

NACISS
Setembro 2013

Sumário Executivo

- Número de beneficiários de planos médico-hospitalares (Jun/13): 49.231.643;
- Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos médicos no período de:
 - Mar/13 a Jun/13 (3 meses): 0,9%, 428.652 novos vínculos;
 - Jun/12 a Jun/13 (12 meses): 2,7%, 1.299.450 novos vínculos.
- Crescimento anual (Jun/12 a Jun/13) do número de beneficiários por tipos de contrato:
 - Coletivos: 3,6%, 1.350.185 novos vínculos;
 - Individuais: 1,5%, 149.765 novos vínculos.
- Taxa de cobertura nacional de planos de saúde de assistência médica (Jun/13): 25,1%;
- Desempenho Econômico-Financeiro das Operadoras Médico-Hospitalares (Jan/13 a Jun/13):
 - Receita: R\$ 51,7 bi;
 - Despesas Assistenciais: R\$ 41,8 bi;
 - Sinistralidade: 80,9%.
- Número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários no 2º Tri/13:941.

Planos médico-hospitalares

Em Jun/2013, o número de beneficiários de planos de assistência médica chegou a 49,2 milhões - 428.652 vínculos (0,9%) a mais que o registrado em Mar/2013. Desde Jun/12 o crescimento da carteira de beneficiários foi de 2,7%, com destaque para os planos coletivos empresariais que, beneficiados pelo aquecimento no mercado de empregos formais, tiveram expansão de 4,8% no período de 12 meses.

Quanto à época de contratação, os planos antigos (anteriores à Lei 9656) acumularam uma retração anual de 10,0%, enquanto os planos novos cresceram 5,1% no período.

Destaca-se também o expressivo crescimento do número de vínculos a planos ofertados por seguradoras especializadas em saúde (2,0% em 3 meses e 6,9% em 12 meses). De forma contrária, as autogestões tiveram sua carteira de beneficiários reduzida em 1,6% no trimestre e em 1,3% no ano.

Nesta edição:

Planos médicos hospitalares: Beneficiários por tipo e época de contratação	2
Planos médicos hospitalares: Beneficiários por faixa etária	3
Planos médicos hospitalares: Beneficiários por grande região	3
Planos médicos hospitalares: Nº de Operadoras	3
Planos médicos hospitalares: Informações econômico-financeiras	3
Planos odontológicos: Beneficiários por tipo e época de contratação	4
Planos odontológicos: Receita e despesa	4
Análise especial: Operadoras em dificuldade por porte	5
Notas técnicas	5
Glossário	6

Assistência Médica		Vínculos	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Total		49.231.643	0,9	2,7
Contratação	Individual	9.927.654	0,4	1,5
	Coletivo	38.404.480	1,1	3,6
	Empresarial	31.772.198	1,3	4,8
	Por Adesão	6.615.787	0,1	-1,3
	Não informado	16.495	-9,3	-29,7
	Não informado	899.509	-3,6	-18,2
Época do Contrato	Antigos	6.703.111	-2,9	-10,0
	Novos	42.528.532	1,5	5,1
Faixa Etária	0 a 18 anos	11.843.820	0,4	1,5
	19 a 58 anos	31.409.494	1,0	2,9
	Acima de 59 anos	5.974.611	1,2	4,3
Modalidade	Autogestão	5.309.730	-1,6	-1,3
	Cooperativa	18.054.027	0,7	3,2
	Filantropia	1.501.622	1,6	2,5
	Medicina de Grupo	17.648.537	1,4	1,9
	Seguradora	6.717.727	2,0	6,9
Exclusivamente Odontológico		Vínculos	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Total		19.140.086	0,7	5,5
Contratação	Individual	3.443.606	0,2	11,4
	Coletivo	15.594.283	0,9	4,7
	Empresarial	13.368.312	1,3	8,3
	Por Adesão	2.112.292	-0,2	-10,2
	Não informado	113.679	-23,0	-42,1
	Não informado	102.197	-2,4	-34,4
Época do Contrato	Antigos	498.523	-0,8	-19,1
	Novos	18.641.563	0,8	6,4
Faixa Etária	0 a 18 anos	3.913.439	0,3	3,2
	19 a 58 anos	14.263.288	0,8	6,0
	Acima de 59 anos	961.973	1,4	7,5

NACISS
Setembro 2013

Planos médico-hospitalares: tipo e época de contratação

O número de beneficiários de planos individuais teve crescimento de 0,4% no 2º Tri/2013 trimestre e de 1,5% no acumulado em 12 meses. Nesse 1º semestre do ano, esse tipo de plano retomou a tendência de crescimento após o período de estagnação observada no 4º Tri/2012.

