

# Entendendo o cenário da Saúde Suplementar no Brasil

O setor de saúde suplementar contribui para reduzir as demandas do sistema público (SUS), garantindo que todas as pessoas tenham direito à saúde e é um dos pilares fundamentais no cenário econômico brasileiro.

Um exemplo disso é a grandiosidade deste mercado. Dados divulgados no Panorama da Saúde da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) mostram que há 5,07 milhões de beneficiários da rede privada da saúde no Brasil - dado de junho de 2024, uma alta de 1,9% em relação ao ano anterior. Esse é o maior número da série histórica da ANS.

No entanto, apesar de ser um cenário aparentemente positivo, que mostra crescimento do setor em relação ao número de beneficiários, existe - na mesma proporção - o enorme desafio de equilibrar os custos da assistência. Para se ter uma ideia, a saúde suplementar fechou o ano de 2022 com R\$ 10,7 bilhões de prejuízo operacional.

## Os principais desafios do setor

**Alto Índice de Utilização:** a crescente conscientização sobre a importância da prevenção e cuidados médicos tem contribuído para a utilização mais frequentemente dos serviços oferecidos, gerando um desafio para as operadoras em atender essa demanda crescente.

**Envelhecimento da população:** No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a parcela de idosos na população continua a crescer. Estudos mostram que até 2050 a faixa de pessoas acima de 80 anos deve triplicar. Esse fenômeno impõe desafios adicionais à saúde suplementar, uma vez que os idosos demandam cuidados específicos e com maior frequência, com custos mais altos de assistência.

**Inflação médica:** A inflação na área da saúde muitas vezes supera a inflação geral. Conseqüentemente, ela torna os procedimentos médicos e os custos operacionais ainda mais caros.

**Judicialização:** A judicialização na saúde suplementar também demanda atenção. Questões relacionadas à cobertura, reembolsos e negativas de procedimentos têm levado beneficiários e operadoras a buscarem soluções nos tribunais.

## Gargalo nas pequenas operadoras de saúde

Exigências regulatórias da ANS tornam a sustentabilidade das pequenas operadoras de planos de saúde um desafio cada vez mais complexo. Neste contexto, há uma tendência de concentração das operadoras, ou seja, os pequenos planos de saúde deixam de existir e as empresas maiores – com mais recursos e estrutura – se tornam mais sustentáveis no longo prazo. A consolidação do setor visa ganhos de eficiência, redução de custos administrativos e melhoria na qualidade do atendimento.

Todos esses desafios criam um grande gargalo nas pequenas operadoras de saúde. Afinal, o cenário impõe a necessidade de constantes ajustes nos planos e nas estratégias para equilibrar a oferta de serviços de qualidade com a sustentabilidade financeira. Além disso, essas operadoras são desafiadas pela falta de escala, tornando mais difícil a sua longevidade, especialmente por conta dos custos elevados.

### Entendendo a situação atual do Pro-Saúde

Num contexto em que a população envelhece, a inflação média cresce consideravelmente a cada ano, além de um alto índice de utilização dos serviços, os planos de saúde enfrentam o que podemos chamar de “tempestade perfeita”. Esta é uma combinação de fatores que gera um desequilíbrio nos custos e impacta ainda mais duramente os planos menores, como o Pro-Saúde.

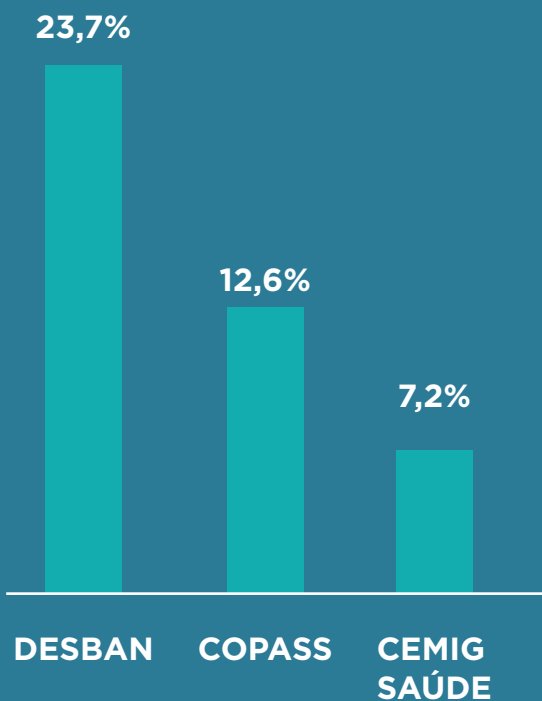
Por isso, há alguns anos, o BDMG vem analisando cuidadosamente a situação do Pro-Saúde, operado pela Desban. As análises mostram um processo de enfraquecimento financeiro que tem obrigado a gestão a recorrer a saques frequentes do Fundo Assistencial para arcar com os custos do plano.

Uma situação financeira fragilizada geralmente não está relacionada a um único fator. Normalmente é ocasionada por uma composição de fatores que levam a um risco maior de desequilíbrio no médio e longo prazo. E é exatamente isso que vem preocupando o BDMG.

O estudo mostrou que, além da fragilidade econômica, o Pro-Saúde tem outros agravantes, como o alto custo operacional, o perfil envelhecido dos associados e a falta de escala (por ser um plano menor). Entenda como isso afeta a saúde financeira do plano:

## Alto custo operacional

### DESP. ADMINISTRATIVAS OPERAD. DE AUTOGESTÃO



2022 (% Receita)

Atualmente, o custo de administração do Pro-Saúde é superior a 20%. Na operadora Cemig Saúde, por exemplo, este percentual é de 7%.

As altas despesas administrativas do Pro-Saúde relação ao mercado coloca em questão a viabilidade financeira do plano a médio prazo.

## Perfil envelhecido e riscos associados

### PRO-SAÚDE:

**51,1%** tem + de 54 anos

O Pro-Saúde tem aproximadamente 51% da sua carteira de usuários composta por pessoas com mais de 54 anos. Nas operadoras de autogestão a média de pessoas com essa faixa etária é de 35%.

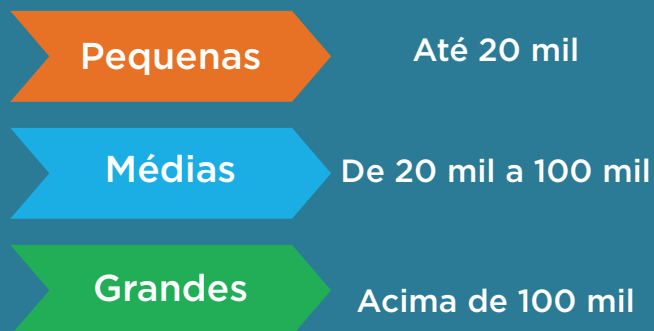
### OP. DE AUTOGESTÃO (MÉD.)

**34,8%** tem + de 54 anos

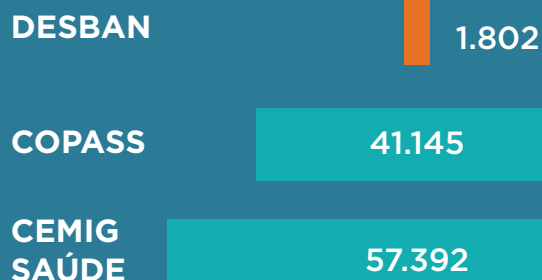
O perfil mais envelhecido em comparação com a média dos planos de autogestão, contribui para o aumento dos custos assistenciais e representa um fator de risco.

## Falta de escala e impacto financeiro

### ANS - PORTE DAS OPERADORAS (Nº DE BENEFICIÁRIOS)



### PORTE DAS OPERADORAS DE AUTOGESTÃO



De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a classificação e porte das operadoras de planos de saúde é: pequena com até 20 mil beneficiários, média de 20 mil a 100 mil beneficiários e grande quando têm mais de 100 mil beneficiários.

O Pro-Saúde, operado pela Desban, possui menos de 2 mil beneficiários. Por ser um plano muito pequeno, ele é afetado de diversas formas. Sua escala inadequada impõe custos operacionais e administrativos maiores, dificulta a introdução de novas tecnologias e reduz o poder de negociação com a rede conveniada. Todos estes fatores têm um impacto significativo em sua gestão financeira.

Em um mercado no qual os custos associados a um único paciente podem ser muito elevados, o tamanho da operadora é um dos principais fatores para diluir ou reduzir o risco operacional e garantir a proteção de seus usuários.

O que isso quer dizer? Quer dizer que uma operadora com maior número de usuários, que opere dentro de uma escala adequada ao setor, tem melhores condições para alcançar o equilíbrio econômico-financeiro no longo prazo – mesmo com as determinações e mudanças que acontecem com frequência saúde suplementar.

### Mais segurança para você. Entenda a importância de mudar

Todos estes fatores foram considerados no processo de decisão de mudar de operadora. O objetivo é assegurar a sustentabilidade do benefício de saúde. Uma estratégia necessária para garantir a perenidade da assistência à saúde aos empregados ativos, assistidos e a seus familiares.