



SETOR DE SAÚDE

O relatório a seguir é dedicado à análise do setor de saúde no Brasil, com foco nos segmentos hospitalar e de seguradoras. Para isso, será analisada a performance financeira do mercado nos últimos anos, a influência do governo sobre o mesmo e os drivers que impulsionam e impactam o seu desenvolvimento. Estas conclusões são feitas a partir de uma perspectiva nacional, levando-se em consideração as desigualdades socioeconômicas de cada região brasileira.

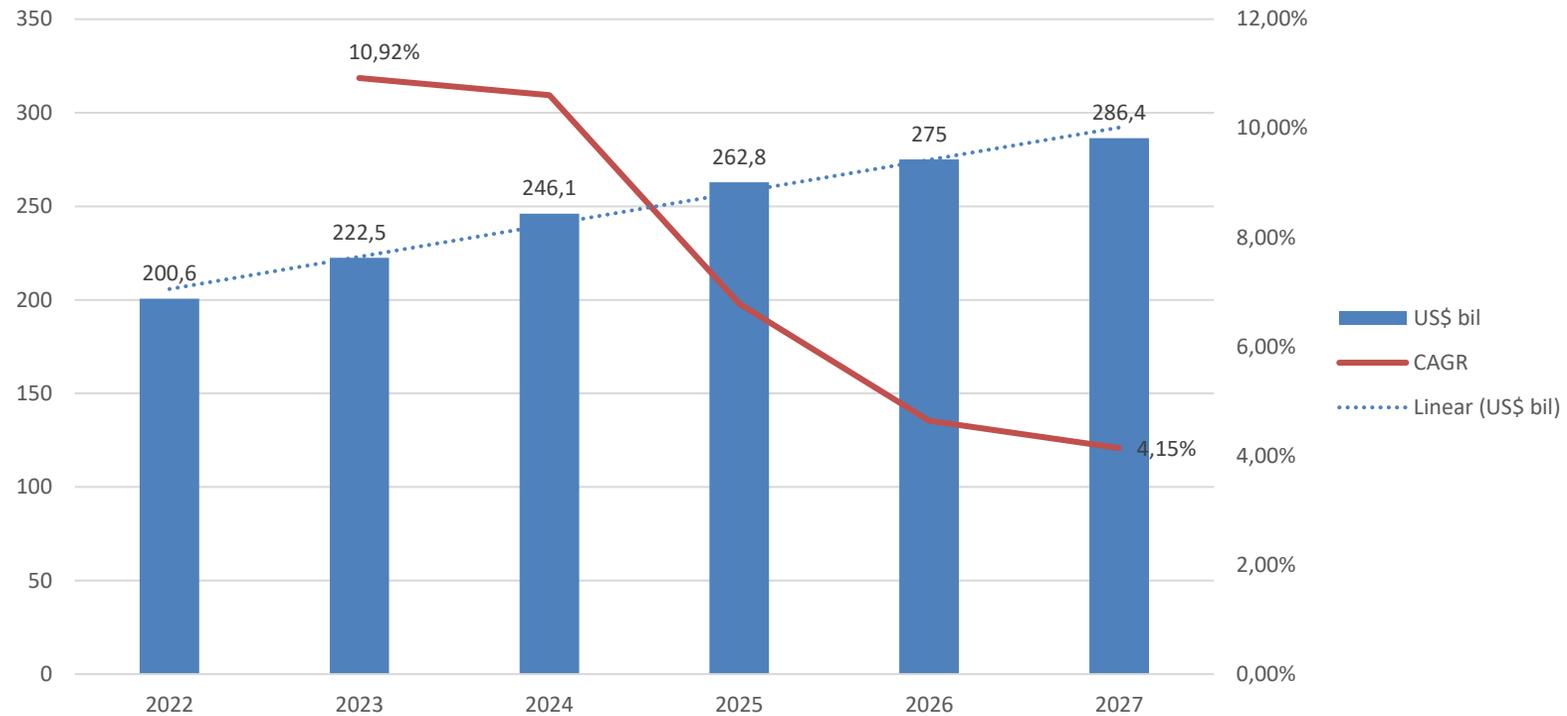
Com isso, foram identificados os riscos e oportunidades do setor, tendo em vista fatores como a sub penetração de leitos, a desigualdade na distribuição de médicos pelo território, a falta de democratização ao acesso da saúde privada, as regulações do setor e as parcerias público-privadas, entre outros. Por fim, foi consolidada uma análise da rivalidade do setor, por meio da análise de 5 Forças de Porter.

Segundo o levantamento realizado pela ANS, no primeiro trimestre de 2023, todos os setores regulados pelo órgão apresentaram um resultado líquido positivo: o setor médico-hospitalares (OPS MH) registrou um lucro líquido de R\$ 620,6 milhões (0,95% da receita efetiva de seus planos); as administradoras de benefícios registraram superávit trimestral de R\$ 145,5 milhões; e as operadoras exclusivamente odontológicas (OPS OD) R\$ 202 milhões (cerca de 20,5% da sua receita efetiva planos odontológicos).

Ao que se refere ao setor de prestadores de serviços de saúde como um todo, este atingiu um valor de **US\$ 200,6 bilhões em 2022**, segundo o relatório “Brasil – Prestadores de Serviços de Saúde – Cenário Competitivo”, publicado pela MarketLine Industry Reports, de modo que o país domina 4,1% do *marketshare* nas Américas. Contudo, entre 2021 e 2022 foi observada uma queda de 15,5% no valor do setor, o que demonstra que houve uma contração do mercado, como resultado da redução na dotação orçamentária para o setor de saúde, dado a redução de gastos de 20% pelo governo brasileiro.

Para os próximos anos, espera-se que o setor tenha um crescimento de 42,8% e atinja um valor de US\$286,4 bilhões em 2027, o que representa um CAGR de 7,38%. Por mais que este mercado ainda tenha espaço para crescer, isso vai ocorrendo a uma taxa cada vez menor por ano, conforme indicado no gráfico a seguir “**Valor Setorial do Setor de Serviços de Saúde (US\$)**”.

Valor Setorial do Setor de Serviços de Saúde (US\$)



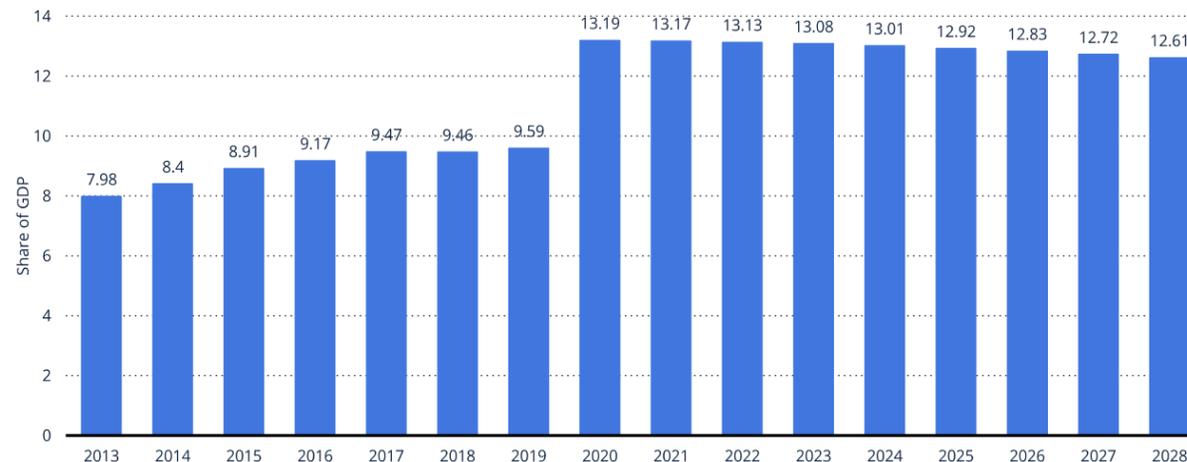
| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
|----------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|
| US\$ bil | 200,6 | 222,5 | 246,1 | 262,8 | 275 | 286,4 |
| CAGR | - | 10,92% | 10,61% | 6,79% | 4,64% | 4,15% |

*Fonte: Previsão de valor do setor de prestadores de serviços de saúde no Brasil: US\$ bilhões, 2022–27 (Marketline)

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), embora o Brasil tenha apresentado o terceiro menor gasto per capita em saúde em 2019, o valor investido ainda foi maior do que a média dos países da OCDE, com um valor de 9,6% do seu PIB. Assim, ao longo dos próximos anos espera-se que o Brasil tenha um valor médio moderado de gastos com saúde, que alcançará 12,6% do PIB em 2040, conforme apresentado pelo Statista no gráfico “GDP share of health expenditure in Brazil 2013-2028”. Caso o setor seja capaz de utilizar esse investimento de forma eficiente, os recursos investidos podem auxiliar na expansão e consolidação do setor de saúde no país.

GDP share of health expenditure in Brazil from 2013 to 2028

GDP share of health expenditure in Brazil 2013-2028



Dentro do setor de saúde, o segmento de **operadores médico-hospitalares** passou por uma série de dificuldades nos últimos anos, muitas que originaram-se na pandemia da Covid-19, período em que houve uma redução significativa no número de cirurgias e demais procedimentos mais rentáveis, à medida que houve um aumento nos gastos associados à internação de pacientes. Os reflexos dessa realidade ainda puderam ser vistos no ano de 2022, no qual, segundo a ANS, houve um resultado operacional com **déficit de R\$ 1,7 bilhão no ano de 2022**. Contudo, esse prejuízo operacional foi compensado pelo resultado financeiro recorde de R\$ 2,5 bilhões que proveio da remuneração das aplicações financeiras. Com isso, acumulou-se um resultado de R\$ 102,6 bilhões no final do período.

