

A NOVA DINÂMICA DOS PLANOS DE SAÚDE

Carina Burri Martins

José Cechin
Superintendente Executivo

1 Apresentação

Esse trabalho analisa dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em seu “Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos” de março de 2007.

A análise será feita para o segmento com vínculos a planos de assistência médica (com ou sem odontologia) e procura identificar tendências que estão ocorrendo neste segmento e avaliar as novas variáveis financeiras incorporadas à mais recente publicação da ANS.

A ANS tem realizado um grande esforço para melhorar e aumentar as informações e estatísticas referentes ao setor de saúde suplementar. Esses dados precisam ser analisados à luz de seus determinantes para que se possa aumentar o entendimento das mudanças que estão ocorrendo no setor.

Com essa análise o IESS inicia uma série de estudos para visualizar as tendências demográficas, da base do emprego formal de renda e preferências do consumidor.

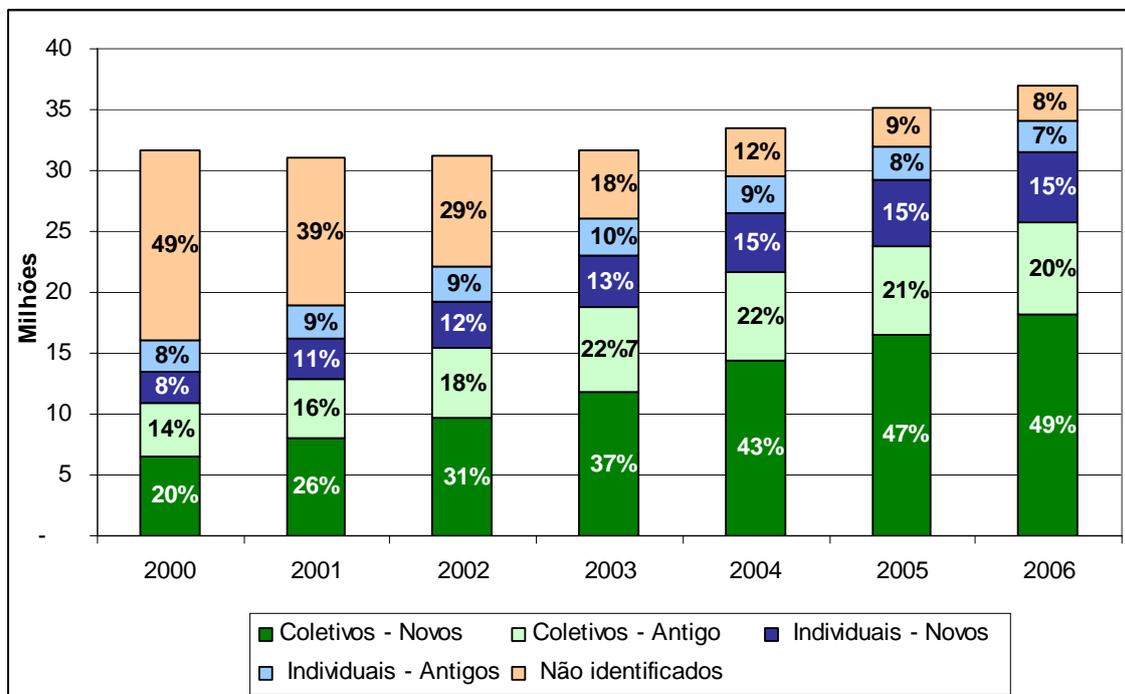
2 Participantes de Plano de Saúde

O mercado de planos de saúde ainda vive um processo de consolidação e adaptação à recente regulação. Após manter-se praticamente estável nos primeiros 4 anos da criação da ANS, o número de beneficiários vem crescendo em média 5,2% ao ano desde 2004, um crescimento consideravelmente superior ao crescimento populacional brasileiro, estimado em 1,44% em 2004¹.