Dentre os planos coletivos, os contratos por adesão tiveram crescimento discreto no trimestre e retração de 1,6% em 12 meses. Já os planos empresariais cresceram mais expressivamente entre Mar e Jun/2013 (1,3%), beneficiados pelo saldo positivo na criação de postos de trabalho formais no semestre (865.751 novas vagas segundo o IBGE). No acumulado em 12 meses, esse tipo de plano teve crescimento de 4,8%, o menor registrado desde Set/2009 (4,6%).

Quanto à época de contratação, os planos antigos (anteriores à Lei 9656) tiveram sua carteira reduzida em 2,9% no trimestre e em 6,8% no acumulado em 12 meses. A retração dos planos antigos, que vem ocorrendo em ritmo crescente, pode estar relacionada à adaptação desse tipo de contrato à Lei 9.656, que tem sido incentivada pela ANS. Cabe destacar que a retração dos planos antigos nesse 1º semestre de 2013 foi mais expressiva para os planos coletivos em relação os individuais (4,6% contra 2,6%), indicando que as famílias apresentam maior resistência à adaptação de seus contratos de planos de saúde do que as empresas.

Os planos novos, por sua vez, cresceram, respectivamente, 1,5% e 5,1% no acumulado em 3 e 12 meses, mantendo o ritmo observado nos trimestres anteriores.

Tabela 1: Número de beneficiários e variação trimestral e anual segundo tipo de contratação.

	Período	Beneficiários	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Individual	jun/12	9.777.889	0,4	1,1
	mar/13	9.890.779	0,2	1,6
	jun/13	9.927.654	0,4	1,5
Coletivo	jun/12	37.054.295	1,8	4,3
	mar/13	37.979.544	0,3	4,3
	jun/13	38.404.480	1,1	3,6
Empresarial	jun/12	30.324.565	2,1	5,7
	mar/13	31.351.854	0,5	5,6
	jun/13	31.772.198	1,3	4,8
Adesão	jun/12	6.706.257	0,1	-1,6
	mar/13	6.609.507	-0,7	-1,4
	jun/13	6.615.787	0,1	-1,3
Não identificado	jun/12	23.473	0,3	-1,0
	mar/13	18.183	-4,3	-22,3
	jun/13	16.495	-9,3	-29,7

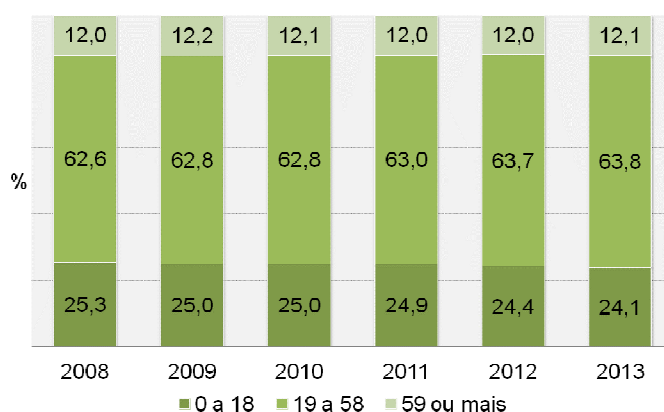
Tabela 2: Número de beneficiários variação trimestral e anual segundo época de contrato.

