

Análise da Indústria

Saúde Suplementar – Medicina Diagnóstica

Piuzana Capital – UFMG

Danton Jota

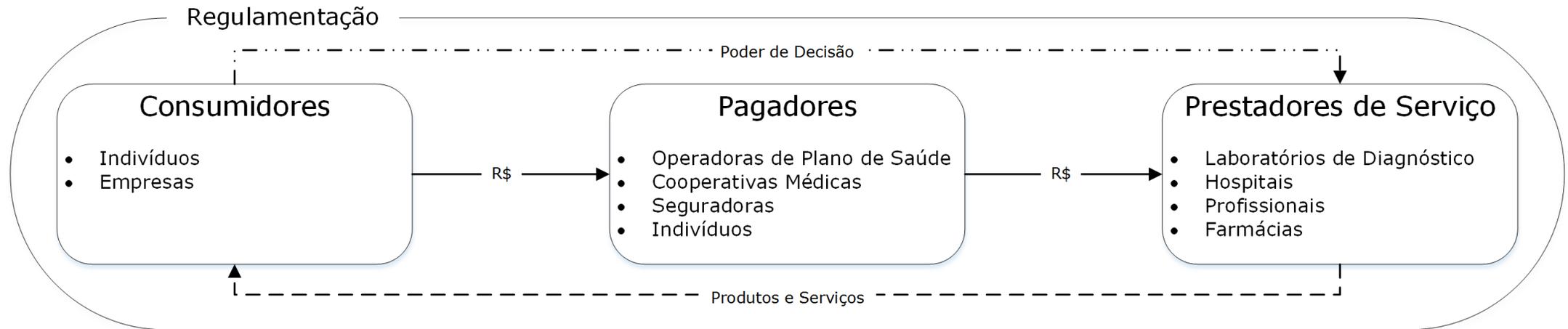
Felipe Santos

Jéssica Torres

João Rodarte

Indústria

A indústria de Saúde Suplementar apresentou crescimento expressivo nos últimos anos, atraindo grande atenção do mercado financeiro. Baseado em fatores socioeconômicos, demográficos e aspiracionais da população brasileira, acreditamos que esta tendência positiva deve continuar ao longo dos próximos anos. Uma vez que aproximadamente 75% da população brasileira ainda não é coberta por planos de saúde, que são os principais geradores de demanda para o setor de medicina diagnóstica, consideramos este mercado altamente atrativo.



Principais drivers de demanda

Idade

- Envelhecimento da população
- Aumento da expectativa de vida
- Aumento dos gastos com saúde com o envelhecimento

Aumento da renda e formalização do emprego

- Aumento do número de vidas cobertas em ambas as modalidades

Priorização da saúde nos gastos familiares

Número de vidas cobertas

- Vidas cobertas por região
- Penetração dos planos de saúde

Cobertura dos planos de saúde

- Rol de Procedimentos e Eventos

Vantagens competitivas

Presença

Infraestrutura

- Economia de escala
- TI

Qualidade

- Atendimento
- Certificações

Inovação

- Busca por novos procedimentos
- Investimento em tecnologia

Marca e Reputação

Envelhecimento da população brasileira

Overview da Indústria

Consumidores

Pagadores

Prestadores de Serviço – Medicina Diagnóstica

Regulamentação

Análise de Porter

Riscos e Perspectivas – Medicina Diagnóstica

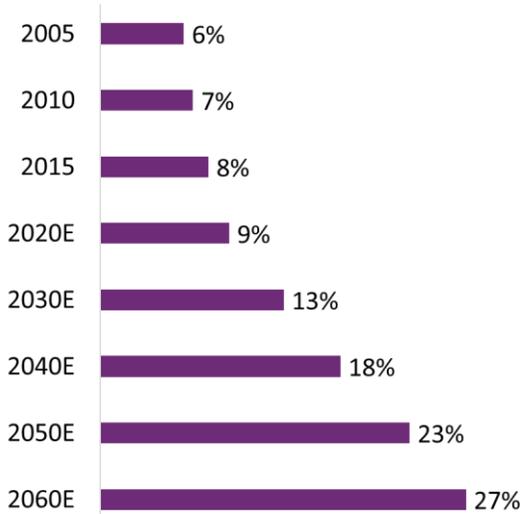
A população brasileira envelhecerá num ritmo acelerado e, com isso, os gastos com saúde tendem a aumentar cada vez mais rapidamente.

