



sami

PESQUISA DE AVALIAÇÃO DE ATRIBUTOS

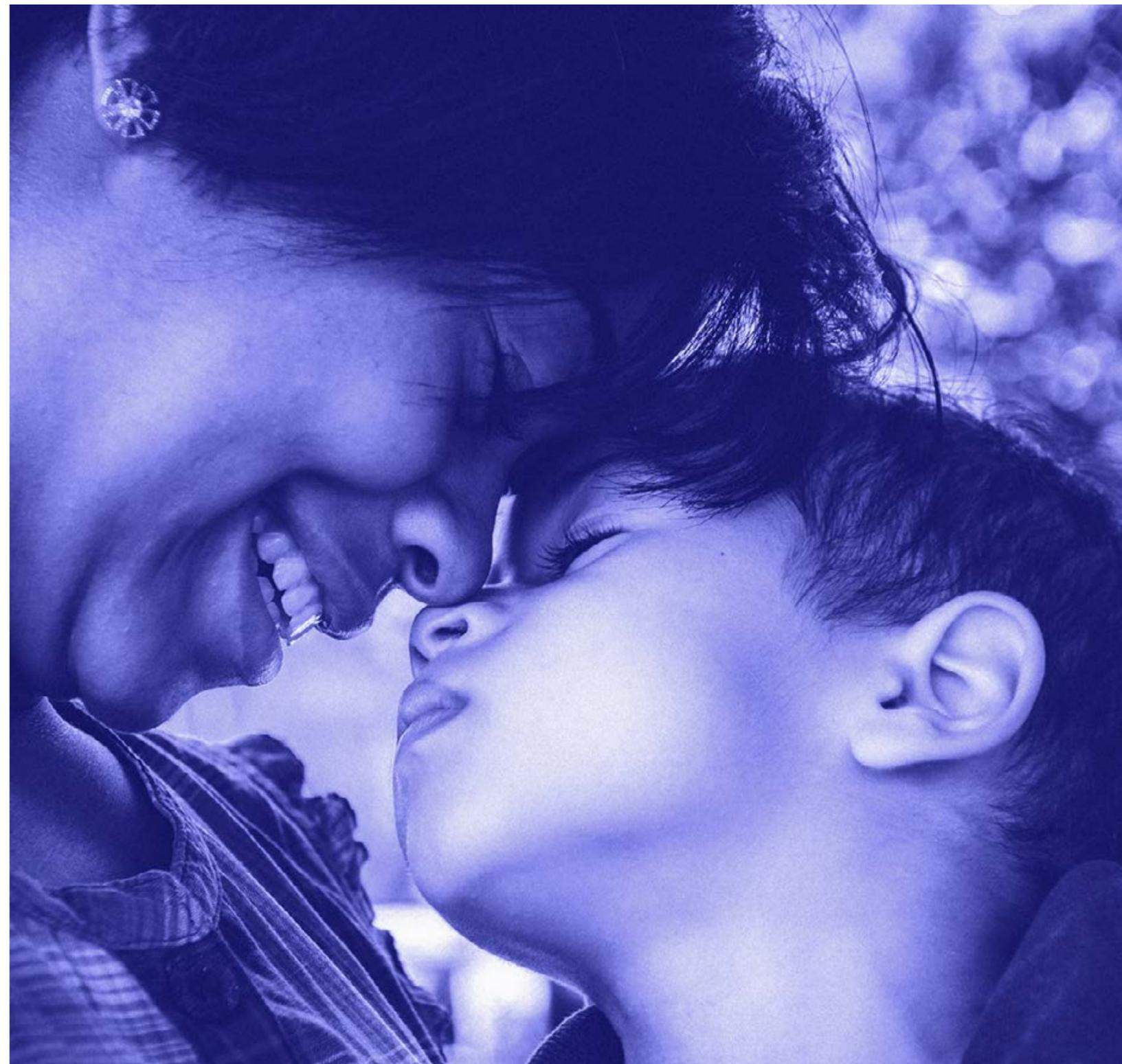
O que mais importa *para quem compra um plano de saúde?*

Panorama do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil

Por Lívia Lourenço, Gerente de Estratégia, e Lucas Robini, Analista Sênior de Estratégia da Sami.

Sumário

Contexto inicial	3
O que mais importa para quem compra um plano de saúde?	4
Sumário da pesquisa	5
Etapa 1 - Pesquisa Quantitativa	6
Perfil demográfico	7
Resultados obtidos na Etapa 1 - Pesquisa Quantitativa	9
Tabela 1 - Avaliação da importância de atributos do produto	9
Tabela 2 - Disposição dos gastos com saúde	10
Principais dados e insights obtidos:	11
Etapa 2 - Grupo de discussão	12
Perfil	12
Quais as principais dores de quem tem plano de saúde?	14
Satisfeitos, mas...	14
Perguntas que ficam	15
Principais insights e reflexões	15



Contexto inicial

De acordo com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o Brasil tem **47,1 milhões** de pessoas com planos de saúde médico-hospitalares, o que corresponde a 22,22% da população total.

