

Nota de Acompanhamento do Caderno de Informação da Saúde Suplementar

Setembro 2010

1. Informações Gerais

No segundo trimestre de 2010, o número de beneficiários de planos de saúde cresceu 1,9%, totalizando 44.012.558 vínculos de planos médicos. No ano o crescimento é de 4,0% e no acumulado de 12 meses o crescimento atinge 7,9%. Os dados são da ANS, para a data-base de junho de 2010, divulgados em setembro. Nesta edição do caderno a ANS reviu a série histórica dos dados, com alguma reclassificação no histórico e segmentação dos planos coletivos.

Tabela 1. Taxas de crescimento do n° de beneficiários – jun10

	Período	Beneficiário	$\Delta\%$ 12 meses	$\Delta\%$ trimestre
Total	jun/09	40.807.129		
	mar/10	43.171.859		
	jun/10	44.012.558	7,9	1,9
Individual	jun/09	8.912.640		
	mar/10	9.222.787		
	jun/10	9.323.602	4,6	1,1
Coletivo	jun/09	29.398.078		
	mar/10	31.387.178		
	jun/10	32.153.589	9,4	2,4
Adesão	jun/09	7.035.749		
	mar/10	7.174.835		
	jun/10	7.173.359	2,0	0
Empresa	jun/09	22.306.853		
	mar/10	24.161.441		
	jun/10	24.930.019	11,8	3,2
N. Ident.	jun/09	2.496.411		
	mar/10	2.561.894		
	jun/10	2.535.367	1,6	(1,0)

Fonte: Tabela 2

O plano coletivo empresarial lidera o crescimento no trimestre, com estabilidade nos planos coletivos por adesão (-0,9%), que pode ter resultado da regulamentação introduzida pelas RNs 195 e 196 e suas posteriores

mudanças. Após o decréscimo no primeiro trimestre, os planos individuais voltaram a crescer no segundo trimestre de 2010 (1,1%). Sanados parcialmente os problemas de identificação no Caderno anterior, os planos não identificados voltaram a diminuir.

Como o crescimento tem se concentrado nos planos coletivos empresariais, a faixa etária que mais cresce é a dos 19 aos 59 anos, 2,1% no trimestre e 8,2% em 12 meses. As demais faixas têm crescido menos que o total, sendo que os jovens cresceram mais que os idosos, 1,8% e 1,5% no segundo trimestre respectivamente.

A ANS tem destacado a participação dos planos contratados anteriormente à vigência da Lei 9.656/98. A maior parte desses contratos está na modalidade Autogestão com 33%, e na forma de contratação coletiva 53%. Todos os planos classificados como não identificados são planos anteriores à Lei e apenas 19,4% dos vínculos antigos são de planos individuais. Os contratos assinados antes da vigência da Lei 9.656/98 não são regulados por ela e são o principal responsável por conflitos e demandas judiciais envolvendo os planos de saúde.

Tabela 2. Planos antigos por modalidade e forma de contratação – jun10

	TOTAL	Individual	Empresa	Adesão	Não Inf
Autogestão	2.991	51	750	1.185	1.006
Coop Médica	2.366	586	690	452	638
Filantropia	341	115	27	79	120
Med Grupo	2.268	576	729	262	702
Seguradora	1.098	426	596	6	70
Total	9.064	1.754	2.791	1.983	2.535

Fonte: Tabela 4 e Tabnet

Dentre as modalidades, as Cooperativas Médicas e as Seguradoras cresceram mais que o total, 2,3% e 2,9% no segundo trimestre. Destaque para as Filantrópicas que cresceram 3,9% no trimestre e 13% em 12 meses, mas totalizam apenas 1,5 milhões de beneficiários, ou 3,4% do mercado.

2. Destaques desta Edição

A ANS consolidou os dados econômicos financeiros para o ano de 2009, segundo o porte da operadora.

Apesar de apresentar uma taxa de sinistralidade inferior à média do setor, as operadoras de pequeno porte apresentam custo administrativo muito maior, 2,6 vezes superior ao das operadoras de grande porte e mais que o dobro da média do setor. Para as operadoras de médio porte, o custo administrativo é 20% superior à média e 50% superior ao das operadoras de grande porte.