	Período	Beneficiários	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
Antigo	jun/12	7.450.681	-2,9	-6,8
	mar/13	6.904.565	-1,5	-10,0
	jun/13	6.703.111	-2,9	-10,0
Novo	jun/12	40.481.512	2,0	5,0
	mar/13	41.898.426	0,5	5,5
	jun/13	42.528.532	1,5	5,1

Planos médico-hospitalares: faixa etária

Entre Jun/12 e Jun/13, a população de 59 anos ou mais coberta por planos de saúde teve crescimento (4,3%) superior ao da população de 19 a 58 anos (2,9%) e de 0 a 18 anos (1,5%). No entanto, analisando a composição etária dos beneficiários de planos de saúde entre Jun/2008 e Jun/2013, observa-se que, em termos relativos, a participação do grupo de 59 anos ou mais se manteve estável. Por outro lado, a contribuição dos indivíduos de 19 a 58 anos aumentou em 1,2 pontos percentuais e a da população mais jovem teve redução de 1,2 p.p. no período. Assim, a tendência é que a população mais jovem, pelo próprio envelhecimento populacional, continue a perder representatividade na população coberta por planos de saúde.

Figura 1: Contribuição relativa (%) de grupos etários selecionados para o número total de beneficiários. Jun/2008 a Jun/2013.



NACISS
Setembro 2013

Planos médico-hospitalares: beneficiários por grande região

O Centro-Oeste foi a região com maior crescimento do número de beneficiários de planos médico-hospitalares entre março e junho de 2013 (2,0%), seguido pelo Nordeste (1,1%) e pelo Norte (0,9%). Estas regiões, onde a parcela da população coberta por planos de saúde é relativamente baixa, também tiveram a maior expansão da carteira de beneficiários no acumulado em 12 meses: 7,4% no Centro-Oeste, 7,1% no Norte e 5,6% no Nordeste.

Já nas regiões onde as taxas de cobertura dos planos de saúde já são elevadas, o número de vínculos teve crescimento menos expressivo. No trimestre, o pior desempenho foi o da região Sul (0,8%) e no acumulado em 12 meses o da região Sudeste (1,6%).

Tabela 3: Variação (%) trimestral e anual do número de beneficiários e taxa de cobertura* (%) segundo grandes regiões. Jun/2013.

Região	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses	Cobertura (%)
Norte	0,9	7,1	10,9
Nordeste	1,1	5,6	12,2
Sudeste	0,8	1,6	38,0
Sul	0,5	2,0	23,8
Centro-Oeste	2,0	7,4	18,8
Brasil	0,9	2,7	25,1

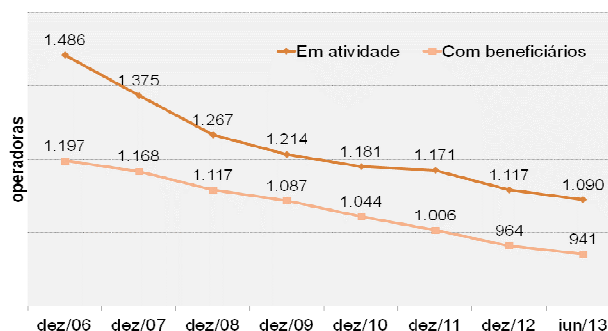
* As taxas de cobertura aqui apresentadas constam do TabNet ANS (acesso em 16/10/2013) e são ligeiramente diferentes das apresentadas na Edição de Setembro Caderno de Informações da Saúde Suplementar.

Planos médico-hospitalares: número de Operadoras

No 1º semestre de 2013, 16 operadoras médico-hospitalares foram registradas pela ANS, enquanto 43 foram canceladas, principalmente por pedido de cancelamento (33%), descumprimento de disposição legal (21%) e liquidação extrajudicial (19%). Assim, o 2º Tri/2013 encerrou-se com 1.090 operadoras em atividade, das quais 941 (86,3%) com beneficiários.

Entre Dez/06 e Jun/13, o número de operadoras em atividade e com beneficiários diminuíram 26,6% e 21,4%, respectivamente, apontando para um cenário que inviabiliza a permanência das empresas no mercado.

Figura 2: Número de operadoras médico-hospitalares em atividade e com beneficiários, 2006 a 2013.



