



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

PANORAMA E PERSPECTIVAS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

consolidação, concentração e concorrência

José Cechin

IQPC, SP, 27 Abril 2009

Agenda

Breve Histórico

Consolidação e modernização - tendências

Concentração e concorrência

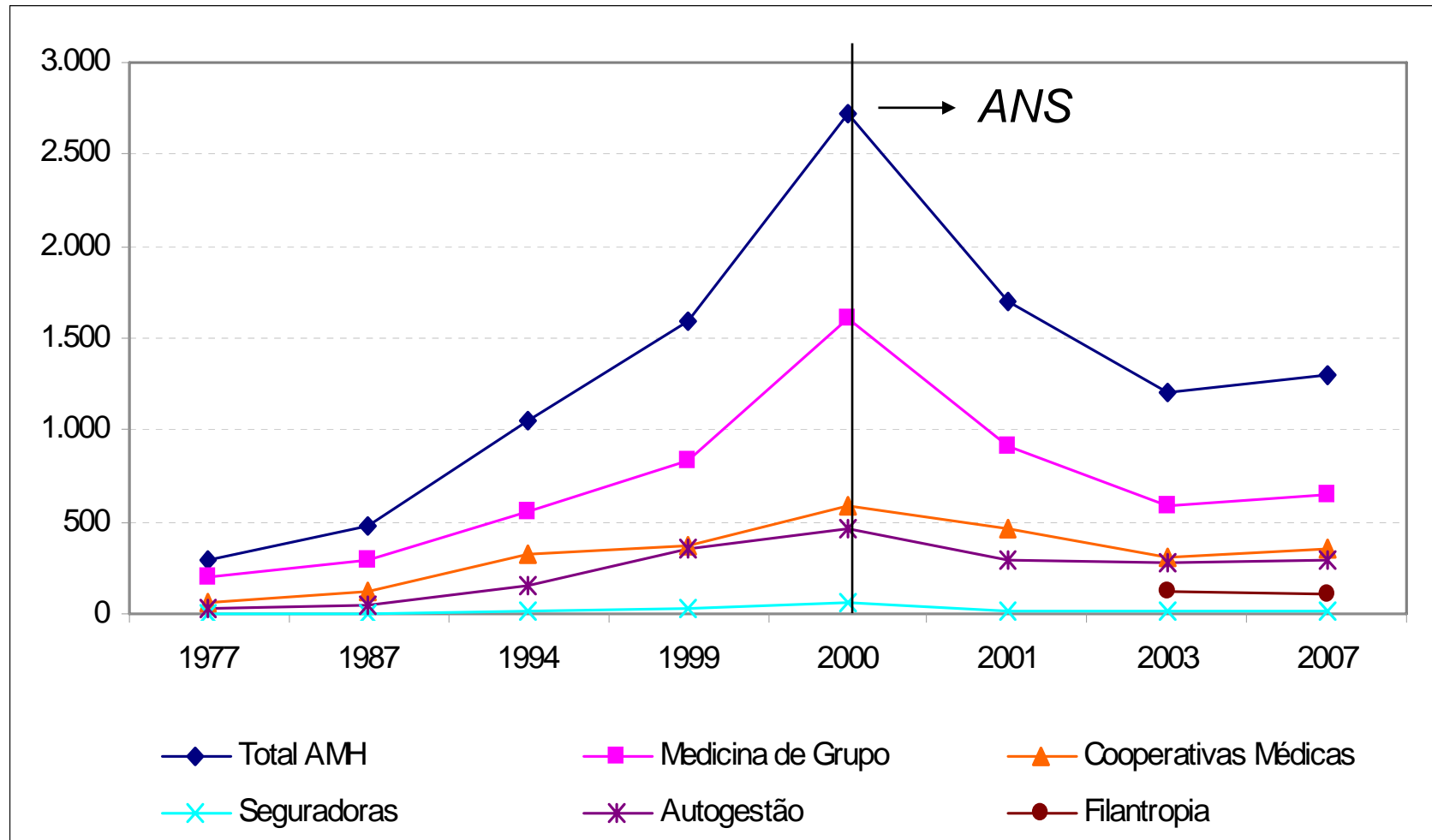
Conclusões

1. BREVE HISTÓRICO

Histórico

- Saúde até meados século:
 - Privada para abonados
 - Filantropia para pobres
 - Atendimento público para trabalhadores com Previdência.
- SS nasce com indústria automobilística.
- Estimulada pelo Governo nos anos 60 – convênio-empresa, com redução da cota patronal ao INPS.
- Várias Medicinas de Grupo e Cooperativas se formam nos anos 70
- Número de operadoras cresce rápido a partir de 1987, o crescimento se acelera com o fim do INAMPS e criação do SUS, se acelera mais ainda com as discussões sobre a lei dos Planos e declina a partir da criação da ANS.

Número de operadoras, 1977-2007



Fonte: A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. Saraiva, 2008.

- Cancelamento de OPS que nunca tiveram beneficiários (constituídas preventivamente)
- Por ‘falência’ e interrupção das operações
- Por aquisições e fusões
- Por dificuldades de sobreviver na concorrência acirrada e frente às obrigações de constituir reservas e garantias

Aquisições e IPO em 2007

Movimentos do Mercado

Quem Comprou	Quem Vendeu	Quando	IPO
Amil	Blue Life	mai/07	out/07
	Clinihauer	ago/07	
	Life System	dez/07	
Ameplan	Royal Saúde	fev/07	
Bradesco Saúde	Medservice	jan/07	
Dix Saúde	Medcard	mai/07	
Golden Cross	Blue Life Sul	out/07	
Medial	E-Nova	jan/07	set/07
	Amesp	mar/07	
Odontoprev	Dentalcorp	set/06	dez/07
	Rede Dental	out/07	
Samcil	SIM	jul/07	
	Lumina	jul/07	
Sul América Saúde			out/07

Fonte: Revista Apólice - Março 2008





2. CONSOLIDAÇÃO E MODERNIZAÇÃO

tendências

- Origem das operadoras:
 - Constituídas e administradas por médicos, para garantir clientes – acesso “gratuito” mediante pré-pagamento de mensalidade.
 - Algumas cresceram mas continuaram “familiares”
 - As vantagens de serem grandes as impelem a serem ainda maiores
 - Crescimento orgânico lento leva à busca de crescimento por aquisições.
- Tamanho e sucessão:
 - Necessidade de profissionalizar a gestão
 - IPO para injetar recursos financeiros
 - Necessidade de governança