O principal aspecto que explica o desempenho operadoras médico-hospitalares continua sendo a **sinistralidade**, que fechou o primeiro trimestre de 2023 em **87,2%** (cerca de 1,2% p.p. acima daquela apurada no 1º trimestre de 2022). É importante ressaltar que essa realidade não deveu-se à variação das despesas assistenciais, com o aumento da utilização dos serviços de saúde, mas sim, à uma queda de receita. Contudo, no primeiro trimestre de 2023, foi observado uma reversão dessa tendência, com a receita (ajustada pela inflação do período observado) subindo mais que a despesa assistencial (também ajustada pela inflação).

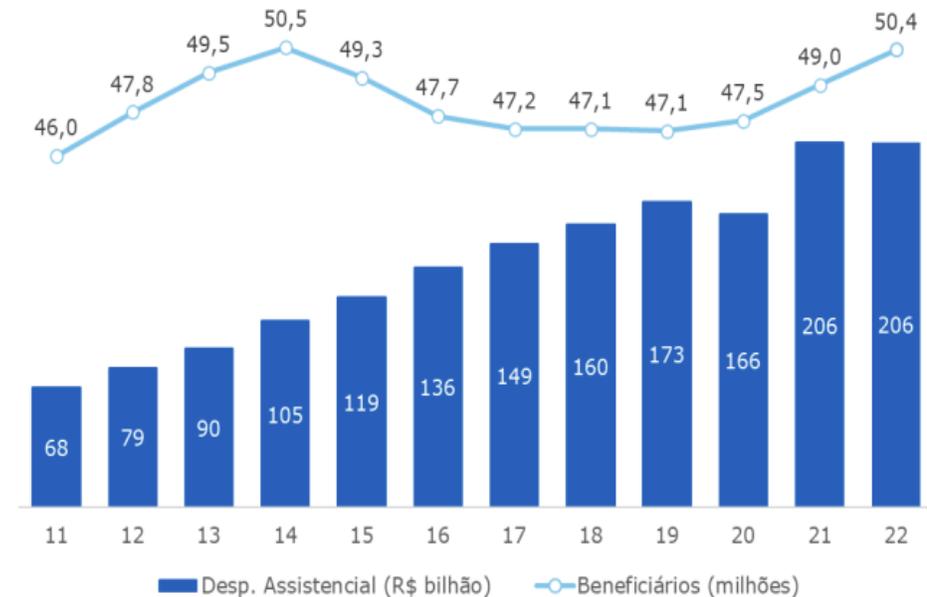
No Brasil, o setor de saúde possui uma série de particularidades, com destaque à maior influência de **prestadores privados**, que absorvem a **maior parcela do gasto** total em saúde quando comparados aos prestadores públicos. Neste contexto, segundo o relatório “Brasil – Prestadores de Serviços de Saúde – Cenário Competitivo”, publicado pela MarketLine Industry Reports, a distribuição governamental de saúde, em 2022, representou **29,6%** dos gastos com saúde, enquanto **70,4%** corresponderam a despesas privadas, que incluem os regimes de seguro voluntário e as despesas do próprio bolso.

Esta realidade apresenta um fator de atenção, uma vez que, embora os gastos públicos sejam significativamente menores, o Sistema Único de Saúde (SUS) cobre **78%** da população, enquanto o restante da população depende do Sistema de Saúde Suplementar (SS), que é financiado com recursos de pessoas físicas e jurídicas.

Ao que se refere à **saúde suplementar**, o segmento de operadoras de planos de saúde privado registrou um lucro líquido de R\$ 968 milhões no primeiro trimestre de 2023, segundo a ANS. Em termos relativos, esse resultado equivale a aproximadamente 1,45% da receita efetiva de operações de saúde – principal negócio do setor –, que foi de R\$ 66,8 bilhões no 1º trimestre de 2023. Em outras palavras, para cada R\$ 100,00 de receita efetiva de saúde no período, o setor teve no período cerca de R\$ 1,45 de lucro.

Em relação à performance do setor no ano de 2022, o mercado de planos privados de saúde do Brasil foi o segundo maior do mundo. Em dezembro de 2022, os planos privados cobriam mais de **50 milhões** de pessoas (mais de 25% da população) - um aumento de 3% ano a ano. A maioria das apólices privadas (68%) é realizada por meio de empresas.

Beneficiários de Planos de Saúde (em milhões de pessoas) e Despesa Assistencial no Setor Privado (em R\$ bilhões) (ANS, 2022)



Destes 50,5 milhões de brasileiros que possuem planos de saúde, 41,6 milhões (**82,38%**) são **planos coletivos** e os outros 8,9 milhões (**17,62%**) **planos individuais**. Considerando que segundo o censo atual o Brasil possui 215 milhões de habitantes, estes valores absolutos indicam que apenas 4,14% da população tem acesso a um plano individual e 19,35%, a planos coletivos, totalizando **23,50%** dos brasileiros com algum plano de saúde. Este número chama a atenção ao desafio da sociedade brasileira da **falta de democratização** da saúde privada no Brasil, tendo em vista que historicamente esse número nunca passou de 25%.

Os preços dos planos de saúde particulares no Brasil variam bastante dependendo da operadora e do tipo de plano. Segundo o Painel de Precificação de 2018 da ANS, o preço médio de um plano de saúde individual é **R\$773,77** e de um plano coletivo é **R\$595,21**. Contudo, esse valor varia segundo o estado e as regiões do Brasil sendo analisadas, conforme pode ser visto na tabela e mapas a seguir:

Tabela 1.3 - Valor Comercial Médio, Faixa Etária 44 a 48 anos, Segmentação Assistencial "Ambulatorial + Hospitalar", por Região, Dezembro de 2018 - Brasil

| Região | Valor Comercial Médio Planos Individuais | Valor Comercial Médio Planos Coletivos | Diferença percentual |
|--------------|--|--|----------------------|
| Nordeste | R\$ 743,36 | R\$ 599,01 | 24,1% |
| Sul | R\$ 695,71 | R\$ 552,42 | 25,9% |
| Centro-Oeste | R\$ 817,59 | R\$ 593,07 | 37,9% |
| Norte | R\$ 838,59 | R\$ 598,98 | 40,0% |
| Sudeste | R\$ 773,61 | R\$ 532,61 | 45,2% |

Figura 1.5 - Distribuição geográfica dos valores comerciais médios dos planos individuais



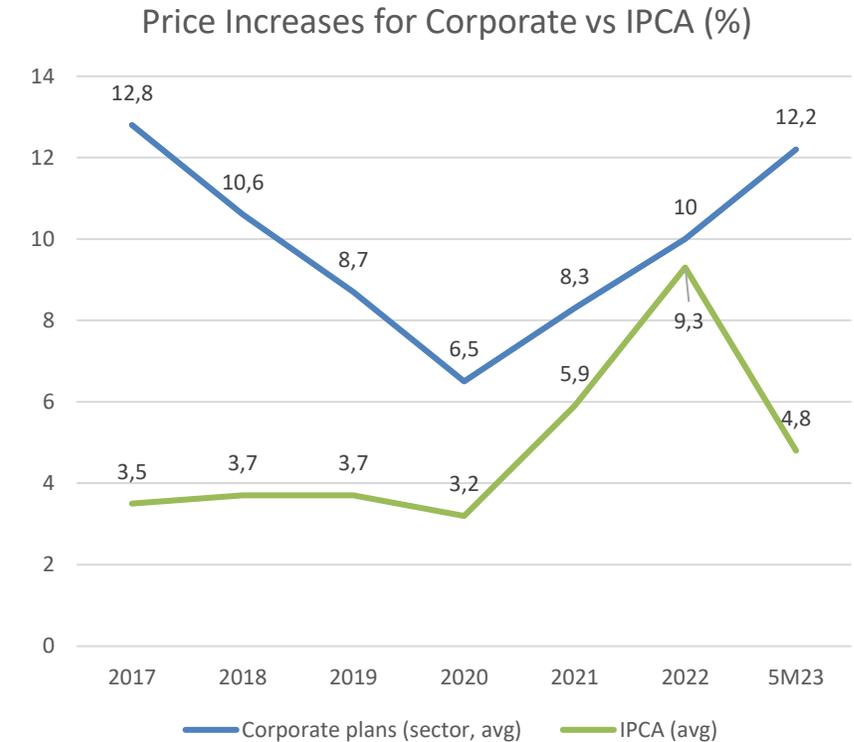
Figura 1.6 - Distribuição geográfica dos valores comerciais médios dos planos coletivos



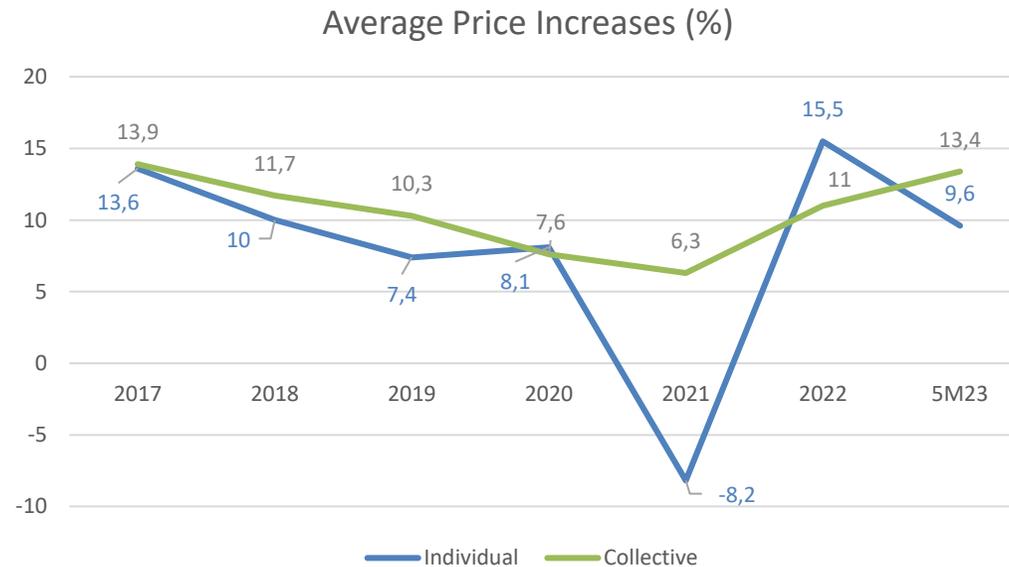
Fonte: Base de NTRP, RPS e CADOP (Extraídas em 30/01/2019, 12:15h)

Em relação aos preços dos planos de saúde, é importante destacar que estes são regulados pela **ANS** e devem seguir os parâmetros máximos liberados, após a determinação da **lei 9.656/98** e da **Lei 10.741** (Estatuto do Idoso). No início de junho de 2023, a agência realizou o seu último anúncio em relação ao reajuste máximo para planos de saúde individual e familiar com o valor de **9,63%** e válido de 1º de maio de 2023 (retroativo) até 30 de abril de 2024.