È importante ressaltar que parte desse crescimento se deve à melhora na prestação de informações das operadoras que apresentavam dados subnotificados do número de beneficiários no início do processo de coleta de dados por parte da ANS. O gráfico a seguir mostra a evolução do número de beneficiários por tipo de contratação desde a criação da Agência.

¹ Estimativas do IBGE disponíveis em www.ibge.gov.br.

Gráfico 1. Beneficiários de planos de assistência médica, por tipo de plano e época de contratação: 2000 - 2006.



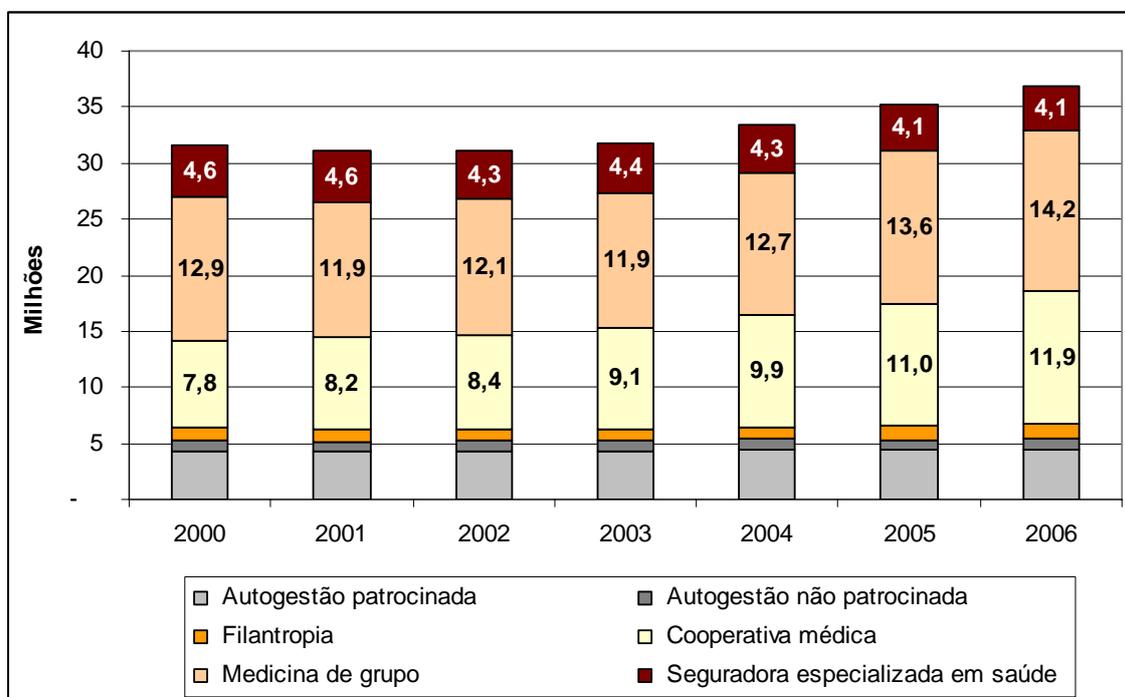
Fonte: ANS Cadernos de Informação março de 2007, Tabela 1.1.1

Em 2006, o número de beneficiários cresceu em mais de 2 milhões, a grande maioria, 83%, por planos coletivos. Os planos individuais têm evoluído mais lentamente e estão perdendo representatividade na carteira enquanto os planos coletivos mantêm-se em constante crescimento desde a criação da Agência.

Os dados também demonstram o grande esforço da ANS para melhorar seus sistemas de informação e aprimorar seu banco de dados. Em 2000, desconhecia-se a classificação de 49% dos planos, hoje esse percentual é de 8%, devido ao grande esforço de reclassificação ente 2001 e 2004. Todos os planos não identificados foram contratados anteriormente à Lei.

O movimento de expansão se deu principalmente com as Cooperativas Médicas, que aumentaram sua carteira em 4,1 milhões de beneficiários, seguidas pelas Medicinas de Grupo com 1,4 milhão de beneficiários. As Medicinas de Grupo retomaram o crescimento depois da perda líquida no início do período e conseguiram se manter como a principal modalidade do mercado.