O setor trilhando o caminho da maturidade

Tendências

- Inflexibilidade: planos caros e não acessíveis
- Cobertura alta na alta renda e baixa na baixa renda 
- Crescimento depende de emprego e renda
- Predominância dos coletivos – idade ativa
- Demografia
 - Menor número de nascimentos
 - Estabilidade da proporção da população em idade ativa
 - Maior número e proporção de idosos 
 - Prevalência de crônicas
 - Aposentados 
- Aumento de despesas – tecnologia, renda, demografia, epidemiologia 

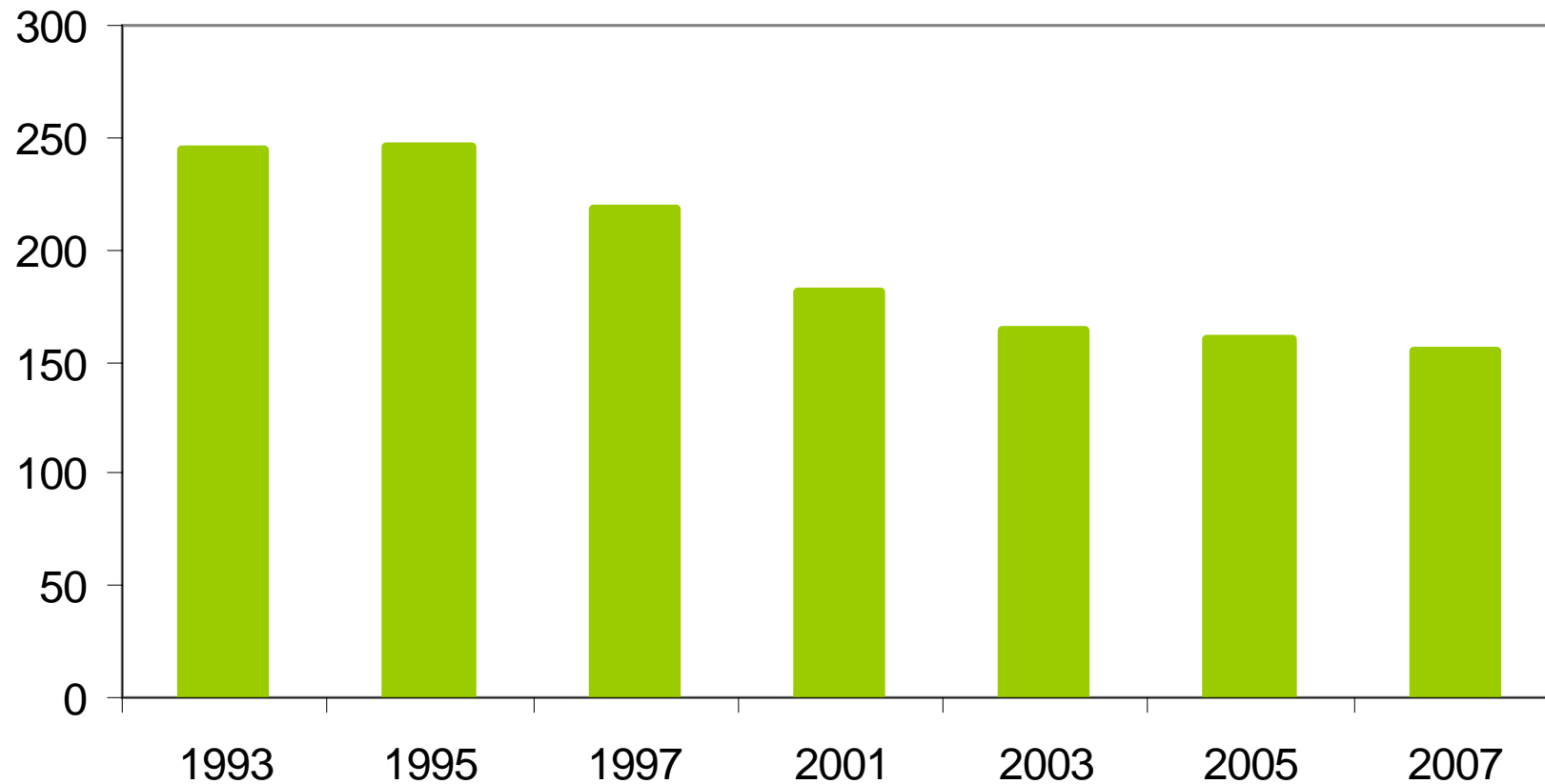
*Consolidação vai continuar
movida pela necessidade de enfrentar custos crescentes*

Escala e risco

- Escala:
 - reduz custo administrativo per capita
- Risco:
 - maior número de beneficiários reduz variância do sinistro, portanto exige menor montante relativo de reservas e garantias
 - Exemplo, com risco catastrófico de 1%:
 - Plano com 100 vidas: 1 sinistro esperado
 - Plano com 100 mil vidas: 1000 sinistros esperados
 - Se ocorrer 1 a mais do que o esperado:
 - Dobra sinistro no plano com 100 vidas
 - Aumento apenas um milésimo no plano com 100 mil vidas