O número de beneficiários teve um aumento de **0,3%** entre setembro de 2019 e setembro de 2020, reforçando a tendência de crescimento, ainda que lento, da saúde suplementar.

Entre junho e setembro de 2020, foram fechados aproximadamente **380 mil** novos contratos, representando um crescimento de 0,8% motivado, principalmente, pelo crescimento do número de planos coletivos empresariais.

Em setembro de 2020, **38,0 milhões** (80,7%) de beneficiários médico-hospitalares possuíam um plano desta modalidade.

Desse total, **83,6% dos contratos** são do tipo coletivo empresarial e 16,4% do tipo coletivo por adesão.



O que mais importa para quem compra um plano de saúde?

Visando entender as necessidades e perspectivas de quem contrata planos de saúde, a Sami realizou duas pesquisas entre agosto e setembro de 2020. O objetivo era investigar as seguintes questões:

- ◆ O que é mais relevante no momento da decisão de compra de um plano de saúde?
- ◆ Quais são os principais diferenciais que determinam a escolha?

Foram mapeados e analisados alguns atributos que os consumidores consideram mais importantes ao escolherem um plano de saúde. Também foram avaliadas as principais “dores” e percepções de quem usa o serviço de saúde suplementar.

A iniciativa é de grande importância para nós. A Sami iniciou suas atividades como operadora de saúde em novembro e nasceu com o objetivo de oferecer mais do que se tem visto no mercado ao longo dos anos.

Queremos proporcionar uma experiência única em bem-estar e promoção da saúde, transformando a jornada dos nossos clientes.

Para isso, precisamos entender o que as pessoas querem e precisam.

Mais do que isso: temos que apurar o olhar de forma que seja possível identificar necessidades que essas mesmas pessoas talvez nem consigam dimensionar diante de um modelo fortemente consolidado.

Escutar as pessoas é fundamental para esse desafio. Está na nossa essência, no significado da nossa marca (em árabe, a palavra Sami quer dizer “aquela que escuta”).

É possível fazer diferente. É possível fazer diferença. E é para isso que a Sami existe.

Sumário da pesquisa

Nossa análise compreendeu duas etapas.

Na primeira, foi feita uma pesquisa quantitativa com potenciais contratantes de planos de saúde.

O questionário foi aplicado a decisores de compra, ou seja, as pessoas que, efetivamente, adquirem o serviço para si, para sua empresa e/ou seus familiares.

Já a segunda etapa envolveu uma pesquisa com um grupo de discussão (focus group), aprofundando alguns temas relacionados aos serviços de saúde suplementar.



ETAPA 1

Pesquisa Quantitativa

Etapa 1 - Pesquisa Quantitativa

A pesquisa quantitativa contou com 197 participantes - entre empreendedores, profissionais liberais e pequenos e médios empresários.

Em comum, a maioria apresenta um bom poder aquisitivo (renda média mensal acima de R\$ 2.000), e possui plano de saúde. Cerca de metade recebe o plano de saúde como benefício da empresa em que trabalham, e a outra parte, pessoas que compraram seus respectivos planos como Pessoa Jurídica e Pessoa Física.

No questionário aplicado, os participantes foram convidados a classificar, por ordem de importância, os seguintes atributos de produto:

- ◆ Aprovação da contratação em 1 dia
- ◆ Começar pelo time de cuidado
- ◆ Compra do plano em 1 hora
- ◆ Débito automático
- ◆ Gympass
- ◆ Médico de família 24h
- ◆ Modelo baseado em valor
- ◆ Pagamento por Cartão de crédito
- ◆ Reajuste menor
- ◆ Reembolso
- ◆ Saúde preventiva
- ◆ Vitalk

Era necessário atribuir uma nota de 1 a 5 para cada item da lista, sendo 1 para os atributos que não agregam valor e 5 para os que agregam muito valor.

Do total de respondentes, destacamos o recorte enfocando os 177 que compartilharam informação de renda e os 111 participantes residentes em São Paulo (SP). Foram considerados ainda quatro critérios para a análise dos resultados:

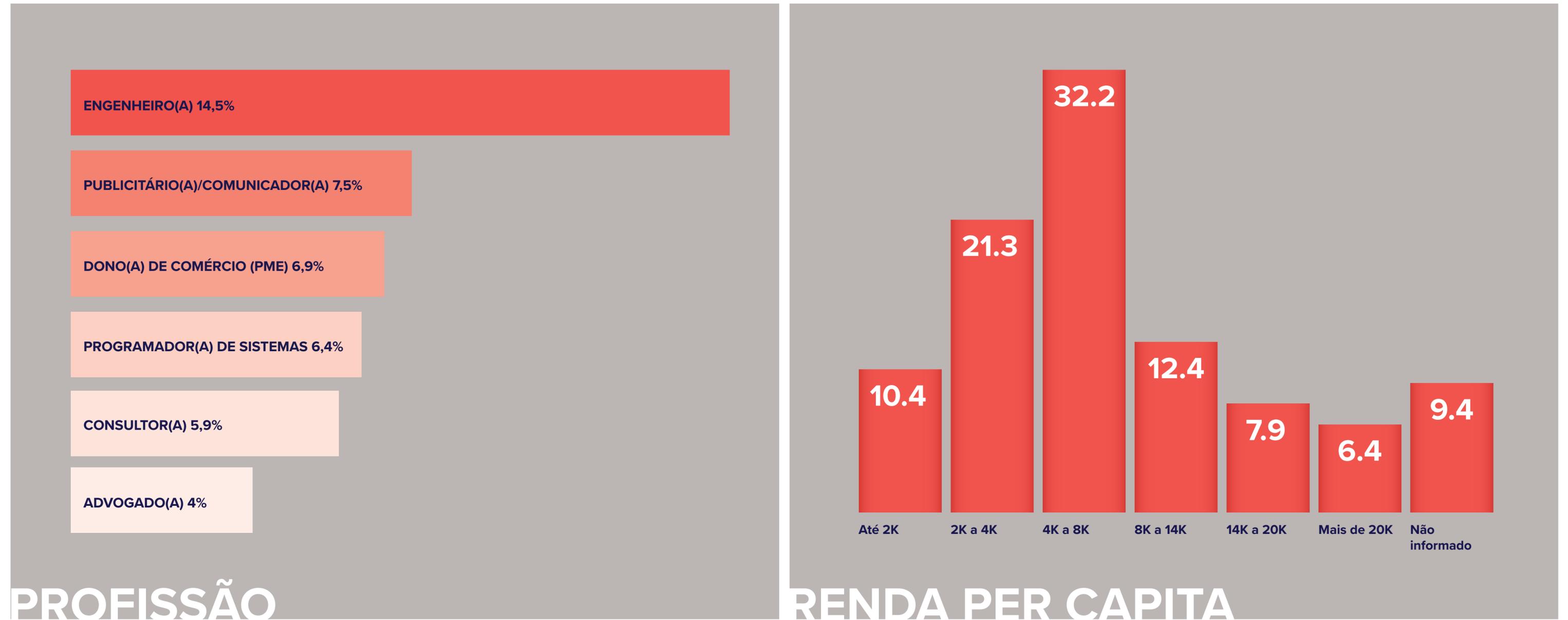
- ◆ Renda;
- ◆ Faixa etária;
- ◆ Valor pago em seu plano de saúde;
- ◆ Se enxerga o atributo como indiferente/entrega valor.

Devido à pequena amostragem de respondentes com idade acima dos 59 anos (1,69% do total de respostas), a análise enfatizou duas faixas etárias: os jovens (idade até 38 anos) e as pessoas de meia-idade (entre 39 e 58 anos).

Perfil demográfico



Perfil demográfico



Resultados obtidos na Etapa 1 - Pesquisa Quantitativa

Tabela 1 - Avaliação da importância de atributos do produto

Notas médias dadas pelos participantes que informaram sua renda per capita:

Atributos	Faixa Etária Média Geral (n = 177)	Jovem (n = 137)	Meia Idade (n = 37)	Idoso (n = 3)
Reembolso	4,86	4,86	4,84	5
Modelo baseado em valor	4,69	4,68	4,73	5
Reajuste menor	4,67	4,58	4,95	5
Médico de família 24h	4,64	4,58	4,84	5
Saúde preventiva	4,48	4,42	4,65	5
Aprovação em 1 dia	4,3	4,26	4,46	4,33
Gympass	4,25	4,18	4,49	5
Começar pelo Time de Saúde	4,2	4,09	4,57	5
Vitalk	4,1	4	4,38	5
Compra em 1 hora	4,07	4,07	4,03	4,33
Débito automático	4,01	4,04	3,84	5
Cartão de crédito	3,99	4,01	3,84	5

Resultados obtidos na Etapa 1 - Pesquisa Quantitativa

Tabela 2 - Disposição dos gastos com saúde

Disposição do gasto com saúde dos participantes que informaram sua renda per capita e que possuem plano de saúde não vinculado à empresa onde trabalham:

Idade	Jovem (n = 137)			Meia Idade (n = 37)			Idoso (n = 3)		
	Renda	Até R\$4.000 (n = 18)	De R\$4.001 a R\$8.000 (n = 21)	Maior que R\$8.001 (n = 14)	Até R\$4.000 (n = 5)	De R\$4.001 a R\$8.000 (n = 5)	Maior que R\$8.001 (n = 9)	De R\$4.001 a R\$8.000 (n = 2)	Maior que R\$8.001 (n = 1)
Até R\$200		17%	24%	7%	20%	0%	0%	0%	0%
De R\$201 a 300		17%	10%	14%	60%	0%	0%	0%	0%
De R\$301 a 400		33%	24%	7%	0%	20%	22%	0%	0%
De R\$401 a 600		17%	10%	21%	0%	20%	33%	0%	0%
De R\$601 a 800		6%	5%	7%	20%	40%	22%	0%	0%
De R\$801 a 1.000		0%	24%	14%	0%	0%	22%	0%	0%
Acima de R\$1.001		11%	5%	29%	0%	20%	20%	100%	100%

Principais dados e insights obtidos:

O reembolso foi considerado o atributo mais importante de todos. Na prática, isso aponta que as pessoas buscam o suporte do médico em quem confiam, ainda que tenham um gasto adicional com isso.

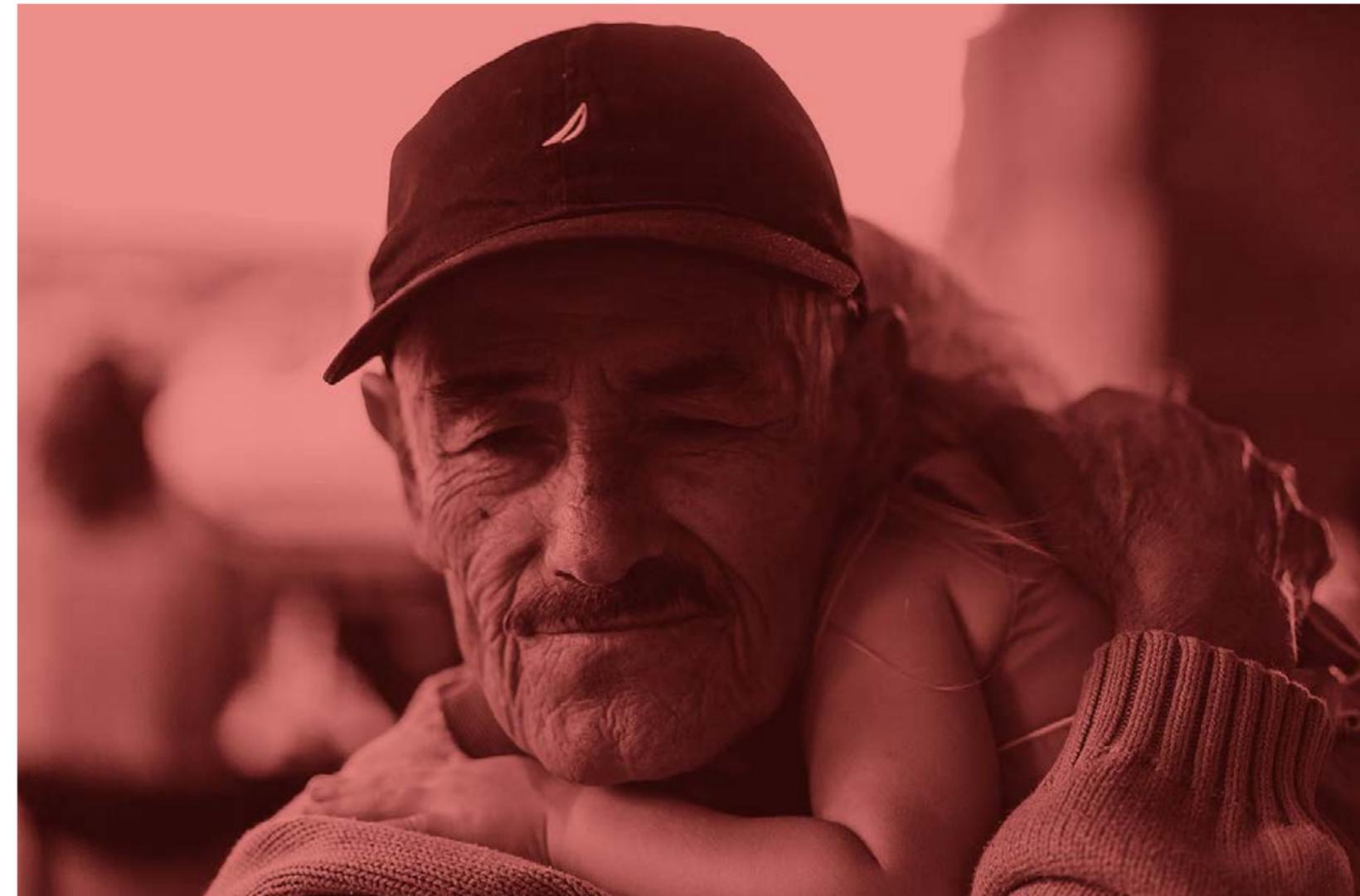
O modelo de remuneração baseado em valor tem grande apelo de mercado, apesar de não ser adotado em 96% dos pagamentos feitos no Brasil para procedimentos de saúde (Fonte: ANS). Lembrando: o modelo de remuneração baseado em valor “prioriza a melhoria da atenção à saúde e, como consequência, a sustentabilidade do sistema. Valor em saúde é definido como a relação entre os resultados que importam para os pacientes (desfechos clínicos) e o custo para atingir esses resultados” (PORTER e TEISBERG, 2007).