Nos últimos anos o Brasil tem enfrentado uma drástica variação de preços de planos de saúde, de modo que os últimos ajustes variaram de -8,19%, devido à realidade da pandemia do Covid-19, e 15,5%, o maior aumento desde o início da série histórica em 2000. Isso gera muita incerteza por parte dos consumidores e uma certa insatisfação no momento de elevação dos preços de planos individuais. Até o momento o ano de 2023 tem apresentado um reajuste que permite uma diferença positiva quando comparada à taxa de inflação de 4,8%.

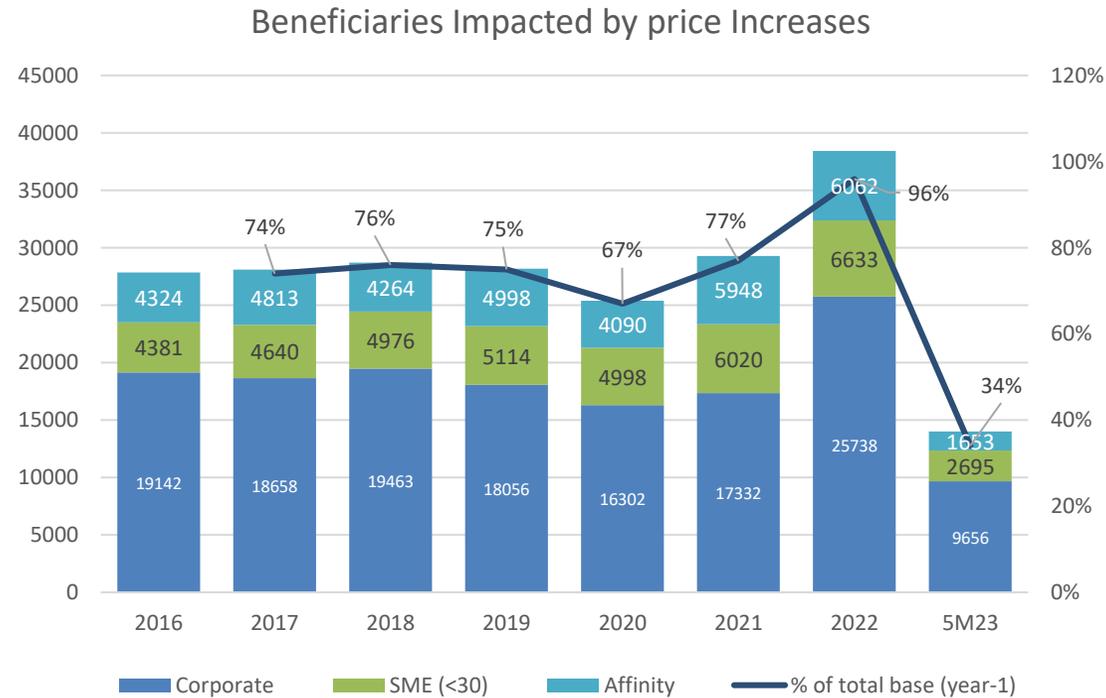


Essa variação dos preços atinge de forma diferenciada os planos de saúde individuais e coletivos. Conforme ilustrado pelo gráfico abaixo, elaborado com dados da ANS pelo Bradesco, a variação dos preços de planos coletivos apresentaram uma diferença de 3,2 pontos percentuais em relação aos preços de planos individuais entre 2020-2022. Esse ajuste feito em apenas uma das linhas de serviços decorre das restrições da ANS sobre reajustes em planos individuais. Conseqüentemente, muitas operadoras estão com dificuldade de garantir a manutenção desses planos, com mais de **43%** delas já em sérios **problemas econômicos e financeiros**, segundo o Brazil Journal.



Sobre Setor: Operadoras de Planos de Saúde

Essa realidade leva muitas operadoras a buscar a rescisão e a redução do número de contratos de planos realidade exposta no gráfico “Beneficiaries Impacted by Price Increases”, também elaborado pelo Bradesco. Assim, entre o ano de 2022 e o início de 2023, verifica-se que do valor total de beneficiários, aqueles que compõem a parcela com planos individuais diminuiu 4 p.p., de 15% para 11,08%.



Essa necessidade de reajuste de preços, provém da estrutura de gastos das seguradoras e a expansão destes, conforme indicado na tabela ao lado, com dados provindos do Painel de Precificação de 2018 da ANS. Entre eles, as **internações** destacam-se com o valor per capita de R\$92,58 nos planos individuais e R\$90,74 nos coletivos.

Em relação às despesas assistenciais, que representam o quarto maior gasto para as operadoras, estes variam segundo a faixa etária dos beneficiários atendidos. Conforme indicado na tabela ao lado, pacientes com **70 ou mais** anos possuem os valores mais elevados em relação às demais faixas etárias, de modo que também espera-se que eles possuam o **maior aumento percentual** até 2030. Portanto, espera-se que cresça a parcela de clientes que representam gastos com maior aumento esperado, o que levanta um cenário alarmante para as seguradoras.

Estatísticas dos Itens de Despesa dos Planos com Segmentação Assistencial, Dezembro de 2018

| Itens de Despesa | Custo Médio | Custo por Exposto |
|-----------------------------------|-------------|-------------------|
| Consultas Médicas | 74,61 | 35,29 |
| Demais despesas assistenciais | 80,49 | 16,02 |
| Exames complementares | 30,58 | 44,11 |
| Internações | 5617,94 | 91,66 |
| Outros atendimentos ambulatoriais | 90,06 | 7,91 |
| Terapias | 79,17 | 11,81 |

Fonte: Painel de Precificação de 2018 (ANS)

TABELA 3: VARIAÇÃO (%) DOS GASTOS ASSISTENCIAIS E DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS, 2017 A 2030 (PROJEÇÃO II - IMPACTO DO ENVELHECIMENTO, DO CRESCIMENTO POPULACIONAL E DA VARIAÇÃO DE CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES SOBRE OS GASTOS ASSISTENCIAIS DA SAÚDE SUPLEMENTAR).

| FAIXA ETÁRIA | VARIAÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS | VARIAÇÃO DOS GASTOS ASSISTENCIAIS | PROJEÇÃO DAS DESPESAS ASSISTENCIAIS PARA 2030 (BILHÕES DE R\$) |
|--------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 0 A 18 | -15,0% | 31,8% | R\$ 15,7 |
| 19 A 58 | 7,0% | 207,7% | R\$ 154,0 |
| 59 A 69 | 44,2% | 168,8% | R\$ 58,0 |
| 70 A 79 | 77,3% | 294,3% | R\$ 68,1 |
| 80 OU MAIS | 80,5% | 343,5% | R\$ 87,7 |
| TOTAL | 9,2% | 157,3% | R\$ 383,5 |

Fonte: “Projeção das despesas assistenciais da Saúde Suplementar (2018-2030)” - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

Embora a situação represente uma série de desafios financeiros para as seguradoras, é importante destacar que os preços de oferta de planos também restringe em grande parte o acesso da população a estes serviços. Ao considerar o valor do salário mínimo brasileiro, que no ano do estudo equivalia a R\$954,00, é explícito o porquê tantos brasileiros não tem acesso a esse tipo de planos de saúde. Dado que o valor médio por seguro privado individual representava 81% do valor do salário mínimo e o seguro coletivo, 60,3%.

Outra variável importante de se considerar neste caso é a renda per capita brasileira. O Brasil está passando por um momento de transformação social que favorece o aumento da renda per capita, isto é, nos últimos anos o país apresentou uma queda na sua taxa média de crescimento populacional. Segundo o levantamento realizado pelo IBGE, o avanço no número de habitantes foi de apenas 0,52% por ano ao longo dos últimos 12 anos, um cenário esperado para países em desenvolvimento e que tende a incentivar o aumento da renda per capita, dado o menor número de brasileiros entre os quais a renda é dividida.

Contudo, devido aos efeitos da pandemia do Covid-19 e o aumento da taxa de inflação nos últimos anos, verifica-se que a renda domiciliar por capita sofreu uma queda de **0,94%** entre **2020** e **2021**. Ademais, também é importante destacar que essa renda média irá variar bastante entre os diferentes estados brasileiros, desde R\$635,00 (MA) até R\$2513,00 (DF), segundo o G1. Ao fazer a média de todos os valores, verifica-se que em 2021, a renda domiciliar per capita média era de **RS1187,07**.

Mesmo com essa média mais elevada, a maioria dos estados ainda possui uma renda per capita entre **600 e 900 reais**, com um número restrito de estados apresentando valores superiores a 1500 reais, destacados na tabela abaixo (“**5 Estados com maior Renda Domiciliar per Capita**”). Dessa forma, verifica-se mais uma vez um fator que dificulta o acesso a estes serviços de cunho privado.

No entanto, é importante destacar que o Brasil possui uma grande **desigualdade social**, de modo que, ao considerar a viabilidade de expansão de empresas no setor hospitalar e de seguradoras, deve-se ponderar não só a renda per capita de cada estado, como também a representatividade das classes superiores.