Com a notória dificuldade do SUS em acompanhar este movimento, **espera-se um aumento expressivo no volume movimentado pelo mercado de saúde suplementar.**

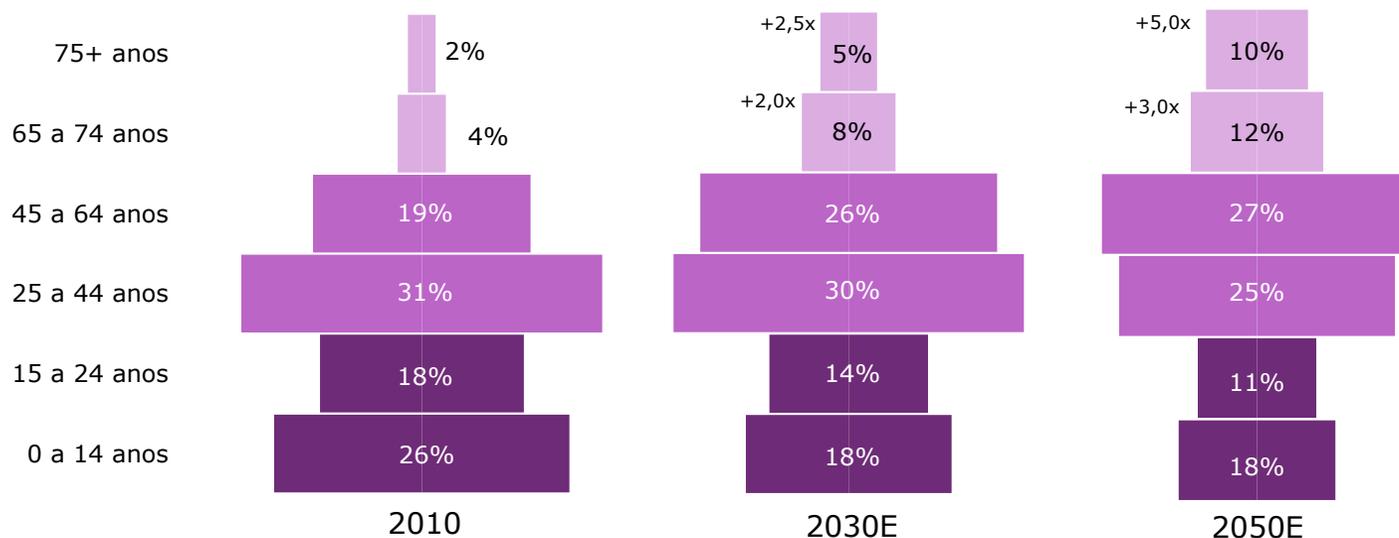
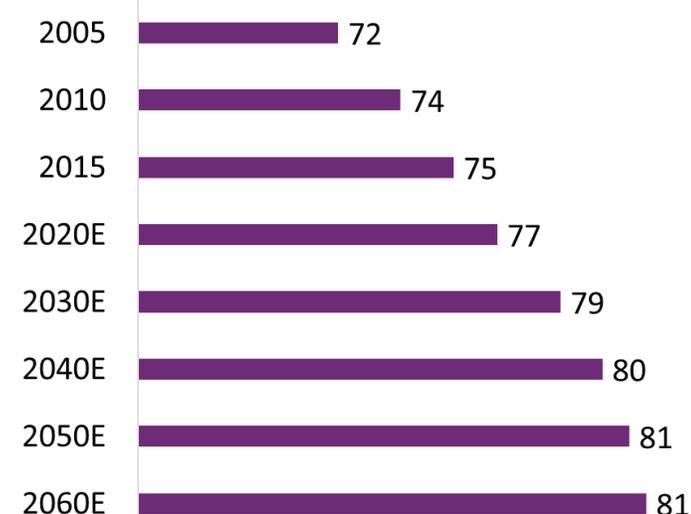
O envelhecimento do brasileiro pode ser ilustrado pelo aumento na esperança de vida ao nascer.

Dentre diversas outras explicações para a ascensão deste indicador destacam-se a diminuição no número médio de filhos por família e a **evolução dos tratamentos médicos e procedimentos de saúde.**

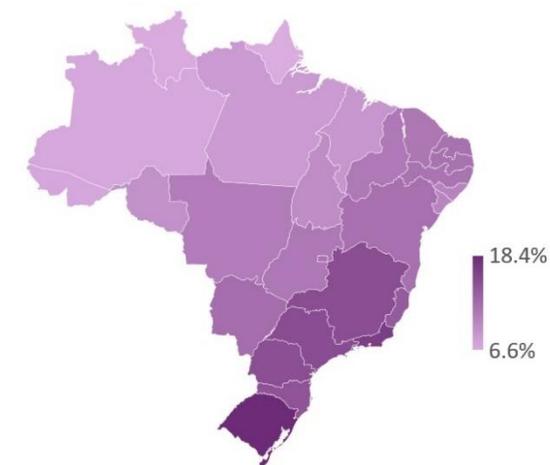
População brasileira com idade > 65 anos
% da População Total



Esperança de vida ao nascer
Anos (Barras)