Gráfico 2. Beneficiários por modalidade da operadora: 2000-2006

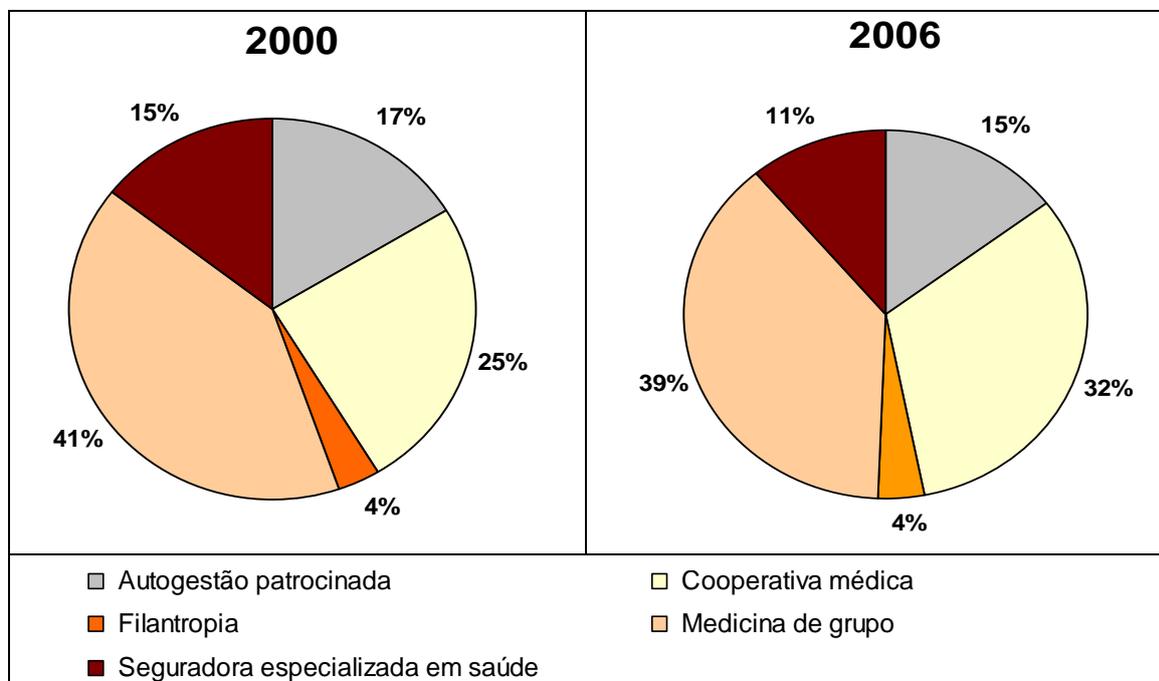


Fonte: ANS Cadernos de Informação março de 2007, Tabela 1.1.13

Os segmentos de Autogestão e Filantropia mantiveram suas bases de clientes praticamente estáveis. A única modalidade que apresentou perda líquida no número de beneficiários, cerca de 530 mil foi o grupo das Seguradoras.

O segmento das Medicinas de Grupo detinha 41% do número de beneficiários em 2000 e 39% em 2006. Houve diminuição da participação também nas Seguradoras, de 15% para 11%, e no segmento de Autogestão, de 17% para 15%. Cooperativas Médicas foi o segmento que absorveu o decréscimo dos demais passando de 25% para 32%. O Segmento de Filantropia manteve-se estável ao longo do período analisado.

Gráfico 3. Participação por modalidade de operadora: 2000 e 2006.



Fonte: ANS Cadernos de Informação março de 2007

3 Estrutura etária dos beneficiários

Uma variável importante no segmento de saúde suplementar é a idade dos beneficiários, pois o risco varia com as faixas etárias, aumentando exponencialmente nas faixas mais idosas da população.