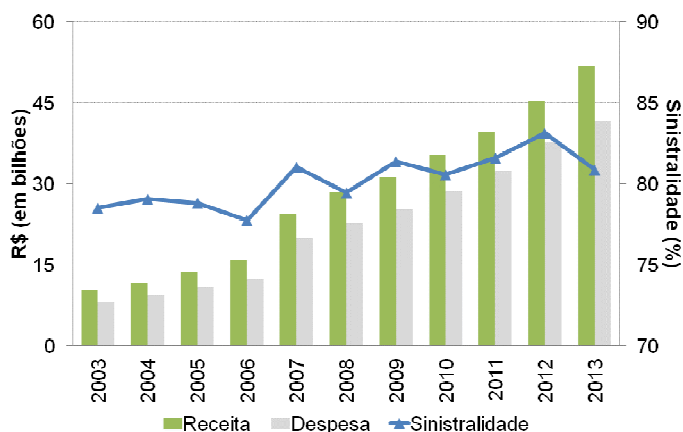
Planos médico-hospitalares: informações econômico-financeiras

No 2º Tri/2013, a receita das operadoras de planos médico-hospitalares foi de 51,7 bilhões e sua despesa assistencial de R\$ 41,8 bilhões. A taxa de sinistralidade registrada, de 80,8%, foi a menor para o trimestre desde 2010 (80,6%), revertendo a tendência de alta observada nos três anos anteriores (2010 a 2012).

Ainda assim, a relação entre despesas assistências e a receita de contraprestações ficou acima da taxa média observada no período de 2003 a 2013, de 80,2%.

Deve-se ressaltar que os valores de receita e despesa apresentados são provisórios e estão sujeitos a alteração na próxima edição do Caderno.

Figura 3: Receitas, despesas assistenciais e sinistralidade de operadoras médico-hospitalares no 2º Tri, 2003 a 2012.



NACISS
Setembro 2013

Planos Odontológicos

Número de beneficiários por tipo de cobertura

No 2º Tri/2013, o número de vínculos de planos com assistência odontológica cresceu 0,5% em relação ao trimestre anterior e 11,7% em relação a Jun/2012, chegando a 23.222.508 beneficiários. Desse total, 19.140.086 (82,4%) são beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, que tiveram expansão de 0,7% em 3 meses e de 5,5% em 12 meses. A tendência de desaceleração no crescimento anual desse tipo de plano tem sido observada desde o 3º Tri/2013.

Para os planos com cobertura odontológica em conjunto com assistência médica, o número de beneficiários teve redução de 0,6% no trimestre e de 0,1% em 12 meses, revertendo a tendência de crescimento registrada nos dois trimestres anteriores.

Tabela 4: Beneficiários de planos odontológicos segundo tipo de cobertura.

Período	Exclusivamente Odontológica	Odontológica com assistência médica	Total
dez/12	19.047.133	4.096.673	23.143.806
mar/13	18.999.118	4.107.595	23.106.713
jun/13	19.140.086	4.082.422	23.222.508

Tabela 5: Variação (%) trimestral e anual do número de beneficiários segundo tipo de cobertura.

Período	Exclusivamente Odontológica		Odontológica com assistência médica	
	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses
dez/12	0,9	11,7	0,0	1,9
mar/13	-0,3	8,1	0,3	0,7
jun/13	0,7	5,5	-0,6	-0,1

Planos Odontológicos: beneficiários por tipo e época de contratação

A maior parte (97,4%) dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos estão vinculados a contratos novos (posteriores à Lei 9.656). Esses cresceram 0,8% no trimestre e 6,4% em 12 meses. Os planos antigos tiveram sua carteira reduzida em 0,8% em 3 meses e 19,1% em 12 meses.

Quanto ao tipo de contratação, os planos coletivos cresceram 0,9% no trimestre e 4,7% em 12 meses. Já os planos individuais tiveram expansão mais discreta no 2º Tri/2013 (0,2%), porém mais expressiva no acumulado anual (11,4%).

Tabela 6: Número de beneficiários e variação (%) trimestral e anual segundo época e tipo de contratação. Jun/2013.