Proporção de pessoas com idade > 65 anos em 2030
% por UF



Crescimento da renda e formalização do emprego

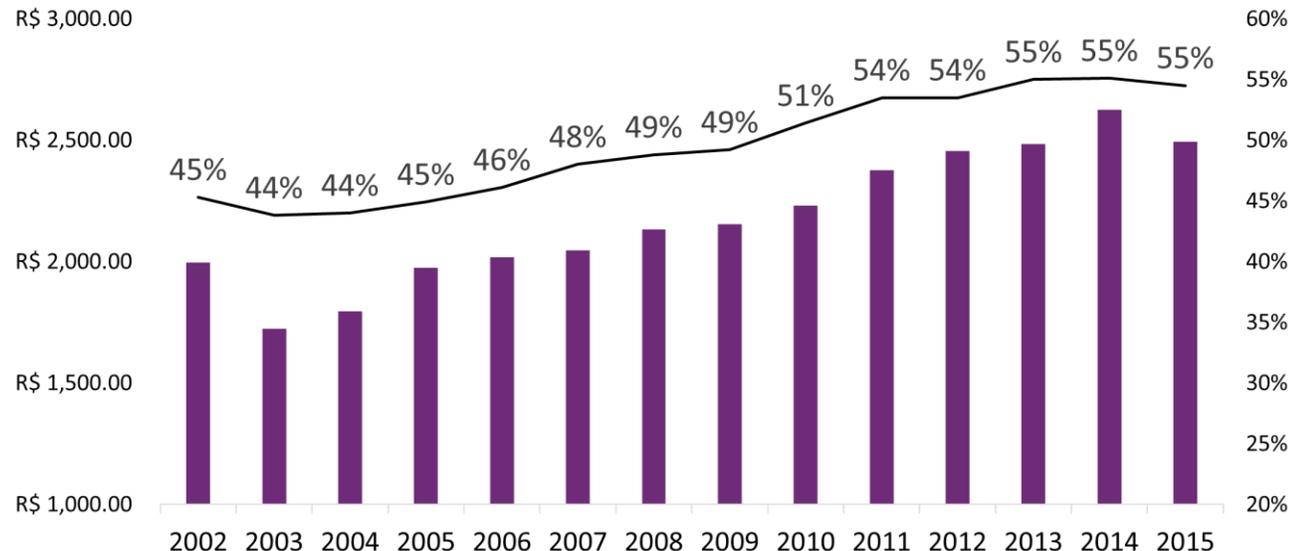
A demanda por serviços de saúde está intimamente relacionada à renda da população: pessoas com mais recursos disponíveis tendem a investir mais na saúde de suas famílias.

Dados da ANS indicam que, no período compreendido entre 2004 e 2014, o número de empregos formais no país cresceu consistentemente. Como as empresas são as maiores contratantes de planos de saúde, o número de pessoas seguradas por planos coletivos e, conseqüentemente, inseridas no mercado de saúde suplementar, cresceu consideravelmente no período.

Em 2015, como decorrência do cenário econômico nacional, a formalização do emprego diminuiu - causando um impacto negativo no mercado de saúde suplementar.

Crescimento da Renda Mensal Real e da Formalização do emprego

Rendimento médio (Barras) | Empregos formais (Linha)



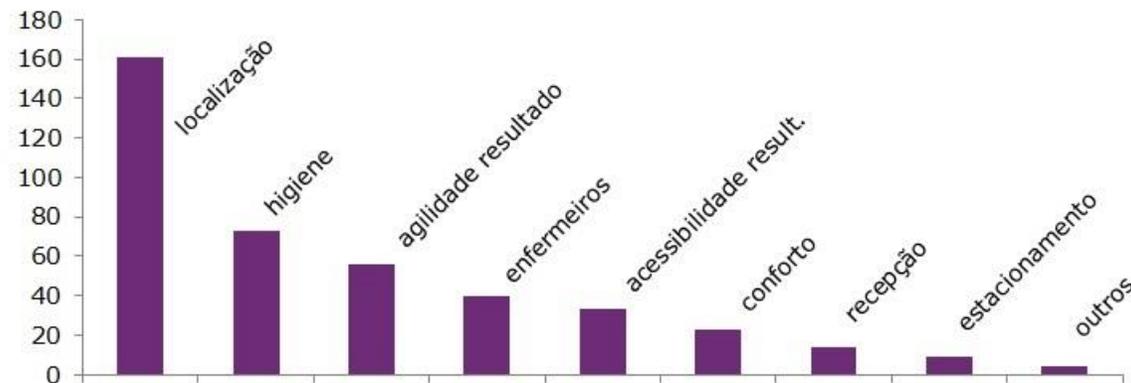
Motivação para escolha do prestador de serviço

A importância do driver **Presença** para determinar a demanda de prestadores de serviço de medicina diagnóstica pode ser ilustrada pelos resultados da pesquisa de reação, que apontou **localização** como sendo o fator mais importante para o consumidor ao escolher um laboratório.

Em decorrência disso, observa-se que o investimento em novas unidades de atendimento é uma das principais formas de disputa por fatia de mercado no setor, fator que dificulta a sobrevivência de empresas que enfrentam dificuldades para expandir sua rede de franquiados.