A ANS utiliza 10 faixas etárias em suas estatísticas e regulamentação, sendo a última determinada pelo estatuto do idoso. Nesse trabalho consideram-se três faixas:

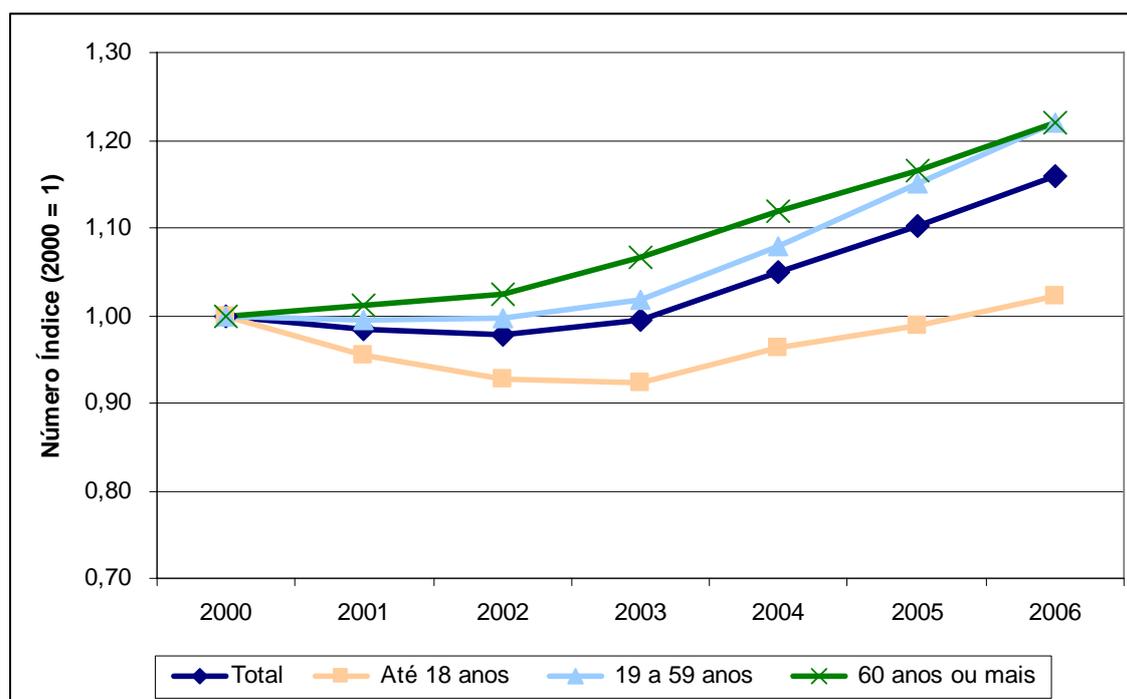
1. 0 a 18 anos, jovens normalmente dependentes de um titular
2. 19 a 59 anos: pessoas em idade ativa
3. Acima dos 60 anos: aposentados e idosos

Em 2000, o percentual de beneficiários nessas faixas era 30,1%, 59,4% e 10,4% do total, respectivamente.

O Gráfico 4 mostra a evolução relativa do número de beneficiários por faixa etária. Durante o período de retração do número de beneficiários, entre 2000 e 2003, cresceu o número de beneficiários com mais de 60 anos, enquanto o de jovens diminuía significativamente, como era de se esperar. Com a retomada do crescimento a partir de 2003, cresce mais aceleradamente o número de beneficiários em idade ativa, entre os 19 e 59 anos. As taxas

de crescimento foram menores para a população mais jovem, consolidando uma baixa expansão para essa população.

Gráfico 4. Crescimento do número de beneficiários por faixa etária: 2000 - 2006



Fonte: ANS Cadernos de Informação março de 2007

Essa evolução mostra que a população com mais de 60 anos é a menos propensa a rescindir um contrato do plano de saúde. O número de beneficiários em idade ativa, entre 19 e 59 anos, está mais relacionado com o nível de emprego formal, acompanhando a melhora nos indicadores econômicos a partir de 2003, o que trouxe um crescimento acelerado nessa faixa etária. Para os jovens aparentemente está ocorrendo uma diminuição na inclusão de dependentes em contratos de planos de saúde, mesmo com expansão da carteira e melhora nos indicadores econômicos do país.