Tabela 3. Informações econômico-financeiras por porte de operadora – jun10

	Total	Porte		
		P	M	G
Operadoras	1.179	824	276	79
Participação (%)				
Receita %	100	8,4	22,1	69,5
Desp Assistencial %	100	8,1	22,4	69,5
Desp Adm %	100	20,5	29,0	50,4
Beneficiários	100	10,1	24,5	65,4
Taxa (%)				
Sinistralidade	83,1	80,6	84,0	83,0
Per capita mês				
Receita (R\$)	116,11	95,92	105,07	123,37
Desp adm (R\$)	18,78	38,07	22,30	14,48

Fonte: Tabela 12 e 13

Enquanto para o setor o resultado representou 0,8% das receitas, no geral apenas as operadoras de grande porte apresentaram resultado positivo, com 5,2% das receitas. As

operadoras de pequeno porte apresentaram na média perda de 20,3% da receita e as de médio porte perdas de 5,2% das receitas. A falta de escala das operadoras de pequeno porte para cumprir os elevados custos administrativos da gestão de sinistro e das obrigações regulatórias compromete o resultado das operadoras desse segmento que na média apresenta uma taxa de sinistralidade menor do que a do setor.

Os dados apresentados pela ANS mostram a taxa de sinistralidade para o segundo trimestre de 2010 de 80,6%, inferior ao consolidado para o ano de 2009 de 83,1%. Os dados apresentados ainda são preliminares e podem sofrer mudanças. A sinistralidade de 2009 refere-se a todo ano, enquanto a informação de 2010 a apenas 6 meses e também pode conter algum efeito de sazonalidade de uso.

3. Planos exclusivamente Odontológicos

Pelo segundo trimestre consecutivo, o número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos cresceu menos do que os planos médicos, 1,8% no segundo trimestre de 2010. Em termos absolutos, observou-se um crescimento de 242 mil beneficiários, totalizando 13,6 milhões de vínculos. O crescimento se concentrou nos planos coletivos empresariais com 3,5%, enquanto a contratação por adesão apresentou retração de 0,6%. Os planos individuais cresceram 1,0%. Os dados apresentam um elevado crescimento na faixa etária acima dos 59 anos, 3,8%.

4. Seção em Pauta

O Caderno da ANS de março trouxe na “Seção em Pauta” o texto *Estrutura do mercado de planos individuais de assistência médica*.

A Agência analisa o mercado de planos individuais, possivelmente, para subsidiar mudanças nas regras regulatórias.

Os planos individuais representam 21% do mercado de planos de assistência médica. Totalizam 9,3 milhões de beneficiários, sendo 7,6 milhões de vínculos posteriores à Lei 9.656/98 e 1,7 milhões anteriores.

O mercado de planos novos de contratação individual difere do mercado de contratação coletiva. Nos planos coletivos todas as 5 modalidades de operadoras oferecem planos. Já nos individuais, as Autogestões praticamente não têm beneficiários e as Seguradoras, que detêm 15% dos planos coletivos novos, têm apenas 1,3% dos planos individuais novos e suspenderam a comercialização desse tipo de plano.

Tabela 4. Participação dos planos de assistência médica pós Lei 9.656, por características – jun10

	Individual	Coletivo
Segmentação		
Ambulatorial	6,0	4,2
Hospitalar	1,4	0,6
Hosp e Amb	77,0	76,5
Referência	15,5	18,6
Abrangência Geográfica		
Nacional	13,2	35,4
G. de Estados	7,3	3,7
Estadual	8,4	10,8
G. de Municípios	62,3	46,3
Municipal	8,8	3,8
Modalidade		
Autogestão	-	8,3
Cooperativa Médica	42,1	36,9
Filantropia	5,5	2,7
Medicina de Grupo	51,2	37,1
Seguradora	1,3	15,0

Fonte: Tabnet

As coberturas assistenciais são as mesmas para planos individuais e coletivos, mas algumas regras contratuais são diferentes. Na avaliação da Agência a principal diferença dos planos individuais para os coletivos é o estabelecimento do reajuste anual e as regras de carência. Nas palavras da Agência *“Isso ocorre porque os planos coletivos, abrangendo grupos grandes de pessoas, permitem a potencial diluição do risco, o que*

incentiva, em teoria, as operadoras a oferecerem produtos a preços mais baixos. No caso dos contratos individuais, a dificuldade de diluição do risco implica custos que são potencialmente maiores.”