Por fim, apesar do difícil acesso, os planos de saúde privada continuam sendo um dos principais desejos da população brasileira, segundo o Datafolha. Isso traz insights sobre as condições atuais do sistema de saúde público e chama atenção à uma possível demanda que possa surgir caso os incentivos e investimentos necessários forem realizados.

Número de Estados que se encaixam em cada Faixa de Renda Familiar

| Renda Domiciliar per Capita | Número de Estados |
|-----------------------------|-------------------|
| Faixa 600 a 900 reais | 11 |
| Faixa 901 a 1200 reais | 5 |
| Faixa 1201 a 1500 reais | 5 |
| Faixa 1501 a 1800 reais | 4 |
| Faixa maior do que 1800 | 2 |

Fonte: Dados IBGE, elaboração G1

5 Estados com maior Renda Domiciliar per Capita

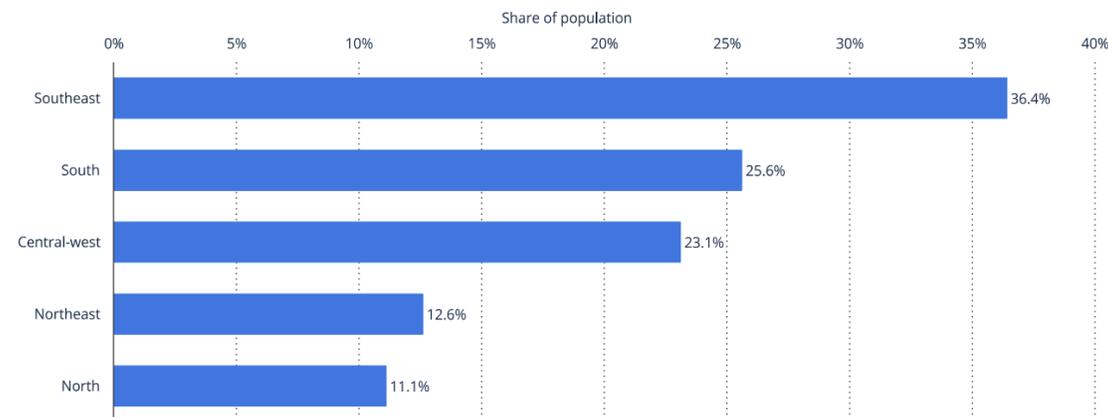
| Estado | Renda Domiciliar per Capita |
|-------------------|-----------------------------|
| Distrito Federal | 2513 |
| São Paulo | 1836 |
| Rio Grande do Sul | 1787 |
| Rio de Janeiro | 1724 |
| Santa Catarina | 1718 |
| Paraná | 1541 |

Fonte: Dados IBGE, elaboração G1

Os efeitos deste desequilíbrio entre o preço dos planos de ação e a renda disponível é expressa na concentração de beneficiários por região do país. Conforme expresso, a população de maior renda concentra-se nas regiões **Sudeste, Sul** e no estado do **Distrito Federal**, no Centro-Oeste, que correspondem a regiões com maior atividade urbana e que apresentam os preços mais acessíveis a planos de saúde privados. Consequentemente, conforme indicado no gráfico abaixo, o Sudeste, Sul e o Centro-Oeste contém mais de **80% dos indivíduos beneficiários** no Brasil. Tendo isso em vista, verifica-se que ao considerar uma expansão pelo país, há espaço para a penetração das regiões Norte e Nordeste, mantendo em mente os desafios relacionados à uma população de **menor renda per capita** e um cenário de maior **carência de leitos hospitalares**.

Share of population covered with private health insurance in Brazil in 2022, by region

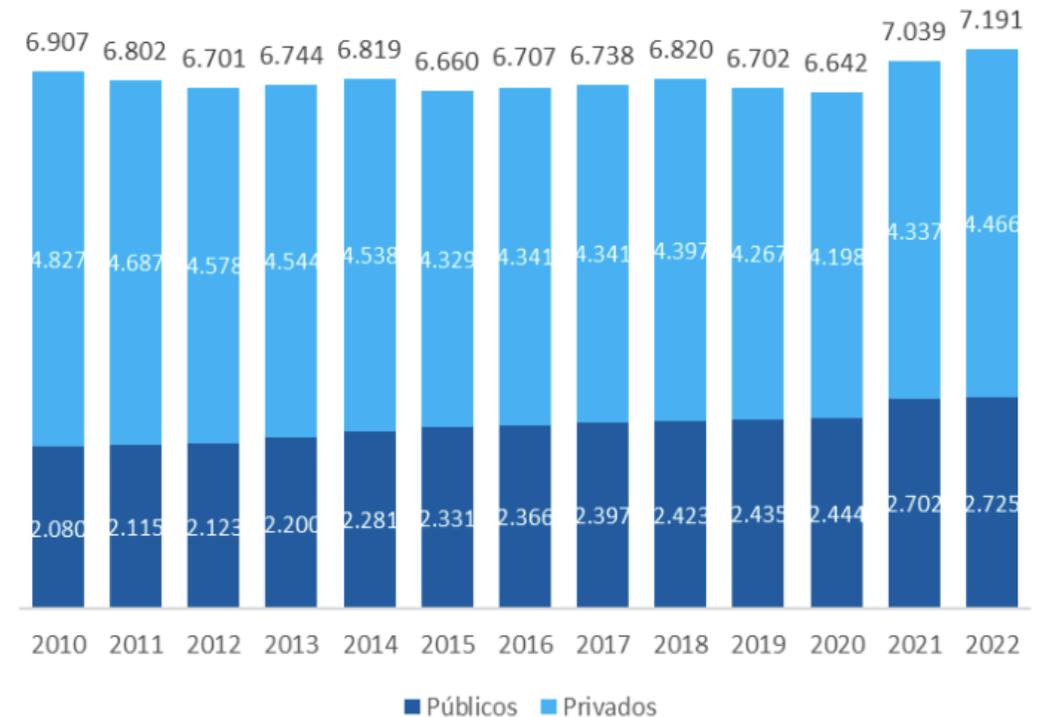
Private health insurance coverage in Brazil 2022, by region



Neste cenário de acesso limitado a rede privada de saúde, o Brasil ainda enfrenta um grave problema de sub penetração e déficit em comparação com outros países tanto da América Latina, quanto do resto do mundo. Entre 2013 e 2022, o Brasil apresentou um aumento de **6,6%** no número total de hospitais, de modo que o aumento em hospitais públicos foi de **23,9%**, enquanto o de **hospitais privados** recuou **1,7%**, de 4.544 para 4.466.

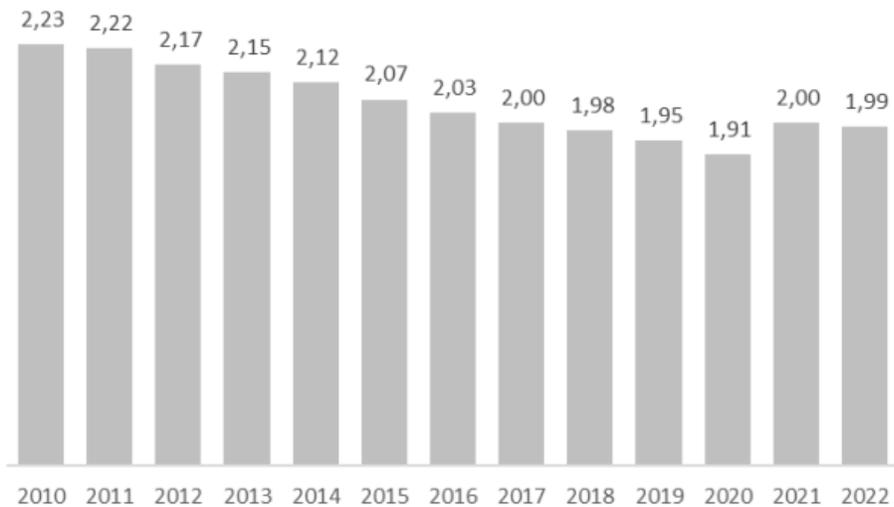
A oferta de leitos hospitalares continua a ficar atrás da demanda por serviços hospitalares no Brasil. Em 2022, o Brasil atingiu a marca de 2,0 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes, marca inferior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (de 3 a 5 leitos a cada 1.000 habitantes) e inferior a países desenvolvidos como Japão e Alemanha, e mesmo países latinoamericanos como Argentina e Chile.

**Série histórica de hospitais no Brasil, por natureza jurídica
(Federação Brasileira de Hospitais e CNSaúde, 2022)**

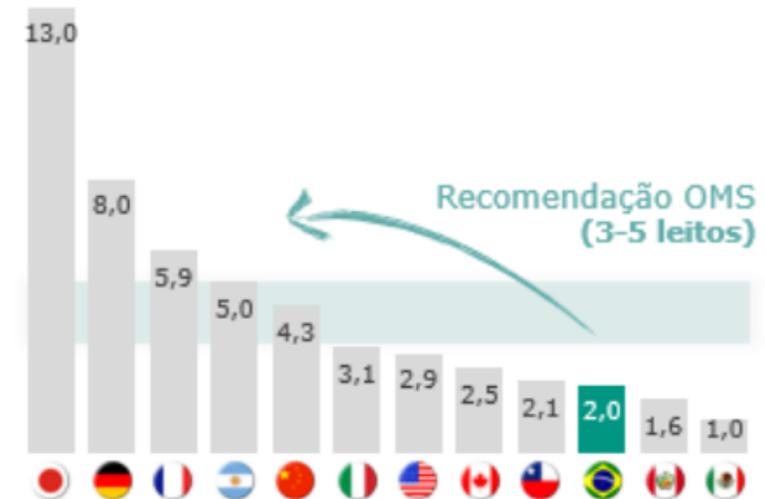


Sub Penetração no setor hospitalar brasileiro

Série histórica da densidade de leitos no Brasil em leitos/'000 habitantes (Federação Brasileira de Hospitais e CNSaúde, 2022)



Densidade de leitos (Federação Brasileira de Hospitais, 2022)



Sub Penetração no setor hospitalar brasileiro

Ademais, deve-se ressaltar que essa média de 2 leitos é distribuída de forma desigual pelo país. Segundo a CNN, um levantamento da plataforma Bright Cities demonstrou que, embora alguns estados cumpram com a meta, **73%** das 558 microrregiões administrativas do Brasil apresentam um valor inferior. Estas regiões são localidades nas quais vivem **52,3% dos brasileiros**.