A Tabela 1 mostra a composição percentual das faixas etárias em 2000 e 2006 da carteira total e discriminada por planos antigos e novos. Não obstante a participação das pessoas com mais de 60 anos na carteira ter permanecido relativamente constante, observou-se uma marcada diferença entre planos novos e antigos. Enquanto os novos tiveram pequena redução, a participação dos antigos aumentou em mais de cinco pontos percentuais. A participação da faixa de 19 a 59 anos aumentou em detrimento da faixa etária dos mais jovens. Esse movimento é consequência direta da maior expansão do número de beneficiários de planos coletivos e da retração das vendas de planos individuais, especialmente por parte do segmento segurador.

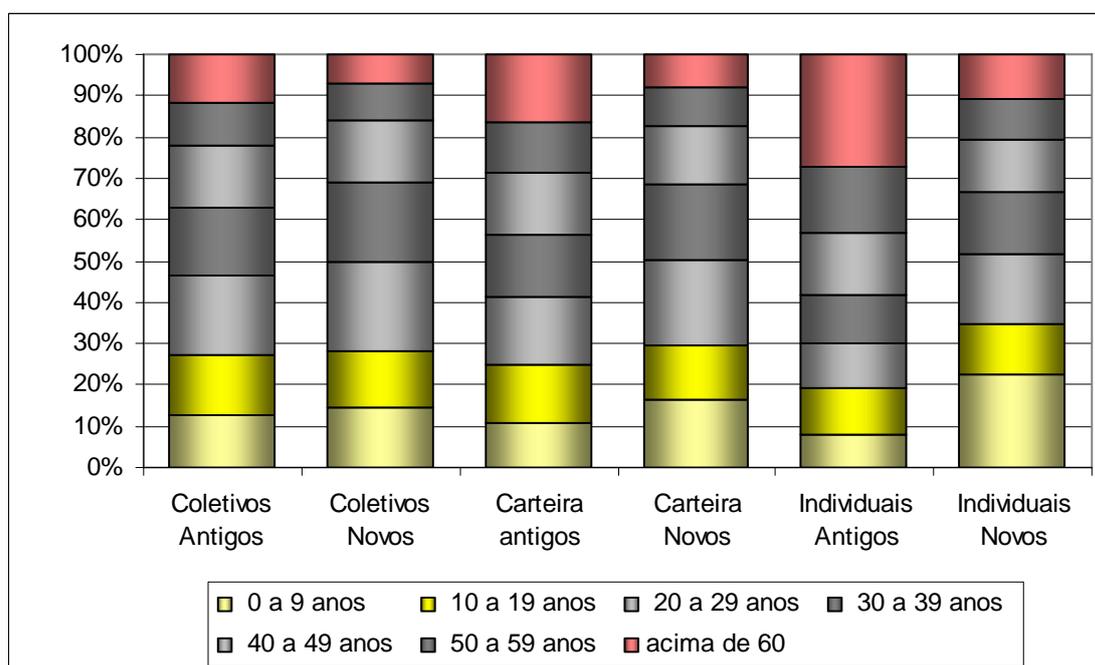
Tabela 1. Participação relativa na carteira por faixa etária: 2000 e 2006

	Até 18 anos		19 a 59 anos		60 anos ou mais	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Carteira	30,1%	26,5%	59,4%	62,4%	10,4%	10,9%
Novos	31,4%	28,2%	60,0%	63,7%	8,5%	8,0%
Antigos	29,5%	23,4%	59,1%	60,2%	11,2%	16,3%

Fonte: ANS Cadernos de Informação março de 2007

O Gráfico 5 a seguir ilustra a grande diferenciação entre faixas etárias por tipo de modalidade de plano coletivo e individual frente à carteira, com maior concentração de idosos nos planos antigos individuais.

Gráfico 5. Distribuição etária por tipo de plano e época da contratação



Fonte: ANS Cadernos de Informação março de 2007

Mas o aumento da participação da população mais idosa nos planos antigos deve ascender um alerta no monitoramento dessas carteiras que terão sua sinistralidade aumentada ano

após ano, sem a contrapartida da população mais jovem com nível de risco menor para financiar o esquema de mutualismo e o pacto intergeracional.

4 Tempo de permanência em um Plano de Saúde

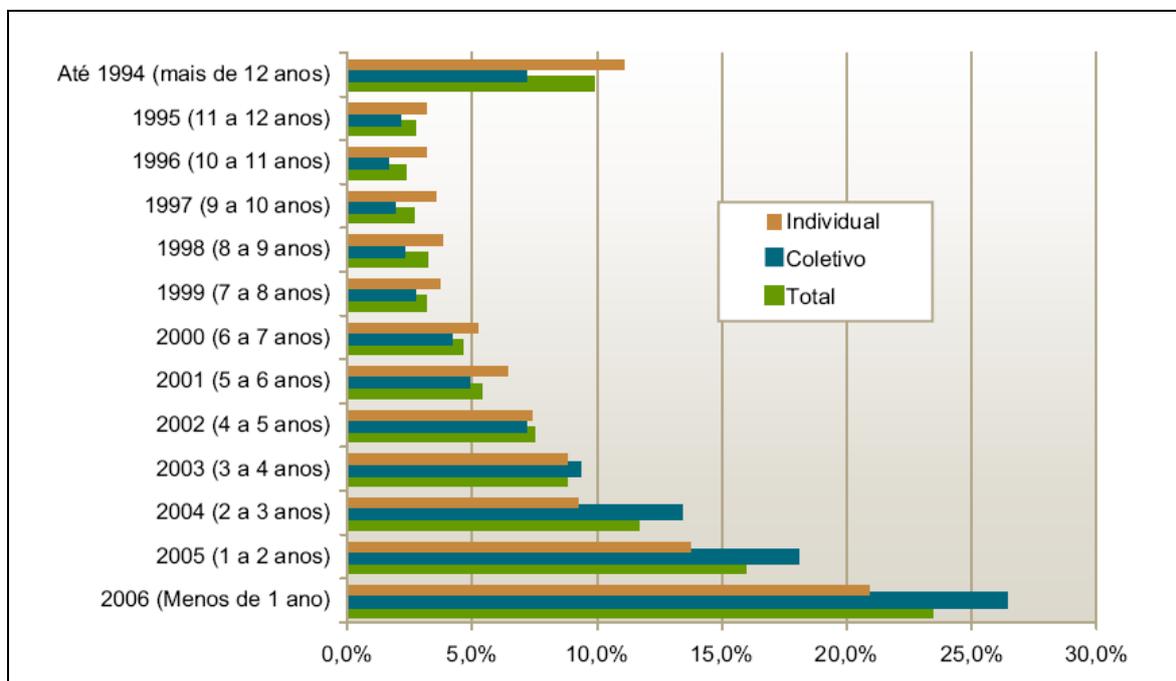
Um novo indicador nos relatórios da ANS é o tempo de adesão dos beneficiários ao plano de saúde (Gráfico 6). Chama atenção o grande percentual de beneficiários cujos planos em dezembro de 2006 tinham menos de um ano (23,3%) ou entre um e dois anos (15,8%). Esses percentuais são bem maiores do que as taxas de crescimento de cerca de 5% em cada ano.

É fácil entender a razão do elevado percentual de planos coletivos com menos de um ou entre um e dois anos, pois demissões e admissões também implicam, em regra, mudança de plano. A alta rotatividade do mercado de trabalho explica o alto percentual de planos coletivos com menos de um ano (26,3%) ou entre um e dois anos (18,0%).

Mais intrigante é a alta proporção de contratos individuais com menos de um ano (20,9%) ou entre um e dois anos (13,7%), já que a mudança de plano não isenta os indivíduos de cumprirem novamente o período de carência estabelecido em Lei.

As estatísticas da ANS não permitem inferências sobre as razões dessa elevada mobilidade entre os planos. Isso porque as informações não estão discriminadas por categoria de plano de uma mesma operadora, nem entre operadoras nem mesmo por tipo de operadora. Alguma tendência talvez possa ser inferida a partir dos dados financeiros do setor.

Gráfico 6. Percentual de beneficiários, por tipo de contratação, segundo o ano e tempo de adesão: janeiro/2007



Fonte: ANS Cadernos de Informação março de 2007, p. 16

5 Receitas e Despesas das Operadoras

A Tabela 2 mostra as receitas e despesas, inclusive a despesa exclusivamente assistencial, por tipo de operadora. Em 2006, a receita alcançou R\$ 38,5 bilhões, 9,4% maior do que em 2005. A receita das seguradoras, que tiveram redução do número de beneficiários, foi a que mais cresceu, com 10,6% sobre o ano anterior.

Nos segmentos de Autogestão, Seguradoras e Cooperativas Médicas as despesas cresceram menos do que as receitas, com conseqüente redução da sinistralidade. Já nas Medicinas de Grupo e Filantropia ocorreu o inverso - as despesas cresceram ligeiramente mais do que as receitas, acarretando ligeiro aumento da sinistralidade.

A mensalidade média de todo o setor em 2006 foi de R\$ 83,95, com grande dispersão entre os diferentes segmentos. A maior mensalidade média coube às seguradoras, R\$ 157,16, seguidas pelas cooperativas médicas, R\$ 105,01. Medicinas de Grupo e filantropia tiveram mensalidades médias similares, em torno de R\$ 71,00. As empresas de autogestão têm a menor mensalidade do setor, de apenas R\$ 12,34. (Os dados da ANS referentes à autogestão estão significativamente diferentes dos da última pesquisa Nacional Unidas, realizada em 2005, que apontava uma receita operacional média de R\$ 115,00 por

beneficiário. Mesmo assim, os dados foram utilizados na análise por fazerem parte das estatísticas oficiais da ANS.)

Tabela 2. Receitas e Despesas 2006

Modalidade	Receita			Despesa			Taxa de sinistralidade (%)
	Total ¹ R\$ milhão	Mensalidade média	Cresc. sobre ano anterior (%)	Total R\$ milhão	Assistencial R\$ milhão	Cresc. sobre ano anterior (%) ²	
Total	38.524	83,95	9,4	36.425	30.242	5,4	78,5
Autogestão	808	12,34	9,8	829	656	1,9	81,2
Cooperativa Médica	15.095	105,01	8,3	13.912	11.723	2,8	77,7
Filantropia	1.124	71,09	7,2	1.901	854	9,9	76,0
Medicina de Grupo	12.747	71,54	10,2	11.777	9.661	10,3	75,8
Seguradora	8.750	157,16	10,6	8.007	7.347	3,2	84,0

1 – Receita de contraprestações pecuniárias e prêmios de seguro

2 – crescimento das despesas assistenciais

Fonte: ANS Cadernos de Informação março de 2007, p. 19

Trata-se, a seguir, de estimar a variação da mensalidade média entre 2005 e 2006. A Tabela 3 mostra as receitas por beneficiário e mensalidades médias, para 2005 e 2006, para cada tipo de operadora. Entre 2005 e 2006, a receita passou de R\$ 81,02 para R\$ 83,95, apresentando um crescimento de 3,6%.

A variação da mensalidade média também mostrou grande dispersão entre os diferentes tipos de operadora. A mensalidade média das Cooperativas Médicas, modalidade que mais expandiu sua base de clientes, foi em 2006 0,7% inferior a do ano anterior. A da Filantropia também foi inferior em 1,6%. Já as Medicinas de Grupo, que tiveram a segunda maior expansão da base de clientes, apresentaram crescimento de 3,9% na mensalidade média e as Seguradoras tiveram crescimento de 10,9%, 3 vezes superior ao crescimento da média do setor.