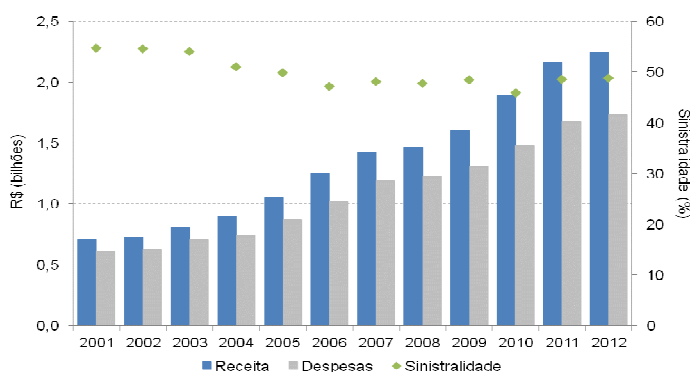
Contrato	Beneficiários	Δ% 3 meses	Δ% 12 meses	
Época	Antigo	498.523	-0,8	-19,1
	Novo	18.641.563	0,8	6,4
Tipo	Individual	3.443.606	0,2	11,4
	Coletivo	15.594.283	0,9	4,7
	Não informado	102.197	-2,4	-34,4

Planos Odontológicos: receita e despesa

Nesta edição do Caderno não foram divulgadas as informações de receita e despesas das operadoras exclusivamente odontológicas no 2º Tri/2013.

Os dados mais recentes, divulgados em Jun/2013, indicam que, em 2012, as operadoras exclusivamente odontológicas arrecadaram R\$ 2,3 bilhões e tiveram despesa assistencial de R\$ 1,1 bilhão. Portanto, a sinistralidade foi de 47,8%, inferior à taxa média registrada entre 2002 e 2012, de 49,4%.

Figura 4: Receitas, despesas assistências e sinistralidade anuais de operadoras exclusivamente odontológicas. 2002 a 2012.

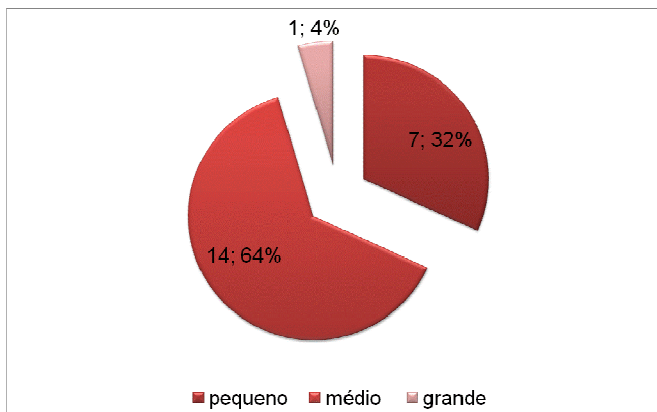


Análise Especial: Operadoras em dificuldade por porte

Entre as 22 operadoras que tiveram sistema de direção fiscal ou técnica decretada pela ANS no 1º semestre de 2013, 14 (64%) são de pequeno porte (até 20.000 beneficiários), 7 (32%) são de médio porte (entre 20.001 e 100.000 beneficiários) e apenas 1 (4%) é de grande porte, com aproximadamente 592.600 beneficiários.

Entre as operadoras de pequeno e médio porte em regime de direção, o número médio de vínculos é de 19.962. Nota-se, portanto, que são as pequenas empresas aquelas com maior dificuldade de se manter no mercado frente ao aumento dos custos assistenciais e administrativos, principalmente aqueles relacionados às exigências regulatórias, que, em termos relativos, oneram mais as pequenas empresas que as grandes.

Figura 5: Operadoras em regime de direção fiscal ou técnica por porte. 1º semestre de 2013.



Notas técnicas

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - **Caderno de Informações de Saúde Suplementar** de março de 2011, disponível em www.ans.gov.br.

Tabnet/ANS. Acesso em 26 de março de 2012.

Em todos os trimestres, os dados podem ser atualizados pela ANS. Sugerimos sempre a utilização da publicação mais recente da Naciss.

Interiorização

Para a análise de interiorização contida nesta nota, foram considerados aqueles beneficiários que não fazem parte de planos da capital, região metropolitana ou polos. O polo de Petrolina e Juazeiro foi considerado pertencente ao Estado de Pernambuco. O entorno de Brasília não foi alocado em nenhuma região.