Outro ponto de destaque é a percepção em relação ao valor do reajuste total (anual + mudança de faixa etária). O apelo em relação a esse atributo aumenta de acordo com a sua idade. Isso se deve ao fato de que, a partir de determinada idade, o reajuste anual, em conjunto com o alto valor de reajuste na mudança de faixa etária, começa a pesar no orçamento das pessoas mais velhas, principalmente na mudança de 58 para 59 anos, que o valor do plano é reajustado em mais de 50% do seu valor.

Também chama a atenção o fato de que atributos relacionados à compra e à contratação do plano, como “aprovação em um dia”, “compra em 1 hora” e a opção de contar com diversas modalidades de pagamento (cartão de crédito e débito automático) não são considerados diferenciais que agregam muito valor.

Mesmo com baixa amostragem de respondentes acima de 59 anos, chama atenção o fato de que todos gastam acima de R\$ 1.000 mensais com plano de saúde, independentemente da faixa de renda.

Mesmo com baixa amostragem de respondentes acima de 59 anos, chama atenção o fato de que todos gastam acima de R\$ 1.000 mensais com plano de saúde, independentemente da faixa de renda.



ETAPA 2

Grupo de discussão

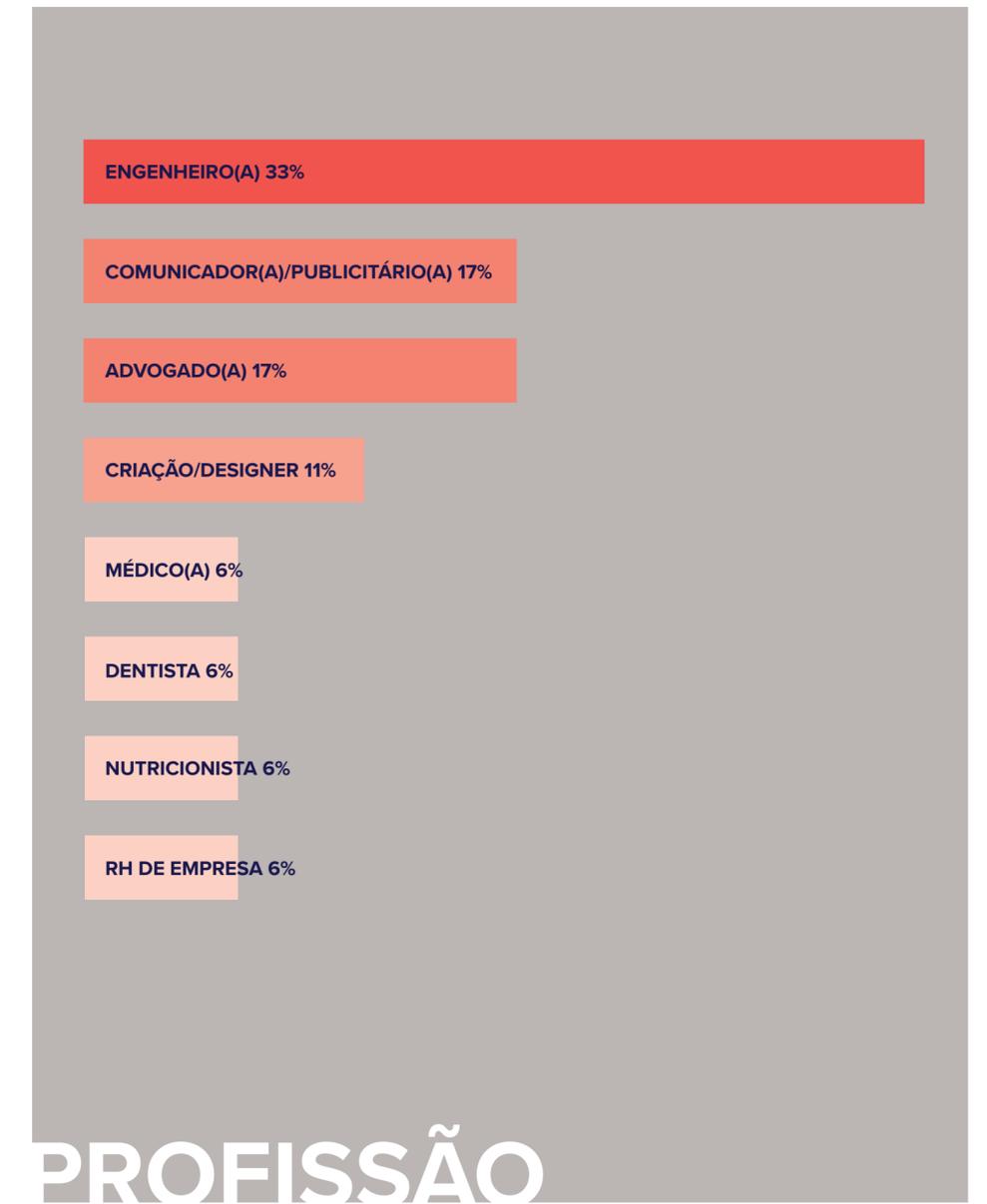
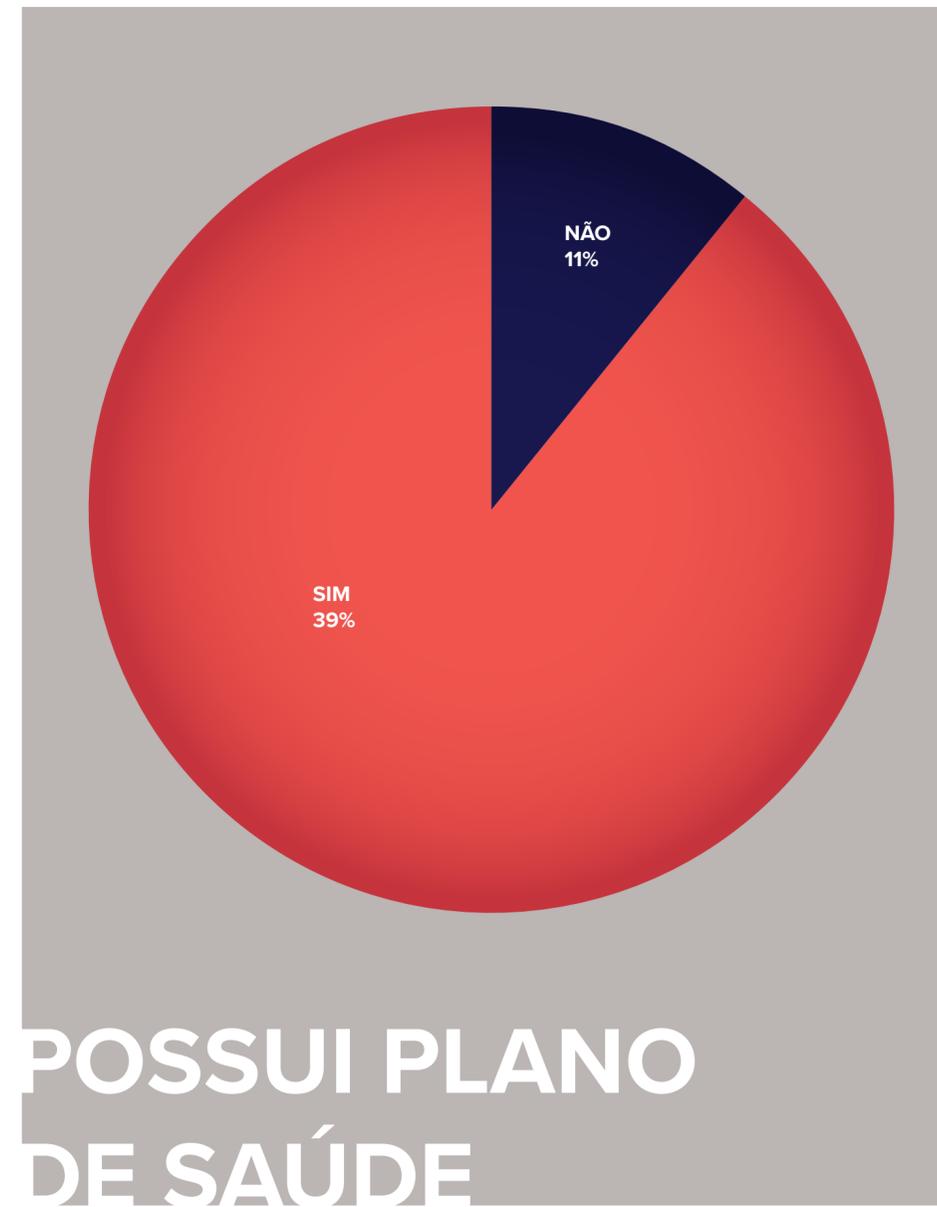
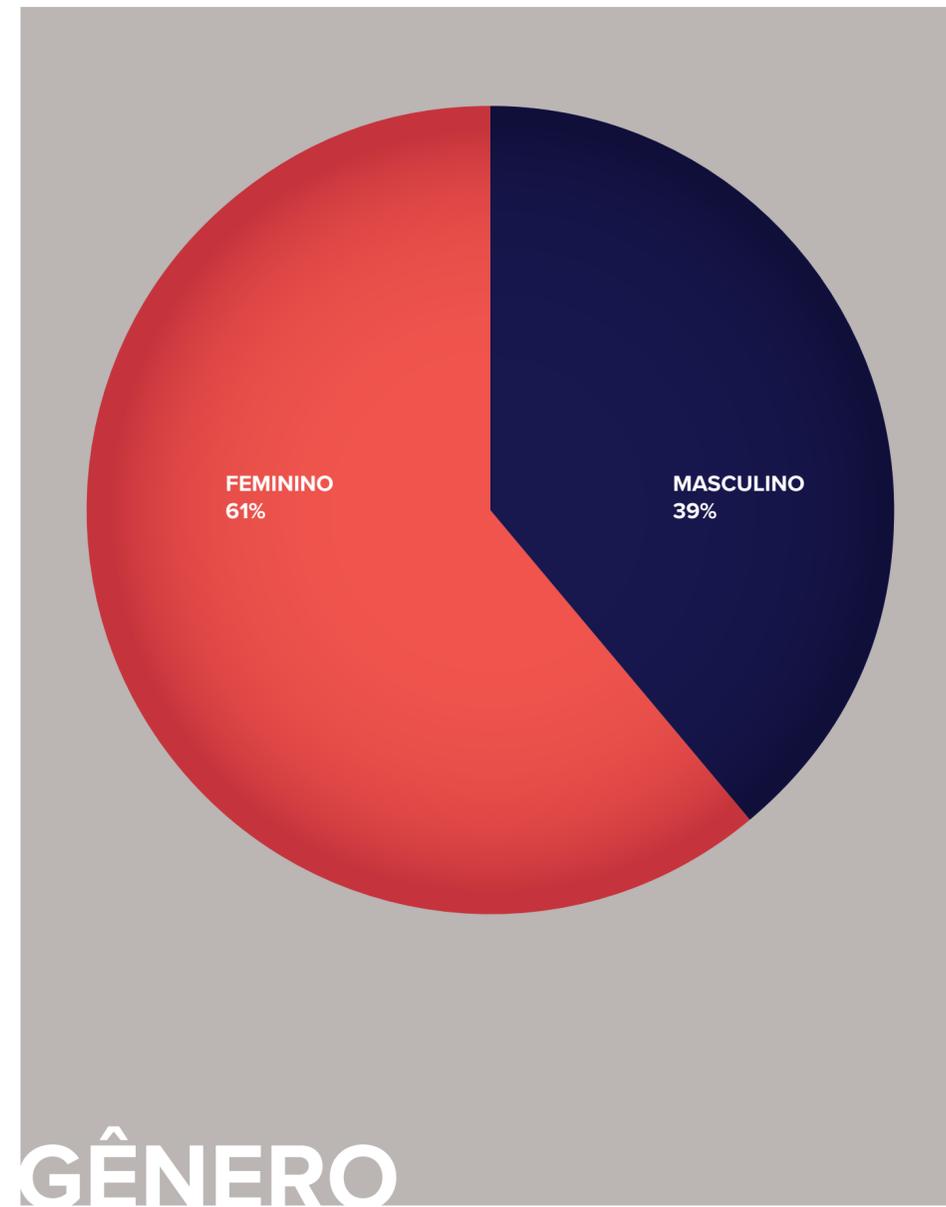
Etapa 2 - Grupo de discussão