Em termos de números absolutos, o Brasil apresentava em 2020 cerca de 41.311 leitos de UTI, de modo que estes dividiam-se de forma equivalente entre as redes pública (21.250) e privada (20.061). Contudo, este número levanta uma certa preocupação na rede privada cobrir **menos do que 30%** da população brasileira, de modo que o SUS responde pelo atendimento de 7 em cada 10 brasileiros, sobrecarregando-o.

Aderência à recomendação de leitos SUS de UTI por Microrregião do IBGE

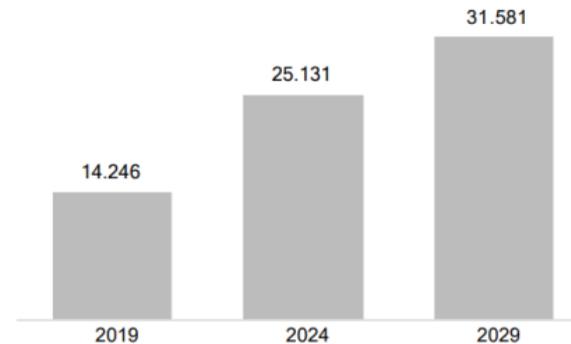


Sub Penetração no setor hospitalar brasileiro

Dessa forma, um levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) aponta que o Brasil tem um déficit de **18,2 mil leitos** hospitalares no Sistema Único de Saúde atualmente. Segundo os dados, a desativação progressiva dessas unidades de saúde vem ocorrendo desde 2011, de modo que espera-se que o déficit no número de leitos privados no Brasil tenha um crescimento constante até o ano de 2029, conforme ilustrado no gráfico abaixo.

Esta realidade torna-se ainda mais preocupante no Norte e Nordeste, que concentram microrregiões com menos de **1 leito de UTI por 10 mil** habitantes e ao mesmo tempo são os locais com menor concentração de beneficiários de planos de saúde privados. Por outro lado, o Centro-Oeste, Sul e Sudeste apresentam os melhores índices de cobertura pelo SUS, sendo simultaneamente os com maior acesso a uma rede de seguros privados.

Crescimento do déficit no número de leitos privados no Brasil (considerando crescimento de 47 para 57 milhões de beneficiários até 2029, com taxa de ocupação e permanência constantes)



Como uma forma de solucionar o problema, pode-se considerar o apoio por parte da rede privada, uma vez que, ao considerar a soma de leitos públicos e privados o déficit no Brasil diminuiu de 73% para 61% das localidades – ou seja, só 4 em 10 microrregiões conseguem cumprir a meta da OMS. Assim, abre um espaço para a rede privada de saúde abranger os seus serviços e aprofundar parcerias com o setor público.

Essa possibilidade de parceria é determinada na própria lei de criação do SUS, de modo que no artigo 4º destaca-se que a iniciativa privada pode participar das ações do escopo público, em caráter complementar. Em geral, isso ocorre na forma de contratação de serviços. Por exemplo, especialidades não disponíveis na rede pública são contratadas por Prefeituras ou Governos Estaduais da iniciativa privada, e pagos com recursos públicos. Assim, caso um cidadão que necessite de um atendimento especializado o SUS pode custeá-lo em um hospital ou clínica particular. Assim, todos os termos da contratualização ou contratação de serviços de assistência à saúde estão amparados na Constituição Federal, que deixa claro essa possibilidade no artigo 199.

Segundo os dados do Ministério da Saúde, há **287 UBS** com algum tipo de **gestão privada** no Brasil, de um total de 38,2 mil. Portanto, ainda há espaço de haver um maior suporte por parte da rede privada nestes serviços, principalmente ao considerar que envolve um **custo inferior** e consegue gerar lucro para o ente privado, mesmo que pequeno.

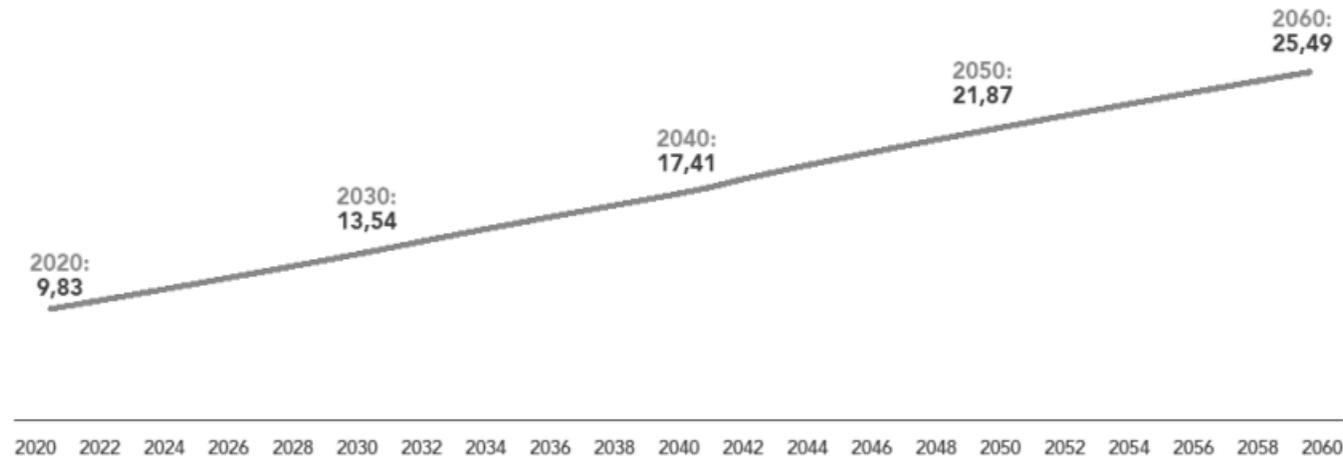
A consolidação dessa parceria entre hospitais públicos e privados pode ser feita por meio das **parcerias público-privadas** (PPPs). Há diversos modelos de PPP com formatos de remuneração que variam dependendo do acordo específico estabelecido entre as partes envolvidas. Entre eles, pode-se citar:

1. Pagamento por serviço: Nesse modelo, o governo paga à empresa privada com base nos serviços de saúde prestados. O pagamento pode ser feito por meio de uma taxa fixa por serviço ou por um sistema de pagamento por procedimento.
2. Pagamento global ou valor anual: Nesse modelo, o governo faz um pagamento fixo à empresa privada com base em um valor anual estabelecido. A empresa privada é responsável por fornecer todos os serviços de saúde necessários dentro desse orçamento, independentemente da quantidade ou complexidade dos serviços prestados.

Por meio dessas parcerias, as instituições de saúde privadas podem ter acesso a **recursos públicos**, como financiamento, infraestrutura, tecnologia e conhecimento especializado; **ampliar** seus **negócios** e obter um **fluxo de receita estável** e previsível; reduzir os riscos de suas operações; e ter acesso a uma base de pacientes mais ampla ao se aumentar a visibilidade.

Esta busca por formas de solucionar a sub penetração no setor torna-se ainda mais importante dado o contexto socioeconômico brasileiro. O país tem apresentado uma queda na sua taxa de natalidade, ao mesmo tempo que a porcentagem de indivíduos acima dos 60 anos passa a aumentar. De acordo com as projeções do IBGE e OECD, espera-se que essa parcela populacional equivalha, em 2050, a 2,6x a população idosa de 2017, taxa acima da esperada para os demais países emergentes, como Índia (2,5x), África do Sul (2,4x) e China (2,1x), o que representa um **envelhecimento** ainda mais **acelerado**. Conseqüentemente, há uma **um aumento na demanda** por serviços de saúde devido às necessidades e questões adicionais de saúde enfrentadas por essa população .

Pessoas com 65 anos ou mais no Brasil (% na população), 2020 a 2060 (ANAHP)

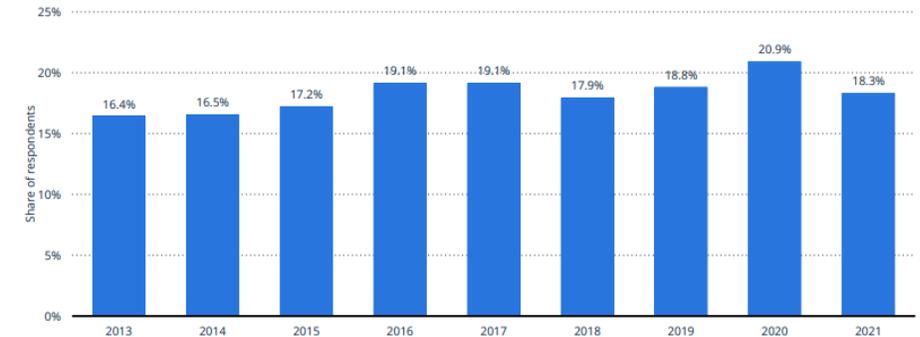


Somando-se a isso, há também uma série de fatores de risco à saúde que apresentaram uma tendência de crescimento nos últimos anos e ainda apresentam valores elevados, entre os quais inclui-se o elevado consumo de **álcool, a inatividade física e a hipertensão**. Embora o nível de conscientização da população tenda a aumentar com o maior acesso a informações, este continua sendo um fator de risco que pode aumentar a demanda de serviços hospitalares no futuro.

Estes fatores de risco relacionam-se diretamente às principais causas de mortes no país, de modo que, em 2022, estas foram doenças no sistema circulatório, tumores e doenças respiratórias. Consequentemente, verifica-se que há uma tendência de **pressão sobre o sistema de saúde** brasileiro, dado que o número de hospitais tende a permanecer estável, conforme indicado no gráfico a seguir (Fonte: Statista).

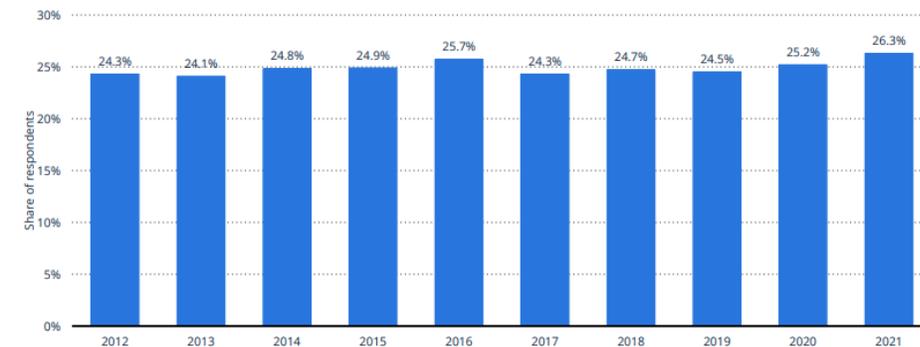
Share of population who drank a large amount of alcoholic beverages in Brazil from 2013 to 2021

Consumption of alcoholic beverages in Brazil 2013-2021

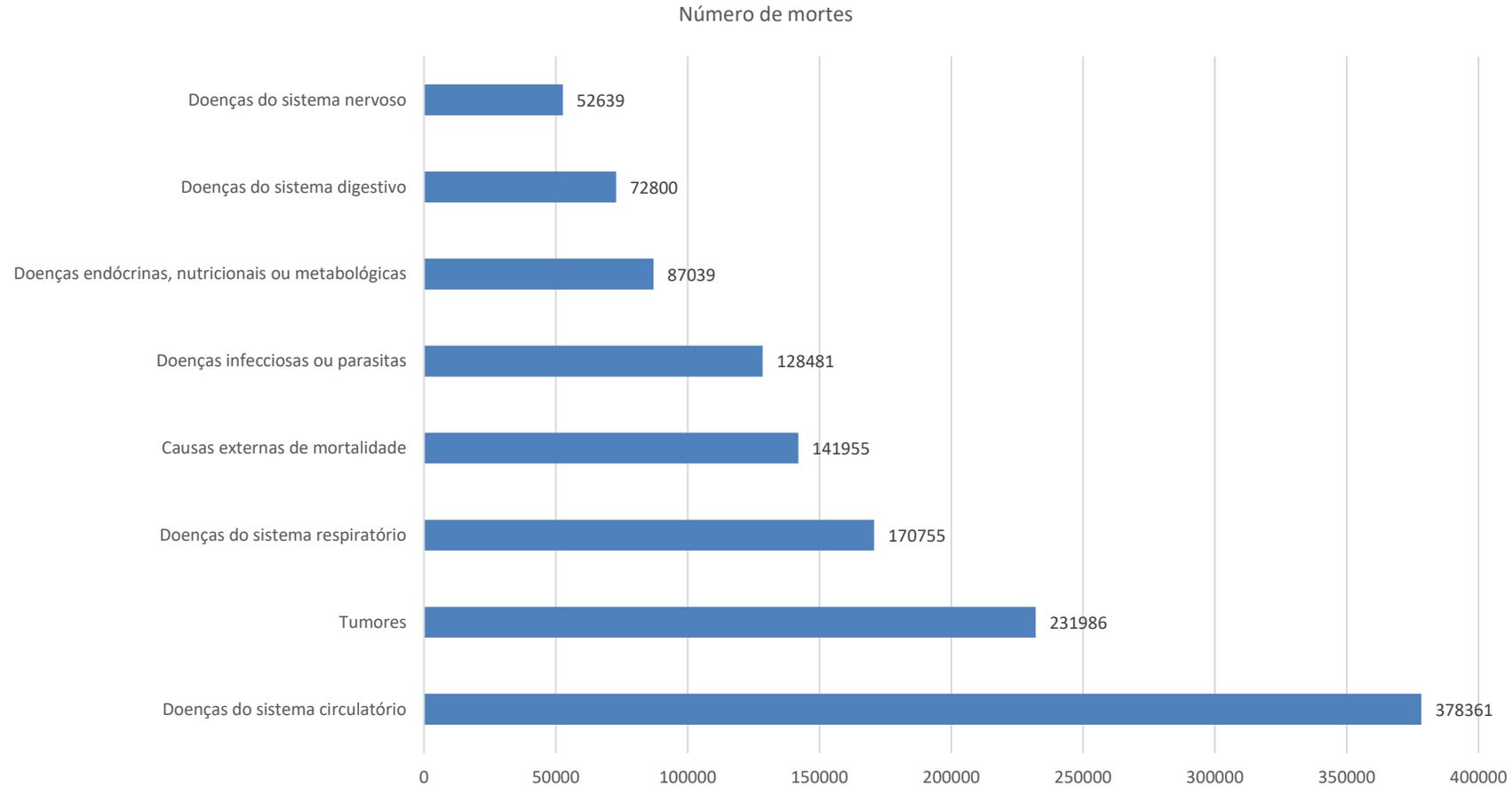


Share of adults diagnosed with hypertension in Brazil from 2012 to 2021

Share of adults with hypertension in Brazil 2012-2021

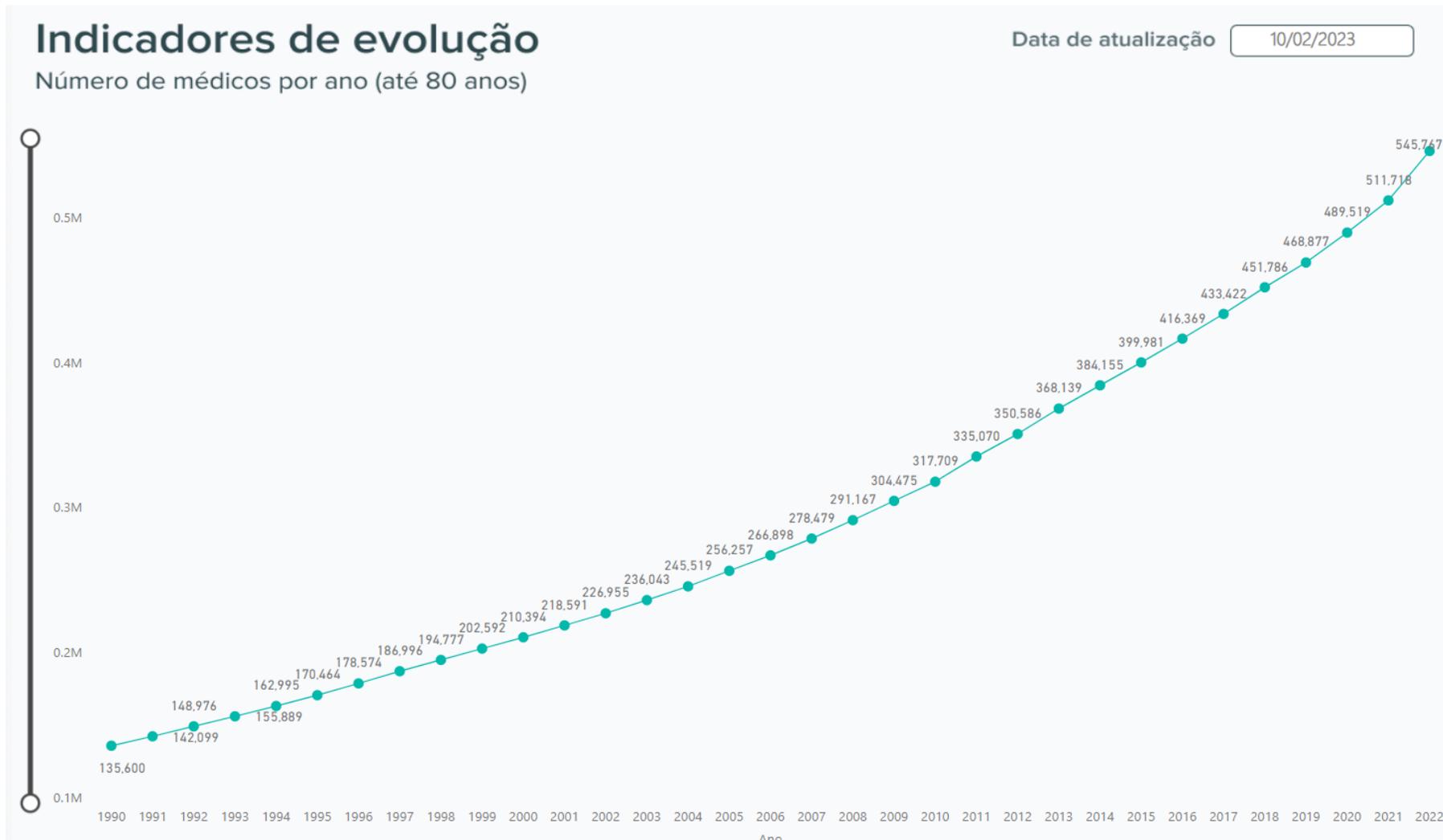


Principais Causas de Morte em 2022 (Brasil)



Nos últimos anos, o Brasil apresentou um salto no número de médicos, partindo de 343,7 mil registros médicos, o que representava 1,76 profissionais para cada mil ambientes, para 545,4 mil médicos ativos no primeiro trimestre de 2023, isto é, cerca de **2,56 médicos** para cada mil habitantes. Assim, o país se aproxima da média de países desenvolvidos, como Estados Unidos (2,6), Japão (2,5) e Coreia do Sul (2,5), sendo a nação que registra o maior crescimento no número de médicos para cada mil habitantes, segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE). Caso o país mantenha essa tendência, o Conselho Federal de Medicina (CFM) acredita que o Brasil terá quase 837 mil médicos (média de **3,63 médicos** por mil habitantes) em 2028.