O que é mais importante ao escolher um laboratório?

Frequência (n=413)



Aumento no número de vidas cobertas

Overview da Indústria

Consumidores

Pagadores

Prestadores de Serviço – Medicina Diagnóstica

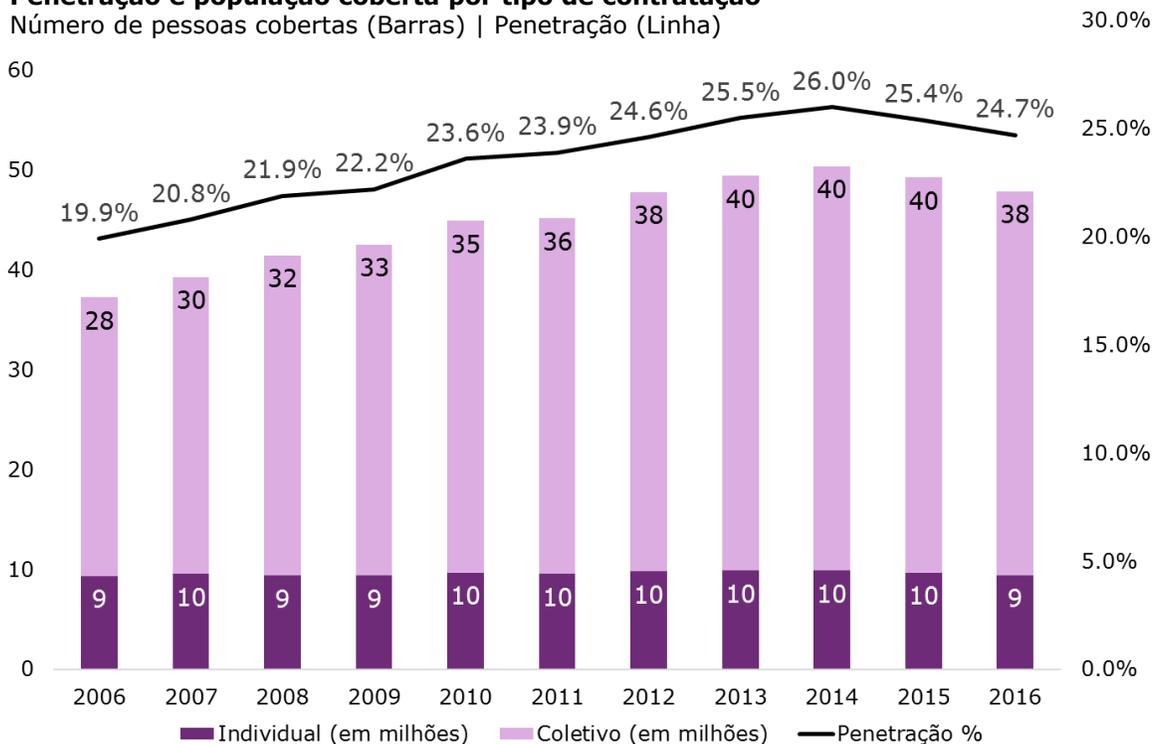
Regulamentação

Análise de Porter

Riscos e Perspectivas – Medicina Diagnóstica

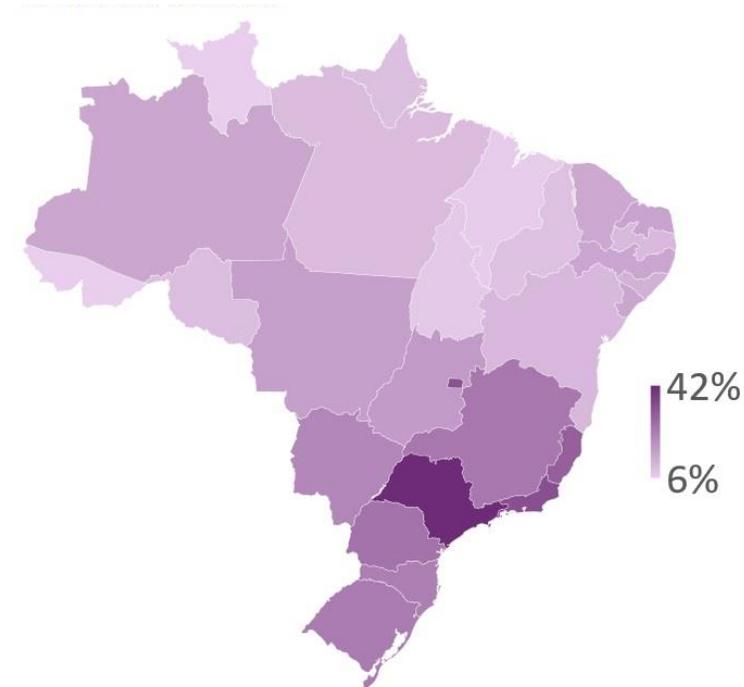
Penetração e população coberta por tipo de contratação

Número de pessoas cobertas (Barras) | Penetração (Linha)



Penetração das operadoras de planos de saúde por UF

% de vidas cobertas



O número de vidas cobertas pelos planos de saúde privados é um aspecto chave para o mercado de saúde suplementar, uma vez que a maior parte da receita dos prestadores de serviço (70% a 90%) é proveniente de pagamentos feitos por operadoras de planos de saúde.