Para o IESS a diferença de preços entre os planos coletivos e individuais se dá pela previsibilidade da gestão do contrato. Os planos individuais carregam um risco regulatório elevado, fruto da não possibilidade de rescisão contratual ao fim do prazo de vigência contratual por parte da operadora e o controle dos reajustes anuais pela ANS.

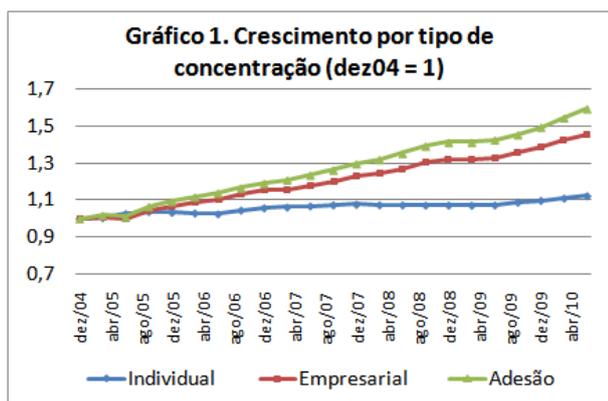
A elevada incerteza quanto à viabilidade econômico-financeira dos planos individuais no longo prazo faz com que os preços de partida desses produtos sejam mais altos que os contratos coletivos, tanto no adesão como no empresarial. Além disso, os planos individuais apresentam maior anti-seletividade, é mais provável um indivíduo com algum problema de saúde aderir ao plano do que um indivíduo saudável. Por isso o custo médio do mutuo tende a ser maior do que se fosse considerada toda a população.

A carência é um mecanismo regulatório que mitiga o risco moral dos contratos. Preserva o mútuo ao estimular o comportamento previdente dos beneficiários. A existência da carência permite que os preços de partida sejam menores do que seriam se este mecanismo não existisse.

Com o preço mais elevado e a restrição de renda por parte da população brasileira o mercado de planos individuais apresenta uma expansão modesta no histórico recente.

Como alternativa os beneficiários procuraram os planos coletivos por adesão, que já totalizam 7,2 milhões de vínculos. Sem o risco regulatório dos planos individuais e protegido por um mutuo composto por muitas vidas esses planos costumam ser mais baratos que os

planos individuais. Como a principal restrição para a compra de um plano de saúde é renda, as pessoas buscam produtos que caibam em seu orçamento e como segunda regra de escolha, buscam uma rede de atendimento mais ampla.



Fonte: Tabnet

Outro foco da seção em pauta foi a avaliação da concorrência nos planos individuais. O estudo analisou a concentração dos beneficiários nas operadoras (sem considerar grupos econômicos). Foram considerados as capitais e os 30 maiores municípios em quantidade de beneficiários de planos individuais novos.

Para a avaliação da concentração do mercado, foram usados os índices HHI (Herfindahl-Hirschman Index), o C1 e o C4, tradicionalmente usados nas publicações da Agência e em avaliações feitas pelo IESS para o mercado.

Segundo a ANS, em relação às capitais, observa-se que apenas em duas o HHI apresenta-se num nível de mercado altamente competitivo (abaixo de 10%), São Paulo e Rio de Janeiro, onde a maior operadora de cada cidade concentra (C1) 12,9% e 16,2% dos beneficiários, respectivamente. Nota-se, também, que apenas em três capitais o HHI está compatível com mercados moderadamente concentrados (entre 10% e 18%) – Recife, Salvador e Brasília (p.15).

Para fins de portabilidade, algumas características dos planos de saúde diferenciam os produtos oferecidos. Entre elas estão a cobertura assistencial, a abrangência geográfica e o preço de comercialização.

Pelas regras da Resolução Normativas 186 da ANS, para fins de portabilidade os beneficiários devem escolher entre produtos semelhantes. Essas diferenças na segmentação, com exceção do preço, pouco interferem na concorrência no momento da compra de um plano de saúde.