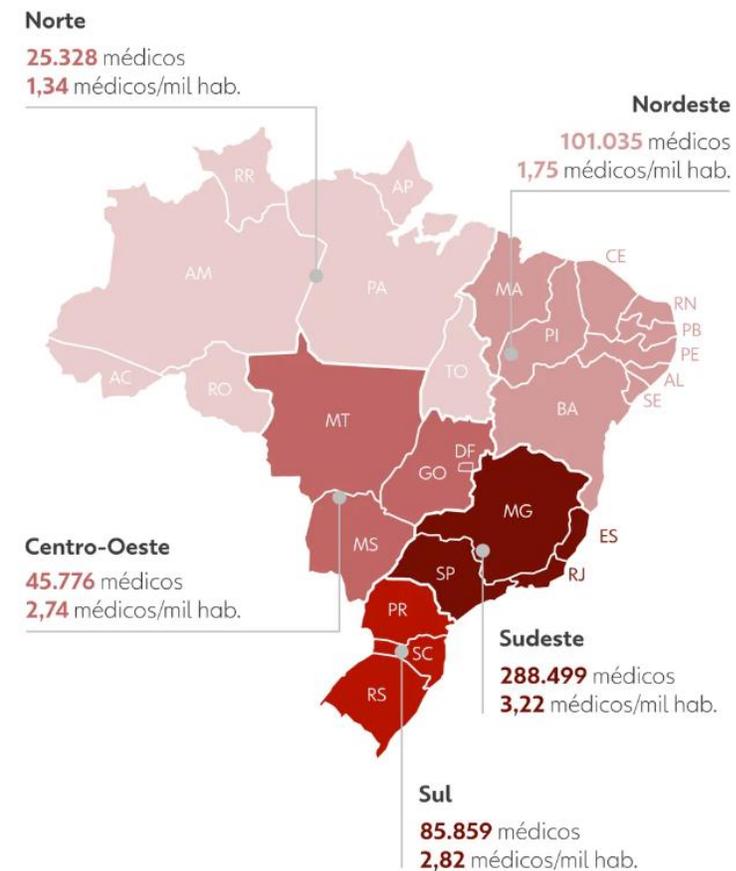
Apesar dessa perspectiva positiva, é importante ressaltar que há uma grande desigualdade na distribuição e na fixação de médicos pelo Brasil. As **27 capitais** brasileiras reúnem **54% dos médicos** - uma média de **6,21** médicos por **mil habitantes**. Já no **interior** estão **46%** dos médicos - **1,72** profissional para cada mil habitantes.



Em relação à distribuição por região brasileira, verifica-se que a maioria dos médicos concentra-se nas regiões **Sul e Sudeste**, nas **capitais** e grandes municípios, de modo que **62%** dos profissionais atendem 49 cidades que concentram apenas **32% da população**:

- No Sudeste, estão 58% dos médicos - 3,22 para cada mil habitantes;
- No Sul, estão 15,7% dos médicos - 2,82/mil habitantes;
- No Centro-Oeste, estão 8,4% dos médicos - 2,74/mil habitantes;
- No Nordeste, estão 18,5% dos médicos - 1,75/mil habitantes;
- E no Norte, estão 4,6% dos médicos - 1,34/mil habitantes.

Para o CFM, a **desigualdade na distribuição** de médicos pelo país passa pela falta de atrativos e de condições mínimas de trabalho. Segundo a entidade, o Brasil necessita de **políticas públicas** para deslocar profissionais dos grandes centros urbanos para o interior e para cidades pequenas. Contudo, essa desigualdade no número de médicos é um fator importante ao considerar os desafios e expansão dos grandes players do setor de saúde.



Relação entre Número de Leitos x Número de Médicos x Preço dos Seguros pelo Brasil

Aderência à recomendação de leitos SUS de UTI por Microrregião do IBGE

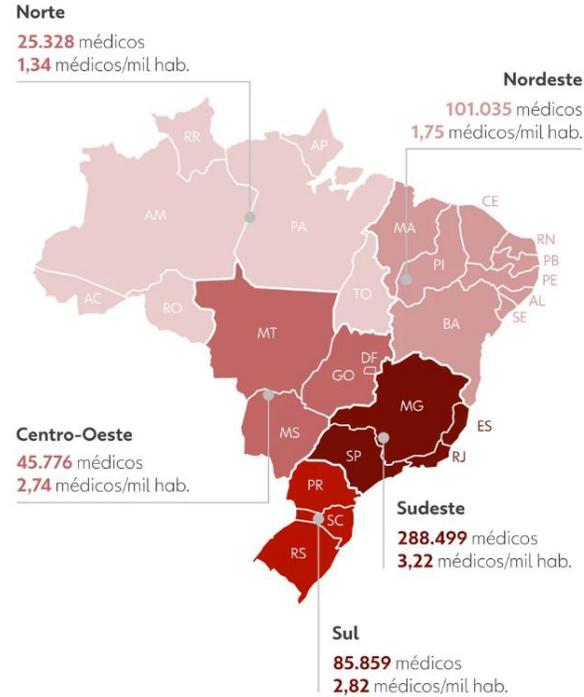
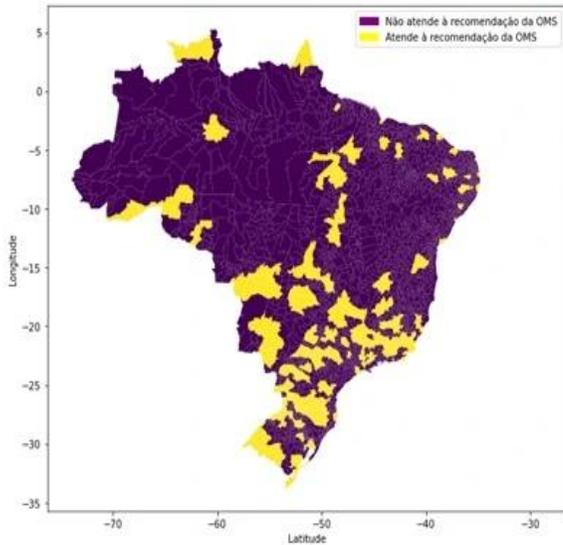


Figura 1.5 - Distribuição geográfica dos valores comerciais médios dos planos individuais



Figura 1.6 - Distribuição geográfica dos valores comerciais médios dos planos coletivos



Fonte: Base de NTRP, RPS e CADOP (Extraídas em 30/01/2019, 12:15h)

Tendo em vista o contexto apresentado, verifica-se que há uma tendência de haver um aumento na demanda hospitalar e de seguros no país. Por um lado, isso representa um fator positivo para os hospitais, que terão mais oportunidades de aumentar a sua **rentabilidade**, atendendo um maior número de pacientes. Contudo, por parte das operadoras de seguro, isto representa o **aumento do grupo de clientes mais custosos**. Portanto, passa a ser necessário novas soluções para lidar com as maiores despesas assistenciais.

Uma das soluções que vem sendo trazidas é a verticalização do setor, o que permite o maior **controle e a redução de custos assistenciais**. Assim, o número de transações de fusão e aquisição de companhias do setor equivaleu 87 operações no ano de 2019 e 55 em 2020, com um total de 400 transações entre 2001 e 2020, de acordo com a consultoria KPMG. Com a pandemia do Covid-19, houve um impulso deste cenário, de modo que, mesmo com as incertezas do mercado, em 2021 as companhias movimentaram aproximadamente R\$ 18 bilhões em fusões e aquisições.

Assim, é fundamental que os players do setor de saúde mantenham-se atentos a esta tendência, dado que **83%** do movimento de hospitais particulares tem origem nos planos de saúde, segundo Felipe Argemi, CEO da boutique de fusões e aquisições Santis. Conseqüentemente, a partir do momento que há uma fusão entre hospital e operadora, os beneficiários desta tendem a se dirigir a um player específico do setor hospitalar. Isso gera uma maior pressão sobre o mercado já altamente competitivo de saúde.

Além da tendência de verticalização do setor, há outras tendências e oportunidades que podem ser aproveitadas a fim de garantir a potência dos players do mercado:

1. Uso da **Telemedicina** como uma forma de redução de custos e do risco de sobrelotação das unidades hospitalares, por meio do auxílio digital a pacientes com quadros leves e o direcionamento de pacientes com quadros básicos para unidades de atendimento necessária;
2. **Tecnologias emergentes**, como a inteligência artificial e os dispositivos de monitoramento, auxiliam na realização de procedimentos médicos complexos, fornecendo cirurgias menos invasivas que garantem melhores resultados;
3. Maior atenção à **sustentabilidade** tem sido um ponto fundamental para diversas empresas do setor de saúde, uma vez que o setor global de saúde seria o 5º maior emissor de gases de efeito estufa caso fosse um país. Assim, muitas instituições estão buscando maneiras de reduzir o desperdício e as suas emissões, por meio de programas de reciclagem e gerenciamento de resíduos, por exemplo;
4. Maior atenção ao bem estar e ao atendimento dos **interesses dos trabalhadoras**, é uma pauta que demanda atenção dada a crescente demanda por profissionais de saúde – necessidade de 80 milhões de trabalhadores no setor global e cerca de 18 milhões para países de baixa renda, até 2030;
5. Avanços na **medicina personalizada** com o desenvolvimento dos estudos da medicina genômico, o que permite a identificação e o tratamento preventivo de possíveis doenças genéticas;

Riscos do Setor: Segmento Hospitalar

Em relação aos **riscos** associados ao setor, estes podem ser separados entre o **segmento hospitalar** e de **seguradoras**. Entre os riscos hospitalares, destacam-se:

1. A **instabilidade econômica** no Brasil:

- Pode levar à uma queda no poder econômico da população e uma redução na demanda de serviços hospitalares, destaque para a rede privada;
- A variação da inflação afeta diretamente os custos dos insumos médicos, mão de obra e tecnologia, o que já tem impactado a sinistralidade e, conseqüentemente, a rentabilidade dos hospitais;
- As variações nos investimentos realizados pelo governo afeta não só a rede pública, como também a rede particular, uma vez que leva os hospitais a ficarem expostos às variações das políticas governamentais e dos programas de reembolso governamentais.