A penetração cresceu consideravelmente nos últimos anos, porém sofreu uma desaceleração recente como reflexo do cenário econômico nacional. Com o aumento do desemprego, o número de vidas cobertas por planos coletivos - que são, em geral, concedidos por empregadores - diminuiu substancialmente.

Aproximadamente 150 milhões de brasileiros ainda dependem exclusivamente do SUS, cuja qualidade vem se deteriorando dadas as restrições orçamentárias do governo. Portanto, se livrar da dependência do sistema público é um desejo crescente da população.

Além disso, a penetração dos planos de saúde no Brasil é muito baixa (25% em 2016) se comparada a outros países desenvolvidos e em desenvolvimento. Entretanto, ao analisarmos regiões com maior concentração de renda, o que acontece no Sudeste do país, o nível de penetração é bem mais elevados (36% no sudeste).

Concentração dos pagadores por UF e evolução da concentração

Overview da Indústria

Consumidores

Pagadores

Prestadores de Serviço – Medicina Diagnóstica

Regulamentação

Análise de Porter

Riscos e Perspectivas – Medicina Diagnóstica

A concentração dos operadores de planos de saúde está intimamente ligada com o poder de barganha dos pagadores aos prestadores de serviço.

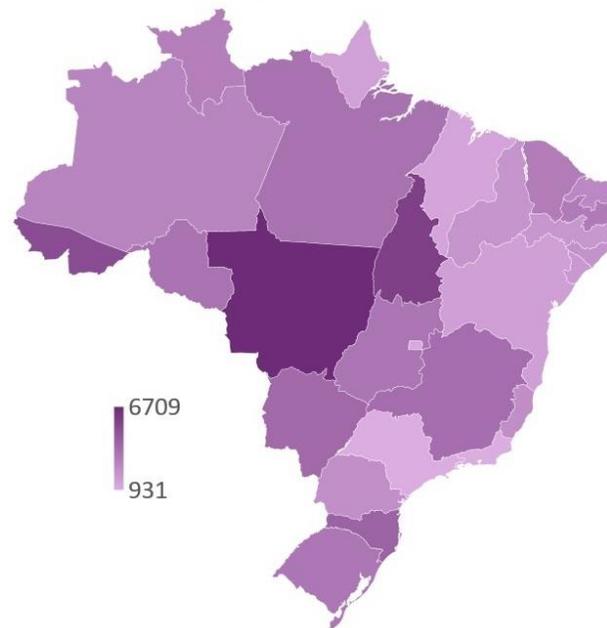
Os contratos entre operadoras e prestadoras são altamente negociáveis e, portanto, as margens de lucro de cada um são dependentes do poder de barganha das no momento da negociação.

O relacionamento desigual entre operadoras e prestadores de serviço pode resultar em menores margens para os laboratórios, um maior tempo para pagamento (reduzindo a disponibilidade de caixa) e até mesmo a compensação de um valor menor do que o esperado com a prática de glosas. Glosas são um item do acordo que prevê descontos no pagamento caso a operadora alegue que o laboratório não repassou os dados dos serviços prestados de maneira adequada. Quanto mais forte é a operadora, maior é o seu poder para a realização desta prática.

O tamanho da população segurada e a concentração das operadoras são fatores cruciais na escolha das localidades para abertura de novas unidades. Algumas capitais brasileiras, por exemplo, apresentam condições favoráveis para laboratórios de medicina diagnóstica com uma baixa concentração de planos de saúde e grande população segurada, como São Paulo, Rio de Janeiro e DF. Por outro lado, capitais promissoras no quesito populacional são prejudicadas por uma alta concentração de planos de saúde, como Belo Horizonte e Porto Alegre.

Nessas capitais, a Unimed, maior operadora do país, com aproximadamente 39% das vidas seguradas, é responsável por tal efeito. A Amil, segunda maior operadora do país, possui menos de 10% das vidas seguradas.

