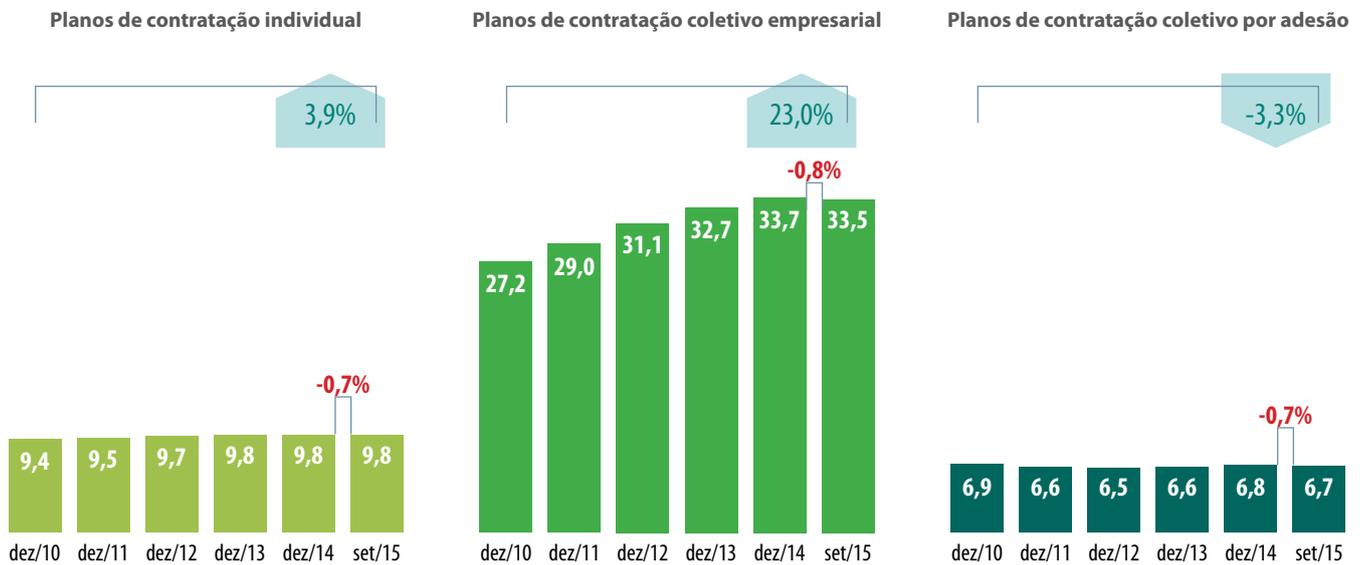


## Inflação (IPCA) e renda média real do trabalhador



Fonte: Elaborado pela Abramge com base informações do IBGE.

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



Em milhões

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

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

Quantidade de beneficiários por modalidade

Competência	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora	Total
dez/10	5.629.046	16.435.801	1.466.061	16.064.162	5.322.566	44.917.636
dez/11	5.358.170	17.225.344	1.484.544	16.152.083	5.907.865	46.128.006
dez/12	5.493.286	17.785.180	1.472.133	16.542.408	6.553.080	47.846.087
dez/13	5.338.954	18.569.952	1.459.116	17.074.147	7.072.416	49.514.585
dez/14	5.507.122	19.318.595	1.182.310	17.147.419	7.542.289	50.697.735
set/15	5.494.199	19.327.363	1.184.440	17.139.846	7.115.754	50.261.602
Variação acumulada (2010 - 2015)	-2,4%	17,6%	-19,2%	6,7%	33,7%	11,9%
Variação 2015 (dez/14 - set/15)	-0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	-5,7%	-0,9%

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





## Desempenho econômico-financeiro

A saúde suplementar movimenta vultosos recursos no Brasil e está presente na vida de milhares de brasileiros, sejam eles beneficiários de planos (são mais de 50 milhões) ou prestadores de serviços de saúde (mais de 36 mil estabelecimentos). Em 2014, o setor movimentou R\$ 143,9 bilhões ou 2,6% do PIB nacional, somadas as receitas de contraprestações e outras receitas operacionais das operadoras de planos médico-hospitalares e odontológicos.

No geral, quase a totalidade deste recurso possui destino certo, deixando pouco espaço para o setor acomodar eventuais flutuações ou aumento de custos. As internações hospitalares são o principal destino dos recursos, alcançando R\$ 48,9 bilhões em 2014 ou 34% do faturamento do setor. A título de comparação, o SUS gastou R\$ 13,4 bilhões, quase um quarto do que foi gasto pelas operadoras, para custear todas as internações no sistema público de saúde no mesmo período.

A segunda principal despesa são as consultas e atendimentos ambulatoriais com R\$ 32,6 bilhões (22,7% do total),

seguido pelos exames com R\$ 20,9 bilhões (14,5%).

Ainda em 2014, as despesas administrativas e operacionais foram de R\$ 16,5 bi e R\$ 15,3 bi, respectivamente. Esses recursos foram utilizados para manter toda a estrutura das operadoras, que não é pequena tendo em vista a necessidade de atender as diversas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, as demandas dos beneficiários e do setor público. Apesar das dificuldades, com ganhos de escala e aumento da eficiência as operadoras têm reduzido continuamente essas despesas desde 2007, quando representavam quase 30% do faturamento e em 2014 passaram para apenas 22,2%.

No geral, as despesas totais foram de R\$ 143,6 bilhões em 2014 e as receitas de contraprestações e outras operacionais foram de R\$ 143,9 bilhões, gerando um resultado operacional de R\$ 300 milhões no período. Vale ressaltar que estes montantes não consideram as receitas e despesas financeiras e patrimoniais.

Do total de receitas operacionais em 2014 (R\$ 143,9 bi-

lhões), as contraprestações de planos médico-hospitalares representaram R\$ 124,2 bilhões, a de planos odontológicos R\$ 3,6 bilhões e as outras receitas operacionais R\$ 16,2 bilhões.

O índice de sinistralidade dos planos médico-hospitalares, que mede a relação entre os custos da assistência médico-hospitalar e a receita de contraprestações em um determinado período, alcançou 84,4% em 2014 e 84% no primeiro semestre de 2015. Ou seja, no 1º sem/15, de cada R\$ 100,00 recebidos pela operadora a título de mensalidade de plano, R\$ 84 foram utilizados para custear despesas médico-hospitalares do grupo de pessoas asseguradas.

O investimento das operadoras da modalidade de medicina de grupo para aprimoramento da eficiência e redução de desperdícios pode ser evidenciado por meio da redução das despesas administrativas e operacionais no 1º semestre de 2015, em relação ao mesmo período do ano anterior. As despesas administrativas e de comercialização somadas decresceram de R\$ 3,1 bi para R\$ 3 bi (-3,9%), contribuindo

para a melhora do resultado das empresas – a margem passou de 1% para 3% do faturamento no período.

No 1º semestre de 2015, a receita líquida total alcançou R\$ 19 bi, registrando um avanço de 6,7% em relação ao mesmo período do ano anterior. As despesas assistenciais avançaram 6,6% no primeiro semestre e as de comercialização cresceram 8,7%. O aumento das despesas de comercialização aliado à redução do número de beneficiários nas medicinas de grupo pode ser indício de elevação no índice de rotatividade (*turnover*), situação em que a permanência média dos beneficiários no plano é reduzida.

O passivo total de provisões técnicas das operadoras da modalidade de medicina de grupo cresceu 11,4%, passando de R\$ 6 bilhões no 1º semestre de 2014 para R\$ 6,7 bilhões no mesmo período de 2015. Este valor considera provisões para prêmio não ganho, insuficiência de prêmio, remissão, eventos a liquidar, eventos ocorridos e não avisados e outros. O esforço de aumento do aporte de recursos reforça o comprometimento do segmento com a sua sustentabilidade.