Nesta etapa, foram feitas 18 entrevistas com pessoas de 24 a 70 anos de idade (média de 38 anos).

Do total de entrevistados, 14 moram em São Paulo (Capital), 3 no Interior de São Paulo (Olímpia e Suzano) e 1 na região do ABC.



Perfil



Quais as principais dores de quem tem plano de saúde?

O plano de saúde tem grande apelo entre os respondentes porque eles não se sentem seguros em abrir mão do serviço e depender unicamente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o plano é visto como uma necessidade, “um mal necessário” e melhor alternativa em relação à rede pública.

Satisfeitos, mas...

É interessante notar que, apesar de 75% das pessoas declararem que estão satisfeitas com seus planos de saúde, também há uma clara percepção da necessidade de melhoria em alguns aspectos.

Entre as principais dores apontadas pelo grupo de discussão estão:

- ♦ Alto reajuste anual: essa é a principal dor apontada pelos respondentes. Falta entendimento sobre o que motiva os reajustes a serem tão altos, ainda que não utilizem o plano.
- ♦ Relação de ganha-perde entre operadoras e clientes: a satisfação com o plano não impede que os clientes acreditem que pagam mais do que recebem.
- ♦ Abrangência: ainda que não tenham hábito de viajar, os respondentes ficam inseguros quando não têm cobertura nacional.
- ♦ Proximidade do pronto-socorro: não ter um pronto-socorro próximo à residência também é um ponto de atenção e pode ajudar na escolha do plano.
- ♦ Demora e baixa qualidade no atendimento: os respondentes reconhecem que ter um plano é melhor do que contar com os serviços públicos, mas consideram que o atendimento na rede credenciada é demorado e de baixa qualidade.