Concentração das operadoras de planos de saúde nas capitais Índice de Herfindahl por número de vidas seguradas



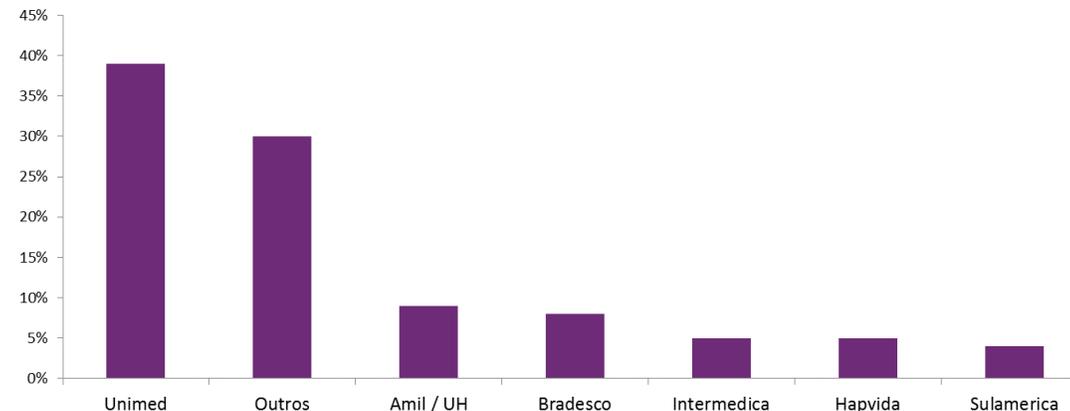
Valores de referência

Muito concentrado: > 2 500
Média concentração: Entre 1 500 e 2 500
Mercado competitivo: < 1 500

Índice nas principais capitais (por população segurada)

São Paulo	931
Rio de Janeiro	946
Brasília	1104
Salvador	1556
Recife	1896
Curitiba	2261
Manaus	2725
Fortaleza	3066
Porto Alegre	3347
Belo Horizonte	3719

Pagadores: Participação no mercado Quantidade de vidas cobertas



Operação

A operação dos prestadores de serviço envolve três fases:

Pré-análise: Agendamento, orientação, recepção e preparação do paciente; realização do exame; transporte da amostra ao centro de processamento e preparação da amostra

Análise: Processamento das amostras; análise das imagens por médicos especializados

Pós-análise: Elaboração dos laudos e resultados; disponibilização dos resultados (online, presencial, correio, fax); assessoria médica ao médico solicitante do exame

Portfólio de exames

Análises clínicas: exames de sangue, urina, endocrinologia, imunologia, entre outros, que geralmente compõem 60% do mix. Este é um setor de baixas margens porém altíssimo volume. Dessa maneira, se beneficiam altamente de economias de escala ao diluir a alta parcela de custos fixos em um grande volume de amostras analisadas por dia, garantido por investimentos em TI e robótica.

Exames de imagem: ultrassom, raio-X, ressonâncias, entre outros, que geralmente compõem 40% do mix. São procedimentos de maior complexidade tornando o segmento intensivo de capital, principalmente pelos equipamentos caros e equipes médicas especializadas para analisar as imagens. Assim, trabalham com menor volume porém margens de lucro elevadas.

Serviços prestados

Atendimento ambulatorial: Recepção, preparação e coleta de material biológico, além da disponibilização do resultado aos clientes

Laboratório de referência: Players de maior porte processam amostras coletadas por pequenos laboratórios incapazes de atingir economias de escala competitivas. Oferta de serviço de logística de transporte e TI para disponibilização dos resultados de volta aos laboratórios

Serviço a hospitais: Laboratórios instalam centros de processamento dentro de hospitais, para realizar o processamento e emissão de resultados das amostras coletadas por profissionais dos hospitais de maneira rápida, dada a urgência de resposta nestas condições

Estrutura de custos

Pessoal e serviços médicos: médicos especializados, elaboração de laudos, enfermeiros, coletores, recepção, assessoria médica

Materiais e insumos: Kits e reagentes, chapas para raio-x, agulhas, seringas

Terceirizações: manutenção e segurança patrimonial, logística

Aluguéis: imóveis, veículos e equipamentos

Outros gastos e serviços

Os custos fixos constituem a maior parte da estrutura de custos de exames de análises clínicas. **As principais parcelas de custos** são com pessoal e materiais.

Overview da Indústria

Consumidores

Pagadores

Prestadores de Serviço – Medicina Diagnóstica

Regulamentação

Análise de Porter

Riscos e Perspectivas – Medicina Diagnóstica

Mercado fragmentado

Presença de mais de 18000 laboratórios. Os três maiores players possuem, juntos, ~35% do mercado, que atualmente é de ~18 bilhões de reais e está em crescimento expressivo com um CAGR de ~13% entre 2008 e 2015.



Dinâmica competitiva

Tendência de concentração: Players menores têm dificuldade em crescer organicamente pois a economia de escala dos concorrentes maiores os torna pouco competitivos. Além disso, possuir uma marca forte é um importante fator para o credenciamento junto aos planos de saúde, que são os principais geradores de demanda. No passado recente, grandes players do mercado (Fleury e DASA) cresceram de forma inorgânica através da aquisição de expoentes menores, contribuindo para a concentração do mercado.

Poder de decisão do cliente: No Brasil, o cliente tem o poder de decisão sobre qual laboratório utilizar. Os médicos oferecem apenas opinião, enquanto, em outros mercados, como nos EUA, o médico define o laboratório.

Vantagens competitivas de destaque

Presença: a localização é um fator primordial na escolha do consumidor, conforme demonstrado pela pesquisa de reação (*Piuzana Capital*).

Qualidade: melhores atendimento, análise e precisão dos resultados permitem a cobrança de um maior *premium* e se convertem em certificações de qualidade, facilitando o credenciamento e possibilitando a prática de reajustes maiores.

Infraestrutura e ganhos de escala: maiores volumes de processamento são necessários para se alcançar economia de escala no segmento de análises clínicas.

Tecnologia: sistemas de TI mais robustos garantem uma distribuição mais ágil dos resultados e possibilitam ganhos de organização e eficiência; a aquisição de equipamentos modernos possibilitam a oferta de exames de maior exclusividade.

Marca: O credenciamento pelas operadoras de planos de saúde, principal gerador de demanda é baseado na qualidade, credibilidade, presença e custos dos laboratórios; a marca também contribui para a indicação da classe médica, importante formadora de opinião; fidelidade da clientela gera manutenção da demanda

Critérios de substituição de prestadores de serviço

Operadoras de plano saúde que desejam descredenciar prestadores de serviço devem substituí-los por prestadores equivalentes. Esta regra, estabelecida através de resolução em vigor desde dezembro de 2014, tem o objetivo de garantir maior transparência e equilíbrio na relação entre empresas que comercializam planos de saúde e prestadores de serviços.

Adicionalmente, passa a ser exigido que operadoras de planos de saúde comuniquem aos seus clientes com no mínimo 30 dias de antecedência sobre todas as substituições de prestadores de serviço não hospitalares - como diagnósticos por imagem e serviços laboratoriais.

A regulação é favorável ao mercado de prestadores de serviços, reforçando a relevância dos contratos já firmados e aumentando o *price power* dos que possuem mais certificados de qualidade.

Rol de Procedimentos

A lista de procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde é revista a cada dois anos, habitualmente resultando em ampliações.

Em sua última revisão (janeiro, 2016) 21 novos procedimentos, **incluindo exames laboratoriais**, foram incorporados ao Rol de Procedimentos.

Esta resolução permite que consumidores busquem sempre por procedimentos modernos, ampliando e atualizando a demanda por serviços de saúde.

Constando atualmente de 3284 procedimentos, o Rol funciona como barreira de entrada para novas operadoras de plano de saúde.

Mudança no modelo de cobrança

Hoje, o sistema de pagamento por serviço prevalece no mercado de saúde suplementar brasileiro. Desta forma, prestadores garantem sua margem independentemente da eficiência operacional dos serviços que prestam. Neste sistema, prestadores são compensados por eventuais desperdícios, gerando aumento de custos para as operadoras que, por sua vez, repassam a conta para os consumidores.

Contudo, a Abramge pretende implementar, até o final de 2017, o modelo DRG (Grupos de Diagnósticos Relacionados), que prevê um valor fixo a ser pago por um tratamento ou serviço baseado em informações do paciente. Com a mudança, as margens praticadas pelos prestadores de serviços passam a depender da eficiência operacional de seus procedimentos, dificultando a manutenção de players ineficientes no mercado.

Em média, nos países que passaram por esta transformação, 65% dos tratamentos e serviços migraram para o modelo DRG.

Fator de Qualidade

A ANS define, anualmente, critérios de qualidade que devem ser atendidos pelos prestadores de serviço.

Com base no cumprimento destes critérios, a agência estabelece qual deve ser o fator de reajuste dos preços praticados entre operadoras e prestadores - **85%, 100%, ou 105% do IPCA.**

Esta medida estimula que prestadores invistam em qualidade e dificulta a sobrevivência de players não certificados.

Co-participação

O número de pessoas cobertas por planos de saúde co-participativos no Brasil cresce e, com isso, cresce também a vigilância em cima dos preços praticados pelos prestadores de serviço.

O aumento na co-participação gera também efeitos na demanda dos serviços médicos. Inicialmente, observa-se impacto negativo na demanda média por consumidor, uma vez que o cliente co-participativo tende a superutilizar menos por arcar com uma parcela do custo do serviço.

Por outro lado, percebe-se um impacto positivo na retenção de pessoas cobertas, pois possibilita que as operadoras pratiquem mensalidades mais acessíveis.