## Destino dos recursos da saúde suplementar

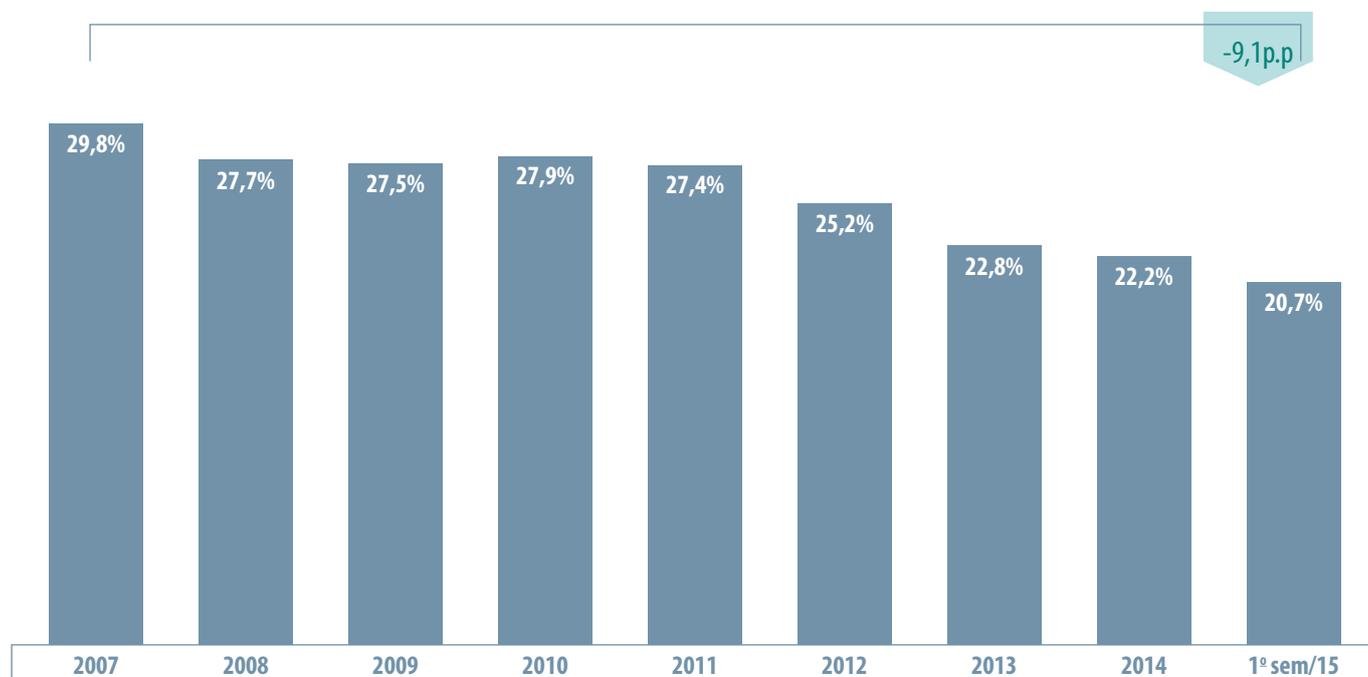
Destino dos recursos	2014		2015 (jan-jun)		
	Valores (R\$ bi)	Dist (%)	Valores (R\$ bi)	Dist (%)	
Despesas assistenciais	Internações	48,9	34,0	26,1	34,2
	Consultas + atend. ambulatoriais	32,6	22,7	17,4	22,8
	Exames	20,9	14,5	11,2	14,6
	Terapias	5,2	3,6	2,8	3,6
Despesas Adm e Oper	Desp. administrativa	16,5	11,5	8,2	10,8
	Outras operacionais	15,3	10,7	7,6	10,0
	Desp. comercialização	4,2	2,9	2,3	3,0
Resultado	0,3	0,2	0,7	1,0	
Total	143,9	100	76,4	100	

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



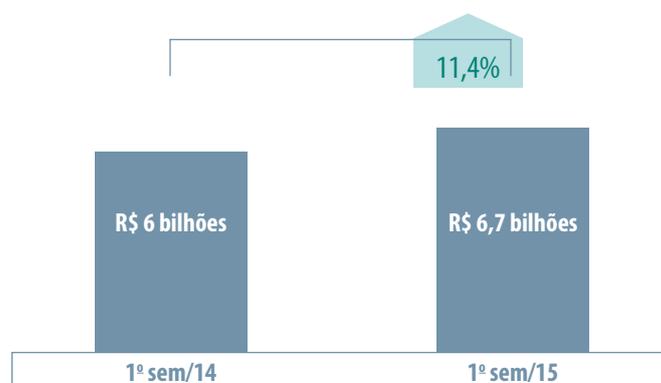


## Participação das despesas administrativas e operacionais no faturamento do setor (em %)



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

## Total provisionado pelas operadoras de medicina de grupo



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do DIOPS (ANS).

Quadro financeiro das operadoras medicinas de grupo

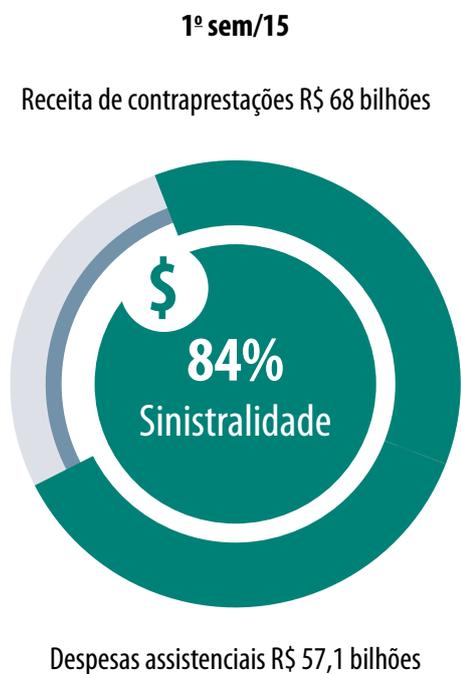
Contas financeiras	1º sem/14	1º sem/15	Var (%)
<b>Receita Líquida</b>	<b>R\$ 17,8 bilhões</b>	<b>R\$ 19 bilhões</b>	<b>6,7%</b>
Despesas Assistenciais	R\$ 13,8 bilhões	R\$ 14,8 bilhões	6,6%
Despesas admin. e operacionais	R\$ 3,1 bilhões	R\$ 3 bilhões	-3,9%
Despesas de Comercialização	R\$ 0,6 bilhão	R\$ 0,7 bilhão	8,7%
<b>Resultado operacional</b>	<b>R\$ 0,2 bilhão</b>	<b>R\$ 0,6 bilhão</b>	



Margem de 3% do faturamento

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do DIOPS (ANS).

Receita de contraprestações, despesas assistenciais e índice de sinistralidade



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





# Mercado de Saúde Suplementar

## Planos odontológicos

### Número de beneficiários e taxa de cobertura

Ao contrário dos planos médicos, a cobertura de planos exclusivamente odontológicos continua crescendo em 2015, alcançando 21,9 milhões de beneficiários em setembro, após registrar crescimento de 2,8% nos primeiros nove meses do ano. Entretanto, o mercado não apresenta o mesmo avanço que vinha registrando nos últimos anos, muito provavelmente por causa do cenário econômico adverso enfrentado pelo país.

Em termos anualizados o número de beneficiários de planos odontológicos é 5% maior em setembro de 2015 do que o registrado no mesmo período de 2014, passando de 20,8 milhões para 21,9 milhões. Vale ressaltar que, além destes beneficiários que possuem planos exclusivamente odontológicos, 3,9 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares possuem também a cobertura odontológica, totalizando 25,8 milhões de beneficiários.

Nos últimos dois anos, o setor registrou avanço maior na segunda metade do ano em relação à primeira. Se essa tendência for mantida, e a taxa de crescimento apurada no segundo semestre for ao menos igual à registrada no 1º semestre, seria possível superar no final do ano a marca de 22,2 milhões de beneficiários, consolidando crescimento próximo de 5%.

Entretanto, as condições no mercado de trabalho não são favoráveis como eram nos anos anteriores, dado que entre janeiro e setembro foram fechados mais de 730 mil

postos de trabalho, o pior resultado desde o início da série histórica em 1999, e se espera que esta marca negativa atinja um milhão até o final do ano.