Perguntas que ficam

Perguntas que ficam

Apesar do universo reduzido, a pesquisa nos dá um panorama interessante sobre os beneficiários dos planos de saúde e suas principais dores.

A partir das informações obtidas, é possível extrair alguns insights importantes e também propor reflexões sobre vários aspectos da saúde suplementar.

Principais insights e reflexões

◆ Pago caro e ainda pago “por fora”:

o fato de o reembolso ainda ser tão importante nos faz pensar: considerando o custo do plano, por que as pessoas ainda assim precisam pagar um profissional de Saúde que não faz parte da rede credenciada? Será que isso não é um indício que, atualmente, grande parte dos planos oferecidos esteja negligenciando a relação de confiança que deveria ser construída entre médicos e pacientes ou que as pessoas não confiam nos médicos dos planos que pagam, mesmo que caros? Para refletir sobre esse ponto, vale trazer uma outra informação: de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (2019), feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde, 76,5% das pessoas com plano de saúde costumam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço ao buscarem atendimento em saúde. Como os planos trabalham isso? Essa continuidade se transforma em proximidade?

◆ Tamanho é documento?

Se pensarmos especificamente no dado citado acima (que indica que 76,5% das pessoas procuram o mesmo lugar, médico ou serviço ao buscarem atendimento em saúde), temos um outro ponto importante: o tamanho da rede. Será que ainda faz sentido investir em um grande número de credenciados, considerando que as pessoas costumam buscar as mesmas opções quando precisam? Ou será que não faz mais sentido investir em relações mais próximas - seja com o beneficiário, seja com o credenciado - e priorizar a continuidade e a confiança para gerar melhores experiências em Saúde? Ou seja, priorizar qualidade em vez de quantidade de médicos, por exemplo?

◆ Custo é igual a valor?

O alto valor de reajuste é uma das principais dores dos respondentes. Ao mesmo tempo, eles também entendem que recebem “pouco” em relação ao que pagam, ou seja, o valor agregado não é proporcional ao custo do plano. Por que isso acontece com esse serviço? Será que o modelo predominante no mercado atual não precisa de mudanças? Por que os planos de saúde operam na “contramão” dos demais mercados, que atuam cada vez mais focados na estratégia de customer centric (em tradução livre, centrada no cliente)?

Perguntas que ficam

♦ A percepção de valor está atrelada ao preço?

Os beneficiários dos planos de saúde não entendem o que determina o valor do serviço, nem o que é considerado na formulação dos reajustes. Muitas vezes, pagam o plano e ainda pagam outros médicos que não atendem pela rede credenciada. Eles também têm a percepção de que recebem “pouco” em relação ao que pagam. Juntas, essas informações apontam para um problema maior: com a falta de entendimento sobre o que estão pagando e o que compõe o preço do serviço que pagam, será que os beneficiários entendem de fato o que o plano oferece? Se não há esse entendimento, como é possível avaliar se estamos ou não satisfeitos com esse modelo? Será que a oferta do plano de saúde atualmente não está atrelada à quantidade de credenciados e ao preço para gerar uma percepção de valor?

E se for isso, será que este é o melhor caminho para realmente cuidar das pessoas?

É verdade que trouxemos mais perguntas do que respostas. Mas, no atual contexto da saúde suplementar, questionar estes aspectos e provocar a reflexão sobre eles é fundamental para buscarmos transformações necessárias no segmento.

Nas últimas décadas, diversos mercados têm caminhado rumo à renovação de modelos e à desintermediação (aproximação entre empresas e clientes, sem intermediários no processo). Dessa forma, é possível criar experiências mais próximas e conectadas às necessidades das pessoas.

Foi assim no transporte, no entretenimento, nos serviços bancários, na hotelaria. A demanda mudou em quase todos os setores, gerando mais acesso e praticidade. Por que não mudar na saúde suplementar também?



Referências:

[Nota de Acompanhamento de Beneficiários - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar \(IESS\)](#)

[Satisfação do brasileiro com o plano de saúde - Blog do IESS](#)

Sobre a Sami:

A Sami é uma operadora de planos de saúde que alia tecnologia ao cuidado preventivo e à atenção primária para mudar o cenário da saúde brasileira. Criada em 2018 por Vitor Asseituno e Guilherme Berardo, empreendedores já conhecidos do mercado de saúde, a empresa tem entre seus investidores os fundos Redpoint eventures, Canary, Valor Capital Group e monashees. Em 2020, recebeu o maior investimento Série A em saúde da América Latina na história.

Site: <https://www.samisaude.com.br/>