Overview da Indústria

Consumidores

Pagadores

Prestadores de Serviço – Medicina Diagnóstica

Regulamentação

Análise de Porter

Riscos e Perspectivas – Medicina Diagnóstica

O mercado de medicina diagnóstica sob a ótica de Porter

Overview da Indústria

Consumidores

Pagadores

Prestadores de Serviço – Medicina Diagnóstica

Regulamentação

Análise de Porter

Riscos e Perspectivas – Medicina Diagnóstica

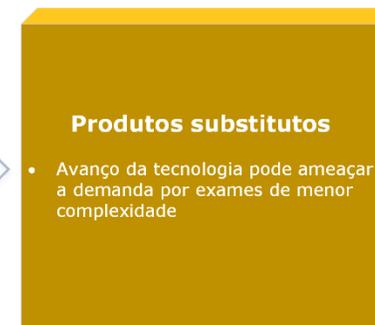
Poder de barganha dos pagadores

Diversos fatores – como regulamentações e limitações de investimento – vêm dificultando a sobrevivência de pagadores menores e, conseqüentemente, observa-se um aumento na concentração deste segmento. Com os principais players cada vez maiores, o poder de barganha dos pagadores aumenta, o que é desfavorável para os prestadores de serviço.



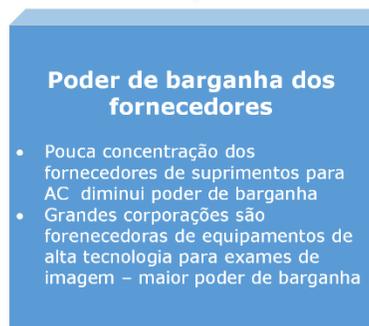
Produtos substitutos

Avanços tecnológicos podem permitir que consumidores realizem certos exames de forma independente dos prestadores de serviço com o uso de aparelhos modernos, como oxímetro e glicosímetro.



Ameaça de novos entrantes

Enquanto a entrada de novos players provenientes do cenário nacional está sujeita a transposição de diversas barreiras, movimentos recentes – como a facilitação na entrada de capital estrangeiro no país – indicam que players de fora podem ameaçar o *market share* dos prestadores nacionais em um momento futuro.



Poder de barganha dos fornecedores

Para o segmento de análises clínicas, os fornecedores não possuem elevado poder de barganha pois compõem um mercado fragmentado e oferecem produtos com baixos níveis de diferenciação.

Já no segmento de exames de imagem, a alta tecnologia e inovação constante concentram o mercado nas mãos de grandes corporações.

Competidores: Mercado fragmentado e *market size* ainda em desenvolvimento (~75 % da população sem cobertura de plano de saúde) diminui agressividade da competição por *market share*. Ampliação do número de unidades de atendimento e aquisição de *players* menores é a principal estratégia de competição praticada pelos maiores *players*.

Inflação médica

A inflação médica (IM) tem se mantido consideravelmente mais elevada que os índices de preços gerais. Em 2016, a IM foi de 16.7% enquanto o IPCA foi de 6,29%. E a tendência é que essa diferença se intensifique ainda mais em 2017: projeções preveem IM próxima de 17,2% para este ano. Este índice é alto se comparado à média global (8,1% em 2016).

Este cenário pode ser justificado por fatores demográficos (ex. : envelhecimento da população), sociais (ex.: aumento da renda), econômicos e pelo progresso tecnológico que cria procedimentos cada vez mais caros.

A ANS regula os índices de reajustes dos planos de saúde e serviços prestados. Nos últimos anos, estes reajustes não foram capazes de cobrir a inflação médica - diminuindo, assim, as margens das operadoras e prestadores de serviço.

O repasse desses preços para os consumidores finais resultaria em uma diminuição progressiva no número de pessoas inseridas no mercado de saúde suplementar e em uma população cada vez mais dependente do sistema público de saúde (SUS) - que já está saturado.

Outros riscos para a indústria

- Glosas
- Ambiente macro – criação de empregos formais
- Aumento na concentração
- Internalização do serviço de medicina diagnóstica pelas operadoras de planos de saúde
- Entrada de players internacionais
- Desenvolvimento de tecnologias substitutas

Perspectivas para o futuro da indústria

Nos próximos anos, o rápido envelhecimento da população brasileira e o aumento da renda e do número de empregos formais ampliarão a demanda por serviços de saúde. Devido à incapacidade do SUS de atender a toda a população, esta ampliação se converterá em aumento no *market size* de saúde suplementar.

É esperado, também, que a indústria de saúde suplementar dê continuidade ao seu corrente movimento de consolidação, aumentando sua concentração. Este aumento deve-se, principalmente, à não sobrevivência de players menores e à aquisição de parte dos sobreviventes por players maiores.

Mesmo considerando as barreiras de entrada deste mercado, o ingresso de novos players internacionais é esperado uma vez que a ANS tem facilitado a entrada de capital estrangeiro no setor. Existe também a expectativa que estes players participem do mercado através da aquisição de grandes grupos - como a da Amil pela United Health.

Ademais, é esperado aumento na proporção de consumidores com plano de saúde co-participativo e migração de até 80% dos serviços médicos para o modelo de cobrança DRG/*Fee for performance*. Desta forma, os prestadores de serviços deverão buscar maior eficiência a fim de manter suas margens.