Tabela 3. Receitas e mensalidade média: 2005 e 2006

Modalidade da operadora	2006		2005		Variação da Média Mensal (2006/2005)
	Receita Total (R\$ milhões)	Média mensal por benef. ¹ (R\$)	Receita Total (R\$ milhões)	Média mensal por benef. (R\$)	
OPS médico-hospitalares	38.524	83,95	35.200	81,02	3,6%
Autogestão	808	12,34	736	11,44	7,9%
Cooperativa Médica	15.095	105,01	13.935	105,76	(0,7)%
Filantropia	1.124	71,09	1.049	72,22	(1,6)%
Medicina de Grupo	12.747	71,54	11.568	68,85	3,9%
Seguradora esp. em Saúde	8.750	157,16	7.912	141,68	10,9%

Fonte: ANS. Cadernos de Informação março de 2007.

6 Demanda e Oferta: o mercado busca o equilíbrio

Atualmente, a ANS define o índice de reajuste máximo para os planos e seguros de saúde contratados individualmente baseando-se na variação média das mensalidades praticadas nos contratos coletivos em um período de doze meses.

Em junho de 2006, a ANS autorizou um aumento de 8,89% para os planos individuais. Considerando-se, por simplificação, que esse índice tenha sido aplicado para todos os planos individuais e coletivos, mensalidade média resultaria em R\$ 88,28 em 2006, em vez de R\$ 83,95. Isso indicaria que os novos planos, isto é, os contratados durante 2006, que são 23,3% do total existente ao final do ano, teriam tido uma mensalidade média bastante inferior a dos planos contratados antes de 2006, de R\$ 79,76.

A partir desses resultados, pode-se inferir, com algumas ressalvas, que os consumidores como um todo, tanto para os planos individuais como para os coletivos, têm procurado soluções mais baratas para seus planos de saúde e as operadoras que estão ampliando a sua base de clientes estão indo ao encontro dessa demanda. Também é importante considerar que a variação de preços dos planos coletivos observada pela ANS, de 8,89%, refere-se, na verdade, a renegociações ocorridas entre o ano de 2005 e início de 2006, e provavelmente os planos coletivos foram renegociados em 2006 por taxas médias inferiores a 8,89%.

Os dados da ANS não permitem detectar movimentos de migração de clientes entre operadoras. Talvez o que esteja ocorrendo seja uma migração entre categorias dos planos, dos mais caros para os mais acessíveis. Esse entendimento compatível com o encontrado nas diversas pesquisas de benefícios elaboradas por consultorias independentes, que evidenciam preocupações crescentes por parte dos empregadores com: 1) os custos dos planos de saúde, que já superariam 10% da folha de pagamento; 2) a implementação de medidas que aumentem a participação do funcionário no custeio do plano ou seguro saúde, por contribuição fixa ou variável; 3) controle e gerenciamento de acesso; 4) migração para

planos com rede credenciada mais restrita ou com maior gerenciamento de acesso aos recursos da rede credenciada.

7 Conclusão

Em resumo, os dados analisados até agora mostram:

- 1) estagnação do número de participantes no sistema de saúde suplementar entre 200 e 2003 e um crescimento posterior a taxa estável;
- 2) aumento da participação relativa dos planos coletivos, por retração das vendas de planos individuais;
- 3) concentração do crescimento na faixa etária entre 19 e 60 anos;
- 4) estabilidade da participação relativa total dos idosos, mas com crescimento expressivo dos planos antigos;
- 5) grande percentual de planos com data de adesão recente (39,1% inferior a 2 anos);
- 6) Diminuição da sinistralidade média;
- 7) crescimento da mensalidade média a índices inferiores aos apresentados pela ANS; e
- 8) aparente procura da demanda por planos de saúde mais acessíveis.