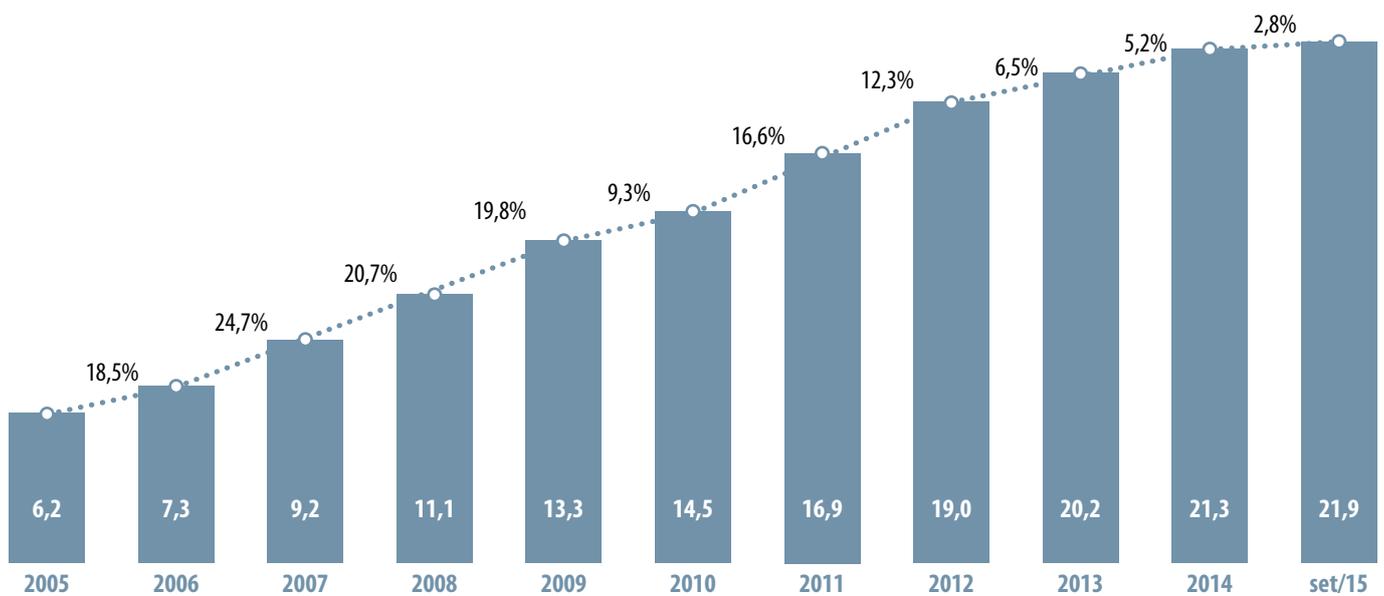
O crescimento do segmento depende fundamentalmente do desempenho do mercado de trabalho. A partir de análise da série histórica, foi constatado que, havendo recuperação das condições econômica do País, o mercado poderá registrar avanço de 3,5% no próximo ano, do contrário, o crescimento será ainda menor.

Os planos coletivos por adesão lideraram o crescimento do setor nos primeiros nove meses do ano, com avanço de 9,1%, seguido pelos planos individuais (7,1%), com destaque para esses que vem apresentando crescimento contínuo no decorrer dos anos. Os planos coletivos empresariais, por sua vez, cresceram apenas 1,2% no período, totalizando 16 milhões de beneficiários, evidenciando mais uma vez os efeitos negativos do cenário econômico sobre o setor.

Em relação ao desempenho por modalidade, as operadoras de odontologia de grupo concentram 62,2% do mercado de planos odontológicos, seguidas pelas medicinas de grupo (16,6%), cooperativas odontológicas (14,8%), seguradoras (3,9%), cooperativa médica (1,6%), filantrópicas (0,5%) e autogestão (0,4%). As seguradoras (21,6%) e autogestões (55,2%) registraram a maior taxa de crescimento entre janeiro e setembro, seguida pelas odontologias de grupo (5,2%).

### Número de beneficiários de planos odontológicos - 2005 a 2015

Em milhões

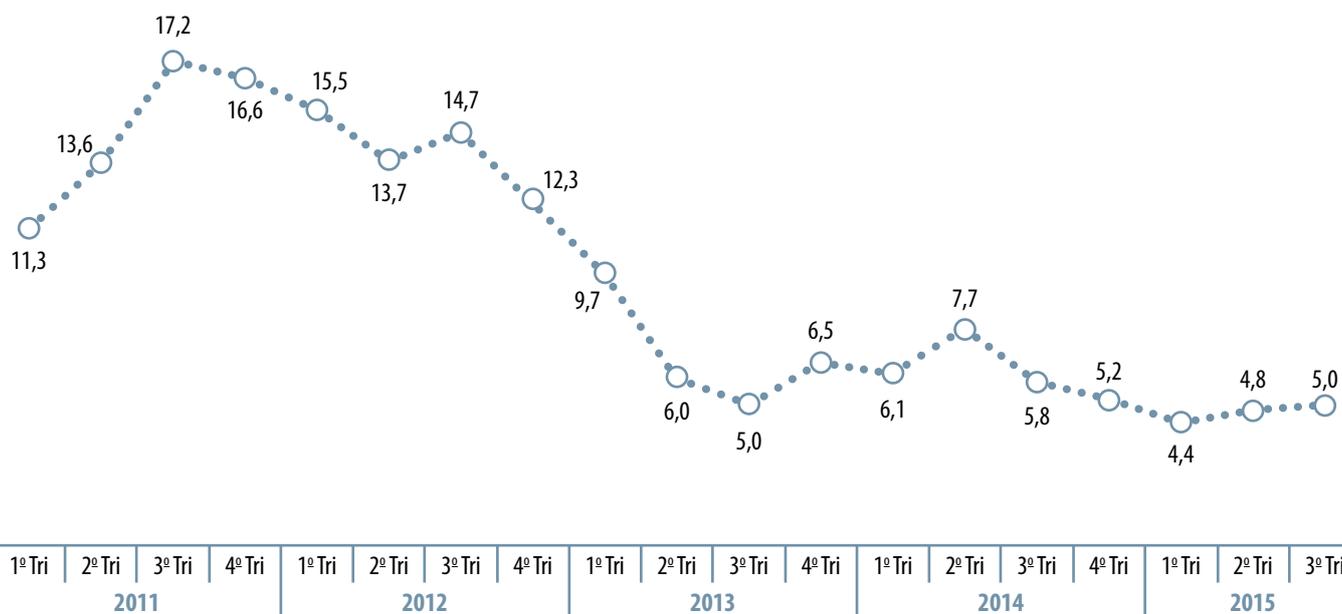


Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações da ANS.





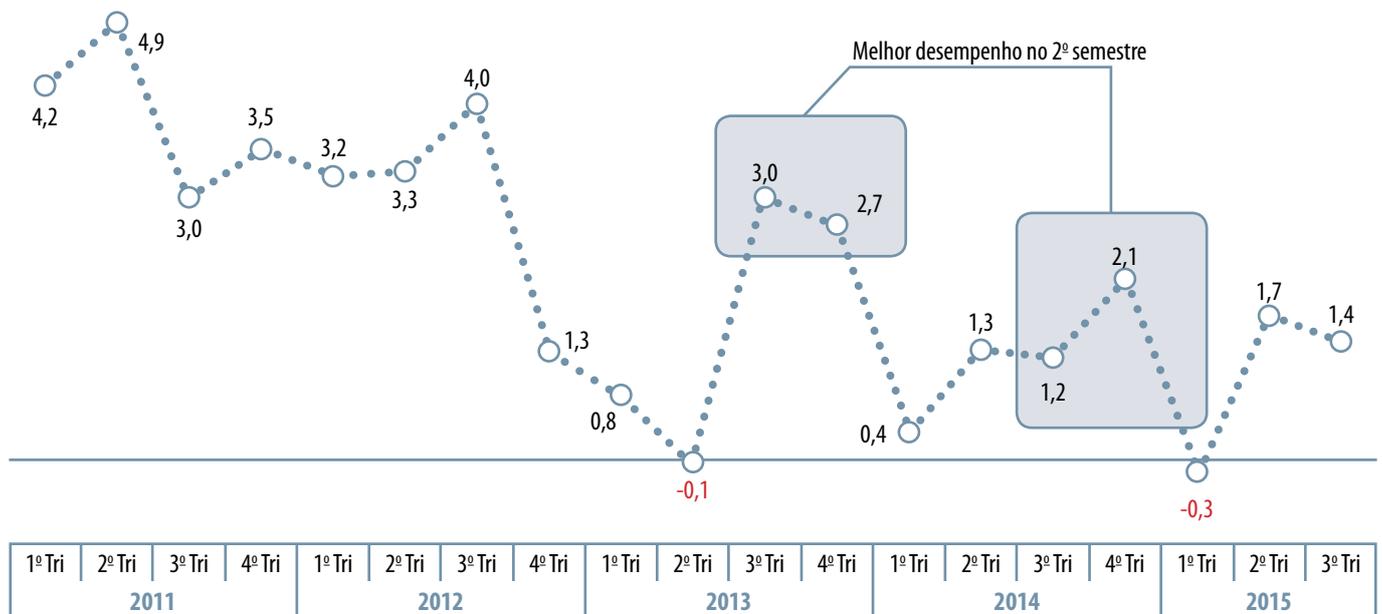
## Taxa média de crescimento em 12 meses de beneficiários de planos odontológicos – 2011 a 2014