A ANS, então restringiu a amostra para planos individuais novos, com cobertura geográfica por grupos de municípios, o que totaliza 4,1 milhões de beneficiários de planos individuais novos. Para uma amostra de 30 municípios, compostos por 15 capitais e 15 municípios do interior ou de regiões metropolitanas.

Segundo ANS, pelo cálculo do HHI, além das capitais São Paulo e Rio de Janeiro, apenas Osasco apresenta nível de mercado altamente competitivo. Os mercados de Recife, Salvador, São Gonçalo, São Bernardo do Campo e Santo André seriam moderadamente concentrados, os demais municípios apresentam forte concentração.

Nessa amostra de 30 municípios, no C4, verifica-se que 90 operadoras estão relacionadas entre as quatro maiores em pelo menos um município. Entre elas, 28 são cooperativas médicas. Estas 90 operadoras detinham 3,4 milhões de beneficiários (ou 81,9%) do total da amostra. Pelos dados disponíveis na ANS tanto no Caderno quanto no Tabnet, não é possível identificar essas operadoras.

Os dados mostram que na contratação individual existe uma menor concorrência nos mercados regionais. Poucas empresas competem entre si no oferecimento de planos individuais. O que mais chama atenção nos

dados avaliados é que das 27 capitais, 5 apresentam índice C1 acima de 90% e outras 10 apresentam o C1 entre 50% e 75%. Nos outros 15 municípios, 2 apresentam o índice C1 entre 50% e 75%.

Quanto à oferta de produtos, a Agência avaliou os municípios de São Paulo e Rio de Janeiro. A ANS destaca que, embora exista uma gama de produtos bastante ampla oferecida pelas operadoras, os beneficiários têm sua escolha limitada quando estabelecem características específicas, tais como abrangência geográfica, rede de prestadores e faixa de preço.

Novamente, a questão da abrangência geográfica e da rede de prestadores depende da região na qual a operadora oferece seus serviços. Uma operadora precisa ter prestadores em número suficiente para cumprir o Rol de Procedimentos. Em São Paulo e no Rio de Janeiro é provável que a operadora consiga oferecer todos esses serviços no próprio município. Já nas regiões metropolitanas e no interior talvez seja necessário um grupo de municípios para o oferecimento do serviço.

Estudos do IESS para regiões metropolitanas mostram mercados competitivos considerando o total de beneficiários. Essa maior concentração dos planos individuais indica um mercado ainda mais competitivo para os planos coletivos do que foi constatado nos estudos do IESS, mas não foi possível verificar pela indisponibilidade de dados.

A principal barreira à entrada de novas operadoras no mercado planos de saúde é regulatória, especialmente o cumprimento das necessárias regras de garantia financeira e capital mínimo. Como verificado na seção 2, os custos administrativos são elevados e é preciso escala para diluí-los e não comprometer o resultado da operadora. A incerteza regulatória talvez o principal fator inibidor de entrada e de expansão dos planos

individuais. A imprevisibilidade faz com que muitas operadoras não comercializem planos individuais.

Não se verifica outros impedimentos para o oferecimento de novos planos. Talvez em algumas regiões com baixa oferta de serviços hospitalares e de diagnóstico privado e onde só atuem operadoras verticalizadas, pode ser difícil formar uma rede de atendimento para a oferta de um novo plano.

De maneira geral, a consolidação do mercado de saúde suplementar vem ocorrendo nos últimos anos e é saudável pela diluição da variabilidade dos sinistros para o setor à medida que cria operadoras maiores.

Mudanças regulatórias que incentivem a concorrência e ampliem a escolha do consumidor são bem vindas. Mas a principal causa da diminuição da oferta de planos individuais são as características regulatórias. Mudanças que comprometam a previsibilidade e a gestão dos planos terão como resultado o aumento do preço de venda dos planos e diminuição no número de operadoras oferecendo seus produtos.

5. Referência

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - **Caderno de Informações de Saúde Suplementar** de setembro de 2010, disponível em www.ans.gov.br.

6. Equipe Técnica

José Cechin – Superintendente Executivo

Carina Burri Martins – Coordenadora

Francine Leite – Pesquisadora

Marcos Paulo Novais Silva - Pesquisador

Shirlei Freire Cavalcante – Pesquisadora