2. Há uma **intensa rivalidade** dentro do setor hospitalar, com players que competem por um público restrito de indivíduos que possuem acesso ao sistema privado de saúde. Entre os grandes players, pode-se citar os hospitais Albert Einstein, Mater Dei e o Oswaldo Cruz;

3. Os **constantemente avanços tecnológicos** e a expansão da rede hospitalar cria uma pressão por crescentes investimentos, a fim de garantir que as empresas acompanhem o crescimento do setor;

4. Apesar de haver um grande volume de médicos no Brasil, com perspectivas de crescimento, é importante que as empresas mantenham-se atentas à **distribuição** dos mesmos entre as regiões, uma vez que isso pode representar uma barreira para a expansão dos grandes players pelo país.

Riscos do Setor: Segmento Operadoras de Planos de Saúde

Ao analisar o segmento de operadoras de planos de saúde, os principais desafios associados a ele são

1. A obrigação de incorporação de **novos procedimentos** e tecnologias médicas muito mais onerosas;
2. A **nova lei do rol** de procedimentos médicos cobertos (taxativos & ilustrativos);
3. Os **novos medicamentos** que não seguem um tabelamento;
4. A nova lei federal que aumentou o **piso salarial de enfermagem**, o que impactará fortemente o custo do setor;
5. A existência de 260 projetos de lei para reforma da regulação do setor, sempre contra as operadoras;
6. As **restrições de reajuste de preços** no setor, devido à lei 9.656/98 e do Estatuto do Idoso - Lei 10.741, de 2003;
7. A tendência de **envelhecimento** da população brasileira, o que leva ao crescimento do grupo responsável pelos maiores gastos dos planos de saúde;

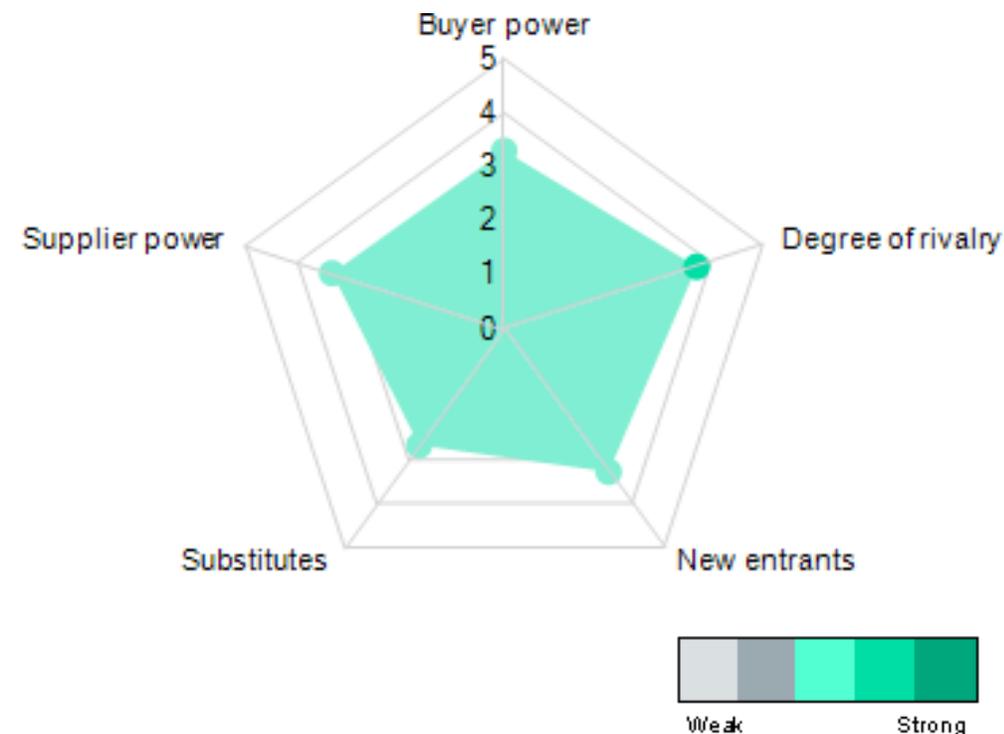
Ademais, assim como destacado para o segmento hospitalar, o segmento de operadoras de seguro privado no Brasil também está muito expostas à **instabilidade econômica** do país. Em um cenário no qual menos do que 30% da população possui acesso a estes serviços de saúde, verifica-se que a performance das empresas deste setor está muito atrelada ao poder econômico dos brasileiros. Somando-se a isso, passa a haver uma série de **riscos** associados **atuariais e financeiros** relacionados à precificação inadequada dos planos de saúde, aumento dos custos médicos e hospitalares, sinistralidade elevada, insuficiência de reservas financeiras, variações nas taxas de utilização e envelhecimento da população segurada.

Assim como indicado, um dos grandes riscos do setor de saúde é a **acirrada rivalidade** do setor. Hospitais de maior competem com base em eficiência, qualidade de atendimento e preços. Dada a base restrita de clientes que possuem acesso a serviços de rede privada, torna-se essencial a atenção a estes fatores e a determinação estratégica de planos de expansão, uma vez que melhoria nas áreas indicadas tende a aumentar a rentabilidade dos hospitais.

No geral, o considerável crescimento dos **gastos** do setor de operadoras de saúde tem dificultado a expansão dos provedores e **amenizado a rivalidade**. Neste contexto, os preços oferecidos pelas companhias tem um papel significativo. Assim, destaca-se que as economias de escala permitem uma negociação de forma mais intensa dos valores cobrados.

Por fim, dada a tendência de **verticalização do setor**, há um aumento nas tensões entre os players, o que exige um maior cuidado nas decisões estratégicas em relação às transações a serem realizadas.

Análise 5 Forças de Porter: Setor de Saúde



O setor de saúde enfrentou uma série de altos e baixos nos últimos anos, principalmente devido aos impactos da pandemia do Covid-19. Atualmente, ainda passa por um processo de recuperação para retornar aos níveis pré-pandêmicos. Dessa forma, para os próximos anos, há perspectivas de crescimento e expansão, porém a um ritmo mais lento. Este crescimento é impulsionado pelas transformações sociais que país tem enfrentado, como o envelhecimento populacional e consequente aumento pela demanda de serviços médicos.

O setor apresenta um market share concentrado em alguns players, com uma elevada rivalidade pelo alcance de novos pacientes e beneficiários. Assim, torna-se fundamental que as empresas aproveitem as oportunidades do setor para garantir a diferenciação, entre as quais pode-se citar o uso de novas tecnologias e a expansão no número de leitos para suprir a escassez enfrentada por algumas regiões.

Contudo, deve-se destacar que o setor de saúde também apresenta um cenário com uma série de entraves, como a distribuição desigual de médicos pelo país e a falta de democratização do acesso à saúde privada. Dessa forma, é essencial que o investidor leve em consideração todos estes fatores no momento de analisar as empresas de saúde e os planos de crescimento das mesmas, verificando se estes não são arrojados demais dado o cenário atual.

DISCLAIMER

Este material foi elaborado pela RB Investimentos Distribuidora de Títulos e Valores Mobiliários Ltda. (“RB Investimentos”) de acordo com as exigências previstas na Resolução CVM nº 20, de 25 de fevereiro de 2021 (“RCVM 20”), e possui caráter informativo, de forma que possa auxiliar o investidor a tomar sua própria decisão de investimento, não constituindo uma oferta, recomendação ou solicitação de compra ou venda de nenhum título ou valor mobiliário contido nesse relatório.

A RB Investimentos não se responsabiliza por qualquer decisão tomada pelos investidores, clientes ou não, com base no presente material e as decisões de investimentos e estratégias devem ser feitas pelo próprio leitor.

O conteúdo desse relatório foi elaborado considerando a classificação de risco dos produtos de modo a gerar resultados de alocação para cada perfil de investidor, não podendo ser copiado, reproduzido ou distribuído, no todo ou em parte, a terceiros, sem prévia autorização da RB Investimentos.

Todas as informações utilizadas nesse documento foram redigidas com base em informações públicas e que a RB Investimentos e o analista de valores mobiliários entendam ser confiáveis, mas podem não ser precisas e completas e se referem à data de sua divulgação, estando portanto sujeitas a alterações, não implicando necessariamente na obrigação de qualquer comunicação no sentido de atualização ou revisão com respeito a tal mudança.

O analista de valores mobiliários responsável pelo conteúdo deste material certifica que: (i) as informações contidas neste material refletem única e exclusivamente as suas opiniões pessoais e foram elaboradas de forma independente, inclusive em relação à RB Investimentos; (ii) se estiver em situação que possa afetar a imparcialidade do material ou que possa configurar conflito de interesses, nos termos dos artigos 20 a 22 da RCVM 20, tal informação será informada no próprio material; e (iii) sua remuneração não está direta ou indiretamente relacionada às informações ou opiniões objeto deste material.

A RB Investimentos e o analista de valores mobiliários responsável pelo conteúdo deste material são credenciados junto à Associação dos Analistas e Profissionais de Investimento do Mercado de Capitais (“APIMEC”), em cumprimento a todas as disposições contidas na CVM nº 20/2021 e nas políticas elaboradas pela APIMEC, em especial o Código de Conduta da Apimec para o Analista de Valores Mobiliários.

Para mais informações, consulte a Resolução CVM 20/2021 e o Código de Conduta da Apimec para o Analista de Valores Mobiliários. Em caso de quaisquer dúvidas ou informações adicionais, pedimos entrar em contato com o analista responsável ou pelo e-mail [gustavo.cruz@rbinvestimentos.com].



RB Investimentos