3. CONCENTRAÇÃO E CONCORRÊNCIA

Brasil: Número de Bancos Múltiplos e Comerciais



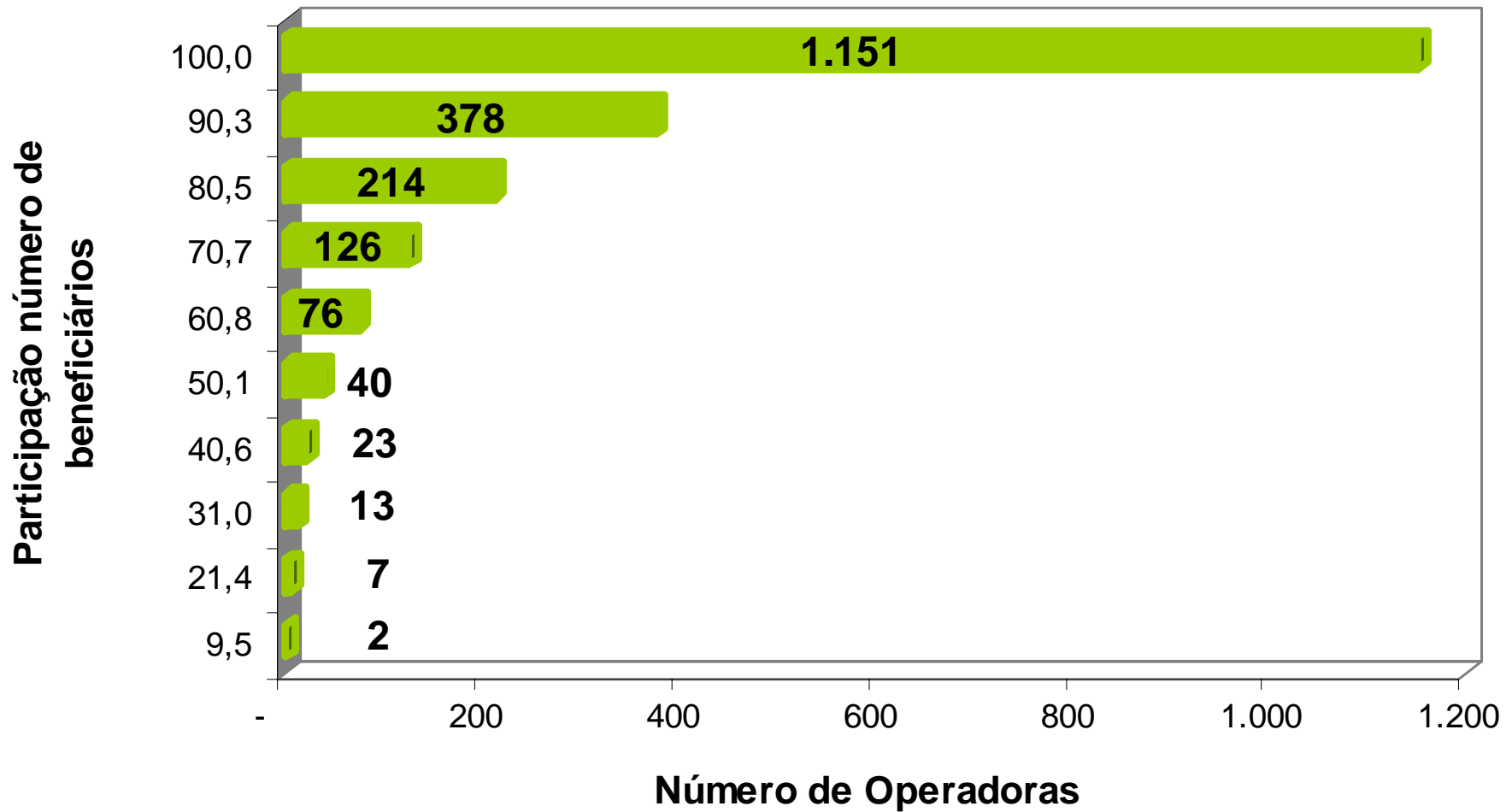
Fonte: BCB composição SFN

Participação das maiores instituições no SFN

	At. Total	PL	LL	Depós.	Funcion.	Agências
5 maiores	53%	43%	49%	61%	385 mil	13.169
10 maiores	72%	58%	62%	79%	467 mil	16.269

Fonte: BCB – jun08

Distribuição dos Beneficiários por OPS



Escala – beneficiários por operadora

- Austrália: 454 mil
- Chile: 300 mil
- Estados Unidos: 150 mil
- França: 84 mil
- Brasil 2000: 15 mil
- Brasil jun08: 25 mil

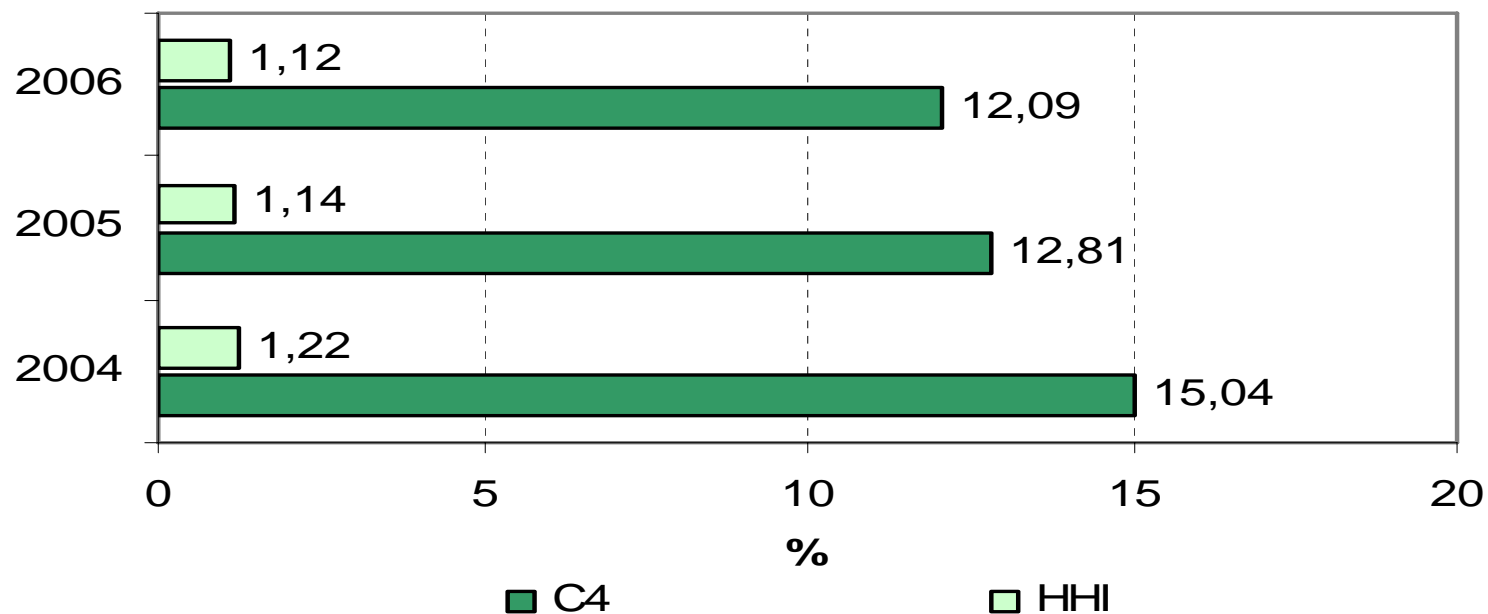
Medidas de concentração

- **C4**
Refere-se ao percentual do faturamento do setor das 4 maiores empresas.
 - Concentrado se $C4 > 75\%$
(Metodologia CADE)

- **Herfindahl-Hirschmann (HHI)**
Obtido pela soma dos quadrados dos market-shares das empresas que ofertam no mercado
 - Quanto menor o índice, menor a concentração
 - $HHI < 10\%$ altamente competitivo
 - $HHI = 100\%$ monopólio
(Metodologia ANS)

Concentração – Brasil

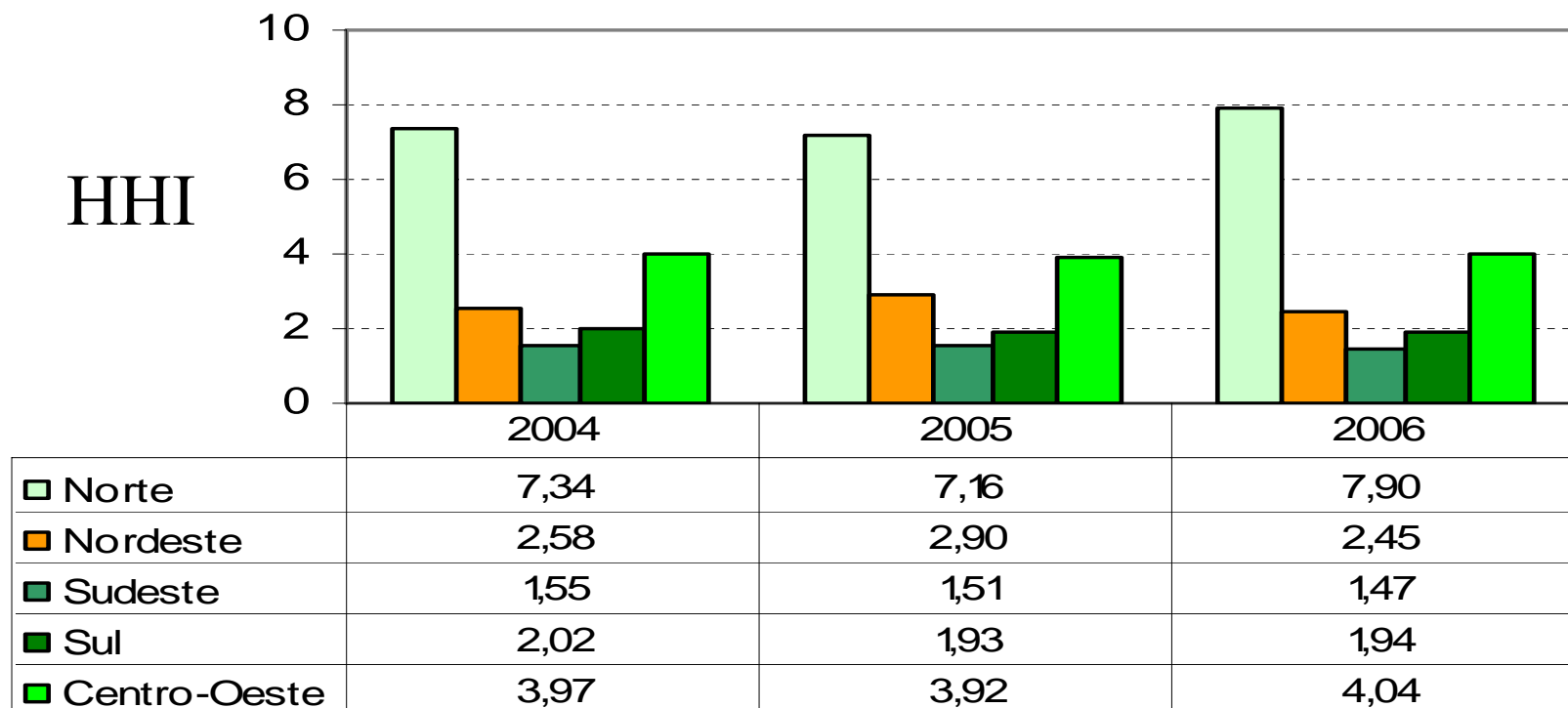
Brasil: medidas de concentração do mercado de Saúde



Fonte: ANS – Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar-2006

Concentração – Regiões

Brasil: medidas de concentração para o mercado de saúde



Fonte: ANS – Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar-2006

Concentração – Estados - 2006

Estatísticas de HHI e C4: UF - 2006

estatística	HHI	C4
máximo	35,6	74,9
mínimo	2,0	6,3
média	12,7	40,9
desvio padrão	9,0	17,6

Fonte: ANS – Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar-2006

Concentração: UF - 2006

Intervalos

UF

HHI

$HHI \leq 10\%$	RO, RR, MA, PI, PE, BA, MG, RJ, SP, PR, SC, RS, DF
$10\% < HHI \leq 18\%$	PA, TO, CE, RN, AL, SE, ES, GO
$18\% < HHI < 100\%$	AC, AM, AP, PB, MS, MT
$HHI = 100\%$	-

C4

$C4 < 50\%$	RO, AC, RR, PA, TO, MA, PI, PE, AL, BA, MG, ES, RJ, SP, PR, SC, RS, MS, GO, DF
$50\% \leq C4 \leq 75\%$	AM, AP, CE, RN, PB, SE, MT
$C4 > 75\%$	-

4. CONCLUSÕES

1. Modalidades de operadoras
Seguradoras, Medicinas de Grupo, Cooperativas,
Filantropia, Autogestão
2. Muitas iniciaram como empresas de médicos
3. Crescimento, profissionalização, sucessão
4. Importância da escala
menor custo per capita, diluição de risco, garantias e
reservas
5. Crescimento futuro
Redução do número, surgimento e consolidação de
algumas grandes
6. Ameaças à concorrência? Ainda muito longe disso

José Cechin

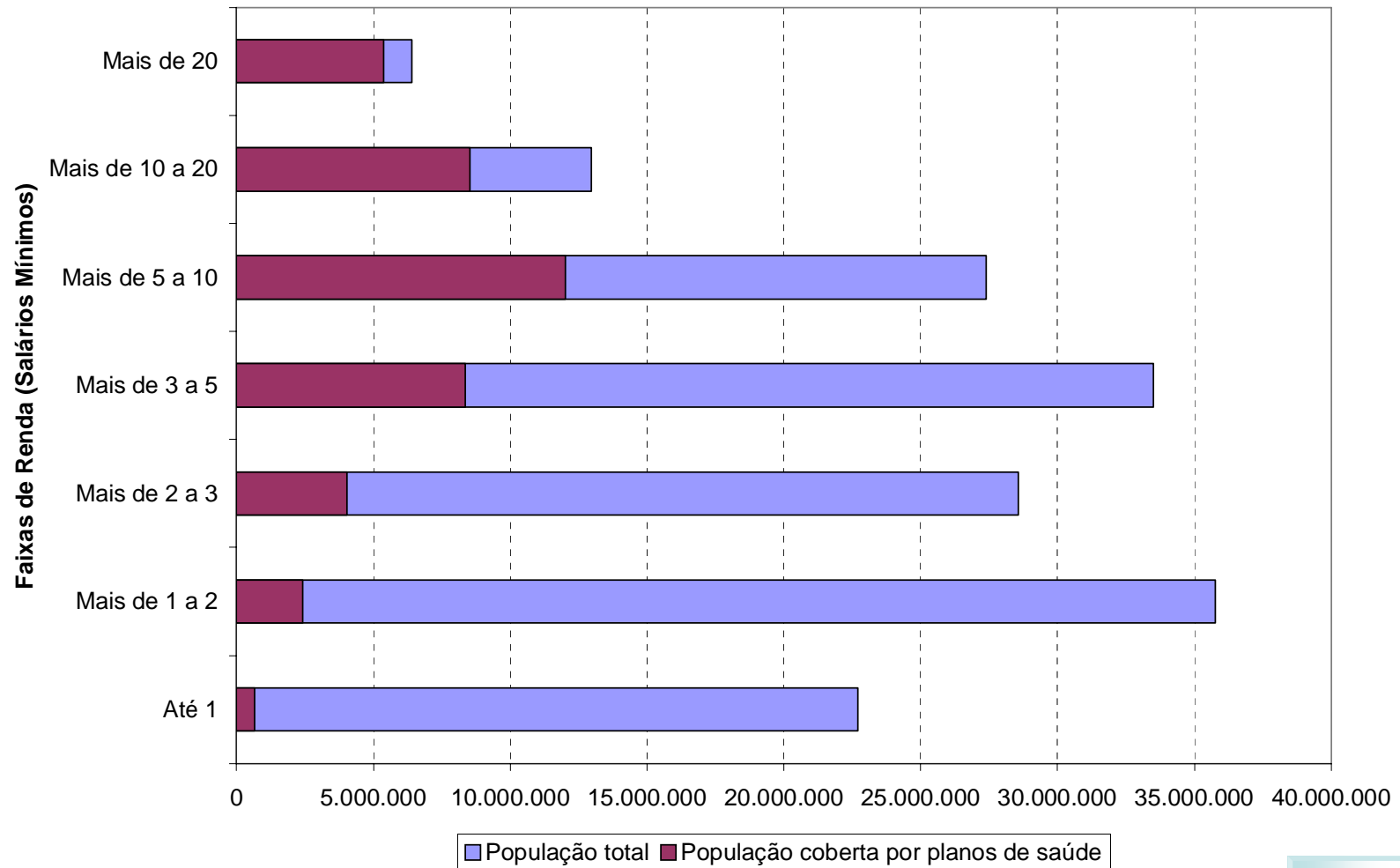
INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

jcechin@iess.org.br

www.iess.org.br

55 11 3706.9747

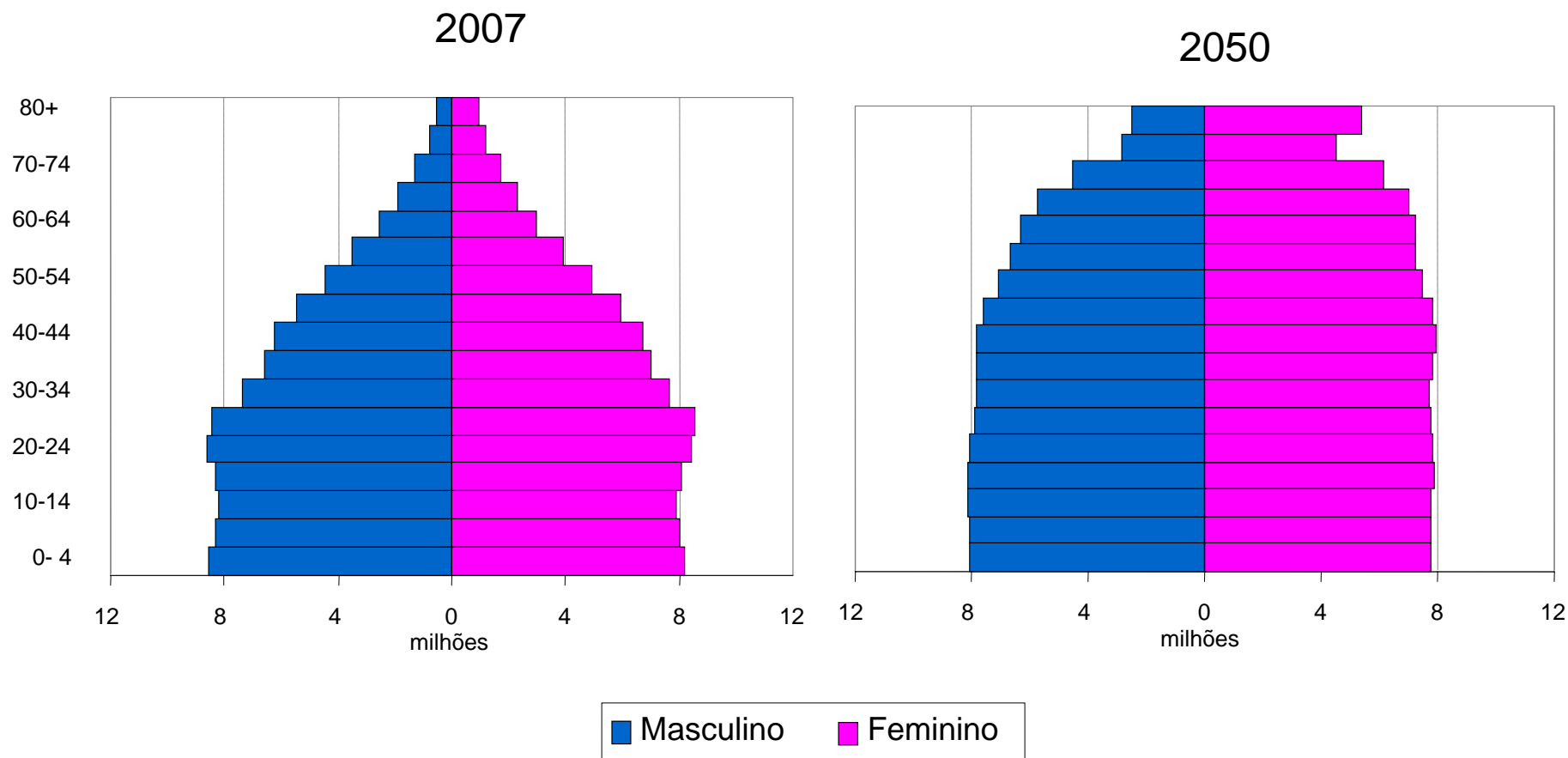
Cobertura de Planos de Saúde, por renda familiar



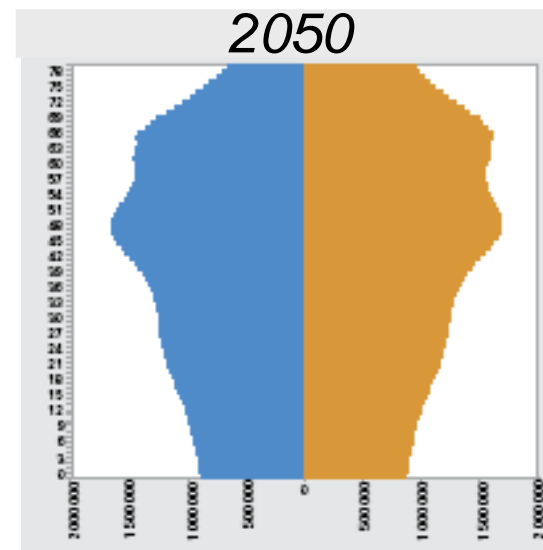
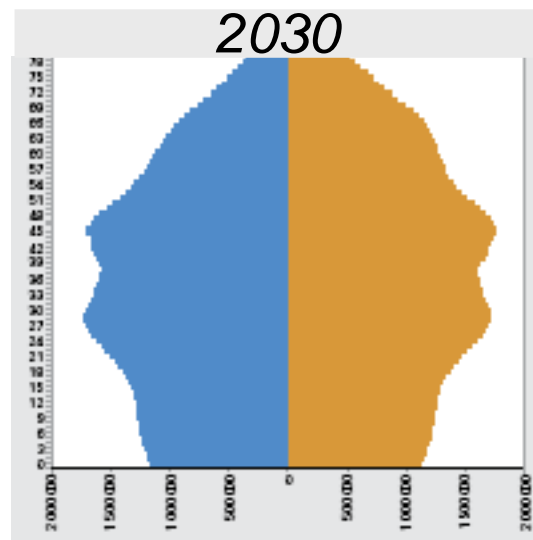
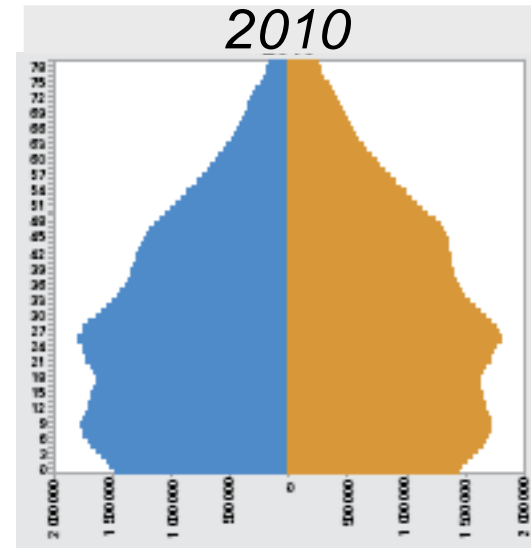
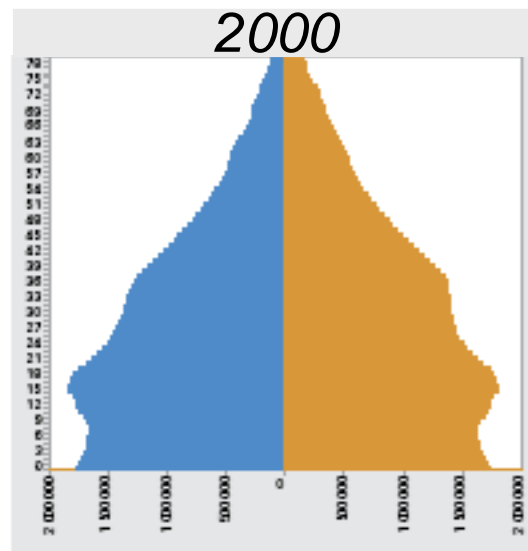
Fonte: PNAD (2003)



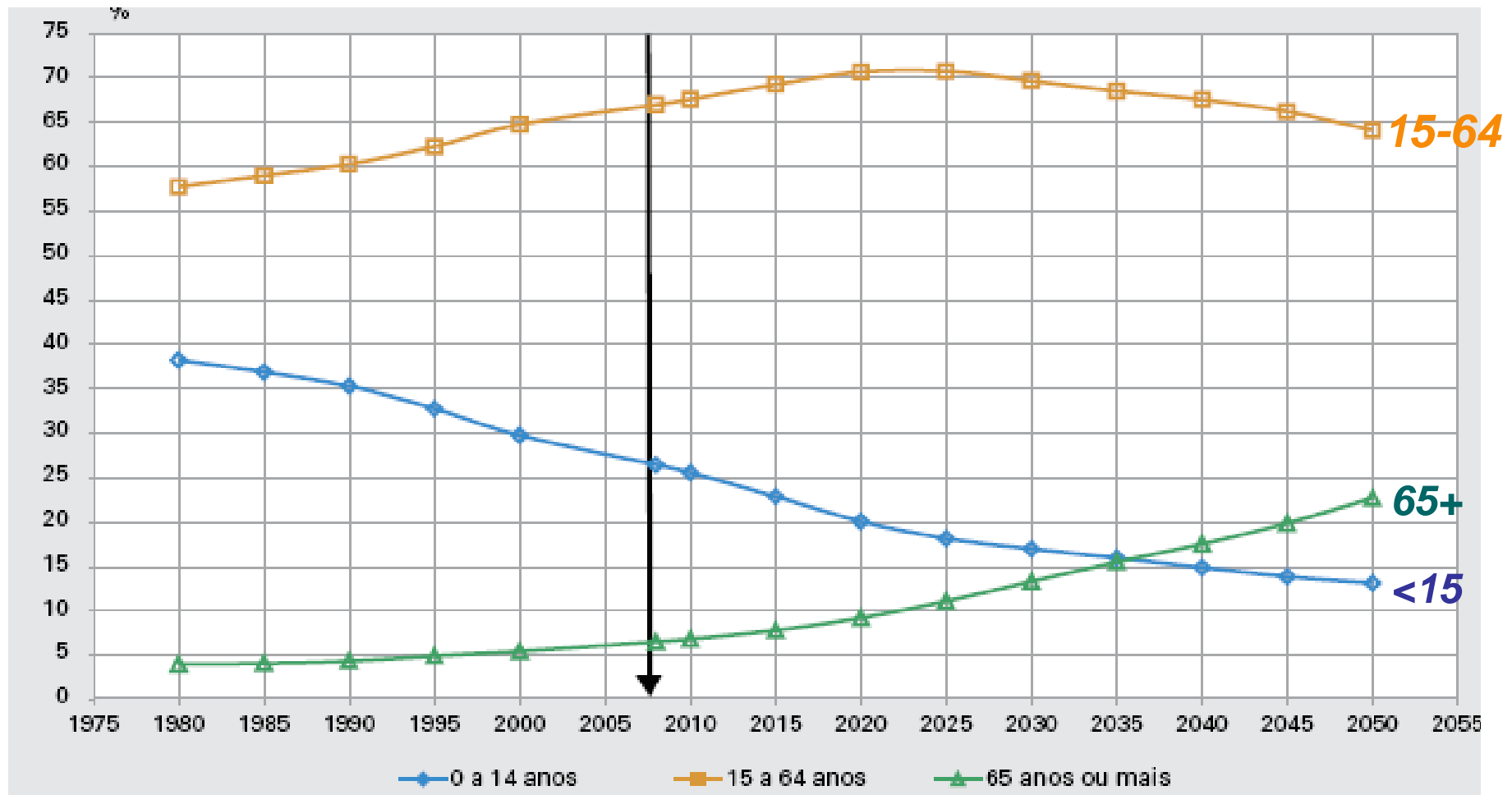
Pirâmides populacionais – IBGE 2004



Pirâmides populacionais - IBGE 2008



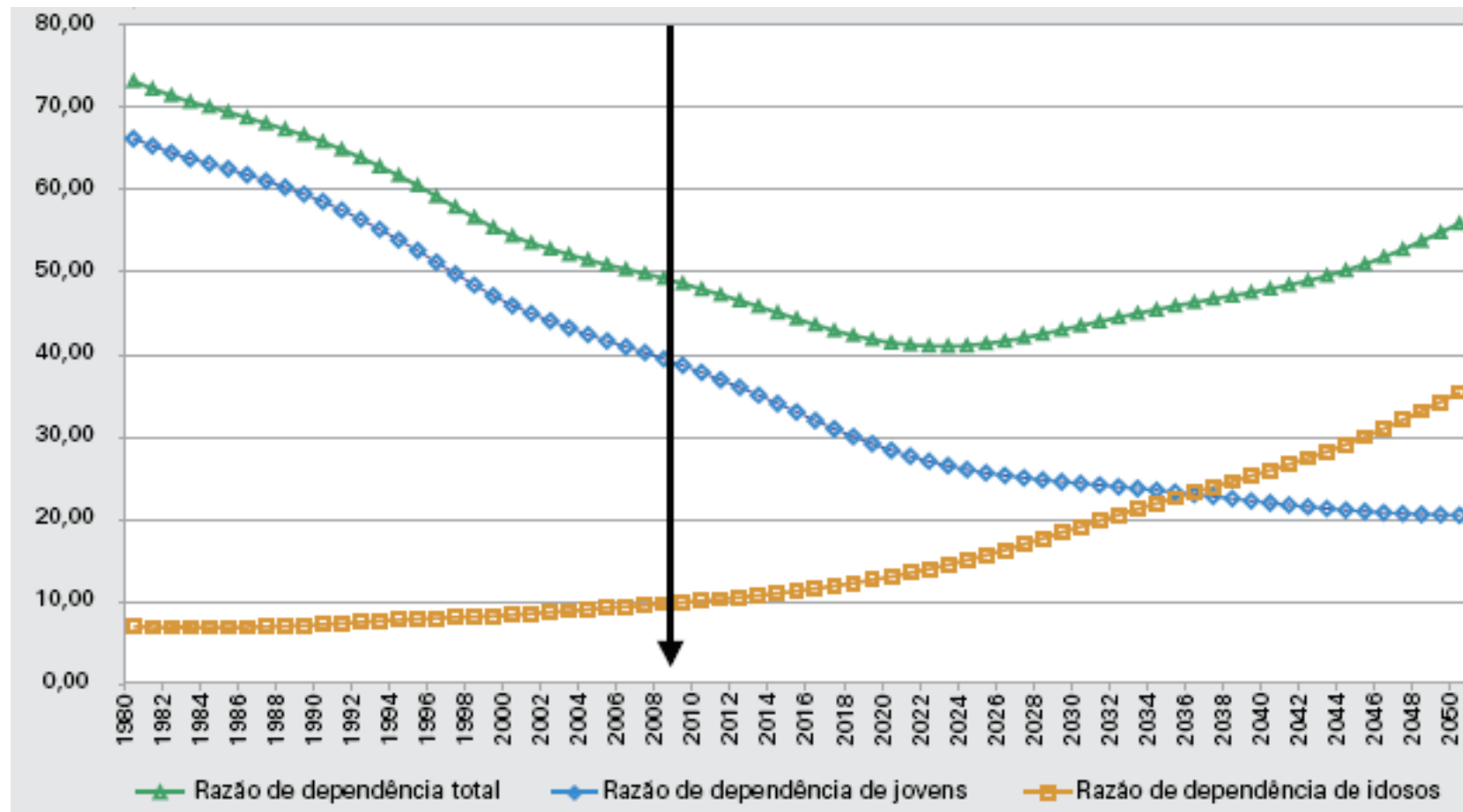
Composição etária – 1980-2050



Fonte: IBGE projeção da população 2008

Razão de dependência

Idosos = idosos por cem pessoas em idade ativa
Jovens = jovens por cem pessoas em idade ativa



Fonte: IBGE projeção da população 2008

Art. 30 e 31 – demitidos e aposentados

Plano de saúde da GM:

442.400 aposentados

US\$ 4,75 bilhões em 2007

AÇÕES: - transferiu plano para sindicato mediante elevado pagamento
- extinguiu o plano dos aposentados não sindicalizados maiores de 65 anos a partir de 2009, por US\$ 300/mês: 97.400 pessoas

Outras já haviam extinguido o plano:

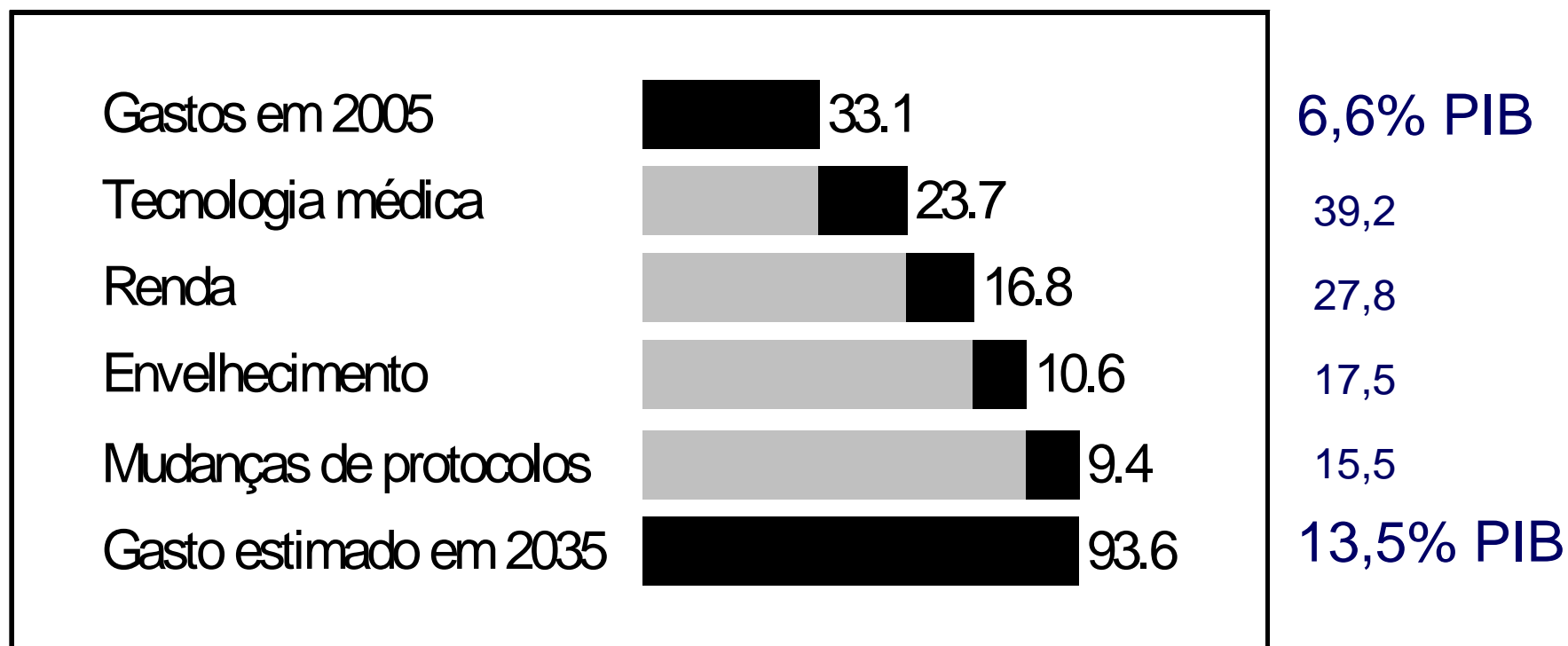
Ford 2007: 57.000

Chrysler 2006: 19.000



Rumos da saúde suplementar

Japão: Gastos projetados com saúde, segundo fatores - 2035



Trilhões de yens.

Gasto em saúde - % PIB

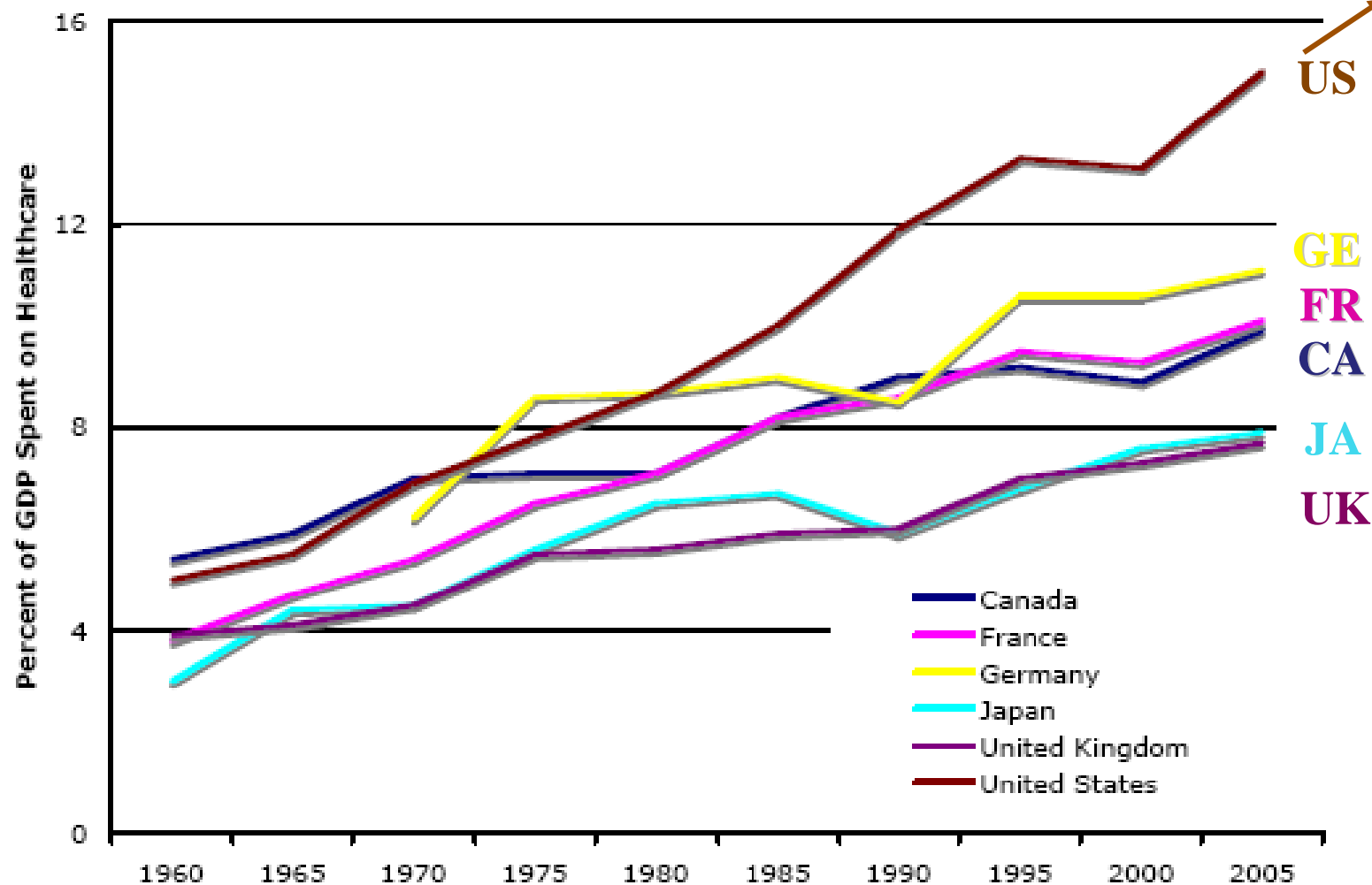


Figure 1: Percent of GDP Spent on Health Care for selected OECD Countries.
Data for Germany refer to West Germany. Data for 2005 are estimates based on actual expenditures through 2004. Source: Chandra and Skinner, 2008; OECD, 2008.