 Taxa de crescimento anualizada

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

Taxa média de crescimento trimestre contra trimestre de beneficiários de planos odontológicos – 2011 a 2014



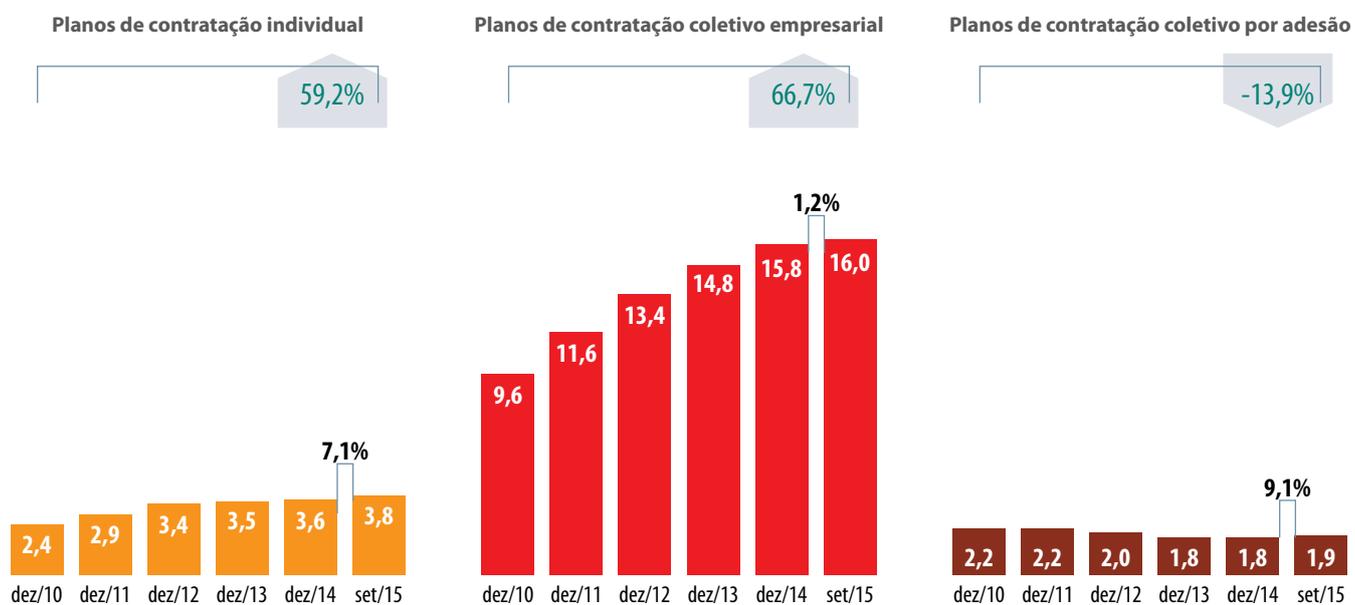
Taxa de crescimento (trimestre contra trimestre)

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





## Desempenho do mercado de planos odontológicos por tipo de contratação



Em milhões

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

Desempenho do mercado de planos odontológicos por modalidade da operadora

	set/14	set/15	Var (%)	Market share em % (set/15)
Autogestão	62.349	96.736	55,2%	0,4
Cooperativa Médica	371.703	346.305	-6,8%	1,6
Filantropia	111.740	110.129	-1,4%	0,5
Medicina de Grupo	3.492.729	3.634.631	4,1%	16,6
Seguradora	702.412	854.149	21,6%	3,9
Cooperativa Odontológica	3.153.093	3.227.994	2,4%	14,8
Odontologia de Grupo	12.918.633	13.588.541	5,2%	62,2
<b>Total</b>	<b>20.812.659</b>	<b>21.858.485</b>	<b>5%</b>	<b>100</b>

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





## Desempenho Econômico-financeiro

A receita de contraprestação de planos odontológicos cresceu 10% no primeiro semestre de 2015 em relação ao mesmo período de 2014, passando de R\$ 1,6 bilhão para R\$ 1,8 bilhão – valor calculado com base em demonstrações contábeis disponibilizadas pela ANS (DIOPS). Se o segmento mantiver a taxa de crescimento apurado no 1º semestre na segunda metade do ano, o faturamento do setor deverá alcançar R\$ 4 bilhões em 2015.

As odontologias de grupo concentravam 60,8% das receitas totais e passaram a deter 61,4% no primeiro semestre de 2015, acompanhando sua participação em número de beneficiários (62%). As cooperativas odontológicas possuíam 14% das contraprestações, as medicinas de grupo 15,5%, as seguradoras 4,4%, as autogestões 2,2%, as cooperativas médicas 2% e as filantrópicas 0,6%.

O *ticket* médio mensal dos planos odontológicos cresceu 4,8% no 1º semestre de 2015 em relação ao mesmo período de 2014, passando de R\$ 12,95 para R\$ 13,57. As operadoras das modalidades cooperativas médicas (R\$ 15,61), seguradoras (R\$ 15,52) e filantrópicas (R\$ 15,50) possuem os *tickets* médios mais elevados e as medicinas de grupo o índice mais baixo (R\$ 12,70), enquanto as odontologias de grupo possuem *ticket* médio mensal semelhante a média geral (R\$ 13,44). O *ticket* médio das autogestões é de R\$ 67,35 e não foi inserido no gráfico para não causar distorções na análise.

O *ticket* médio mensal das operadoras de odontologia de grupo cresceu 6,3% no período, passando de R\$ 12,64 para R\$ 13,44. O índice é equivalente ou inferior aos índices de inflação que normalmente reajustam os contratos de planos odontológicos – o IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) acumulado nos últimos 12 meses terminados em setembro de 2015 é de 6,3% e o IPCA no mesmo período alcança 9,5%.

Em relação ao desempenho das operadoras da modalidade de odontologia de grupo destaca-se o aumento das despesas assistenciais (11,4%) em ritmo superior ao da receita líquida (10,7%), situação que já vêm ocorrendo pelo menos desde 2014, conforme apresentado na última edição. As despesas de comercialização também cresceram 11%, indicando aumento do esforço de venda das operadoras, enquanto as despesas de administração e operacionais cresceram 7,7%.

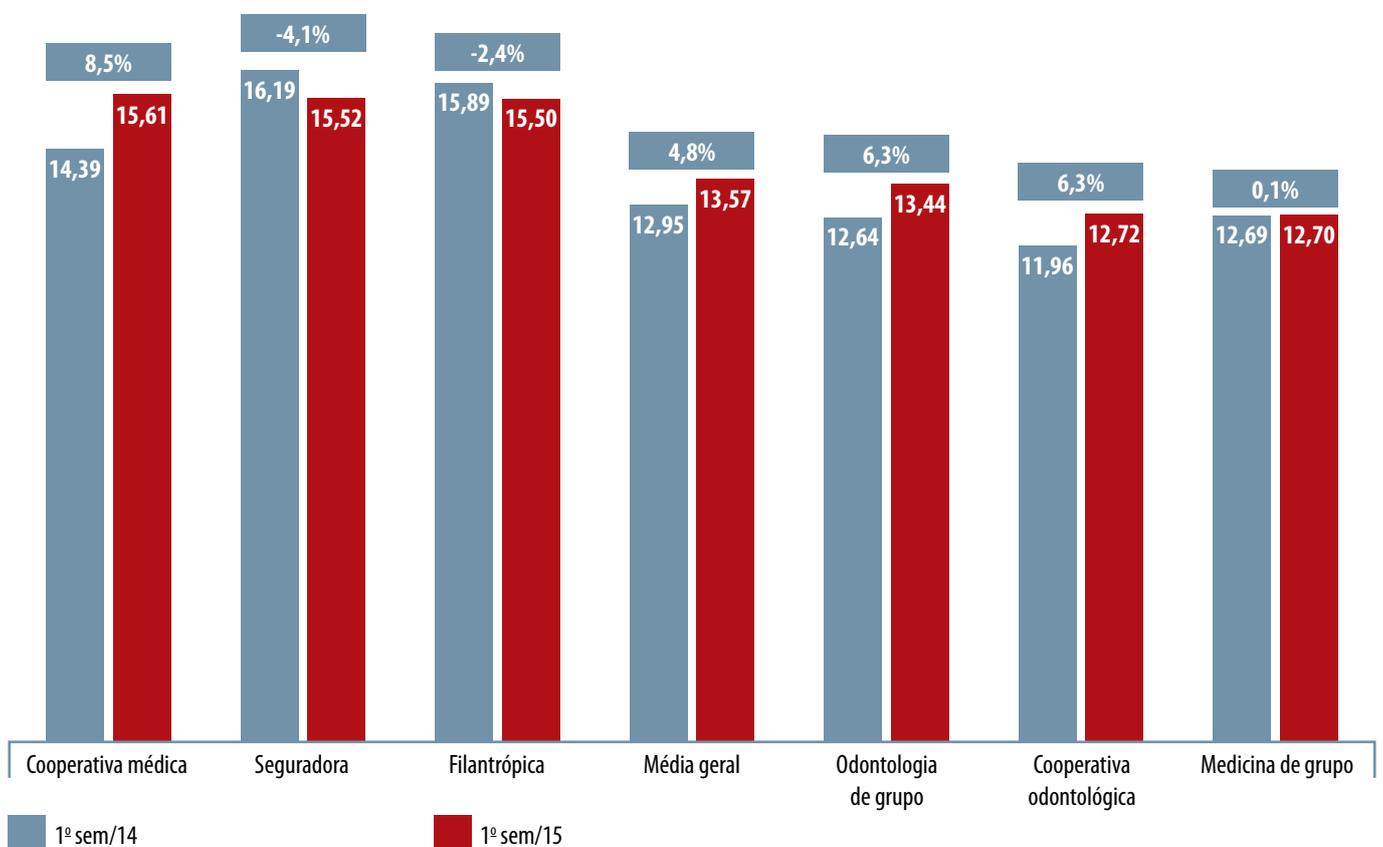
O passivo total de provisões técnicas das odontologias de grupo cresceu 24,4%, passando de R\$ 213,3 milhões no primeiro semestre de 2014 para R\$ 265,4 milhões em 2015. O aumento do valor provisionado e de sua representatividade, equivalente a quase quatro meses de despesas assistenciais, evidenciam o comprometimento das operadoras e propiciam segurança e sustentabilidade para o segmento.

Tabela 3 - Participação de mercado no total de receitas de contraprestações de planos exclusivamente odontológicos por modalidade – 1º semestre

Modalidade	1º sem/14		1º sem/15		Variação no período (%)
	Valores (R\$)	Part. (%)	Valores (R\$)	Part. (%)	
Odontologia de grupo	R\$ 968,8 milhões	60,8	R\$ 1.076,8 milhões	61,4	11,1
Cooperativa odontológica	R\$ 222,1 milhões	13,9	R\$ 244,6 milhões	14,0	10,1
Medicina de grupo	R\$ 260,3 milhões	16,3	R\$ 270,9 milhões	15,5	4,1
Seguradora	R\$ 65,7 milhões	4,1	R\$ 77,7 milhões	4,4	18,3
Autogestão	R\$ 34,4 milhões	2,2	R\$ 38,0 milhões	2,2	10,5
Cooperativa médica	R\$ 32,0 milhões	2,0	R\$ 34,9 milhões	2,0	9,1
Filantrópicas	R\$ 10,9 milhões	0,7	R\$ 10,2 milhões	0,6	-6,4
Total	R\$ 1.594,2 milhões	100	R\$ 1.753,1 milhões	100	10,0

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

Ticket médio mensal de planos odontológicos por modalidade – 1º semestre de 2015 e 2014



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



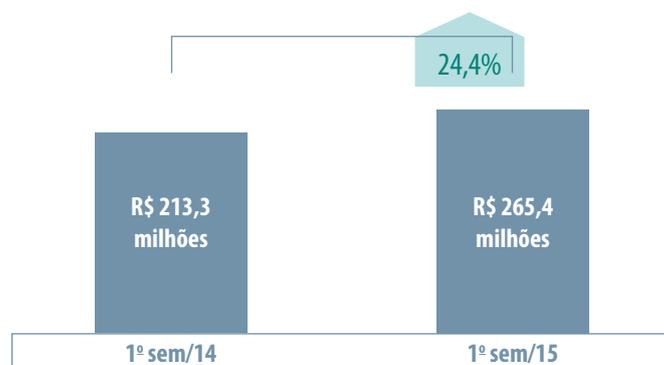


### Desempenho financeiro das operadoras de odontologia de grupo

Contas financeiras	1º sem/14	1º sem/15	Var (%)
<b>Receita líquida</b>	<b>R\$ 941,9 milhões</b>	<b>R\$ 1.042,9 milhões</b>	<b>10,7%</b>
Despesas Assistenciais	R\$ 379,1 milhões	R\$ 422,5 milhões	11,4%
Despesas admin. e operacionais	R\$ 261,8 milhões	R\$ 282,0 milhões	7,7%
Despesas de Comercialização	R\$ 94,7 milhões	R\$ 105,4 milhões	11,0%
<b>Resultado operacional</b>	<b>R\$ 206,3 milhões</b>	<b>R\$ 233,0 milhões</b>	

Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do DIOPS (ANS).

### Total provisionado pelas operadoras de odontologia de grupo



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do DIOPS (ANS).



## Termômetro do mercado

O cenário para a saúde suplementar entre janeiro e setembro de 2015 foi marcado pela redução da cobertura, afinal foram 440 mil beneficiários de operadoras médico-hospitalares que perderam seus planos no período. Entretanto, esse desempenho não foi equânime quando analisado por faixas etárias, uma vez que o número de clientes com 59 anos ou mais aumentou em 140,5 mil, apurando crescimento de 2,2% em relação a dezembro – o maior crescimento registrado entre as faixas etárias.

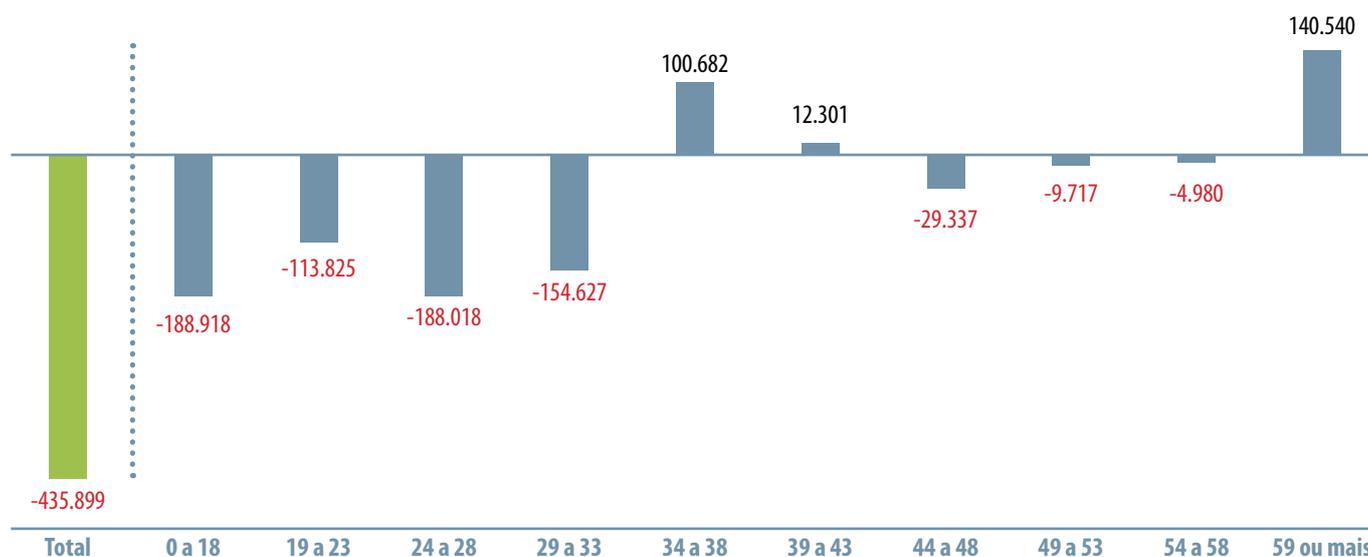
De forma geral, a escolha de ter ou não plano de saúde depende de uma combinação de fatores como: capacidade financeira, aversão ao risco e propensão ao uso de serviços de saúde. Este último fator pode explicar o comportamento do mercado neste primeiro semestre, quando mesmo em

um cenário de crise houve aumento de beneficiários na faixa de 59 anos ou mais, já que esta população por esperar ter elevado gasto com serviços de saúde prioriza a adesão e o pagamento do plano.

Esse comportamento acentua as dificuldades financeiras do setor, na medida em que o financiamento dos planos de saúde é baseado no mutualismo entre faixas etárias, onde os mais jovens contribuem com valor maior do que seu custo para que os mais idosos paguem valores inferiores às suas despesas. Dessa forma, para que o aumento da população beneficiária com mais de 59 anos seja sustentável é preciso que haja também crescimento de beneficiários nas faixas mais jovens.

Quando analisado os números do 1º semestre sob a óti-

### Variação absoluta do número de beneficiários por faixa etária – janeiro a setembro de 2015





ca das faixas etárias e do tipo de contratação, alguns comportamentos tornam-se ainda mais evidentes, como o aumento da população beneficiária com idade superior a 59 anos em todos os três tipos de contratação.

Outro fator preponderante se dá na forma como o cenário econômico afetou cada modelo de contratação. O plano individual, por exemplo, registrou queda em praticamente todas as faixas etárias, provavelmente por conta do cenário econômico adverso, perda de emprego e renda da população.

Já os planos coletivos empresariais, apresentaram sinal negativo nas faixas de até 33 anos de idade, o que é condizente com o aumento das demissões, especialmente por que o custo de demitir funcionários mais jovens e com menos tempo de casa é menor. Por fim, os planos coletivos por adesão apresentaram comportamento semelhante aos planos individuais, o que pode ser reflexo de migração de beneficiários que perderam seu emprego e que antes tinham contratos coletivos empresariais.

O mercado de saúde suplementar conta com número expressivo de operadoras que atuam em âmbito nacional e regional, de modo que em determinada região pode haver desempenho divergente da média nacional. Sendo assim, foram selecionados todos os municípios brasileiros com

mais de 100 mil habitantes buscando identificar as 10 cidades onde o mercado de planos médicos e odontológicos está mais aquecido.

De modo geral, em relação aos planos com cobertura médico-hospitalar, percebe-se que a expansão neste primeiro semestre está mais centrada no interior do país. Entre as 10 cidades com maior crescimento absoluto de beneficiários, quatro estão na Região Nordeste e apenas uma cidade é da Região Sudeste (Santo André).

Para o mercado de planos médico-hospitalares os resultados indicam que:

- o segmento pode estar alcançando o limite de crescimento nas principais regiões metropolitanas do país;
- a fronteira de desenvolvimento do setor está em cidades de pequeno e médio porte, como Caucaia;
- as cidades do interior ou centros urbanos fora do eixo sul-sudeste, em especial no nordeste, se destacam com elevado crescimento do mercado;

Já para o mercado de planos odontológicos a situação se inverte, com destaque para o crescimento nos principais centros urbanos do país, como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, assim como há também uma maior representatividade do Sudeste, com 6 cidades entre as 10 que tiveram maior crescimento absoluto de beneficiários.

## Variação absoluta do número de beneficiários por faixa etária e por tipo de contrato – entre jan-set/15

Por tipo de contratação	Individual	Coletivo empresarial	Coletivo por adesão
Total	-71.319	-254.364	-48.718
0 a 18	-30.380	-135.477	-11.108
19 a 23	-4.683	-98.974	-3.977
14 a 28	-24.399	-149.670	-9.871
29 a 33	-27.884	-105.807	-15.968
34 a 38	2.027	89.152	13.652
39 a 43	-7.415	26.826	-2.488
44 a 48	-11.813	-342	-11.599
49 a 53	-8.438	15.282	-11.312
54 a 58	-7.748	14.736	-7.313
59 ou mais	49.426	90.009	11.322

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

10 principais cidades em crescimento absoluto de beneficiários de planos médico-hospitalares no entre jan-set de 2015 – Cidades com mais de 100 mil habitantes



Região Nordeste

	População	Total de beneficiários	Taxa de cobertura -%	Var. absoluta jan/15 - set/15
São Luís - MA	1.014.837	343.365	33,8%	12.886
Caucaia - CE	325.441	49.949	15,3%	8.544
João Pessoa - PB	723.515	250.938	34,7%	6.735
Maceió - AL	932.748	311.945	33,4%	12.678



Região Centro-Oeste

	População	Total de beneficiários	Taxa de cobertura -%	Var. absoluta jan/15 - set/15
Goiânia - GO	1.302.001	473.978	36,4%	14.921
Brasília - DF	2.570.160	960.909	37,4%	22.215
Cuiabá - MT	551.098	237.587	43,1%	7.144



Região Sul e Sudeste

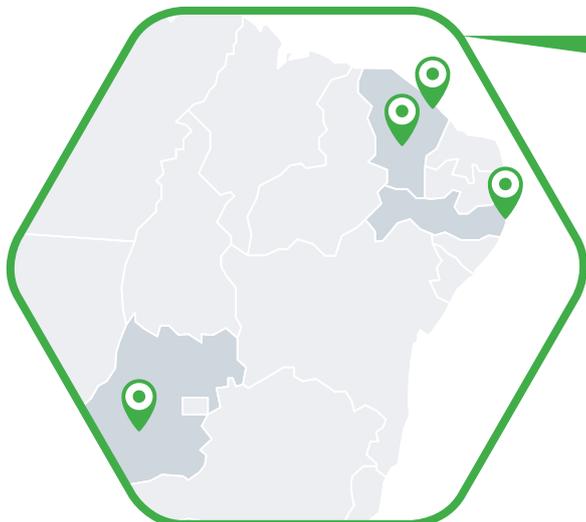
	População	Total de beneficiários	Taxa de cobertura -%	Var. absoluta jan/15 - set/15
Santo André - SP	1.014.837	676.407	63,6%	10.285
Curitiba - PR	1.751.907	1.045.634	59,7%	10.252
Porto Alegre - RS	1.409.351	715.740	50,8%	29.026

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





### 10 principais cidades em crescimento absoluto de beneficiários de planos odontológicos entre jan-set de 2015 – Cidades com mais de 100 mil habitantes



Região Nordeste e Centro-Oeste

	População	Total de beneficiários	Taxa de cobertura -%	Var. absoluta jan/15 - set/15
Fortaleza - CE	2.452.185	579.242	23,6%	39.911
Maracanaú- CE	209.057	44.167	21,1%	10.892
Recife - PE	1.537.704	369.887	26,7%	11.975
Goiânia - GO	1.302.001	264.804	20,3%	10.812

	População	Total de beneficiários	Taxa de cobertura -%	Var. absoluta jan/15 - set/15
Belo Hor. - MG	2.375.151	531.916	22,4%	12.656
Campinas - SP	1.080.113	314.614	22,5%	11.410
Vila Velha - ES	414.586	91.775	22,1%	15.381
Rio de Janeiro - RJ	6.320.446	1.740.863	27,5%	134.700
Niterói - RJ	487.562	159.490	32,7%	16.918
São Paulo - SP	11.253.503	2.691.585	23,9%	97.870



Região Sudeste

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



## Saúde em foco

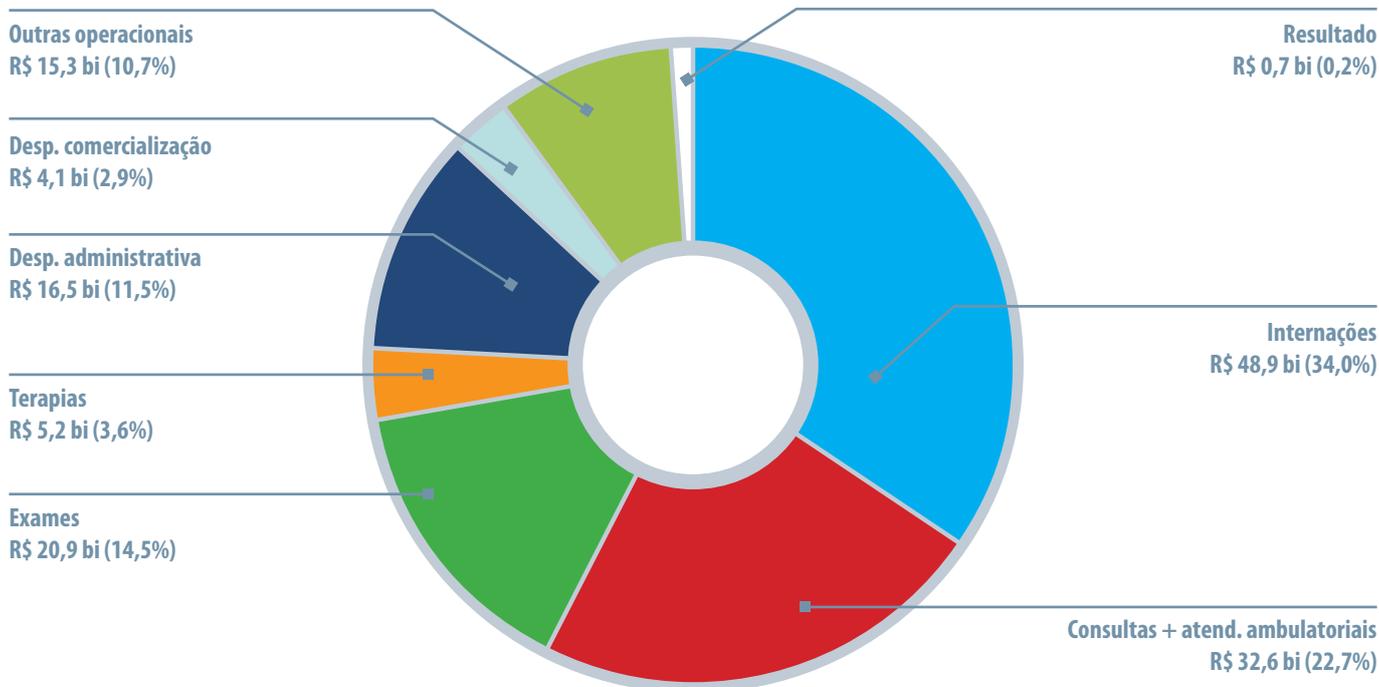
### Redução do desperdício é essencial para melhorar o resultado do setor

Os recursos públicos e privados são finitos e a gestão é a principal ferramenta para adequar a oferta limitada à demanda, geralmente ilimitada. Isso serve para qualquer sociedade, governo, empresa ou família, ou seja, a sustentabilidade deve ser apoiada na alocação eficiente de recursos ao invés da pura e simples busca de novas fontes – o que por

definição significaria a retirada de recursos de outra área.

Na saúde suplementar não é diferente, os recursos que o setor movimenta todo ano, que totalizou R\$ 144 bilhões em 2014, são destinados ao custeio da assistência à saúde do beneficiário, à gestão da rede, da comercialização e ao desenvolvimento de processos que atendam ao órgão re-

#### Destinos dos recursos da saúde suplementar em 2014



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





gulador e ao Estado. Nesse sentido, toda nova demanda requer a realocação dos recursos, de modo a retirar parte ou a totalidade dos recursos aportados em uma determinada área para destiná-lo a outra.

Dos R\$ 144 bilhões que o setor movimentou, a maior parte foi direcionada aos hospitais, para custeio de atendimentos e internações, totalizando R\$ 48,9 bi, seguido pelas despesas com consultas e atendimentos ambulatoriais (R\$ 32,6 bi), exames (R\$ 20,9 bi) e terapias (R\$ 5,2 bi), conforme apresentado na figura que demonstra a divisão econômico-financeira da saúde suplementar.

Com o aumento contínuo da demanda por serviços de saúde, as despesas assistenciais, que já representaram em meados da década passada cerca de 80% das receitas do setor, consomem hoje 85%. Esse aumento foi possível devi-

do a redução das despesas administrativas, com ganhos de eficiência na operação, e da margem das operadoras.

Em 2007, cerca de 30% dos recursos das operadoras de planos de saúde eram destinados ao pagamento das despesas administrativas e operacionais, índice que caiu constantemente no decorrer dos anos, até alcançar 20,7% no 1º semestre de 2015. Há um limite para esse movimento, uma vez que o setor demanda recursos para gerir as extensas redes de atendimento, de comercialização e mudanças constantes sob o ponto de vista regulatório.

Se por um lado é cada vez mais difícil reduzir as despesas administrativas, por outro, as despesas assistenciais tem trajetória de crescimento certo, principalmente em decorrência do envelhecimento da população e da rápida incorporação de tecnologia.

Sendo assim, o novo desafio colocado ao setor é o combate ao desperdício de recursos assistenciais, tema que já é bastante discutido no principal mercado de planos de saúde do mundo, os Estados Unidos, e ainda pouco explorado no Brasil.

Nos Estados Unidos, estudos e pesquisas publicados em revistas científicas internacionais indicam que entre 20% e 30% do que é gasto em saúde é desperdício. Por desperdício, entende-se recursos pagos e que poderiam ser eliminados sem prejudicar o beneficiário ou reduzir a qualidade do atendimento.

Estudo do *Institute of Medicine*<sup>1</sup> estima que aproximadamente 30% dos gastos totais com saúde nos Estados Unidos em 2009, o que equivale a US\$ 750 bilhões, foram desperdiçados. Outra pesquisa publicada no *The Journal of the American*

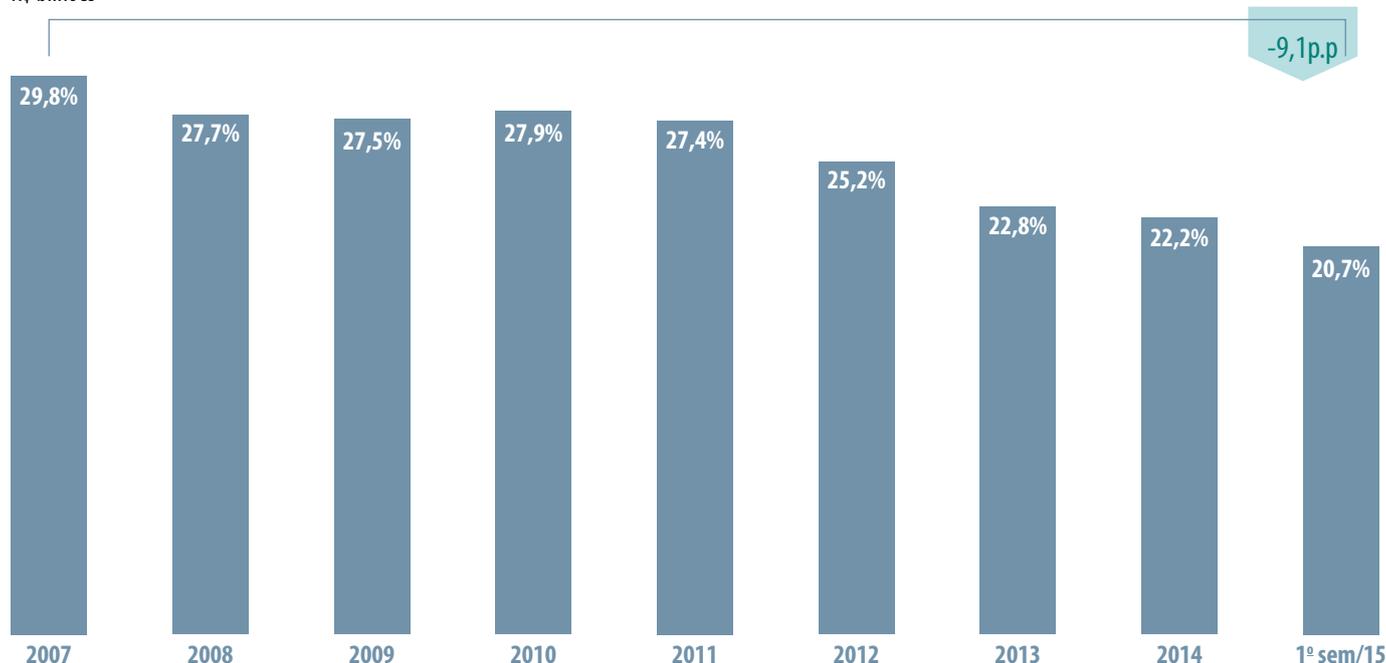
*Medical Association (JAMA)*<sup>2</sup> indica que algo entre 21% e 47% do total gasto com saúde seria desperdício em 2011.

Com o aprofundamento destas pesquisas, identifica-se que as principais fontes de desperdício no mercado de saúde dos Estados Unidos são:

- o excesso de burocracia, representando 27,2% do valor total perdido;
- os excessos de indicação, com atendimentos, exames, medicamentos e cirurgias desnecessárias, que corresponde a 21,1% do total;
- as fraudes e abusos, com cobrança de procedimentos que não foram realizados ou fraude cometida pelo beneficiário ao omitir doença pré-existente, o que corresponde a 19,4% das perdas;
- o sobre preço, que seriam ações coordenadas seja da in-

## Participação das despesas administrativas e operacionais no faturamento do setor

R\$ bilhões



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

<sup>1</sup>Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in America, Institute of Medicine, 2013.

<sup>2</sup>Eliminating Waste in US Health Care, Donald M. Berwick e Andrew D. Hackbarth, *The Journal of the American Medical Association*, V. 306, N. 14, 2012.





- dústria ou de prestadores de serviços para inflar preços, o que representa 14,4%;
- as falhas no atendimento, que podem ser devido a ausência de tratamento preventivo e de ações que aprimorem a segurança do paciente, com 14,1%;
  - e, por último, a falta de coordenação do atendimento, principalmente por conta da ausência ou falha na comunicação entre prestadores de serviços, responde por 3,8% das perdas.

A saúde suplementar no Brasil não é diferente, na verdade possui até agravantes que podem fazer com que o desperdício seja ainda maior, na medida em que a remuneração ainda é pautada na conta aberta e no pagamento por serviço, o que estimula o consumo de materiais, medicamentos, exames, etc.

Além disso, por conta desse modelo desenvolvemos estruturas burocráticas de autorização de procedimentos e de auditoria que são dispendiosas e geram desperdícios.

As fraudes, abusos e elevados preços também estão presentes no nosso mercado. Como indício disso, basta verificar o sobrepreço das órteses, próteses e materiais especiais, os casos de utilização destes produtos sem necessidade, conforme apresentado no escândalo da Máfia das Próteses.

O setor também conta com fraudes praticadas pelos beneficiários de planos de saúde, por exemplo, quando estes

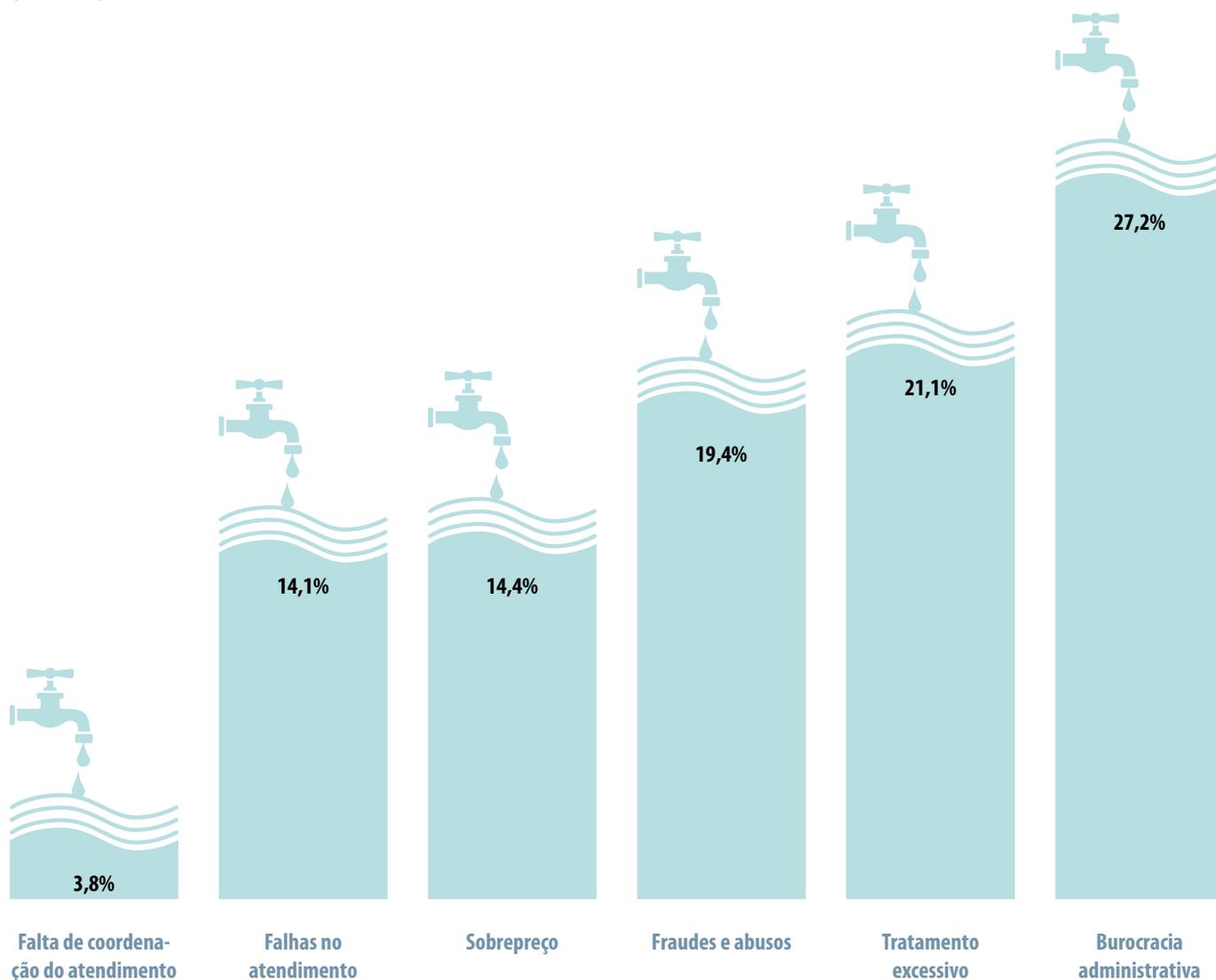
omitem a existência de doenças pré-existentes na entrevista qualificada, aderindo ao plano para fazer um determinado tratamento.

Outro fator preponderante é o modelo de assistência fragmentado e que prioriza o atendimento com especialistas, não havendo coordenação entre os prestadores de serviços de saúde e hierarquização da rede ou até mesmo a figura do “*gatekeeper*” – o que faria com que o beneficiário fosse guiado para que o uso da rede de assistência seja mais eficiente.

Conforme apresentado no texto para discussão número 49 do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS, diversas ações poderiam mitigar o desperdício no mercado de saúde suplementar brasileiro, como: o aprimoramento de protocolos assistenciais, desenvolvimento de penalização caso este protocolo não seja seguido, utilização de tecnologia de informação pelos prestadores de serviços, integração dos diversos níveis de assistência, estímulo a concorrência e transparência de preços e punição para casos de fraudes e abusos.

Além disso, é primordial mudar o modelo de remuneração de modo a estimular a eficiência, reduzir o consumo de materiais e medicamentos desnecessários, conciliando esses com a melhora dos resultados assistenciais e, por conseguinte, reduzir estruturas de auditoria e de autorizações que não seriam mais necessárias diante da mudança do modelo.

Principais fontes de desperdício, segundo estudo dos Estados Unidos com dados de 2011 (em %)



Fonte: Elaborado pela Abramge com base em informações do Estudo "Eliminating Waste in US Health Care".





## Expediente

---

**Diretor Executivo:** Antonio Carlos Abbatepaolo

**Superintendente:** Francisco Eduardo Wisneski

**Economista chefe:** Marcos Novais

**Jornalista responsável:** Gustavo Sierra – Mtb 76.114

**Coordenação e Relações Públicas:** Keiko Otsuka Mauro

**Projeto Gráfico:** Matiz Design

Cenário da Saúde é uma publicação de circulação nacional produzida pelo Sistema Abramge – Associação Brasileira de Medicina de Grupo, 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.

A reprodução, total ou parcial, desta publicação somente é permitida com a citação da fonte.

**Tiragem:** 1.000

**Endereço:** Rua Treze de Maio, 1540 – Bela Vista – 01327-002 – São Paulo – SP

**Contato:** (11) 3289-7511 – [imprensa@abramge.com.br](mailto:imprensa@abramge.com.br)