Termo "beneficiários"

O termo beneficiário refere-se ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma operadora

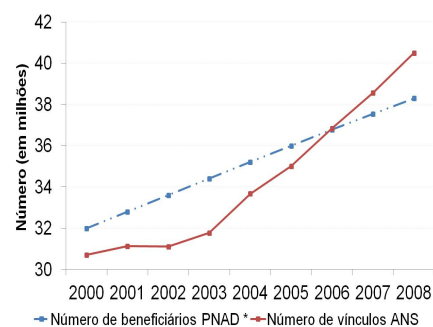
específica. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

Crescimento no número de "beneficiários"

É necessário cautela ao se fazer uma análise da taxa de crescimento de beneficiários com base nos dados da ANS. De acordo com estimativas do IESS, a partir de dados da PNAD, o número de beneficiários cresceu 19,7%, entre 2000 e 2008. Já os registros da ANS, que são baseados em número de vínculos de beneficiários, tiveram um crescimento de 31,9%. Em 1998, a PNAD/IBGE já apontava uma taxa de cobertura de 18,3%, com 29 milhões de beneficiários de planos privados. Utilizando-se uma taxa de cobertura crescente linear - de 1998 a 2008 - a partir da PNAD, estimam-se, para o ano de 2000, 32,0 milhões de beneficiários (segundo a população estimada pela

Revisão 2008 do IBGE), enquanto a base de dados da ANS totalizava 30.705.334 vínculos de beneficiários, no mesmo período. Por fim, a PNAD mais recente, de 2008, indica uma taxa de cobertura de planos privados de 20,2%, com 38,3 milhões de beneficiários, enquanto os dados da Agência apontam 40.497.917 vínculos de beneficiários.

Evolução do N° de Beneficiários (PNAD) e vínculos (ANS) de planos de saúde



*valores estimados de 2000 a 2007

EQUIPE

Luiz Augusto Carneiro
Superintendente Executivo
Francine Leite
Pesquisadora
Amanda Reis A. Silva
Pesquisadora
Greice M. Mansini dos Santos
Pesquisadora

Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004
Itaim Bibi, São Paulo
www.iess.org.br

Tel: 55-11-3706-9747
Fax: 55-11-3706-9746
e-mail: contato@iess.org.br

Documento disponível em:
<http://www.iess.org.br/Naciss23eddez12.pdf>

NACISS
Setembro 2013

GLOSSÁRIO

Beneficiário: Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. O termo beneficiário refere-se assim ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde. O número de beneficiários ativos é calculado utilizando as datas de adesão (contratação) e cancelamento (rescisão) do plano de saúde atual do beneficiário, informadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).

Contraprestação pecuniária: Pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora para garantir a prestação continuada dos serviços contratados. 40 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Setembro 2011

Despesa das operadoras: Corresponde à soma das despesas informadas pelas operadoras à ANS. As operadoras da modalidade autogestão passaram a informar suas despesas, obrigatoriamente, a partir de 2007. As despesas das operadoras dividem-se em:

- **Despesa administrativa:** são todas as despesas das operadoras que não estejam relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde.

- **Despesa assistencial:** despesa resultante de toda e qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas contratadas, descontados os valores de glosas e expresso em reais.

Plano privado de assistência à saúde: Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré-estabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, e com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. Os planos podem ser classificados de diversas formas:

- **Quanto à cobertura assistencial oferecida:**

- Plano de assistência médica com ou sem odontologia: pode incluir assistência ambulatorial, assistência hospitalar com ou sem obstetrícia, com ou sem odontologia.

- Plano exclusivamente odontológicos: oferece apenas assistência odontológica.

- **Quanto à época de contratação:**

- Plano antigo: é aquele cujo contrato foi celebrado antes da vigência da Lei nº 9.656/98, valendo, portanto, o que está estabelecido em contrato. A Lei define que esse plano deve ser cadastrado na ANS para informar as condições gerais de operação estabelecidas em contrato.

- Plano novo: plano privado de assistência à saúde comercializado a partir de 2 de janeiro de 1999, com a vigência da Lei nº 9.656/98

- **Quanto ao tipo de contratação:**

- Individual ou familiar: plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

- Coletivo empresarial: plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

- Coletivo por adesão: plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

Taxa de cobertura: Razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em uma área específica.

Taxa de sinistralidade: Relação, expressa em porcentagem, entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras.